

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет



МІДИСТ

ВИПУСК 16

Всеукраїнський
медичний
журнал
МОЛОДИХ
ВЧЕНИХ



Чернівці 2014

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених



ХИСТ

2014, випуск 16

Всеукраїнський журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

Заступник головного редактора

к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

Відповідальні секретарі:

М.С. Степанченко

А.М. Барбе

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Ташук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Чернівці, 2014

Редакційна рада:

Ю.І. Бажора (Одеса)
О.А. Андрієць (Чернівці)
Ю.Т. Ахтемійчук (Чернівці)
О.О. Мойбенко (Київ)

В.Ф. Сагач (Київ)
О.І. Івашук (Чернівці)
В.К. Ташук (Чернівці)

Науковий редактор:

к.мед.н., доц. Тюленєва

Рецензенти та коректори:

Білоус Т.М.
Войткевич Н.І.
Гарас М.Н.
Присяжнюк В.П.
Сливка Н.О.

Степанченко М.С.
Унгурян А.І.
Філіпець О.О.
Чимпой К.А.

Дизайн сторінок та верстка - Барбе А.М.

Дизайн обкладинки - Кривецький І.В.

Матеріали друкуються українською, російською та англійською мовами.

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування.
Передрук можливий за письмової згоди редколегії.

Видається згідно з постановою Вченої ради
Буковинського державного медичного університету

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія КВ №392

- © «Хист», Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених. - 2014, вип. 16.
- © «Хыст», Всеукраинский медицинский журнал студентов и молодых ученых. - 2014, вып. 16.
- © «Hyst», The Ukrainian Student Medical Journal. - 2014, №16.



Шановні учасники та гості Міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів та молодих учених!

Вже в одинадцяте Буковинський державний медичний університет об'єднує молодих науковців – однодумців з України, Молдови, Литви, Узбекистану, Румунії, Болгарії, Чехії, Польщі, Німеччини і Франції, виступаючи організатором традиційного перспективного медичного наукового форуму.

Наша конференція з 2003 року пройшла довгий шлях від звичайного щорічного форуму студентів та молодих учених університету спочатку до всеукраїнської наукової студентської конференції з міжнародною участю, а з 2004 року набула статусу міжнародної. У 2009 році конференція вперше включена до Реєстру наукових з'їздів, конгресів, симпозіумів і науково-практичних конференцій, затвердженого МОЗ і НАМН України. З часом розширилися не тільки географія наукового форуму, але й тематика: з медичної конференція переросла у медико-фармацевтичну, а з 2013 року в її рамках проводиться сателітний симпозіум, присвячений проблемам студентського самоврядування у вищій школі.

Є символічним, що у 70-річницю Буковинського державного медичного університету відбулося зростання статусу нашого молодіжного наукового форуму – вперше організовано єдиний в Україні Міжнародний медико-фармацевтичний конгрес студентів та молодих учених, який тепер у світі знають як **BIMCO**. Невпинне зростання кількості учасників з країн Європи та світу є свідченням високого рівня організації нашого заходу і широти наукової тематики у відповідності до сучасних світових тенденцій, під час якого об'єднані спільною метою молоді, наполегливі науковці мають нагоду поділитися своїми досягненнями, задумами у прагненні до нових звершень та здобутків у медичній і фармацевтичній галузях науки для збереження й зростання авторитету лікарів і провізорів у суспільстві.

Переконаний, що саме від Вас, дорогі студенти та молоді учені, залежить майбутнє медицини – наразі ваші ідеї щодо розвитку медичної науки є особливо цікавими і важливими.

Щиро бажаю Вам найкращих вражень від роботи конгресу, натхнення до наукових звершень, відкриттів, нових конструктивних рішень. Гордо несіть звання медика-науковця та втілюйте у реальність свої творчі задуми.

Головний редактор, професор Т.М. Бойчук

Уважаемые участники и гости Международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых!

Уже одиннадцатый год подряд Буковинский государственный медицинский университет объединяет молодых ученых–единомышленников из Украины, Молдовы, Литвы, Узбекистана, Румынии, Болгарии, Чехии, Польши, Германии и Франции, выступая организатором традиционного перспективного медицинского научного форума.

Наша конференция с 2003 года прошла долгий путь от обычного ежегодного форума студентов и молодых ученых университета сначала к всеукраинской научной студенческой конференции с международным участием, а с 2004 года получила статус международной. В 2009 году конференция впервые включена в Реестр научных съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций, утвержденный МОЗ и НАМН Украины. Со временем расширились не только география научного форума, но и тематика: с медицинской конференция переросла в медико-фармацевтическую, а с 2013 года в ее рамках проводится спутниковый симпозиум, посвященный проблемам студенческого самоуправления в высшей школе.

Символично, что в 70-ю годовщину Буковинского государственного медицинского университета вырос статус нашего молодежного научного форума – впервые организован единственный в Украине Международный медико-фармацевтический конгресс студентов и молодых ученых, который теперь в мире знают как **BIMCO**. Неуклонный рост количества участников из стран Европы и мира является свидетельством высокого уровня организации нашего мероприятия и широты научной тематики в соответствии с современными мировыми тенденциями, во время которого объединенные общей целью молодые ученые имеют возможность поделиться своими достижениями, планами в стремлении к новым свершениям в медицинской и фармацевтической отраслях науки для сохранения и роста авторитета врачей и провизоров в обществе.

Убежден, что именно от Вас, дорогие студенты и молодые ученые, зависит будущее медицины – именно ваши идеи по развитию медицинской науки являются особенно интересными и важными.

Искренне желаю Вам наилучших впечатлений от работы конгресса, вдохновения к научным свершениям, открытий, новых конструктивных решений. Гордо несите звание медика – ученого и воплощайте в реальность свои творческие замыслы.

Главный редактор, профессор Т.Н. Бойчук

Dear participants and guests of the International Medical and Pharmaceutical Congress of students and young scientists!

Bukovinian State Medical University has already assembled unanimous young scientists from Ukraine, Moldova, Lithuania, Uzbekistan, Romania, Bulgaria, the Czech Republic, Poland, Germany and France for the eleventh time, acting as an organizer of the traditional perspective forum of medical science.

Since 2003 our conference has come a long way from the usual annual university meeting for students and young scientists to the first All-Ukrainian Student Scientific Conference with international participation, and in 2004 gained an international status. In 2009, the Conference for the first time was included in the Register of scientific congresses, symposia and scientific conferences approved by the Ministry of Public Health and the Academy of Medical Sciences of Ukraine. Over time not only the geography of the scientific forum but the topics discussed increased as well: the medical conference grew into medical and pharmaceutical one, and since 2013 it has been held within the satellite symposium on the problems of the students' government in high school.

It is symbolic that in the year of the 70th anniversary of Bukovinian State Medical University the status of our youth science forum has changed – for the first time only in Ukraine International Medical and Pharmaceutical Congress of Students and Young Scientists has been organized, which is now well-known in the world as **BIMCO**. Continuous growth of the number of participants from across Europe and the world is indicative of a high level of organization of our event and breadth of scientific subjects to be discussed according to modern global trends when united by a common purpose young persistent scientists have the opportunity to share their achievements and plans, and new accomplishments in the medical and pharmaceutical fields of medicine to preserve and increase the prestige of doctors and pharmacists in the society.

I am sure that it is you, dear students and young scientists, that the future of medicine depend on- now your ideas concerning the development of medical science is particularly interesting and important.

I wish you the best impressions of the Congress, the inspiration for scientific achievements, discoveries, and new constructive decisions. You should proudly bear responsibility for the status of a physician-scientist and embody your creative ideas.

Chief Editor, Professor T.M. Boychuk



Матеріали міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих вчених

Материалы международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых учёных

Abstract Book of International Medical Congress for Students and Young Scientists



Акушерство та гінекологія

Obstetrics and Gynecology

Berbets A.M., Adjei B.T., ObroAdibo N.A.

POSTPARTUM BLEEDING IN GHANA (A REVIEW)

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine,

Department of Obstetrics and Gynecology with the Course of Infant and Adolescent Gynecology

(scientific advisor - M.D. Andriets O.Ph.D. Berbets A.)

Introduction. Postpartum bleeding is the leading cause of maternal death around the world. It is diagnosed clinically as excessive bleeding that makes the patient symptomatic (eg, pallor, lightheadedness, weakness, palpitations, diaphoresis, restlessness, confusion, air hunger, syncope) and/or results in signs of hypovolemia (eg, hypotension, tachycardia, oliguria, oxygen saturation <95 percent). Another definition which is the most common is an estimated blood loss ≥ 500 mL after vaginal birth or ≥ 1000 mL after cesarean delivery. Uterine atony is the most common cause of postpartum bleeding, but genital tract trauma (i.e. vaginal or cervical lacerations), uterine rupture, retained placental tissue, or maternal coagulation disorders may also result in postpartum bleeding.

Statistic overview. Although Ghana's maternal mortality has declined by 44 percent since 1990, the current rate of 350 deaths per 100,000 live births is still very high and postpartum bleeding is the leading cause of maternal mortality and morbidity. The pattern of causes of maternal deaths in Ghana as estimated by WHO shows that hemorrhage (24.8%) is the leading cause followed by infection (14.9%), unsafe abortion (12.9%), eclampsia (12.9%) and obstructed labor (6.9%).

Discussion. In low-income countries such as Ghana, postpartum haemorrhage is a major cause of maternal death is arguably the most preventable. Attempts to reduce deaths from postpartum haemorrhage have been complicated by the fact that many deaths occur in out-of-hospital settings or too quickly for the patient to be transferred to a health facility. Furthermore, prevention and treatment have depended primarily on injectable uterotonics, which are seldom available for births outside the health system.

Strategies that prevent and treat postpartum bleeding must be readily accessible, affordable, and have uncomplicated storage requirements in order to be effective in countries with limited healthcare financing and infrastructure. Ensuring safe motherhood requires recognizing and supporting the rights of women and the girls to lead healthy lives. It includes improving staff-patient relationship through training in interpersonal skills, 24-h availability of drugs, supplies and blood, establishment of a resuscitation unit at the casualty department so that first aid can be provided to patients with obstetric emergencies before transfer to the wards, establishment of a maternity care monitoring system to continually improve the quality of care, introduction of confidential enquiry into all maternal deaths in order to reduce their incidence. A monitoring and evaluation plan needs to be developed to assess regularly progress on implementation.

Conclusion. Proposed interventions, if successfully implemented, will contribute significantly towards the reduction of maternal deaths due to institutional factors, especially direct obstetric causes like maternal hemorrhage.

Ashish D.

THE INFLUENCE OF PYELONEPHRITIS COMPLICATIONS ON COURSE OF PREGNANCY AND LABOR

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of obstetrics and gynecology with the course of children and adolescent gynecology

(scientific advisor - Ph.D. Bakun O.)

Pyelonephritis – nonspecific, infectious-inflammatory process with primary and primary lesion interstitial tissue walls and renal tubules, with subsequent involvement of glomerular and vascular system.

Different pathological conditions, which provoked acute stage of chronic pyelonephritis among pregnant women has been analyzed. Among: anomalies of kidney development, glomerulonephritis, hypertonic disease, preeclampsia and oth. According retrospective investigation of case history of women of postpartum period which have complicated pyelonephritis of Chernivtsi region has been received such characteristics: general amount of cases of nephrological complicated diseases during 2010-2013 consists 87; ratio of these diseases consists: pyelonephritis – 78,16%, glomerulonephritis – 9,1% and oth. – 12,74%. Most part of all background conditions, which contributes development of acute stage of chronic pyelonephritis compound anomalies of kidney development (51%), among them the most - single left kidney (34%). Different groups of exciters of chronic pyelonephritis during pregnancy has been analyzed: Ar. Piogenes, Streptococcus spp., E. coli, Candida albicans, St. aureus, Enterobacter aerogenus, S. Haemolyticus, S. epidermidis. Negative results of bacteriological examination of urine after finishing course of antibioticotherapy has been founded efficacy of antibioticotherapy in pregnant women with complicated pyelonephritis. The disappearance or significant reduction in the severity of the clinical manifestations of the disease: negative Pasternatsky symptom, disappearance of pain in the lumbar region, the normalization of body temperature and reduce the intensity of other general clinical symptoms.

Bakun O.V., Kopelchuk A.Y., Gaydash J.I.

PECULIARITIES OF HYSTEOSALPINGOGRAPHY USAGE

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of obstetrics and gynecology with the course of children and adolescent gynecology

(scientific advisor - Ph.D. Bakun O.)

Soares and coworkers showed that hysterosalpingography (HSG) a sensitivity of 58% and a positive-predictive value of 28,6% for polypoid lesions, and a sensitivity of 0% for endometrial hyperplasia. The same study showed HSG to have a sensitivity of 44,4% for uterine malformations, and a sensitivity of 75% for the detection of intrauterine adhesion. This contraindication can be avoided by performing the examination before the ovulation phase, between the 7th to 10th day of the menstrual cycle. Because of the scattering risk, the examination should be avoided when there is active intrapelvic inflammation. The procedure is performed in the first half of the menstrual cycle following cessation of bleeding. The endometrium is thin during this proliferative phase, which facilitates better image interpretation and should also ensure that there is no pregnancy.

Antibiotics might be required 1 day before and for a few days after the examination if previous inflammations are present in the patient's clinical history. Antibiotics are required after the examination when the maneuvers are fairly sanguineous or if the fallopian tubes present a certain degree of dilation. The suggested antibiotic regimen is metronidazole 1 grectally at the time of the procedure, plus doxycycline 100 mg twice daily for 7 days. The cervix is localized and cleansed with iodine solution. Afterward, the uterine cervix is straightened by one (at the 12 o'clock position) or two (at the 9 and 3 o'clock positions) surgical forceps exercising a degree of pulling. Next, the outside uterine cervix ostium is catheterized. The catheterization can be performed in two ways. In the past, oil-soluble contrast media were mainly used. Today, we use all available iodinated hydrosoluble contrast media. Results Examination of different patient population has resulted in widely disparate estimates, with a reported prevalence that ranges from 0,16 to 10%. As a result of selection bias, a prevalence of 8 to 10% has been reported in women being evaluated with HSG because of recurrent pregnancy loss. The overall data suggest that the prevalence both in women with normal fertility and infertility is approximately 1%, and the prevalence repeated pregnancy loss is approximately 3%. While the majority of women with mullerian duct anomalies have little problem conceiving, they have higher associated rates of spontaneous abortion, premature delivery, and abnormal fetal position and dystocia at delivery. Most studies report an approximate frequency of 25% for reproductive problems, compared with 10% in the general population.

Hadi A.A.

VITAMIN D DEFICIENCY DURING PREGNANCY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

(scientific advisor - Ph.D. Marynychyna I.)

Why should anyone be concerned about vitamin D deficiency during pregnancy? The answer is simple: the function of vitamin D is now known to extend well beyond skeletal integrity.

The next question is, how much vitamin D is required to correct this deficiency and achieve circulating 25(OH)D concentrations of >80 nmol/L? It is certain that, in the absence of meaningful sun exposure, the current adequate intake of 200 IU vitamin D/d is far less than enough. Such an intake will do nothing to maintain nutritional vitamin D status, let alone increase it. To increase nutritional vitamin D to meaningful concentrations, dietary intakes of ≥ 2000 IU/d may be required

Indeed, we believe that these studies are essential. As mentioned earlier, we believe that they are important because vitamin D deficiency during pregnancy not only is linked to maternal skeletal preservation and fetal skeletal formation but also is vital to the fetal "imprinting" that may affect chronic disease susceptibility later in life as well as soon after birth. One need only review a recent report to appreciate the effect of maternal nutritional vitamin D status on childhood bone mineral accrual. The same may well be true for the risks of developing autoimmune diseases, such as multiple sclerosis (which has recently been linked to seasonality of birth) and rheumatoid arthritis, or of conditions such as malignancy.

For study we collected on 20 black women and 20 white women. Samples of maternal blood were collected prior to 22 weeks pregnancy and again just before delivery. Samples of newborn umbilical cord blood also were tested for 25 hydroxyvitamin D, an indicator of vitamin D status. Finding such a proliferation of vitamin D insufficiency in spite of prenatal multivitamin use is troubling, she noted, suggesting that higher dosages, differing vitamin formulations or a moderate increase in sunlight exposure might be necessary to boost vitamin D stores to healthier levels.

In both groups, vitamin D concentrations were highest in summer and lowest in winter and spring. But differences were smaller between seasons for African-American mothers and babies, whose vitamin D deficiency remained more constant. It must be said that study included only children born at term that is between 37 and 42 weeks. In addition, it was also found that women who had in the first trimester, that is during the first 14 weeks, low levels of vitamin D had children with a lower weight for gestational age. These babies are called "small for gestational age."

In our study, more than 80 percent of African-American women and nearly half of white women tested at delivery had levels of vitamin D that were too low, even though more than 90 percent of them used prenatal vitamins during pregnancy. The numbers also were striking for their newborns - 92.4 percent of African-American babies and 66.1 percent of white infants were found to have insufficient vitamin D at birth. Vitamin D is found naturally in fatty fish but few other foods.

Nachah A., Bakun O.

PECULIARITIES OF IMMUNE STATUS IN WOMEN WITH INFERTILITY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of obstetrics and gynecology with the course of adolescent and children gynecology

(scientific advisor - Ph.D. Bakun O.)

Absolute and relative number of basic immunocompetent cells in perihieric blood in women under study. All the obtained and given data in infertile women go to the fact that there are disorders of absolute and relative quantity of immunocompetent cells in peripheric blood. Thus, in infertile women the absolute number of leucocytes (by 6,1%), relative number of monocytes (by 42,7%) and lymphocytes (by 14,6%) are decreased. Against this background the relative number of segmented neutrophils increases. This fact is corroborated by the rise of leukocytic index by 40,56% and the index of immunoreactivity of women's organisms by 31,24% and the reduction of allergization index by 34,74%. The obtained and given data point to the fact that in infertile women the relative number of O-lymphocytes increases by 25,7%, the titer of normal antibodies – 4,4% and immunologic coefficient by 12,0%. Other indeces of antiinfectious protection either decrease or tend to reduce: phagocytosis activity, phagocytic index, phagocytosis potential to decrease. The relative number of O-lymphocytes, immunologic coefficient and concentration of normal antibodies increases against this background. Therefore, at the following stage there was determined the condition of the cellular section and humoral section of the immunity system. The results show that in infertile women the reduction of lymphocytes number takes place on the account of general pull of T-lymphocytes (by 12,6%), and the reduction of relative number of T-lymphocytes occurs due to CD3+ lymphocytes (T-cytolytic lymphocytes). This can be explained by the fact that in this case the persistence of viral infection is possible at which these forms a cellular immune response involving preferably CD3+ lymphocytes. Thus, in infertile women these decreases the relative quantity of general T-lymphocytes at the expence of CD8+ cytolytic lymphocytes, takes place a tendency of identificational processes (the reduction of relative number of CD4+ lymphocytes-helpers/inductors)to reduce. At the same time, the immunoregulatory index does not change in fact, though there is some tendency to rise. The obtained and presented results of the studies of the humoral section of systemic immunity testify that in the majority of cases the indeces for infertile women don't differ from the indices in practically healthy women, with the exception of the decrease of serum immunoglobulin A concentration.

Result: 1. In women with infertility decreases the absolute number of white blood cells, the relative number of monocytes and the total pool of lymphocytes, the latter by T-lymphocytes and slightly by B-lymphocytes, reduced activity coefficient of phagocytosis by reducing the activity of the complement system and bactericidal activity of phagocytic cells, reducing the concentration of immunoglobulin A. 2. In infertile women formed latent immunodeficiency condition which does not manifest clinical symptoms.

Pushkashu A., Karliychuk E.

ASSESSMENT OF CLINIC EFFECTIVENESS OF REHABILITATION MEASURES TO RENEWAL REPRODUCTIVE FUNCTIONS IN WOMEN WITH MISSED MISCARRIAGES IN ANAMNESIS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

(scientific advisor - Ph.D. Karliychuk E.)

Nowadays worldwide conducted extensive research aimed at studying the causes of female reproductive function and development of methods for its recovery. Among the obstetric complications that do not tend to decrease, a large proportion is a miscarriage (10-26%), but in its structure – a missed miscarriage (8-12%), the causes of which aren't often determined.

We made differentiated pregravid training and comprehensive correction of primary chorion - trophoblastic dysfunction in women with a risk of missed miscarriage (60 women). All 60 women underwent hormonal survey which showed that 17 women (28.33%) were found luteal phase insufficiency (LPI). In 14 women (23.33%) was found hyperandrogenia. These women were included under dufaston from 16th to 25th day of menstrual cycle and dexamethasone. In 29 women (48.34%) was found pathology of hormonal system. In 36 (60%) of 60 women after missed miscarriage pregnancy occurred in 7-12 months, in 24 (40%) patients over 13-16 months. All women are at risk for acquisition of missed miscarriage (60 women), upon the occurrence of subsequent pregnancy were divided into two groups: the main group (n=30) and control group (n=30).

The 30 women in the control group clinical supervision were carried out according to the order of Ministry of Health of Ukraine № 582 from 15.12.2003. Patients of the main group (n=30) after pregnancy necessarily carried ultrasound 5-6 weeks of gestation and in the absence embryony therapy prescribed following: Dydrogesterone, chorionic, Extract of Ginkgo biloba, Folic Acid, Tocopherol Acetate (Vitamin E). The following therapy in appropriate courses and 14 days courses (2-3 courses) from 5-6 to 16 weeks of pregnancy. When high risk of missed miscarriage with uterine bleeding was diagnosed (3.33%), in this case we increased dufaston dose and prescribed hemostatic therapy (Tranexam). For the purpose of rapid resorption of hematoma and prescribed - enzyme: vobenzim and antiplatelet agents, followed by ultrasound. We prove that the conduct differentiated pregravid training and comprehensive correction chorion-trophoblastic dysfunction in women at risk for acquisition of missed miscarriage contributes to maintaining 100% of pregnancies, reduce the incidence of threatened abortion with spotting 6 times in the 1st trimester of gestation. In the 2d and 3d trimesters of gestation were significantly lower incidence of placental dysfunction (33.3%), growth retardation (-), fetal distress during pregnancy and childbirth (10.0%). Also becomes lower the number of premature births (-), abnormal births (6.7%) compared with controls and a significant reduction of perinatal morbidity (3 times).

Victor J.G.

THE PHENOMENON OF UNEXPECTED BIRTH AND ANALYSIS OF ITS CAUSES, CONDITIONS, COMPLICATIONS AND RESOLUTIONS IN CLINICAL HOSPITAL NR 1, CHIȘINĂU, REPUBLIC OF MOLDOVA

State medical and pharmaceutical university «Nicolae Testemitanu», Kishinev, Moldova

Department of obstetrics and gynecology

(scientific advisor - Ph.D. Burnusus C.G.)

The unexpected delivery at home is a rare case but represents a particular situation, emotionally charged and often anxiety. First two previously in good health concerned, on the other hand, the prehospital care not are exceptionally familiar with this situation.

Medicine of Reproductive Health is unanimously recognized by the international community as a public health problem by first intention. Worldwide daily record is 536 000 of maternal deaths, or about one maternal death every minute, 30 cases of severe maternal morbidity correspond to each maternal death. Also, 3 million neonatal deaths, 3 million stillborn and yearly, 10 million women that as a result of birth will survive, but with complications, some with definitive repercussions on their social life and family.

Although it is expected that 90% of world population was born into medical institutions, indices of maternal and fetal mortality and morbidity, relating to births outside health facilities, hierarchy are included in the first five root causes of these pathologies.

In the study, we examined cases of unexpected births in Clinical Municipal Hospital Nr.1, during the period 2011-2013 (in 2011 were 8300 births, of which 22 unexpected births (0,27 %); in 2012 – 8400 births, of wich 35 unexpected births (0,42 %) and in 2013 - 8450 births, 36 unexpected births (0,43 %)) analyzing the causes, major complications, ongoing process and subsequent health of mother and child.

Андрухів С.М.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБНОГО БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Юр'єва Л.М.)

Передчасні пологи (ПР) є актуальною проблемою сучасного акушерства, оскільки дана патологія займає провідне місце серед основних причин неонатальної захворюваності та смертності. Понад 30-40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологами. З кожним роком зростає кількість маловагових дітей (з масою тіла при народженні менше 1000 г), а смертність у цій категорії в 33 рази вище, ніж серед доношених дітей. Важливим у зниженні кількості передчасних пологів, а також ускладнень у недоношених дітей, є своєчасна діагностика загрози передчасного переривання вагітності. Незважаючи на всі зусилля наукового і практичного акушерства, частота передчасних пологів за останнє десятиліття не знижується. Дана тенденція характерна і для Чернівецької області України, в якій кількість передчасних пологів в період з 2009 по 2012 роки склало від 3,2% до 4,0%.

Метою нашого дослідження було дослідити особливості мікробного біоценозу піхви у жінок із загрозою передчасних пологів.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено клініко – статистичний аналіз 32 історій пологів жінок із загрозою передчасних пологів. Контрольну групу склали 20 вагітних із фізіологічним перебігом вагітності.

Результати дослідження та їх обговорення: Проведений нами аналіз показав, що середній вік пацієнток був однаковим в обох групах. У жінок із загрозою передчасних пологів у 2,5 разів частіше, ніж у групі контролю, мали місце запальні захворювання жіночих статевих органів (37,5% проти 15,0% відповідно). У 31,3% обстежених основної групи вагітність настала на тлі порушеного біоценозу піхви, про що свідчили дані бактеріоскопічного дослідження піхви, наявність III і IV ступеня її чистоти. Усі вагітні із загрозою передчасних пологів були обстежені на сексуально – трансмісивну інфекцію. У 6 (18,8 %) діагностовано *Chlamydia trachomatis*, 21,9% *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum*, у 6,2% *Trichomonas vaginalis*. У 37,5% вагітних основної групи діагностовано бактеріальний вагіноз, при чому у кожному третьому випадку спостерігався його рецидив. Бактеріологічне дослідження піхвової флори свідчило про переважання асоціації умовно-патогенних та патогенних збудників запального процесу у піхві. У 24 (75%) вагітних пологи розпочалися в терміни доношеної вагітності і у 25% - передчасно в 35 – 36 тижнів вагітності з передчасним розривом плідних оболонок.

Висновки. Отже, у вагітних із загрозою передчасних пологів мікробіоценоз піхви відхилений від норми. Основними чинниками у порушенні піхвової екосистеми є збудники сексуально – трансмісивних інфекцій та дисбіоз піхви.

Антофійчук Т.М.

ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕГАТНОГО СТАНУ КРОВІ У ЖІНОК З ВИКИДНЕМ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Карлійчук Є.С.)

Невиношування вагітності (НВ) - проблема сучасного акушерства. Серед різних форм НВ особливе місце займає викидень, що не відбувся протягом першого триместру вагітності. Затримка ембріону, що загинув в порожнині матки, являє собою велику загрозу не тільки здоров'ю, але і життю жінки. Найбільш часті причини - ендокринні та імунні порушення у матері, персистоючий ендометрит, хромосомні аномалії.

Метою роботи було дослідити особливості агрегатного стану крові у здорових вагітних та у жінок із викиднем, що не відбувся в I триместрі гестації. Визначали показники загального коагуляційного потенціалу, первинного гемостазу, фібринолітичної та протеолітичної системи крові у жінок, з викиднем, що не відбувся в терміні 5-8 тижнів гестації. До контрольної групи входили 60 вагітних із неускладненим перебігом гестації.

Середній вік жінок з викиднем, що не відбувся становив $26 \pm 1,1$ року. Першовагітних було 57 (41,30%) жінок. Повторновагітних – 81 (58,70%). Нормальні пологи в анамнезі були у 51 (36,95%) жінки. Патологічні пологи – у 8 (5,80%) жінок. Самовільні викидні в анамнезі були у 27 (19,57%). Штучні аборти відмічались у 39 (28,26%). Гінекологічні захворювання спостерігались у 37 (26,81%) жінок, з них порушення оваріально-менструального циклу було у 21 (15,21%), а запальні захворювання – у 16 (11,60%). Екстрагенітальна патологія відмічалась у 62 (44,93%) жінок. Перш за все під час роботи, звернули на себе увагу, порівняно з контролем, підвищення ЧР у вагітних із клінікою викидня, що не відбувся в I триместрі при $p < 0,05$ ($94,25 \pm 1,42$ проти $92,43 \pm 1,26$). Показники ПТЧ у жінок, які госпіталізовані із приводу викидня, що не відбувся в терміні 7-8 тижнів, також вищі ($22,87 \pm 0,36$) порівняно із здоровими вагітними ($20,47 \pm 0,44$) ($p < 0,05$). При ознаках викидня, що не відбувся в терміні 5-6 тижнів в крові вагітних порівняно із контролем зменшується кількість тромбоцитів на 1 мл крові ($249,12 \pm 3,16$ проти $278,87 \pm 3,00$) ($p < 0,05$). Крім того, знижується відсоток адгезивних тромбоцитів ($39,61 \pm 0,43$ проти $41,60 \pm 0,47$) та індекс спонтанної агрегації тромбоцитів ($3,05 \pm 0,20$ проти $3,53 \pm 0,17$) ($p < 0,05$). В крові жінок із викиднем, що не відбувся в терміні 7-8 тижнів, зберігається тенденція до зниження активації первинного гемостазу. Також є помітним понижений адгезивний потенціал мембран тромбоцитів, що, зокрема, проявляється в зниженні ICAT ($3,48 \pm 0,17$ проти $3,79 \pm 0,11$) ($p < 0,05$).

Таким чином, фібринолітична активність сироватки крові при викидні, що не відбувся в 7-8 тижнів, дещо підвищується в порівнянні з 5-6 тижнями гестації. Це відбувається за рахунок збільшення впливу плазменних активаторів фібринолізу на тлі нормальної активності плазміногену. Зсуви у системі гемостазу при викидні, що не відбувся, відбуваються в першу чергу з боку первинного гемостазу, що, в свою чергу, викликає зниження загального коагуляційного потенціалу крові на тлі певного підвищення фібринолітичної активності та активності протизгортаючої системи, а також нормальних показників системи протеолізу.

Бакун О.В., Шкарутяк А.Є., Бандура С.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ПРИ ДЕЯКИХ СТАНАХ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Метою нашої роботи було дослідження ефективності плазмаферезу у лікуванні вагітних з прееклампсією середнього і тяжкого ступеню важкості, його вплив на подальший стан матері та новонародженого в інтра- та постнатальному періоді. Плазмаферез – це метод екстракорпоральної гемокорекції, що полягає в заміні плазми крові хворого компонентами, препаратами та кровозамінниками.

Щодо нашого дослідження, то в ньому взяли участь 10 вагітних контрольної групи і 8 – основної. Одразу можна наголосити, що в основній групі 62,5% склали хворі з прееклампсією середнього ступеня і 37,5% - легкого, тоді як в контрольній групі навпаки – 40% і 60% відповідно. Нами було проаналізовано низку факторів, які могли б тим чи іншим чином вплинути на стан хворих і ефективність лікування, в даному випадку плазмаферезом.

Шлях поступлення вагітних до стаціонару в дослідних групах відрізнявся: у основній групі 50% були направлені з ЦРЛ по місцю проживання, і по 25% - за направленням жіночої консультації і каретою швидкої медичної допомоги. Однак, у контрольній групі 70% - направлені жіночою консультацією, 30% - ЦРЛ. Випадків поступлення каретою ШМД взагалі не було, що також може свідчити про більш легкий перебіг хвороби у них. Цікавим фактом виявилось і те, що в основній групі більше 80% склали вагітні з терміном гестації 29-35 тижнів, в той час як у контрольній групі навпаки 80% терміном 36-42 тижні. Помітили ми також, що в контрольній групі 60% становила I(O) група крові, а в основній 37,5% (більшість) – II (A) група. Співвідношення пологів до вагітності у основній групі 50% склали вагітні зі співвідношенням II/II, а в контрольній більшість складала I/I.

Висновки: 1. Виявили, що загальна кількість хворих за три роки становила 161 (77, 51, 33), з тенденцією до зменшення. 2. Установили кількість хворих різними нозологічними формами в різні роки, зокрема найбільшу кількість склали: ізоSENSIBILІЗАЦІЯ за системою ABO, безпліддя I, II, прееклампсія, аднексит, загроза викидня. 3. На прикладі основної та контрольної груп виявили ефективність плазмаферезу.

Бендера Т.І.

ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Сьогодні проблема підліткової вагітності є актуальною у всьому світі, адже щорічно більше 15 мільйонів підлітків народжують, ще 5 мільйонів вдаються до штучного переривання вагітності. У зв'язку з цим, виникає необхідність вивчення такого явища, як неповнолітнє материнство.

Метою роботи було дослідження питань підліткової вагітності та пологів, а також ускладнень, які виникають під час вагітності за матеріалами пологового відділення. Проводився аналіз амбулаторних карт та історій пологів дівчаток-підлітків за період 2010-2013 роки.

Традиційно причинами підліткової вагітності є необізнаність молоді, власна цікавість і самовпевненість, ранній початок статевого життя, згвалтування. Тільки 40,0% учениць старших класів володіють знаннями про методи контрацепції та їх правильне використання.

Статистичний аналіз показав негативні тенденції щодо підліткової вагітності. Так у 2010 році було зареєстровано 26 пологів у дівчаток-підлітків, що складало 1,9% від загальної кількості пологів. У всіх молодих мам вагітність була першою. Пологи шляхом кесаревого розтину закінчилися у 2 дівчаток (7,7%). У 2011 році відбулося 29 пологів у дівчаток-підлітків, що склало 2,2% від загальної кількості пологів. У 28 дівчаток вагітність була першою, у 1 – другою. Кесарів розтин проводився 3 дівчатам (10,3%). У 2012 «підліткових» пологів було 30, що склало 2,6% від їх загальної кількості. У всіх дівчаток вагітність була першою. Кесарів розтин проводився 3 дівчатам (10,0%). І нарешті, в 2013 році було зафіксовано 32 пологів у дівчаток-підлітків (2,9%). У 29 дівчат вагітність була першою, у 3 - другою. Усі пологи закінчилися через природні пологові шляхи.

Таким чином, проведений аналіз дозволяє нам зробити висновок, що показники підліткової вагітності та пологів залишаються високими і продовжують рости. Підлітки, які потребують акушерсько-гінекологічної допомоги, мають входити до групи високого ризику для запобігання розладів репродуктивного здоров'я у майбутньому. Для запобігання підліткової вагітності необхідно проводити пропагування, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства, проведення просвітницьких заходів з питань охорони здоров'я, планування сім'ї.

Гошовська А.В., Березовська Т.І., Ковач О.М.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЬСЬКОГО РОЗТИНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Актуальність. На сьогоднішній день проблеми зростання частоти операцій кесарського розтину викликає серйозне занепокоєння, як у професійних колах, так і в суспільстві в цілому. Статистичні дані свідчать щодо збільшення частоти використання кесарського розтину (КР) з метою розродження.

Мета. Визначити перебіг вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці.

Матеріали і методи. Медична документація (історії пологів) за 2013 рік в Чернівецькому пологовому будинку №2 у жінок з рубцем на матці становила 271. Жінки з рубцем на матці, у яких пологи закінчились вагінальним шляхом (ВПКР) - 39 (14,3%). Жінки з рубцем на матці, яких було прооперовано – 232 (85,6%).

Результати дослідження. Порівнюючи перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці у порівнянні із жінками, у яких закінчились перші пологи через природні пологові шляхи за 2013 рік в ЧМГБ №2 (2736). Слід відмітити, що у жінок з рубцем на матці відмічались наступні ускладнення: ектопічна вагітність зросла у 1,26 рази у порівнянні із жінками, у яких попередні пологи закінчились вагінальним шляхом, прееклампсії – у 2,9 рази, загроза розриву матки та розрив матки – у 27,2 рази, загроза переривання вагітності – у 3,2 рази, загроза передчасних пологів – у 4,3 рази.

Всім вагітним проведено плановий дворазовий ультразвуковий скринінг. За даними ультразвукового скринінгу було діагностовано у 3 випадках патологічну кількість навколоплідних вод. Аналіз місця розташування плаценти показав, що у жінок обстеженої групи аномалії прикріплення плаценти перевищували у 1,9 рази, відшарування плаценти – у 2,0 рази, передлежання плаценти зросло у 1,5 рази.

Слід відмітити, що ризик розриву матки при спробі ВПКР підвищувався у 2-3 рази, якщо інтервал між пологами становив < 24 місяців.

Частота розриву матки у групі обстежених жінок залежала від терміну попередньо проведеного кесарського розтину, а саме: менше 12 місяців ризик розриву матки збільшувався на 4,8%, 13-24 місяців – 2,7%, 25-36 місяців – 0,9%, більше 36 місяців – 0,5-0,9%.

Висновки. Повторна вагітність, яка виникла протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується високим ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти та розриву матки при спробі ВПКР. Найвищий ризик – вагітність протягом першого року після КР.

Березовська Т.І., Антимис О.І.

ЕТИОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Бактеріальний вагіноз (гарднерельоз) – це захворювання зовсім недавно було виділено в окрему нозологічну форму. Воно визначається як інфекційний незапальний синдром, пов'язаний з дизбіозом піхвового біотипу, і характеризується масивним розмноженням суворо-анаеробних грамвід'ємних бактерій і зникненням H2O2-продукуючих лактобацил. Простіше кажучи – це дисбактеріоз піхви, тобто стан, при якому порушується співвідношення мікроорганізмів, що в нормі живуть у піхві. Тих, яких повинно бути більше (молочнокислих бактерій), стає менше, і навпаки, ті, яких в нормі повинно бути небагато, розмножуються. Збудником бактеріального вагінозу є *Gardnerella vaginalis*. Однак подальше дослідження показало, що це не єдиний збудник. Бактеріальний вагіноз може виникнути і від фузобактерій, превотеллов та й ще багатьох інфекційних агентів. Існує зв'язок полімікробних асоціацій і гарднерели. Розповсюдженість гарднерельозу, за даними різних авторів, серед жінок репродуктивного віку становить від 18-32%.

З метою встановлення деяких етіологічних аспектів бактеріального вагінозу, нами проведено клініко-статистичний аналіз історій хвороб 100 жінок, які були на стаціонарному лікуванні гінекологічного відділення МКПБ №2 м.Чернівці в 2012-2013 роках. Попередньою роботою доведено, що серед сприятливих чинників ризику виникнення бактеріального вагінозу найбільш поширеними є: естрогендефіцитні стани (вагітність, пременопаузальний вік), недостатня чутливість збудників захворювання до ряду препаратів, нераціональність проведеної антибактеріальної терапії, наявність в анамнезі запальних захворювань статевих органів.

Аналіз чинників виникнення гарднерельозу показав, що факторами ризику слід вважати тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів та таблетованих контрацептивів. Доповнення до проведеного аналізу переконливо доводять суттєвий вплив на розвиток бактеріального вагінозу екстрагенітальної патології. Звертає на себе увагу, що у 50,0% жінок з бактеріальним вагінозом в анамнезі були хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (гастродуоденіт, ентероколіт, виразкова хвороба шлунка та ДПК, холецистит, панкреатит). У 23,0% хворих спостерігалися нейроендокринні порушення у вигляді порушення толерантності до глюкози (5,0%), ожиріння різних ступенів (15,0%), симптомокомплекс відомий під назвою «метаболічний синдром» – у 8,0% жінок. В поодиноких випадках зустрічалися гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, кардіоміопатії тощо.

Отже, лікування бактеріального вагінозу повинне проводитись під суворим спостереженням лікаря, виключаються усі спроби самолікування. Проведені дослідження вказують на високу питому вагу у жінок репродуктивного віку генітальної та екстрагенітальної патології, що необхідно враховувати при розробці терапевтичних заходів.

Бойчук Р.Р., Волощук І.І.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ЕРОЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Ніцович І.Р.)

Вступ. Ерозія (ектопія) шийки матки - одне із найпоширеніших гінекологічних захворювань. За статистикою з цим захворюванням зустрічається кожна друга жінка. Це проявляється у вигляді порушень цілісності, змін слизової оболонки піхвової частини шийки матки. Основними причинами її розвитку є переривання вагітності, запальні захворювання шийки матки, гормональні порушення, статеві інфекції.

Кріотерапія являє собою безболісний і безкровний метод лікування ерозії шийки матки, який не призводить до виникнення рубців на шийці матки та її деформації. Після проведення процедури кріодеструкції для швидкої регенерації тканин використовували препарат "Далмаксин".

Мета дослідження: довести ефективність лікування ерозій шийки матки з застосуванням кріотерапії у поєднанні з місцевою медикаментозною терапією.

Матеріали та методи дослідження. При кріотерапії температура кипіння рідкого азоту становить мінус 196 градусів за Цельсієм. Контакт шийки матки з низькою температурою відбувається через кріозонд. Використання "Далмаксину" дало позитивний вплив після кріотерапії на ерозивний процес шийки матки, основною діючою речовиною якого є тіотриазолін. Для дослідження відібрали контрольну групу із 40 жінок і основну, теж із 40. Першій групі жінок проводилася кріотерапія, в другій проводилася кріотерапія у поєднанні з "Далмаксином" по одному супозиторію на ніч протягом двох тижнів по 0,2 г. У першій групі повна епітелізація дефекту відбулася через 1,5 місяця. В другій групі - у два рази швидше.

Висновки. Кріотерапія - процедура, яка є безболісною, не провокує утворення кровотеч, швидкоплинна, після неї відбувається швидке відновлення епітелію, підвищується місцевий імунітет. Протипоказами є: міома матки, ендометріоз, дисбактеріоз. Перша доба після кріотерапії відзначається рясними рідкими виділеннями, набряком шийки матки. При використанні кріодеструкції у поєднанні з "Далмаксином" у другій групі жінок відмітили: значне покращення і швидке відновлення епітелію, незначний набряк шийки матки, зменшення кількості рясних виділень і спостерігалася надто виражена протизапальна дія.

Отже, ефективність лікування кріотерапії к поєднанні з "Далмаксином" дало набагато кращі результати, ніж проведення традиційної кріодеструкції.

Бондарчук І.В., Голубова Ю.І., Арделян А.О.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧОЮ ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОСТАТЕВОГО ТРАКТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Рецидивуючі інфекції геніталей у жінок - актуальна проблема в гінекології, оскільки такі пацієнти потребують динамічного спостереження та ведення, з чітким подальшим прогнозом. В структурі інфекційних захворювань у жінок особливе місце займає трихомонадна інфекція. Розповсюдженість трихомонадного вульвовагініту серед жінок репродуктивного віку, які звертаються до гінекологів та дерматовенерологів становить близько 10%.

Збудником сечостатевого трихомоніазу є *Trichomonas vaginalis*. Трихомонадний кольпіт характеризується хронічним рецидивуючим перебігом та стійкістю до місцевих і ряду системних препаратів. Основними причинами рецидиву трихомоніазу традиційно вважають прийом антибактеріальних препаратів широкого спектру дії, ослаблення загального імунітету (в результаті зміни клімату, сильного емоційного стресу), вагітність (особливо останні 3 місяці) тощо.

З метою встановлення ролі соціального анамнезу проведено аналіз амбулаторних карт жінок з рецидивуючим трихомоніазом, що звертались в МКПБ №2, за 2013 рік. Статистичні дані свідчать, що захворювання здебільшого діагностувалося жінок, які проживають у міській місцевості (63,1%). Звертає на себе увагу ранній початок статевого життя у таких жінок (в середньому 15,5 років), часта зміна статевих партнерів, низький рівень життя, несприятливі умови праці та проживання. 19,3% вважали власне харчування нераціональним (відсутність вітамінізованої, калорійної їжі). Майже у половини жінок (48,5%) були шкідливі звички у вигляді паління та вживання алкоголю.

Проведений нами аналіз диктує необхідність удосконалення підходів до вирішення проблеми урогенітального трихомоніазу, зокрема, пропаганді ведення здорового способу життя, надання провідного значення профілактичним заходам щодо захворювань, які передаються статевим шляхом, правильному підбору методів контрацепції у сексуально активній молоді, зміцненню всіх ланок імунітету, покращення побутових та виробничих умов тощо.

Бранюк С.В., Чобан В.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Інфекція, збудником якої є вірус простого герпесу (ВПГ), є одним з найбільш розповсюджених захворювань, що передаються статевим шляхом, і в Європі посідає друге місце після трихомоніазу. В наш час в світі спостерігається стійке збільшення кількості випадків ВПГ-інфекції. В Україні ВПГ 1 і 2 виявлено у 92% жінок фертильного віку, зокрема вагітних і в 30–50 % випадків визначає частоту самовільних абортів, завмерлої вагітності, передчасних пологів, внутрішньоутробної загибелі плода або його інфікування. Під час вагітності вибір лікарських препаратів, зокрема ациклічних нуклеозидів, надто обмежений внаслідок можливого негативного впливу на фетоплацентарну систему.

В сучасній медицині велику увагу приділяють використанню методів екстракорпоральної імюнокорекції, зокрема, плазмаферезу. В акушерстві такий метод також знайшов застосування, доведена його ефективність і безпека для плода. Однак у вагітних з РГГ плазмаферез застосовується невиправдано рідко, не розроблено критерії щодо його використання, недостатньо вивчені ефекти впливу на гомеостаз вагітної та її плід.

Мета дослідження: знизити частоту ускладнень вагітності та пологів у жінок з рецидивуючим генітальним герпесом шляхом удосконалення методичного підходу до вибору методу лікування.

Обґрунтування отриманих результатів. Вперше з використанням методу визначення у вагітних ступеня імунних розладів (СІР) за відхиленням індивідуальних імунологічних показників від контрольних одержано об'єктивне підтвердження наявності у здорових вагітних фізіологічної імуносупресії, яка відповідає І СІР (за 67,6% показників клітинного імунітету, 54,2% - гуморального імунітету, 46,2% - неспецифічного захисту організму), що не потребує імюнокорекції. У вагітних з рецидивуючим генітальним герпесом (РГГ) метод визначення СІР адаптовано для системи неспецифічного захисту організму. Установлено найбільш інформативні показники клітинного, гуморального імунітету та неспецифічного захисту, які достовірно змінюються у вагітних з РГГ, виведено формулу розладу імунної системи, типову для вагітних з РГГ. Розроблено критерії показання щодо застосування специфічної імунокоригувальної терапії. Наведено дані про гемостазіологічні порушення у вагітних з РГГ, які характеризуються як хронічний синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання. Доведено, що застосування розробленого науково обґрунтованого комплексу лікувальних заходів з використанням плазмаферезу, інтерферону (віферону) як свічок, антивірусних засобів місцевого призначення за наявності локальних вражень дозволяє покращити стан імунної системи та гемостазу у вагітних з РГГ, що сприяє поліпшенню перебігу вагітності та зниженню репродуктивних втрат.

Висновок. Шляхом удосконалення методичного підходу до вибору методу лікування нам вдалося знизити частоту ускладнень вагітності та пологів у жінок з рецидивуючим генітальним герпесом.

Величук Ж.Я.

ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ (ЦИТОМЕГАЛОВІРУС)

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Сьогодні внутрішньоутробні інфекції набули характеру серйозної медико-соціальної проблеми внаслідок несприятливого впливу на перебіг вагітності та стан плода. У вагітних жінок рівень інфікування цитомегаловірусом (ЦМВ) сягає від 13 % до 91,6 %, тоді як частота внутрішньоутробного інфікування плода коливається від 15 до 70 % у разі первинного інфікування та від 0,2 до 2 % – при реактивації ЦМВІ. Чисельність у світі дітей із вродженим інфікуванням ЦМВ складає 1,5 % від загального населення або 1,2 млн. новонароджених в рік.

Мета дослідження: Дослідити частоту захворювань на ЦМВІ серед вагітних жінок Буковини. Розробити систему лікувальних заходів, спрямованих на зменшення частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних за наявності цитомегаловірусної інфекції.

Матеріали і методи. Провели клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних та історій пологів, аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану плода та новонародженого у 12 вагітних у разі інфікування ЦМВ за даними пологового будинку №1 м Чернівці. Обстежені вагітні розподілені на 3 групи: група А – 4 вагітних з невиношуванням та наявністю ЦМВІ, які отримували під час вагітності комплексну терапію невиношування та специфічний антицитомегаловірусний імуноглобулін; Групи Б – 4 вагітних з невиношуванням та наявністю ЦМВІ, які отримували під час вагітності лікування загрози переривання та імуноглобулін людини нормальний 10 % (група порівняння); Група В – 4 соматично здорових вагітних без симптомів невиношування (контроль). Поряд з загальноклінічним обстеженням у всіх жінок визначали наявність специфічних антицитомегаловірусних IgG та IgM у сироватці крові імуноферментним методом.

Результати. Вагітності ускладнились загрозою переривання у 47,2 % жінок групи А, хронічною плацентарною недостатністю – у 24,8 % групи Б, блювотою вагітних – у 15,2 % групи А та 30% групи Б; багатоводдя діагностовано у (20,8 %) групи А, маловоддя (12,8 %) групи Б.

Велика кількість ускладнень виявлена і під час пологів: прееклампсія у 1,2 % жінок групи А, слабкість пологової діяльності у 19,8 % групи А та у 17,1 % групи Б, передчасний вилив навколоплодових вод – у 29,6 % групи А та у 28,6 % групи Б, щільне прикріплення плаценти – у 6,2 % та у 5,7 %, дефект плацентарної тканини – у 6,2 % та у 5,7 %, кровотеча у третьому та ранньому післяпологовому періодах – у 5,5 % та у 3,1 % відповідно.

Висновки. Отримані дані свідчать про необхідність розробки лікувально-профілактичних заходів для вагітних з ЦМВІ і стали підґрунтям для проведення даного дослідження. Враховуючи, що найбільш частим ускладненням у жінок з ЦМВІ виявлено невиношування вагітності, було вирішено провести клініко-лабораторне обстеження 12 вагітних з невиношуванням за наявності ЦМВІ.

Бербець А.М., Волинська М.В., Попадюк Т.І.

УСКЛАДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГОВОГО АКТУ В ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЗАГРОЗУ ВИКИДНЯ В І ТРИМЕСТРІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.к.мед.н. Бербець А.М.)

Актуальність. Серед найважливіших проблем сучасного акушерства одне з перших місць посідає невиношування вагітності. Частота невиношування становить у середньому від 10-12 % до 20-35 % від загальної кількості вагітностей. В Україні питома вага невиношування в загальній кількості вагітностей становить 15-23 % всіх встановлених випадків вагітності, і не має тенденції до зниження.

Мета. Вивчення стану плаценти у жінок із клінікою невиношування в І триместрі.

Матеріали і методи. Проведено клініко-статистичний аналіз 80 історій пологів та індивідуальних карт вагітних, які перенесли загрозу викидня в І триместрі, і не мали важкої екстрагенітальної патології. Контрольну групу склали 30 жінок з неускладненим перебігом вагітності. Групи були паритетні за віком, соціальним станом, акушерсько-гінекологічним анамнезом. До уваги брались дані про перебіг пологів у жінок обох груп.

Результати. У групі, до якої входили жінки, вагітність яких ускладнювалась загрозою викидня в І триместрі, вірогідно частіше траплялись гестози другої половини вагітності (23 випадки, 28,75±5,06% проти 3 випадків, 10,00±5,48%, p<0,05), загрози передчасних пологів (19 випадків, 23,75±4,76% проти 2 випадків, 6,67±4,55%) та аномалій пологової діяльності (15 випадків, 18,75±4,36% проти 1 випадку, 18,75±4,36). Всі згадані ускладнення пологового акту, як вважається, є пов'язаними з дисфункцією плаценти. Крім того, діагноз «дистрес плода» в пологах був виставлений у 19 жінок з основної групи і у 2 жінок з контрольної групи 23,75±4,76% проти 6,67±4,55%, p<0,05). У двох жінок з основної групи (6,67±4,55%) діти народились в асфіксії важкого ступеня.

Висновок. На основі наведеного можна зробити висновок, що у жінок, які в малих термінах гестації перенесли загрозу викидня, частіше порівняно із здоровими вагітними відмічаються клінічні ознаки дисфункції плаценти, які ускладнюють перебіг пологів та негативно відображаються на стані плода і новонародженого.

Волошинович Н.С.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ І ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДВІЙНЕЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Актуальність. За останні три десятиріччя у світі відбулося різке зростання частоти багатоплідної вагітності, яка досі вважалася певною біологічною константою (3,5:1000). Лише за період з 2000 по 2010 рр. в Україні відбулося зростання частоти багатоплідних пологів більше ніж на 30%, при цьому пологи двійнею складають майже 95%, а інші 5% припадає на пологи трійнею та багатопліддя більш високого порядку. Багатоплідна вагітність супроводжується підвищенням частоти передчасних пологів на 30-50% та інших ускладнень вагітності. Найбільш часта причина малюкової смертності при багатоплідній вагітності – перинатальні стани (недоношеність, ЗВУР та ін.), що становлять 53,6%, крім того 3,9% припадає на інфекційні ускладнення та 4,6% на ВВР.

Метою нашого дослідження було проаналізувати перебіг I триместру вагітності у жінок з двійнею.

Матеріал і методи. Нами проаналізовано 42 історії пологів жінок з двійнею, які народили в 2013 році в МКПБ №2 м.Чернівці, в тому числі 4, де вагітність настала за допомогою ЕКЗ.

Результати дослідження. Вік жінок з двійнею склав: до 25 років – 12 жінок (29%), 25-35 р. – 26 (62%), старше 35 років – 4 жінок (10%). Дана вагітність по паритету була першою у 16 жінок (38%), другою – у 9 (21%), третьою- у 8 жінок (19%), четвертою – у 6 жінок (14%). Більш високий паритет вагітності склав 7%, що відмічалось у 3 жінок. Беручи до уваги дані I УЗД-скринінгу дихоріальна діамніотична двійня спостерігалась у 21 жінки (50%), монохоріальна діамніотична – у 17 вагітних (40%). I УЗД скринінг не був проведений у 4 жінок (9,5%), що пов'язано з пізньою явкою.

Аналізуючи перебіг I триместру вагітності, можна представити такі дані: загроза самовільного викидня була відмічена у 9 випадках (21%): 8 – без кровотечі (19%) та 1 – з кровотечею (2%). З них стаціонарного лікування потребувало 4 вагітних (21%), троє отримували гормональну терапію. Завмерла вагітність одного плода з двійні відмічалась у 1 жінки. Інфекції статевих шляхів виявлені у 8 жінок (19%). Ранній токсикоз (блювання вагітних) ускладнив перебіг вагітності 4 жінкам (9,5%). Анемія легкого ступеню в ранньому терміні вагітності спостерігалась у 5 жінок, що становило (11,5%).

Враховуючи дані проведеного дослідження, можна зробити висновки: половина двоень припадає на дихоріальні діамніотичні, в той час, як монохоріальні моноамніотичні не зустрічаються. Ризик самовільного викидня при багатоплідній вагітності набагато вищий, ніж при одноплідній вагітності, що в подальшому потребує розробки методів профілактики даної патології.

Волошинович Н.С.

АНАЛІЗ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ У ВАГІТНИХ ДВІЙНЕЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Актуальність. За останні 15 років збільшилась частота багатоплідних вагітностей унаслідок частого використання індукції овуляції, стимуляції суперовуляції в програмах ДРТ, включаючи ЕКЗ. У зв'язку з поширеністю ЕКЗ з 1980 по 1997 рр., щорічна кількість пологів двійнями збільшилась на 52%. Разом з цим зростає рівень материнської захворюваності в 3-7 разів.

Метою нашого дослідження було проаналізувати гінекологічний та репродуктивний анамнез у вагітних двійнею.

Матеріал і методи. Нами проаналізовано 42 історії пологів жінок з двійнею, які народили в 2013 році в МКПБ №2 м.Чернівці, в тому числі 4, де вагітність настала за допомогою ЕКЗ.

Результати дослідження. Вік жінок з двійнею склав: до 25 років – 12 жінок (29%), 25-35 р. – 26 (62%), старше 35 років – 4 жінок (10%). Дана вагітність по паритету була першою у 16 жінок (38%), другою – у 9 (21%), третьою- у 8 жінок (19%), четвертою – у 6 жінок (14%). Більш високий паритет вагітності становив 7%, що відмічалось у 3 жінок.

У обстежених в анамнезі відмічалось 2 випадки передчасних пологів, що склало 5%, 5 самовільних викидней (12%), 4 штучні аборти (9,5%). Позаматкова вагітність відмічалась у 1 жінки (2%). Двійня в анамнезі спостерігалась у 1 жінки (2%), антенатальна загибель плода в попередній вагітності відмічена теж у 1 жінки (2%), двічі невдала спроба ЕКЗ – 1 випадок (2%). Непліддя серед обстежуваних жінок мало місце у 2 випадках (5%).

Висновки. Найбільш поширюваними гінекологічними захворюваннями виявились інфекційно-запальні – 5 випадків (12%) та ерозія шийки матки - у 7 жінок (17%). Крім того, порушення оваріально-менструального циклу, ендометріоз та міома тіла матки склали відповідно по 2%. У 15 обстежених (36%) гінекологічний та репродуктивний анамнез був необтяженим. Підсумовуючи дані проведеного аналізу, можна дійти висновку: багатоплідна вагітність частіше зустрічається у повторновагітних та у жінок, віком від 25 до 35 років.

Воронька Ю.В., Митринюк Н.Ф.

АЛЬТЕРНАТИВА КОРЕКЦІЇ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М.Д.)

За прогнозами ВООЗ в світі до 2030 року в періоді постменопаузи знаходиться 1,2 мільярдів жінок, що складе приблизно шосту частину населення планети. Для клінічної практики важливо знати, що ці стадії характеризуються зниженням і потім втратою здатності жінки до зачаття та овуляції, тобто зміною характеру менструальних циклів з подальшим припиненням менструацій, а також можливою появою ранніх симптомів інволютивних дисгормональних порушень, так званого клімактеричного синдрому (КС). Залишається багато невирішених питань, які потребують подальшого вивчення: насамперед, оцінка ступеня користі і ризику при довгостроковій замісній гормональній терапії (ЗГТ) у зв'язку з онкологічною настороженістю лікаря через реакцію гормонозалежних органів-мішеней (ендометрію, молочних залоз) на проведені лікування та інші.

Протягом останніх років з'явилася можливість прогнозувати розвиток остеопенії та остеопорозу у зв'язку з впровадженням денситометрії і біохімічних маркерів, що стало підставою для застосування препаратів, які нормалізують обмін кальцію в організмі для профілактики і лікування остеопорозу. Виникли можливості альтернативного лікування патологічного перебігу клімактерію в тих пацієнток, яким протипоказана ЗГТ: застосування фітоестрогенів, фітогормонів, селективних модуляторів естрогенових рецепторів на тлі раціональної дієти, бальнеотерапії, гіпноусугестивних методів впливу, індивідуального підходу до лікування метаболічного синдрому, ішемічної хвороби серця, атеросклерозу у цього значного вікового контингенту жінок України.

Необхідно впровадити в клінічну практику новий підхід до комплексного обстеження і ведення пацієнток в періоді менопаузи, а саме менеджмент менопаузи — цілісний підхід до підтримки здоров'я і збереження якості життя жінок в клімактерії, який має на увазі здоровий спосіб життя, а також відповідну терапію, яка повинна сприяти поліпшенню якості життя і ефективно усувати менопаузальні симптоми (припливи жару, порушення сну, перепади настрою), надавати протективну дію на кісткову тканину, позитивно впливати на сексуальну функцію і лібідо, знижувати число побічних ефектів за рахунок низьких доз і мати сприятливий серцево-судинний профіль.

Саме зміна стилю життя та замісна гормональна терапія є основними методами попередження гормонозалежних захворювань та підтримки високої якості життя у жінок в клімактерії.

Гайдук Я.О.

ПРОБЛЕМИ САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - викл. Боднарюк О.І.)

Серйозною проблемою у дівчат-підлітків залишаються запальні процеси статевих органів, широке розповсюдження яких у світі вивело їх у ранг актуальних проблем акушерства і гінекології, що призводять до порушення функцій багатьох органів і систем жіночого організму. Лібералізація статевих відносин серед молоді при недостатньому рівні статевої культури — одна з причин поширення трансмісивних інфекцій, які обумовлюють різні порушення репродуктивного здоров'я. Як показують статистичні дані, в Україні відмічається сталість стабільно високих показників кількості запальних захворювань серед дівчат віком 15-17 років, які, згідно з рекомендаціями ВООЗ, становлять групу ризику серед молоді.

Провівши ретроспективний порівняльний аналіз гінекологічних захворювань внутрішніх статевих органів у дівчаток та підлітків Буковини за період 2007 – 2012 років, привертає увагу тенденція до зростання протягом цього періоду часу рівня захворюваності та поширеності даної патології. Аналізуючи основні статистичні показники захворюваності та поширеності сальпінгоофоритів у дівчат-підлітків, жительок Чернівецької області, прослідковувалась сталість високих показників, які були значно вищими загальнодержавних протягом періоду, що аналізувався.

Так, в 2011 році показник захворюваності на сальпінгоофорити дівчат Буковини перевищив загальнодержавний в 1,96 рази, а поширеності в 1,68 рази, що можна пояснити оптимізацією роботи дитячих гінекологів щодо виявлення цієї патології у дівчат, нестабільною екологічною ситуацією у зазначених місцевостях, а у 2012 році захворюваність на сальпінгоофорити у дівчат області становила 10,72, поширеність — 23,25 на 1000 відповідного населення. Детальний аналіз захворюваності (на 1000 відповідного віку) дівчат-підлітків на сальпінгоофорити за місцем проживання показав, що найвищий цей показник є в районі Придністров'я — Сокирянський район (12,41) та в районі, який зазнав радіаційного впливу внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС — Кіцманському (12,24). Це викликає найбільше занепокоєння і служить поштовхом до вивчення проблеми сальпінгоофоритів та визначення їх значення у формуванні репродуктивного здоров'я.

Глуха М.О., Захарук Х.М., Ткач М.В., Тимочко Ю.Д.

РЕЗУЛЬТАТИ КАРІОТИПУВАННЯ ЖІНОК З АНЕМБРІОНІЄЮ В АНАМНЕЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

Актуальність. Анембріонія є однією із складових ланок невиношування вагітності, на яку припадає близько 15%. Частота хромосомної патології при даній аномалії вагітності є дуже високою і складає 65-70%.

З метою формування груп ризику та прогнозування виникнення анембріонії в наступних вагітностях нами обстежено 46 жінок з анембріонією в анамнезі (основна група). На етапі прегравідарної підготовки в умовах Чернівецького обласного медико-діагностичного центру їм проведено медико-генетичне консультування з наступним каріотипуванням. Визначення каріотипу проводилося у лімфоцитах периферійної крові. Отримані результати порівнювали із середньо популяційними даними.

Результати та їх обговорення. За результатами медико-генетичного консультування встановлено, що у 78,7% жінок відмічені перенесені до вагітності екстрагенітальні захворювання у стадії компенсації (переважно вегето-судинна дистонія, дифузний зоб І ст., сечокислий діатез, хронічний пієлонефрит, гастродуоденіт та холецистит). У 53,6% обстежуваних спостерігалися часті гострі респіраторні захворювання, у переважній більшості з них (84,7%) – дитячі інфекції (кір, скарлатина, вітряна віспа та інші). Спадковий анамнез усіх жінок з анембріонією був не обтяженим по чоловічій лінії, проте спадковість 12,5% обстежуваних обтяжена по жіночій лінії наявністю бронхіальної астми, онкологічною патологією молочної залози та шийки матки.

За результатами каріотипування у всіх жінок виявлено каріотип 46 XX, а у їх чоловіків – 46 XY. У 10 жінок (23,8%) з каріотипом 46 XX спостерігалися різні відхилення у будові хромосом. Так, у 3 (7,1%) обстежуваних визначалися пластинки з поліплоїдією та наявністю децентричної хромосоми, у 3 (7,1%) – каріотип 46 XX, 1qht, add 15 (p11), ps+ k+; у 2 (4,8%) – недиференційовані метаболічні пластинки та у 2 (4,8%) – каріотип 46XX з великою кількістю неповних метафазних пластинок.

Висновок. Отже, за результатами медико-генетичного консультування, проведеного у жінок з анембріонією показали, що у більшості з них наявний обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. Частота анембріонії та аномалії каріотипу у обстежуваних Чернівецького регіону не виходять за межі середньо популяційних.

Кіцанюк І.Ю., Гляйх Л.І., Гошовська А.В.

ОРГАНОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ В ПЛАЦЕНТАРНОМУ КОМПЛЕКСІ У ЖІНОК З ПРОЯВАМИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Актуальність. Діагностика ранніх органних перебудов у плаценті є важливим чинником, оскільки за умов гіперандрогенії плацента спроможна здійснювати низку пристосувальних реакцій саме на органному рівні структурної організації, які можуть призвести до повної або часткової компенсації змін на рівні клітин.

Мета. Визначити органометричні зміни в плацентарному комплексі у жінок з проявами гіперандрогенії.

Матеріали і методи. Макроскопічну характеристику плаценти здійснювали описовим методом, згідно органометричних параметрів, які є найбільш інформативними для оцінки плацентарної недостатності: маса (у грамах), об'єм (у см³), середня товщина (у см), периметр (у см), форма (за показниками «площинно-товщинний індекс» та «ексцентриситет еліпса»), та площа найбільшого перерізу (у см²).

Результати дослідження. При проведенні наших досліджень встановлено, що об'єм плаценти у жінок з проявами гіперандрогенії в середньому знижувався в порівнянні з жінками без проявів гіперандрогенії (контрольна група) ($P=0,072$). Встановлено, що у жінок з проявами гіперандрогенії не змінювалася площа найбільшого перетину плаценти, тобто об'єм плаценти знижувався в основному за рахунок її витончення. Об'єм плаценти у жінок з проявами гіперандрогенії в середньому знижувався в порівнянні з контролем ($P=0,072$). На органному рівні структурної організації плаценти за умов гіперандрогенії є рівномірна реакція котиледонів, на що вказують низькі величини коефіцієнта варіації товщини плаценти.

За умови якщо в плаценті спостерігається зменшення її середньої товщини, але при цьому зберігається її об'єм за рахунок збільшення площі найбільшого перетину – все це, за сучасними дослідженнями, слід вважати ефективною пристосувальною (компенсаторною) реакцією плаценти на органному рівні у відповідь на тривалий несприятливий вплив. Тобто, такі зміни слід вважати ознаками компенсованої плацентарної дисфункції.

Висновки. Отже, органометричні показники мають своє підґрунтя. По-перше, об'єм плаценти є найбільш важливим показником першого рівня, оскільки віддзеркалює загальну масу плацентарних структур. По-друге, об'єм плаценти є кращим показником від «маси плаценти» через те, що його безпосередньо можна застосувати для обґрунтування інших просторових параметрів плаценти.

Горбулевич Х.П., Гошовська А.В.

ВПЛИВ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З RH – НЕГАТИВНИМ ТИПОМ КРОВІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Актуальність. Rh - Ізоімунізація – це одна із клінічних форм імунопатології вагітності, що виникає за умови гуморальної імунної відповіді на еритроцитарні антигени плода. Антитіла, які утворилися в організмі матері, проникаючи через плаценту, викликають екстравакулярний гемоліз та призводить до розвитку анемії та еритробластозу плода.

Мета. Визначити перебіг вагітності та пологів у жінок з Rh – негативним типом крові, яким було проведена профілактика Rh – ізоімунізації анти – Rh (Д) імуноглобуліном та жінок, яким не була проведена профілактика Rh – ізоімунізації.

Матеріали і методи. Медична документація (історії пологів) за 2013 рік в Чернівецькому пологовому будинку №2 у жінок з Rh – негативним типом крові, яким була проведена профілактика ізоімунізації – 161 (контрольна група). Жінки з Rh – негативним типом крові, яким не була проведена профілактика ізоімунізації – 159 (основна група).

Результати дослідження. Порівнюючи перебіг вагітності та пологів у жінок обстежених груп, слід відмітити, що у жінок основної групи значно перевищували ознаки загрози переривання вагітності та пологів у 4.6 рази у порівнянні з контрольною групою, відшарування плаценти та маткова кровотеча (неясної етіології) перевищувала у 2.1 рази. Наростання титру антитіл (Ат) у жінок основної групи в середньому сягала 1:28 тоді, як у жінок контрольної групи - 1:9. УЗД ознаки гемолітичної хвороби плода (водянки плода) у жінок основної групи перевищували у 5,8 рази у порівнянні з контролем. За даними кардіотокографії виявлено, що у жінок основної групи у 5,3 рази перевищували ознаки хронічної гіпоксії плода та зниження компенсаторної здатності плацентарного комплексу. Досліджуючи амніотичну рідину, слід зазначити, що оптична щільність навколоплідних вод значно перевищувала показники у жінок контрольної групи. Слід відмітити, що у 11,7 % жінок основної групи пологові розривання проводилося достроково до терміну гестації в залежності від наростання рівня титру Ат у крові вагітної, наростання проявів гемолітичної хвороби плода та деструктивних змін в плаценті.

Висновки. Будь-яка жінка, яка хоче народити здорову дитину повинна знати не тільки свою групу крові, але й свій ресурс-фактор. Своєчасно проведені профілактичні засоби Rh – ізоімунізації дозволять значно знизити ризик ускладнень під час вагітності та пролонгувати вагітність до терміну пологів.

Гринчук А.Ф.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Юр'єва Л.М.)

Невиношування вагітності (НВ) є однією з актуальних проблем акушерства. За даними різних авторів, частота цієї патології становить 20–25% і не має тенденції до зниження. Невиношування вагітності – одна з основних причин перинатальної захворюваності та смертності.

Нами проведений клініко-статистичний аналіз 66 обмінних карт та історій пологів жінок із невиношуванням вагітності в анамнезі (основна група). Контрольну групу склали 30 вагітних із не обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом.

Результати дослідження та їх обговорення. Першовагітними у основній та контрольній групах були відповідно 30,3±1,4% та 36,7±1,2% обстежених, повторновагітними – 69,7±1,2% та 63,3±1,3%. У 22,7±1,8% жінок основної групи в анамнезі мали місце два і більше артифіційних абортів. Попередні вагітності у 18,2% обстежених із невиношуванням завершувалися народженням дітей із СЗРП, у 6,1% антенатальною його загибеллю плода.

Аналіз перебігу вагітностей показав, що у всіх обстежених основної групи мали місце гестаційні ускладнення. У 100% жінок із невиношуванням дана вагітність протікала на тлі загрози передчасного її переривання в ранні строки, у кожної другої загроза невиношування носила персистуючий характер. У 30,3% вагітність супроводжувалася частковим відшаруванням хоріона. Достовірно частіше у обстежених основної групи вагітність протікала на тлі анемії (13,6%), прееклампсії (6,1%). Патологію амніону діагностовано 12,1% осіб основної групи, зокрема багатоводдя у 6,1%, а маловоддя – у 6,0% жінок. У 56,1% обстежених основної групи перебіг вагітності ускладнився дистресом плода під час вагітності та в пологах, в 74,2% - затримкою розвитку плода, у 30,3% частковим відшаруванням плаценти, антенатальною загибеллю плода - в 9,1%. Передчасні пологи відбулися у 65,2%, у 72,7% випадків народилися діти з малою масою до терміну гестації, 78,7% дітей народилися в асфіксії різного ступеня тяжкості.

У ранньому неонатальному періоді гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС діагностовано в 37,8% новонароджених, синдром дихальних розладів – у 10,6%. Слід зауважити, що серед дітей, які народилися в стані тяжкої асфіксії, у 6,5% випадків зареєстровано ранню неонатальну смертність.

Представлені результати свідчать про наявність прямопропорційного зв'язку між факторами, які могли спричинити невиношування вагітності в минулому, та високим відсотком перинатальних ускладнень упродовж даної вагітності. Зниження частоти гестаційних ускладнень можливе тільки при комплексному, послідовному проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, починаючи з планування сім'ї, прекоцепційної підготовки.

Касімова О.С., Гуцал О.С., Бакун О.В.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІБРОМІОМИ МАТКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Гіперпластичні процеси матки (ГППМ) утримують лідерство в структурі гінекологічної захворюваності і найчастіше зустрічаються у жінок віком 35-45 років. Тому метою нашої роботи є дослідження факторів ризику виникнення фіброміоми матки у жінок репродуктивного віку. Нами обстежено 35 жінок віком 30-45 років, із них 10 – соматичної патології, 20 жінок віком 30-45 років з фіброміомою матки. Діагноз фіброміоми матки встановлювали на основі ретроспективного аналізу історій хвороб. Встановлено, що фіброміома найчастіше зустрічається у пременопаузальному віці (41-45 років) - 18 (60%) хворих і рідше у більш молодого контингенту жінок (30-35 років) – 6 (20%) хворих. Переважна більшість обстежених хворих скаржилася на ациклічні маткові кровотечі у вигляді метрорагій, менорагій. При цьому болючі місячні відмічені у 80% хворих. Переважна більшість пацієнок мала високий інфекційний індекс (дитячі інфекції, бактеріально-вірусні захворювання). У жінок досліджуваної групи наявне ожиріння I-II ступеня, ІМТ становить $36,31 \pm 1,82$ кг/м². Кількість вагітностей, пологів і абортів у обстежених жінок суттєво не відрізнялася, проте потрібно відзначити високий індекс абортів (2,4 абортів на одні пологи). Внутрішньоматкову контрацепцію використовували 6 (20%), оральні контрацептиви – 9 (30%) жінок. У всіх жінок спостерігались захворювання серцево-судинної системи, а саме: гіпертонічна хвороба, хронічна ішемічна хвороба серця, вегето-судинна дистонія. У кожній четвертій захворювання гепато-біліарної системи, щитоподібної залози. Значна частина жінок раніше перенесла захворювання жіночих статевих органів, ерозію шийки матки - 12 (40%), запальні захворювання придатків матки - 15 (50%), полікістоз яєчників - 2 (6,67%),

Дейнека С.О., Пікулович Х.С.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ РЕЦЕДИВУЮЧОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ) у вагітних відноситься до числа найбільш поширених захворювань, що визначають внутрішньоутробне інфікування і акушерську патологію. В останні роки відзначена тенденція до збільшення інфікування вагітних цитомегаловірусом (ЦМВ). У період вагітності ризик інфікування плода становить 30-35%.

Мета роботи - виявлення особливостей клінічних проявів хронічної рецидивної форми ЦМВІ у вагітних.

Обстежено 51 вагітну з обтяженим соматичним та акушерським анамнезом. Діагноз підтверджувався за допомогою виявлення діагностичних рівнів специфічних антитіл (IgM) у сироватці крові за допомогою ІФА у 11 (21,6%) пацієнок, а також визначенням ДНК вірусу методом ПЛР у крові у 3 (5,9%) вагітних, слині у 16 (31,3%) жінок та слизу цервікального каналу у 21 (41,2%) пацієнок. В деяких випадках мало місце поєднання вірусних «маркерів». Також у всіх вагітних за допомогою ІФА визначались високі титри анти-CMV IgG.

Вже на ранніх термінах вагітності (до 12-го тижня) ми помітили високу частоту загострення хронічних соматичних захворювань (в 90,3% випадків). Так, серед патологій шлунково-кишкового тракту частіше відмічались загострення хронічного холецистопанкреатиту (24,6%) і гастродуоденіту (13,9%). З боку сечовивідної системи відмічались загострення хронічного пієлонефриту (17,3%) і циститу (11,6%) з відповідними скаргами та клініко-лабораторними даними. Скарги на підвищення температури (в межах субфебрильної), біль у грудній клітці, сухий кашель з вислуховуванням сухих хрипів і жорсткого дихання при аускультатії дали змогу діагностувати загострення хронічного бронхіту у 11,6% вагітних. Особливістю перебігу загострень соматичних захворювань під час вагітності є не тільки їх висока частота, а й довготривалий перебіг з відсутністю ефекту від терапії, яка застосовувалась раніше.

Більшість скарг пацієнок з ЦМВІ носили неспецифічний характер у вигляді підвищеної роздратованості (77,8%) і стомлюваності (84,0%), субфебрильної гарячки (20,6%), збільшення шийних, пахвинних або підщелепних лімфовузлів (19,6%), а у 14,0% вагітних навіть при лабораторно підтвердженій реактивації інфекції не виявлено жодних клінічних симптомів. Однак у 3 вагітних (5,9%) ми помітили збільшення задньошийних лімфовузлів (до 1,5-2 см в діаметрі, чутливі при пальпації), дрібноплямисті висипи на шкірі живота, грудей, верхніх кінцівках, збільшення печінки (до 13-14 см – 1-й розмір за Курловим) та явища назофарингиту. З боку акушерських ускладнень в першій половині вагітності діагностовано загрозу переривання вагітності (56,8%), ранні гестози (27,7%), бактеріальний вагіноз (17,6%). В другій половині частіше зустрічались загроза передчасних пологів (24,6%), пізні гестози (16,4%) і бактеріальний вагіноз в 13,9% випадків.

Таким чином, проведений нами аналіз свідчить про те, що перебіг ЦМВІ у вагітних характеризується неспецифічними ознаками у вигляді астено-вегетативного, загально-інтоксикаційного синдромів.

Дзюба А.В.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Юр'єва Л.М.)

Передчасні пологи (ПП) є актуальною проблемою сучасного акушерства. Важливим є питання своєчасної діагностики ризику ПП. Сьогодні для своєчасної діагностики загрози ПП доцільно використовувати імунохроматографічний експрес тест на смужках «Actim Partus», який дозволяє виявити в виділеннях із цервікального каналу наявність фосфорильованого протеїну - 1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (фПЗІФР - 1) при його концентрації 10 мкг/л і більше. При негативних результатах тесту у 90,9% пологи відбуваються своєчасно, при позитивному результаті у 53,3% регулярна родова діяльність розвивається упродовж найближчих 7 днів.

Метою роботи було визначити фактори ризику передчасних пологів з урахуванням результатів тесту «АКТИМ ПАРТУС» (АП).

Матеріали та методи дослідження. Нами проаналізовано 38 історій пологів вагітних, яким було проведено тест АП. Із них у 27 вагітних результати тесту АП були з негативними (перша група) і у одинадцяти жінок результати тесту АП були позитивними (друга група).

Тест АП був проведений в 22-26 тижнів вагітності 26,3% випадках, у 27-31 тиждень - 31,6%, в 32-36 тижнів - 42,1%. Позитивними результати тесту АП були у 40% жінок із несправжніми переймами в терміні гестації 22-26 тижнів, у 31,3% обстежених в терміні 32-36 тижнів і тільки у 16,6% випадків в 27-31 тиждень. Аналіз результатів показав, що серед обстежених із симптомами загрози ПП 55,3% були повторно вагітними вперше народжуючими, їх акушерський анамнез був ускладнений самовільними викиднями та штучними абортми в ранні терміни вагітності. Частота екстрагенітальної патології, а саме хронічного тонзиліту (18,2%) та хронічного обструктивного захворювання легень (9,1%) була достовірно вищою у другій групі обстежених у порівнянні із першою ($p < 0,05$).

У обох обстежуваних групах перебіг даної вагітності ускладнився загрозою переривання на ранніх термінах у 71% жінок, з них у 34,2% загроза невиношування була персистуючою. Також у вагітних I і II груп вагітність протікала на тлі урогенітальної інфекції, однак у вагітних із позитивним тестом АП у 36,3% випадків діагностовано патологічні зміни біоценозу піхви викликані анаеробними бактеріями (*Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*). Згідно аналізу результатів цервікометрії у більшості обстежених із позитивними результатами тесту АП довжина шийки матки була меншою 20 мм і у 72,8% випадків внутрішнє вічко було відкритим.

Отже, проведені нами дослідження, із використанням тесту «Актім партус», показали, що ризик передчасних пологів був вищим у повторно вагітних, що вперше народжують, в терміні гестації 22-26 тижнів. Тест «Актім партус» був достовірно частіше позитивним у жінок із наявністю хронічних екстрагенітальних вогнищ інфекції, обтяженого акушерського анамнезу та патологічного стану біоценозу піхви, обумовленого анаеробними збудниками.

Добрянська М.Д.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ УРОГЕНІТАЛЬНИМ МІКОПЛАЗМОЗОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Юр'єва Л.М.)

Мікоплазмоз — урогенітальні інфекційне захворювання, викликане *Mycoplasma hominis*, самими мікроскопічними з відомих мікроорганізмів. Урогенітальний мікоплазмоз часто протікає безсимптомно і відноситься до захворювань, що передаються статевим шляхом. Оскільки мікоплазми часто зустрічаються в поєднанні з іншими урогенітальними інфекціями, діагностувати мікоплазмоз досить важко. За даними різних авторів поширеність *M. hominis* серед населення коливається від 10% до 50%. *M. hominis* виділяється приблизно у 50% пацієнток з запальними захворюваннями органів малого тазу, та у 30% жінок із невиношуванням вагітності. Актуальність проблеми, яка досліджується, обумовлена високою частотою виявлення урогенітального мікоплазмозу у жінок репродуктивного віку, і особливо, під час вагітності.

Тому метою нашого дослідження було проаналізувати особливості перебігу вагітності у жінок із урогенітальним мікоплазмозом.

Нами проведено ретроспективний аналіз протікання вагітності та пологів у 58 вагітних. Основну групу склали 36 жінок, у яких під час вагітності діагностовано урогенітальний мікоплазмоз, контрольну групу – 22 вагітних із фізіологічним перебігом гестаційного періоду.

Аналіз отриманих результатів показав, що у $22,2 \pm 1,5\%$ обстежених основної групи протікання вагітності в ранніх термінах ускладнювалося загрозою переривання і у $11,1 \pm 1,2\%$ кровомазанням на тлі відшарування хоріону. Достовірно частіше у жінок із урогенітальним мікоплазмозом діагностували викидень, що не відбувся ($8,3 \pm 1,6\%$ проти $4,5 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$). У II та III триместрах гестації у жінок із урогенітальним мікоплазмозом достовірно частіше діагностували загрозу передчасних пологів ($27,7 \pm 1,4\%$ проти $13,6 \pm 1,2\%$, $p < 0,05$), плацентарну дисфункцію ($21,2\% \pm 1,5\%$ проти $9,1 \pm 1,2\%$, $p < 0,05$) та затримку внутрішньоутробного розвитку плода ($18,2\% \pm 1,3\%$ проти $9,1 \pm 1,2\%$, $p < 0,05$). Ультразвукові ознаки внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плода визначали у $15,1\%$ вагітних основної групи.

У групі вагітних із урогенітальним мікоплазмозом у 2,2 разів частіше вагітність завершувалася передчасними пологами на тлі передчасного розриву плідних оболонок ($9,1 \pm 1,6\%$ проти $4,5 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$), народженням дітей із малою масою до терміну гестації ($12,1\% \pm 1,3\%$ проти $4,5 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$) та ознаками ВУІ.

Отже, отримані нами результати вказують на те, що урогенітальний мікоплазмоз ускладнює перебіг гестаційного періоду, є однією із причин передчасного переривання вагітності, порушень у системі мати-плацента-плід і внутрішньоутробного інфікування плода.

Дроздовська Л.Я., Сухолотюк А.Л.

ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК, ХВОРИХ НА МІОМУ МАТКИ, МЕШКАНОК ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Міома матки - доброякісна пухлина м'язового шару матки, яка займає особливе місце в структурі пухлин жіночих статевих органів, оскільки частота її серед гінекологічних захворювань становить 10-27%.

З метою уточнення ролі гормональної, менструальної та репродуктивної функцій на виникнення та розвиток пухлини нами проаналізовано 90 медичних карт стаціонарного хворого - мешканок м.Чернівці та Чернівецької області.

Беручи до уваги, що характер праці має певний вплив на розвиток захворювання, нами вивчено особливості трудової діяльності жінок та виявлено, що до найчисельнішої групи належали службовці (50,0%), на другому місці знаходились робочі промислових та сільськогосподарських об'єктів (30,0%), домогосподарки та пенсіонерки становили 20,0%. Вік хворих коливався від 38 до 51 року. Середній вік жінок, хворих на міому матки, становив $47,0 \pm 3,6$ роки. Для уточнення ролі первинного порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції в розвитку пухлини у хворих нашого регіону проведено вивчення характеру менструальної функції з моменту менархе. Встановлено, що вік початку менструацій коливався в межах від 11 до 16 років (середній показник - $13,7 \pm 1,8$ років). Із раннім менархе не виявлено жодної жінки, а у 80,0% жінок менструації починались в межах загальноприйнятої норми. У решти хворих (20,0%) статеве дозрівання затримувалось і перша менструація з'являлась після 15 років. Наявність в анамнезі маткових кровотеч відмічали 50,0% жінок (ювенільних – 5,5%, репродуктивного віку – 33,3%, пременопаузальних – 11,2%).

При спробі виявити пусковий механізм розвитку міоми матки дискутується питання про роль репродуктивної функції. Ми не знайшли чіткого взаємозв'язку. Первинним безпліддям страждали лише 3,3% хворих, у 87,7% в анамнезі були штучні аборти, у 7,8% – самовільні викидні. Народжували 87,7% жінок, причому у 93,3% мали місце фізіологічні пологи.

Проведений аналіз показав, що частота міоми матки в м.Чернівці та Чернівецькій області не виходить за межі її розповсюдженості в інших регіонах, проте має тенденцію до зростання та підтверджує концепцію мультифакторності та складності патогенетичних варіантів.

Дубик Л.В.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕЗУС-КОНФЛІКТУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології факультету післядипломної освіти

(науковий керівник - д.мед.н. Юзько О.М.)

В наш час під терміном "резус-ізоімунізація" слід розуміти гуморальну імунну відповідь на еритроцитарні антигени плода Rh-групи, які потрапили в кровотік матері під час вагітності, під час пологів, проведенні акушерських операцій і лікувально-діагностичних маніпуляцій.

Ризик ізоімунізації при першій вагітності складає приблизно 1,5%, а у повторнонароджуючих – 14,9%. Показник смертності серед плодів і новонароджених, у яких розвинулась набрякова форма гемолітичної хвороби складає 70-85% випадків.

Наслідком потрапляння плодової крові в материнський кровотік є гемолітична анемія, в результаті якої виникає екстрамедулярне кровотворення, вогнища якого локалізуються переважно в печінці плода, що призводить до портальної гіпертензії. Крім цього, розвиваються гіпопротеїнемія, водянка плода, тобто комплекс порушень стану плода, який називається еритробластозом.

Проблема імунологічної несумісності крові матері і плода залишається актуальною в нашій країні у зв'язку з тим, що зростає частота оперативних втручань (ручне відділення плаценти, кесарський розтин, амніоцентез, кордоцентез) в анамнезі або під час даної вагітності. Крім того, в останні роки спостерігається підвищення рівня плацентарної дисфункції, яка супроводжується підвищенням проникливості судин плаценти до еритроцитів плода.

Враховуючи все вище зазначене, резус-ізоімунізація є вагомою патологією вагітності і потребує вдосконалення методів профілактики, діагностики та лікування.

Дяк К.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЇ У II – III ТРИМЕСТРАХ У ВАГІТНИХ З БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Актуальність. Підвищений інтерес до багатоплідної вагітності (БВ) не втратив своєї актуальності і в даний час. За останні роки в більшості європейських країн частота багатоплідної вагітності коливається від 11 до 14 на 1000 пологів. При цьому характерно зміна співвідношення спонтанної та індукованої багатоплідної вагітності: 70 і 30% у 80-ті роки проти 50 і 50% в кінці 90-х років. Незважаючи на численні дослідження, направлені на вдосконалення діагностики, тактики ведення вагітності, пацієнтки з багатоплідної вагітністю продовжують представляти групу високого ризику розвитку перинатальних ускладнень.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості перебігу гестації у II – III триместрах у вагітних з багатоплідною вагітністю.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз перебігу пологів у 38 жінок з багатоплідною вагітністю, які народжували в 2013 року у МКПБ №2 м. Чернівці.

Результати досліджень. Група обстежуваних жінок розподілилась наступним чином: за соціальним статусом - домогосподарок 21 (55,2%), робітниць - 7 (18,4%), службовців - 10 (26,3%). За віком: до 19 років було жінок 2 (5,2%), від 20-25 років - 9 (23,6%) жінок, від 26-30 років - 17 (44,7%), від 31 - 35 років - 6 (15,8%) і старше 36 років - 4 (10,5%). Першовагітних було 18 (47,3%), а повторновагітних - 20 (52,6%). В анамнезі мали аборти 5 (13,15%) жінок, самовільні викидні - 10 (26,3%), непліддя - 3 (7,8%), перинатальні втрати - 1 (2,63%), ендометріоз - 1 (2,63%), порушення менструального циклу - 1 (2,63%), хронічні сальпінгоофорити - 1 (2,63%), оперативні втручання на внутрішніх статевих органах - 2 (5,2%), ерозія шийки матки - 6 (15,8%), міома тіла матки - 2 (5,2%). Під час вагітності у 11 (28,9%) жінок мала місце вегетосудинна дистонія, у 1 (2,63%) - ожиріння, у 4 (10,5%) - захворювання нирок, у 9 (23,6%) - дифузний зоб, у 4 (10,5%) - варикозна хвороба, у 2 (5,2%) - захворювання шлунково-кишкового тракту, у 2 (5,2%) - захворювання серцево-судинної системи, у 2 (5,2%) - міопія середнього ступеня і у 12 (31,5%) анемія вагітних. Перебіг вагітності у другому та третьому триместрах вагітності ускладнився несправжніми переймами до 37 тижнів вагітності - у 10 (26%) жінок, з них до 28 тижнів - у 3 (7,8%), з 28 - 36 тижнів - у 7 (18,4%). Гестаційні набряки спостерігались у пацієнток 4 (10,5%), у 3 (7,8%) була діагностована прееклампсія середнього та важкого ступеня важкості, у 6 (15,7%) відзначається внутрішньоутробна гіпоксія плодів та плацентарною дисфункцією, у 1 (2,6%) вагітність ускладнилась багатоводдям. Висновки. Одним з домінуючих ускладнень II та III триместрів гестації у вагітних з багатоплідною вагітністю була загроза передчасних пологів - 26%. Високий рівень анемії при вагітностях двійнями (31,5%) потребує ефективну профілактику залізодефіцитних станів, починаючи з ранніх термінів гестації.

Дяк К.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У РОДІЛЬ З БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Актуальність. За останні 30 років значно підвищилася частота багатоплідних вагітностей (БВ). У 60-70% випадків це пов'язано з частим використанням індукції овуляції, стимуляції суперовуляції у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), включаючи екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і перенесення ембріонів (ПЕ). У зв'язку з розвитком ЕКЗ та ПЕ з 1980 до 2010 р. щорічна кількість пологів двійнятами збільшилася на 52%.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу пологів у роділь з багатоплідною вагітністю.

Результати досліджень. Проведено аналіз перебігу пологів у 38 жінок з багатоплідною вагітністю, які народжували в 2013 року у МКПБ №2 м. Чернівці. Обстежувані жінки за віком розподілились наступним чином: до 19 років було 2 (5,2%) жінок, від 20-25 років - 9 (23,6%), від 26-30 років - 17 (44,7%), від 31 - 35 років - 6 (15,8%) і старше 36 років - 4 (10,5%). Домогосподарок було 21 (55,2%) жінок, робітниць - 7 (18,4%), службовців - 10 (26,3%). Першородящих було 18 (47,3%), а повторнородящих - 20 (52,6%), з них з дихоріальною діамніотичною двійнею (ДХДА) було 20 (52,6%), а з монохоріальною діамніотичною (МХДА) - 18 (47,3%). Проведено пологів через природні пологові шляхи у 20 (52,6%), з них 7 (18,4%) - передчасні. Решта самостійних пологів була в терміні 37-38 тижнів - 9 (23,6%) жінок, в 39-40 тижнів 4 (10,5%). 18 вагітних було розроджено шляхом кесарського розтину. При вагінальних пологах спостерігались різні ускладнення, зокрема: передчасне вилиття навколоплідних вод 5 (13,15%) випадків, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - 1 (2,63%) випадок, сідничне та ніжне передлежання першого плода по одному випадку (2,63%). Плановий кесарський розтин проводився у - 13 (34,2%) жінок, ургентний - у 5 (13,15%). Показами до оперативного пологорозрішення були поперечне положення плода - 1 (2,63%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та доношена вагітність з тазовим передлежанням одного з плодів - 1 (2,63%), вікова первородяща з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ЕКЗ) - 3 (7,8%), слабкість пологової діяльності - 1 (2,63%), сідничне передлежання першого плода при МХДА двійні - 6 (15,8%).

Висновки. Розподіл багатоплідної вагітності на двійні ДХДА та МХДА спостерігалась у співвідношенні відповідно 52,6% та 47,3%. Перебіг вагінальних пологів з багатоплідною вагітністю проходив з ускладненнями в 40% випадків (8).

Жилик Н.В., Партем Н.І.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ КАНДИДОЗОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології факультету післядипломної освіти
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

У сучасних клініцистів викликає занепокоєння рецидивуючий кандидоз (РК), викликаний дріжджеподібними грибами роду *Candida*, оскільки сьогодні все актуальнішим стає питання захворювань сечостатевої системи, що спричиняються умовно-патогенною флорою, яка при певних умовах може проявляти патогенні властивості. Актуальність цієї проблеми пояснюється високою поширеністю захворювання, схильністю патології до хронізації.

Рецидивуючий вульвовагінальний кандидоз зустрічається приблизно у 15% хворих і характеризується наявністю трьох або більше епізодів симптомного вульвовагінального кандидозу впродовж одного року. У більшості жінок з рецидивуючим кандидозом неможливо виявити будь-яких чітких провокуючих чинників або станів. Захворювання часто призводить до зниження якості життя, сприяє виникненню ендокринопатій і навіть розвитку неоплазій. Серед чинників ризику розвитку кандидозу сечостатевого тракту у жінок найбільш вагомими є тривалий прийом антибіотиків, контрацептивів, кортикостероїдних препаратів, вагітність, імунодепресивні стани, наявність ендокринних та інфекційних захворювань.

З метою встановлення особливостей перебігу рецидивуючого кандидозу проведено клініко-статистичний аналіз 40 медичних карт гінекологічних хворих. Пацієнтки знаходились в стаціонарі з запальними захворюваннями статевих систем та вказували на наявність рецидивуючого кандидозу. Звертає на себе увагу, що у 49,0% жінок мали місце хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунка та ДПК, холецистит, панкреатит, коліт). У 27,0% хворих спостерігалися нейро-ендокринні порушення, зокрема: ожиріння різних ступенів – у 5 жінок, порушення толерантності до глюкози – у 5 жінок, метаболічний синдром – у 4 жінок. Гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, кардіопатії зустрічалися в поодиноких випадках. Майже всі жінки з РК (95,0%) відмічали неодноразові епізоди гострої респіраторної вірусної інфекції протягом одного року, які ускладнювалися та вимагали проведення антибактеріальної терапії. Враховуючи, що застосування комбінованих оральних контрацептивів має певний вплив на мікробіоценоз піхви, нами проаналізовані методи контрацепції обстежуваних. Чіткого взаємозв'язку не виявлено, адже тільки 9,0% пацієнток вживали КОК, решта користувалися бар'єрними, природними та іншими методами планування сім'ї.

Отже, проведений аналіз вказує на необхідність надання пріоритету профілактиці рецидивуючого кандидозу. Першочерговим завданням є усунення факторів, які сприяють кандидозу (лікування захворювань ШКТ, ендокринопатій, інфекційних захворювань тощо), відмова від нерациональної антибіотикотерапії, прийом гормонотерапії за показаннями. У кожному окремому випадку варто розглядати раціональність призначення протигрибкових препаратів системної дії.

Закутній Т.О.

ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ МАЛИХ ТЕРМІНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Актуальність. У вагітних в структурі генітальних інфекцій переважають порушення мікробіоценозу піхви. Частота порушення мікробіоценозу пологових шляхів під час вагітності у жінок групи ризику акушерської патології складає в середньому 40-65%.

Клінічне значення інфекційних захворювань геніталій визначається тим, що вони збільшують ризик розвитку таких ускладнень як мимовільний викидень, передчасні пологи, передчасне вилиття навколоплідних вод, хоріоамніоніт, внутрішньоутробне інфікування плоду, народження дітей з низькою масою тіла.

Мета. Проаналізувати клінічний ефект лікування системним антибіотиком і місцевим (санацією) дизбіоценозу піхви у жінок з загрозою переривання вагітності.

Матеріали та методи. Було обстежено 90 вагітних (розподілених на 2 клінічні групи в залежності від запропонованої хворим терапії) з загрозою переривання вагітності в різні терміни гестації, яка супроводжувалася різними формами порушення мікробіоценозу (бактеріальний вагіноз, вагініт, вагінальний кандидоз). Нами проведено комплексне лікування дизбіоценозу піхви у жінок з загрозою переривання вагітності, метод заснований на використанні антибіотиків пеніцилінового ряду для системного впливу у сполученні з застосуванням сануючого внутрішньопіхвового впливу, що сприяє швидшому відновленню нормального біоценозу піхви та припиненню загрози переривання вагітності.

Вагітні основної групи (1 група) були проліковані із застосуванням лікування в поєднанні з системним антибіотиком протягом 5-6 днів і місцевим піхвовим. Застосування комплексної терапії дозволило провести поглиблене порівняння ефективності лікування вагітних із загрозою переривання вагітності запропонованим методом і традиційного лікування.

Результати дослідження. Клінічний ефект запропонованого комплексного лікування визначали через 5-7 днів, при цьому відзначали поліпшення самопочуття, апетиту, зникнення скарг на болі внизу живота, в поперековій ділянці, а також зникнення симптомів загрози переривання вагітності (зниження збудливості, тонуусу матки), нормалізації лабораторних показників, мікробіоценозу піхви, припинення виділень, зростання кількості лактобактерій.

Висновки. Лікування виявилось ефективним у ранньому терміні вагітності: 6-19 тижнів – 96,6%. Найбільший клінічний ефект лікування системним антибіотиком і місцевим (санацією піхви) пояснюється його етіотропним характером, спрямованим на нормалізацію порушеного мікробіоценозу піхви та припинення загрози переривання вагітності.

Каліновська К.М., Захарчук Т.В.

ОЦІНКА СТАНУ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО ТА ПЛОДОВОГО КРОВООБІГУ У ВАГІТНИХ З ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОПЛЕРОМЕТРІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Фетоплацентарна недостатність (ФПН) на сьогодні є однією з найбільш актуальних акушерських проблем. Дана патологія супроводжує практично всі ускладнення вагітності. Її частота у пацієток з прееклампсією складає до 66,3%, з переносуванням вагітності - до 36,3%, зі звичним невиношуванням в анамнезі – 24%, з вірусною і бактеріальною інфекцією – 50-60%.

Для ранньої діагностики ФПН проводилось доплерометричне дослідження вагітних в різні терміни гестації, починаючи з 12-14 тижня, з метою виявлення змін матково-плацентарного і плодового кровообігу. Об'єктом дослідження були маткові артерії, артерії пуповини, аорта і середня мозкова артерія плода. Визначались основні показники, що характеризують стан кровотоку, зокрема пульсаційний індекс (ПІ), індекс резистентності (ІР), індекс судинного опору (ІСО).

Після 14 тижнів у всіх плодів визначався постійний діастолічний кровотік в артерії пуповини. Виявлено підвищення ПІ до $3,87 \pm 0,21$; ІР до $0,71 \pm 0,2$, що пов'язано з підвищенням периферійного судинного опору і зниженням діастолічного кровотоку, обумовленого зменшенням васкуляризації термінальних ворсин.

При дослідженні судин плоду було виявлено збільшення ІР в аорті до $0,74 - 1,15$. Підвищення резистентності є наслідком спазму і являє собою компенсаторний механізм – централізацію кровообігу з переважним кровопостачанням життєво важливих органів, що розвивається у відповідь на наростаючу гіпоксію і розлади метаболізму.

Проведене дослідження дозволило провести розподіл вагітних з ФПН на групи в залежності від ступеня порушень кровотоку в матково-плацентарній і фетоплацентарній ланках, що є важливим для подальшого проведення диференційованого лікування даної патології з використанням індивідуального підходу в кожному конкретному випадку.

Калинюк І.І., Мазур Н.А., Семеняк А.В.

ЧАСТОТА ОЖИРІННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А.В.)

Мета – встановити частоту і вплив надлишкової маси тіла та ожиріння на перебіг вагітності у жінок з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріал і методи. У 73 вагітних з ГХ визначено показник індексу маси тіла на початку вагітності та з його урахуванням проведено клініко-статистичний аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів і стану новонародженого.

Результати. Встановлено, що надлишкова маса тіла та ожиріння мають місце у 70,6 % вагітних з ГХ, що у 5,4 разу вище, ніж у жінок без хронічної артеріальної гіпертензії в популяції. При ГХ 1-го ступеня зайва маса тіла спостерігається у 74,8 % хворих, у переважній їх більшості діагностується надлишкова маса тіла та ожиріння I ступеня. При ГХ 2-го і 3-го ступеня надмірна маса тіла відзначається у 60,9 % хворих, серед них превалює ожиріння II ступеня. У жінок з ГХ 1-го ступеня при зайвій масі тіла частіше, ніж при нормальній масі, спостерігаються ускладнення вагітності, пологів, порушення стану новонародженого: більш часто відзначається приєднання прееклампсії - у 50 вагітних, в тому числі тяжкої - 3, що виникає до 32 тиж вагітності, розвиток гестаційного діабету - 14, 6 - передчасних пологів, постає необхідність розродження шляхом операції кесарева розтину; більш високими є показники перинатальних втрат та тяжких порушень стану новонародженого, що потребують лікування за умов відділень реанімації та інтенсивної терапії, а в подальшому – II етапу виходжування. Кількість випадків прееклампсії, а також розродження шляхом кесарева розтину збільшується із зростанням маси тіла жінки. Перинатальні втрати, тяжкий стан новонароджених спостерігаються переважно у жінок з ожирінням; у цих матерів здебільшого народжуються й крупні діти (з масою 4000 г). У хворих з ГХ 2-го і 3-го ступеня частота акушерських і перинатальних ускладнень вкрай висока, однак, не залежить від маси тіла жінки. Надлишкова маса тіла та ожиріння – значущий фактор ризику розвитку ГХ у жінок дитородного віку та вагітних; додатковий фактор ризику несприятливого закінчення вагітності при ГХ 1-го ступеня.

Вважаємо за доцільне проведення ретельного контролю за рівнем артеріального тиску у жінок дитородного віку і вагітних з надлишковою масою тіла та ожирінням з метою виявлення артеріальної гіпертензії і проведення лікувально-профілактичних заходів. Жінки дитородного віку, які хворіють на ГХ, потребують прекоцепційної підготовки, а після завершення вагітності – тривалого спостереження і лікування, в основу яких мають бути покладені здоровий спосіб життя і, в тому числі, раціональне харчування і нормалізація маси тіла.

Ким В.О., Рахімова Г.Ә.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЖИВОТА У БЕРЕМЕННЫХ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра акушерство и гинекология

(научный руководитель - д.мед.н. Негмаджанов Б.Б.)

"Острый живот" объединяет большую группу заболеваний органов брюшной полости, остро возникающих и угрожающих жизни, как матери, так и плода. Операции по его поводу производятся примерно у 0,2 % беременных.

Целью нашей работы явилось изучение течения острого живота во время беременности в разные сроки гестации.

Материал и методы исследования: проспективно и ретроспективно было изучено 40 историй болезни и родов беременных женщин, прооперированных по поводу острого живота при сроках гестации от 5 до 38 недель (основная группа). Группу сравнения составили 40 женщин. В группе сравнения критериями включения были: острый живот у женщин репродуктивного возраста, отсутствие факта беременности при поступлении и в течение не менее 1 года до развития заболевания.

Результаты исследования. Возраст больных колебался от 18 до 35 лет. В зависимости от срока беременности пациентки были распределены следующим образом: до 12 недель - 11 беременных (27,2%), от 13 до 24 недель - 16 (40%), 25-38 недель - 13 (32,5%). Среди причин острого живота острый аппендицит наблюдался у 28 беременных (70%), острый холецистит - у 6 (15%), перекрут ножки кисты яичника - у 4 (10%), острая кишечная непроходимость - у 2 (5%). Длительность заболевания до госпитализации в стационар в основной группе превышала 12 часов (n=26; 65%), в то время как в группе сравнения женщины обратились за медицинской помощью в первые 3 часа от момента заболевания (n=38; 95%). При поступлении пациенткам проводился комплекс лабораторных и инструментальных исследований, в том числе УЗИ. Клинические проявления острого живота в группе сравнения отмечены практически у каждой больной, тогда как в основной группе имели стертые течение у 34 (85%) беременных. Все пациентки двух групп были прооперированы в течение первых суток пребывания в стационаре. 38 (95%) беременных из основной группы получили сохраняющую беременность терапию в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, на основании вышеизложенного можно предположить, что во время беременности клинические проявления острого живота имеют в большинстве своём стертые течение заболевания на фоне физиологической гестационной иммуносупрессии. Чаще всего причиной острого живота при беременности являлся острый аппендицит.

Кисилиця С.О., Демчук Ю.М.

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КАНДИДАМІКОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Карлійчук Є.С.)

Урогенітальний кандидомікоз (УК) займає одне з провідних місць в структурі акушерсько-гінекологічної захворюваності і зустрічається практично у всіх вікових групах. УК не є інфекцією, що передається статевим шляхом, проте може свідчити про зміни гормонального статусу та зниженні імунного захисту вагітності. Частота УК за останні 10 років практично подвоїлися та складає 30-45% в структурі інфекційних захворювань вульви та піхви. У жінок з різними порушеннями нейроендокринної регуляції репродуктивної функції УК спостерігається в 64%. Слід відмітити, що 20% здорових жінок є носіями дріжджеподібних грибків в піхві та не потребують лікування.

Збудниками УК є дріжджеподібні гриби роду *Candida*. В якості сапрофітів вони живуть на шкірних покривах та слизових оболонках здорових людей. В наш час описано більше 170 біологічних видів дріжджеподібних грибів, серед яких в більшості випадків (85-90%) збудниками є *C.albicans*. Серед видів *Candida* клінічне значення мають *C.glabrata* – 5-10%, *C.tropicalis* – 3-5%, *C.parapsilosis* – 3-5%, *C.crusei* – 1-3% (резистантний до флуконазолу), *C.Guilliermonch* – 1-3%, *C.Pseudotropicalis* – 1-15%, *Saccharomuces cerevisiae* – 1-2% (резистентний до флуконазолу).

На відміну від інших антимікотичних препаратів, флуконазол вибірково діє на клітину гриба. Не здійснює впливу на метаболізм гормонів, не змінює концентрацію стероїдів в крові жінок. Гострий процес УК: Дифлюзол 0,15 №1 – 1-й день звернення пацієнтки, далі на 5-й день та через 7 днів. При рецидивному УК: I етап – прийом Дифлюзолу по 0,15 №1 на 2-3 день, 7-, 14-, 21-й день менструального циклу; II етап – 2-3 день, 7- та 21-й дні; III етап – 2-3 день менструального циклу протягом 6 місяців.

Кміть Н.В., Бербець А.М.

ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ, ВИКЛИКАНИХ ТРИХОМОНІАЗОМ, ЗА ДОПОМОГОЮ ДЕЗМІСТИНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.к.мед.н. Бербець А.М.)

Актуальність. Проблема трихомоніазу як інфекції, що передається статевим шляхом, залишається на даний момент актуальною. Трихомоніаз – одна з найпоширеніших секс-трансмисивних інфекцій. Збудником трихомоніазу є одноклітинний паразит вагінальна трихомонада (*Trichomonas vaginalis*), що належить до типу найпростіших (Protozoa). За даними ВОЗ, вагінальною трихомонадою щорічно заражаються 170 мільйонів людей. В післяпологовому періоді перебіг трихомоніазу відрізняється високим ризиком інфікування органів малого тазу і швидким розвитком ускладнень.

Мета. Вивчити лікувальну дію антибактеріального препарату дезмістин при післяпологових запальних ускладненнях в післяпологовому періоді.

Матеріал і методи. Обстежено 56 жінок з клінічними ознаками післяпологових запальних ускладнень: субінволюція матки, підтверджена на УЗД, виділення зі статевих шляхів серозно-гнійного характеру, ниючі болі внизу живота, що відповідає картині післяпологового ендометриту. В усіх пацієнток трихомонадна інфекція була підтверджена шляхом бактеріоскопічного дослідження виділень. Жінки, у яких були верифіковані інші збудники, були виключені з групи. 27 із обстежених жінок (контрольна група) отримували наступне лікування: метронідазол 500 мг в 100 мл розчину («метрагіл») в/в кожні 8 годин 3 дні на тлі утримання від грудного вигодовування; місцева терапія: свічки вагінальні «Мератин-комбі» двічі на день 5 днів; утеротоніки. 29 із обстежених жінок (основна група) додатково отримували зрошення слизової піхви препаратом «Дезмістин» тричі на день 5 днів.

Результати. Було встановлено, що у жінок, яким додатково було призначено «Дезмістин», клінічне одужання (нормалізація температури тіла, зникнення болів та виділень) наступало вірогідно швидше: на $3,12 \pm 0,19$ добу, порівняно з групою контролю (на $5,08 \pm 0,21$ добу).

По закінченні курсу лікування УЗД-ознаки субінволюції матки у пацієнток основної групи спостерігались у однієї пацієнтки (3,45%), тоді як в контролі – в чотирьох випадках (14,81%). При взятті контрольних мазків у пацієнток основної групи не було виявлено трихомонад у виділеннях, натомість, у жінок контрольної групи було три подібних випадки (11,1%).

Висновки. Отримані дані вказують на те, що препарат «Дезмістин» є високоефективним в лікуванні післяпологового трихомоніазу. Його використання дозволяє скоротити тривалість захворювання і запобігає появі рецидивів.

Коломійчук Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОМЕТРІЇ ПЛАЦЕНТ ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДАХ У ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Однією з основних причин, що призводить до загрозливих станів плода під час вагітності, дистресу та затримки внутрішньоутробного розвитку є патологія фетоплацентарного комплексу. За даними літератури 60-90% випадків внутрішньоутробної патології обумовлена саме плацентарною дисфункцією (ПД). Ця патологія займає одне з провідних місць в структурі причин мертвонародження. Досить часто плацентарна дисфункція виникає на фоні екстрагенітальної патології, зокрема серцево-судинних захворювань. У разі гіпертензивних розладів відбуваються циркуляторні порушення генералізованого характеру, що і є основною ланкою патогенезу плацентарної дисфункції.

Метою нашої роботи було вивчення морфометричних показників плацент у жінок з артеріальною гіпертензією та порівняння їх з показниками плацент практично здорових жінок. Проводився аналіз органометричних показників плацент 20 жінок з клінічними проявами плацентарної дисфункції на тлі гіпертензивних розладів (I група, n=20). Контрольну склали жінки з фізіологічним перебігом вагітності (II група, n=25). Нами оцінювались наступні критерії: форма, площа, об'єм, максимальна товщина плаценти, тип прикріплення пуповини та тип розгалуження судин.

Проведені дослідження показали, що у більшості випадків спостерігались овальна та кругла форми плацент. Було виявлено такі типи прикріплення пуповини: центральний – у I групі у 33,2% досліджуваних, натомість у II групі у 56,8%; крайовий - I групі 67,5%, у II 45,4% оглянутих плацент. Аналіз типів розгалуження судин довів, що у 26,7% I групі і 55,6% II групі був розсіпним; у 54,5% I групі та 29,9% групи контролю тип розгалуження проміжний. Магістральний тип зустрічався у 20,2% та 16,9% відповідно.

У жінок контрольної групи середня маса плацент складала - 454,2 г, товщина - 2,14см, площа - 213,3см³. У жінок I групи спостерігалася тенденція до потоншення плацент - 1,77см та збільшення їх площі - 238,6см³.

Таким чином, аналіз макроскопічних особливостей плацент показав, що у жінок з плацентарною дисфункцією на тлі гіпертензивних розладів, плаценти відрізняються за формою, серед яких переважає овальна, з ексцентричним прикріпленням пуповини і проміжний з магістральним типом розгалуження судин. А також спостерігається тенденція до потоншення плацент та збільшення їх площі.

Говорнян С.Л., Войтко М.Я., Костирко В.О.

КОЛОНІЗАЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІХВИ ПРИ УРОГЕНІТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра мікробіології та вірусології*(науковий керівник - к.мед.н. Яковичук Н.Д.)*

У підтриманні здоров'я жінки на оптимальному рівні, особливо в репродуктивний період, важливе значення відіграє нормальна мікрофлора піхви. При виникненні гінекологічних захворювань як інфекційної так і неінфекційної природи спостерігають виражені порушення кількісного та якісного співвідношення представників нормальної мікрофлори. В останні роки, незважаючи на широке проведення профілактичних і лікувальних заходів, спостерігається тенденція до збільшення частоти запальних захворювань геніального тракту у жінок репродуктивного віку.

Метою дослідження є визначити видовий склад аеробних та анаеробних бактерій у хворих на вагініти.

Матеріал і методи. Нами проведено мікробіологічне дослідження виділень із піхви. Для визначення етіологічної структури запального процесу досліджуваний матеріал (виділення піхви) висівали на оптимальні для кожної групи мікроорганізмів тверді поживні середовища. Ідентифікацію штамів проводили за морфологічними, культуральними, ферментативними та антигенними властивостями з урахуванням плазмодокоагулюючої та лецитиназної активності. Збудники було виділено винятково в асоціаціях.

Результати дослідження та їх обговорення. Колонізаційна резистентність обумовлена рядом факторів організму господаря і його мікрофлорою: моторною функцією статевих органів, секреторними імуноглобулінами, антогоністичною активністю симбіонтів. При дослідженні нами групи жінок, у яких при бактеріологічному обстеженні виділень із піхви було виявлено найбільш розповсюджених представників патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів в їх асоціації були отримані результати, які мали типові морфологічні та культуральні властивості, а також позитивну гемолітичну, плазмодокоагулюючу та лецитиназну активність.

Із патологічного матеріалу, хворих на вагініти, виділено та ідентифіковано штами аеробних та анаеробних бактерій. Аналіз видового складу збудників вагініту показав, що у 69,9% хворих виділено *S.aureus*, у 65,4% дріжджоподібні гриби роду *Candida*, у 40,4% *T.vaginalis*, *E.coli* 15,4% і *N.gonorrhoeae* – 9,6%. Анаеробні аспорогенні мікроорганізми: *B.ureoliticus* – 14,1%, *P.niger* та *P.anaerobius* по 10,9% і *B.tragilis* – 9,0%.

Висновки. Таким чином, гнійно-запальні процеси жіночих статевих органів здатна спричинити велика кількість видів патогенних та умовно – патогенних бактерій. Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що наявність запальних захворювань у хворих спричинена мікст-інфекцією.

Коцаба О.М., Шкурашівський В.В., Пайонк М.П., Сучко К.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОМОСОМНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЕМБРІОНІВ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)*

Актуальність. За даними МОЗ України майже кожна п'ята бажана вагітність завершується мимовільним абортom (МА). МА складають 15 - 20% із врахованих вагітностей, причому 75 - 80% викиднів настає до 12 тижнів. Вважають, що 57,4% ранніх репродуктивних втрат пов'язані із хромосомними аномаліями у плода. Однак, залишається значна частка подружніх пар, у яких причини ранніх репродуктивних втрат не встановлені.

Метою роботи було визначення каріотипу абортусів та хромосомної патології у жінок з невиношуванням вагітності.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено цитогенетичне дослідження каріотипу ембріонів у 43 жінок з невиношуванням. Середній вік пацієнток склав 32,4 роки (від 24 до 41 року). Визначення каріотипу абортусів проводили шляхом аналізу хромосомних препаратів, отриманих із культивованих клітин ворсин хоріона за загальноприйнятими методиками.

Результати дослідження та їх обговорення. При цитогенетичному дослідженні хоріону хромосомна патологія виявлена у 18 пацієнток (41,9%). Трисомії хромосом 7, 14, 15, 16, 22 викликали переривання вагітності в більш ранні терміни (5-7 тижнів), ніж трисомії за 13, 18 та 21 хромосомами (10-12 тижнів). Більшість випадків трисомій виявлені у жінок пізнього репродуктивного віку, при чому трисомія за 18 хромосоמוю встановлена у найбільш «старшої» пацієнтки 40 років, трисомії за 16, 21 та 22 – у пацієнток «середнього» репродуктивного віку – 35-38 років. Навпроти, поліплоїдії та моносомії X0 зустрічалися у більш молодих жінок (28-32 роки).

Для з'ясування передумов виникнення хромосомної патології у ембріона, подружнім парам, у яких в хромосомному наборі абортуса виявлені зміни, ми рекомендували провести каріотипування. У жінок із звичним невиношуванням значні структурні аномалії каріотипу зустрічалися у 10 разів частіше, ніж в популяції і склали 2,4%.

Висновок. Отже, наявність хромосомної патології в каріотипі абортуса потребує каріотипування та медико-генетичного консультування подружньої пари для виявлення вірогідності виникнення хромосомної патології у плода при наступній вагітності, визначення тактики ведення вагітності та необхідність проведення інвазивної пренатальної діагностики для визначення каріотипу плода.

Лека М.Ю.

КОМПЛЕКСНА ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ПЛОДА ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

В патогенезі плацентарної дисфункції (ПД) провідну роль відіграє порушення матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу, затримка у формуванні котиледонів. Плід розвивається за умови хронічної гіпоксії, що призводить до зменшення маси тіла, порушення адаптаційних реакцій та потенціалу розвитку новонародженого.

Мета дослідження. Вивчити стан плода та плацентарного комплексу при плацентарній дисфункції. Для вирішення поставлених в роботі завдань нами проведено аналіз 160 історій пологів жінок з плацентарною дисфункцією, що поступили в пологовий будинок №2 в терміні гестації від 30 до 40 тижнів.

Першовагітних у досліджуваній групі було 72 (45%), повторновагітних – 88 (55%), першороділь – 81 (50,62%). Перебіг даної вагітності був ускладненим у 138 (86,25%) жінок. При УЗД у вагітних з плацентарною дисфункцією під час гестації виявлено, що у нижньому сегменті матки плацента локалізувалась по передній і задній стінках у 73,76% вагітних, у тілі матки – у 14,37%, у дні матки – у 11,87%. Слід відмітити, що починаючи з 33 тижнів гестації у вагітних досліджуваної групи виявлено різні стадії зрілості плаценти: в 56,25% випадків - II стадія зрілості, в 36,25% - III стадія зрілості, а починаючи з 35 тижнів гестації – в 80% випадків спостерігається III стадія зрілості. Товщина плаценти також була суттєво зміненою. Нормальною до терміну гестації зустрічалась тільки у 23,75% випадків. У 43,74% пацієнток відмічено потовщення плаценти і у 26,25% - гіпоплазію. У 78,75% випадках зміни структури плаценти супроводжувались порушенням характеру серцевих скорочень у плода за даними КТГ. У третини жінок з ПД (36,25%) відмічено зниження амплітуди миттєвих осциляцій до $3,9 \pm 0,9$ уд./хв. з одночасним зростанням їх частоти. Також виявлено зниження кількості акцелерацій, ареаактивний NST був у 48,75% вагітних. Показник амплітуди децелерацій в середньому складав $21,3 \pm 3,7$ уд./хв. Глибина падіння ритму децелерацій була в межах 15-54 уд./хв. Окрім того, слід відмітити, що децелерації зареєстровані на фоні патологічної варіабельності монотонного ритму. За даними доплерометрії порушення кровоплину в артеріях пуповини спостерігалась у 32,5% випадків.

Вагітність закінчилась терміновими пологами у 67,5% жінок, передчасними у 32,5%. Частота кесаревого розтину складала 43,25%, з них за ургентними показами – 15%. У структурі показів до абдомінального розродження переважав дистрес плода – 68 (42,5%), дистрес плода в поєднанні з СЗРП - 56 (35%) випадків.

Малиш М.Я., Пшиборовська А.Р., Гавриньова О.О.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЦИТОЗУ ПІХВИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А.В.)

З кожним роком спостерігається зростання частоти інфекцій, що передаються статевим шляхом. При цьому, до порушень мікроцитозу піхви призводить не лише патогенна мікрофлора, а також умовно патогенні мікроорганізми. Інфекціям, що передаються статевим шляхом, відводиться певна роль у виникненні передчасних розривів плідних оболонок (ПРПО), що призводить до респіраторного дистрес-синдрому, внутрішньоплодкових крововиливів, інфекцій, некротичного ентероколіту, сепсису.

Мета. Визначити стан мікроцитозу піхви у породіль за наявності в них передчасного розриву плодових оболонок для встановлення впливу певних мікроорганізмів на навколоплідні оболонки.

Матеріали та методи. Нами обстежено 55 жінок - 35 породіль основної групи із передчасним розривом плодових оболонок, серед яких передчасні пологи були у 5 випадках (14%), та 20 породіль із своєчасним відходженням навколоплідних вод, що склали контрольну групу.

Результати. Встановлено, що мікроцитоз піхви і цервікального каналу у жінок із передчасним розривом плодових оболонок представлений як патогенними, так і умовно патогенними мікроорганізмами.

У 20 породіль контрольної групи виявлено лактобактерії у 12 випадках (60,0%), ешерихії -11 випадках (43,3%), дріжджоподібні гриби роду *Candida* – 6 випадків (20,0%), коринебактерії – 8 випадків (26,7%). Патогенних мікроорганізмів у породіль контрольної групи не було виявлено. Із 35 породіль основної групи лише у 5 (14%) ($p < 0,05$) до складу мікрофлори піхви та цервікального каналу належали умовно патогенні мікроорганізми.

У решти 30 породіль із передчасним розривом плодових оболонок (96%) виявлялися патогенні мікроорганізми. Серед представників патогенної флори найчастіше виявлялися трихомонади - 27 випадків (90,0%) ($p < 0,05$), диплококи-15 випадків (50,0%) ($p < 0,05$), хламідії - 6 випадків (20,0%) ($p < 0,05$), біогенний стрептокок - 6 випадків (20,0%) ($p < 0,05$). Серед умовно патогенних мікроорганізмів виявлено золотистий стафілокок – 5 випадків (16,7%) ($p < 0,05$), епідермальний стафілокок – 7 випадків (23,3%) ($p < 0,05$), фекальні ентерококи – 12 випадків (40,0%) ($p < 0,05$), дріжджоподібні гриби роду *Candida* – 13 випадків (43,3%) ($p < 0,05$).

Висновок. Враховуючи наявність патогенних мікроорганізмів у породіль із ПРПО, доцільно проводити бактеріологічне обстеження у післяпологовому періоді для своєчасної діагностики та профілактики інфекційних ускладнень.

Митринюк Н.Ф., Воронецька Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М.Д.)

Метою нашої роботи було визначення стратегії замісної гормональної терапії у хворих в перименопаузі, що в анамнезі страждали на ендокринне безпліддя та невиношування вагітності.

Результати досліджень. Особливості клінічного перебігу і системних порушень в перименопаузі у хворих, що в анамнезі страждали на ендокринне безпліддя та невиношування вагітності, виявили переважання нейровегетативних розладів (84%), обмінотрофічних порушень (32%), змін шкіри та її придатків (40,8%), а нестабільність артеріального тиску і серцебиття відзначала кожна третя жінка. Гіпотиреоз виявлено в 27,6% випадків, доброякісну дисплазію молочних залоз — в 51%, у кожної п'ятої пацієнтки (21,6%) відмічено зниження мінеральної щільності кісткової тканини, що перевищує середньорічні темпи її втрати.

Висновок: Індивідуалізація замісної гормональної терапії (ЗГТ) у пацієнток з порушеною репродуктивною функцією в анамнезі визначена не тільки клінічною варіантністю клімактеричного синдрому (КС), але і з урахуванням екстрагенітальної патології, що вимагає впровадження розробленого нами діагностичного алгоритму і стало підставою для такої стратегії ЗГТ: при гіпотиреозі — до призначення ЗГТ необхідно провести його медикаментозну корекцію; при патології гепатобіліарної системи — застосування гепатопротекторів; у пацієнток з лейоміомою матки після хірургічного втручання і цереброваскулярних розладах — застосування бетасерку; при ендометріозі і соматоформних порушеннях — транквілізатори, натуропатичні препарати, антидепресанти; для профілактики тромбоемболічних ускладнень у осіб високого ризику — трансдермальне призначення 17 β -естрадіолу з натуральним прогестероном при інтактній матці; при порушенні біотопу піхви і початкових проявах урогенітальних розладів — естроген з місцевою дією — проместрин як монотерапія або в поєднанні із ЗГТ, що підвищувало комплаєнтність ЗГТ.

Бербець А.М., Муржак О.І., Точенюк О.В.

СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ, ФІБРИНОЛІЗУ І ПРОТЕОЛІЗУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.к.мед.н. Бербець А.М.)

Актуальність. Проблема невиношування займає одне з провідних місць в сучасному акушерстві. Останніми роками увага дослідників зосереджена на змінах в системі згортання крові вагітних. Діагностика та своєчасна корекція цих змін істотно збільшують шанси на сприятливе завершення вагітності.

Мета. Вивчити значення показників системи гемостазу, фібринолізу та протеолізу у вагітних з загрозою переривання в І триместрі.

Матеріали і методи. Обстежено 49 пацієнток з ознаками загрози викидня в І триместрі. Контрольну групу склали 30 жінок з неускладненим перебігом гестації. Вагітні з важкою екстрагенітальною патологією, TORCH-інфекціями, істміко-цервікальною недостатністю, імунними конфліктами були виключені з груп обстеження. Ознаки загрози викидня включали: ниючі болі в нижній частині живота, мажучі кров'янисті виділення зі статевих шляхів, УЗД-ознаки (сегментарні скорочення матки). У вагітних вивчався стан гемостазу, фібринолітичної та протеолітичної систем крові в 6-8 і 12-13 тижнів вагітності.

Результати. Було встановлено, що у вагітних основної групи в 12-13 тижнів час рекальцифікації достовірно вкорочується ($95,47 \pm 1,37$ с, в контрольній групі $99,50 \pm 1,03$ с, $p < 0,05$), так само як і протромбінів час ($18,87 \pm 0,36$ с, в контрольній групі $21,47 \pm 0,44$ с, $p < 0,05$). Сумарна фібринолітична активність плазми між групами достовірно не відрізнялась: в 6-8 тижнів - $1,32 \pm 0,06$ Е440/мл/год в основній групі, $1,27 \pm 0,04$ Е440/мл/год в контролі, в 12-13 тижнів - $1,20 \pm 0,05$ Е440/мл/год в основній групі, $1,27 \pm 0,07$ Е440/мл/час в контролі. Однак, у жінок з загрозою викидня було виявлено уповільнення Хагеман-залежного фібринолізу: в терміні 6-8 тижнів лізис згустка відбувся за $32,33 \pm 0,72$ хв (в контрольній групі – за $26,37 \pm 0,59$ хв, $p < 0,05$), в 12-13 тижнів – за $31,68 \pm 0,68$ хв (в контрольній групі – за $26,17 \pm 0,70$ хв, $p < 0,05$). При вивченні системи протеолізу (лізис азоальбумину, азоказеину и азоколу) істотних відмінностей між групами виявлено не було.

Висновки. Отримані дані вказують на деяке підвищення загального коагуляційного потенціалу крові у вагітних з загрозою викидня в І триместрі на тлі зниження активності Хагеман-залежного фібринолізу.

Олійник М.Г., Бакун О.В., Басюк К.А.

ВПЛИВ УСКЛАДНЕНЬ ПІЕЛОНЕФРИТУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Пієлонефрит - неспецифічний, інфекційно-запальний процес з переважним та першочерговим ураженням інтерстиційної тканини, стінок чашково-мискової системи і каналців нирок, з наступним втягненням клубочкового і судинного апарату.

Проаналізували різні патологічні стани, що спричинили, чи могли спричинити розвиток загострення хронічного пієлонефриту у вагітних. Серед них: аномалії розвитку нирок, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, сечокам'яна хвороба, прееклампсія, стентування та ін. За даними проведеного ретроспективного аналізу історій пологів породіль, які під час вагітності перехворіли на ускладнений пієлонефрит, на території Чернівецької області було отримано наступні кількісні характеристики: загальна кількість випадків ускладнених нефрологічних захворювань в період 2010-2013 років складала 87; співвідношення розглянутих захворювань виглядало наступним чином: пієлонефрит – 78,16%; гломерулонефрит – 9,1%; інші – 12,74%. Більшу частку всіх фонових станів, що сприяють розвитку загострення хронічного пієлонефриту, становлять аномалії розвитку нирок (51%), серед них найчастіше – єдина ліва нирка (34%). Переважна більшість вагітних була віком 21-25 років (50,6%).

Також відмітимо той факт, що кількість жительок сільської місцевості переважала над кількістю міських. У 43% вагітних була А(І) група крові і у 81% - Rh +. Паритет вагітності: частіше зустрічалося загострення у першовагітних (57%).

Проаналізували різні групи збудників хронічного пієлонефриту у вагітних: *Ar. Piogenes*, *Streptococcus spp.*, *E. coli*, *Candida albicans*, *St. aureus*, *Enterobacter aerogenus*, *S. Haemolyticus*, *S. epidermidis*. Виявили ефективність антибактеріальної терапії у вагітних з ускладненим пієлонефритом: негативні результати бактеріологічного дослідження сечі в динаміці після закінчення курсу антибіотикотерапії. Зникнення чи значне зменшення вираженості клінічних проявів захворювання: негативний с-м Пастернацького, зникнення болю в поперековій ділянці, нормалізація температури тіла та зменшення інтенсивності інших загальноклінічних симптомів.

Остапчук К.В.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

В патогенезі плацентарної дисфункції (ПД) провідну роль відіграє зниження матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу, затримка у формуванні котиледонів.

Нами проведено морфометричне дослідження плацент від 30 породіль, вагітність яких протікала на фоні плацентарної дисфункції (основна група) та від 25 породіль з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група) в терміні гестації 36-40 тижнів.

При дослідженні плацент використані методичні рекомендації по стандартизації методів морфометрії плаценти, запропоновані А.П. Міловановим і А.І. Брусилівським. Оцінивши форму плацент, ми встановили, що у жінок, перебіг вагітності яких ускладнювався ПД, плаценти мали округлу форму у 7 (28%) випадках, у той час як у жінок з фізіологічним перебігом вагітності у 19 (63,3%) відповідно 18 (72%) досліджуваних плацент жінок основної групи мали овальну форму, у контролі – 11 (36,7%).

Вивчаючи варіанти прикріплення пуповини ми встановили, що при ПД центральне її прикріплення мало місце лише у 8 (32%) породіль, а у жінок з фізіологічним перебігом вагітності воно відмічено у 18 (60%). Бокове прикріплення пуповини спостерігалось у 13 (52%) вагітних основної групи, тоді як у контрольній групі даний варіант прикріплення фіксувався лише у кожній третій жінки – 10 (33,3%). Звертає на себе увагу високий відсоток крайового прикріплення плаценти у жінок з ПД у порівнянні з контрольною групою - 4 (16%) проти 2 (6,8%).

Середня маса плаценти у пацієток з ПД склала $388,58 \pm 12,4$, в контрольній групі – $492,8 \pm 24,4\%$ ($p < 0,05$). Середня площа плаценти у породіль основної групи $241,21 \pm 5,16$ см², в контрольній групі – $234,8 \pm 5,2^2$ см, також спостерігалась тенденція до потоншення плацент - $1,77 \pm 0,2$ см та $1,9 \pm 0,4$ см.

Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) складав в основній групі $0,138 \pm 0,003$, в контрольній групі – $0,159 \pm 0,009$, що свідчить про зниження об'єму плацентарної тканини на одиницю маси тіла новонародженого при ПД.

Аналіз морфометричних особливостей плацент показав, що у жінок з ПД плаценти відрізняються за формою, серед яких переважає овальна. У них частіше спостерігається ексцентричне прикріплення пуповини, видиме сплюснення та потоншення посліду, яке відображає зменшення маси, площі та товщини плаценти.

Підручняк Д.Б., Волошук І.І.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

У структурі запальних захворювань статевих органів, асоційованих з невиношуванням вагітності, важливе місце займає хронічний ендометрит (ХЕ). Представлений алгоритм діагностичного пошуку і контролю ефективності лікування хронічного ендометриту вірусної етіології. Перший етап лікування заключається в елімінації пошкоджуючого агента або зниженні його активності. З цією метою у вигляді монотерапії нами був використаний препарат АЛЛОКІН-альфа.

ХЕ виникає частіше внаслідок неадекватного лікування гострого ендометриту, чому сприяють неодноразові вишкрібання слизової оболонки матки з приводу кровотеч, залишки шовного матеріалу після кесарева розтину, внутрішньоматкові контрацептиви. В теперішній час провідне місце в етіології захворювання займає змішана вірусно-бактеріальна інфекція.

У 80-90% спостережень ХЕ зустрічається у жінок репродуктивного віку, викликаючи порушення менструального циклу (47%) і репродуктивної функції (67%), безпліддя (60-87%), невдалі спроби ЕКЗ (37%), невиношування вагітності (60,5-86,7%).

Мета і завдання дослідження. Показати ефективність препарату Аллокін-альфа у вигляді монотерапії на перебіг хронічного вірусного процесу. Нами проведено обстеження 30 пацієнток репродуктивного віку (18-38) із звичним невиношуванням вагітності різного генезу і хронічними вірусними інфекціями.

Результати дослідження. У всіх пацієнток були лабораторні ознаки носійства цитомегаловірусу (ЦМВ) і вірусу простого герпесу (ВПГ), двічі підтверджені методом ПЛР при дослідженні зішрібка з цервікального каналу на 5-7 дні менструального циклу. В залежності від результатів обстеження методом ПЛР пацієнтки були розділені на 3 групи: 1 група - ЦМВ-8 (26,7%), 2 група - ВПГ - 14 (46,7%), 3 група - поєднання ВПГ і ЦМВ- 8 (26,6%). Всім пацієнткам у першу фазу менструального циклу одноразово проводили монотерапію препаратом Аллокін-альфа. При проведенні терапії в жодному разі не виявлено клінічної маніфестації цитомегаловірусу і ВПГ, а також побічних ефектів і алергічних реакцій. Перше контрольне обстеження, проведене через 2 місяці, виявило ДНК ЦМВ у 85% пацієнток, а ВПГ у 66,7%. Повторне контрольне обстеження, проведене через 3 місяці, виявило повну елімінацію ЦМВ у 82,8% пацієнток, а ВПГ у 79,8%.

При подальшому динамічному спостереженні протягом 1 року у жодної пацієнтки не було зареєстровано епізодів рецидиву вірусної інфекції. Вагітність настала у 19 жінок. У 14 вагітність завершилася народженням живих доношених дітей без ознак вірусного інфікування, у 5- вагітність триває. Рецидивів герпес вірусної інфекції під час вагітності також не було зареєстровано.

Висновки. Таким чином, одноразовий курс лікування препаратом Аллокін-альфа у вигляді монотерапії надав виражений позитивний ефект на перебіг хронічного вірусного процесу. Виходячи з вищевикладеного, призначення препарату Аллокін-альфа слід вважати виправданим при проведенні лікування хронічного ендометриту у жінок з вірусними інфекціями та звичним невиношуванням вагітності.

Піліп'як К.А., Косар Т.В.

ПАПІЛОМАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Актуальність даної роботи полягає в тому, що в сучасному ритмі життя жінка забуває про своєчасну діагностику захворювань. Це призводить до зростання частоти папіломовірусу людини під час вагітності та інфікування плода.

Мета нашої роботи заснована на тому, щоб донести жінкам і майбутнім матерям інформацію про те, що вагітність потрібно планувати, вчасно ставати на облік (до 12 тижнів вагітності), проходити скринінгові гінекологічні обстеження і відвідувати акушер-гінеколога, та встановити вплив папіломовірусу людини на перебіг вагітності і стан плода.

В ході роботи обстеження 460 жінок встановлено, що основною причиною дистрофічних і злоякісних захворювань вульви і піхви є папіломовірус людини, що призводить до зростання відсотку мимовільних абортів на 30%. Передача папіломовірусу людини від матері до плода в 35% відбувається через навколоплідні води і плаценту, що підтверджується даними досліджень і спричиняє ураження гортані і бронхів у дітей зросло на 8,3%.

Викид естрогенів і прогестерону під час вагітності збільшує експресію папіломовірусу людини у цервікальному епітелії і сприяє канцерогенезу. Під час вагітності видимі кондиломи розростаються і рецидивують. При скринінг-обстеженні вагітних методом ПЛР було виявлено, що 67% вагітних уражено вірусом папіломи людини, який можна виявити навіть при незмінній шийці матки у кожній третій вагітній (34%).

Висновок: існує прямий зв'язок між ускладненою вагітністю і папіломовірусною інфекцією, тому що вагітність знижує активність імунітету, а саме рівня імуноглобуліну А, це дозволяє папіломовірусу людини вільно проникати і персистувати в організмі жінки, тому є важливою попередня підготовка жінки до вагітності.

Павликівська Г.І., Сучеван А.Г.

РОЗВИТОК ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Актуальність. Симптомокомплекс «плацентарна дисфункція» на сьогоднішній день займає високу питому вагу в структурі патології перинатального періоду, захворюваності і летальності новонароджених, особливо у жінок з багатоплідною вагітністю. Розвиток та перебіг «плацентарної дисфункції» у жінок з багатоплідною вагітністю відбувається значно частіше та важче у порівнянні з жінками, які виношують одноплідну вагітність.

Мета. Визначити розвиток, перебіг плацентарної дисфункції у жінок з багатоплідною вагітністю з використанням клініко – лабораторних та функціональних методів дослідження.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 79 жінок з багатоплідною вагітністю та проявами порушень плацентарного комплексу (основна група) в терміні від 31 до 40 тижня вагітності. Контрольну склали жінки з багатоплідною вагітністю без проявів плацентарної дисфункції (64). В комплекс проведених досліджень були включені результати клінічних, інструментальних та статистичних методів дослідження.

Результати дослідження. Згідно отриманих результатів найбільше число ускладнень під час вагітності та пологів відмічалося у жінок основної групи, а саме: плацентарна дисфункція – 66,6 %, прееклампсія - 21,4%, передчасні пологи – 45,3%. Оцінка функціонального стану фетоплацентарного комплексу проводилась за даними ехографічного та доплерометричного обстеження. За даними результатів фетометрії у жінок основної групи діагностовано 24,6% внутрішньоутробну затримку розвитку плодів. При проведенні доплерометричного обстеження у жінок основної групи діагностовано достовірно вищі показники систоло - діастолічного співвідношення (С/Д), індекса резистентності (ІР) та плацентарного індекса (ПІ) в спіральних артеріях, артеріях пуповини, середній мозковій артерії. При фізіологічному перебігу багатоплідної вагітності індекси судинного опору знижувалися в порівнянні з жінками основної групи.

Висновок. Результати проведених досліджень свідчать, що багатоплідна вагітність являється фактором ризику виникнення плацентарної дисфункції. Для своєчасної діагностики і ефективного нагляду за проведеними лікувально-профілактичними заходами необхідно використовувати динамічні ехографічні та доплерометричні дослідження.

Пустильна С.В., Ліцевич Н.І., Скурту Н.Д., Дюрк М.П.

ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ТЛІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

Актуальність. Плацентарна дисфункція (ПД) є причиною ускладненого перебігу гестаційного періоду і пологів. При даній патології збільшується материнська та перинатальна захворюваність і смертність.

Метою роботи було виявлення факторів ризику розвитку ПД при загрози переривання вагітності в ранніх термінах.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено статистичний аналіз 84 історій хвороб жінок, які поступали з кров'янистими виділеннями в малих термінах вагітності (до 12 тижнів) до гінекологічного відділення міського клінічного пологового будинку №2 м.Чернівці протягом 2013 року.

Результати дослідження. Із 84-х вагітних 23-м виконано вишкрібання порожнини матки у зв'язку з прогресуванням мимовільного викидня на фоні запропонованої терапії. З гінекологічного відділення з покращанням і збереженою вагітністю виписана 61 вагітна. Перенесені до вагітності екстрагенітальні захворювання відмічали у 78,2% жінок. У 53,6% вагітних спостерігалися часті гострі респіраторні захворювання, у переважної більшості (84,7%) – дитячі інфекції (кір, скарлатина, вітряна віспа та інші).

У 23 обстежуваних (37,7%) спостерігалось пізнє менархе. У 33 вагітних (54,1%) становлення менструального циклу відбувалось протягом року і більше ніж рік. Тривалі менструації - від 4 до 7 днів мали 49 жінок (80,3%). Порушення менструального циклу спостерігалися у 23 (37,7%) вагітних. Гінекологічні захворювання в анамнезі відмічені у 28 (45,9%) жінок. З них 10 (35,7%) страждали запальними захворюваннями матки і придатків, у 13 (46,4%) – ерозія шийки, у 2 (7,1%) – ендометрит і аднексит після штучного аборту; 3 (10,7%) хворі оперовані з приводу кісти яєчника, у 2 (7,1%) - позаматкова вагітність, в 1 (3,6%) – видалення поліпа цервікального каналу.

Серед обстежуваних жінок 17 (27,9%) - першовагітні. У 13 (29,5%) вагітних були по 1 разу штучні аборти в ранніх термінах, у 5 (11,4%) – по 2 рази і у 2 (4,5%) – по 3 рази і більше. Мимовільні викидні мали в анамнезі 23 (37,7%) повторновагітних, причому три з них (13,6%) – двічі.

Висновки. У жінок із невиношуванням у малих термінах гестації наявний обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. Дитячі інфекції, метрорагії, гінекологічні захворювання, мимовільні та штучні аборти слід віднести до числа чинників ризику виникнення загрози переривання вагітності, на тлі якої в більшості випадків формується ПД.

Пэдуре В.С., Опалко И.Ю., Бурлак А.М.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ МИКРОБНЫХ АССОЦИАЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова

Кафедра акушерства и гинекологии

(научный руководитель - д.мед.н. Опалко И.Ю.)

Введение. Инфекции, вызванные резистентными организмами, являются актуальной проблемой общественного здравоохранения. Широкое применение антимикробных препаратов привело к возникновению мультирезистентных штаммов, увеличению числа случаев инфекционных заболеваний и ухудшению клинического течения заболевания. Появление феномена устойчивости возбудителей к лечебным препаратам приводит к резкому снижению эффективности этиотропной терапии инфекционных болезней. По мере увеличения сроков и масштабов практического применения антибиотиков нарастает и число устойчивых штаммов микроорганизмов.

Цель. Определение состояния микробиоценоза влагалища и наличие антибиотикорезистентных микроорганизмов у беременных с угрозой преждевременных родов.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ микробиоценоза половых путей у 612 беременных женщин с угрозой преждевременных родов в сроках гестации 26-35 недель госпитализированных в отделение патологии НИИ ОЗМИР (г.Кишинев) с угрозой преждевременных родов в 2008 и 2013 году. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от года госпитализации: I группа – 300 пациенток, госпитализированных в 2008, и II группа – 312 пациенток, госпитализированных в 2013.

Результаты. Пациентки исследованных групп были сравнимы по возрасту, гестационному сроку при поступлении и клиническим данным. Из всех обследованных женщин у 384 (62,8%) бактериальные посевы были позитивными, у 112 (37,3%) пациенток I группы и у 182 (58,3%) пациенток во II группе. Частота выявления патогенной и условно-патогенной флоры была в полтора раза выше у женщин госпитализированных в 2013 году (II группа). Наиболее часто были выявлены следующие микроорганизмы: в I группе – St.Viridans (24%), E.Coli (26%), E.Faecalis (21%), St.Aureus (18,7%); во II группе – St.Viridans (28%), E.Coli (38%), E.Faecalis (27%), St.Aureus (26,9%), как в монокультурах, так и в микробных ассоциациях. Обнаружение в бактериальных посевах микроорганизмов редко встречающихся в биоценозах влагалища (Ac.Baumannii, G.Glabrata и т.д.) увеличилось в 2,2 раза у пациенток II группы (0,2% у пациенток I группы и 0,44% у пациенток II группы). Анализируя чувствительность бактериальной флоры к антибиотикам, отмечено увеличение антибиотикорезистентности микроорганизмов к отдельным группам антибактериальных препаратов: к синтетическим пенициллинам с 16% (I группа) до 44% (II группа), к макролидам – с 18% (I группа) до 38% (II группа), к цефалоспорином I-II поколения – с 11% (I группа) до 36% (II группа).

Заключение. Микробиоценоз влагалища у беременных с угрозой преждевременных родов характеризуется наличием следующих микроорганизмов и их ассоциаций: St.Viridans, E.Coli, E.Faecalis, St.Aureus. Широкое применение антибактериальных препаратов (синтетических пенициллинов, макролидов, цефалоспоринов I-II поколения) за последние 6 лет привело к увеличению в 2,5 раза числа антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов у пациентов с угрозой преждевременных родов.

Сандулеса Л.В., Боклач Я.В.

ВІКОВИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Актуальність. В останні роки підвищився інтерес науковців щодо вивчення особливостей вагітності, пологів у періоди встановлення і згасання репродуктивної функції жінки. Встановлено, що у вікових групах жінок значно частіше розвиваються тяжкі форми прееклампсії, анемії вагітних, аномалії пологової діяльності, післяпологові ускладнення. Зниження компенсаторних механізмів у всіх органах і системах у вікових вагітних призводить до розвитку порушень в системі мати-плацента-плід та перинатальних відхилень під час вагітності.

Мета. Вивчити вікові аспекти плацентарної дисфункції.

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведено клініко-функціональне обстеження 90 вагітних, які народжують вперше (першородячі). Дана обстежена група була розподілена на: контрольну групу – 30, першородячі у віці 20-25 років без акушерської і соматичної патології, розроджені через природні пологові шляхи. Основна група була поділена на 2 підгрупи: 1 підгрупа – 30 першородячі у віці 13-18 років, 2 підгрупа – 30 першородячі у віці старше 30 років. У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, лабораторні та статистичні методи.

Результати дослідження. Аналізуючи основні особливості клінічного перебігу другої половини вагітності у юних і вікових першородячих слід зазначити, що у порівнянні з контрольною групою у 1 та 2 підгрупі жінок основної групи достовірно була вищою частота плацентарної дисфункції (66,7% , 81,4% у порівнянні з 13,2%), анемії вагітних (62,4%, 59,8% проти 31,3%) і прееклампсії (42,3%, 41,7% проти 10%). Структура плацентарної дисфункції практично не відрізнялася в залежності від вікових особливостей жінок з явним переважанням СЗРП за асиметричним варіантом (52,3% , 47,8%), хронічної гіпоксії плода (53,2% і 56,7%). Крім того, у юних першородячих частіше зустрічалось маловоддя (26, 7% проти 13,6%, 14,2%). У порівнянні із цим терміни розвитку порушень у системі «мати-плацента-плід» істотно різнилися в залежності від віку вагітних. Так, якщо в юних першородячих дане ускладнення розвивалося частіше після 33 тижнів (73,3%), то у вікових – до 28 тижнів вагітності (63,3%).

Висновки. Юні і вікові першородячі складають групу високого ризику щодо розвитку виражених порушень в системі «мати-плацента-плід». При цьому, у вікових першородячих ці зміни починаються на 4-5 тижнів раніше в порівнянні з юними першородячими.

Сваричевський М.О., Бойко В.В.

СЕХ-ТРАНСМІСИВНА ІНФЕКЦІЯ ТА РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ ЖІНОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Інфекційно-запальні захворювання жіночих статевих органів посідають особливе місце в структурі загальної захворюваності. Їх значимість зумовлена насамперед тим, що всі ці захворювання вражають органи і тканини, що стосуються репродуктивної функції. На сьогодні нараховується понад 20 інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Вони характеризуються високою контагіозністю і швидким розповсюдженням у певних групах населення. Особливо небезпечне зараження ІПСШ для підлітків і молодих людей, які ведуть активне сексуальне життя, що, безумовно, не може не відобразитися на показниках репродуктивного здоров'я держави у близькому майбутньому.

Серед захворювань, що порушують репродуктивну функцію жінок вагому частку займають хронічні запальні захворювання геніталій, які викликані Сех-трансмісивною флорою.

З метою виявлення найбільш «вагомого» інфекційного агента щодо репродуктивної функції, нами проаналізовано 30 амбулаторних карт жінок з первинним безпліддям трубно-перитонеального генезу. Середній вік жінок становив 29,3 роки: 43,3% - жінки мешканки села, 56,7% - міські жительки. Збудники Сех-трансмісивної інфекції традиційно визначалися бактеріоскопічним, культуральним, ПЛР, ІФАР методами. Нами встановлено, що в переважній більшості жінок мала місце мікст-інфекція, зокрема: трихомоніаз та хламідіоз у 48,2%, трихомоніаз та бактеріальний вагіноз у 20,9%, мікоплазмоз та хламідіоз у 24,9%. Як ізольована інфекція, хламідіоз мав місце у 28,5% жінок.

Найбільш частими скаргами хворих з урогенітальним хламідіозом були дискомфорт внизу живота (67,6%), дизуричні явища (56,4%), порушення менструального циклу (16,5%), неплідність (56,6%), звичне невиношування (58,9%), загроза переривання вагітності (49,9%).

Наведені дані показують, що *Chlamydia trachomatis* частіше, ніж інші інфекції, викликає запальні захворювання органів малого тазу, що у свою чергу, призводить до безпліддя. Особлива роль *Chlamydia trachomatis* у розвитку жіночої безпліддя визначається тим, що збудник здатний викликати ураження епітелію цервікального каналу, ендометрію, маткових труб і яєчників. Високий рівень інфікування пов'язаний з тим, що захворювання відрізняється латентним хронічним перебігом і мінімальною симптоматикою, що обумовлює проблеми діагностики інфекції. Оскільки перенесена хламідійна інфекція не викликає стійкого імунітету, можливі реінфекції, що трапляється досить часто у разі лікування тільки одного з сексуальних партнерів, якщо незахищені статеві контакти продовжуються.

Таким чином, наші дослідження показали, що найбільш «агресивною» Сех-трансмісивною інфекцією, що призводить до безпліддя трубно-перитонеального генезу, є *Chlamydia trachomatis*.

Семененко Н.Ю., Віщак Н.В.

ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АНЕМБРІОНІЇ ЗА АНАМНЕСТИЧНИМИ ДАНИМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

Актуальність. До 90% вагітностей, що зупинилися в розвитку на першому місяці вагітності (3-4 тижні), представлені, за даними ембріологів та патоморфологів, порожніми плідними мішками без ембріона, або анембріоніями.

Матеріал і методи дослідження. З метою формування груп ризику виникнення анембріонії нами проведено статистичний аналіз історій хвороб 61 жінки з діагностованою анембріонією, які перебували в гінекологічному відділенні МКПБ №2 м.Чернівці для подальшого штучного переривання вагітності за період 2009-2013 років.

Результати та їх обговорення. В 15 (24,6%) жінок при госпіталізації було встановлено попередній діагноз – викидень, що розпочався, 46 (75,4%) – госпіталізовані з діагнозом анембріонія, з попереднім підтвердженням його ультразвуковими методами дослідження. Більшість жінок - 33 (54,1%) поступила в стаціонар в терміні гестації 9-12 тижнів, в терміні 5-8 тижнів - 28 (45,9%).

В 48 (78,7%) жінок відмічали перенесені до вагітності екстрагенітальні захворювання У 53,6% вагітних спостерігалися часті гострі респіраторні захворювання, у переважній більшості з них (84,7%) – дитячі інфекції (кір, скарлатина, вітряна віспа та інші).

На основі анамнестичних даних у досліджуваних вивчені особливості менструальної функції: порушення менструального циклу спостерігалися у 23 (37,7%) вагітних, при цьому значні і болючі менструації - у 30,4% обстежуваних і в 13,1% - нерегулярні. В анамнезі 28 (45,9%) жінок відмічені гінекологічні захворювання. З них 10 (35,7%) страждали запальними захворюваннями матки і придатків, у 11 (39,3%) – ерозія шийки матки з подальшою її діатермокоагуляцією або кріодиструкцією, у 2 (7,1%) – ендометрит і аднексит після штучного аборт; 2 (7,1%) хворі оперовані з приводу кісти яєчника, у 2 (7,1%) - позаматкова вагітність, в 1 (3,6%) – видалення поліпа цервікального каналу. Першовагітними були 17 (27,9%) жінок. У 13 (29,5%) вагітних були по 1 разу штучні аборти в ранніх термінах, у 5 (11,4%) – по 2 рази і у 2 (4,5%) – по 3 рази і більше. З 44 повторновагітних 22 жінки мали в анамнезі мимовільні викидні, причому три з них (13,6%) – двічі. Висновок. Отже, проведений клініко-статистичний аналіз показав, що в жінок з анембріонією наявний обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. Дитячі інфекції, метрорагії, гінекологічні захворювання, мимовільні та штучні аборти слід віднести до числа чинників ризику виникнення невиношування вагітності.

Слижук О.І.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ МАСИВНИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ІЗ ПЕРЕДЛЕГЛИВІСТЮ ПЛАЦЕНТИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Юр'єва Л.М.)

Акушерські кровотечі є однією з провідних причин материнської смертності і в її структурі складають: в чистому вигляді - 20-25%, як конкуруюча причина - 42%, як фонова - до 78%. Показник акушерських кровотеч коливається від 3 до 8% від загального числа пологів. При цьому 2-4% випадків близько 1% кровотеч виникає при передчасному відшаруванні нормально розміщеної плаценти і передлежанні плаценти.

У останній час відзначається виразна тенденція до зниження числа кровотеч в послідовому і післяпологовому періодах на тлі збільшення відсотка кровотеч, пов'язаних з передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти або її передлежанні: вони становлять 45%. У зв'язку з цим, ми провели аналіз факторів ризику виникнення масивних акушерських кровотеч у жінок із передлегливістю плаценти.

Матеріали і методи дослідження. До дослідження було включено 32 жінки з передлежанням плаценти, а саме 6 (18,8%) з низькою плацентациєю, 24 (75%) – із повним та 2 (6,2%) - із крайовим передлежанням плаценти.

Результати досліджень і їх обговорення. Середній вік пацієнток становив 20 - 37 років. Переважна більшість обстежених були повторно вагітними (90,6%), і тільки 9,4% першовагітними. У 28,1% жінок передлежання плаценти поєднувалося із наявністю рубця на матці після попереднього кесарева розтину.

У 78,1% випадках жінки були розродженні шляхом планового кесарева розтину, у 21,9% вагітних кесарів розтин проведений в ургентному порядку, у зв'язку із наявністю допологової кровотечі (ДК). Розродження всіх жінок в плановому порядку проведено на 37-38 тижнях вагітності. Серед розроджених шляхом ургентного кесарева розтину у 28,5% вагітних мала місце ДК в терміні недоношеної вагітності (24-34 тижні). Загальний об'єм крововтрати при масивних маткових кровотечах склав 1810 ± 110 мл. Звертає на себе увагу, що масивні маткові кровотечі спостерігалися у 44,1% випадків при повному передлежанні плаценти з переходом її на задню стінку матки. У всіх 8 випадках масивних маткових кровотеч мали місце великі ДК (200-500 мл) та 1 випадок масивної ДК (крововтрата більше 1000 мл). У 2 випадках (6,3%) розродження жінок із передлегливістю плаценти з метою зупинки маткової кровотечі використано хірургічний гемостаз, проведено екстирпацію матки без додатків.

Отже, результати проведеного нами аналізу показали, що ризик масивних маткових кровотеч у жінок із передлежанням плаценти зростає за наявності повного передлежання плаценти з переходом її на задню стінку матки та коли оперативному розродженню передують велика та масивна допологова кровотеча (крововтрата оцінена від 50 до 1000 мл, без ознак геморагічного шоку).

Соколова І.І., Соколов Б.В.

СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ, СПРИЧИНЕНИХ НЕСПЕЦИФІЧНОЮ МІКРОФЛОРОЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А.В.)

Все більшого значення в формуванні хронічної урогенітальної інфекції набуває умовно патогенна мікрофлора. Хронічна персистенція умовно патогенних збудників у жіночих репродуктивних органах впливає на стан організму в цілому та викликає зміни з боку імунної системи.

Метою нашого дослідження було дослідити стан мікробіоцинозу піхви у жінок із хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів (ХЗЗЖСО), спричинених неспецифічною мікрофлорою, та визначити вплив на стан імунної системи, встановити можливі взаємозв'язки між мікрофлорою піхви та основними показниками імунограми.

Для досягнення поставленої мети нами проведено клініко-лабораторне обстеження 50 жінок, які були розділені на 2 групи: I група (основна) – 30 жінок, II група (контрольна) – 20 жінок. Основну групу складали соматично здорові жінки з ХЗЗЖСО, спричиненими неспецифічною мікрофлорою. До контрольної групи входили соматично здорові жінки, які не скаржилися на захворювання з боку статевих органів. Вік жінок коливався від 22 до 39 років в обох групах. Матеріалом для дослідження були виділення із піхви та цервікального каналу, а також сироватка крові. Методи дослідження бактеріоскопічний, бактеріологічний, імунологічний, статистичний.

У жінок із ХЗЗЖСО виявлялися такі мікроорганізми: Staphylococcus aureus (22 випадки – 73%) ($p < 0,05$) та Staphylococcus epidermidis (12 випадків – 40%) ($p < 0,05$), Enterococcus faecalis (2 випадки – 6,6%), Streptococcus pyogenes (2 випадки – 6,6%) ($p < 0,05$), Corynebacterium (7 випадків – 23,3%) ($p < 0,05$), Escherichia coli (12 випадків – 40%) ($p < 0,05$), Candida albicans (9 випадків – 30%)

Одержані та наведені результати мікроскопічного та бактеріологічного дослідження ексудату піхви й цервікального каналу показали, що в патологічному процесі беруть декілька патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів, що засвідчує про поліетіологічність захворювання. У 20 жінок контрольної групи виявлено Candida albicans – 2 випадки – 10 %, Enterococcus faecalis – 1 випадок – 5%, Lactobacterii – 17 випадків – 85% ($p < 0,05$).

Нами проведено кореляційний аналіз між даними імунограми та стафілококами, виявленими з піхви та цервікального каналу. Встановлено наявність негативного кореляційного зв'язку між золотистими стафілококами, Т-лімфоцитами ($R = -0,52$) і Т-активними лімфоцитами ($R = -0,44$), в той час як персистенція епідермального стафілококу спричиняє появу лише негативного взаємозв'язку з IgM ($R = -0,53$).

Таким чином, враховуючи наявність кореляційного взаємозв'язку між стафілококами з показниками імунограми, а також одночасної персистенції кількох мікроорганізмів, які спричиняють розлади в системі імунітету, можна зробити висновок, що в жінок із хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів при хронічній персистенції умовно патогенних і патогенних мікроорганізмів відбуваються зміни зі сторони клітинної та гуморальної імунної відповіді.

Стеців О.В., Грицай Я.О., Приймак С.Г.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛОНГІДАЗИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Кожна друга жінка у безплідному шлюбі має патологічні зміни ендометрію у вигляді хронічного ендометриту або внутрішньоматковій зрощення, поліпи і гіперпластичні процеси. Елімінація інфекційного фактора досягається призначенням протівірусних, антибактеріальних препаратів, метронідазолу. Однак у вогнище запалення ліки не потрапляють в необхідній кількості через гемодинамічні порушення в тканинах матки у вигляді хронічного венозного стазу. Тому терапія хронічних ендометритів тривала, ефективність її залежить від ступеня морфологічних змін строми ендометрія. Здатність активувати дію лікарських препаратів, полегшувати їх проникнення в тканини мають протеолітичні ферменти.

Мета дослідження. Оцінити ефективність препарату Лонгідаза® в комплексній терапії пацієнток з хронічним ендометритом.

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 50 жінок з відповідною патологією у віці 25-42 років. 45 жінок (90%) мали порушення генеративної функції. Всім пацієнткам було проведено УЗД органів малого тазу, діагностичне вишкрібання з гістологічним дослідженням зіскрібка ендометрію. Їх розділили на дві групи за принципом «випадкового підбору». Першу (основну) групу склали 30 пацієнток з хронічним ендометритом (18), поліпами ендометрію і простою вогнищевою гіперплазією ендометрія (12). Другу (контрольну) групу склали 20 пацієнток з хронічним ендометритом (13), гіперпластичними процесами ендометрія (7). Всі пацієнтки в післяопераційному періоді отримували антибактеріальні препарати, нестероїдні протизапальні засоби, а також гормональну терапію. Крім цього, пацієнтки I групи отримували препарат Лонгідаза® по 3000 МО 2 мл 2% розчину лідокаїну внутрішньом'язово, починаючи з 2-х діб після операції і далі з інтервалом 4 дні всього 10 ін'єкцій. Пацієнтки II групи в післяопераційному періоді отримували тільки основну терапію.

Більшість пацієнток I групи вказували на гарну переносимість препарату Лонгідаза. При УЗД у 27 пацієнток (90%) відзначена правильна диференціація шарів ендометрія в динаміці менструального циклу, нормалізація ехогенності зони зіткнення ендометрію і базальної пластинки ендометрію. У II групі всі пацієнтки відзначили зменшення скарг на тягучі болі внизу живота, 65% пацієнток відзначили нормалізацію менструального циклу. Проте при УЗД через 2 міс. після проведеного лікування у 12 (60%) пацієнток зберігалась невідповідність ехо-структури ендометрію параметрам менструального циклу, що розцінюється як опосередкована ознака хронічного ендометриту.

Висновки. Застосування препарату Лонгідаза® в комплексі з антибактеріальною терапією підвищує клінічну ефективність лікування хронічних запальних процесів ендометрія, сприяє відновленню його морфофункціонального стану, про що свідчать нормалізація ехо-структури ендометрію при динамічному УЗД моніторингу менструального циклу. Отримані результати свідчать про доцільність застосування препарату Лонгідаза® в післяопераційному періоді у пацієнток із трубно-перитонеальним безпліддям для відновлення репродуктивної функції.

Ісаченко П.Л., Ташлицька М.В., Приймак С.Г.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Вступ. У структурі запальних захворювань статевих органів, асоційованих з невиношуванням вагітності, важливе місце займає хронічний ендометрит. Він виникає частіше внаслідок неадекватного лікування гострого ендометриту. Зустрічається у жінок репродуктивного віку, викликаючи порушення менструального циклу (47%) і репродуктивної функції (67%), безпліддя (60-87%), невдалі спроби ЕКЗ (37%), невиношування вагітності (60,5-86,7%). Нині провідне місце в етіології захворювання займає змішана вірусно-бактеріальна інфекція. На першому етапі лікування необхідно елімінувати пошкоджуючий агент або знизити його активність. Другий етап спрямований на відновлення морфофункціонального потенціалу тканини і усунення наслідків вторинних ушкоджень.

Мета і завдання дослідження. Показати ефективність препарату Аллокін-альфа у вигляді монотерапії на перебіг хронічного вірусного процесу.

Матеріали та методи. Обстежено 30 пацієнток репродуктивного віку (18-38 років) із звичним невиношуванням вагітності різного генезу і хронічними вірусними інфекціями. У всіх пацієнток були лабораторні ознаки носійства цитомегаловірусу (ЦМВ) і вірусу простого герпесу (ВПГ). З метою елімінації вірусу та зниження його активності нами був застосований препарат Аллокін-альфа, який відноситься до імунотропних лікарських препаратів. Препарат призначають у першу фазу менструального циклу (з першого дня). Вводять підшкірно, у дозі 1 мг сухої речовини, розведеного в 1 мл фізіологічного розчину, з інтервалом 48 годин (через день). Всього на курс лікування рекомендовано 6 ін'єкцій.

Результати. Пацієнтки були розділені на 3 групи: 1 група (8) - ЦМВ (26,7%), 2 група (14) - ВПГ (46,7%), 3 група (8) - поєднання ВПГ і ЦМВ (26,6%). Всім пацієнткам у першу фазу менструального циклу одноразово проводили монотерапію препаратом Аллокін-альфа за стандартною схемою. При проведенні терапії не виявлено клінічної маніфестації цитомегаловірусу і ВПГ, а також побічних ефектів і алергічних реакцій. Перше контрольне обстеження, проведене через 2 місяці, виявило ДНК ЦМВ у 85% пацієнток, а ВПГ у 66,7%. Повторне контрольне обстеження, проведене через 3 місяці, виявило цілковиту елімінацію ЦМВ у 82,8% пацієнток, а ВПГ у 79,8%. У групі пацієнток з поєднанням ЦМВ і ВПГ ефективність лікування склала 45%, що, мабуть, є підставою для вибору альтернативної схеми лікування.

При подальшому динамічному спостереженні протягом одного року у жодної пацієнтки не було зареєстровано епізодів рецидиву вірусної інфекції. Вагітність настала у 19 жінок. У 14 завершилася народженням живих доношених дітей без ознак вірусного інфікування, у 5 – вагітність триває. Рецидивів герпес-вірусної інфекції під час вагітності не зареєстровано.

Висновки. Одноразовий курс лікування препаратом Аллокін-альфа у вигляді монотерапії надав виражений позитивний ефект на перебіг хронічного вірусного процесу. Призначення препарату Аллокін-альфа слід вважати виправданим при проведенні лікування хронічного ендометриту у жінок з вірусними інфекціями та звичним невиношуванням вагітності.

Ткачук П.В.

УСКЛАДНЕННЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК) - поширена гінекологічна патологія, частота якої за даними різних авторів становить 18-24% серед усіх захворювань жіночих статевих органів. Однією із причин даної патології є ановуляція внаслідок порушень в системі гіпоталамус-гіпофіз-гонади. Дана обставина призводить до постійної естрогенної стимуляції та неконтрольованої проліферації ендометрія. ДМК частіше зустрічаються в період становлення менструальної функції (внаслідок незрілості гіпоталамо-гіпофізарної регуляції) і перед менопаузою (у зв'язку зі зниженням функції яєчників). ДМК характеризуються чергуванням затримки менструацій та кровотеч різної інтенсивності й тривалості. При тривалих і сильних кровотечах розвивається хронічна постгеморрагічна анемія.

З метою вивчення порушень гемостазу у жінок з дисфункціональними матковими кровотечами нами проаналізовано 50 історій хвороб жінок, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні Пологового будинку №2 м.Чернівці. Середній вік жінок з ДМК становив $46,2 \pm 4,1$ років. Захворювання вперше проявляло себе у 31 жінки (62,0%), повторно у 19 жінок (38,0%). З діагностичною та лікувальною метою усім пацієнткам виконувалось вишкрібання стінок порожнини матки, оскільки традиційна гемостатична, антианемічна та загальнозміцнювальна терапія була неефективною. Проведені дослідження показали, що оперативне втручання всім хворим виконувалось за несприятливих умов, тобто на тлі хронічної постгеморрагічної анемії різних ступенів, а саме: ознаки анемії I ступеня спостерігалися у 76,4%, анемії II ступеня у 21,8% жінок. Після маніпуляції, яка передбачає певну крововтрату, ситуація змінилась в гіршу сторону: анемія I ступеня мала місце у 61,3%, анемія II ступеня у 38,7% хворих.

Отже, лікування дисфункціональних маткових кровотеч потребує комплексного підходу, оскільки захворювання впливає на перебіг супутньої екстрагенітальної патології, знижує якість життя жінки тощо. Не дивлячись на розширення знань в даній галузі, до теперішнього часу залишається невирішеною проблема пошуку раціонального консервативного лікування ДМК з чіткою оцінкою подальшого прогнозу.

Урбанович М.Д., Грекул Н.А.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ КОМПЛЕКСНИХ ПРЕПАРАТІВ У ВАГІТНИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А.В.)

Цукровий діабет (ЦД) до цього часу залишається однією із найбільш гострих проблем в клініці екстрагенітальних патологій вагітних. Це пов'язано як із лабільністю протікання, схильністю до кетоацидозу і гіпоглікемічних станів, можливістю швидкого прогресування судинних ускладнень, так і з вкрай шкідливим впливом на стан плода, великою кількістю ускладнень вагітності та пологів. Прогресування діабетичних ангіопатій під час вагітності пов'язане з посиленням таких метаболічних порушень як гіперглікемія, диспротеїнемія, підвищення синтезу глікопротеїдів, зменшення вироблення простагліцину судинною стінкою та ін. Всі ці зміни в комплексі призводять до мікроциркуляторних порушень та гіпоксії, як наслідок, до грізних ускладнень вагітності – пізніх гестозів, плацентарної недостатності, внутрішньоутробної гіпоксії плода.

Протеїнурія являється клінічним еквівалентом ангіопатії, проте морфологічні та функціональні зміни нирок можуть спостерігатись ще задовго до її виявлення. Одним із тяжких ускладнень ЦД являється кетоацидоз. Особливість при вагітності – можливий його початок при більш низьких значеннях глікемії, що пояснюється кетогенною дією плацентарного лактогена. Найбільш тяжкою патологією, що ускладнює перебіг вагітності у пацієнток з ЦД, є прееклампсія, і пов'язана із генералізованим ураженням судин. Важкі метаболічні та мікроциркуляторні порушення в організмі матері при ЦД, висока частота супутніх ускладнень протікання вагітності призводять до того, що плід розвивається в неблагоприємних умовах.

Ускладнення зі сторони основного захворювання часто потребують призначення інфузійної терапії. Для корекції гемореологічних порушень у вагітних з ЦД широко використовуються комплексні поліфункціональні препарати Реосорбілакт і Ксилат. Реосорбілакт – інфузійний препарат, основу якого складає ізотонічний розчин сорбітолу, натрію лактат, мікроелементи в збалансованому співвідношенні. Сорбітол стимулює окислення жирних кислот некетогенним шляхом і сприяє легкому засвоєнню кетонів тіл в циклі Кребса.

Фочук Н.Ю., Фочук М.Ю.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'І

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

Зараз в Україні реалізується державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», затверджена Постановою Кабінету Міністрів України. За визначенням експертів ВООЗ, термін "Планування сім'ї" – це система медико-психологічних і соціальних заходів, спрямованих на профілактику непланованої вагітності, хвороб, що передаються статевим шляхом та ВІЛ інфекції, кінцевою метою яких є збереження репродуктивного здоров'я населення.

Право на планування сім'ї реалізується на державному рівні наданням населенню доступної і повної інформації про всі аспекти служби планування сім'ї, забезпеченням відповідною медичною допомогою, можливістю широкого використання контрацепції, формуванням культури сексуального та репродуктивного поведінки населення з дитячого віку.

Нами було проведено анкетування серед студенток медичного університету, де було поставлено низку запитань стосовно інформованості з питань планування сім'ї, методів контрацепції, їх використання.

За результатами цього дослідження 95% опитаних вважає, що планування сім'ї – «заходи, які направлені тільки на забезпечення продовження роду у спланованому порядку», з них 5% вважає, що ще й спрямовані на профілактику непланованої вагітності. Про профілактику хвороб, що передаються статевим шляхом та ВІЛ інфекції не вказав жоден. Тільки 50% опитаних вказали на проведення їм консультування перед початком використання будь-якого контрацептивного методу, тільки у 10% випадків було проведено обстеження у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції. Звертає на себе увагу, що 32,5% опитаних вказують на те, що не володіють достатньою інформацією про гормональну (комбіновані та прогестогенові контрацептиви) та внутрішньоматкову контрацепцію.

За результатами цього дослідження встановлено, що усі респонденти на даний час користуються методами контрацепції: 25% використовували сучасні методи, а 75% традиційні. Узагалі найбільш поширеним методом є бар'єрний (чоловічий презерватив - 75%, губка - 5%, сперміциди - 5%), на другому місці – природні методи (календарний - 5%, симптотермальний - 5%) і лише 5% використовують протизаплідні таблетки. 12,5% опитаних припинили користуватися певним методом через те, що останній не виконав своєї функції, з приводу чого була застосована невідкладна контрацепція.

Зазначена ситуація спонукає до продовження активного впровадження ефективних заходів із питань планування сім'ї, а саме забезпечення населення доступними просвітницькими матеріалами та засобами попередження непланованої вагітності.

Хащова Н.В., Зуб Р.О.

ПЛАНУВАННЯ СІМ'І ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я СЕКСУАЛЬНО АКТИВНОЇ МОЛОДІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

Охорона репродуктивного здоров'я підлітків і молоді, тобто тих, кому від 15 до 24 років, - одне з основних завдань служби планування сім'ї. Ситуація характеризується відсутністю у підлітків й сексуально активної молоді повної інформації про те, що таке планування сім'ї, хвороби, що передаються статевим шляхом, сучасна контрацепція, безпечний секс і т. д. Крім того, досить часто підлітки не хочуть звертатися зі своїми проблемами в існуючі державні структури (жіночі консультації, шкірно-венерологічні диспансери), так як далеко не завжди можуть отримати там анонімну та безкоштовну допомогу.

Відсутність сексуального виховання призводить до раннього початку статевого життя і частій зміні статевих партнерів. Згідно з даними анонімного анкетування, проведеного нами, серед студенток Чернівецького коледжу економіки та дизайну, час сексуального дебюту - 16,4 роки, досвід статевої близькості мали 16,6% студенток, з них 10% мали двох-трьох партнерів. При цьому 26,5% респонденток знають про службу планування сім'ї та "Телефон довіри", з них у 10% був статевий контакт. Про інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) чули -73%. Вивчення відношення до контрацепції дівчат у віці 15-19 років показало, що сексуально активні підлітки або взагалі не застосовують контрацепцію, або використовують методи розпізнавання фертильності (40%), які в цій групі можуть бути неефективними через багато факторів (чітке виконання інструкцій, ведення щоденних записів, відсутність порушень менструальної функції), окрім того вони не захищають від ІПСШ, ВІЛ. Частка сучасних засобів попередження вагітності залишалася надзвичайно низькою (19,9%). Про те, що тільки презерватив захищає від ВІЛ, ІПСШ знають -83%.

З якими питаннями звертаються підлітки? Насамперед, їх цікавлять будова тіла і його зміни в період дорослішання, фізіологічні проблеми, пов'язані з початком статевого життя, який вік є найбільш сприятливий для початку статевого життя, а який - для народження дітей. Дуже велика група підлітків звертаються за цілком конкретною інформацією: який метод контрацепції краще використовувати, де зробити аборт, як перевірити, чи немає ІПСШ, або якої-небудь гінекологічної патології. Питання задають мамам - 36%, подругам - 36%, інші джерела - 28%. 100% дівчат вважали за необхідне створення служби планування сім'ї для підлітків, куди можна було б звернутися анонімно за інформацією та консультацією.

Комплекс з медико-соціальних заходів з цілеспрямованим і методичним проведенням програми статевого виховання забезпечить у перспективі зниження числа абортів неповнолітніх і збереже їх здоров'я та репродуктивну функцію.

Чудік С.А.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ФЛУОМІЗИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

Актуальність. Питома вага генітальних інфекцій у структурі материнської і перинатальної захворюваності становить близько 60%. Найбільш розповсюдженим порушенням вагінальної мікрофлори є бактеріальний вагіноз (БВ). Будучи проявом дисбіозу внутрішніх жіночих статевих органів, БВ впливає на стан імунного захисту піхви, на наявність внутрішньоутробних захворювань плода, плаценти і післяпологових захворювань матері.

Мета дослідження. Безумовно,часне виявлення БВ і проведення санації піхви може запобігти ускладненню перебігу вагітності. При цьому залишається актуальним питання вибору препарату. Вирішити цю проблему дозволив синтез речовин, який поєднує хлор із сполукою четвертинного амонію – деквалінія хлоридом і представлений, вагінальними таблетками Флуомізин (FLUOMIZIN), що містить 10 мг деквалінію хлориду.

Матеріали і методи. Всього обстежено 50 вагітних, які для лікування БВ отримували препарат Флуомізин по 1 таблетці внутрішньопіхво протягом шести діб. Після цього проводили відновлення біоценозу піхви еубіотиками протягом шести діб. Діагноз БВ визначався на підставі даних анамнезу, клінічного огляду і лабораторного дослідження мазків вагінальних виділень (виявлення «ключових клітин»), позитивного аминотесту – поява рибного запаху при змішуванні в рівних кількостях виділень із піхви та 10 % розчину КОН, рН>4,5.

При опитуванні вагітних найчастіше відмічалися скарги на рясні виділення з неприємним запахом, а також свербіж і подразнення в ділянці геніталей. Рясні виділення були у 100 % обстежених, свербіж – у 95 %, печіння в ділянці геніталей – у 87 %, дизуричні явища – у 30 %. У результаті проведених бактеріологічних досліджень встановлено, що основною флорою у вагітних з БВ була *Gardnerella vaginalis*. Під впливом лікування нормалізація біоценозу піхви відмічалась у 100 % вагітних.

Результати. Після проведення курсу лікування значно зменшився об'єм вагінальних виділень, зник специфічний запах, лише в 5 % жінок залишилися скарги на дизуричні явища. Жодна з пацієнток після проведеного курсу лікування не виказувала скарг на свербіж та печіння в ділянці геніталей. У всіх спостереженнях були відсутні не лише клінічні ознаки БВ, але й отриманий негативний тест із КОН. Результатом нормалізації мікробіологічного пейзажу було різке зниження кількості лейкоцитів, та відсутність патологічної мікрофлори при повторному бактеріологічному обстеженні.

Висновок. Отримані результати дослідження засвідчили високу ефективність Флуомізину, який може бути рекомендований як препарат вибору при лікуванні бактеріального вагінозу у вагітних.

Шамсиева М.Ш., Пученкина В.В.

ВУЛЬВОВАГИНИТЫ У ДЕВОЧЕК ПРЕПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра акушерство и гинекология

(научный руководитель - д.мед.н. Негмаджанов Б.Б.)

В структуре гинекологических заболеваний девочек вульвиты и вульвовагиниты занимают ведущее место. Это обусловлено некоторыми особенностями физиологии детского влагалища и вульвы.

Цель работы. Выявление факторов риска вульвовагинитов у девочек препубертатного возраста, а также изучение особенностей диагностики и тактики ведения с учетом этиопатогенеза.

Материал и методы исследования. Объектом клинического обследования послужили 60 девочек с вульвовагинитами за период 2012–2013 годов, находящиеся на лечении на базе ОДМКЦ (Областной детский многопрофильный клинический центр). Проводился тщательный сбор анамнеза, при этом обращали внимание на течение беременности и родов у матери и перенесенные заболевания. Всем девочкам выполнено клинико-лабораторное обследование, которое включало в себя мазок на флору, бактериологическое исследование выделений из влагалища, клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмму.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что наибольшее число пациенток с вульвовагинитами было в возрасте 2–8 лет (75%), девочек – в возрасте от 10 мес. до 2 лет (10,7%), и у девочек – 9–13 лет (14,3%). Острый вульвовагинит был диагностирован у 66,4% девочек, хронический – у 14,3% девочек, аллергический вульвовагинит – у 17,8% девочек, вульвовагинит вследствие инородного тела – в 1,5% случаев. Острый вульвовагинит вызван по нашим данным хламидиями - были выявлены у 4,6% девочек, микоплазмами – у 2,3% девочек, уреаплазмами – у 1,5% девочек, остальные - бактериальной флорой.

Анализ перинатальных факторов в 46,9% выявил осложненное течение беременности и родов (заболевания почек, многоводие, кольпиты, инфицированность специфическими инфекциями у матери во время беременности, недоношенность, гипотрофия). Наиболее часто вульвовагиниты сочетались с хроническим пиелонефритом (1,8%), хроническим циститом (2,3%), рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей, пузырно-мочеточниковым рефлюксом; в 5 случаях (2,9%) выявлены аномалии развития мочевыделительной системы (аплазия почки). У 66,7% больных вульвовагинитом в моче обнаружены те же микроорганизмы, что и во влагалище. Установлена зависимость между мочевой инфекцией, обусловленной возбудителями кишечной группы, и колонизацией этих микроорганизмов в преддверии влагалища. В 2 случаях (3,3%) высеялся энтеробактерии.

Выводы. Ведущими факторами риска в возникновении аллергического вульвовагинита являются наследственная предрасположенность, ранний перевод детей на искусственное вскармливание, проявления экссудативного диатеза и острые респираторные заболевания.

Шерстобітова О.В., Бакун О.В.

ВПЛИВ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЦИТОКІНІВ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Нами було обстежено 58 жінок з безпліддям трубного генезу, яким проводилося запліднення *in vitro*. Ці жінки нами була розділені на дві підгрупи. Першу підгрупу склали жінки із безпліддям в кількості 38 осіб, яким проводилася традиційна підготовка до запліднення *in vitro*. Другу підгрупу склали пацієнтки з безпліддям в кількості 20 осіб, яким проводилася запропонована нами підготовка до ЗІВ з включенням плазмаферезу. Плазмаферез проводився до початку програми запліднення *in vitro*. Групу пацієнтів із позитивними результатами склали 10 жінок, що становить 50,0% всіх жінок другої підгрупи. Другу підгрупу пацієнтів, із негативними результатами, склали 8 жінок – 40,0% всіх жінок другої підгрупи. 10,0% всіх пацієнтів другої підгрупи склали жінки, результати штучного запліднення яких невідомі з тих чи інших причин. Групу пацієнтів, яким не проводився плазмаферез, склали жінки в кількості 38 осіб, у яких були позитивні та негативні результати штучного запліднення. Групу пацієнтів із позитивними результатами склали 15 жінок, що становить 39,4% від загальної кількості осіб цієї підгрупи. Іншу групу пацієнтів із негативними результатами склали 16 жінок, що становить 42,1% від загальної кількості осіб цієї підгрупи. Кількість осіб, результати штучного запліднення яких, в силу тих чи інших причин є невідомими, становить 7 осіб, що у відсотковому значенні складає 18,4.

Концентрація протизапального цитокіну (ІЛ-4) після проведення плазмаферезу мала незначну тенденцію до зростання, на 7,65%, але це зростання не вірогідне. Разом з тим, концентрація прозапального цитокіну (ФНП-α) після проведення плазмаферезу знижувалось на 21,1%. Зниження концентрації ФНП-α й тенденція до зростання протизапального цитокіну (ІЛ-4) свідчать про те, що проведення плазмаферезу є ефективним засобом зменшення запальної реакції в організмі.

Одержані та наведені результати засвідчують, що традиційні засоби реабілітації призводять до тенденції зниження як прозапального, так і протизапального цитокіну відповідно на 14, 5% і 8,3%. Але це зниження концентрації інтерлейкінів статистично не істотне. Концентрація ІЛ-4 в жінок з безпліддям суттєво зростає, що засвідчує про те, що плазмаферез знижує запальні процеси. Підтвердженням цього є тенденція до зниження концентрації ФНП у порівнянні з жінками, яким проводили традиційні заходи реабілітації, та суттєво знижується у порівнянні з контролем.

Таким чином, проведення плазмаферезу жінкам з безпліддям призводить до зменшення запальних процесів в їх організмі та є ефективним засобом імунореабілітації в цієї категорії пацієнток.

Юзько В.О., Андрієць А.В., Бабенчук І.О.

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНО-ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ ТА ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра акушерства і гінекології факультету післядипломної освіти
(науковий керівник - д.мед.н. Юзько О.М.к.мед.н. Коваль Г.Д.)

Актуальність. Відомо, що генітальний ендометріоз супроводжується безпліддям, але причини цьому не зрозумілі, можливо, це пов'язано з дисбалансом імунної відповіді.

Мета. Провести дослідження системних і локальних показників імунної системи та рівня гормонів у крові в жінок із безпліддям та ендометріозом.

Матеріали та методи дослідження. Основну групу склали 52 жінки з зовнішнім генітальним ендометріозом та безпліддям, а контрольну – 33 жінки з трубним фактором та безпліддям нез'ясованого генезу. Всім пацієнткам було проведено дослідження рівнів гомонів в сироватці крові, а в сироватці крові та перитонеальній рідині прозапальних цитокінів (ІЛ-2 та ФНП-α) та протизапального цитокіну ІЛ-10. Результати дослідження. В перитонеальній рідині рівень ІЛ-2 у жінок основної групи становив $114,36 \pm 19,89$ пг/мл, тоді як в контрольній $3,03 \pm 2,01$ пг/мл ($p < 0,05$), ФНП-α, відповідно, $16,77 \pm 4,3$ пг/мл та $3,16 \pm 2,2$ пг/мл ($p < 0,05$), ІЛ-10 – $210,41 \pm 76,94$ пг/мл та $90,12 \pm 27,83$ пг/мл ($p < 0,05$). В сироватці крові рівень ІЛ-2 у жінок основної групи становив $7,16 \pm 13,57$ пг/мл, тоді як в контрольній $28,11 \pm 36,65$ пг/мл ($p < 0,05$), ФНП-α, відповідно, $11,74 \pm 14,93$ пг/мл та $5,21 \pm 3,91$ пг/мл ($p < 0,05$), ІЛ-10 $178,73 \pm 99,45$ пг/мл та $141,64 \pm 35,33$ пг/мл ($p < 0,05$).

Рівні гормонів в сироватці крові жінок основної та контрольної груп не відрізнялись, а рівень антимюллерового гормону жінок основної групи становив $2,012 \pm 1,9$ нг/мл, а в контролі - $1,966 \pm 1,89$ нг/мл ($p > 0,05$).

Висновок. У пацієнтів з безпліддям на фоні зовнішнього генітального ендометріозу відмічається значне зростання рівнів ІЛ-2, ФНП-α та ІЛ-10 в перитонеальній рідині на фоні високих рівнів ФНП-α та ІЛ-10 та зменшення рівня ІЛ-2 в сироватці крові. Зростання прозапальних ІЛ-2 та ФНП-α цитокінів можна пояснити гіперактивацією клітин імунної системи у відповідь на ендометріодні гетеротопії переважно у вогнищі запалення, а підвищення протизапального ІЛ-10 спрямовано на відновлення імунологічного гомеостазу та ліквідацію явищ запалення. Гормональний статус у жінок з ендометріозом не порушений, а рівень антимюллерового гормону був дещо вищий у жінок з ендометріозом. Тобто, ендометріоз не змінював гормональний фон і не зменшував репродуктивний резерв яєчників, а зміни в імунній відповіді є однією із можливих причин безпліддя у них.

Якимчук П.М., Гошовська А.В., Мельничук А.В.

ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ЗА ДАНИМИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Актуальність. Вагома роль у забезпеченні нормального перебігу вагітності відведена гормональній та синтетичній функціям фетоплацентарного комплексу (ФПК). Останній сприяє синтезу плацентарних гормонів, які регулюють важливі процеси, необхідні для фізіологічної гестації. Зміни функції плаценти призводять до складних ускладнень під час вагітності.

Матеріали і методи. Ультразвуковий апарат ALLOKA -1400. Результати досліджень. При дослідженні основної (вагітні з проявами плацентарної дисфункції) та контрольної (здорові вагітні без проявів плацентарної дисфункції) груп для діагностики плацентарної дисфункції нами приймалися до уваги наступні ультразвукові ознаки: розташування плаценти, розширення міжворсинкового простору (МВП) в плаценті, альтеративні зміни в плаценті – наявність в її структурі інфарктів, ступінь зрілості плаценти, дифузних відкладань фібрину, підвищеної кількості петрифікатів, зміни товщини плаценти, порушення темпів дозрівання плаценти. За допомогою ультразвукової фетометрії та динамічного спостереження за внутрішньоутробним станом плода підтверджувався синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода у жінок основної групи, інколи вказані зміни в плаценті супроводжувались наявністю антенатальної патології, ознаками внутрішньоутробної гіпоксії та гіпотрофії плода.

Нами виявлено, що порушення прикріплення плаценти (низьке) спостерігалось значно частіше у вагітних основної групи, ніж у вагітних контрольної групи відповідно $44,3\% \pm 6,0$ до $7,5\% \pm 4,2$ – $p=0,004$ за критерієм кутового фі-перетворення Фішера. При цьому крайове та центральне передлежання відмічали у жінок основної групи у спостереженнях $11,4\% \pm 3,8$ проти $12,5\% \pm 2,5$ у контрольній групі – $p=0,180$. Прикріплення плаценти до дна матки діагностовано у $20\% \pm 4,8$ вагітних основної групи проти $32,5\% \pm 7,5$ у жінок з нормальним перебігом вагітності – $p=0,262$. По передній стінці матки плацента розташовувалася у $18,6\% \pm 4,7$ випадків в основній групі та відповідно $22,5\% \pm 6,7$ в контрольній – розбіжності невірогідні. Нами встановлено, що прикріплення плаценти по задній стінці в 1,3 рази частіше зустрічалось у вагітних контрольної групи $37,5\% \pm 7,8$, ніж у жінок основної групи $17,1\% \pm 4,5$ – $p=0,037$.

За даними УЗД плацента мала певні зміни ехоструктури у жінок основної групи (петрифікати у паренхімі плаценти, кісти, лакуни) у $81,4\% \pm 4,7$ проти $7,5\% \pm 4,2$ у контрольній групі. Низьке прикріплення плаценти спостерігалось у $44,3\% \pm 6,0$ основної групи проти $7,5\% \pm 4,2$ у жінок групи контролю. Оцінюючи стан ФПК та біометричні показники розвитку плода в термін 37-40 тижнів вагітності, встановлено, що у жінок основної групи виявлено гіпотрофію плода у $75,7\% \pm 5,2$ проти $5\% \pm 3,2$ у групі контролю, було діагностовано СЗРП I ступеню (симетрична форма) $22,9\%$ а в групі контролю – 0.

Висновки. Отже, вказані зміни показників інструментальних методів дослідження вказують на порушення плацентарного комплексу.

Якимчук О.М., Бойчук Ю.Б.

НОВІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна,

Кафедра акушерства та гінекології ФПО

(науковий керівник - д.мед.н. Бойчук А.Б.к.мед.н. Мисак А.І.)

Пієлонефрит (ПН) - найчастіше захворювання нирок у вагітних. Це інфекційне ураження зустрічається в 6-10% випадків. Запальний процес в нирках вагітних жінок – це серйозна загроза для здоров'я матері та плоду. Не дивлячись на високий ступінь вивчення даного захворювання, міри адекватного лікування залишаються не достатньо ефективними, про що свідчить велика частота (35,4%) розвитку бактеріотоксичного шоку у пацієнток з ПН.

Збудниками ПН у вагітних часто є умовно-патогенні мікроорганізми. Кишкова паличка висівається у 36-88% вагітних і викликає склероз ниркових мисок, навколониркової клітковини й капсули. Протей (5-20%) своїми ферментами розщеплює білки і сечовину з утворенням аміаку та інших речовин, які пошкоджують клітини епітелію нирок і сечоводів. Ця інфекція викликає утворення каменів і має рецидивуючий перебіг. Із сечі вагітних висівають також клебсіел, ентерокок і ін. Однак найчастіше збудниками ПН є грамнегативні мікроорганізми - стрептококи груп D і B, стафілококи і мікрококи. Запалення в нирках можуть викликати також Candida, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis, анаеробні бактерії. Частіше за все в клініці зустрічаються так звані міксінфекції тобто поєднання декількох збудників. Зазначена вище мікрофлора стійка до дії широко використовуваних при лікуванні ПН антибактеріальних препаратів, тому це змушує проводити пошук нових комбінацій та поєднань з іншими атимікробними засобами.

Нами було обстежено 80 вагітних віком від 18 до 35 років, терміном гестації від 22 до 37 тижнів та наявним у них гестаційний пієлонефритом.

Вагітні були розділені на дві групи: I-ша (42 жінки) – проводилася антибіотикотерапія згідно з визначенням чутливості патогенної флори та впливу препарату на плід та фітоактивним препаратом (золототисячник, любисток, розмарин) по 2 капсули 3 рази на день, протягом 2 тижнів. II грапа (38 вагітних) призначали традиційний курс лікування відповідними антибіотиками (контрольна група).

В результаті проведеного лікування в дослідній групі покращення клінічного стану відзначалися вже на 5-7 день лікування. Серед хворих контрольної групи покращення відмічалось лише у 28 (70%) випадків та наступало на 10-14 добу від початку лікування.

Консервативне лікування хворих на ПН вагітних складалося з двох основних аспектів: відновлення уродинаміки верхніх сечових шляхів та антибактеріальної терапії з включенням фітоактивних сумішей. Негативних результатів як для матері, так і для плоду ми не спостерігали.

Лікування вагітних з використанням антибіотикотерапії в поєднанні з фіто-активним збором дало швидший результат; поліпшення клініко-лабораторної ситуації, що зменшує період проведений в стаціонарі в 2 рази, це є позитивом для пацієнтки, а також економічно доцільніше для лікарні.



Анестезіологія та інтенсивна терапія

Anesthesiology and Intensive Care

Рибарчук А.В., Іванов О.С., Некрилов А.О., Некрасов Ю.І.

КОНЦЕПЦІЯ СОМАТО-СЕНСОРНОЇ ПАМ'ЯТІ, ЯК ГОЛОВНИЙ АСПЕКТ ПРОФІЛАКТИКИ ФАНТОМНО-БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Луганський державний медичний університет, Луганськ, Україна

Анестезіології, реаніматології та екстренної медичної допомоги

(науковий керівник - к.мед.н. Ніконова О.М.)

Фантомний біль - це біль, що відчувається пацієнтом в неіснуючій частині тіла (зазвичай виникає після ампутації кінцівки). Фантомні болі з'являються внаслідок того, що в головному нерві ампутованої кінцівки залишаються нервові волокна, які продовжують забезпечувати передачу імпульсів з ампутованої ділянки в головний мозок, який і «проекує» їх у відсутню частину тіла. Тому, больові відчуття абсолютно реальні.

Після ампутації нижньої кінцівки в 55% випадках розвивається фантомно-больовий синдром (ФБС). Активізується даний психологічний стан за допомогою сомато-сенсорної пам'яті (ССП), розвиток якої відбувається за рахунок ноцицептивного впливу.

Частота розвитку ФБС без сумніву залежить від преампутаційного болю та методу ампутації (А.М. Овечкін та ін.). Високий відсоток ФБС дають пацієнти з оклюзивними захворюваннями судин кінцівок та мінно – вибуховими травмами, оперовані в умовах загальної багатоконпонентної анестезії, яка, в очевидь, не забезпечує достатнього захисту центральних нейрональних структур від ноцицептивної імпульсації (Абрамов Ю.Б. та Осипова Н.А.). Ризик розвитку ФБС знижується, якщо використовувати епідуральну анестезію чи комбінування загального знеболення та місцевої інфільтрації. Вірогідність трансформації передопераційного болю в ФБС вище якщо він відчувається в день перед операцією.

У ході дослідження нами було обстежено всього 108 пацієнтів вік яких становить 64(±1) рік, всі вони перенесли ампутацію нижньої кінцівки на різному рівні. Показами до ампутації були ускладнення цукрового діабету (36%), облітеруючого атеросклерозу (47%) та серцевої патології (17%).

До групи зіставлення увійшло 52 пацієнти, які згідно анамнезу та даних історії хвороби отримували загальну анестезію. Основній групі (56 пацієнтів), за дві доби перед проведенням оперативного втручання, була проведена епідуральна катетерна анестезія (ЕКА).

В ранньому післяопераційному періоді всі пацієнти групи зіставлення скаржились на наявність болю. Через добу в них вже було встановлено ФБС, який за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) мав 7-8 балів та тривав від 2 тижнів до 3 місяців.

У 45 пацієнтів після початку ЕКА болю не відмічалось, 11 обстежених мали суттєве поліпшення загального стану. Після проведення оперативного втручання основна група отримувала ультразвук з гідрокортизоном та новокаїном, електрофорез при умові чергування та курс реабілітації, тривалість ФБС не перевищувала 2 тижнів.

Отже, лікувальна стратегія із урахуванням концепції сомато-сенсорної пам'яті дозволяє значно знизити частоту виникнення, інтенсивність та тривалість фантомного болю у пацієнтів з ампутованою кінцівкою.

Діка Е.А.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ БРОНХОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ОБСТРУКТИВНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Луганський державний медичний університет, Луганськ, Україна

Анестезіології, реаніматології та екстренної медичної допомоги

(науковий керівник - к.мед.н. Налапко Ю.І.)

Хронічною обструктивною хворобою легень (ХОХЛ) за світовою статистикою страждають приблизно 600 млн. чоловік. Багато людей хворих ХОХЛ помирають и за останній час дана тенденція неухильно повзе в гору. Основною причиною смертності від даної патології слід вважати дихальну недостатність. Основними факторами, що впливають та погіршують ХОХЛ у чоловіків є тютюнопаління та контакт з пилом, у жінок – це перш за все професійні шкідливості та гіперреактивність бронхів (бронхіальна астма), в останній час на передній план виходить також тютюнопаління.

В обстеженні брав участь 101 хворий. Основну групу складала 61 особа в яких використовували комплекс лікувальних бронхоскопій з лавашем бронхіального дерева та ендобронхіальним введенням 4-6 мл розчину флуїмуцилу. Після проведення бронхоскопії внутрішньовенно вводили циклоферон в дозі 2 мл 12,5% розчину. Група зіставлення (40 чоловік) отримувала традиційну терапію згідно протоколу. Вік хворих коливався від 22 до 72 років, а процент курців складав 74% від загальної кількості.

В пацієнтів першої групи зменшилась запальна реакція порівняно з пацієнтами групи зіставлення. Біохімічні показники та стан слизової оболонки були набагато кращими порівняно з початковими показниками. Покращилось також і загальне самопочуття. Група зіставлення скаржилась на наявність симптоматики, а стан слизової оболонки та біохімічні показники порівняно з початковими показниками майже не змінилися. Також аналіз маркерів запалення показав суттєве їх збільшення в пацієнтів другої групи. Тяжкість стану в основному була зумовлена за рахунок того що великий процент обстежених має шкідливу звичку у вигляді тютюнопаління.

Використання бронхологічних методів лікування ХОХЛ в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії є достатньо перспективним.

Аникин И.А., Клевакина Е.Ю.

С-РЕАКТИВНЫЙ ПРОТЕИН В ДИАГНОСТИКЕ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

(науковий керівник - д.мед.н. Соловьев А.Е.)

Актуальность: Сепсис новорождённых является одной из самых актуальных проблем современной интенсивной терапии. Это связано со сложностью диагностики и лечения данного заболевания, а также стабильно высокой летальностью, особенно среди недоношенных детей. "Золотым стандартом" диагностики сепсиса является наличие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и получение положительной гемокультуры. Проведение последнего анализа требует времени, что заставляет использовать другие лабораторные маркеры быстрой диагностики сепсиса. Чаще всего для этого используют определение С-реактивного белка (СРБ), однако, по данным разных авторов, диагностическая ценность этого анализа сильно отличается.

Цель работы: изучить ценность определения С-реактивного протеина в диагностике позднего неонатального сепсиса у детей, рождённых в разные сроки гестации.

Материалы и методы: Использован метод ретроспективного контрольного исследования 60 новорождённых, находившихся на лечении в отделении реанимации новорождённых КУ "Запорожская областная детская клиническая больница" в 2013 году. Диагноз сепсиса устанавливали при наличии у младенцев ССВО и получении положительной гемокультуры, одновременно определяли уровень СРБ. Рассчитывали чувствительность (Se), специфичность (Sp) и диагностическую точность (PV) определения СРБ.

В зависимости от срока гестации определены две группы. Первую (n=30) составили младенцы с низкой и очень низкой массой, рождённые в сроке 28,87±1,68 недель и весом 1250,50±320,29г. Вторую (n=30) – более зрелые младенцы, рождённые в 35,55±3,06 недель с весом 2621,16±890,91г. Каждая группа поделена на две подгруппы по наличию или отсутствию положительной гемокультуры. Статистический анализ в связи с малым объемом выборки был проведен с помощью t- критерия Стьюдента.

Результаты: Достоверных отличий показателей ССВО и органной дисфункции между группами при сравнительном анализе выявлено не было, что указывает на сходство протекания позднего сепсиса у новорождённых разной степени зрелости. Чувствительность показателя СРБ в первой группе составила 40,9%, а специфичность 100%. Во второй группе получены аналогичные результаты: Se-55%; Sp-100%. Диагностическая точность определения СРБ соответственно в группах составила 56,61% и 65,38%. Показатели PV также достоверно не отличаются в группах.

Выводы: 1. Определение уровня СРБ имеет низкую чувствительность, высокую специфичность и, соответственно, низкую диагностическую точность у новорождённых с сепсисом независимо от срока гестации.

2. Исходя из вышесказанного, данный метод целесообразно использовать однократно для подтверждения диагноза "Сепсис" у новорождённых, особенно с критическим весом.

Нечитайло О.Ю., Бігунець В.С., Сав'юк В.В.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХІРУРГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реаніматології

(науковий керівник - д.мед.н. Коновчук В.М.)

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) та зумовлений ним рівень смертності і інвалідності надалі залишається однією з важливих проблем охорони здоров'я. ЦД відрізняється значною кількістю ускладнень, в основі яких лежать генералізовані ангіопатії та порушення мікроциркуляції в різних органах. За ризиком розвитку судинних ускладнень його можна порівняти з артеріальною гіпертензією, а Американська діабетична асоціація навіть відносить ЦД до серцево-судинних захворювань. Поєднання ЦД з артеріальною гіпертензією підвищує ризик розвитку мікро- і макросудинних ускладнень, збільшуючи частоту виявлення ознак діастолічної дисфункції лівого шлуночка. В свою чергу, серцева патологія поряд з ожирінням та ЦД значно збільшують ризик оперативних втручань та можливість розвитку тромбоемболічних ускладнень.

Мета: Встановити особливості стану серцево-судинної системи та мікроциркуляції у пацієнтів із хірургічними ускладненнями ЦД, а також оцінити фактори ризику розвитку периопераційних ускладнень у них.

Матеріали і методи: Під спостереженням перебувало 29 хворих із ускладненим ЦД 2-го типу (19 чоловіків і 10 жінок), які були прооперовані, віком від 44 до 83 років (у середньому 68,5±1,7 року), з тривалістю ЦД від 0 до 11 років (у середньому 4,6±1,9 року). Вміст глюкози в капілярній крові визначали глюкозооксидазним методом натще. Вивчалися дані ЕКГ, артеріального тиску та периферичної мікроциркуляції, методом електронної капіляроскопії.

Результати дослідження: У всіх пацієнтів відзначалася надмірна маса тіла (ІМТ становив у середньому 32,4±4,8 кг/м²) та підвищений АТ: систолічний АТ 152,5±10,2 мм рт.ст., діастолічний АТ – 93,6±5,2 мм рт.ст. Мікроальбумінурія діагностована у 78,5% хворих. На електронних мікрофотографіях капілярного ложа відмічалася звивистість судин, сладжування на окремих ділянках та утворення стазу у венулах. Надлишкова маса тіла була одним із чинників розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи в післяопераційному періоді. Артеріальна гіпертензія, порушення мікроциркуляції у поєднанні з діабетичними ангіопатіями також були фактором ризику виникнення периопераційних ускладнень.

Висновки: У передопераційну підготовку хворих із хірургічними ускладненнями ЦД необхідно включати препарати, що покращують мікроциркуляцію та проводити стабілізацію АТ.

Павлова Т.С., Воротинцев С.І.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Запорізький державний медичний університет, Запорожье, Украина

Кафедра медицины катастроф, военной медицины, анестезиологии и реаниматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Воротинцев С.И.)

Цель: выбор метода анестезии для поддержания эукинетического типа кровообращения во время операций у больных с ожирением.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены пациенты с ожирением (ИМТ \geq 30 кг/м²), которым выполнялась тиреоидэктомия с лимфодиссекцией по поводу рака щитовидной железы. Критерии исключения: возраст <18 лет, ASA IV-V, отказ пациента. В зависимости от величины исходного сердечного индекса (СИ), определяемого с помощью технологии esCOO (Nihon Kohden, Japan), пациенты были включены либо в группу 1 (n=22, эу- и гипокINETический типы кровообращения) либо в группу 2 (n=22, гиперкинетический тип). Всем больным выполнялись: премедикация (метопролол 10 мг, атропин 0,6-1,0 мг, димедрол 10 мг, дексаметазон 4 мг, фентанил 1-1,5 мкг/кг, сибазон 2,5 мг), индукция (фентанил 2 мкг/кг, пропофол 2 мг/кг, кетамин 0,15 мг/кг), миоплегия (атракурий 0,4 мг/кг), оротрахеальная интубация. Методом случайных чисел в зависимости от выбранного метода анестезии пациенты каждой из групп были разделены на равные подгруппы: ТВВА (тотальная внутривенная анестезия – пропофол 4 мг/кг/час, фентанил 10/5/3 мкг/кг/час, атракурий 0,5 мг/кг/час) и СЕВ (ингаляционная анестезия – Севофлуран 2,5–3об%, фентанил – 3 мкг/кг/час). Изменения гемодинамики оценивали непрерывно, для статистической обработки использовали непараметрические методы.

Результаты. В группе 1 исходный СИ составил 2,56 \pm 0,14 л/мин/м², в подгруппе ТВВА отмечалось снижение СИ на всех этапах анестезии максимально до 1,49 л/мин/м² (p<0,05), в подгруппе СЕВ – СИ достоверно не изменялся (2,4 \pm 0,3 л/мин/м², p>0,05). В группе 2 исходный СИ составил 3,78 \pm 0,35 л/мин/м², в подгруппах ТВВА и СЕВ СИ однотипно снижался до нормодинамии (3,2 \pm 0,91 л/мин/м² и 3,5 \pm 0,77 л/мин/м² соответственно, p>0,05).

Выводы: При оперативных вмешательствах у пациентов с ожирением с исходным эу- или гипокINETическим типом кровообращения методом выбора является ингаляционная анестезия Севофлураном. Для тучных больных с гиперкинетическим типом кровообращения проведение операции возможно с использованием как тотальной внутривенной анестезии на основе пропофола, так и ингаляционной анестезии Севофлураном.

Рибарчук А.В.

ВМЗНАЧЕННЯ ГРУПИ РИЗИКУ ЗА РИЗИКУ ЗА РОЗВИТКОМ ТУР-СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реаніматології

(науковий керівник - к.мед.н. Кокалко М.М.)

Вікові зміни балансу статевих гормонів у чоловічому організмі призводять до розвитку гіперплазії передміхурової залози (ГПЗ). Вирішення проблеми вибору ефективного лікування цієї патології є актуальним питанням сучасної медицини. «Золотим стандартом» у лікуванні ГПЗ є трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ), що поєднує мінімальну травматичність з високим ступенем радикальності.

Проте, при проведенні ТУРПЗ можливе виникнення ускладнень. Зокрема: інтраопераційні кровотечі (5-15%), неутримання сечі (0,8%), еректильна імпотенція (15,7%), ретроградна еякуляція (68%), синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром – до 10%). ТУР-синдром уособлює в собі різноманітні розлади центральної нервової та серцево-судинної систем, функціонального стану нирок та системи гемокоагуляції. Патогенетичним чинником розвитку ТУР-синдрому є швидке всмоктування в судинне русло безелектролітної рідини, що зростає операційне поле. Виникає гіпонатріємія внаслідок гемоділюції, що маніфестує клінічні прояви гіпотонічної гіпергідратації. Основними «органами-мішенями» є серцево-судинна система, головний мозок, легені, нирки. З боку сечовидільної системи проявом ТУР-синдрому є гостра ниркова недостатність.

З метою оптимізації відбору хворих на оперативне втручання та попередження виникнення ТУР-синдрому, хворим (яким було призначено оперативне втручання з приводу ГПЗ) провели спеціальне дослідження для визначення волюморегулюючої функції нирок. Впродовж 30 хв проводили інфузію ізотонічного розчину натрію хлориду (10 мл/кг) із наступним визначенням екскреції натрію (за 4 год) та розрахунку його кліренсу. Відбір хворих для даного дослідження (60 пацієнтів) проводився за методом випадкової вибірки.

Більшість хворих (I група -54 чол.) вивели впродовж 4 год 75% або більше від проведеного ізотонічного навантаження, у 3 хворих (II група) цей показник знаходився в межах 51-74% і у 3 хворих (III група) він був нижче 50%. Отже, динаміка відповіді на «об'ємне навантаження» у пацієнтів була різною.

Розрахунок кліренсу натрію, який у більшій мірі, ніж екскреція натрію, об'єктивізує стан волюморегулюючої функції нирок, показав, що хворі I групи виводили більше ніж 2,6 мл/хв об'єму позаклітинної рідини, II групи – в межах 2,6-0,96 мл/хв, а III групи – менше 0,96 мл/хв.

Як показали подальші спостереження, ТУР-синдром виник у 1 хворого I групи, тривалість операції складала понад 60 хв (n=54), у 2 пацієнтів II групи (n=3), тривалість операції складала 50-60 хв, у всіх без винятку пацієнтів III групи (n=3), тривалість операції складала біля 35 хв у 2 хворих і 40-50хв в 1 хворого.

Таким чином, проведення «об'ємного навантаження» напередодні операції дозволяє визначити хворих із зниженими резервними можливостями волюморегулюючої функції нирок, яка в подальшому призводить до виникнення ТУР-синдрому важкого ступеню, що дає підстави для вибору іншого виду оперативного втручання для даної групи хворих.

Ткачук М.М., Андрушак А.В.

ЗАСТОСУВАННЯ АКУПАНУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНТРА- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРЕМОРУ В УРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ФОНІ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реаніматології

(науковий керівник - к.мед.н. Кокалко М.М.)

Актуальність. Стрімкий розвиток регіонарних методів знечуження веде до все частішого застосування епідуральної анестезії в урологічних хворих під час виконання малотравматичних операцій. Разом із адекватним знеболенням виникає питання профілактики та лікування інтра- та постопераційного тремору, що є широко розповсюдженим ускладненням оперативного втручання. Основною причиною м'язового тремору є інтраопераційна гіпотермія, яка обумовлена порушенням терморегуляції на фоні дії анестетиків. Це у свою чергу веде до вазодилатації судин шкіри, а також до зниження порогу активації компенсаторної вазоконстрикції і виникнення тремору. Було встановлено, що попри дискомфорт та посилення постопераційного болю, післяопераційний тремор збільшує споживання кисню, посилює вивільнення катехоламінів, що призводить до росту серцевого викиду, ЧСС, артеріального та внутрішньоочного тиску. Тому питання профілактики та лікування тремору є досить актуальним у наш час. Широкий фармацевтичний ринок дозволив нам звернути увагу на новий ненаркотичний анальгетик без опіоїдної активності Акупан (нефопан) виробництва Biocodex (Франція). Цей препарат впливає на дофамінові, норадреналінові, серотонінові рецептори ЦНС, інгібуючи зворотне захоплення цих медіаторів. Акупан володіє М-холінолітичною та симпатоміметичною активністю.

Мета. Основною метою дослідження було вивчення сучасних методик профілактики та лікування післяопераційного тремору в урологічних хворих в умовах епідуральної анестезії за допомогою ненаркотичного анальгетика центральної дії Акупану.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося у 25 хворих, віком від 52 до 87 років, урологічного відділення Чернівецької ОКЛ, яким виконувалися трансуретральні втручання під епідуральною анестезією. Всі хворі були поділені на 2 групи: перша, основна група (ОГ), до якої входили 15 пацієнтів (60%) та контрольна група (КГ) – 10 пацієнтів (40%). В ОГ в якості премедикації пацієнтам вводили внутрішньом'язово 20 мг Акупану, в КГ застосовували 1 мл димедролу, після чого виконували пункцію епідурального простору та вводили місцевий анестетик.

Результати. При оцінці наявності м'язового тремору в ході досліджень були отримані наступні результати: в ОГ (15 пацієнтів) застосування Акупану попередило виникнення інтра- та постопераційного тремору в усіх пацієнтів (100%). В КГ в 4-х пацієнтів (40%) спостерігався м'язовий тремор, який виникав уже на 35±7 хв від початку виконання епідуральної анестезії.

Висновки. Таким чином, премедикаційне використання Акупану забезпечує адекватний рівень анагезії в урологічних хворих та попереджує виникнення інтра- та післяопераційного тремору, що веде до зменшення використання наркотичних анальгетиків. Це у свою чергу забезпечує більш ранню активізацію пацієнтів. Виходячи з цього, Акупан – ненаркотичний анальгетик нового покоління, що якісно покращує життя пацієнтів у ранньому постопераційному періоді.

Чудновский А.А., Стадник А.Д., Гончаров А.Б.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОКСЕМИИ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АУТО-, АЛЛОПЛАСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Луганський державний медичний університет, Луганск, Україна

Кафедра анестезіології, реаніматології та неотложних состояний ФПО

(научный руководитель - асп. Павлова О.Н.)

Цель исследования. Проанализировать факторы риска (ФР) развития послеоперационной гипоксемии (ПГ), послеоперационной дыхательной недостаточности (ПДН) в раннем послеоперационном периоде у больных после хирургического лечения вентральных грыж.

Материалы и методы. Дизайн исследования - проспективное, рандомизированное. В исследование включено 34 пациента, которым проведена ауто-, аллопластика вентральных грыж. Исследовали случаи ПГ, ПДН и ФР их развития. Пациенты разделены на 2 группы (1 группа – пациенты с признаками ПГ, ПДН, 2 группа – пациенты без ПГ, ПДН). ПГ - снижение сатурации (SaO₂) < 95% без наличия клинических критериев ПДН. ПДН - снижение SaO₂ < 90% на фоне клинических критериев ПДН, что требовало проведения оксигенотерапии (и) или применения методик неинвазивной респираторной поддержки. Исследуемые ФР: возраст, наличие ХОБЛ, курение, статус по ASA, индекс массы тела (ИМТ), длительность анестезии, ОФВ1/ФЖЕЛ по данным предоперационной спирографии в бандаже, размеры грыжевых ворот (J. P. Chevrel и A.M. Rath). Статистический анализ. Показатели с нормальным распределением представлены средним, средним квадратическим отклонением в формате M(S). При распределении отличном от нормального в виде медианы, интерпроцентильного размаха между 10 и 90 процентилями в форме Me (10, 90%). При анализе ФР рассчитывали отношение шансов (ОШ), 95% доверительный интервал (ДИ) в формате ОШ (95% ДИ). Использовали пакет STATISTICA, version 6, Stat Soft, Inc. 2001.

Результаты. Все пациенты соответствовали 3-4 классу по ASA. Длительность анестезии в обеих группах составила более 2 часов. Средний возраст – 63,4 ± 8,9. Характеристика 1 группы – 22 (65%) больных, наличие ХОЗЛ, n (%) - 9 (41%), курение, n (%) - 2 (9%), ИМТ ≥ 30 кг./м² - 33,5 (27 – 41), ОФВ1/ФЖЕЛ, % - 95 (70 – 110), длительность анестезии, ч - 3,9 (0,6), размеры грыжевых ворот (W3-4), n (%) - 19 (86%). Характеристика 2 группы – 12 (35%) больных, наличие ХОЗЛ, n (%) - 2 (17%), курение, n (%) - 1 (8%), ИМТ ≥ 30 кг./м² - 28,5 (24 – 30), ОФВ1/ФЖЕЛ, % - 94 (80 – 100), длительность анестезии, ч - 2,3 (0,4), размеры грыжевых ворот (W3-4), n (%) - 4 (33%), (W2), n (%) - 8 (67%). При изучении ФР по ОШ: ОШ (ФР - курение) – 1 (-), не является статистически значимым фактором риска. ОШ (ФР – ХОЗЛ) – 1,25 (0,37; 2, 25), ОШ (ФР – ИМТ ≥ 30 кг./м²) – 4,5 (3,6; 5, 5), ОШ (ФР – размеры грыжевых ворот (W3-4) – 12,8 (3,9; 25). У 6 пациентов (27%) наблюдалась комбинация ФР и возникла ПДН, которая имела доброкачественный характер, но потребовала применения неинвазивной вентиляции легких. Заключение. Наиболее значимыми ФР развития ПГ, ПДН у больных после ауто-, аллопластики вентральных грыж являются размеры грыжевых ворот (W3-4), ожирение (ИМТ ≥ 30 кг./м²), наличие ХОБЛ и их комбинация. Данному контингенту пациентов иногда может потребоваться использование методик неинвазивной респираторной поддержки.



Біологічна та біоорганічна хімія

**Biological and bioorganic
chemistry**

Кузик Л.Г., Купчанко К.П.

ЦИРКАДІАННІ РИТМИ АКТИВНОСТЕЙ АЛЬФА-АМІЛАЗИ У РОТОВІЙ РІДИНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії

(науковий керівник - викл. Купчанко К.П.к.б.н. Яремій І.М.)

Альфа-амілаза – фермент, який продукується слинними залозами (майже 70% ферменту синтезується привушними слинними залозами). Альфа-амілаза слини каталізує у ротовій порожнині реакцію ендогідролізу внутрішніх альфа-1,4-глікозидних зв'язків у структурі харчових гомополісахаридів (крохмаль, глікоген).

Активність ферментів організму людини впродовж доби дещо коливається. Знання природних циркадіанних ритмів коливання активностей альфа-амілази у ротовій рідині є необхідними для правильного оцінювання ступеня перетравлення вуглеводів у ротовій порожнині в різний час доби, оцінювання змін даного показника у ротовій рідині пацієнтів з певними стоматологічними захворюваннями при їх порівнянні з показниками здорових людей, а також для визначення оптимального часу для забору ротової рідини для визначення активності даного ферменту.

Метою даного дослідження було вивчення циркадіанних ритмів активностей альфа-амілази у ротовій рідині соматично здорових людей із санованою ротовою порожниною.

Активності альфа-амілази визначали у ротовій рідині 10 соматично здорових людей із санованою ротовою порожниною. Ротову рідину відбирали після очищення ротової порожнини о 8.00, 12.00, 16.00 та 20.00 год. Визначення активностей альфа-амілази у дослідних зразках проводили фотокolorиметричним методом (по Каравеню) із використанням наборів фірми «Філісіт-Діагностика» (Україна, Дніпропетровськ). Принцип методу полягає в тому, що у присутності альфа-амілази крохмаль гідролізується до похідних, що не дають кольорової реакції з йодом; зміна інтенсивності фарбування йод-крохмального комплексу прямопропорційна активності ферменту у дослідній пробі.

Дослідження показали, що мінімальна активність альфа-амілази в ротовій рідині відзначається о 20.00 год. (показник на 19,6% нижчий від середньодобового). Із 8.00 год. до 12.00 год. активність фермента стрімко зростає і о 12.00 год. сягає максимуму (показник на 30% перевищує середньодобовий). Після 12.00 год. показник поступово знижується і о 16.00 год. сягає показника практично аналогічного показнику отриманому о 8 годині ранку. У період між 16.00 і 20.00 год. активності альфа-амілази у досліджуваних зразках ротової рідини дещо знижувалися і були відповідно на 13% і 19,6% нижчими від середньодобового показника. Мінімальні значення активності альфа-амілази в ротовій рідині відзначено о 20.00 год. Із 20.00 до 8.00 год. активність даного фермента в ротовій рідині зростає незначно (на 12,9%).

Таким чином, активності альфа-амілази ротової рідини впродовж доби змінюються: мінімальні активності фермента мають місце о 20.00 год., а найвищу активність фермент виявляє о 12.00 год.

Ісаєва М.М., Колабська А.В., Кушнір О.Ю., Яремій І.М.

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ МАЛОНОВОГО АЛЬДЕГІДУ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ З АЛОКСАНОВИМ ДІАБЕТОМ ЗА УМОВ ЦІЛОДОБОВОГО ОСВІТЛЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії

(науковий керівник - к.б.н. Яремій І.М.)

Оскільки вільнорадикальний компонент вносить вклад у патогенез цукрового діабету (ЦД) 1 типу, а у випадку алоксанового діабету цей механізм є одним із основних механізмів руйнування інсулінпродукуючого апарату, представляло інтерес з'ясувати вплив мелатоніну на вуглеводний обмін та компоненти антиоксидантного захисту печінки – головного "глюкостату" організму тварин та людини.

Мета дослідження. З'ясувати вплив мелатоніну на рівень базальної глікемії (БГ) у крові та вміст малонового діальдегіду (МДА) в печінці щурів з алоксановим діабетом за умов цілодобового освітлення.

Матеріали та методи. Експерименти проведені на 67 статевозрілих самцях безпородних білих щурів масою 0,18 - 0,20 кг. Алоксановий діабет викликали шляхом уведення щурам 5%-го розчину алоксану моногідрату внутрішньоочеревинно в дозі 170 мг/кг одноразово. Кров для дослідження відбирали з хвостової вени. Визначення рівня базальної глікемії (БГ) проводили за допомогою приладу One Touch (виробник "Johnson&Johnson", США). Дослідних тварин було розділено на шість груп : 1) інтактні щури (С:Т=12:12); 2) контрольна група (С:Т=24:0); 3) щури з явним ЦД (рівень БГ більший ніж 8,0 ммоль/л), (С:Т=24:0); 4) щури з явним ЦД, яким починаючи з 5-ої доби експерименту впродовж 7-ми діб вводили мелатонін ("Sigma" США) з розрахунку 10 мг/кг маси (С:Т=24:0); 5) щури з латентним ЦД (рівень БГ не відрізнявся від контролю); 6) щури з латентним ЦД, яким аналогічно вводили мелатонін (С:Т=24:0). Тварин забивали шляхом декапітації на 12-ту добу експерименту.

Згідно отриманих результатів, уведення мелатоніну призвело до нормалізації рівня базальної глікемії в групі тварин з явним ЦД, що вказує на гіпоглікемізувальну функцію останнього. Рівень МДА вірогідно зростав у групах тварин з явним та латентним ЦД на 43% та 30% порівняно з показниками інтактних тварин. Введення мелатоніну призвело до нормалізації даних показників у алоксандіабетичних тварин обох груп.

Отже, уведення мелатоніну за умов явного цукрового діабету на фоні цілодобового освітлення призводить до нормалізації рівня базальної глікемії, що супроводжується зниженням вмісту малонового діальдегіду, що є показником інтенсивності процесів пероксидного окиснення ліпідів.

Ленська Н.М., Давидова Н.В.

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ ТА SH-ГРУП В КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії

(науковий керівник - к.мед.н. Давидова Н.В.)

Проблема зростаючого поширення алкоголізму серед населення в Україні та багатьох країнах світу є надзвичайно актуальною. Численними лабораторними та клінічними дослідженнями було встановлено, що в основі токсичного впливу етанолу на організм лежить активація процесів вільнорадикального окислення біомолекул. Відновлений глутатіон є одним з найважливіших компонентів тіолдісульфідної системи, яка відіграє суттєву роль в антиоксидантному захисті клітин від деструктивного впливу окиснювального стресу.

Метою даної роботи було встановити вплив мелатоніну на вміст відновленого глутатіону та SH-груп крові щурів за умов підгострої алкогольної інтоксикації.

Досліди проводили на білих щурах-самцях масою 180-230 г, яких утримували за стандартних умов віварію. Тварин розподілено на групи: 1 група – контроль (інтактні тварини); 2 група – тварини, яким викликали підгостру алкогольну інтоксикацію шляхом внутрішньошлункового введення 40% етанолу в дозі 7 мл/кг маси впродовж 7 діб; 3 група – тварини, яким впродовж моделювання алкогольної інтоксикації внутрішньошлунково вводили препарат "Віта мелатонін" (Київський вітамінний завод) в дозі 5 мг/кг маси. Тварин декапітували під легким ефірним наркозом. В еритроцитах та плазмі крові щурів визначали вміст відновленого глутатіону та SH-груп.

Нами встановлено, що підгостра алкогольна інтоксикація супроводжувалась зниженням вмісту відновленого глутатіону в еритроцитах щурів на 53% нижче рівня контролю. Про виснаження антиоксидантного резерву крові алкоголізованих щурів свідчило й зниження вмісту SH-груп в еритроцитах та плазми крові на 47 та 26 % відповідно нижче контролю.

Мелатонін – один з найпотужніших ендогенних антиоксидантів, ефективність якого доведена для багатьох вільнорадикальних патологій. Нами встановлено, що введення препарату "Віта-мелатонін" в дозі 5 мг/кг впродовж 7 діб поряд із алкогольною інтоксикацією запобігало вірогідній зміні вмісту відновленого глутатіону та SH-груп в еритроцитах щурів в порівнянні з показниками контрольної групи. Вміст SH-груп в плазмі крові був на 14 % вище рівня контролю. Це свідчить про потужні антиоксидантні властивості мелатоніну та здатність його попереджати токсичний вплив етанолу на клітини організму.

Холмурадова Д.К.

МЕТОДИКА ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ОТХОДОВ ШЕЛКОВОДСТВА ФИТОЛА И НА ЕГО ОСНОВЕ ВИТАМИНА Е

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра бионеорганической, биоорганической и биологической химии

(научный руководитель - д.хим.н. Аскарров К.А.)

Актуальность темы. Одним из ведущих областей сельского хозяйства Узбекистана является шелководство, поэтому мы поставили целью извлечения из экскрементов тутового шелкопряда (ЭТШ) ряд биологических активных веществ применяемых в химической промышленности и медицине. В качестве этих веществ нами выбраны фитол и витамин Е.

Цель работы. Разработка методики выделения фитола и на его основе технология получения витамина Е.

Материал и методы исследования. К 100 г твердого остатка ЭТШ, обработанного раствором ацетата металла в уксусной кислоте, добавляют 100 мл 30%-ного водного едкого натра и 300 мл изопропилового спирта. Реакционную смесь рефлюксируют в течение двух часов. После окончания процесса смесь охлаждают до 18-200С и экстрагируют продукт реакции петролевым эфиром (3x100 мл). Объединенные экстракты промывают водой до pH 7 и сушат над сернокислым натрием; растворитель удаляют под вакуумом, а остаток хроматографируют на колонке, заполненной силикагелем марки L 40/100. Найдено (%): С – 81,30; Н – 13,47; С20Н40О. Вычислено (%): С – 81,01; Н – 13,60; nD20 1.4634.ИК спектр фитола (см-1): 3330, 2890, 1650, 1450, 1360, 990

Смесь 0,192 г 98,5%-ного или 0,19, г 100%-ного (50*1,-4моля) тетраметилгидрохинона и 0,37 г алюмосиликата в 5 мл нонана при перемешивании в токе азота нагревают до кипения и отгоняют в течение 0,5 часа адсорбированную на катализаторе воду с парами растворителя в насадку Дина-Старка, предварительно заполненную растворителем. Затем к кипящей смеси прибавляют за 0,5 часа раствор 0,38 г (5*10-4моля) в 5 мл нонана в условиях непрерывной отгонки образующейся в ходе реакции воды с парами растворителя. После окончания процесса конденсации (контроль ТСХ в системе гексан-эфир (2:1), проявитель – пары йода, Rf витамина Е= 0,53) реакционную массу охлаждают до 200С и фильтруют через фильтр Шотта №4. Найдено (%): С – 80,86; Н – 11,78; С29Н50О2. Вычислено (%): С – 80,94; Н – 11,70.Полоса поглощения в УФ спектре раствора витамина Е в этаноле: λmax=293±1, Σ=72-74; nD20 1.5043; [α]D20 0.16(C2Н5ОН).

Савчук О.О., Кушнір О.Ю., Яремій І.М.

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ДІАБЕТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії

(науковий керівник - к.б.н. Яремій І.М.)

Генерація стрептозотоцином активних радикалів кисню (АРО) опосередкована ксантинооксидазою/гіпоксантином, а вивільнення NO для різних клітин означає пряму атаку на бета-клітини. Зазначені діабетогенні чинники призводять до руйнування ДНК та пригнічення активності ферментів. Враховуючи, що мелатонін є ефективним перехоплювачем гідроксильних радикалів, було доцільним дослідити його здатність попереджувати спричинене діабетом зменшення функціонування антиоксидантної глутатіонової системи, а також знижувати рівень гідроксильних радикалів.

Відомо, що фермент глутатіон-S-трансфераза бере участь у процесах детоксикації органічних пероксидів, зберіганні оксиду нітрогену тощо.

Метою нашого дослідження було: з'ясувати вплив мелатоніну на рівень базальної глікемії (БГ) в крові, активність глутатіон-S-трансферази (Г-S-T) в еритроцитах крові щурів зі стрептозотоциновим цукровим діабетом (ЦД).

Матеріали та методи. Експерименти проведені на статевозрілих самцях безпородних білих щурів масою 0,18 - 0,20 кг. Стрептозотоциновий діабет викликали шляхом уведення щурам 5%-го розчину стрептозотоцину на цитратному буфері (рН – 4,5) внутрішньовенно з розрахунку 60 мг/кг маси. Дослідних тварин було розділено на групи: 1) контроль; 2) щури з явним ЦД (БГ \geq 8,0 ммоль/л); 3) щури з явним ЦД, яким з 5-ої доби після введення стрептозотоцину впродовж 7-ми діб о 8.00 год. внутрішньоочеревинно вводили мелатонін з розрахунку 10 мг/кг маси; 4) щури з латентним ЦД (БГ \leq 6,9 ммоль/л); 5) щури з латентним ЦД, яким аналогічно вводили мелатонін. Тварин забивали шляхом декапітації на 12-ту добу від початку експерименту. Згідно отриманих результатів, уведення мелатоніну впродовж 7-ми діб призвело до нормалізації рівня БГ в групі тварин із явним ЦД. Активність Г-S-T в еритроцитах крові щурів з явним ЦД була на 30% нижчою. В еритроцитах крові тварин з латентним ЦД активність даного ферменту виявилася на 17% вищою ніж в контролі, ймовірно через відсутність негативного впливу з боку гіперглікемії.

Висновок. Уведення діабетичним тваринам мелатоніну сприяло нормалізації досліджуваних показників крові щурів. Отже, мелатонін забезпечує стимулювальний вплив на активність глутатіон-S-трансферази в еритроцитах крові щурів з цукровим діабетом.



Гастроентерологія

Gastroenterology

Parastivuk E.

NEW PERSPECTIVES IN TREATMENT OF CHRONIC ALCOHOLIC HEPATITIS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of nursing

(scientific advisor - teacher Slyvka N.)

Background: Thiopoetin (Glutoxim) regulates the intracellular thiol exchange. It's cytoprotective action is determined by the new level of redox systems and the dynamics of phosphorylation of key proteins of the signal-transmitting systems and transcriptional factors (NFkB and AP-1).

Aims: to evaluate the effectiveness of Glutoxim in the complex treatment of chronic alcoholic hepatitis (CAH).

Methods: the study involved 90 patients with CAH. They were divided into 2 groups (45 persons in each group). The patients of study group received Sylimarol (Herbapol Poznan) 35 mg 2 tablets 3 times daily after meals, and Glutoxim (Pharma VAM) 30 mg i/v once per day, during 10 days. The patients of control group received only Sylimarol in the same dosage. The efficiency of treatment was assessed by measuring liver function tests by common methods (Alt, AsT, common bilirubin level (CBL)) before and after treatment. Content of the reduced glutathione (RH) in patient's blood was determined by method of I. Meschysheh and I. Petrova.

Studies were performed in compliance with the Declaration of Helsinki and recommendations of the Committee on Bioethics at the Presidium of Academy of Medical Sciences of Ukraine.

Results: After 10 days of treatment patients of study group it was observed a statistically verified decreasing of CBL – from $64,57 \pm 5,176$ to $34,67 \pm 5,178$ mcmol/l ($p < 0,05$), but in control group it decreased only to $52,28 \pm 5,172$ mcmol/l ($p < 0,05$). The AsT activity in the study group reduced from $1,43 \pm 0,035$ to $0,63 \pm 0,031$ mmol/h*l, the ALT activity reduced from $1,02 \pm 0,057$ to $0,65 \pm 0,053$ mmol/h*l (while in control group these data reduced only to $0,94 \pm 0,055$ mmol/h*l and to $1,13 \pm 0,036$ mmol/h*l correspondently ($p < 0,05$)). The RH level in the study group increased after treatment from $0,58 \pm 0,007$ to $0,76 \pm 0,007$ mcmol/l ($p < 0,05$), while in control group it have not changed significantly.

Conclusions: The analysis of the data showed high therapeutic efficiency of Glutoxim in the complex treatment of CAH through its repairing action on glutathione redox system, that opens up new prospects for conservative treatment of this disease.

Moskaliuk I.I., Patel P.P.

SERT-GENE POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Internal Medicine

(scientific advisor - M.D. Fediv O.)

Irritable bowel syndrome (IBS) is a relapsing functional bowel disorder in which abdominal pain or discomfort is associated with defecation or a change in bowel habit. Serotonin plays key role in intestinal peristalsis and secretion, and in sensory signalling in the brain-gut axis. Removal from its sites of action is mediated by a specific protein called the serotonin reuptake transporter (SERT). Polymorphisms in the promoter region of the SERT gene have effects on transcriptional activity, resulting in altered serotonin reuptake efficiency.

The aim of this study was to assess the potential association between SERT polymorphism and type of gut disorder in patients with IBS.

Material and methods. We have investigated 24 women with IBS and 14 healthy persons. DNA of all subjects was analysed by polymerase chain reaction based technologies for SERT polymorphism. All persons were divided into 3 groups. The first group included 12 patients with IBS with a predominance of diarrhea, second group - 12 patients with a predominance of constipation. Third group consisted of 14 persons without violation of the digestive system.

Results. In a first group of patients we have found all types of polymorphism: 67% homozygous LL alleles carriers gene SERT, 25% - SS-genotype, and only 1 patient (8%) was heterozygous carrier of LS-variant. Among persons of second group were 75% patients with LS-genotype, 25% had SS-variant. In the third group 79% persons had SS-genotype and 21% - LS-genotype.

Conclusion. The type of gut disorder in patients with IBS is linked to SERT gene polymorphism, it shows the necessity of treatment correction in such patients.

Ахмедов И.А., Султонов И.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Цель исследования. Изучение особенности клинической симптоматики и эндоскопической картины язвенной болезни при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов обследования 40 больных в возрасте 18-39 лет, в среднем – 28,4±2,3 лет. Среди обследованных преобладали мужчины (27 из 40 больных, 67,5%), возраст которых чаще от 18 до 30 лет (в среднем – 27,0±2,1 лет). В протокол обследования были включены 13 женщин (32,5%) в возрасте от 18 до 39 лет (в среднем – 32,0±2,5 лет). Продолжительность заболевания была от 1 года до 20 лет (в среднем – 5,2±0,4 лет).

Результаты. Анализ результатов ФГДС у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки позволил выявить наиболее часто встречающиеся 4 формы язв. В период обострения заболевания у 60,0% больных (60,0%) была обнаружена язва круглой (овальной) формы, у 7 (17,5%) – неправильной формы, у 3 (7,5%) – язва линейной формы и у 6 (15,0%) – «красно-белая» язва. В большинстве случаев язвы локализовались на передней (у 20 больных, 50,0%) и на верхней стенке (у 10 больных, 25,0%), при этом в центральной части луковицы (75,0%). Клиническая картина язв круглой и овальной формы характеризовалась изжогой, отрыжкой кислым, вздутием живота, обложенностью языка. Частота этих симптомов доходила от 83 до 96%. Исхудание, болевой симптом и симптом Менделя имели среднюю частоту – от 58,0 до 75,0%. Рентгенологический симптом «ниши» был обнаружен у 66,7% больных. При язвах неправильной формы преобладал болевой симптом и положительная проба Менделя (100,0%), Обложенность языка, изжога, отрыжка, исхудание явились симптомами средней частоты – от 57 до 71%, а запоры имели место всего лишь у 28,7% больных. Клиническая картина язв линейной формы мало отличался от язв неправильной формы. При линейных язвах также преобладали болевой симптом, положительная проба Менделя и вздутие живота (100,0%), Запоры, обложенность языка имели место у 66,7%, другие симптомы (изжога, отрыжка, исхудание) – у 33,3% больных. Отличительной чертой красно-белых язв была болевая симптоматика (100,0%), положительная проба Менделя (100,0%), вздутие живота (100,0%), исхудание (83,3%) и склонность к кровотечению (83,3%).

Выводы. Клиническая картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки зависит от морфологии язвы. По морфологии наиболее часто встречаются круглые язвы (60,0%). Болевой симптом наиболее характерен для язв неправильной, линейной формы и красно-белых язв, симптомы диспепсии – для язв круглой формы. Круглые язвы и язвы неправильной формы чаще диагностируются у лиц от 30 до 35 лет (более старший возраст). Имеют более продолжительное течение. Линейные и красно-белые чаще выявляются у лиц молодого возраста (18-25 лет) при менее продолжительном течении заболевания. Наряду с болевым и диспепсическим симптомами, красно-белые язвы чаще имеют склонность к кровотечению.

Бігунець В.С., Олігорська А.А., Тимків В.В.

ЗМІНИ ДОБОВОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА СУПРОВІДНОЮ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ І ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Антонів А.А.)

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається основною проблемою здоров'я в більшості країн світу внаслідок її впливу на показники смертності і захворюваності, яка значно знижує працездатність населення. Поширеність гіпертонічної хвороби (ГХ) збільшується з віком і складає приблизно 44% у осіб 40-60 років, і вже майже 60% серед осіб, вік яких перевищує 70 років.

Мета дослідження: дослідити зміни добової варіабельності артеріального тиску у пацієнтів з хронічним некаменевим холециститом (ХНХ) залежно від типу супровідної соматоформної вегетативної дисфункції та ГХ II стадії.

Матеріал та методи дослідження. Для реалізації цієї мети обстежено 138 хворих на ХНХ із супровідною СВД. Залежно від варіанту перебігу СВД хворі на ХНХ були поділені на три групи: перша - хворі на ХНХ та СВД за гіпертензивним типом (ГіперТТ) (31 особа); друга - хворі на ХНХ із СВД за гіпотензивним типом (ГіпоТТ) (35 осіб) та третя - хворі на ХНХ із кардіальним неврозом (КН) (22 особи). Четверту групу склали 40 осіб, хворих на ГХ II стадії. Контрольну групу склали 30 ПЗО відповідного віку. Після 3-х денного перебування в стаціонарі хворим проводилось одноразове 24-годинне монітування АТ за допомогою апарату „BPM OSC Compact 550” фірми „MBO IEG” (Німеччина).

Результати. Аналіз результатів дослідження показали, що перебігу СВД за ГіперТТ у хворих на ХНХ у фазі загострення властиві: максимальна лабільність пульсу, тахікардія і пов'язані з нею періоди підвищення САТ із значною швидкістю приросту АТ у ранковий час (7-8 мм.рт.ст./год.), тип "dipper". Перебіг СВД за ГіпоТТ у хворих на ХНХ у фазі загострення супроводжується брадикардією, монотонним стабільним зниженням САТ та ДАТ, відсутністю ранкового фізіологічного підвищення АТ, зміщенням піку АТ до 13 год. Для перебігу КН у хворих на ХНХ у фазі загострення характерно збільшення частоти та лабільність ЧСС, монотонний тип кривої АТ, невірогідне зниження САТ і ДАТ у нічний період (типу "non-dipper"), пік АТ зміщений до 19 год. Перебіг ХНХ із ГХ II стадії супроводжується стабільною АГ, що виникає на тлі тенденції до підвищення ЧСС, із ранковим підвищенням АТ середньої швидкості, що відповідає фізіологічній закономірності циркадіанного ритму.

Вівсяник В.В., Зуб Л.О., Ілюшина А.А., Заболотна Т.В.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Обстежено 66 хворих на ХХН II-III ступеня, (36 жінки, 30 чоловіків). Середній вік хворих—(43,2±1,4) років; індекс маси тіла—(67,91±2,11) кг/м. I групу становили 28 хворих з ХХН II-III ступеня без уражень шлунка отримували препарат канефрон по 2 драже 3 рази на день, після їжі. Курс лікування складав 4 тижні; II групу – 22 хворих на ХХН з (ЕВУШ), яким призначали комбіновану терапію ребаменід по 1 таб. 3 рази на день, за 30 хв. до їжі впродовж 4 тижнів та канефрон по 2 драже 3 рази на день, після їжі впродовж 4 тижнів; III групу – 16 хворих на ХХН з виразкою ДПК, що приймали ребаменід по 1 таб. 3 рази на день, за 30 хв. до їжі впродовж 4 тижнів.

Аналіз показників всіх хворих виявив достовірне зниження мікроальбумінурії на (18,21±2,3) мг/л ($P<0,05$) та підвищення ШКФ на (12,21±1,7) мл/хв, ($P<0,05$) найвищими ці показники відповідно були у I та II групі (мікроальбумінурію—31,11±1,99 (I група) та 29,13±1,57 мг/л (II група) і ШКФ 13,45±3,23 (I група) та 12,32±2,33 мл/хв. – були у II групі. В усіх хворих зафіксовано підвищення рівня гемоглобіну з (101,2±3,12) до (123,1±1,02) г/л ($P<0,001$); зниження рівнів креатиніну з (121,5±1,4) до (106,1±1,7) мкмоль/л ($P<0,01$) і сечовини – з (7,01±0,23) до (6,04±0,65) ммоль/л ($P<0,01$).

Таким чином, комбінована терапія ребаменіду та канефрону у хворих з поєднаною патологією супроводжується нормалізацією ШКФ та деяких гемореологічних показників, що в подальшому може сприяти покращенню перебігу ХХН II-III ступеня у поєднанні з (ЕВУШ) та ДПК.

Величко А.О., Гресько М.І., Гебура М.М., Антонів А.А.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ У ПАЦІЄНТІВ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ ТА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - викл. Антонів А.А.)

Мета дослідження: вивчення функціонального стану ендотелію хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) в залежності від особливостей перебігу соматоформної вегетативної дисфункції (СВД).

Матеріали та методи: Для реалізації цієї мети обстежено 138 хворих на ХНХ із супровідною СВД. Залежно від варіанту перебігу СВД хворі на ХНХ були поділені на три групи: перша - хворі на ХНХ та СВД за гіпертензивним типом (ГіперТТ) (31 особа); друга - хворі на ХНХ із СВД за гіпотензивним типом (ГіпоТТ) (35 осіб) та третя - хворі на ХНХ із кардіальним неврозом (КН) (22 особи). Контрольну групу склали 30 ПЗО відповідного віку. Ендотеліальну дисфункцію (ЕД) визначали за вмістом у крові стабільних метаболітів NO - нітритів та нітратів (з реактивом Гріса), активністю індукційної NO-синтази (iNOS) методом ІФА.

Результати досліджень: Результати проведеного дослідження показали, що у 100% обстежених хворих на ХНХ із супровідною СВД було встановлено вірогідну ЕД, однак спрямованість змін функціонального стану ендотелію відрізнялась залежно від варіанту СВД. Зокрема, у пацієнтів 1-ї та 3-ї груп було встановлено вірогідне зниження вмісту в крові NO – відповідно на 27,1% та 48,3% ($p<0,05$) у порівнянні з показником у ПЗО із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p<0,05$). Мінімальні значення показника (зниження практично на 50%) були зареєстровані у пацієнтів з КН СВД, що вказує на істотний фактор ризику відносно подальшого прогресування цієї форми СВД у ішемічну хворобу серця. Зміни вмісту метаболітів NO у сироватці крові у пацієнтів з ХНХ із супровідною СВД за ГіпоТТ виникли внаслідок індукції запальним процесом iNOS. Згідно з отриманими даними, активність iNOS у хворих на ХНХ усіх груп була істотно підвищена: у хворих 1-ї групи перевищувала показник у ПЗО у 1,5 рази ($p<0,05$), 2-ї групи – у 2,7 рази ($p<0,05$), 3-ї групи – у 1,8 рази ($p<0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p<0,05$).

Висновок: Таким чином, проведені дослідження вказують на істотну розбалансованість показників функціонального стану ендотелію із формуванням ендотеліальної дисфункції у пацієнтів, хворих на ХНХ із СВД за ГіперТТ та КН, а також формування значної інтенсивності нітрозитивного стресу у пацієнтів із поєднаним перебігом ХНХ та СВД ГіпоТТ, які складають переважну більшість.

Присяжнюк В.П., Гавриньова О.О., Присяжнюк І.В.

УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Волошин О.І.)

В останній час різні вчені звертають увагу на роль неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у розвитку та прогресуванні уражень серцево-судинної системи. У хворих із НАЖХП спостерігається атерогенна дисліпідемія, із збільшенням вмісту загального холестерину, ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності на тлі зниження концентрації ліпопротеїдів високої щільності. Окрім цього, встановлено, що у таких пацієнтів збільшується вміст гомоцистеїну у крові, який, стимулюючи утворення активних форм кисню, призводить до ураження ендотелію та посилює процеси проліферації судинної стінки.

Також при НАЖХП спостерігається зменшення рівня карнітину в крові, який забезпечує перенесення жирних кислот в мітохондрії, де вони окиснюються з виділенням великої кількості енергії. Жирні кислоти, не потрапивши в мітохондрії, накопичуються в цитоплазмі клітин, де активують процеси пероксидного окиснення ліпідів, що спричиняє деградацію клітинних мембран, а також блокують перенесення АТФ із мітохондрій в цитоплазму.

Гіпоадипонектинемія, яка визначається у хворих із НАЖХП, також може бути ймовірним чинником розвитку серцево-судинних захворювань, оскільки адипонектин, має виражені антиатерогенні властивості, які пов'язані з його здатністю знижувати рівень атерогенних та підвищувати вміст антиатерогенних тригліцеридів, пригнічувати трансформацію макрофагів та гладеньких міоцитів у пінисті клітини, попереджуючи кальцифікацію судин.

Показники центральної гемодинаміки у хворих із НАЖХП характеризуються збільшенням систолічного та діастолічного артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, загального периферичного судинного опору та серцевого викиду. До підвищення артеріального тиску також може призводити дисфункція ендотелію, а саме зниження в крові концентрації медіатора вазодилатації монооксиду нітрогену та збільшення вмісту медіатора вазоконстрикції ендотеліну-1. У відповідь на зміни гемодинаміки виникають структурні зміни лівого шлуночка, які включають його гіпертрофію, фіброз стірки та дилатацію порожнин серця. Підтвердженням вищезазначеного є збільшення товщини міокарда міжшлуночкової перетинки, задньої стінки лівого шлуночка та індексу маси міокарда лівого шлуночка.

Висновок. Проведений науковий пошук виявив, що серцево-судинна система зазнає різнобічних уражень у хворих із неалкогольною жировою хворобою печінки, які поєднують збільшення вмісту атерогенних середників у крові, ушкодження центральної гемодинаміки та структурні зміни міокарду.

Гайдей Д.С., Юркевич О.З., Красовська Г.Ф., Мельник М.В., Горбатюк І.Б.

МОРФОЛОГІЧНІ ФОРМИ ХОЛЕСТЕРОЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Актуальність. Хронічний холецистит (ХХ) та жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є одними з найпоширеніших захворювань шлунково-кишкового тракту і становлять важливу проблему для охорони здоров'я. У світі щороку здійснюється понад 2,5 млн оперативних втручань на жовчо-вивідних шляхах, причому у 80 % випадків холецистектомії проводяться з приводу холестеролового холелітіазу у осіб працездатного віку, які в 12-20 % супроводжуються ускладненим перебігом. Одночасно із збільшенням кількості хворих на ЖКХ спостерігається зростання поширеності холестерозу жовчного міхура (ХЗ ЖМ) – дисметаболического захворювання, яке характеризується локальною або дифузною інфільтрацією стінки ЖМ ефірами холестеролу, розвитком холестеролових поліпів та зниженням скоротливої функції ЖМ.

Мета. Вивчити морфологічні форми холестерозу жовчного міхура у хворих на хронічний холецистит залежно від індексу маси тіла.

Матеріал і методи. Проведені дослідження у 76 хворих на ХХ з нормальною масою тіла та 60 хворих на ХХ з ожирінням І–ІІ ступеня. УЗД печінки та ЖМ виконане за стандартною уніфікованою методикою на ультразвуковому сканері "SONOLINE VERSA PLUS" ("Siemens", Німеччина) екстракорпоральним конвексним датчиком 3,5 мГц у режимі реального часу. Ознаками ХЗ ЖМ вважали наявність зернистої вистилки внутрішньої стінки ЖМ підвищеної ехогенності при огляді шляхом міжреберного сканування із дорзальним згасанням УЗ сигналу і нерівномірним потовщенням стінки ЖМ більше 5 мм. Поліпозну форму ХЗ ЖМ встановлювали за наявності пристінкових утворень до 10 мм, що не зміщувались, підвищеної ехогенності, з нерівним чітким контуром та зернистою структурою.

Результати дослідження. Під час дослідження було встановлено, що перебіг холестерозу ЖМ у хворих на ХХ з нормальною масою тіла ультрасонографічно характеризувався переважанням сітчастої форми холестерозу (75,0 %) вогнищового типу (55,0 %) із значно рідшим розвитком сітчасто-поліпозної (15,0 %) та поліпозної форм (10,0 %). Перебіг холестерозу ЖМ у хворих на ХХ із коморбідним ожирінням характеризувався переважанням сітчастої форми (56,7 %) холестерозу дифузного типу (40,0 % проти 20,0 % у осіб із нормальною масою тіла), зростанням частки сітчасто-поліпозної (30,0 %) та поліпозної форм (13,3 %).

Висновок. Із зростанням індексу маси тіла збільшується частка дифузних сітчастих та змішаних сітчасто-поліпозних форм холестерозу жовчного міхура.

Голубова Ю.І., Бондарчук І.В., Бобик М.П.

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСТОНІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Антонів А.А.)

Функціональні захворювання жовчовивідних шляхів є клінічним симптомокомплексом, що розвивається внаслідок моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та їх сфінктерного апарату без ознак органічного ураження (запалення, каменеутворення) і є найпоширенішою патологією серед уражень травної системи: посідають друге місце після хронічних гастритів та дуоденітів. Стан жовчного міхура, жовчовивідних шляхів (ЖВШ) та периферичних судин регулюється низкою спільних нейро-гуморальних механізмів, між розвитком дискінезій жовчного міхура та розвитком різних форм соматоформної вегетативної дистонії (СВД) може існувати певна взаємозалежність. Незважаючи на значне поширення та наявність робіт, присвячених даній проблемі, роль патогенетичних механізмів її виникнення та прогресування у хворих на патологію гепато-біліарної системи, зокрема при хронічному некаменевому холециститі (ХНХ), до теперішнього часу остаточно не визначена.

Мета дослідження: вивчення функціонального стану жовчного міхура у хворих на хронічний некаменевий холецистит в залежності від особливостей перебігу соматоформної вегетативної дистонії.

Матеріали та методи: Для реалізації цієї мети обстежено 138 хворих на ХНХ із супровідною СВД. Залежно від варіанту перебігу СВД хворі на ХНХ були поділені на три групи: перша - хворі (31 особа) на ХНХ та СВД за гіпертензивним типом (ГіперТТ); друга - хворі на ХНХ із СВД за гіпотензивним типом (ГіпоТТ) (35 осіб) та третя - хворі на ХНХ із кардіальним неврозом (КН) (22 особи). Четверту групу склали 40 осіб, хворих на ГХ II стадії. Контрольну групу склали 30 ПЗО відповідного віку.

Результати досліджень: У пацієнтів з гіпотензивним типом СВД хронічний некаменевий холецистит сприяє розвитку переважно гіперкінетичної дискінезії жовчного міхура (77%) і гіпертонічної дисфункції сфінктера Одді міліарного типу (65%), а у хворих на гіпертензивний тип СВД та кардіальний невроз СВД – переважає гіпокінетичний тип дискінезії жовчного міхура (78%) у поєднанні при гіпертензивному типі СВД – з гіпотонічною дисфункцією сфінктера Одді, при кардіальному неврозі – з гіпертонічною дисфункцією сфінктера Одді за панкреатичним типом (57%). У хворих на ГХ II стадії хронічний некаменевий холецистит перебігає з гіпокінетичною дискінезією жовчного міхура (83%) і гіпертонічною дисфункцією сфінктера Одді за біліарним типом (58%).

Рудик Н.В., Горбатюк І.Б., Дідур О.М.

ЕФЕКТИВНІСЬ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ РОЗУВАСТАТИНУ ТА МОСАПРИДУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ХОЛЕСТЕРОЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА ІЗ СУПРОВІДНИМИ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Метаболічні захворювання жовчного міхура (ЖМ) – холелітаз та холестероз жовчного міхура (ХЗ ЖМ) належать до компонентів ліпідного дистрес-синдрому. Дійсно, холестероз ЖМ часто виявляється у хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) та ожирінням. Це дозволяє розглядати ЖМ як орган-мішень при атерогенній дисліпідемії та говорити про його ураження не як про самостійне захворювання, а як про системний прояв порушеного метаболізму холестеролу в печінці.

Метою нашого дослідження було з'ясування ймовірного впливу комплексу засобів розувастатину та мосаприду на стан скорочувальної функції жовчного міхура та ступінь літогенності жовчі – як факторів ризику розвитку та прогресування хронічного холециститу у хворих на ІХС та ожиріння.

Матеріали та методи. Проведені дослідження у 60 хворих на ХХ та холестероз ЖМ із супутніми ІХС, кардіосклерозом, ожирінням I-II стадії. Хворі були поділені на 3 групи: 1л група (контрольна (20 осіб): 10 пацієнтів з ХХ, ІХС та ожирінням I-II ступеня, 10 пацієнтів з ХХ, ХЗ ЖМ, ІХС та ожирінням I-II ступеня) отримували терапію загострення ХХ, ХЗ та ІХС, кардіосклерозу із ожирінням згідно з протоколом та урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 г на ніч), прокінетики (домперидон (Д) 10 мг 3 рази в день), аторвастатин (А) (10 мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2л групу склали пацієнти (20 осіб), які, окрім аналогічної терапії замість аторвастатину вживали розувастатин (Р) (по 10 мг 1 раз на день) упродовж 1 місяця. 3л групу склали пацієнти (20 осіб), які, окрім аналогічної терапії, розувастатину (по 10 мг 1 раз на день), замість домперидону вживали мосаприд (М) (по 5 мг 3 рази на день) упродовж 1 місяця.

Результати дослідження. Аналіз показників стану ЖМ показав більшу ефективність терапії у 3л групі. Під впливом лікування у 3л групі зменшилися розміри ЖМ: довжина – на 32,4% ($p < 0,05$) проти 22,4% ($p < 0,05$) у 1л групі 23,3% - у 2л групі, ширина ЖМ у 3л групі зменшилась: на 40,9% ($p < 0,05$) проти 25,9% у 2л групі ($p < 0,05$) та відсутністю змін у 1л групі ($p > 0,05$). Індекс скорочення ЖМ у 3л групі зріс на 35,7% ($p < 0,05$) проти 14,3% та 21,4% відповідно у 1л та 2л групах ($p < 0,05$), а коефіцієнт скорочення ЖМ у 3л групі зріс у 1,7 раза ($p < 0,05$) проти 1,4 та 1,5 раза ($p < 0,05$) у 1л та 2л групах. Досліджуваним хворим і контрольної, і основних 2л, 3л груп призначили УДХК, як холеретичний, літолітичний, гепатопротекторний засіб. Вплив комбінації А із Д на літогенні властивості жовчі програвав комбінаціям Р із Д та Р із М. У жовчі статини сприяли зниженню вмісту загальних ліпідів у 1,5 та 2,2 та 2,6 рази ($p < 0,05$).

Висновки. Розувастатин та мосаприд сприяють зниженню загальних ліпідів та холестеролу у жовчі, підвищенню холато/холестеролового коефіцієнту, виявляють позитивний вплив запропонованої терапії щодо корекції морфо-функціональних показників жовчного міхура, сфінктера Одді і підтверджують її ефективність; сприяють зниженню інтенсивності запального процесу в жовчному міхурі, потенціюють дію антибактеріальних препаратів.

Дем'янович П.В., Кургун М.М., Гебура М.М., Антонів А.А., Величко А.О.

ВПЛИВ ТРИМЕБУТИНУ МАЛЕАТУ НА ПЕРЕБІГ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З СУПРОВІДНИМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Антонів А.А.)

Метою дослідження було встановити ефективність застосування тримебутину малеату у лікуванні пацієнтів з хронічним некаменевим холециститом із супровідною СВД та гіпертонічною хворобою.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 90 хворих на ХНХ у фазі загострення із супровідною СВД. Обстежені хворі були поділені на три групи. Перша - хворі на ХНХ та СВД за гіпертонічним типом, за випадковою ознакою була поділена на: 1а (контрольна, 15 осіб) отримувала традиційне лікування загострення ХНХ та СВД за ГіперТТ: протизапальну терапію (засіб групи цефалоспоринів по 500 мг 2 рази на день 7 днів), дезінтоксикаційну (реосорбілакт 200,0 в/в №5), за наявності переважаючої дисфункції жовчного міхура (ДЖМ) за гіпотонічним типом призначали прокінетики (мотиліум по 10 мг 3 рази на день), вегетативний коректор рослинного походження новопасит і, для лікування гіпертензії призначали б-адреноблокатори (небівол 5 мг по 1/2 таблетки (2,5 мг) 1 раз на день) упродовж 15 днів; 1б - (основна 15 осіб) отримувала адекватну протизапальну та дезінтоксикаційну терапію, у комбінації з тримебутину малеатом по 100 мг 3 рази на день упродовж 15 днів. Друга група - хворі на ХНХ із СВД за гіпотонічним типом (ГіпоТТ) із фоновим гіперкінетичним типом ДЖМ та переважаючою гіпертонічною дисфункцією сфінктера Одді (за біліарним або панкреатичним типом), яка також була розподілена на: 2а (контрольна 15 осіб): хворим призначили адекватну 1а групі протизапальну та дезінтоксикаційну терапію у комбінації з дуспаталіном (по 135мг 3 рази на день) та екстрактном елеутерокока по 100 мг 3 рази на день упродовж 15 днів; 2б (основна 15 осіб) отримувала адекватну 1а групі протизапальну та дезінтоксикаційну терапію у комбінації з тримебутину малеатом по 200мг 3 рази в день упродовж 15 днів. Третя група - хворі на ХНХ із СВД за кардіальним неврозом (КН), яка залежно від виду лікування, за випадковою ознакою була поділена на: 3а група (контрольна, 15 осіб) отримувала традиційне лікування загострення ХНХ та СВД за КТ: протизапальну терапію (засіб групи цефалоспоринів по 500 мг 2 рази на день 7 днів), дезінтоксикаційну (реосорбілакт 200,0 в/в №5), за наявності ДЖМ за гіпотонічним типом призначали прокінетики (мотиліум по 10 мг 3 рази на день), вегетативний коректор рослинного походження новопасит і б-адреноблокатори (небівол 5 мг по 1/2 таблетки (2,5мг) 1 раз на день) упродовж 15 днів; 3б група (основна 15 осіб) отримувала адекватну протизапальну та дезінтоксикаційну терапію, у комбінації з тримебутину малеатом по 100 мг 3 рази на день та мебекармом по 500мг 2 рази на день упродовж 15 днів. Середній вік хворих складав 31 +/- 5.8 років. Контрольну групу склали 30 пацієнтів відповідного віку.

Результати дослідження. Застосування тримебутину малеату в комплексній терапії вегетативних розладів, що зумовили розвиток СВД, дискінезій жовчовивідних шляхів та ХНХ є доцільним, оскільки комбінація позитивних основних призвела до корекції основних симптомів як ХНХ та супровідних дискінезій, так і проявів СВД не залежно від типу вихідних вегетативних розладів

Деренько Л.В., Гурницький А.Е.

ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Оліник О.Ю. к.мед.н. Телекі Я.М.)

Одним із актуальних питань сучасності є поєднання виразкової хвороби (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) та цукрового діабету (ЦД). Шлунок є важливою зоною травлення та всмоктування, бере участь у підтримці метаболічної компенсації у хворих на ЦД.

Цікавим аспектом поєданого перебігу цих захворювань є функціональний стан ендотелію, який відіграє важливу роль у прогресуванні та виникненні ускладнень, а отже при виявленні порушень, потребує диференційованого підходу в призначенні лікування.

Метою дослідження було: вивчити функцію ендотелію у хворих на ВХ шлунка та ДПК, поєдану з ЦД.

Дослідження проведені у 20 хворих на ВХ шлунка та ДПК (чоловіків - 11 і жінок - 9) та 10 практично здорових осіб – група 1 (чоловіків - 5 і жінок - 5). У 10 хворих ВХ перебігала без супровідної патології та ускладнень (група 2). У 10 пацієнтів захворювання супроводжувалося цукровим діабетом (група 3).

Судинно-ендотеліальну дисфункцію визначали за допомогою визначення чутливості плечової артерії до напруження зсуву на ендотелії. За допомогою ультразвуку високого розрешення (7 МГц) – кольорова доплерографія судин верхньої кінцівки, були виміряні діаметр плечової артерії та швидкість кровотоку в спокої та при реактивній гіперемії. Для оцінки ендотеліальної залежної вазодилатації розраховували зміну напруження зсуву та діаметра плечової артерії при реактивній гіперемії та чутливість артерії до напруження зсуву. Ендотеліально незалежну вазодилатацію для контролю перевіряли за допомогою прийому обстежуваним таблетки нітрогліцерину та виміру тих самих показників

Як свідчать результати наших досліджень ендотеліальної функції у хворих на ВХ, поєдану з ЦД, вихідне напруження зсуву 39 ± 2 дин/см² та напруження зсуву на реактивну гіперемію 53 ± 5 дин/см² істотно менше ($p < 0,05$), ніж у хворих на ВХ без супутньої патології (40 ± 2 дин/см² та 70 ± 6 дин/см² відповідно) та у здорових осіб (41 ± 2 дин/см² та 89 ± 7 дин/см² відповідно). Ці зміни підтверджують і показники коефіцієнта К (група 1 - $0,079 \pm 0,012$; група 2 - $0,05 \pm 0,012$; група 3 - $0,006 \pm 0,014$), який вказує на чутливість плечової артерії до напруження зсуву. Незважаючи на те, що ендотеліально незалежна дилатація (реакція судини на прийом нітрогліцерину) не страждала у жодній з груп, нами за допомогою ультразвуку високої роздільної здатності були виявлені порушення ендотеліальної залежної вазодилатації плечової артерії та зниження чутливості плечової артерії до напруження зсуву у хворих на виразкову хворобу і ще більш виражені порушення у хворих на ВХ, поєдану з ЦД.

Висновок: у хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК, поєдану з цукровим діабетом, перебіг є важчим, ніж у хворих на виразкову хворобу без супутньої патології та супроводжується вираженою судинно-ендотеліальною дисфункцією, що зумовлює необхідність розробки нових підходів до лікування поєднаної патології.

Телекі Я.М., Оліник О.Ю., Дрозд В.Ю.

АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ: ЗВ'ЯЗОК З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір Л.Д.)

Вступ. Згідно із сучасними поглядами ХОЗЛ це захворювання дихальних шляхів і легень, яке характеризується системними проявами у вигляді зниження трофологічного статусу, дисфункції скелетних м'язів, кардіоваскулярних ускладнень, остеопорозу, анемії, які вважаються проявом хронічної системної запальної відповіді. Наявність супутніх захворювань, в т.ч. хронічного панкреатиту (ХП) погіршує ситуацію та сприяє обтяженню перебігу поєднаної патології.

Метою нашого дослідження стало вивчення деяких маркерів запального процесу, а саме інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), фактора некрозу пухлин альфа (ФНПа), С-реактивного протеїну (СРП), а також продуктів окисної модифікації білків (ОМБ) у хворих на ХОЗЛ із супутнім хронічним панкреатитом (ХП) та їхній вплив на клінічні прояви поєднаних захворювань.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 27 осіб, що страждають ХОЗЛ, вони увійшли до I групи, 15 пацієнтів хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП (нестійка ремісія) - II група, III групу сформувало 10 здорових осіб репрезентативних за віком та статтю без порушень функції зовнішнього дихання.

Результати дослідження. У пацієнтів I та II груп виявлено підвищену концентрацію ІЛ-6 ($p < 0,05$), ФНПа ($p < 0,05$), СРП ($p < 0,05$) порівняно із групою здорових осіб. Щодо продуктів ОМБ, то цей показник також достовірно відрізнявся. Виявлено сильний кореляційний зв'язок між вмістом СРП і продуктами ОМБ ($r = 0,68$, $p < 0,05$). Проте, у пацієнтів II групи показники біомаркерів системного запалення були вищими порівняно з I групою ($p < 0,05$), що клінічно супроводжувалося інтенсивнішими проявами задишки, диспепсичним та інтоксикаційними синдромами, порушенням функції зовнішнього дихання, також вираженішими були психосоматичні розлади, які порушували якість життя хворих.

Висновок. Отже, підвищені рівні ІЛ-6, ФНПа, СРП у хворих засвідчують наявність системної відповіді на запальний процес у хворих на ХОЗЛ, та більшу активність її у хворих з наявністю хронічної патології підшлункової залози, що сприяє більш важкому перебігу захворювань та зниження показників якості життя. Неспроможність протиокисдантної системи довів підвищений рівень продуктів ОМБ, показник кореляції показав патогенетичний зв'язок біомаркерів системного запалення та оксидативної системи організму.

Захарчук Т.В., Каліновська К.М.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Антонів А.А.)

Діагноз соматоформної вегетативної дисфункції (СВД) передбачає вегетативну дисфункцію шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема розвиток різних типів дисфункції жовчного міхура (ДЖМ) та жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), які є надзвичайно поширеними функціональними захворюваннями біліарного тракту – зустрічаються у популяції із частотою від 5 до 20%, і, водночас, є предикторами розвитку хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) та жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). За останні 10 років в Україні захворюваність на ХНХ зросла на 35,2%.

Мета дослідження: дослідити зміни ланок системи згортання крові, протизгортаючої активності крові при поєднаному перебігу ХНХ та СВД.

Матеріал та методи дослідження. Для реалізації цієї мети обстежено 138 хворих на ХНХ із супровідною СВД. Залежно від варіанту перебігу СВД хворі на ХНХ були поділені на три групи: перша - хворі (31 особа) на ХНХ та СВД за гіпертензивним типом (ГіперТТ); друга - хворі на ХНХ із СВД за гіпотензивним типом (ГіпоТТ) (35 осіб) та третя - хворі на ХНХ із кардіальним неврозом (КН) (22 особи). Контрольну групу склали 30 ПЗО відповідного віку.

Результати дослідження. Дослідження вмісту фібриногену в крові свідчить, що у всіх хворих цей показник був вірогідно зниженим: хворих 1-ї групи – на 34,4%, 2-ї – на 48,8%, 3-ї – на 26,6% ($p_{1-3} < 0,05$). Зниження вмісту фібриногену в крові хворих на ХНХ із СВД свідчить або про недостатність синтезу I фактора зсідання крові у печінці (однак функціональний стан печінки знаходився у межах норми), або про активацію системи гемостазу у відповідь на запалення, що сприяє розвитку стану гіперкоагуляції, утворенню пристінкових мікротромбів та залученню значної кількості фібриногену у цей процес. При аналізі антикоагуляційного потенціалу крові встановлено зменшення активності АТІІІ у 1-й, 3-й групах хворих, із максимальним відсотком зниження у хворих 3-ї групи – відповідно на 21,3% та 29,7% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою ПЗО. Однак у хворих 1-ї групи зменшення активності АТІІІ було невірогідне ($p > 0,05$), а у пацієнтів 2-ї групи показник мав тенденцію до зростання ($p > 0,05$). АТІІІ є компонентом протизсідуючої системи та чинником, який одночасно забезпечує гальмування протеолізу та фібринолізу. СФА плазми крові у хворих 1-ї та 3-ї груп була вірогідно нижчою від контрольних показників: у 1-й групі – на 13,5%, у 3-й групі – на 31,8% ($p < 0,05$). Гальмування СФА у хворих 1-ї, 3-ї груп відбувалось внаслідок зниження ФФА: у хворих 1-ї групи показник був вірогідно нижчим за контрольні на 32,5%, у 3-й групі – на 66,7%, як у хворих 2-ї групи було зареєстровано незначне вірогідне пригнічення ФФА – на 16,7% ($p_{1-4} < 0,05$). Водночас, НФА у хворих усіх груп зростала, про що свідчить збільшення показника НФА у порівнянні з групою ПЗО відповідно на 1,4, 1,9 та 1,6, 1,6 рази ($p_{1-4} < 0,05$). Тобто у хворих 2-ї групи НФА набула компенсаторно максимальної інтенсивності ($p < 0,05$).

Результати дослідження чинників коагуляційного гемостазу у пацієнтів з ХНХ із СВД за ГіперТТ та КН вказують на тенденцію до формування гіперкоагуляційного синдрому.

Коломійчук Н.М., Горбатюк І.Б., Камінський М.І.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ РОЗУВАСТАТИНУ, МОСАПРИДУ ТА УРСОДЕЗОКСИХОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ ПРИ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Одним з найпоширеніших захворювань жовчного міхура (ЖМ) є його холестероз. У деяких випадках холестероз ЖМ розглядають як один з виявів ліпідного дистрес-синдрому, тобто комплексу захворювань, в основі патогенезу яких лежать гіперліпідемія і дисліпопротеїдемія. У зв'язку з цим, розробка ефективних методів консервативного лікування холестерозу ЖМ у поєднанні з ожирінням має важливе наукове і практичне завдання.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу розувастатину, мосаприду та урсодезоксихолієвої кислоти на перебіг хронічного холециститу та холестерозу жовчного міхура у хворих на ішемічну хворобу серця, кардіосклероз та ожиріння, на показники функціонального стану ендотелію, інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу, які є чинниками прогресування основного та коморбідних захворювань.

Для вивчення ефективності запропонованої схеми фармакотерапії були проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ІХС, кардіосклероз, ожиріння І-ІІ ступеня із хронічним холециститом (ХХ) у фазі загострення (30 осіб) та поєднанням ІХС, кардіосклерозу, ожиріння І-ІІ ступеня, ХХ та ХЗ ЖМ (30 осіб) із фоновою гіпокінетичною дисфункцією ЖМ. 1 група (контрольна) отримувала урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 г на ніч), гіполіпідемічний препарат аторвастатин (А) (10 мг 1 раз у день) та прокінетик домперидон (10 мг 3 рази на день). 2 група (основна) в якості порівняння отримувала розувастатин (Р) (крестор) (по 10 мг 1 раз на день), мосаприд (по 5 мг 3 рази на день) упродовж 1 місяця та УДХК (0,5 г на ніч).

У результаті проведених досліджень було встановлено, що підвищений до лікування вміст монооксиду нітрогену (NO) у хворих 1-ї групи знизився в 1,2 раза ($p < 0,05$), а у 2-й групі – у 2,2 раза ($p < 0,05$) та істотним було зниження активності індукцибельної NO-синтази (iNOS) у хворих обох груп: відповідно у 1,4 та 3,1 раза ($p < 0,05$). Наслідком оптимізації функціонального стану ендотелію було зменшення вмісту у крові вазоінтестинального пептиду (ВІП), який у хворих 1-ї групи зменшився вірогідно у 1,2 раза ($p < 0,05$), а у 2-й групі – у 1,6 раза ($p < 0,05$), що також ми відносимо на користь впливу Р.

Висновки. Розувастатин у комбінації з мосапридом та урсодезоксихолієвою кислотою на фоні базисної протизапальної та дезінтоксикаційної терапії хронічного холециститу у осіб із коморбідними ІХС, кардіосклерозом та ожирінням сприяють вірогідному зниженню інтенсивності запального процесу в жовчному міхурі, зворотному розвитку явищ холестерозу стінки ЖМ, потенціюють дію антибактеріальних препаратів, сприяють відновленню скоротливої функції ЖМ та тонуусу сфінктера Одді.

Міськова Н.Л., Мінтянська І.О., Бачук-Пониц Н.В.

ІМБИР У КЛІНІЧНІЙ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Бачук-Пониц Н.В.)

Імбир (Zingiber) належить до роду багаторічних трав'янистих рослин із родини імбирових (Zingiberaceae). Батьківщиною імбиру є Західна Індія, Південно-Східна Азія.

Батогранний спектр фармакологічних властивостей імбиру зумовлений хімічним складом його коренів та екстрактів із нього. Зокрема, в коренях імбиру виявлено численні діючі речовини, основними з яких є: ефірна олія, вміст якої становить 1–4,3%, лінолева, олеїнова, ніотинова кислоти, сесквітерпенові сполуки (гінгерол, гінгеролен, гінгеренон А, Б, цингерол, цингібєрен, в–бісаболон, магаоли, куркумен), флавоноїди, які посилюють секреторні процеси всіх травних залоз та мають жовчогінні властивості, а також аспарагін, кальцій, магній, марганець, залізо, фосфор, калій, натрій, вітамін С, А, В1, В2. Крім того, імбир містить у собі всі незамінні амінокислоти (триптофан, треонін, метіонін, фенілаланін, валін та ін.). Пізніше глибше було вивчено гепатопротекторні, жовчогінні властивості, встановлено легку послаблюючу, сечогінну дію імбиру. Засоби з імбиру підвищують тонус і збуджують перистальтику кишечника, особливо при гіпо-і атонічних явищах у пацієнтів старших вікових груп. Крім того, доведена здатність імбиру розширювати периферичні капіляри, знижувати агрегантні властивості тромбоцитів та покращувати реологічні властивості крові.

Отримані дані свідчать про доцільність подальшого вивчення механізмів терапевтичних властивостей імбиру з урахуванням індивідуальної чутливості пацієнтів, підбору адекватної терапевтичної дози та з позицій зростаючої з віком коморбідності системного характеру (серцево-судинна, травна системи, вікові атеросклеротичні ураження судин, хронічні латентні вогнища інфекції), які в кінцевому етапі призводять до значного погіршення якості життя.

Мандрик О.Є., Дрозд В.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕНСИВНОСТІ ФІБРОЗООУТВОРЕННЯ У ПЕЧІНЦІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Мандрик О.Є.)

Мета дослідження: Встановити особливості морфологічних маркерів фіброзу печінки при НАСГ, що розвинувся на тлі ожиріння I-II ступеня та ГХ II стадії.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих на НАСГ на тлі ожиріння I-II ступеня, у тому числі: 40 хворих на НАСГ (1-ша група) (20 хворих на НАСГ м'якої активності (1 група), 20 хворих на НАСГ помірної активності (16 група)); 40 хворих на НАСГ із коморбідною ГХ II ст. (2-га група) (20 хворих на НАСГ м'якої активності (2а група), 20 хворих на НАСГ помірної активності (2б група)). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі. Біопсія печінки виконана 20 хворим на НАСГ із супровідною ГХ II ст., 20 хворим на НАСГ із нормальним АТ. Біоптати печінки отримували шляхом черезшкірної чи лапароскопічної прицільної біопсії. Стадію фіброзу визначали за морфологічною класифікацією E.Brunt (2000) із обчисленням індексу фіброзу (ІФ).

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з отриманими результатами, серед обстежених хворих на НАСГ 1а групи нульова стадія фіброзу (F0) виявлялася у 60% пацієнтів, водночас у 40% пацієнтів реєстрували вірогідні фібротичні зміни (F1) у печінковій тканині. У хворих на НАСГ 1б групи F0 стадію було зареєстровано у 75% осіб, F1 – у 40%. Таким чином, у хворих на НАСГ на 20% частіше спостерігалася F1 стадія фіброзу.

У групі хворих на НАСГ 2а та 2б груп F0 стадія фіброзу спостерігалася в 10% осіб. F1 стадія зареєстрована у співвідношенні 50% до 55%, F2 – відповідно 20% та 20%, F3 стадія зареєстрована відповідно у 20% осіб 2а та 15% осіб 2б групи. F4 стадії у цього контингенту осіб не виявлено. Порівняльний аналіз розподілу обстежених хворих за стадіями фіброзу при НАСГ 2б групи показав максимальну частоту F2 та F3 (50% та 20%).

Висновок. У хворих на НАСГ встановлено наявність фібротичних змін у печінковій тканині, інтенсивність яких зростає за мірою збільшення ступеня активності неалкогольного стеатогепатиту, а також із приєднанням коморбідної ГХ II стадії. Ступінь розвитку та розповсюдження (площа) фібротичних змін у хворих на НАСГ із коморбідною ГХ II стадії та ожирінням перевищує такі в репрезентативних групах хворих на НАСГ без коморбідної ГХ.

Мандрик О.Є., Макевич В.І., Макевич Ю.І.

КЛІНІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИГЛІЦЕРИДІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Мандрик О.Є.)

Актуальність. У зв'язку з зростанням кількості хворих на гіпертонічну хворобу, ожиріння та гіперхолестеринемію виникла необхідність вивчити особливості перебігу неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у різних хворих.

Метою дослідження було з'ясування клінічних та патогенетичних особливостей перебігу НАСГ за коморбідності із ГХ II стадії у порівнянні з ізольованим перебігом НАСГ та вищим, ніж у популяції, рівнем тригліцеридів (ТГ).

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 120 хворих на НАСГ, з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням I ступеню (1 група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеню (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому. Середній вік пацієнтів склав 43,2±5,31 років, чоловіків було 50, жінок 70 осіб.

Результати. Аналізуючи показники рівня тригліцеридів обстежених хворих у 1а та 1в групах вміст ТГ був вищий від показника у ПЗО відповідно у 2,2 та 2,0 рази ($p < 0,05$), а також і від показника у 2а та 2в групах, де перевищення склало 1,9 та 1,7 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з ПЗО. Слід зазначити, що показники вмісту у крові ТГ та ЛПНГ у щільній взаємозалежності корелюють із показником інтенсивності стеатозу (ІС) (Стеатотест) – відповідно $r=0,75$ ($p < 0,05$), $r=0,69$ ($p < 0,05$). Так, ІС у хворих 1а та 1в груп – перевищували показник у ПЗО відповідно у 2,9 та 2,5 рази ($p < 0,05$), у той час, як у 2а та 2в групах – інтенсивність стеатозу була дещо нижчою і склала 2,3 та 1,9 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з ПЗО.

Висновок. Таким чином, за умови коморбідного перебігу НАСГ із ГХ та ожирінням встановлено вищу інтенсивність гіпер- та дисліпидемії за рахунок зростання у сироватці крові триацилгліцеролів та показника інтенсивності стеатозу печінки (за даними СтеатоТесту – у межах S1-S2) ($p < 0,05$), ніж при ізольованому перебігу НАСГ.

Мирзаева Д.А., Таирова З.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ И КОПРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСБАКТЕРИОЗА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины № 2

(научный руководитель - к.мед.н. Латипова В.Г.)

Цель исследования. Изучение клинических и копрологических признаков дисбактериоза у больных циррозом печени (ЦП) и его влияние на тяжесть течения основного заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 48 больных (29 мужчин, 19 женщин) в возрасте от 18 до 56 лет. Проявление дисбактериоза оценивалось с помощью клинико-лабораторных критериев: анализа крови, биохимических исследований, копрологических анализов (посев кала).

Результаты и их обсуждение. В наших исследованиях у 32 больных были выявлены клинические или копрологические признаки дисбактериоза, что составляет 66,6%. При выяснении анамнеза наиболее частыми факторами дисбактериоза являлись: ограниченная диета, эндогенная интоксикация, ферментопатия, авитаминоз и др., которые определяли тяжесть течения как цирроза печени так и дисбактериоза. Основными жалобами больных дисбактериозом являлись нарушение стула в виде чередования поносов и запоров или выделения небольшого количества кашицеобразных или жидких каловых масс со слизью, чувство неполного опорожнения кишечника. При дисбактериозе отчетливо проявлялись также симптомы мальдигестии и мальабсорбции. При копрологических исследованиях у 32 (66,6%) пациентов в кале обнаружено большое количество патогенной и условно патогенной флоры. В частности, при посеве кала из 32 у 12 (25%) больных обнаружены клебсиеллы, у 18 (37,5%) клебсиеллы и эшерихии, у 12 (25%) протеи и у 5 (10,4%) стафилококки. При копрологическом исследовании у 26 (54,1%) пациентов выявлена стеаторея, у 29 (60,4%) - креаторея, у 17 (35,4%) - амилорея, что соответствует жировой и бродильной диспепсии кишечника. При изучении жалоб больных с жировой и бродильной диспепсией наиболее частыми жалобами явились чувство тяжести и вздутие живота, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией.

Выводы. Таким образом, при циррозе печени изменениям подвергается весь пищеварительный тракт, что проявляется бродильной и углеводной диспепсией. Развиваются дисбактериоз и синдромы мальабсорбции и мальдигестии, что заметно влияет на тяжесть течения и прогноз заболевания. Из этого следует, что для полноценного и комплексного лечения больных с циррозом печени, наряду с основной терапией, обязательным является устранения дисбактериоза и назначение пре- и пробиотиков.

Хомік І.П., Онуфреїв О.Є., Гарасим З.С., Грещук А.М., Горбатюк І.Б.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОКІНОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МОТОРИКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ХОЛЕСТЕРОЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА ІЗ КОМОРБІДНИМИ ІХС ТА ОЖИРІННЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Актуальність. Важлива роль у розвитку та прогресуванні ХХ у хворих з надмірною масою тіла та ішемічною хворобою серця, окрім контамінації жовчного міхура бактеріями, належить системному асептичному запаленню, що найбільш виражено на тлі фонових моторно-евакуаторних розладів жовчовивідних шляхів: дисфункції ЖМ та сфінктера Одді. Серед численних факторів, що сприяють розвитку системного запалення, має місце підвищення секреції гормонів жирової тканини-адипоцитокінів: лептину, резистину, які, крім впливу на метаболічні процеси, є прозапальними, стимулюють систему факторів клітинного та гуморального імунітету, активують системну агресію активними формами кисню та нітрогену.

Мета. Провести аналіз показників цитокінової регуляції моторики ЖМ у хворих на ХХ та холестероз ЖМ із коморбідними ІХС та ожирінням.

Матеріали та методи. Було обстежено 76 хворих на ХХ у фазі загострення: 28 пацієнтів (1 гр.) на ХХ з ізолюваним перебігом, 48 хворих (2 гр.) на ХХ, холестероз ЖМ із супровідними ІХС, кардіосклерозом з СН I-II А ст. та ожирінням I-II ст. Контрольну групу склали 20 ПЗО відповідного віку. Для оцінки скоротливої здатності ЖМ виконували динамічне УСД з визначенням розмірів ЖМ, обчислювали скоротливу здатність ЖМ за КС ЖМ, ІС ЖМ. Вміст серотоніну, лептину, ВІП та фактора росту фібробластів у крові визначали методом ІФА.

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів показав, що вміст серотоніну в сироватці крові у хворих 2-ї групи був вірогідно нижчим як від показників у ПЗО-на 43,0% ($p<0,05$), так і від показників у хворих 1-ї групи порівняння ($p<0,05$), що, на нашу думку, вказувало на порушення процесів стимуляції серотонінових рецепторів, зосереджених у ШКТ, зниження скоротливої здатності ЖМ та розвитку запального процесу у ЖМ. При дослідженні лептину максимальні значення його вмісту були встановлені у хворих на ХХ та ожиріння (2 гр.) - перевищення значення у ПЗО у 5,4 раза ($p<0,05$), що вказувало на його безпосередню роль у процесах розвитку ожиріння та ХЗ ЖМ. Виходячи з даних результатів дослідження вмісту у сироватці крові ВІП та ФРФ, у хворих 2-ї групи до лікування спостерігалось вірогідне перевищення показників як у ПЗО, так і у хворих 1-ї групи порівняння - у 2,1 ($p<0,05$), що є ще одним аргументом, який свідчить на користь зниження показників скоротливої здатності ЖМ як при ХХ із коморбідною патологією, так і при ХЗ ЖМ на тлі ожиріння.

Висновки. Встановлені у ході проведених досліджень дефіцит у крові серотоніну, гіперпродукція ВІП, фактора росту фібробластів та лептину знаходяться у щільній кореляційній залежності із показниками скоротливої здатності ЖМ як при ХХ із коморбідною патологією, так і при холестерозі ЖМ на тлі ожиріння, тобто зазначені гормони сприяють релаксації непосмугованих м'язів ЖМ і послаблюють силу його скорочень за умов фонового ожиріння, причому ця залежність зростає за умов приєднання холестерозу ЖМ та зростання ІМТ.

Підручняк Д.Б., Коцаба О.М., Гасько Г.В., Юрчук Я.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір Л.Д.)

Важливість вивчення взаємозв'язку між ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки і хронічним обструктивним захворюванням легень визначається високою частотою їх одночасного перебігу, особливостями клінічної картини та необхідністю розробки комплексного лікування. На сьогодні хронічне обструктивне захворювання легень займає 4-те місце за частотою смертей у світі.

Обстежено 28 хворих на НР-негативні ЕВУШДПК (ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки) на тлі ХОЗЛ (I група), 17 хворих на ХОЗЛ без супровідної патології (II група), 22 хворих на НР-асоційовану пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, поєднану з ХОЗЛ (III група), 14 хворих на ПВ (пептичну виразку) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) (IV група) та 9 практично здорових осіб (ПЗО) - V група. Суттєвих розбіжностей за статтю та віком у обстежених хворих та ПЗО не було.

Функціональний стан ендотелію судин оцінювали за вмістом у плазмі крові стабільних метаболітів NO (нітритів, нітратів). Крім того, визначали вміст васкулоендотеліального фактора росту, прозапальних інтерлейкінів (ІЛ-1 β , ІЛ-6) та протизапальних (ІЛ-10) цитокінів у цитратній плазмі.

Аналіз результатів дослідження показав зростання, порівняно з показниками у ПЗО, вмісту судинно-ендотеліальний фактор росту (VEGF) у крові в I групі в 2,8 рази ($p < 0,001$), в II групі – в 2,2 рази ($p < 0,001$), в III групі – в 3,4 рази ($p < 0,001$), в IV групі - в 1,7 рази ($p < 0,001$). Водночас у всіх групах виявлено вірогідне ($p < 0,05$) зниження (відносно показників у ПЗО) вмісту NO на 50,5%; 30,4%; 61,6%; 44,7% відповідно. Встановлено, що зміни зазначених показників були найбільш вираженими за наявності НР-асоційованої ПВ шлунка та ДПК у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, вірогідно відрізняючись від аналогічних показників у I ($p < 0,05$) та IV групах ($p < 0,001$). Рівень VEGF і NO у пацієнтів з НР-негативними ЕВУШДПК на тлі ХОЗЛ, також достовірно ($p < 0,05$) відрізнявся від такого за відсутності супровідного ураження шлунка та ДПК на 21% та 28,8% відповідно.

При дослідженні вмісту цитокінів у сироватці крові встановлено, що концентрації ІЛ -1 β , ІЛ-6, ІЛ-10 були вищими від показників у ПЗО у хворих I групи – в 2,3; в 2,15; в 2,4 рази ($p < 0,001$), II групи – в 1,7 ($p < 0,01$); в 1,5; в 1,7 рази ($p < 0,001$), III групи – в 3,1; в 3,2; в 3,4 рази ($p < 0,001$); IV групи – в 1,9; в 1,7; в 2 рази ($p < 0,001$) відповідно.

Висновки. За умов супутнього ерозивно-виразкового ураження слизової оболонки шлунка та ДПК у хворих на ХОЗЛ під впливом гіпоксії спостерігається порушення функціонального стану ендотелію, що проявляється зменшенням вмісту монооксиду нітрогену в крові та зростанням рівня VEGF у крові з утворенням функціонально мало- або неактивних ендотеліоцитів, збільшення інтенсивності запального процесу, про що свідчить істотніше, ніж за відсутності ЕВУШДПК, зростання вмісту прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , ІЛ-6) на тлі більш вираженого компенсаторного збільшення рівня протизапального ІЛ-10 у плазмі крові.

Паранюк Н.І., Поважна Н.Р.

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Антонів А.А.)

Функціональні захворювання жовчовивідних шляхів є клінічним симптомокомплексом, що розвивається внаслідок моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та їх сфінктерного апарату без ознак органічного ураження і є найпоширенішою патологією серед уражень травної системи: посідають друге місце після хронічних гастритів та дуоденітів.

Мета дослідження: дослідити функціональний стан жовчного міхура у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) в залежності від особливостей перебігу соматоформної вегетативної дисфункції (СВД).

Матеріали та методи: Для реалізації цієї мети обстежено 138 хворих на ХНХ із супровідною СВД. Залежно від варіанту перебігу СВД хворі на ХНХ були поділені на три групи: перша - хворі (31 особа) на ХНХ та СВД за гіпертензивним типом (ГіперТТ); друга - хворі на ХНХ із СВД за гіпотензивним типом (ГіпоТТ) (35 осіб) та третя - хворі на ХНХ із кардіальним неврозом (КН) (22 особи). Діагноз ХНХ та його фазу встановлювали на підставі класичних клінічних симптомів, результатів інструментальних досліджень (УСГ ЖМ, холецистографія, багатомоментне 6-фазове ДЗ з мікроскопією, мікробіологічним та біохімічним дослідженням міхурової порції жовчі). Тип супровідної дискінезії ЖМ та дисфункції СО (біліарний чи панкреатичний) встановлювали за даними динамічної УСГ ЖМ із введенням подразника та даними 6-фазового ДЗ згідно з Римськими критеріями III (2006). Контрольну групу склали 30 ПЗО відповідного віку.

Результати досліджень: у пацієнтів з СВД за ГіпоТТ ХНХ супроводжується переважно гіперкінетичною дискінезією жовчного міхура (77%) і гіпертонічною дисфункцією сфінктера Одді біліарного типу (65%), а у хворих на СВД за ГіперТТ та КН – переважає гіпокінетичний тип дискінезії жовчного міхура (78%) у поєднанні при ГіперТТ – з гіпотонією сфінктера Одді, а при КН – з гіпертонусом сфінктера Одді за панкреатичним типом (57%).

Висновок: дані дослідження свідчать про взаємозв'язок між порушенням стану жовчного міхура у хворих на ХНХ та розвитком СВД.

Савченко М.О.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з дерматовенерологією

(науковий керівник - д.мед.н. Потяженко М.М.)

Актуальність проблеми. У 17-20% випадків безпосередньою причиною смерті хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) є серцева недостатність. У зв'язку із чим виникає необхідність комплексного вивчення стану серцево-судинної системи у хворих ХДЗП.

Мета: вивчити структурно-функціональний стан міокарду у хворих на хронічні гепатити (ХГ) та цироз печінки (ЦП) невірусної етіології.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 37 пацієнтів: 19 хворих на ХГ (51,4%) та 18 хворих на ЦП (48,6%). Середня тривалість захворювання склала $8,5 \pm 3,5$ років. Діагноз ХГ та ЦП встановлювали згідно існуючих протоколів у відповідності до вимог МКХ-Х. Для оцінки компенсаторної стадії цирозу використовували шкалу Child-Pugh. Структурно-функціональний стан міокарду оцінювався за даними ЕКГ та ЕхоКГ. Функціональний клас (ФК) серцевої недостатності за NYHA визначали за допомогою тесту із 6-хвилинною ходьбою. Статистичну обробку результатів проводили з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення. У 6 (31,6%) хворих було встановлено мінімальну ступінь активності ХГ, у 8 (42,1%) – помірну, у 5 (26,3%) – високу. Оцінюючи ступінь компенсації ЦП у 6 хворих (33,3%) встановлено клас А, у 7 (38,9%) – клас В, у 5 (27,8%) – клас С.

При проведенні тесту із 6-хвилинною ходьбою виявлено порушення толерантності до фізичного навантаження у 6 (31,6%) хворих на ХГ та 13 (72,2%) хворих на ЦП, причому ФК I за NYHA виявлено у 2 (25,0%) хворих на ХГ помірної активності, у 1 (20,0%) хворого на ХГ високої активності та у 2 (33,3%) хворих на ЦП класу А; ФК II за NYHA – у 3 (60,0%) хворих з високою активністю ХГ, у 4 (66,7%) хворих на ЦП класу А, у 3 (42,8%) хворих на ЦП класу В; ФК III за NYHA встановлено у 4 (57,1%) хворих на ЦП класу В та 2 (40,0%) хворих на ЦП класу С; ФК IV за NYHA – у 3 (60,0%) пацієнтів на ЦП класу С.

При аналізі ЕКГ були виявлені патологічні зміни у всіх обстежених хворих у вигляді порушення ритму, провідності, гіпоксичних змін.

Зміни геометрії лівого шлуночка спостерігалися у пацієнтів з високою та помірною активністю ХГ та в групі хворих на ЦП. Серед пацієнтів із ХГ було встановлено наявність концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у 6 хворих (31,6%), ексцентричної ГЛШ у 4 (21,1%). У 6 (31,6%) хворих на ХГ виявлена діастолічна дисфункція I типу. У групі хворих на ЦП концентричну ГЛШ було виявлено у 8 пацієнтів (44,4%), у 5 (27,8%) – ексцентричну ГЛШ. У 10 (55,5%) хворих на ЦП діагностована діастолічна дисфункція I типу, у 3 (16,6%) пацієнтів – систолічна дисфункція.

Висновки. У хворих на ХГ та ЦП спостерігаються структурно-функціональні зміни міокарду, які проявляються порушеннями ритму та провідності, зміною геометричних показників ЛШ, систолічною та діастолічною дисфункцією, та залежать від ступеня активності патологічного процесу в печінці.

Сарафінчан М.Ф.

АНАЛІЗ КОНЦЕНТРАЦІЇ ЛІПІДНИХ КОМПОНЕНТІВ ЖОВЧІ ПРИ ХОЛЕСТЕРОЗІ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Горбатюк І.Б.)

Одним з найпоширеніших метаболічних захворювань жовчного міхура (ЖМ) є його холестероз. У деяких випадках холестероз ЖМ розглядають як один з виявів ліпідного дистрес-синдрому.

Мета: дослідження показників ліпідного спектру жовчі як факторів ризику та прогресування хронічного холециститу та холестерозу жовчного міхура у хворих на хронічний холецистит із коморбідним метаболічним синдромом.

Матеріали та методи. Проведені дослідження у 48 хворих: 1 група – 30 хворих на хронічний холецистит (ХХ), холестероз ЖМ, ожиріння, 2 група – 18 хворих на ХХ, холестероз ЖМ із нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО).

Жовч отримували за допомогою багатомоментного 6-фазового дуоденального зондування за методикою В.А. Максимова. Серед біохімічних показників жовчі визначали ліпідний комплекс, вміст фосфоліпідів (ФЛ) за методикою V. Vaskovsky et al., холевой кислоти (ХК) за методом М. Ілька.

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень було встановлено, що вміст холестеролу у жовчі у 1-ї та 2-ї групах порівняння перевищував показник у ПЗО відповідно у 2,9 та 2,4 рази ($p < 0,05$). Вміст ХК у міхуровій жовчі хворих 1-ї та 2-ї груп був нижчим за показник ПЗО відповідно на 21,5% та 11,3% ($p < 0,05$). Водночас у обох групах порівняння відзначився істотним зниженнямolato-холестероловий коефіцієнт (ХХК) відповідно у 3,7 та 2,7 ($p < 0,05$) рази порівняно з ПЗО. Показник вмісту ФЛ також зазнав вірогідного зниження в обох групах – на 19,8% та 14,0% ($p < 0,05$) відповідно у порівнянні з ПЗО. Обчислення другого коефіцієнта літогенності жовчі – фосфоліпідно-холестеролового коефіцієнту (ФХК) – та його аналіз показав істотне вірогідне зниження у хворих 1-ї та 2-ї груп у 3,9 та 3,0 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з нормативними показниками ($p < 0,05$).

Висновки. Аналіз концентрації ліпідних компонентів жовчі у хворих на хронічний холецистит та ожиріння вказав на провідну патогенетичну роль дисліпідемії та гіперліпідемії в патогенезі холестерозу ЖМ. Зменшення коефіцієнтів літогенності жовчі – ХХК та ФХК – у хворих на хронічний холецистит та холестероз із супровідним ожирінням вказує на ризик розвитку холестеролових конкрементів у жовчному міхурі, який є особливо високим у пацієнтів із хронічним холециститом на тлі надмірної маси тіла.

Сафрук А.О., Чимпой К.А.

ПОКАЗНИКИ ПОРТАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА РІВНЯ ФАКТОРА ВІЛЛЕБРАНДА ЗА НАЯВНОСТІ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Паліброда Н.М.)

Актуальність. Анатомо-фізіологічний взаємозв'язок шлунка з печінкою обумовлює розвиток портальної гіпертензивної гастропатії (ПГГ) у 50-80%, ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) – у більш, ніж 30% хворих на цироз печінки (ЦП).

Мета дослідження – вивчення стану портального кровообігу та рівня фактора Віллебранда як маркера пошкодження ендотелію у виникненні уражень шлунка у хворих на ЦП.

Методи дослідження. Обстежено 29 хворих на ЦП: I група – хворі без уражень шлунка (8 осіб), II група – хворі з ПГГ (10 осіб), III група – хворі з ЕВУШ (11 осіб). Контрольна група – 10 практично здорових осіб. Досліджували рівень фактора Віллебранда в плазмі крові за допомогою імуноферментного аналізу. Доплерографічне дослідження кровотоку у ворітній вені проводили зранку натще, оцінювали індекс обструкції, який характеризує опір портальному кровотоку.

Результати дослідження. Індекс обструкції зростає у всіх хворих на ЦП та становить: I група – $0,055 \pm 0,005$, II група – $0,11 \pm 0,01$, III група – $0,22 \pm 0,02$ (контроль – $0,03 \pm 0,003$). Виявлено достовірне збільшення індексу обструкції у хворих на ЦП із супутнім ураженням шлунка, порівняно з контрольною групою та хворими I групи ($p < 0,05$). Рівень фактора Віллебранда зріс у всіх хворих на ЦП: у пацієнтів I групи – до $8,94 \pm 0,98$ МО/мл, II групи – до $15,60 \pm 1,85$ МО/мл, III групи – до $17,92 \pm 2,12$ МО/мл, із достовірною різницею з контролем ($p < 0,05$). Виявлено чітку тенденцію до зростання даного показника із прогресуванням уражень СОШ, із вірогідною різницею між показниками в I та III групах ($p < 0,05$). Відсутність достовірної різниці між рівнем фактора Віллебранда у пацієнтів II та III груп може свідчити про спільність патогенетичних особливостей таких уражень та, можливо, виснаження запасів фактора Віллебранда чи порушення його синтезу. Про роль пошкодження ендотелію у патогенезі розладів портального кровотоку при ЦП свідчить виявлений прямий кореляційний зв'язок між ФВ та ІО ($r = 0,71$, $p < 0,01$).

Таким чином, прогресування портальної гіпертензії та пошкодження ендотелію є взаємопов'язаними процесами, які сприяють поглибленню циркуляторно-гіпоксичних розладів у слизовій шлунка та відіграють патогенетичну роль у виникненні портальної гастропатії та ЕВУШ у хворих на ЦП.

Фочук М.Ю., Фочук Н.Ю.

КЛІНІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, ОЖИРІННЯМ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТ У ПОРІВНЯННІ ІЗ ІЗОЛЬОВАНИМ НАСГ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Мандрик О.Є.)

Метою дослідження було з'ясування клінічних та патогенетичних особливостей перебігу неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), толерантності до вуглеводів та інсулінорезистентності за коморбідності із ГХ II стадії у порівнянні з ізольованим перебігом НАСГ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 120 хворих на НАСГ: з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням I ступеня (1 група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому. Середній вік пацієнтів склав $43,2 \pm 5,31$ років, чоловіків було 50, жінок 70 осіб. Ступінь компенсації вуглеводного обміну встановлювали оцінюючи інтенсивність МС та ІР у групах порівняння. Рівень постпрандіальної глікемії та показника ІР – НОМА ІР у групах порівняння відрізнявся залежно від ступеня активності цитолітичного синдрому. У хворих 1а групи рівень глікемії через 2 год після навантаження глюкозою перевищував показник ПЗО на 16,7% ($p < 0,05$), 1в – на 25,3%, у той час як у хворих 2а групи вміст глюкози у крові перевищив показник у ПЗО на 32,7% ($p < 0,05$), 2в групи – на 43,3% ($p < 0,05$), що вказує на більш істотний рівень ІР із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). Вміст у крові HbA1c до лікування у хворих 2-ї групи також був вірогідно підвищений у межах 18,0-22,7% ($p < 0,05$), однак не досягав показників, які б свідчили за наявністю цукрового діабету, а у 1-й групі показник лише мав тенденцію до підвищення (10,0-14,3% $p > 0,05$). Вміст у крові інсуліну натще до лікування був вірогідно підвищеним в усіх групах спостереження, однак статистичної різниці показників у міжгруповому аспекті встановлено не було. Водночас, нами були зареєстровані вірогідні відмінності змін індексу ІР – НОМА ІР, який у хворих на НАСГ 2а групи перевищив показник у ПЗО у 3,2 рази, 2в групи – у 3,4 рази ($p < 0,05$) (табл. 1), а у хворих 1-ї групи – відповідно перевищив нормативні у 2,7 та 2,8 рази ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, коморбідний перебіг НАСГ із ожирінням та ГХ сприяє ранньому та більш інтенсивному розвитку порушення толерантності до вуглеводів, десенситизації інсулінових рецепторів та розвитку синдрому ІР, на відміну від НАСГ без ГХ.

Хомко Б.О., Паліброда Н.М.

ВПЛИВ ТРИОВІТУ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Чимпой К.А.)

Актуальність. Порушення функціонального стану ендотелію є важливою ланкою в патогенезі багатьох захворювань, в тому числі хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП). Отже, покращення функції ендотелію сприятиме не тільки оптимізації перебігу основного захворювання, а й функціонування різних органів і систем, зокрема оптимізації тиреоїдного гомеостазу.

Мета дослідження. Вивчити динаміку показників функціонального стану ендотелію та клітинної адгезії у хворих на ХДЗП на тлі застосування селеновмісного препарату триовіт.

Матеріал і методи. Обстежено 28 хворих на ХДЗП. Всі пацієнти були розподілені на дві групи. У першу групу (група порівняння) увійшло 12 хворих на ХДЗП, яким проводилася загальноприйнята терапія. Основну групу склали 16 пацієнтів із ХДЗП, які на тлі базисного лікування отримували триовіт по 2 капсули на день зранку та ввечері впродовж 1-го місяця.

Функціональний стан ендотелію оцінювали за вмістом метаболітів монооксиду нітрогену (NO) та кількістю десквамованих ендотеліальних клітин в крові. Отримані результати оброблені за допомогою програми Biostat із використанням t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження. Встановлено, що у хворих на ХДЗП рівень стабільних метаболітів NO в плазмі крові вірогідно зменшувався на 34,3% ($p < 0,001$), а кількість десквамованих ендотеліальних клітин у периферичній крові статистично значуще зросла у 1,8 рази ($p < 0,001$), що вказує на участь ендотеліозалежних механізмів у патогенезі ХДЗП.

Найбільш виражений ефект відновлення функціонального стану ендотелію спостерігався у пацієнтів, які отримували в складі комплексної терапії триовіт. Після комплексного лікування хворих на ХДЗП виявлено зростання вмісту стабільних метаболітів NO на 44,1% ($p < 0,001$) та на 31,3% ($p < 0,01$) – у хворих групи порівняння. Кількість десквамованих ендотеліоцитів у периферичній крові в основній групі зменшувалася на 29,1% ($p < 0,001$), в групі базисної терапії - на 19,7% ($p < 0,001$) після 1 місяця лікування.

Таким чином, застосування селеновмісного препарату триовіту у комплексному лікуванні хворих на ХДЗП усуває прояви ендотеліальної дисфункції, що підтверджується вірогідним зростанням вмісту NO в плазмі крові та зниженням показника ендотеліоцитемії.



Гігієна та екологія

Hygiene and Ecology

Wojciechowski M.

USAGE OF SUPPLEMENTS WITH LUTEIN AMONG THE SICK AND VULNERABLE TO ILLNESS OF AGE RELATED MACULAR DEGENERATION

Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland
Faculty of Public Health

(scientific advisor - Ph.D. Kucharska A.)

The aim of the study was to evaluate the use of supplements with lutein among the sick and vulnerable to illness of Age Related Macular Degeneration (AMD) and estimate the frequency of consumption of foods that are sources of lutein. The study used an original questionnaire. This included a group of 95 people – patients from the clinic of Ophthalmology of II Faculty of Medicine in Medical University of Warsaw. The inclusion criteria were identified by the doctor: patients with Age Related Macular Degeneration or belonging to a group of risk of the disease (age > 65 years, BMI - Body Mass Index > 25 kg/m², smoking). Nearly 80% of respondents used supplements with lutein. Most of the respondents for their selection of supplement was guided by the supervising doctor. Only a one third of the respondents declared intake of at least 2 foods rich in lutein per day. Spinach, which is one of the best natural sources of lutein was consumed rarely - 32% declared their intake of spinach for 2-3 times a month and 40% once a month or less. The study showed that the main source of knowledge and the selection criterion of lutein supplements was a medical command, but an important factor in the selection of the supplement were also a price. It seems that due to the low frequency of consumption of fruits and vegetables rich in lutein by people with and at risk of AMD, it would be beneficial to educate patients what products are good sources of lutein, and also in terms of more frequent consumption and a greater variety of these products. Due to the fact that the price was the second most important criterion for the selection of the supplement, doctors recommending the use of supplements should consider the financial status of the patient.

Вітюк М.В.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ КРОВІ ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна
загальної гігієни з екологією

(науковий керівник - асп. Скалецька Н.М.)

Актуальність. У сучасній практиці широко використовується біомоніторинг макро- і мікроелементів в організмі людини за їх вмістом у слині, зубному дентині, волоссі та крові. Підвищені чи знижені концентрації мікроелементів становлять загрозу для здоров'я людини, особливо дітей, і є не лише звичайним показником їх вмісту у доквіллі, а й індикатором впливу антропогенного навантаження на організм людини.

Метою нашого дослідження було визначення вмісту хімічних елементів у крові дітей (плазми) Львівської області які проживають на забрудненій території внаслідок гірничо-видобувної діяльності.

Матеріали і методи. У крові (плазмі) дітей віком 7–10 років методом рентген-флюоресцентного аналізу визначали есенціальні та токсичні елементи. Забір матеріалу проводили з дозволу батьків та дотримуючись усіх засад біоетики.

Результати. Виявлено, що у крові значної частини обстежених дітей зменшений вміст кальцію та міді, калію та селену. У плазмі 97,2 % обстежених дітей вміст цинку знаходився на рівні $0,24 \pm 0,2$ мкг/мл, що у 2,9 рази менше за нижній показник норми ($0,7-1,2$ мкг/мл). Кількість селену в межах показників інтервалу норми була лише у плазмі крові 27,8 % елементограм дітей. Середній показники вмісту селену є нижчим за нижній показник норми в 1,5 разу, що може свідчити про антиоксидантну недостатність крові обстежуваного контингенту дітей. Вміст калію знаходиться у межах норми лише у 19,4 % елементограм. Аналіз мікроелементограм на вміст токсичних елементів показав наявність у всіх зразках плазми крові свинцю, кадмію, ртуті та стронцію. Так, вміст стронцію спостерігався у 11,1% мікроелементограм обстежених дітей, свинцю – у 2,8 % елементограм. У плазмі 2,8 % обстежених дітей вміст стронцію перевищував умовну норму у 2,3 рази, що, ймовірно, пов'язано із зниженням рівня кальцію у крові.

Висновок. Отримані результати показали дисбаланс есенціальних мікроелементів у крові дітей, що може бути причиною формування у даного контингенту синдрому екологічної дезадаптації, а в подальшому – формування у них екологічно-зумовлених захворювань.

Йосипенко В.Р.

ПРИЧИНИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - викл. Візнюк І.Д.)

Однією з найактуальніших на сьогоднішній день є проблема вживання підлітками алкоголю. Згідно "Європейського опитування учнівської молоді про вживання алкоголю" приблизно 87% школярів 15-17 років хоч раз у житті спробували алкогольні напої. Більше 26% школярів вживають алкоголь 1-2 рази на місяць, 14% - 3-5 разів на місяць. 40% дітей віком 14-18 років схильні до систематичного вживання алкоголю (згідно зі статистикою ВООЗ).

До чинників, що сприяють вживанню алкоголю можна віднести: доступність, спад духовного та економічного стану суспільства, соціальні умови життя, "колективний чинник". Алкоголь - це отрута, яка найбільше вражає головний мозок. Молекули алкоголю з'єднується з ділянкою білково-калієвого каналу в головному мозку, сприяючи відкриттю цього каналу. Через відкритий канал іони калію виходять з нейронів у міжклітинний простір, що пригнічує активність нейронів головного мозку. Внаслідок насичення мозку алкоголем відбувається деградація розумових здібностей. Шкідлива дія алкоголю позначається, насамперед, на центрах уваги, пам'яті й самоконтролю. Серце змінює свій ритм, частоту скорочень, обмінні процеси в серцевому м'язі. Знижується захисна властивість крові, уповільнюється рух еритроцитів, погіршується властивість згортання крові.

Накопичення алкоголю в печінці призводить до цирозу, згубно впливає на стравохід і шлунок, порушуючи виділення і склад шлункового соку. Алкоголь негативно впливає і на репродуктивну систему. У хлопців це проявляється зменшенням секретії статевих залоз, зниженням активності сперматозоїдів, а при тривалому вживанні - безпліддям та імпотенцією. У дівчат виникають порушення циклів, жирове переродження яєчників, руйнація мембрани статевих клітин, що призводить до мутацій.

Шкода алкоголю доведена. При вживанні навіть малих доз підвищується ризик нещасних випадків: травм, автокатастроф, позбавлення працездатності, розпаду родини, втрати духовних потреб і вольових рис людиною.

Алкоголізм - велика соціальна і медична проблема, для вирішення якої кожен повинен прикласти максимум зусиль. Потрібно проводити різного роду санітарно-просвітницькі акції, які б доводили шкідливість алкоголю.

Липка В.Т., Андрієвська К.М., Пустовіт І.О.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО ВПЛИВУ ДИМЕТОАТУ ТА НІТРАТУ НАТРІЮ НА ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ ТА МАСУ ТІЛА У ТВАРИН З РІЗНИМИ ТИПАМИ АЦЕТИЛЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - викл. Коротун О.П.)

Актуальність. Біологічний ефект токсикантів залежить від активності біотрансформуючих ензимів, зокрема ацетилтрансфераз. Оцінка безпеки пестицидів за впливом на найбільш чутливих особин популяції є одним з пріоритетних завдань системи сучасного гігієнічного регламентування. При цьому однією з найбільш поширених груп пестицидів залишаються фосфорорганічні, зокрема диметоат. В реальних умовах нітрати та пестициди часто діють одночасно, тобто наявна їх комбінована дія на всі групи населення, характер якої з урахуванням маркерів схильності залишається, однак, недостатньо вивченим.

Мета дослідження: дати гігієнічну оцінку комбінованому впливу диметоату та нітрату натрію на масу тіла та поведінкові реакції щурів з різною швидкістю ацетилювання.

Матеріал і методи. Експеримент проводили на статевозрілих (віком 6 міс) щурах-самцях. Кількість тварин у статистичній групі становила 6-12. Усі втручання та забій тварин проводили з дотриманням вимог "Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та наукових цілей" (Страсбург, 18.03.1986 р.).

Токсиканти вводили внутрішньошлунково щоденно в пороговій дозі впродовж 28-ми днів. Тип ацетилювання попередньо визначали за допомогою амідопіринового тесту.

Результати дослідження. У тварин зі «швидким» типом ацетилювання приріст маси тіла починаючи з третього тижня сповільнився, і маса тіла дослідних тварин була вірогідно нижчою, ніж у групі контролю (на 6% на 21-й день та 11% на 28-й). Інтегральна поведінкова активність (ІПА) була пригнічена вже після першого тижня введення (на 52% стосовно контролю) і мала тенденцію до зниження в кінці експерименту (на 29% на 14-й, 27% на 24-й день введення та на 14% наприкінці експерименту).

У групі тварин із «повільним» типом ацетилювання маса була нижчою, ніж у групі контролю вже з першого тижня (на 11%) і до завершення експерименту (на 19% на 14-й, на 15% 21-й день та на 14% на 28-й день експерименту). ІПА була пригнічена вже після першого тижня введення (на 50% відносно контролю) і мала тенденцію до зниження в кінці експерименту (на 49% на 14-й, 27% на 24-й день введення та на 28% наприкінці експерименту).

Висновки. Комбінована дія диметоату та нітрату натрію на поведінкові реакції тварин та зміни маси тіла перебігала за типом антагонізму та менш, ніж адитивної дії. Таким чином, зміни маси тіла та поведінкових реакцій є важливими біомаркерами ефекту комбінованої дії диметоату та нітрату натрію у «швидких» і «повільних» ацетиляторів.

Гладкий С.І., Мельник Д.С., Іванчук О.В.

КОМП'ЮТЕР: ПОМІЧНИК У РОБОТІ ЧИ ЗАГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВ'Я?

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - викл. Ісфтода О.М.)

Актуальність. Сучасні інформаційні технології давно перестали бути атрибутом лише науково-технічної сфери та є невід'ємним компонентом у навчанні, спілкуванні та відпочинку сучасної молоді.

Метою роботи було проаналізувати ставлення до проблеми „комп'ютер – людина” серед студентів технічного та медичного напрямків, визначити рівень обізнаності студентської молоді щодо належного облаштування робочого місця та можливих негативних наслідків впливу персонального комп'ютера (ПК) на здоров'я.

Матеріал і методи. У дослідженні, яке проводилось анкетно-опитувальним методом, взяли добровільну участь 98 студентів 1-2-го курсів Чернівецького політехнічного коледжу (ЧПК) та Буковинського державного медичного університету (хлопці віком 16-18 років).

Результати дослідження. Дані анонімного анкетування, свідчать, що 75% опитаних обох навчальних закладів щодня проводять за ПК біля 3-6-ти годин на добу та вважають, що сучасні інформаційні технології дозволяють «набути знань і вмінь, які будуть корисними у багатьох професіях та сферах життя». 68% студентів-медиків та 46,4% студентів ЧПК використовують ПК переважно з навчальною метою, решта – витрачає більшість часу на спілкування у соцмережах та комп'ютерні ігри, переважно типу 3D-Action та Role-Playing Game. Незважаючи на те, що 70% респондентів відповіли, що знають про можливі негативні наслідки при роботі з ПК, лише 41% робить 5-10 хвилинну перерву після кожної години роботи, 31% користуються ПК уночі, 78% споживає їжу за робочим столом, 55% отримує підвищену дозу електромагнітного випромінювання, тримаючи ноутбук на колінах чи животі під час роботи, а 88% скаржаться на порушення зору, біль у спині, головний біль і розлади сну після тривалої роботи з ПК. Студенти-медики краще обізнані з можливими негативними наслідками впливу оргтехніки на здоров'я, ніж студенти ЧПК (78,5% проти 60%). Водночас, більшість студентів коледжу (67%) мають удома правильно обладнані робочі місця для роботи з ПК, а серед медиків таких лише 37%, причому 13% відповіли, що взагалі уперше дізналися про існування таких вимог.

Висновки. Більшість респондентів не дотримуються принципів безпечного користування ПК, що потребує підвищення рівня обізнаності студентської молоді щодо належного облаштування робочого місця та можливих негативних наслідків впливу ПК на здоров'я.

Мельник І.І., Бабій О.В., Дубінська О.А., Єрмощенко С.А.

ПРОБЛЕМА ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного

, Вінниця, Україна

спецлабораторних дисциплін

(науковий керівник - к.мед.н. Андрієвський І.Ю.)

Проблема ліквідації йододефіциту – одна з найактуальніших в охороні здоров'я населення України, передусім у дитячих колективах. В Україні дефіцит йоду спостерігається у 70% населення. Кількість пацієнтів з ознаками йододефіциту (ЙД) тільки серед дитячого населення за останні п'ять років збільшилась утричі. Головні соціальні наслідки ЙД - порушення репродуктивної функції жінок і зниження інтелектуального потенціалу населення. Вінницька область не вважається традиційно ендемічною за зобом і тяжким ЙД, а також не має статусу забрудненої внаслідок Чорнобильської аварії, але внаслідок свого географічного розташування ніколи і не була йодонасиченою, а частота випадків зобу мало відрізнялася від аналогічних середніх показників у країні.

Мета дослідження. Визначення йодного забезпечення і стану гіпофізарно-тиреоїдної системи серед студентів Вінницького медколеджу, а також впливу рівня йодування харчової солі на ефективність йодної профілактики (ІП).

Методи та матеріали дослідження. Методом випадкової вибірки було обстежено 60 осіб (16-19 років). Для оцінки ступеня важкості ЙД та ефективності профілактичних заходів визначали концентрацію йоду в сечі за допомогою набору «Йодтест»; стан гіпофізарно-тиреоїдної системи оцінювали за вмістом тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину (Т4), трийодтироніну (Т3), тиреоглобуліну та тиреопероксидази в сироватці крові методом хемілюмінесцентного імуноаналізу; вміст йоду в солі – титриметричним методом.

Результати дослідження. У процесі дослідження виявлений легкий ЙД у 28% обстежених, до початку ІП у студентів експериментальної групи середні показники ТТГ, Т3 та Т4, тиреоглобуліну та тиреопероксидази знаходились у межах референсних значень. По закінченні експерименту рівень ТТГ знизився на 8,9%, а рівень Т3 і Т4 підвищився на 4,7%. Показники стану гіпофізарно-тиреоїдної системи по закінченні експерименту у всіх студентів залишались в межах референсних значень.

Висновки. При вживанні солі з вмістом йоду 4015 мг на 1 кг сприяє нормалізації значень йодурії, не викликаючи передозування навіть при її нормальних показниках. ІП позитивно впливає на стан гіпофізарно-тиреоїдної системи та покращує деякі когнітивні функції студентів.

Резніков Ю.П.

ВПЛИВ СОНЯЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

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

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Бойко М.І.)

Сонце — центральне тіло сонячної системи, що являє собою розжарену газову кулю. Сонце є потужним джерелом енергії, завдяки якій на Землі існує життя. Вплив сонця на здоров'я людини було помічено ще в глибоку давнину. Саме тому протягом всієї історії людської цивілізації саме це світило було об'єктом поклоніння в багатьох культурах.

Сонячна активність (СА) — сукупність фізичних змін, які відбуваються на поверхні Сонця. Складається з факелів (ділянок з підвищеною яскравістю), плям (ділянок із зниженою яскравістю), протуберанців (підняття речовини над сонячною поверхнею), хроматосферних спалахів (короткочасних яскравих спалахів). СА - циклічний процес.

Сонячний цикл охоплює весь диск Сонця й може бути простежений за багатьма явищами у фотосфері, хромосфері й короні Сонця. Однак найбільш наочний прояв Сонячного циклу - зміна з періодом близько 11,2 років числа сонячних плям, що входять до складу активних областей.

Взаємодія частинок сонячного вітру, магнітного поля Сонця і магнітного поля Землі призводить до змін потоку заряджених частинок і електромагнітних полів навколо планети, що створює безпосередній зв'язок між зміною умов у космосі та станом здоров'я людей. Клініцисти давно помітили залежність між невідворотними коливаннями і перепадами метеорологічних факторів і збільшенням ризику виникнення ускладнень у пацієнтів з цілим рядом захворювань, серед яких і хвороба Паркінсона. В основі вивчення впливу зовнішньофакторних категорій атмосфери, які у комплексі складають погоду, лежить спостереження, оскільки дослідник нездатний видозмінювати атмосферні явища і, більше того, на собі відчуває їх впливи. Під метеолабільністю розуміють залежність самопочуття хворої чи здорової особи від чинників зовнішнього середовища. О.Л. Чижевський довів, що сонячна активність і магнітні бурі, що її супроводжують, активно впливають на здоров'я людей. Звичайно, не кожна людина може відчувати цей вплив, але частина чутливих людей і переважна більшість хворих людей є дуже сприйнятливими до цих впливів. Особливо сприйнятливими є люди, котрі страждали на хвороби нервової та серцево-судинної систем. На зміни умов у космосі, насамперед, реагує нервова система, яка, у свою чергу, порушує гормональну регуляцію, що й призводить до появи функціональних розладів.

Савчук В.О.

ПОТЕНЦІЙНА НЕБЕЗПЕКА ВПРОВАДЖЕННЯ БІОТЕХНОЛОГІЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - д.мед.н. Кушнір О.В.)

Як першочергове завдання перед біотехнологією у медичній галузі стоїть зниження собівартості виробництва фармацевтичної продукції, а також розробка і впровадження виробництва лікарських препаратів (інтерферонів, гормонів, антибіотиків, вакцин, моноклональних антитіл), які дозволяють здійснювати ранню діагностику та лікування інфекційних, серцево-судинних, онкологічних, спадкових захворювань.

За висновком робочої групи ВООЗ (1982), біотехнологія вважається безпечною галуззю промисловості, проте, наслідки її широкого впровадження можуть становити потенційну небезпеку, пов'язану з використанням нових мікроорганізмів і матеріалів, властивості яких ще недостатньо вивчені. Небезпеку такого роду можуть становити мікроорганізми, з якими відбулися мутаційні зміни, і особливо, ревертовані мутанти деяких вакцинних штамів. Потенційна небезпека живих вакцин може бути пов'язана з виникненням незапланованих властивостей у штама-реципієнта або у звичайних мікроорганізмів, що населяють кишечник, якщо вакцина буде вводиться перорально і відбудеться генетичний обмін. Найбільш потенційно небезпечними є продукти генетичної інженерії – рекомбіновані ДНК і трансформовані мікроорганізми, властивості яких важко прогнозувати. Безпосередня небезпека в галузі медичної біотехнології асоціюється з впливом на організм людини небезпечних для його здоров'я біологічних агентів, що веде до розвитку захворювань персоналу, який працює безпосередньо з патогенним матеріалом. Реалізація несприятливих наслідків для людини може також відбуватись опосередковано – в результаті потрапляння продуктів біотехнологічної діяльності або самих мікроорганізмів у навколишнє середовище та впливу на нього. Наслідками неконтрольованого поширення таких матеріалів можуть бути порушення сформованих природних біоценозів; підвищення вірулентності мікроорганізмів та збільшення кількості антибіотикорезистентних штамів; поширення захворювань рослин і тварин тощо.

Звести до мінімуму вищевказані небезпеки можна шляхом дотримання правил техніки безпеки та принципів біоетики під час робіт у цій галузі, враховуючи, що рівень безпечності продуктів біотехнології для організму людини повинен бути не нижчим, ніж вплив аналогічного продукту, отриманого за традиційними технологіями. Тому, потрібен професійний нагляд фахівців за використанням біотехнологій, для того щоб вони приносили найбільшу користь суспільству.

Сидорчук А.Р., Іринчина К.А.

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА AGTR1 ТА ВАЖКІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЯК ЕНДОГЕННІ ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСБІОЗУ КИШЕЧНИКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О.В.)

Вступ. На сучасному етапі розвитку медичної науки актуальними є епідеміологічні дослідження щодо оцінки ризику, асоційованого з певним генотипом, однак відсутні відомості про генетичну предрисповищеність порушень кишкового мікробіоценозу на фоні есенційної артеріальної гіпертензії (ЕАГ).

Мета дослідження: оцінити ризик появи тяжких ступенів дисбактеріозу кишечника (ДК) у хворих на ЕАГ залежно від індивідуального генотипу з урахуванням А1166С поліморфізму гена рецепторів першого типу ангіотензину II (AGTR1) та важкості ЕАГ.

Матеріал і методи. Обстежено 104 хворих на ЕАГ I-III стадій тяжкості (48,1% жінок і 51,9% чоловіків) від помірного до вкрай високого кардіоваскулярного ризику з використанням епідеміологічних, загальноклінічних, генетичних, мікробіологічних, статистично-аналітичних методів досліджень.

Результати дослідження. У 64,3% хворих на ЕАГ I стадії та у 95,5% пацієнтів із ЕАГ II і III стадій спостерігали змінений видовий склад порожнинної мікрофлори кишечника. Епідеміологічний аналіз ризику появи тяжких ступенів дисбіозу товстої кишки з урахуванням А1166С поліморфізму гена AGTR1 засвідчив вірогідно найнижчу ймовірність появи легких ступенів дисбіотичних порушень порожнини товстої кишки у власників АС-генотипу (OR=0,04 і OR=0,10, 95%CI OR=0,04-0,44, p=0,003-0,002) із пограничним значенням для носіїв СС-генотипу гена AGTR1 (OR=0,11, 95%CI OR=0,01-1,13, p=0,051). При цьому, саме носійство С-алеля є чинником ризику появи III ступеня ДК (OR=9,18 і OR=24,0, 95%CI OR=1,82-207,0, p=0,003-0,002). Епідеміологічний аналіз ризику появи дисбіозу товстої кишки у хворих на ЕАГ з ураженням органів-мішеней і виникненням ускладнень (II і III стадії) засвідчив вірогідно низьку ймовірність появи у них дисбіозу I і II ступенів (OR=0,08-0,17, 95%CI OR=0,01-0,64, p=0,01-0,001) зі зростанням ризику виникнення дисбіозу III ступеня до 4,83 і 3,65 рази (OR=13,4 і OR=6,52, 95%CI=1,32-68,6, p=0,0004 і p=0,012, відповідно).

Висновки. Наявність С-алеля гена AGTR1 в індивідуальному генотипі хворих на ЕАГ дозволяє відносити даних пацієнтів до групи високого ризику важких дисбіотичних порушень. Артеріальна гіпертензія II і III стадій збільшує ризик розвитку дисбіозу III ступеня у 4,83 і 3,65 рази відповідно.

Стецик Ю.Р., Тимчук Ю.Ю., Боданюк О.А., Фундюр Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ СПОЖИВАННЯ ПИТНОЇ ВОДИ СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Фундюр Н.М.)

Актуальність. Вода є необхідною складовою всього живого на Землі. Загальний вміст води в організмі людини складає близько 65%, зокрема у скелетній тканині – 99%, у плазмі крові та лімфі – 93-94%, у нирках – 83%, легенях – 79%, м'язовій тканині – 75%. Тому важливим є вживання доброякісної питної води.

Відомо, що якість води залежить від джерела її отримання, способу добування, застосованих методів обробки, особливостей тари, терміну та умов зберігання.

Метою роботи було вивчити особливості культури споживання питної води студентською молоддю.

Матеріал і методи. Дослідження проводились анкетно-опитувальним методом серед 85 студентів-добровольців 3-го курсу медичних факультетів №№ 1, 2 БДМУ.

Результати дослідження. Дані анонімного анкетування свідчать, що більшість студентів (71%) споживають 1,5-2 л води на добу, хоча загальний рекомендований об'єм рідини складає 1-1,2 л (включає, окрім питної води, інші напої, рідкі страви, воду як складову харчових продуктів).

Перевагу мінеральним газуваним водам надають 58% студентів, мінеральним негазованим – 22%, солодким газуваним та негазованим водам – 20%. При цьому 60% споживачів негазованих вод не знають, що така вода може містити антибіотики у якості консервантів.

Солодкі газувані води вживають щодня 35% респондентів, 45% – 1-2 рази на тиждень. Солодкі води можуть містити харчові добавки (барвники, ароматизатори, підсолоджувачі, консерванти). Але, 44% споживачів не знають про можливий негативний вплив вказаних компонентів на здоров'я (алергенна та канцерогенна дія, підвищення рівня холестеролу в крові, сприяння розвитку захворювань шкіри, шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок).

Скляна тара є кращою за пластикову, з якої у воду можуть мігрувати токсичні речовини (пластифікатори – похідні фталевої й ортофосфатної кислот, стабілізатори – аміни й феноли, каталізатори – солі й оксиди важких металів, залишки вихідних мономерів – фенолу, формальдегіду, капролактаму, стиролу, етилентерефталату). Цей процес активізується при вживанні із полімерних склянок гарячих напоїв (чаю, кави). Однак більшість студентів надають перевагу саме пластиковій тарі.

Висновки. Недостатня обізнаність молодих людей в питаннях культури споживання питної води може призвести до негативних змін у стані їх здоров'я.

Цуманець І.О., Шкрібляк У.В.

ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ – ВИБІР МІЖ «СМАЧНО» ТА «КОРИСНО»

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О.В.)

Актуальність. Відомо, що тривалість та якість життя визначаються способом життя у молодому віці. За даними європейського бюро ВООЗ, на лікування хвороб, пов'язаних з раціоном та режимом харчування, витрачається 30% бюджету національних служб охорони здоров'я, а вітчизняні дослідники (Пересічний М.С., Карпенко П.О., 2011) відзначають зростання захворюваності серед студентів, яке значною мірою обумовлене незбалансованим харчовим раціоном та порушенням режиму харчування.

Метою роботи було проаналізувати рівень обізнаності студентської молоді щодо принципів здорового харчування, тенденції щодо їх дотримання у повсякденному режимі навчання, а також інформованість щодо можливих аліментарних ризиків.

Матеріал і методи. У дослідженні, яке проводилось анкетно-опитувальним методом, взяли добровільну участь 110 студентів 3-го курсу лікувального та фармацевтичного факультетів БДМУ.

Результати дослідження. Дані анонімного анкетування свідчать, що усім респондентам відомі принципи раціонального харчування, однак лише 30% з них вважають своє харчування раціональним, а 78,8% - не дотримуються режиму харчування. При виборі продуктів харчування 59,05% опитаних, у першу чергу, звертають увагу на термін придатності і вартість продукту, 25,5% - на привабливий зовнішній вигляд та калорійність і лише 15,45% цікавляться його складом. Попри те, що 86,37% вважають їжу "швидкого приготування" шкідливою для здоров'я, 72,53% опитуваних відвідують заклади, де продається фаст-фуд, і лише 58,2% знають про можливі негативні наслідки такого харчування (ожиріння, захворювання травного тракту, атеросклероз). Усі респонденти знають про те, що харчові продукти можуть містити шкідливі для здоров'я речовини, однак 71,2% не змогли конкретизувати, у яких продуктах містяться трансжири, підсилювачі смаку та підсолоджувачі, чим саме вони шкідливі. 63,7% опитаних регулярно споживають кондитерські вироби (3-7 разів на тиждень), при чому до надмірного споживання солодоців більш схильні дівчата (58,1%), тоді як хлопці більш люблять хот-доги, сандвічі (56,4%).

Висновки. Більшість респондентів не дотримуються принципів раціонального харчування, а недостатня обізнаність молоді щодо можливих негативних ефектів споживання окремих харчових продуктів, спонукає робити невірний вибір між «смачно» та «корисно».

Цуманець І.О., Шкрібляк У.В.

ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ – ВИБІР МІЖ «СМАЧНО» ТА «КОРИСНО»

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О.В.)

Актуальність. Відомо, що тривалість та якість життя визначаються способом життя у молодому віці. За даними європейського бюро ВООЗ, на лікування хвороб, пов'язаних із раціоном та режимом харчування, витрачається 30% бюджету національних служб охорони здоров'я, а вітчизняні дослідники (Пересічний М.С., Карпенко П.О., 2011) відзначають зростання захворюваності серед студентів, яке значною мірою обумовлене незбалансованим харчовим раціоном та порушенням режиму харчування.

Метою роботи було проаналізувати рівень обізнаності студентської молоді щодо принципів здорового харчування, тенденції щодо їх дотримання у повсякденному режимі навчання, а також інформованість щодо можливих аліментарних ризиків.

Матеріал і методи. У дослідженні, яке проводилось анкетно-опитувальним методом, взяли добровільну участь 110 студентів 3-го курсу лікувального та фармацевтичного факультетів БДМУ.

Результати дослідження. Дані анонімного анкетування свідчать, що усім респондентам відомі принципи раціонального харчування, однак лише 30% з них вважають своє харчування раціональним, а 78,8% не дотримуються режиму харчування. При виборі продуктів харчування 59,1% опитаних у першу чергу звертають увагу на термін придатності і вартість продукту, 25,5% - на привабливий зовнішній вигляд і калорійність і лише 15,5% цікавляться його складом. Попри те, що 86,4% вважають їжу «швидкого приготування» шкідливою для здоров'я, 72,5% опитаних відвідують заклади, де продається фаст-фуд, і лише 58,2% знають про можливі негативні наслідки такого харчування (ожиріння, захворювання травного тракту, атеросклероз). Усі респонденти знають про те, що харчові продукти можуть містити шкідливі для здоров'я речовини, однак 71,2% не змогли конкретизувати, у яких продуктах містяться трансжири, підсилювачі смаку та підсолоджувачі, чим саме вони шкідливі. 63,7% опитаних регулярно споживають кондитерські вироби (3-7 разів на тиждень), причому до надмірного споживання солодоців більш схильні дівчата (58,1%), тоді як хлопці більше люблять хот-доги, сандвічі (56,4%).

Висновки. Більшість респондентів не дотримуються принципів раціонального харчування, а недостатня обізнаність молоді щодо можливих негативних ефектів споживання окремих харчових продуктів, спонукає робити невірний вибір між «смачно» та «корисно».

Чура О.В., Калакайло А.В., Гураль М.М.

МОНІТОРИНГ ВЖИВАННЯ ЧІПСІВ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ

Чортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна,
циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки
(*науковий керівник - викл. Доскоч О.Р. викл. Солоденко Т.А.*)

Здорова людина - це така людина, яка життєрадісно й охоче виконує обов'язки, покладені на неї життям, і повністю реалізує свої фізичні й розумові здібності. Наше здоров'я на 50 % залежить від способу життя. Найважливіше при здоровому способі життя - це харчування. Правильне харчування! Чортківців зацікавила ця тема тому, що їжа - це єдина видима частина навколишнього світу, яку людина щодня робить "частиною себе".

Мета дослідження: з'ясувати, як харчуються студенти медичного коледжу, провести моніторинг вживання чіпсів студентами коледжу, виявити знання студентів про їх негативний вплив та інформувати про можливі наслідки для здоров'я, з надією, що зросте мотивація молодих людей до вживання натуральних продуктів харчування для покращення показників здоров'я.

Зі 104 опитаних, лише 20% студентів харчуються у їдальні повноцінною гарячою їжею, яка необхідна організму. Інші студенти голодними не залишаються, вони обирають швидку їжу: 56% обідають хот-догами і піццями, 5% з'їдають яблуко, 13% - булочки та іншу випічку, а 11% студентів обід замінюють чіпсами.

На запитання про те, на що звертають увагу наші студенти при покупці продуктів харчування, 75% студентів на першому місці поставили ціну, 16% - термін придатності, 9% - товарний вигляд, і тільки 4% студентів, купуючи продукти, звертають увагу на їх склад і вміст харчових добавок.

Проаналізувавши інформацію про небезпеку чіпсів, ми запропонували нашим респондентам відповісти на такі запитання:

Чи любите ви чіпси? Як часто їх вживаєте?

Чи усвідомлюєте ви, яку шкоду завдають чіпси вашому організму?

Аналіз анкетування показав, що кожен студент пробував чіпси, 69% студентів вживають чіпси щодня, 5% - підкреслили, що чіпси повинні бути з великою кількістю спецій, у цьому весь смак, 29% - відповіли, що чіпси не допомагають втамувати відчуття голоду і після їх вживання відчувають дискомфорт і біль у шлунку, але відмовляться від такої смакоти не мають бажання, хіба що під час вагітності. Проте, 5% студентів відзначили, що відмовились від вживання чіпсів, після того, як дізнались про їх шкідливість.

Усі студенти розуміють, яку шкоду завдають чіпси організму: 99% вважають, що ласування чіпсами приведе до розвитку гастриту, 15% - до виразкової хвороби, 12% - до раку шлунка, 10% - до ожиріння, 5% - до безпліддя, 2% - до захворювань ЦНС, 1% - до захворювань печінки і алергій.

У процесі дослідження ми виявили, що сучасна людина кожного дня стикається з великою кількістю небезпек у їжі, про які вона навіть не замислюється. Варто більше вживати фруктів і овочів, продуктів, наповнених корисними для нашого організму речовинами.

Як говорив Гіппократ, їжа повинна бути нашими ліками, а не ліки їжею. Від нас самих залежить, що ми оберемо - шлях до здоров'я чи навпаки - шлях від здоров'я.



Дерматологія та венерологія

Dermatology and Venereology

Гулей Л.О., Бобик М.П.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ТОПІЧНИХ ЗАСОБІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРІАЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дерматовенерології*(науковий керівник - д.мед.н. Денисенко О.І.)*

Актуальність проблеми удосконалення лікування псоріазу визначається значною поширеністю дерматозу (8%-15% у структурі патології шкіри), схильністю до поширеного ураження шкіри, резистентністю до стандартних методів терапії, що є причиною тривалої непрацездатності та зниження якості життя пацієнтів.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на псоріаз шляхом застосування в їх комплексній терапії сучасного комбінованого топічного засобу.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням перебували 35 хворих на псоріаз (18 чоловіків і 17 жінок віком від 18 до 70 років) з тривалістю дерматозу 2-29 років. У процесі лікування 20 хворим (основна група) на тлі базового лікування псоріазу зовнішньо призначали комбінований стероїдно-кератолітичний топічний засіб – мазь “Молескін С”, що містить мометазону фуруоат (виявляє протизапальну, протисвербіжну й вазоконстрикторну дію, є інгібітором продукції цитокінів ІЛ-1, ІЛ-6 і ФНП- α), та кислоту саліцилову (яка сприяє злущуванню рогового шару шкіри та покращує проникнення мометазону фуруоата в шкіру), яку наносили на ділянки ураження шкіри один раз на день упродовж двох тижнів, решта 15 осіб (порівняльна група) отримали інший топічний препарат.

Результати дослідження. У всіх 35 хворих на псоріаз патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 26 осіб діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, у 9 – стаціонарну. Середнє значення індексу PASI (індекс ураження шкіри й тяжкості псоріатичного процесу) в обстежених хворих на початку лікування склав $23,9 \pm 0,73$. За даними клінічних спостережень, у 16 хворих на псоріаз основної групи уже на 4-5-й день після нанесення мазі “Молескін С” зменшилося відчуття свербіжності, на 8-10-й день – зменшилися прояви гіперемії та інфільтрації в ділянці висипки. Наприкінці лікування відзначено зменшення показника індексу PASI у хворих на псоріаз основної групи на 75,2%, в той час як у хворих групи порівняння – лише на 62,5%.

Висновок. Застосування у комплексному лікуванні псоріазу сучасного топічного комбінованого стероїдно-кератолітичного засобу “Молескін С” сприяє більш швидкому регресу клінічних проявів дерматозу та клінічному одужанню хворих, а також відповідає сучасним вимогам щодо комплаєнтності лікарських засобів.

Кадельник Л.О.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО АЛЕРГОДЕРМАТОЗУ ТА ІНВАЗІЇ LAMBLIA INTESTINALIS

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна
КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ ПАРАЗИТОЛОГІЇ ТА ТРОПІЧНИХ ХВОРОБ*(науковий керівник - д.мед.н. Бодня К.І.)*

При дослідженні особливостей клінічного перебігу хронічних алергодерматозів (ХА) на тлі лямбліозної інвазії спостерігається посилення свербіжності і поява нових висипань у нічний час, частіше відбувається хронізація процесу. Базисна терапія ХА, асоційованих з лямбліозом, виявилася малоефективною: у 47,6% хворих - без позитивної динаміки, у 36,9% - спостерігалось погіршення стану з посиленням свербіння і появою свіжих висипань (у пацієнтів без супутнього паразитозу позитивний результат лікування відзначений у 80,4% осіб). Резистентність до базисної терапії, особливо у випадках вираженої хронозалежності, стала показом для додаткового обстеження хворих на наявність супутнього лямбліозу. Лямбліоз підтверджували паразитологічними дослідженнями фекалій, за показами - жовчі. Встановлено обтяжливий вплив лямбліозу на клінічний перебіг ХА, що характеризується переважанням тяжких і хронічних форм. Частота виявлення лямблій при першому дослідженні фекалій хворих на ХА на фоні прийому ентеросорбентів досягала 30%, а у хворих, які уникали прийому ентеросорбентів протягом 5-7 днів перед обстеженням лямблій виявляли у 91% хворих ($P < 0,001$). У хворих на ХА на тлі лямбліозу і без нього встановлено зниження ($P < 0,01$) у крові відсотка CD3 (відповідно $46,49 \pm 0,48$ проти $65,20 \pm 4,80$ в контрольній групі); показники CD8 ($13,28 \pm 0,21$ проти $20,70 \pm 2,10$) були нижчими ($P < 0,05$) на тлі супутнього паразитозу. Спостерігалось підвищення імунорегуляторного індексу ($2,51 \pm 0,39$ проти $1,89 \pm 0,03$ в контрольній групі). У хворих на лямбліоз без патології шкіри відсоток CD3, CD8 та CD4 був менший за норму, не відрізняючись від показників у пацієнтів з ХА. Уміст IgE в сироватці крові пацієнтів з дерматозами на тлі лямбліозу був більш значимим ($129,51 \pm 10,52$), ніж у здорових ($75,00 \pm 5,00$ од/мл, $P < 0,01$), і більшим, ніж у пацієнтів з ХА без супутнього лямбліозу ($70,16 \pm 7,68$ од/мл, $P < 0,01$). Кількісні зміни IgA, IgM, IgG і ЦІК у хворих на ХА не залежали від наявності супутньої паразитарної інвазії. Комплексне лікування хворих на ХА на тлі лямбліозу з хронодетермінованим призначенням протистоцидних препаратів похідних орнідазолу забезпечило клінічне одужання 88,3% хворих проти 19,2% - без такої терапії ($P < 0,001$), поліпшення стану клітинної ланки імунітету, зокрема підвищення відносних і абсолютних показників CD3 ($P < 0,01$). Показники кількості CD4, CD8 та CD16 наблизилися до рівня норми.

Таким чином, встановлено посилюючий негативний вплив лямбліозної паразитарної інвазії на клінічний перебіг хронічних алергодерматозів, що характеризується переважанням тяжких і хронічних форм. При лікуванні хворих на хронічні дерматози алергічного генезу на тлі лямбліозної інвазії необхідно удосконалити діагностику супутнього паразитозу і включати до комплексної терапії протипаразитарні препарати (орнідазол або його похідні).

Ревенко Ж.А., Бігунець В.С.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО І ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна
КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ ПАРАЗИТОЛОГІЇ ТА ТРОПІЧНИХ ХВОРОБ

(науковий керівник - д.мед.н. Бодня К.І.)

Досліджували показники клітинного і гуморального імунітету хворих на демодекоз у фазі загострення захворювання. Проведено обстеження імунологічних реакцій 109 хворих на демодекоз у віці від 20 до 60 років. Обстежені хворі були розділені на 2 групи: до 1-ої групи були віднесені хворі без проявів функціональних порушень з боку гепато-біліарної системи, а в 2-у - хворі з дисфункцією печінки (ДП).

Мета роботи. Визначити зміни показників клітинного та гуморального імунітету хворих на демодекоз, що розвиваються у відповідь на інвазію.

Результати дослідження. Дослідження гуморального імунітету показали, що концентрація імуноглобулінів (Ig) основних трьох класів (А, М і G) у хворих на демодекоз змінювалася по-різному. Це узгоджується і з частотою змінності рівня Ig в порівнянні з нормою. Концентрація Ig А частіше була підвищена, а Ig М і Ig G – знаходилася в межах норми. Сумарний вміст зазначених Ig був нижче норми ($p \geq 0,05$). Змінювалося відсоткове співвідношення рівня Ig. При цьому співвідношення Ig G/Ig А у хворих більш, ніж в 2 рази було нижче норми. Виявлені зміни свідчать про дисбаланс сироваткових Ig, що може бути однією з ознак імунодепресії. У розвитку та реалізації імунної відповіді відбувається серія складних взаємодій між клітинами – Т- і В-лімфоцитами та іншими імунологічними показниками, що забезпечують різноманітну імунну відповідь. Для виявлення змін взаємозв'язків показників клітинного та гуморального імунітету у хворих на демодекоз була проведена оцінка інфраструктури комплексу кореляцій між досліджуваними показниками. Встановлено, що для інфраструктури імунних показників контрольної групи характерна наявність 16 сильних зв'язків з коефіцієнтом кореляції більш 0,54 і 7 помірних зв'язків з коефіцієнтом більше 0,42 і менше 0,54. У хворих 1-ї групи до лікування було виявлено всього 6 сильних і 5 помірних зв'язків. При цьому з 11 достовірно корелюючих пар, лише 7 були такі ж, як в контрольній групі, а 4 були "новими". У хворих 2-ї групи було всього 6 достовірно корелюючих пар.

Висновок. Результати дослідження клітинного імунітету дозволяють зробити висновок, що при демодекозі відбуваються зміни вмісту в крові лімфоцитів і їх активності, змінюється співвідношення Т- і В-лімфоцитів. Ступінь і частота порушень імунітету були вище у хворих з ДП: частіше спостерігалось зниження числа лімфоцитів, активності Т- лімфоцитів, пригнічення реакції гальмування лейкоцитів. Результати кореляційного аналізу показали, що в розвитку та реалізації імунної відповіді на демодекоз відбувається складна перебудова взаємодії між Т- і В-системами імунітету, яка забезпечує нову інтеграцію імунних процесів, що відображає взаємодії показників імунної системи.

Ревенко Ж.А., Коновалець І.В., Головач Т.О.

ПЕРЕВАГИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна
КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ ПАРАЗИТОЛОГІЇ ТА ТРОПІЧНИХ ХВОРОБ

(науковий керівник - д.мед.н. Бодня К.І.)

Проблема вдосконалення лікування та профілактики паразитарних хвороб та їх наслідків і сьогодні зберігає свою актуальність. Це зумовлено надзвичайним поширенням паразитозів у світі й тими порушеннями, які вони викликають в організмі людини.

Метою нашого дослідження є обґрунтування та розробка методів підвищення ефективності лікування демодекозу з урахуванням клініко-гормональних особливостей його перебігу.

Нами було обстежено 109 хворих на демодекоз у віці від 20 до 60 років (63 чоловіків і 46 жінок). Діагноз демодекозу у всіх хворих і його відсутність в контрольній групі підтверджені згідно критеріїв діагностики. До лікування хворі скаржилися на свербіж, печіння, стягування шкіри, зменшення її еластичності та м'якості, відчуття повзання під нею паразитів тощо. Підвищене саловиділення було у 100% пацієнтів.

Під час клінічного обстеження у 30,4 % пацієнок виявили прогресуючий гірсутизм, а у 39,1 % - андроїдний тип статури, в 15,2 % – високий зріст. У 17,4% спостерігалось поєднання атрофічних стрій і надмірного оволосіння. Були відсутні ознаки гіпертріхозу або гірсутизму у 23,9% пацієнок, а в 19,6% дівчат з гіпертріхозом або гірсутизмом не виявлялися стрії.

Лікування для всіх хворих проводили з урахуванням етіології та патогенезу призначенням протипаразитарного препарату широкого спектру дії – альбендазолу за 10-денною схемою по 10 мг на 1 кг маси тіла в 2 або 3 прийоми протягом доби. Враховуючи динаміку, сукупність клінічних симптомів, результати клініко-лабораторних обстежень, характер та спрямованість розвитку патологічних змін до лікування нами була розроблена методика, а саме чотирьох-ступенева шкала оцінки ступеня ефективності комплексного лікування хворих на демодекоз: 1 ступінь (повне одужання) – зникненням суб'єктивних і об'єктивних клініко-лабораторних ознак захворювання, що свідчить про зворотній розвиток патологічних змін, які спостерігалися до лікування; 2 ступінь (покращення) – зникненням суб'єктивних і зменшенням об'єктивних ознак, характерних для демодекозу у фазі загострення, при чітко вираженій тенденції до зворотнього розвитку клініко-лабораторних порушень, які спостерігалися до лікування; 3 ступінь (відсутність змін) – зменшенням суб'єктивних ознак за відсутності істотних змін, які вказують на зворотній розвиток клініко-лабораторних порушень, що були до лікування; 4 ступінь (погіршення) - визначався у хворих з незначним суб'єктивним покращанням або його відсутністю при погіршенні об'єктивних показників, що свідчать про наростання патологічних змін у печінці.

Отже, отримані дані свідчать про різноманітність дисгормональних проявів у пацієнок з демодекозом, 76% з них - це пацієнтки з поєднаними клінічними формами андрогенних дерматопатій. Ознаки андрогенетичної алопеції було виявлено у 95% чоловіків.

Степан Н.А., Карвацька Ю.П., Суховерська О.Б.

СТАН ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ОКИСНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дерматовенерології*(науковий керівник - д.мед.н. Денисенко О.І.)*

Актуальність теми. Дослідження патогенетичних чинників екземи з метою оптимізації її лікування є актуальною задачею сучасної дерматології, що обґрунтовано збільшенням кількості хворих на екзему та більш тяжким її клінічним перебігом на сучасному етапі, що, зокрема, пов'язують з розвитком у хворих стану ендогенної інтоксикації та окисного стресу.

Мета роботи – визначити показники стану ендогенної інтоксикації та окисного стресу у хворих на екзему з різним клінічним перебігом дерматозу.

Матеріали та методи. Спостерігали 31 хворого на екзему (21 – чоловічої та 10 – жіночої статі віком від 21 до 79 років), з них у 23 осіб діагностовано мікробну та у 8 – істинну форму дерматозу. У 23 (74,2%) осіб дерматоз мав хронічний перебіг, у 8 (25,8%) – діагностований вперше. У 22 (71%) пацієнтів процес на шкірі мав поширений, а в 9 (29%) – обмежений характер. Стан ендогенної інтоксикації оцінювали за рівнем у сироватці крові молекул середньої маси (МСМ), а окиснювального стресу – за рівнем фракцій окисної модифікації білків, визначених за альдегідо- й кетонпохідними нейтрального (ОМБ Е370) та основного (ОМБ Е430) характеру. Групу контролю склали 18 практично здорових осіб (донорів).

Результати дослідження. У хворих на екзему встановлено вірогідне підвищення в крові рівня МСМ (на 33,5%, $p < 0,001$; у хворих – $0,299 \pm 0,006$ о.о.г./мл; в осіб контрольної групи – $0,224 \pm 0,006$ о.о.г./мл), а також ОМБ Е370 (в 1,66 рази, $p < 0,001$; відповідно: $3,01 \pm 0,155$ та $1,81 \pm 0,061$ ммоль/г білка) та ОМБ Е430 (в 2,08 рази, $p < 0,001$; відповідно: $23,3 \pm 0,937$ та $11,2 \pm 0,338$ о.о.г./г білка). Встановлено, що рівні МСМ, ОМБ Е370 та ОМБ Е430 вірогідно ($p < 0,05$) вищі у хворих на мікробну форму дерматозу порівняно з істинною екземою (відповідно на: 10,4%, 17,5% і 21,6%) та при поширеному ураженні шкіри порівняно з обмеженими формами екземи (відповідно на 11,3%, 15,9% і 17,8%) за відсутності вірогідних змін досліджуваних показників залежно від тривалості перебігу дерматозу.

Висновок. У хворих на екзему встановлено прояви ендогенної інтоксикації та окисного стресу, які є більш виразними при мікробній формі екземи та поширеному ураженні шкіри, що свідчить про доцільність диференційованого призначення таким пацієнтам засобів антиоксидантної дії.



Дитяча хірургія

Pediatric Surgery

Іринчина К.А., Данилюк М.О.

ПЕРВИННА ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РАН ЛИЦЯ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - д.мед.н. Боднар О.Б.)

Актуальність. Лікування ран лица відноситься до складних та актуальних проблем дитячої хірургії. Частота ускладнень ран після ургентних оперативних втручань досягає 30%.

Мета дослідження. Покращити ефективність лікування ран лица у дітей.

Матеріал і методи. За період з 2008 по 2013 роки на базі хірургічних відділень Хотинської центральної районної лікарні та дитячої хірургії (КМУ МДКЛ, м. Чернівці) з ранами лица було 80 дітей, віком від 2 місяців до 17 років. Діти були розділені на дві групи: I група (43 дітей) – за період з 2008 по 2010 роки; II група (37 дітей) – за період з 2011 по 2013 роки.

Результати дослідження. Розходження країв рани в 2 дітей з рваними ранами було пов'язано з неадекватним об'ємом висічення розтрощених тканин, натягом в ділянці накладання швів та відсутністю необхідної мобілізації шкіри. Нагноєння в 2 з укушеними, 1 - забійною та 1 - рваною раною дітей було обумовлено відсутністю дренивання ран, недостатньою антисептичною обробкою, невірним лікуванням в післяопераційному періоді. Післяопераційні гематоми у 1 дитини з різаною та 1 рваною ранами обумовлені непроведенням ретельного гемостазу при первинній хірургічній обробці.

Аналізуючи вищезазначені ускладнення нами був розроблений та використаний алгоритм дій при виконанні первинної хірургічної обробки ран лица у 37 дітей за період 2010-2013 роки. При дотриманні алгоритму спостерігали лише одне ускладнення – нагноєння укушеної рани щоки, що супроводжувалось вторинним загоєнням рани.

Висновки

1. В 18,60 % випадків первинна хірургічна обробка ран лица у дітей супроводжується ускладненнями післяопераційного періоду, що обумовлено помилками на етапах її виконання.

2. Недостатня антисептична обробка ран, відсутність гемостазу, натяг тканин в ділянці накладання швів, недотримання принципу пошарового зашивання є підставами до виникнення ускладнень після первинної хірургічної обробки ран лица у дітей.

Використання запропонованого алгоритму первинної хірургічної обробки ран лица у дітей дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень до 2,70 % та може бути рекомендованим для використання в практиці дитячих хірургічних стаціонарів і хірургів районних лікарень

Андрейко М.Р., Кіріяк В.Г., Красовський М.В.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ДОЛІХОСИГМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - викл. Ватаманеску Л.І.)

Вступ. Серед станів, що обумовлені аномаліями розвитку та положення товстої кишки у дітей найбільш часто зустрічається доліхосигма (45-50 %). В більшості дітей доліхосигма призводить до функційних та органічних порушень дистального відділу товстої кишки та супроводжується запорами, болями в животі, ознаками хронічної інтоксикації.

Мета дослідження. Вивчити функціональний стан ободової кишки при моделюванні доліхосигми в експериментальних тварин.

Матеріал і методи. Експериментальні дослідження виконані на 25 інфантильних безлінійних щурах. Виділяли наступні групи експериментальних тварин: Контроль (n = 10); I група (n = 15) - моделювання доліхосигми; II група (n = 15) - корекція доліхосигми. Всі дослідження проводили використовуючи внутрішньоочеревинне введення етаміналу.

Проводили нижню серединну лапаротомію. В рану виводили ректосигмоїдну ділянку товстої кишки. Виконували фіксацію її дистальної частини до парієтальної очеревини задньо-бокової стінки живота двома-трьома вузловими швами PDS 6/0. Маніпуляцію проводили вздовж протибрижового краю товстої кишки в проксимальному напрямку. Рану пошарово зашивали.

Корекцію доліхосигми виконували шляхом пересічення фіксуємих швів та відділення товстої кишки від парієтальної очеревини.

Декапітацію щурів виконували через 60 діб після моделювання, що було обумовлено ювенільним віком щурів.

З метою контролю за функційним станом ободової кишки використовували апарат Linia Amater (TERUMO), одноразовий шприц 20 мл з під'єднаним катетером Nelaton № 6, фізіологічний розчин NaCl з барвником (діамантовий зелений). Катетер заводили в тонку кишку крізь розтин нижче Трейцевої зв'язки, навколо нього накладали кісетний шов. Розчин вводили зі швидкістю 100 мл за годину. Відмічали час появи розчину: в сліпій, сигмоподібній ободовій (СОК) та прямій кишці, визначали загальний час транзиту по кишечнику.

Обговорення результатів дослідження. При виконанні релапаротомії, в усіх тварин спостерігали подовження СОК на 2 – 2,5 сантиметрів по відношенню до її нормальної довжини.

Проведення корекції доліхосигми в II групі супроводжувалося зменшенням часу появи розчину барвника: в сліпій кишці на 4,22 %, СОК - 15,24 %, прямій кишці - 17,71 %, порівняно з I групою, але не досягаючи контрольних значень. Об'єм контрастної речовини II групи був більшим в 1,1 рази у порівнянні з контролем.

Таким чином, на підставі проведених досліджень можна припустити, що утворення доліхосигми пов'язано з перегином в ділянці ректосигмоїдного кута, що формується внутрішньоутробно.

Висновки. Фіксація дистальної ділянки сигмовидної ободової кишки до парієтальної очеревини задньо-бокової стінки живота призводить до виникнення доліхосигми. Доліхосигма викликає подовження часу транзиту контрастної речовини, а відповідно і хімусу. Корекція перешкоди призводить до функційного відновлення розладів товстої кишки та зникнення явищ доліхосигми.

Бабич О.С., Заїка Л.В., Васильєва Л.Я.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ДІТЕЙ З ПЕРИТОНІТОМ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник - к.мед.н. Унгурян А.М.)

Актуальність. Актуальними в наш час залишаються питання лікування апендикулярного перитоніту у дитячому віці. Розроблені рекомендації щодо діагностики та лікуванню різних форм апендикулярних перитонітів у дітей, проте рівень ускладнень складає 12-19%

Мета дослідження. Покращити ефективність лікування в післяопераційному періоді дітей з перитонітом апендикулярного генезу.

Матеріал і методи. Всього обстежено 91 дитину, що прооперована з приводу різних форм перитоніту апендикулярного генезу. 30 пацієнтів становили групу порівняння (комплексне лікування традиційними методами). 61 хворих склали основну групу, їм проводилося традиційне лікування в поєднанні із застосуванням озонованого фізіологічного розчину (0,9% NaCl).

Результати дослідження. З метою лікування та профілактики внутрішньочеревних спайок в післяопераційному періоді у дітей з перитонітом апендикулярного генезу, яким виконували апендектомії, використали метод інтраопераційного промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином NaCl 0,9% в концентрації 5 мг/л та поєднаному внутрішньовенному використанні озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% в концентрації 2,5 мг/л.

Інтраопераційно після проведення апендектомії та занурення культі паростка проводилось взяття матеріалу на мікрофлору після чого черевна порожнина промивалася в залежності від поширеності процесу озонованим фізіологічним розчином NaCl 0,9% в концентрації 5 мг/л, (при інтубації кишечника) з подальшим промиванням через апендикостому.

Висновки

Узагальнюючи результати дослідження, варто відзначити, що:

1. передопераційна підготовка дітей з перитонітами апендикулярного генезу повинна спрямовуватись на зменшення ендогенної інтоксикації, незалежно від терміну госпіталізації;
2. антибактеріальну терапію слід призначати вже в доопераційному періоді;
3. в комплекс лікування перитонітів у дітей необхідно проведення інтраопераційного промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином та проведення внутрішньовенних інфузій після другої до десятої доби післяопераційного періоду хворих на гнійно септичні захворювання органів черевної порожнини, що призводить до підвищення внутрішньочеревного фібринолітичного потенціалу та лізису інтраперитонеальних фібриноїдних зрощень .

Варварич І.Ю.

КРІОТЕРМОДЕСТРУКЦІЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник - д.мед.н. Боднар Б.М.)

Вступ. Гемангіома це розповсюджена доброякісна судинна пухлина новонароджених, які складають більше 50% всіх пухлин дитячого віку. Незважаючи на свою доброякісність, гемангіоми характеризуються швидким прогресуючим ростом. Розростаючись, вони руйнують навколишні тканини і цим самим створюють значний косметичний дефект. У першу чергу це відноситься до гемангіом обличчя і голови. При локалізації гемангіом на повіках, вушній раковині, носі, а також на слизових оболонках, крім косметичних проблем, можуть страждати функції важливих органів (зір, слух, дихання). Тому можна сказати, що гемангіоми притаманні деякі риси клінічно-злорякісного перебігу.

Питання лікування дітей з гемангіомами до сьогоднішнього часу залишається предметом дискусії багатьох спеціалістів, про що свідчить велика кількість методів лікування, одним з яких є кріотермодеструкція.

Матеріал і методи. Для проведення кріодеструкції кріозондом використовують апарат „Іней” з насадкою відповідно до розмірів пухлини. При контакті з тканинами пухлини, експозицією 45-50 сек. утворюється холодове вдавнення, глибиною до 0,2 мм. Електрозонд з насадкою що відповідає холододовому вдавненню, який нагрівається до температури 44-45 С, вставляється в зону холододового вдавнення як ”форма у форму”, розпочинається процес спонтанного відтаювання 30 сек.

Результати. Після кріотермодеструкції в ділянці пухлини утворюється вдавнення діаметр якого залежить від величини насадки. Через 1 хв. гемангіома яскравішає, утворюється серозно-геморагічний міхур. Набряк зберігається до 5-6 доби. На 8-9 день утворюється сухий струп який на 12 добу відпадає і утворюється ніжна рожева поверхня, яка через 3 міс. набуває кольору шкіри.

Висновки. Кріотермодеструкція рідким азотом у дітей, являється ефективним методом лікування гемангіом. За рахунок „температурного шоку” в м'яких тканинах скорочується холододовий вплив, прискорюється деструкція пухлини, скорочуються строки лікування, зменшується ускладнення та утворення келоїдних рубців.

Джураев К.Д., Курбанов Г.Т., Турсунов С.Э.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - д.мед.н. Шамсиев А.М.)

Врожденные пороки развития - одна из основных и сложнейших проблем современной медицины. Одним из наиболее распространенных видов врожденных пороков развития являются пороки челюстно-лицевой области, из них 90% приходится на врожденные расщелины верхней губы и/или неба.

Развитие анестезиологии, реаниматологии и совершенствование техники операций позволили вернуться к ранним вмешательствам.

В период с 2009 по 2013 г. включительно пластика верхней губы проведена 50 детям с врожденной расщелиной, из них мальчиков было - 34 (68,0%), а девочек - 16 (32,0%).

В возрасте до одного года хейлопластика проведена 40 (80,0%) больным, из них до 1 месяца прооперировано - 3 (7,5%) новорожденных, от 1 до 6 мес - 21 (52,5%) и 6-12 мес - 16 (40,0%) детей. Старше года и до 4 лет прооперировано 10 (20,0%) детей. Ранняя пластика верхней губы проводилась в специализированном хирургическом отделении для новорожденных. Противопоказанием к ранней пластике губы у ребенка служили сопутствующие врожденные пороки развития, травма при родах, асфиксия.

Односторонние расщелины верхней губы встречались у 41 (82,0%) больных: неполные или скрытые - 24 (48,0%) случая, полные - 17 (34,0%) случаев. У 9 (18,0%) детей дефект был двусторонним. Вид операции зависел от тяжести расщепления. Отдавалось предпочтение широко распространенным способам первичной хейлопластики под эндотрахеальным наркозом, описанные Teppison-Обуховой и Millard. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде после хейлопластики выявлены в одном случае. Наблюдали полное расхождение швов на 4-й день после операции на фоне пневмонии. В отдаленном послеоперационном периоде в сроки до 4 лет после операции у двух детей развились грубые рубцы, потребовавшие повторных операций. Наличие разнообразной сопутствующей соматической патологии в раннем возрасте и далее значительно отодвигает и затрудняет сроки оперативного вмешательства, утяжеляет течение послеоперационного периода

Заїка Л.В., Васильєва Л.Я., Бабич О.С.

ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ ПРИ ПЕРИТОНІТАХ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - к.мед.н. Унгурян А.М.)

Актуальність. Останнім часом відмічається підвищений інтерес до немедикаментозних методів лікування перитонітів апендикулярного генезу у дітей. Активне використання озонотерапії визначається її широким спектром терапевтичної дії: бактерицидною, вірулоцидною, фунгіцидною, антипротозойною, протизапальною, імуномодельюючою, антиоксидантною, антигіпоксичною, детоксикаційною, анагетичною, репаративною та ін.

Мета дослідження. Покращити ефективність лікування в періопераційному періоді дітей з перитонітом апендикулярного генезу.

Матеріал і методи. Всього обстежено 91 дитину, що прооперована з приводу різних форм перитоніту апендикулярного генезу. 30 пацієнтів становили групу порівняння (комплексне лікування традиційними методами). 61 хворих склали основну групу, їм проводилося традиційне лікування в поєднанні із застосуванням озонованого фізіологічного розчину (0,9% NaCl).

Результати дослідження. При застосуванні озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% для санації очеревинної порожнини у дітей з перитонітом апендикулярного походження відмічається суттєве знижується популяційного рівня мікроорганізмів, а в деяких випадках відмічається стерилізуючий ефект.

Узагальнюючи результати дослідження, варто відзначити, що передопераційна підготовка дітей з перитонітами апендикулярного генезу повинна спрямовуватись на зменшення ендогенної інтоксикації, незалежно від терміну госпіталізації, а також антибактеріальну терапію слід призначати вже в доопераційному періоді. Враховуючи дані дослідження рекомендовано в комплекс лікування перитонітів у дітей проводити інтраопераційне промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином та проведення внутрішньовенних інфузій після другої до десятої доби післяопераційного періоду хворих на гнійно-септичні захворювання органів черевної порожнини, що призводить до підвищення внутрішньочеревного фібринолітичного потенціалу та лізису інтраперитонеальних фібриноїдних зрощень.

Висновки

Включення інтраопераційного промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином NaCl та проведення внутрішньовенних інфузій після другої до десятої доби післяопераційного періоду до комплексу лікувальних заходів при перитонітах у дітей призводить до підвищення внутрішньочеревного фібринолітичного потенціалу та лізису інтраперитонеальних фібриноїдних зрощень.

Мельник М.В., Красовська Г.Ф.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОЛІХОСИГМ ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ЕНКОПРЕЗОМ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - викл. Ватаманеску Л.І.)

Вступ. Серед хронічних захворювань шлунково - кишкового тракту найбільш розповсюджені хронічні запори і енкопрез, на частку яких припадає до 30 % звернень до гастроентеролога і 10 % - до невролога.

Поширеність енкопрезу у дітей становить від 0,3 % до 8 %.

Мета дослідження. Поліпшити ефективність лікування доліхосигм, що супроводжується енкопрезом у дітей.

Матеріал і методи. За період з 2003 по 2013 роки на кафедрі дитячої хірургії Буковинського державного медичного університету на базі клініки дитячої хірургії (КМУ МДКЛ, м. Чернівці) з доліхосигмою обстежено 180 дітей (дівчаток - 43, хлопчиків - 137), в 16 (8,89%) з них відзначали наявність енкопрезу.

Оперовано 29 дітей з доліхосигмою, в 11 з яких спостерігали нетримання калу.

Результати та їх обговорення. Провідними клінічними симптомами при доліхосигмі були запори, тривалістю від 3 до 9 днів і хронічні рецидивуючі болі у животі. Покази до хірургічного лікування були: наявність доліхосигми, у дітей після 5 років, прогресування захворювання, відсутність ефекту від консервативної терапії протягом 1 року.

Результати оперативного лікування розцінювали за клінічними проявами і даними іригоскопії (-графії).

Отже, у всіх прооперованих дітей була декомпенсована стадія доліхосигми. Хронічні запори призводили до перерозтягнення та зниження тону сигмоподібної ободової кишки (СОК) та прямої кишки. Нетримання калу відбувалося за рахунок порушення рецепторної відповіді з слизової кишки, зниження тону і дискоординація внутрішнього і зовнішнього ректальних сфінктерів. Після резекції зменшилось навантаження на сфінктерний апарат. Формування верхньої сигмовидної зв'язки сприяла фіксації товстої кишки, ціленаправленості та порційності калового вмісту, при зменшенні навантаження на внутрішній і зовнішній сфінктери прямої кишки. Позитивний ефект, спостерігався відразу в 4 -х дітей.

При огляді, через три роки, після оперативного втручання, хронічних запорів не спостерігалось ні в одному з випадків, однак явища енкопрез відзначалися в 2 -х дітей після, резекції СОК без формування верхньої сигмовидної зв'язки.

Висновки: У 8,89% випадків у дітей доліхосигма супроводжується нетриманням калу. Енкопрез, при доліхосигмі у дітей, є функціональна декомпенсація СОК, порушення рецепторної регуляції акту дефекації і дискоординація діяльності внутрішнього і зовнішнього сфінктерів прямої кишки. Резекція СОК з формуванням верхньої сигмовидної зв'язки може бути способом вибору хірургічного лікування доліхосигм, що супроводжується енкопрезом у дітей.

Польської Є.В., Романюк І.О.

ДУОДЕНАЛЬНА НЕПРОХІДНІСТЬ, ЯКА ВИКЛИКАНА КІЛЬЦЕПОДІБНОЮ ПІДШЛУНКОВОЮ ЗАЛОЗОЮ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - д.мед.н. Боднар О.Б.)

Актуальність. При хірургічному лікуванні дуоденальної непрохідності (ДН), яка викликана кільцеподібною підшлунковою залозою (КПЗ) у новонароджених, розрізняють велику кількість ускладнень: холестатична жовтяниця (53 %), порушення моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (47 %), неспроможність анастомозу (40 %), діарейний синдром (33 %).

Мета. Визначити стан коагуляційного гемостазу та показників біохімічного аналізу крові у новонароджених з ДН, яка викликана КПЗ.

Матеріал і методи. За період 2011-2013 роки в дитячому хірургічному відділенні КМУ МДКЛ, що є базою кафедри дитячої хірургії БДМУ, було оперовано 5 дітей з непрохідністю дванадцятипалої кишки (ДПК), троє з ДН, яка викликана КПЗ. Летальних випадків не було. Дітям були проведено дуодено-єюностомію "бік в бік" на короткій петлі.

Результати дослідження. До операції відмічалася тромбоцитопенія на тлі нормальної кількості еритроцитів та лейкоцитів. Після операції виявляли збільшення кількості еритроцитів та гемоглобіну порівняно з доопераційним періодом. Тромбоцитопенія спостерігалася до 8-мої доби післяопераційного періоду. В доопераційному періоді відмічалася гіперглікемія на тлі білірубінемії та гіпопротеїнемії. Після операції відбувалося зменшення рівня білірубіна на 3-тю добу, але підвищення на 23-тю добу з тенденцією до нормалізації на 30-ту добу. Вміст білка поступово збільшувався, але залишався на низькому рівні. Подовження часу рекальцифікації та активованого часу рекальцифікації свідчили про гіпокоагуляцію та можливість розвитку синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання.

Висновки

1. Дихальна та поліорганна недостатності, тромбоцитопенія та гіпокоагуляція при непрохідності ДПК, що викликана КПЗ є підставою для пролонгації терміну виконання оперативного втручання до стабілізації стану дитини.

2. Операцією вибору при КПЗ, що викликає непрохідність ДПК слід вважати дуодено-єюностомію на короткій петлі.

Раббимов Д.Н., Нодиров Ш.А., Темиров Ф.Т., Атаханов М.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОВОЗНИКШЕЙ КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1*(научный руководитель - д.мед.н. Шамсиев А.М.)*

Островозникшая киста семенного канатика (ОВКСК) у детей является заболеванием в большинстве случаев требующая хирургического вмешательства. Традиционный хирургический метод лечения связан с наркозом, оперативной травмой и ее последствиями, которые неблагоприятно отражаются на организме ребенка. Все больные были пролечены по разработанному малоинвазивному способу, который заключается в пункции кисты Z-образным ходом иглы и аспирации её содержимого. На место прокола накладывалась давящая асептическая повязка на сутки. Данный способ осуществлялся под местной анестезией.

Цель работы. Разработка малоинвазивного способа лечения островозникшей кисты семенного канатика и изучение отдаленных результатов.

В клинике Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦП. находилось 82 больных с ОВКСК в возрасте от периода новорожденности до 7 лет. Результаты оказались неоднозначными: у 46 детей (I группа) пролеченных до 2,5 месячного возраста эффективность предложенного способа составила 100%, а у 36 детей (II группа) в возрасте от 3 месяцев до 7 лет при данном методе лечения наблюдался рецидив заболевания, что привело к оперативному вмешательству. Изучение отдаленных результатов в сроки от 1 года до 5 лет у детей выявило отсутствие рецидива заболевания.

Сроки пребывания больных составила в среднем 2–3 к/д. Послеоперационных осложнений не отмечалось.

Результаты и их обсуждение, послужили основанием для изучения морфологической структуры стенок ОВКСК произвести биохимическое исследование содержимого кисты в возрастном аспекте. Исследования показали явную разницу морфологической структуры стенки кисты и биохимического состава жидкости у детей до 2,5 месячного возраста (I гр.) и у детей более старшего возраста (II гр.). Обследование в отдаленном периоде детей I группы лечившихся пункционным методом показало их полное выздоровление, без возникновения рецидивов и их нормальное развитие.

Таким образом, предложенный нами пункционный метод лечения ОВКСК у детей до 2,5 месячного возраста изволяет избежать анестезиологического пособия, сокращает сроки пребывания больных в стационаре, снижает количество осложнений и рецидива заболевание до 0%.

Чорненький А.В., Каминская М.О., Мищук Е.Б., Бондаренко В.С., Кравченко В.В.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

ДЗ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», Днепропетровск,
Украина

Кафедра детской хирургии

(научный руководитель - к.мед.н. Каминская М.О.)

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости рожденного вывиха у детей, от двух до шести случаев на 1000 новорожденных, сложностью своевременного выявления и осложнениями при неадекватном и запоздалом лечении.

Цель. Улучшить результаты консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей определив оптимальную тактику ведения данной категории больных.

Материалы и методы. В отделении ортопедии и травматологии КП «Днепропетровская областная детская клиническая больница» за последние три года на лечении находилось 126 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с врожденным вывихом бедра. Односторонний вывих отмечался у 43 детей, двухсторонний – у 73. Чаще вывих диагностирован у девочек – 84 случая (66, 6%), у мальчиков – 42 (33, 4%). Клинически отведение бедер было ограничено у всех детей, но степень ограничения зависела в основном от тонуса приводящих мышц и в меньшей степени — от смещения головок бедер. Асимметрия ягодичных складок на бедрах, наружная ротация и укорочение конечности, отмечены чаще при одностороннем вывихе бедра. Симптом соскальзывания В.О. Маркса наблюдался у новорожденных в 23 % наблюдений в роддоме и исчезал в первые 3–5 дней жизни. Для диагностики врожденного вывиха бедра использовался по показаниям ультразвуковой или рентгенологический метод. Все пациенты лечились консервативно с помощью функционального метода. Сущность которого заключается в наложении клеоло-манжеточного вытяжения за нижние конечности с грузом по оси от 1 до 2,5 кг, с максимальной внутренней ротацией бедра в течении 2–3 недель. Головка бедра низводится постепенно, очень щадяще, до уровня Y-образного хряща тазобедренного сустава, затем постепенным разведением достигается полная абдукция бедер до 180° по отношению к туловищу. Устраняем латеропозицию бедер за счет уменьшения грузов по оси бедра и вправляющими тягами через проксимальный отдел бедер сверху вниз, снаружи кнутри с грузом от 0,5 до 1,5 кг. Добиваемся центрации головок в вертлюжной впадине под рентгенологическим контролем. Фиксацию вправленного вывиха осуществляли с помощью гипсовой повязки по Лоренс – 1 в течении 1 – 1,5 месяцев. В последующем выполняют смену повязок по Лоренс – 2, затем – Лоренс – 3. При стабильном тазобедренном суставе для удержания вправленного вывиха бедра использовали аппарат Гневковского. Больные получили физиофункциональное лечение для укрепления мышечного тонуса и улучшения кровоснабжения в области тазобедренных суставов.

Результаты. Хороший анатомо - функциональный результат получен у 50 детей (39, 7%), удовлетворительный – 63 (50%). Неудовлетворительные исходы лечения у 13 детей (10, 3%), обусловлен развитием асептического некроза головки, подвывиха, релюксацией. Эти осложнения развивались у тех детей, лечение которых было начато после двух лет.

Выводы. Ранняя диагностика и функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей является одним из эффективных методов терапии дает возможность получить положительный результат у 89, 7% случаев.

Юсупов Ф.Ч., Саидов М.С., Рузиев Д.А., Джураев К.Д.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНИХ И ВЫСОКИХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1*(научный руководитель - д.мед.н. Шамсиев А.М.)*

Несмотря на достигнутые успехи при лечении детей с аноректальными пороками (АПР) эта проблема не потеряла своего значения, что связано с большим количеством неудовлетворительных результатов (10-60%). Это свидетельствует о необходимости дальнейшего поиска адекватных методов хирургической коррекции аноректальных пороков.

Целью нашего исследования явилось изучение и сравнение результатов различных способов хирургического лечения детей со средними и высокими формами аноректальных пороков развития.

Материал и методы исследования. В Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦ педиатрии (1990-2007г) находилось на стационарном лечении 85 больных со средними и высокими формами АПР.

В зависимости от способа лечения 85 больных с АПР, разделены на 2 группы. Первую контрольную группу (КГ) составили 27 (31,8%) больных, получивших традиционное хирургическое лечение, включающее разновидности промежностной и брюшно-промежностной проктопластики в период с 1990 по 1997 год. Во вторую основную группу (ОГ) вошли 58 (68,2%) больных, которым для коррекции АПР проводилась заднесагитальная и брюшно заднесагитальная аноректопластика.

Отдаленные результаты изучены у 27(100%) больных КГ и у 58(100%) в ОГ в сроки от 6 месяцев до 10 лет.

В КГ, отмечались следующие осложнения: стеноз ануса у 3 (11,11%), рецидивы свища у 3 (100%), недостаточность сфинктера у 1 (3,7%) и выпадение слизистой прямой кишки у 1 (3,7%) больного. В ОГ осложнения в виде стеноза ануса отмечены у 4 (14,81%) больных, других осложнений не отмечалось.

При оценивании результатов учитывали также анатомо-топографическое состояние аномальной области и рубцовые косметические дефекты. Хороший результат получен у 15 (55,6%), удовлетворительный у 8 (29,6%) и неудовлетворительный у 4 (14,8%) больных. В ОГ соотношение результатов составила 49 (84,5%), 7 (12,0%) и 2 (3,5%) больных.

Таким образом, способ заднесагитальный и брюшно заднесагитальный проктопластики при хирургическом лечении средних и высоких форм АПР у детей является более эффективным по сравнению с промежностной и брюшно-промежностной проктопластикой.



Ендокринологія

Endocrinology

Adjei B.

IDENTIFICATION OF HIGH RISK DIABETIC INDIVIDUALS TO OPTIMISE STRATEGIES FOR PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Clinical Immunology, Allergy and Endocrinology
(scientific advisor - prof. Olenovych O.)

Many observational studies have shown that the risk of cardiovascular diseases (CVD) is two to five times higher in people with diabetes mellitus (DM) than in people without diabetes, suggesting that it confers an equivalent risk to having had a myocardial infarction.

Objective of the present analysis was to explore the applicability of multivariate risk prediction chart in identification of high risk diabetic individuals to optimize strategies for prevention of CVD.

Material and methods. We examined 23 patients with type 2 diabetes (43% men and 57% women, mean age – 53,5±1,6 years), hospitalized to Chernivtsi Regional Endocrinological Center. The average duration of DM in enrolled patients – 7,2±0,5 years: in 29% of participating patients the duration of diabetes was less than 5 years (2,9±0,3 years), in 30% – 6-10 years (7,9±0,65 years), in 30% of patients had diabetes longer than 10 years (11,79±0,8 years). Among all examined patients 30% were treated by oral hypoglycemic agents, 43% were on combined hypoglycemic therapy.

Results. According to the obtained findings, the probability of CVD development in the examined patients was (3,0±0,5)% and only in 17% of them it exceeded 5% rate. The mean entry HbA1C of participants was (10,1±0,3)%: in 17% of examined patients it's level was (8,1±0,3)%, followed by CVD risk (1,5±0,5)%, in 83% of patients it's level was (10,5±0,3)%, followed by CVD risk (3,3±0,5)%, exceeding CVD risk index in previous group of patients by 2,2 times. The mean baseline serum cholesterol level of participants was (5,9±0,4) mmol/L: in 13% of examined patients it's level was <3 mmol/L, followed by CVD risk (1,2±0,5)%, in 35% of patients it's level was 3<cholesterol≤6 mmol/L, followed by CVD risk (2,4±0,7)%, in 43% of patients it's level was 6<cholesterol≤9 mmol/L, followed by CVD risk (3,7±0,8)%, in 9% of patients it's level was (9+) mmol/L, followed by CVD risk (4,2±0,1)%. These results emphasise the necessity to optimize the cholesterol lowering therapy in diabetic patients next to the improvement of glycaemic control up to target HbA1C level.

Dixit A.

DIAGNOSTIC VALUE OF ANTITHYROID ANTIBODIES IN CASE OF THYROID DISEASES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Clinical Immunology, Allergy and Endocrinology
(scientific advisor - prof. Olenovych O.)

The present research deals with the investigation of the level of organo-specific antibodies in case of autoimmune diseases of the thyroid gland (autoantibodies against different components of the thyroid gland – thyroglobulin (TG), microsomal antigen (MA), TSH receptor), since their detection mostly corresponds to diagnostic clinical needs.

Among 40 examined persons there were 26 patients with pathology of the thyroid gland (autoimmune thyroiditis, Graves' disease), and 14 healthy people from control group.

Immunoenzyme analysis of intrathyroid autoimmune process showed, that in the majority of patients with autoimmune thyroiditis (71,4%) the mean level of antimicrosomal antibodies was 2,3 times higher as compared with control group. The detection rate of increased level of antimicrosomal antibodies in Graves' patients was also high enough (66,7%), but still 8,5% less than that in autoimmune thyroiditis. The antimicrosomal antibodies activity increased with the severity of thyrotoxicosis and with goiter enlargement.

In patients with autoimmune thyroiditis the highest level of antibodies to TG was found. It was also increased in 33,3% Graves' patients, though slightly. The dependence between antithyreoglobulin antibodies titre and thyrotoxicosis severity, goiter volume had certain features: the activity of antithyreoglobulin antibodies decreased with thyrotoxicosis severity and goiter enlargement.

The leading role of these antibodies in the pathogenesis of autoimmune process in the thyroid gland is indisputable and confirmed by a high detection rate of antibodies against MA and TG in patients with thyropathies. At the same time, the presence of these antibodies in patients with both diseases proves, that their occurrence and increased level are indicative of immune attack upon the organ, but doesn't determine disease specificity.

The autoimmune process in Graves' disease is accompanied by thyrotoxicosis development, is connected with the increase of thyroid-stimulating antibodies against TSH receptor. Besides, immunologic markers of the severity of thyrotoxicosis are connected and dependent rather on morphologic integration of the thyroid gland than directly on the rate of thyrotropin and thyroxin.

The local immune reaction in the thyroid gland is stipulated by heterogeneity of cytotoxic antibodies, change of correlation of antithyroid antibodies populations in the development of autoimmune process, may be one of the insufficient therapeutic efficacy of thyropathies. As far as clinical remission in case of corresponding therapy comes much earlier than immune status normalization, while decreasing preparations doses it is better to follow not only the thyroid hormones rate, but also the rate of antibodies against thyroid antigens, whose reduction is significant markers of immunologic remission of the disease.

Popova I., Moskaluk I.

THE EFFECTIVENESS OF METEOSPAZMIL IN PATIENTS WITH THYROTOXICOSIS AND IRRITATED BOWEL SYNDROME

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of Internal Medicine
 (scientific advisor - Ph.D. Fediv O.)

Diseases of the thyroid gland play a chief role among endocrine pathology. There were over 1.5 million cases of goiter registered yet in Ukraine (2011). It has been evaluated that various forms of goiter accompanied by thyrotoxicosis have increased during the last decades.

The study involved 55 patients with subcompensated moderate thyrotoxicosis. In 39 of them the irritable bowel syndrome (IBS) was detected, among them in 21 patients - with a predominance of diarrhea in 18 patients - with the advantage of constipation. All patients underwent a comprehensive examination that included survey of complaints, medical history, physical examination, laboratory and instrumental investigations. For objectification of the disorders of motor function of the intestine, a fonocenterography technique (DFT) with the quantification of peristaltic waves was used, which allowed us to divide patients into 3 groups. The first group included 21 patients with IBS with a predominance of diarrhea, the second - 18 patients with a predominance of constipation, the third group - 16 patients with thyrotoxicosis without any signs of motor-evacuation bowel function disorder.

Due to the 1st group patient's results DFT, the increase of peristaltic waves was found as well as the reduction of their duration followed by rising amplitude, growth rate in total time of the reductions (compared to controls). These facts confirm a strengthening of the motor-evacuation function of the intestine. In group 2 the DFT results were absolutely opposite.

It was defined that in patients with toxic forms of goiter serotonin levels were almost on 25.3 % higher than the benchmark. The highest concentration of this hormone was observed in patients of the first group with hyper-motor bowel dysfunction.

Patients of 1st and 2nd groups, in addition to the basic treatment, were prescribed "Meteospazmil" (which is an antagonist of serotonin receptors) in a dose of 1 capsule three times a day for 14 days. As a result, all patients who received this treatment showed the improvement of general health, normalization of the motor-evacuation function of the intestine (which was confirmed by the DFT) and also serotonin level normalization.

Conducted researches make it possible to affirm that one of the major factors that contribute to functional disorders of the bowel in patients with thyrotoxicosis is the excessive concentration levels of serotonin. Medical treatment of such patients with inclusion of "Meteospazmil" allowed purposefully affect on neuro-humoral processes in patients with thyrotoxicosis and to achieve a positive clinical effect.

Valodara R.

DIAGNOSTICS AND PROGNOSTICATION OF ALLERGIC DISORDERS DEVELOPMENT IN CASE OF GRAVES' DISEASE

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of Clinical Immunology, Allergy and Endocrinology
 (scientific advisor - prof. Olenovych O.)

Endocrine regulation of the immune system provides a modulation of immune response, including the cases of allergic diseases. Thus, disorders of thyroid hormones secretion and thyroid function are the factors, promoting manifestation of allergic reactions in a sensibilized organism. That's why the objectives of our study were to evaluate the interrelation between some clinical aspects of thyroid pathology and molecular markers of allergy.

To accomplish this, 12 adult patients with Graves' disease (90% women and 10% men, aged between 21 and 40 years) and 10 healthy individuals, who served as control group, were examined on the base of Chernivtsi Regional Endocrinological Center. In 8 participating patients (67%) the duration of Graves' disease was less than 5 years, in 33% – longer than 6 years.

The diagnosis of Graves' disease and severity of thyrotoxicosis has been estimated on the basis of analysis of clinical course of the disease according to the WHO recommendations. In 71% of enrolled patients moderate severity thyrotoxicosis was established, in 29 % – severe thyrotoxicosis. The treatment of Graves' disease was carried out according to the generally accepted approach.

Except standard clinical examination, enrolled individuals underwent measurement of serum total IgE and TSH receptor antibodies by enzyme immunoassays. The calculation of the index of allergization (IA) was used to evaluate the probability of an individual to suffer from allergy. Individual's allergy risk profile was calculated by formula:

$$L + 10 \cdot (e + 1)$$

$$IA = \frac{\dots}{sn + sgn},$$

where l – number of lymphocytes, e – eosinophils, sn – stab neutrophils, sgn – segmented neutrophils.

Results. According to the obtained findings, the significantly higher range of IA has been found in Graves' patients as compared with control group (also statistical significance was reached – p<0,05). In most patients an elevated IgE level was significantly higher, than in controls (p<0,001). The number of anamnestic allergic reactions and IgE level increase proportionally to the severity of thyrotoxicosis. But the detected rate of TSH receptor antibodies was significantly higher in Graves' patients with elevated IgE than in those with low IgE, though no significant correlation was found between circulating IgE and TSH receptor antibodies.

Ільченко М.М., Ілюшина А.А.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 1

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - к.мед.н. Ілюшина А.А.)

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) є однією з найважливіших медичних і соціальних проблем людства у зв'язку з високою поширеністю, хронічним перебігом та розвитком небезпечних інвалідизуючих ускладнень. Це захворювання вважають «неінфекційною епідемією», що охопила на початку XXI століття понад 170 млн осіб у всьому світі (EURODIAB Study Group, 2007; American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2008). За прогнозами експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2030 року загальна кількість хворих на ЦД може сягнути 552 млн (Diabetes Atlas. International Diabetes Federation, 2011). Хворі на ЦД типу 1, належать до групи високого ризику виникнення психосоціальної патології, у першу чергу депресії, тривожності, порушення харчової поведінки, а також появи конфліктів у родині, формування низької самооцінки, проблем із виконанням медичних рекомендацій (N.R. Fogel, J. Weissberg-Benchell, 2010). Дані останніх досліджень підтверджують, що у людей, які страждають на ЦД, часто зустрічається ряд психологічних проблем і психічних розладів. Такі порушення не тільки заподіюють страждання, але також впливають на лікування та результат самого ЦД.

Метою нашого дослідження стало вивчення психологічних і поведінкових змін у пацієнтів із ЦД типу 1.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 30 пацієнтів із ЦД типу 1, в стадії суб- та декомпенсації захворювання, віком від 19 до 35 років (I група – 19-26 років, II група – 27-35 років). Серед обстежених 12 чоловіків та 18 жінок, контрольну групу склали 15 здорових осіб. Пацієнтів обстежили згідно з протоколом, який включав загальноклінічні тести, визначення рівнів С-пептиду, глікозильованого гемоглобіну, глікемічного профілю. В роботі використовувались наступні методики: опитувальник міні-мулт (скорочений варіант Міннесотського багаторівневого переліку MMP1), опитувальник Басса-Даркі.

За результатами проведення методики Басса-Даркі у пацієнтів із ЦД типу 1 виявлено високий рівень деструктивних тенденцій та появу агресії як властивості особистості й як акту поведінки. В групі пацієнтів 19-26 років домінують (68,1%) негативні почуття та негативні оцінки людей і подій. У період декомпенсації захворювання рівень агресивності значно підвищується. В ході дослідження за опитувальником міні-мулт, в період суб- та декомпенсації захворювання, спостерігається ріст по шкалам істерії, депресії та іпохондрії. Результати проєктивної методики вказали на прояви різкого негативізму та агресивності не тільки до лікувальних процедур, але й у спілкуванні з оточуючими в період декомпенсації захворювання. Результати отримані в групі пацієнтів віком від 27 до 35 років практично не відрізняються від результатів контрольної групи. Отже, встановлено залежність клініко-параклінічної симптоматики від ступенів тривожності та характеру перебігу патології.

Качоровська О.Р., Васильчук Р.І., Ілюшина А.А.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АЗІ-АТОР У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - к.мед.н. Ілюшина А.А.)

Вступ. Комплекс метаболічних, гормональних та клінічних порушень, які є факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань, в основі яких лежить інсулінорезистентність (ІР), у літературі описані різними термінами: поліметаболічний синдром (Grepaldi G., 1965); синдром "надлишку" (Mehnert H., 1968); синдром X (Reaven G., 1988); смертельний квартет (Kaplan N., 1989); гормональний метаболічний синдром (Bjorntorp, 1991); синдром інсулінорезистентності (Haffner M., 1992); смертельний секстет (Enzi G. 1994); метаболічний судинний синдром (Hanefeld M., 1997); метаболічна петля (Волкова Е.Г., 1998) та найчастіше вживається термін "метаболічний синдром".

Гіполіпідемічна терапія є обов'язковою ланкою в лікуванні хворих на цукровий діабет і метаболічний синдром (МС). Проведена велика кількість досліджень, що переконливо продемонстрували ефективність використання статинів для первинної і вторинної профілактики серцево-судинних порушень при МС [Turner R.C., Millns Neil H.A. et al., 2001]. Серед препаратів групи статинів заслугоує уваги препарат компанії Ananta Medicare Ltd - Азі-атор, до складу якого входить аторвастатин (у дозі 10 міліграм) і езетіміб (у дозі 10 міліграм). Препарат використовується для зниження підвищеного рівня загального холестерину (ХС), ліпопротеїдів низької щільності, аполіпопротеїну В і тригліцеридів.

Метою роботи було вивчення ефективності Азі-атору для нормалізації ліпідного спектру крові у хворих на МС.

Методи та результати дослідження. Нами спостерігалось 50 чоловіків, у віці від 48 до 72 років (в середньому 57,3±1,2 років), у яких виявлено МС. На початку лікування їм здійснювали загально клінічні та біохімічні дослідження з визначенням основних показників вуглеводного, білкового, мінерального та ліпідного обміну. Біохімічний аналіз крові проводили на аналізаторі "Humalser-3000", використовували реактиви "Human diagnostic" (Німеччина) на базі науково-медичного центру «Авіценна». Всі пацієнти на момент включення у дослідження мали підтверджену гіперліпідемію з рівнем загального ХС > 6,5 ммоль/л.

Пацієнтам призначався препарат Азі-атор 1 раз на добу в комбінації з терапією основного захворювання. Ефективність терапії оцінювали по величині відхилення рівня загального ХС, тригліцеридів від базового значення показників. Вміст загального ХС у сироватці крові до початку терапії складав 7,11±0,19 ммоль/л, а рівень тригліцеридів - 2,27±0,16 ммоль/л. На тлі терапії Азі-атором рівень загального ХС зменшився на 2,4 ммоль/л, а тригліцеридів на 0,73 ммоль/л (p<0,0001) після 4 тижнів терапії.

Висновки. Таким чином, хворим на метаболічний синдром, рекомендовано у комплексне лікування включати статини (Азі-атор), початкова доза 10 мг, якщо через 2-3 місяці лікування не спостерігається нормалізація гіперхолестеринемії, дозу необхідно збільшити до 20 мг. Виражений гіполіпідемічний ефект препарату Азі-атор має безперечну перспективу для практичного використання з метою первинної і вторинної профілактики гіперліпідемії у хворих на метаболічний синдром.

Білоока Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД КОМПЕНСАЦІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Вступ. Поширеність цукрового діабету (ЦД) типу 2 набула ознак неінфекційної епідемії. Так, за даними Міжнародної Діабетичної Федерації у 2012 році кількість осіб з цим захворюванням у світі досягла 371 млн., а за прогнозами експертів до 2030 р. цей показник перевищить 550 млн.

Відомо, що патологічні процеси, що відбуваються при ЦД типу 2, ведуть до ураження практично всіх органів і систем, що створює передумови до порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів із розвитком синдрому нетиреоїдної патології.

Мета. З'ясувати особливості тиреоїдного гомеостазу у хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Матеріали і методи. Обстежено 18 хворих на цукровий діабет типу 2 та 10 практично здорових осіб.

Тиреоїдний статус вивчали шляхом визначення рівнів вільних трийодтироніну (вТ3), тироксину (вТ4) та тиреотропного гормону (ТТГ). З метою оцінки порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів визначався коефіцієнт Т3/Т4 та сумарний тиреоїдний індекс (В.І. Кандор, 1997). Компенсацію ЦД визначали за показником глікозильованого гемоглобіну. Статистичний аналіз отриманих даних проводився за допомогою критерію Стьюдента та коефіцієнту рангової кореляції Спірмена з використанням програмного комплексу Statistica 6.0 for Windows.

Результати. У пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу виявлено вірогідне зниження сироваткового рівня вТ3 ($p < 0,05$), показника співвідношення вТ3/вТ4 та сумарного тиреоїдного індексу порівняно із групою здорових осіб ($p < 0,05$).

Встановлено негативний кореляційний зв'язок середньої сили між показником глікозильованого гемоглобіну та вмістом вТ3 ($r = -0,408$, $p < 0,05$), а також коефіцієнтом вТ3/вТ4 ($r = -0,502$, $p < 0,05$).

Висновки: 1. У хворих на цукровий діабет 2-го типу відбуваються порушення тиреоїдного гомеостазу, які свідчать про наявність синдрому нетиреоїдної патології. 2. Ступінь порушень показників тиреоїдного гомеостазу на тлі цукрового діабету 2-го типу залежить від компенсації захворювання, зокрема від рівня глікозильованого гемоглобіну.

Витвицька І.М., Білоус І.І.

“ЛАКТОВІТ-ФОРТЕ” В ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Павлович Л.Б.)

Актуальність. Порушення секреторної та моторної функції кишечника, з міграцією бактеріальної флори з товстої кишки в проксимальні відділи травного каналу, створює сприятливі умови для розвитку патогенної мікрофлори. З метою корекції порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих на цукровий діабет використовують пробіотики. “Лактовіт-форте” - це комбінований препарат, до складу якого входять бактерії молочної кислоти, фолієва кислота та вітамін В12. Терапевтичний ефект “Лактовіту-форте” визначають бактерії молочної кислоти, що мають антагоністичну активність відносно патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів та створюють сприятливі умови для розвитку корисної мікрофлори кишечника.

Мета. Вивчити клінічну ефективність пробіотика “Лактовіт-форте” з метою корекції порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих на цукровий діабет типу 2.

Матеріали та методи. Обстежено 35 хворих на цукровий діабет типу 2 (19 чоловіків та 16 жінок). Середній вік хворих становив 51,6±2,3 року (від 46 до 56 років). Середній індекс маси тіла складав 27,8±1,8 кг/м² (від 26,1 до 31,4 кг/м²). Цукровий діабет середнього ступеня тяжкості спостерігався у 30 хворих, тяжкого – у 5 осіб. “Лактовіт-форте” призначали по одній капсулі 2 рази на добу впродовж двох тижнів.

Результати дослідження. Перед початком лікування больовий синдром по-ходу товстої кишки спостерігався у 30 осіб (85,7%), неприємне відчуття у роті – у 27 (77,14%), відрижка – у 23 (65,71%), схильність до закрепів відмічали у 22 хворих (62,8%), до проносів – у 12 (34,28%) осіб. Оцінюючи індивідуальні показники хворих до лікування встановлено дисбактеріоз I ступеня у 2 (5,7%) осіб, дисбактеріоз II ступеня – у 8 (22,85%) осіб, у 13 (37,1%) – констатували дисбактеріоз III ступеня, у 12 (34,28%) – дисбактеріоз IV ступеня. При застосуванні препарату “Лактовіт-форте” наприкінці другого тижня лікування болючість по-ходу товстого кишківника спостерігалась у 5 хворих (14,29%), неприємні відчуття у роті відмічали 7 (20%) осіб, схильність до закрепів – 6 (17,1%), до проносів – 4 (11,4%) пацієнтів. Після лікування основу мікрофлори товстої кишки за популяційним рівнем складали біфідобактерії, лактобактерії, бактероїди, нормальні кишкові палички. Після проведеного лікування, нами встановлено у 9 осіб (25,7%) нормобіоценоз, у 13 (37,14%) – дисбактеріоз I ступеня, у 8 (22,85%) – дисбактеріоз II ступеня, у 5 (14,28%) – дисбактеріоз III ступеня.

Висновки 1. Препарат “Лактовіт-форте” позитивно впливає на мікробіоценоз товстої кишки у хворих на цукровий діабет типу 2. 2. Нормалізація порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих на цукровий діабет за допомогою препарату “Лактовіт-форте” позитивно впливає на клінічно-лабораторні показники перебігу захворювання.

Гляйх Л.І., Ілюшина А.А.

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ АДРЕНОГЕНІТАЛЬНОГО СИНДРОМУ ТА СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Ілюшина А.А.)

Найчастішою причиною порушень репродуктивної системи у жінок фертильного віку є синдром гіперандрогенії (ГА). В організмі жінки джерелами синтезу андрогенів є стероїдопродукуючі органи - яєчники та наднирники, а також периферичні тканини - жирова, шкіра, м'язи, мозок. В яєчниках андрогени утворюються здебільшого в клітинах внутрішньої оболонки фолікула (тека клітини) під дією лютеїнізуючого гормону гіпофізу та частково - в стромі. В наднирниках місцем синтезу андрогенів є сітчаста зона кори. Основні андрогени яєчників - тестостерон і андростендіон, наднирників - дигідроепіандростерон (Качаліна Т.С., 2004р).

Крім лютеїнізуючого гормону на синтез андрогенів в тека клітинах впливають внутрішньоovarіальні фактори росту: інсуліноподібний фактор росту, епідермальний фактор росту та ін. Останні посилюють синтез андрогенів під дією інсуліну та соматотропного гормону гіпофізу, що зумовлює підвищену секрецію андрогенів при гіперінсулінемії, інсулінорезистентності, ожирінні, а також акромегалії, гіперпролактинемії, яка супроводжується підвищенням соматотропного гормону. В наднирниках регуляція синтезу андрогенів здійснюється адренкортикотропним гормоном гіпофізу. В периферичних тканинах під дією ферменту 5-альфа-редуктази із тестостерону синтезується дигідротестостерон - найактивніший андроген (Роговська С.І., 2000р).

Відповідно, більшість дослідників виділяють наднирникову й яєчникову гіперандрогенії. Зазвичай патологія наднирникових залоз проявляється у вигляді адреногенітального синдрому, що трапляється в 30-50% жінок. Що ж стосується яєчників - то це полікістоз яєчників (зустрічається в 7-10% жінок).

Велике значення в диференційній діагностиці гіперандрогенії має ретельний збір анамнестичних даних, а також ознак у відповідності до того чи іншого синдрому. Такими ознаками є менструальна функція, яка при адреногенітальному синдромі нерегулярна з тенденцією до оліго- й опсоменореї, тоді як при полікістозі характерні оліго-, аменорея, маткові кровотечі. Ступінь гірсутизму в першому випадку виражений, з вугрями, в другому - незначний. Генеративна функція при адреногенітальному характеризується невиношуванням вагітності у I триместрі, вторинним безпліддям, при полікістозі - ановуляція, первинна безплідність. Молочні залози та зовнішні геніталії при патології яєчників нормальні, чого не можна сказати при іншому синдромі: молочні залози гіпопластичні, клітор гіпертрофований, великі соромітні губи збільшені, малі - гіпоплазовані. Морфотип при адреногенітальному синдромі інтерсексуальний, андродний, зріст високий, при полікістозі і-ремінний, зріст часто нижче середнього.

Висновок: Важливим при гіперандрогенії є встановлення його етіології в чому й допомагають правильно зібраний анамнез та огляд хворої. Тому знання диференційно-діагностичних критеріїв найпоширеніших синдромів є запорукою успіху.

Гриців О.М., Лукіянова І.М., Ілюшина А.А.

ВИДОВИЙ СКЛАД ТА ПОПУЛЯЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Ілюшина А.А.)

Актуальність. Частота виявлення метаболічного синдрому (МС) за відповідними критеріями в популяції дорослих становить 25-40% (Власенко Н.В., 2012). Ключовими патогенетичними факторами розвитку МС є порушення харчової поведінки, дисбаланс гормонів травного тракту, функціональний стан печінки, підшлункової залози, порушення мікробної екології товстої кишки, що на сьогоднішній день зустрічається в кожній другій людині. Проте, зміни мікрофлори кишечника при МС вивчено недостатньо.

Тому, метою нашого дослідження було вивчити видовий склад та популяційний рівень порожнинної мікрофлори товстої кишки за умов МС.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 22 хворих на МС (10 чоловіків і 12 жінок) у віці від 48 до 60 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі, та 15 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Крім загальноклінічного, лабораторного та інструментального обстеження всім хворим проведено мікробіологічне дослідження вмісту порожнини товстої кишки з встановленням видового та кількісного складу автохтонних облигатних і факультативних та алохтонних мікроорганізмів. Екологічний стан мікробіоценозу порожнини товстої кишки оцінювали за індексом сталості (С%), показниками частоти виявлення (Рі) та значущості (С) кожного виду. Статистичну обробку результатів досліджень показників мікробіоценозу здійснювали загальноприйнятими методами варіаційної статистики із застосуванням критерію достовірності Стьюдента за спеціальними програмами.

Результати досліджень. У хворих на МС кишковий дисбактеріоз та дисбіоз формується за рахунок елімінації з порожнини товстої кишки біфідобактерій, ентерококів, клостридій та контамінації її патогенними ешерихіями та умовно патогенними ентеробактеріями (цитробактером, ентеробактером, гафніями), стафілококами, пептококом, пептострептококами та дріжджоподібними грибами роду Candida. Аналіз змін видового складу та популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки надав можливість встановити, що у 16 хворих виявлений дисбактеріоз, а у 6 — дисбіоз. Дисбактеріозом I, II і III ступенів страждали по одному хворому, а дисбактеріоз IV ступеня верифікований у 13 (81,3%) хворих. Дисбіоз IV ступеня встановлений у 5 (83,3%) хворих та III ступеня — у одного хворого. Таким чином, дисбактеріоз та дисбіоз IV ступеня встановлений у 18 (82%) хворих, III ступеня — у 2 (9%) хворих, II ступеня — у 1 хворого, I ступеня — у 1 хворого.

Висновки. Отже, метаболічний синдром супроводжується формуванням кишкового дисбактеріозу та дисбіозу IV ступеня у 82% хворих в основному за рахунок елімінації з порожнини товстої кишки біфідобактерій, ентерококів, клостридій та контамінації її патогенними та умовно патогенними мікроорганізмами.

Жиряда Н.Я., Іринчина К.А., Волошин В.В.

ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕПІФІЗА НА ПОКАЗНИКИ ФІБРИНОЛІТИЧНИХ І ПРОТЕОЛІТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ТКАНИНАХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ РІЗНОЇ СТАТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фізіології

(науковий керівник - к.мед.н. Ясінська О.В.)

Типовим проявом органного реагування на зміни режиму освітлення є опосередкована через вплив мелатоніну структурна перебудова та зміна функціональної активності надниркових залоз, як ключового виконавчого органа гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що проявляється змінами біологічних реакцій у тканинах наднирників, зокрема, тканинного фібринолізу та протеолізу. Однак, доступні нам дані літератури не дають можливості скласти цілісне уявлення про особливості впливу різної тривалості фотоперіоду на показники цих процесів у тканинах надниркових залоз статевонезрілих щурів різної статі.

Метою даного дослідження є вивчення статевих особливостей фібринолітичних і протеолітичних процесів у тканинах надниркових залоз статевонезрілих щурів за зміненої тривалості фотоперіоду.

Експериментальні дослідження виконані на 23 статевонезрілих самцях та 30 статевонезрілих самиць щурів. Застосовували моделювання різних варіантів мелатонінпродукувальної функції епіфіза шляхом зміни тривалості фотоперіоду: природного освітлення (контроль), постійного освітлення (гіпофункція епіфіза) та постійної повної темряви (гіперфункція епіфіза). У тканинах наднирників визначали сумарну (СФА), ферментативну (ФФА) та неферментативну фібринолітичну (НФА) активність за лізисом азофібрину, протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу.

За різної тривалості фотоперіоду фібринолітична активність та процеси протеолізу у тканинах надниркових залоз статевонезрілих щурів обох статей зазнають вірогідних змін. Так, значних змін процеси протеолізу у тканинах надниркових залоз статевонезрілих самців зазнали за постійного освітлення, особливо щодо високомолекулярних білків, а у самиць – щодо низькомолекулярних білків, що може свідчити про вразливість білкових молекул за дії постійного освітлення, яке веде до значної окислювальної модифікації білків з подальшим їх протеолітичним елімінуванням. Виявлене виражене зростання СФА в тканинах надниркових залоз за умов постійного освітлення у тварин обох статей зумовлене вірогідним підвищенням ФФА за одночасного зростання інтенсивності НФА. За постійної темряви у тварин обох статей спостерігалися подібні зміни показників протеолізу: лізис колагену вірогідно знижувався порівняно з контролем, а лізис високомолекулярних білків був таким же високим, як і за постійного освітлення. За постійної темряви сумарна фібринолітична активність у наднирниках і самців, і самиць рівномірно знижувалася, як порівняно з контролем, так і порівняно з умовами постійного освітлення.

Виявлені нами статеві відмінності у реагуванні показників тканинного протеолізу й фібринолізу у надниркових залозах за різних режимів освітлення у статевонезрілих тварин свідчать про генетично-зумовлені особливості взаємодії між ключовими органами нейро-ендокринного регулювання адаптаційного процесу, пов'язані, ймовірно, з різним біологічним призначенням особин різної статі.

Захарук Х.М., Петрик І.В., Абрамова Н.О., Іллюшина А.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ОБМІНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ В СИРОВАТЦІ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Актуальність. Важливою медико-соціальною проблемою сучасності є ожиріння, адже поширеність його стрімко зростає. Ця проблема вражає близько 30% дорослого населення планети. Для ожиріння характерним є зростання експресії цитокінів, що спричиняють ураження ендотелію. Гіперпродукція цитокінів є також причиною порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів із розвитком синдрому "низького трийодтироніну". Тому важливим є вивчення залежності показників функціонального стану ендотелію та метаболізму тиреоїдних гормонів у пацієнтів з ожирінням.

Мета дослідження. Вивчити залежність тиреоїдного забезпечення організму від інтенсивності експресії судинного ендотеліального фактору росту у пацієнтів із ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 16 хворих з ожирінням та 12 практично здорових осіб. Ожиріння встановлювалось у разі зростання індексу маси тіла вище 30 кг/м².

Рівні вільних трийодтироніну (вТ3) та тироксину (вТ4) визначали імуноферментним методом за допомогою наборів фірми "Вектор-Бест". Для оцінки порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів визначався сумарний тиреоїдний індекс (СТІ) (Старкова Н.Т., 1991).

Рівень судинного ендотеліального фактору росту (VEGF) встановлювали імуноферментним методом за допомогою набору фірми «Вектор-Бест».

Результати. У осіб із ожирінням встановлено зниження вТ3 на 26,4%, а також зростання вТ4 на 17,8%. Виявлено зниження співвідношення СТІ на 32,4% (р

Кравцова К.С., Данилюк М.О., Васильєва Л.Я.

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИНОЛІТИЧНИХ І ПРОТЕОЛІТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ТКАНИНАХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ЗА АДАПТАЦІЇ ДО ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фізіології*(науковий керівник - к.мед.н. Ясінська О.В.)*

Одним з універсальних механізмів опосередкування дії зовнішнього середовища на клітину є гіпоксія, яка здійснює як адаптогенний, так і патогенний вплив на різних рівнях організму. Типовим проявом органного реагування на гіпобаричну гіпоксію є структурна перебудова та зміни функціональної активності надниркових залоз, вираженість яких залежить від тривалості дії гіпоксії, віку, статі та факторів зовнішнього середовища. У процесах реагування на різноманітні чинники середовища змінюється характер протеолітичної та фібринолітичної активності у тканинах надниркових залоз. Проте, статеві особливості реагування протеолітичної та фібринолітичної активності у тканинах надниркових залоз статевонезрілих щурів на дію екзогенної гіпоксії залишаються не вивченими.

Метою даного дослідження є вивчення статевих особливостей фібринолітичних і протеолітичних процесів у тканинах надниркових залоз статевонезрілих щурів за дії системної гіпобаричної гіпоксії та зміненого фотоперіоду. Експериментальні дослідження виконані на 24 статевонезрілих самцях та 30 статевонезрілих самицях щурів. Застосовували гіпобаричну гіпоксію, еквівалентну висоті 4000 м над рівнем моря протягом 14 діб по 2 годин щодня за природного та постійного освітлення. У тканинах наднирників визначали стан сумарного, ферментативного і неферментативного фібринолізу за лізисом азофібрину, протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу.

У результаті гіпоксичного впливу фібринолітична активність та процеси протеолізу у тканинах надниркових залоз статевонезрілих щурів обох статей зазнавали вірогідних змін. Моделювання хронічної гіпобаричної гіпоксії за умов природного освітлення у статевонезрілих самців щурів не призвело до значної перебудови характеру процесів протеолізу у тканині надниркових залоз, тоді як застосування гіпоксії на тлі постійного освітлення призвело до значного зростання показників протеолітичної активності тканин надниркових залоз, як порівняно з контролем, так і застосуванням гіпоксії на тлі природного освітлення. У самиць за природного освітлення гіпоксія призвела до вираженого зниження інтенсивності протеолізу, переважно за рахунок низькомолекулярних білків, тоді як за постійного освітлення спостерігається зростання його інтенсивності. Застосування гіпоксії за постійного освітлення виявило протилежний напрямок змін фібринолізу порівняно зі застосуванням гіпоксії за природного освітлення. Такі зміни у тварин обох статей можуть свідчити про більшу пошкоджувальну дію змін режиму освітлення, ніж гіпобаричної гіпоксії при застосуванні таких впливів одночасно.

Виявлені нами статеві відмінності у реагуванні показників тканинного протеолізу й фібринолізу у надниркових залозах у статевонезрілих тварин свідчать про генетично-зумовлені особливості реактивності механізмів реагування організму на дію гіпобаричної гіпоксії та змін фотоперіоду за їх ізольованого та поєданого впливу.

Ключові слова: гіпобарична гіпоксія, фотоперіод, тканинний протеоліз, тканинний фібриноліз, надниркові залози, стать.

Лупашко М.О.

СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ТЕРЕНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Новоселицький медичний коледж, Новоселиця, Україна

ПЦК терапевтичних дисциплін

(науковий керівник - викл. Банар О.О.)

Актуальність роботи. Йододефіцитні захворювання завжди були в центрі уваги науковців та практиків. Дослідження останніх років показали, що епідеміологія йододефіцитної патології значно ширша за райони зобної ендемії. Західні регіони України, а особливо Буковина, є ендемічною зоною з недостатньою кількістю йоду в ґрунті та воді, тому вивчення саме цієї теми, поглиблення знань у цій гільці внутрішніх захворювань має велике значення для нас, жителів Буковини, людей, котрі повинні пропагувати профілактичну спрямованість медицини, а також збільшувати ранню діагностику захворювань щитоподібної залози.

Метою роботи було вивчення ефективності диспансеризації хворих із тиреоїдною патологією в Новоселицькому районі Чернівецької області. Дослідницька робота розпочата у 2001 році. Стан захворюваності щитоподібної залози вивчався за даними сільських амбулаторій району.

Результати роботи. Вивчаючи розповсюдженість патології щитоподібної залози серед населення сіл Новоселицького району, ми щорічно спостерігаємо поступове збільшення кількості хворих на дифузний токсичний зоб II-III ступеня. Порівнюючи динаміку захворюваності в Новоселицькому районі та інших районах Чернівецької області спостерігалось рівномірність коливань захворюваності на дифузний зоб I ступеня, гіпотиреоз та аутоімунний тиреоїдит, порівняно низькі показники розповсюдженості дифузного зобу II-III ступенів та тиреотоксикозу в Новоселицькому районі на відміну від інших районів області.

Висновки. Отже, отримані результати дають підставу стверджувати про необхідність удосконалення профілактичної роботи серед населення нашого регіону та створення санітарно-просвітницьких «пам'яток» із подальшим використанням їх у пропагандивній роботі студентів.

Yakymyuk A., Marchuk Y.

NEW ASPECTS IN DIAGNOSTICS OF CHOLELITHIASIS BY PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS COMBINED WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Clinical Immunology, Allergy and Endocrinology
(scientific advisor - Ph.D. Pashkovska N.)

Taking into consideration the great importance of metabolism disorders by diabetes mellitus and cholelithiasis, it is of great value the investigation of interrelations of these pathological processes.

The aim of our investigation was to establish peculiarities of phase data disorders of bile by patients with chronic acalculous cholecystitis combined with diabetes mellitus type 2. There were used such methods of investigation: clinical, biochemical, instrumental, micro-, macroscopic, statistical.

Material and methods. Detailed clinical investigation was carried out with 30 patients with chronic acalculous cholecystitis combined with diabetes mellitus type 2 (1st main group), 30 patients with chronic acalculous cholecystitis (2nd group) and 10 almost healthy patients.

Results. Comparative investigations of statistic, correlative and fractal parameters, which characterized phase distributions in laser images of bile specimens of patients with chronic cholecystitis combined with diabetes mellitus have given further results.

From achieved data from laser images of bile by patients of all groups and healthy people we could say that the most informative diagnostic value data for revealing gallstone disease were dispersion, asymmetry, excess, which characterized phase allocation.

There were defined further diapason changes statistic moments of 1-4 order of laser images of bile between group of healthy people and investigated groups of patients: dispersion (increase in 1,5-2,1), asymmetry (increased in 3-16), excess (increased in 3-12).

The usage of statistic analysis of phase distribution in laser images of bile by different diseases makes possible differentiation of bile peculiarities by patients with combined pathology.

Conclusions: 1. There is proposed model of formation of phase distribution in images of bile layers like process of coordinate modulation of laser ionization by bile liquid-crystal formations. There are analyzed different variants of transformation the last in firm-crystals (calculi). 2. There is shown, that the most informative for early revealing of cholelithiasis are dispersion, asymmetry, excess, which characterize phase distribution of laser image of bile. The usage of statistic analysis of phase images of bile by different types pathology make possible differentiation of bile changes in patients with combined pathology.

Клицунова Ю.А., Мартыненко А.В., Демиденко Н.О.

ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕЙРОПАТИИ

ГУ "ЗМАПО МЗ Украины", Запорожье, Украина
Кафедра общей практик-семейной медицины
(научный руководитель - д.мед.н. Кошля В.И.)

Цель: выявить зависимость снижения variability ритма сердца и кардиоваскулярных проб для диагностики диабетической кардиальной вегетативной нейропатии (ДКВН) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы. Для диагностики ДКВН мы проводили анализ variability ритма сердца на аппаратно-компьютерном комплексе «DiaCard» Solvaig (Украина). Обследовалось 46 человек с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2); среди них 27 женщин и 19 мужчин, средний возраст – (63,8±5,5) лет, а длительность диабета – (9,7±7,1) лет; группу сравнения составили 30 пациентов в возрасте (61,4±8,7) год. Данным больным на фоне кардиоинтервалографии были проведены пять стандартных кардиоваскулярных проб по Ewing.

Результаты. Диагноз ДКВН выставлен нами 11 пациентам. У больных с ДКВН по сравнению с пациентами без ДКВН и пациентам из группы контроля наблюдалась тенденция к учащению ритма сердца: средняя ЧСС=110,5±3,5 против 87,7±1,6 и 87,7±6,5 (p<0,001). Происходит существенное снижение парасимпатических влияний и рост роли симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции ритма сердца. Показатели, характеризующие вегетативную регуляцию деятельности сердечно-сосудистой системы, оказались ниже у больных СД 2-го типа с ДКВН по сравнению с больными без ДКВН и пациентов из группы контроля: SDNN=0,025±0,003, против 0,061±0,004 и 0,057±0,007 (p<0,001); RMSSD=7,5±1,2 мс против 43,7±4,0 мс и 43,0±8,7 мс (p<0,001); pNN50=0% против 18,9±2,5% и 23,9±7,6% (p<0,001); вариационный размах = 0,065±0,010 с против 0,256±0,016 с и 0,292±0,040 с (p<0,001); триангулярный индекс = 3,3±0,3 против 9,6±0,5 и 10,2±1,2 (p<0,001). Соответственно были снижены показатели проб, оценивающие парасимпатический отдел: тест «глубокое дыхание» = 1,20±0,03 против 1,57±0,03 и 1,57±0,08; тест «30:15» = 1,23±0,04 против 1,43±0,02 и 1,54±0,08; проба Вальсальвы = 1,48±0,08 против 2,02±0,08 и 1,94±0,10 (p<0,001). Не получено статистически значимых различий в результатах проб на поражение симпатической нервной системы (тест Шелонга и проба с изометрической нагрузкой) между пациентами с СД 2-го типа, имеющими ДКВН, пациентами без ДКВН и пациентами группы контроля. При анализе спектральных характеристик отмечено снижение общей мощности спектра = 119,2±24,9 мс² против 1738,2±283,8 мс² и 2476,7±819,2 мс² (p<0,001); рост соотношения LF/HF = 0,95±0,18 против 0,29±0,03 и 0,20±0,04 (p<0,001) что отражает парасимпатическую денервацию. При активном ортостазе у пациентов с ДКВН степень участия симпатической нервной системы значительно превышает таковую у пациентов без ДКВН и пациентов группы контроля, свидетельствуя о высокой напряженности регуляторных механизмов.

Заключение. Таким образом, ДКВН у пациентов с СД 2 типа можно диагностировать при помощи кардиоинтервалографии с определением показателей variability ритма сердца и проведением кардиоваскулярных проб.

Рахманов К.Э., Гозибеков Ж.И., Саидмурадov К.Б., Холбутаев О.И.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - к.мед.н. Бабажанов А.С.)

Материалы исследования. Проведен факторный анализ результатов хирургического лечения 278 больных с образованиями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ с 2006 по 2013 год.

Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу.

Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 (2,5%) пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 (28,8%) больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли щитовидной железы, их количество составило 190 (67,6%) пациентов.

Технические сложности были у 47 больных с увеличением щитовидной железы IV – V степени (по О.В. Николаеву) с гиперстеническим телосложением, где длительность операции превышал на 1 – 1,5 часа.

Результаты. Проанализированы следующие факторы, которые повлияли на результат операции: опыт хирурга, телосложение больного, функциональное состояние, патоморфологическая форма и степень увеличения щитовидной железы. Частота осложнений на щитовидной железе во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством операции выполняемых им в год. Транзиторный парез возвратного нерва и гипопаратиреоз наблюдали у 5 (1,8%) и у 3 (1,1%) больных соответственно. У 1 (0,3%) больного неадекватно скорректированного гипертиреоидного статуса до операции произошел тиреотоксический криз в раннем послеоперационном периоде, который благоприятно купировался консервативно.

В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных, легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6, средней степени тяжести гипотиреоз у 8, гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3). У 2 (0,7%) больных гиперстеников с узловыми образованиями щитовидной железы IV – V степени наблюдали рецидив узлового зоба в течении 3 лет.

Свідрак І.М., Гуленко О.С., Білоус І.І.

"СТЕАТЕЛЬ" В ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ ГЕПАТОПАТІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Павлович Л.Б.)

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) супроводжується формуванням уражень печінки, з яких найпоширенішим є жирова дистрофія печінки. З усіх випадків гістологічно підтвердженого жирового гепатозу 1/3 викликана ЦД. "Стеатель" - це препарат, що містить левокарнітин, який полегшує надходження жирних кислот у мітохондрії, надаючи субстрат для окиснення і утворення енергії. Розвиток стеатозу пов'язують з карнітиновою недостатністю.

Мета. Вивчити ефективність препарату "Стеатель" у лікуванні хворих на цукровий діабет із діабетичною гепатопатією.

Матеріали та методи. З метою вивчення ефективності препарату "Стеатель" обстежено 46 хворих на ЦД типу 2 (20 чоловіків та 26 жінок), які 4 тижні отримували його. Середній вік хворих становив 52,4 + 2,1 роки (від 44 до 58 років). Середній індекс маси тіла 28,4 + 1,6 кг/м² (від 26,2 до 32,4 кг/м²). ЦД середнього ступеня тяжкості спостерігався у 38 хворих, тяжкого – у 8. "Стеатель" приймали внутрішньо за 30 хв до їди. Препарат призначали у початковій дозі 1 г на добу (10 мл), поступово підвищуючи дозу до 30 мл на добу, розділених на 3 прийоми. Хворим проводили клінічні та біохімічні дослідження з визначенням основних показників обміну, УЗД органів черевної порожнини.

Результати досліджень. На початку лікування хворі скаржилися на загальну слабкість, зниження працездатності. Тяжкість у правому підребер'ї відмічали 62,4 + 8,2%, гіркоту у роті 82,4 + 7,6%, порушення сну, дратівливість 74,4 + 6,8%. Під час обстеження у 9 (19,6%) хворих відмічалась субіктеричність склер. Під час пальпації живота виявили чутливість у правому підребер'ї у всіх хворих, печінка у 12 пацієнтів (26%) була більшою краю реберної дуги, у 36 (78,3%) на 1-2 см нижче від краю реберної дуги. Динаміку клінічних проявів оцінювали під час лікування через 1, 2, 3 і 4 тижні від його початку. Під час прийому препарату в кінці першого тижня лікування у 86,4 + 1,5% зменшився больовий синдром, через 2 тижні – у 91,4 + 5,4% диспепсичний синдром, через 3 тижні – астено-невротичний синдром, через 4 тижні зникла субіктеричність склер. Під впливом "Стеатель" зменшився цитолітичний синдром. Через місяць лікування знизились рівні АЛТ, АСТ, ГГТП. Тимолова проба до і після лікування була в межах норми. Рівень білірубину в межах норми визначався у 40 осіб, незначно підвищений – у 6 хворих. Після закінчення лікування рівень білірубину нормалізувався у 4 зі 6 хворих. Під час УЗД у хворих спостерігалось підвищення ехогенності тканини печінки, деяке збільшення її розмірів. Після курсу лікування розміри печінки зменшилися у 20 хворих з 36.

Висновки: 1. "Стеатель" позитивно впливає на функції печінки, зменшує показники цитолітичного синдрому. 2. Місячний курс лікування "Стеатель" у хворих на ЦД з діабетичною гепатопатією сприяє швидкому усуненню диспепсичного та астено-невротичного синдромів.

Сирота К.А., Сирота Б.В., Коваль Г.Д.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ НА ВМІСТ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1В, ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН - А І ТРАНСФОРМУВАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ - В У КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Коваль Г.Д.)

Метою дослідження було встановити вплив лікування з використанням пробіотиків на вміст цитокінів у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) з порушенням мікробіоценозу кишечника.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилися хворі на ХОЗЛ та супутнім дисбактеріозом кишечника III-IV ступенів. Пацієнти були розділені на три групи: перша група склали 23 хворих, що отримували стандартне лікування (група порівняння); другу групу - 17 осіб, яким у комплексі лікувальних засобів призначали біфі-форм; третю групу склали 20 хворих, які в комплексному лікуванні отримували біоспорин. Контрольну групу склали 12 практично здорових осіб. Показники другої та третьої груп порівнювали з такими у першій групі. Всім пацієнтам до та після проведеного лікування проводилося дослідження мікробіоценозу кишечника та визначення рівнів цитокінів у сироватці крові: інтерлейкіну-1β (ІЛ1β), фактора некрозу пухлин-α (ФНП-α) та трансформувального фактора росту-β (ТФР-β).

Результати. У пацієнтів, які в комплексному лікуванні отримували біфі-форм, вміст у крові ІЛ-1β зменшувався на 28,7%, концентрація ТФР-β - в 1,9 рази, але обидва показники були більшими за контроль - відповідно на 29,4 і 35,6%. Плазматичний рівень ФНП-α залишався сталим і був вищим за такий в осіб контрольної групи на 80,1%. Нормалізації рівня у крові прозапальних цитокінів не відбувалося й у хворих третьої групи, хоча включення до лікувального комплексу біоспорину знижувало плазмову концентрацію ІЛ-1β на 21,6%. Вміст у плазмі крові ТФР-β зменшувався в 2,2 рази і не відрізнявся від контрольних величин.

Висновки. Стандартна терапія хворих на ХОЗЛ із супутнім дисбактеріозом III-IV ступенів дещо зменшує концентрації у плазмі крові ІЛ-1β і ФНП-α, але не впливає на рівень ТФР-β. Включення до комплексного лікування біфі-форму сприяє зменшенню вмісту в крові ІЛ-1β і ТФР-β, однак не змінює концентрацію ФНП-α. Призначення пацієнтам з порушенням мікробіоценозу кишечника біоспорину також знижує плазматичний рівень ІЛ-1β, нормалізує концентрацію ТФР-β, але не викликає вірогідних змін вмісту в крові ФНП-α.

Москалюк І.І., Совінська В.Ю.

ДИНАМІКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБА ЗІ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Федів О.І.)

Підвищена цікавість до проблеми захворювань щитоподібної залози за останні роки обумовлена її невинною поширеністю серед населення України. У структурі тиреоїдної патології основне місце належить захворюванням, що супроводжуються тиреотоксикозом. Особливої уваги заслуговує зв'язок між активністю щитоподібної залози та функцією вегетативної нервової системи. Це підтверджується тим, що симптоматика захворювань щитоподібної залози багато в чому обумовлена саме вегетативним дисбалансом. Відомо, що вегетативна нервова система також відіграє провідну роль у регуляції функцій органів травлення.

Метою дослідження було вивчення вегетативного статусу у 56 хворих на токсичні форми зоба, серед яких виявлено 20 пацієнтів з синдромом подразненого кишечника (СПК) з перевагою проносів, 18 - з СПК з перевагою закрепів. Усім хворим було проведено комплексне обстеження, яке включало збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження. Згідно розробленої методики фоноентерографії та клінічних даних хворих розділено на 3 групи. До першої групи увійшло 20 хворих з тиреотоксикозом та СПК з перевагою проносів, до другої - 18 пацієнтів із перевагою закрепів, до третьої групи - 18 обстежених із тиреотоксикозом без клінічно-інструментальних ознак порушення моторно-евакуаторної функції кишечника.

Для оцінки вегетативного статусу нами проведено дослідження варіабельності серцевого ритму та індексу Кердо у виділених групах хворих.

Проведені дослідження виявили, що у всіх хворих має місце вегетативний дисбаланс у бік переваги симпатичної нервової системи, при чому найбільш значні зміни спостерігались у хворих 2-ї групи.

Пацієнтам 1-ї та 2-ї груп до базового лікування додано метеоспазміл (1 капсула тричі на добу) та карведилол (12,5 мг 1 раз на добу). Через два тижні лікування здійснена клінічна та інструментальна оцінка моторно-евакуаторної функції кишечника та вегетативного статусу. Встановлено, що у всіх хворих відбулася нормалізація як функції кишечника, так і вегетативного балансу.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про наявність вегетативного дисбалансу у пацієнтів на тиреотоксикоз, у т.ч. із СПК, та позитивний вплив метеоспазмилу та карведилолу на нормалізацію вегетативного статусу та моторно-евакуаторної функції кишечника.

Топорівська О.В., Топорівська І.В., Ковалик Т.І.

ОЖИРІННЯ - ФАКТОР РИЗИКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Масляк В.А.)

Вступ. Гестаційний цукровий діабет (ЦД) - це порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, що виникає під час вагітності і зникає після пологів (протягом перших 2 тижнів післяпологового періоду, але зрідка затягується до 6 тижнів) та є одним із ускладнень вагітності, яке може призвести до невиношування, розвитку фетопатій і розглядається як схильність жінки до цукрового діабету 2-го типу.

Варто зазначити, що гестаційний ЦД в анамнезі розглядається як «тривожний дзвіночок» щодо схильності жінки до цукрового діабету 2-го типу, або навіть, як стан явного передіабету, навіть якщо після пологів параметри вуглеводного обміну у жінки повернулися до норми і ніяких ознак патології виявити не вдається. Незаперечним залишається той факт, порушення вуглеводного метаболізму, яке виникло чи вперше виявлене під час вагітності, має позначатися як гестаційний діабет, і лише після пологів цей діагноз може бути ретроспективно переглянутий.

Збільшенню ризику розвитку репродуктивних порушень у вагітних сприяє надлишкова маса тіла, за якої має місце інсулінорезистентність. Про тісний взаємозв'язок кількості жирової тканини та функціонування репродуктивної системи свідчить той факт, що маса тіла є одним з критичних чинників, які регулюють статевий розвиток.

Вивчення поширеності гестаційного діабету, особливостей його перебігу при надлишковій масі тіла, удосконалення критеріїв діагностики та пошуки шляхів корекції вуглеводного обміну залишається актуальним.

Матеріали і методи. Нами було проведено скринінгове тестування серед вагітних мешканок м.Чернівці на ЦД.

Результати. Із 311 вагітних жінок, що виявилися скринінгпозитивними, 74 (23,8%) жінок мали надлишкову вагу, у 20 (6,5%) - діагностовано ожиріння. Результати трьохгодинного перорального діагностичного тесту толерантності до глюкози виявили у 27 (8,8%) вагітних гестаційний ЦД. Встановлено, що серед вагітних з гестаційним ЦД 7 (26%) мали надлишкову масу тіла, а 9 (35%) - ожиріння, у 11 (39%) індекс маси тіла був у межах норми. У вагітних з надлишковою вагою та ожирінням рівень глікозильованого гемоглобіну склав 6,6%, а у жінок з нормальним індексом маси тіла - 5,3%.

Висновки. Дослідження встановило, що одним з важливих чинників ризику гестаційного діабету є надлишкова вага і ожиріння, які проявляються надлишковим накопиченням жирової тканини й є наслідком дисбалансу споживання та витрати енергії, а визначення рівня глікозильованого гемоглобіну та проведення трьохгодинного глюкозотолерантного тесту є одним з критерієм його діагностики.

Усиков А.С.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА ПАРАМЕТРЫ М-ОТВЕТА СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ БЕЛЫХ КРЫС

Донецкий национальный университет, Донецк, Украина

кафедра физиологии человека и животных

(научный руководитель - к.мед.н. Труш В.В.)

Известно, что естественный или ятрогенный гиперкортицизм зачастую сопровождаются определенными расстройствами со стороны нервно-мышечной системы, обусловленными негативным влиянием избыточных концентраций глюкокортикоидов на скелетные мышечные волокна и нервно-мышечные синапсы. Вместе с тем, выраженность патологических изменений в скелетной мускулатуре зависит не только от длительности и тяжести гиперкортицизма, но и от возраста и пола животных, метаболического профиля скелетных мышц и ряда других обстоятельств. Одним из адекватных методов выявления ранних нервно-мышечных расстройств, возникающих еще до развития выраженных функциональных изменений, служит электромиография. В связи отмеченным, целью настоящей работы явилось исследование с помощью электромиографии в условиях *in situ* динамики изменений некоторых параметров М-ответа передней большеберцовой мышцы белых крыс при длительном введении терапевтических доз дексаметазона (0,25 мг/кг, внутривенно, через день на протяжении от 10 до 60 дней).

Установлено, что изолированное применение дексаметазона сопровождалось удлинением латентного периода М-ответа мышцы в динамике ее непрямої електрической стимуляции ($P < 0,05$) с частотой 4 имп/с (спустя 20-60 дней введения препарата) и относительно контроля ($P < 0,05$, спустя 30-50 дней введения препарата), снижением амплитуды М-ответов ($P < 0,05$, спустя 20-50 дней введения дексаметазона) и выраженным декрементом амплитуды 5-го М-ответа относительно 1-го ($P < 0,05$, спустя 20-60 дней введения дексаметазона), укорочением длительности М-ответов ($P < 0,05$, спустя 30-40 дней введения препарата) и увеличением доли полифазных потенциалов (до 82% по окончании 2-х месячного периода введения препарата). Эти изменения свидетельствуют в пользу возможного удлинения синаптической задержки или времени генерации потенциалов действия мышечными волокнами, снижения надежности синаптической передачи и развития миопатических изменений в исследуемой мышце. По окончании 2-х месячного периода введения дексаметазона латентный период и амплитуда М-ответа возвращались к уровню контроля, тогда как частота полифазных потенциалов оставалась увеличенной, а надежность синаптической передачи - сниженной.

Федоряк Д.В.

ОСОБЛИВОСТІ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ АЛЮМІНІЄВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Актуальність проблеми. Останнім часом особлива увага науковців присвячена токсичним властивостям алюмінію, що, з одного боку, зумовлено широким застосуванням цього металу у побуті, харчовій промисловості, медицині і сільському господарстві, з іншого – наявністю регіонів (у т.ч. у Чернівецькій області), з високим рівнем рухомого алюмінію в ґрунтах. При цьому навіть незначний пресинг антропогенного алюмінію на організм може спричинити вихід сумарної дози даного чинника за верхню межу толерантності.

Важливу роль у механізмах інтоксикації алюмінієм відіграють його конкурентні стосунки із залізом, селеном, міддю, цинком та марганцем, які за умов надлишку цього металу витісняються з ряду металопротеїнів. До останніх відносяться тиреоїдна пероксидаза, ферменти родини дейодиназ та глутатіонпероксидаза, що беруть участь у забезпеченні тиреоїдного гомеостазу.

Метою роботи було встановити особливості показників тиреоїдного гомеостазу у щурів за умов хронічної алюмінієвої інтоксикації.

Матеріал і методи. Самцям статевозрілих білих щурів (n=16) внутрішньошлунково через зонд вводився хлорид алюмінію з розрахунку 200 мг/кг впродовж 14 днів. Контрольну групу склало 12 інтактних тварин. Функціональний стан щитоподібної залози вивчали шляхом визначення вмісту вільних трийодтироніну (вТ3), тироксину (вТ4) та тиреотропного гормону (ТТГ) в сироватці крові імуноферментним методом на аналізаторі імуноферментних реакцій «Уніплан». Обчислювали коефіцієнти вТ3/вТ4, ТТГ/вТ4, ТТГ/вТ3, тиреоїдний індекс (ТІ). Периферичну активність тиреоїдних гормонів оцінювали за допомогою сумарного тиреоїдного індексу (СТІ).

Результати дослідження. У щурів дослідної групи встановлено вірогідне зменшення вмісту в сироватці крові вТ3 на 19,3% (P<0,05) порівняно з контрольною групою без статистично значущих змін показника вТ4. При цьому рівень ТТГ вірогідно зростав на 49,6% (P<0,05).

Зареєстровано вірогідне збільшення коефіцієнта ТТГ/вТ3 на 71,1% (P<0,01) на тлі зменшення коефіцієнта вТ3/вТ4 на 27,2% (P<0,05) та СТІ на 17,2% (P<0,05) порівняно з інтактними тваринами.

На нашу думку, зазначені зміни можуть бути пов'язані із порушенням активності ферментів, що беруть участь у метаболізмі гормонів щитоподібної залози, зокрема селенозалежних дейодиназ та глутатіонпероксидази,

Висновок. Отримані результати вказують на пригнічення функції щитоподібної залози та порушення периферичного метаболізму тиреоїдних гормонів (конверсії малоактивного вТ4 у активний вТ3) за умов хронічної алюмінієвої інтоксикації.



Загальна і медична психологія та педагогіка

**General and clinical psychology
and pedagogy**

Korotash I.F., Slyvka N.O., Rybak O.Y.

STUDYING UKRAINIAN AS A FOREIGN LANGUAGE

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of nursing

(scientific advisor - M.D. Slyvka N.O.)

Background. According to the modern requirements, medical universities of Ukraine teach their foreign students predominantly in English, as it is an official language in scientific world. However, communication with patients, as well as everyday communication, can't be carried out in English, because the vast majority of ordinary Ukrainian citizens don't speak it. Therefore, mastering spoken Ukrainian is a significant problem for foreign students.

Aim. The aim of our research was to identify, which factors cause most difficulties in studying Ukrainian language for foreign students.

Materials and methods. In the design of our research we used questionnaire with 7 most important factors. The responders were asked to evaluate each of these factors in 4-points scale. In the passport part of the questionnaire we included information about gender, nationality, year of studying and age of responders. Total number of interviewed students was 138. Among them: 20 1st year students, 26 2nd year students, 27 3rd year students, 21 4th year students, 23 5th year students and 21 6th year students; 46 women and 92 men; 52 Africans and 86 Indians; average age was $23 \pm 5,5$ years.

Results. As it was expected, the most difficulties experienced the 1st year students (100%). 39,8% of responders experienced moderate difficulties in studying Ukrainian, 34,8% – found it very difficult and only 24,6 % considered it normal. This percentage tightly correlates with nationality ($r=0,675$) ($p<0,05$), and it occurred, that Indian students cope with studying Ukrainian much easier than other nationalities – 74,4% of Indian responders belong to the 3rd group of difficulty and only 4,6% - to the 1st group. It is interesting, that boys of all nationalities tend to learn Ukrainian easier, than girls.

It is strangely, but Cyrillic alphabet was not the most difficult factor for students of foreign countries, as we could expect – only 10% of responders evaluated it with 4 points. It is also very interesting, that 84,8% responders considered nonverbal and paraverbal factors as most difficult for understanding and learning. The second most difficult factor in studying Ukrainian was, of course, grammar (64,5% responders) and a lot of specific words (42,8%). Verbal factors and word order in the sentence were coming next (34,8%).

Conclusions. The result of this research found out, that it is not enough to learn only words and grammar to study Ukrainian language. Social and cultural education of foreigners seems also very important, as it helps to adapt theoretical knowledge and to upgrade their speaking skills. That's why studying Ukrainian culture, history and mentality should be included into educational program of international students.

Rybak O.Y., Slyvka N.O., Korotash I.F.

THE INCIDENCE OF CYBER ADDICTION IN STUDENTS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of nursing

(scientific advisor - M.D. Slyvka N.O.)

Background. Recent studies suggest that social networks are more difficult to resist than cigarettes, alcohol or drugs. Cyber addiction (CA) usually refers to compulsive behavior that leads to negative effects, but main reasons making the person addicted are still not clear for today. That is why we were interested, how do the studying conditions of students affect their Cyber addiction

Material and Methods. We examined and interviewed 300 students: group 1 - medical students ($n=100$), group 2 – economics students ($n=100$), group 3 – philosophy students ($n=100$). To reveal CA we used Internet Addiction test and self created questionnaire.

Results and Discussion. 70% of responders from group 1 have demonstrated low level of Cyber addiction, 22% - medium level and only 8% were highly addicted ($p<0.05$). In group 2 low addiction was revealed in 45%, medium – in 40%, high – in 15% of responders ($p<0.05$). Group 3 has shown the low addiction in 35%, medium – in 43%, high – in 22% of responders ($p<0.05$). Analysis of variations detected a strong direct correlation between the level of CA and the type of student's professional direction.

Conclusion. The lowest level of CA was registered in medical students. This fact could be explained with high studying load in medical university. Besides, medical profession is socially oriented, and students are getting nice communicative skills during their studying. The highest level of Cyber addiction was among philosophy students, what could be explained with a large amount of free time and small fraction of social interactions in their profession.

Ільченко М.М.

ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ ПІДЛІТКІВ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Осипенко В.А.)

Однією з найбільш важких ендокринних патологій є цукровий діабет. Роль психічного параметру (стресу) у виникненні цукрового діабету є в даний час доведеною. Ще в 1674 році Т.Вілі вказав на зв'язок діабету з "широсердечними" переживаннями, підкресливши той факт, що появі цукрового діабету нерідко передують "тривале засмучення". Патологія ендокринної системи займає одне з перших місць у структурі загальної захворюваності дитячого населення в цілому, та підлітків зокрема.

Метою нашого дослідження є вивчення особистісних змін підлітків з ендокринною патологією. Зміни особистості при важких соматичних захворюваннях розглядаються як новотвори, що виникають у період кризи розвитку.

Більшість медиків розділялася точка зору про те, що гостра емоційна травма або тривалий психологічний стрес можуть лише виявити латентний діабет, перевівши його в клінічний стан. У літературі здійснено аналіз особистісних особливостей хворих на діабет, що виявляються ще до маніфестації захворювання. Крайнім вираженням поглядів про характерологічну своєрідність цих хворих є концепція "специфічної особистості" у психосоматичній школі W.C. Menninger, яка вказує на той факт, що хворі на цукровий діабет володіють особливою особистісною структурою, що відрізняє їх як від хворих з іншими хронічними захворюваннями, так і від здорових людей. F. Alexander вважав, що цукровий діабет характеризується не типом особистості, а типовою конфліктною ситуацією, ядром емоційного конфлікту, що і визначає соматичні особливості при цьому захворюванні. У хворих на діабет описувалися такі риси як егоцентризм, дратівливість, примхливість і нестриманість. Досить типовим, з погляду H. Bruch для підлітків, що страждають на діабет, є obsesивно-компульсивні якості. Крім того, багато дослідників відзначали, що діти із цукровим діабетом до захворювання відрізнялись підвищеною сумлінністю, серйозністю, відсутністю дитячої безтурботності (S. Andeisova). У них часто відзначаються порушення контактів із дорослими, конфлікти з родичами. M. Bleuler, у цілому заперечуючи особливий тип особистості, схильної до цукрового діабету, відзначав, що "ці діти і підлітки виглядають як чуттєві, замкнуті, складні для розуміння шизоїди", у той час як "ті, що занедажують у зрілому віці відрізняються рисами циклоїдності та синтонності". Соматичний статус дітей визначали на основі аналізу даних медичних карток, історій хвороби, експертних оцінок лікарів і педіатрів. У роботі використовувались наступні методики: опитувальник міні-мульти (скорочений варіант мінесотського багаторівневого переліку MMPI), опитувальник Басса-Даркі.

Відмічено, що у період загострення хронічного захворювання рівень агресивності значно підвищується. Встановлено залежність клініко-параклінічної симптоматики, від ступенів тривожності та характеру перебігу патології. Центральним психічним мотивом є "зрушення мети на мотив".

Самець О.І.

ДІЯЛЬНІСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕОРІЇ ОСОБИСТОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - к.мед.н. Тимофієва М.П.)

Проблема діяльності органічно пов'язана з проблемою особистості та свідомості. Особистість формується і виявляється в діяльності. Діяльність визначає особистість, але особистість обирає ту діяльність, яка визначає її розвиток. Під час діяльності людина взаємодіє з навколишнім світом, і цей процес не пасивний, а активний і керований свідомістю.

Мета нашого дослідження – це визначення особливості діяльнісного підходу в теоріях особистості. Завдання: охарактеризувати діяльнісний підхід в теоріях особистості; проаналізувати теорії Л.С. Виготського, С.Л. Рубінштейна, О.М. Леонтьєва, Б.Г. Ананьєва, Г.С. Костюка у визначенні особистості.

За Л.С. Виготським, основою особистості є самосвідомість людини, що виникає саме в перехідний період підліткового віку. Поведінка стає поведінкою для себе, людина усвідомлює себе як певну єдність. Цей момент являє собою центральний пункт перехідного віку. Психологічні процеси у підлітка набувають особистісного характеру. На основі самоусвідомлення особистості, оволодіння психологічними процесами для себе підліток піднімається на вищий ступінь керування внутрішніми операціями. Він відчуває себе джерелом власного руху, приписує власним учинкам особистісний характер

Леонтьєвим О.М. була створена теорія діяльності, в якій вчений виходив з положення, що діяльність утілюється у своєму продукті. Відбувається начебто "опредметнювання" тих уявлень, які її спонукають і регулюють. Таким чином, у продукті діяльності ці уявлення набувають нової форми. На підставі цього положення О.М. Леонтьєв доходить висновку, що, взаємодіючи з предметами реального світу, які створені людською культурою протягом її історії, індивід засвоює (привласнює) "опредметнену" психологічну реальність. Це й становить процес його психічного розвитку.

Згідно з уявленнями О.М. Леонтьєва, до структури діяльності входять такі компоненти: потреби, мотиви, завдання, дії та операції. Він зазначав, що діяльність містить три мікроструктури і блоки: перший пов'язаний з мотивами, другий - з метою, третій - з операціями.

До структури особистості, за Л.С. Рубінштейном, звичайно входять і пізнавальні процеси, без яких неможливі діяльність і поведінка людини. Багатоплановість, цілісність психічного устрою особистості зберігаються завдяки взаємозв'язку всіх його властивостей і тенденцій.

Скоропляс С.В.

ОСОБИСТІСНА РЕФЛЕКСІЯ У ФОРМУВАННІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - к.філ.н. Тимофієва М.П.)

Однією з важливих умов сучасності є розкриття потенціалу майбутнього фахівця шляхом побудови рефлексивно-освітньої діяльності. В її межах відбуватимуться зміни у психо-духовному світі особистості, що спонукає до прискореного розвитку її рефлексивного мислення і свідомості.

Роль, місце та значення особистісної рефлексії у формуванні майбутнього фахівця важко переоцінити – вона багатогранна. Може проявлятися в самокритичності як себе, так і своєї праці, в аналізі того що коїться, прогнозуванні та антиципації, пошуку цілей і смислу життя, критичності мислення тощо.

Метою нашого дослідження є вивчення специфіки основних аспектів рефлексії і можливості її використання на практиці. Для досягнення поставленої мети нами вирішується задача: провести аналіз досліджень рефлексії у вітчизняній психології.

Проблемі рефлексії та рефлексивності як властивості особистості належить одне з провідних місць у сучасній психологічній науці, яка має декілька основних підходів:

1) класичний, системно-діяльнісний, розглядає рефлексію у якості одного з пояснювальних принципів організації розвитку психіки індивіда, перш за все, її вищої форми – самосвідомості; 2) когнітивний - мотивація до пізнання; 3) аксіологічний, робить акцент на ціннісній орієнтації, зміст життя, саморозвиток.

Однією з засад нашого концептуального дослідження є диференціація понятійних визначень особистісної рефлексії. Її можна класифікувати за видами (ретроспективна, перспективна, ситуативна); рівнями (операційний, тактичний, стратегічний); властивостями (осмисленість, організованість, обґрунтованість) та компонентами (афективний, когнітивний, регулятивний).

Для розвитку у студентів мотивації до навчання, творчого мислення і культури розумової праці, необхідно розробляти психолого-педагогічні засоби, як для спрямованої активізації якогось одного з цих типів рефлексії, так і для культивування всіх їх одночасно для того, щоб оптимізувати їх взаємодію.

Отже, ми вважаємо за доцільне досліджувати особливості рефлексії професійної діяльності студента-медика, тому що сформованість у фахівця здатності до професійного рефлексування визначає значною мірою рівень професійного мислення фахівця, його особистісне та професійне зростання.



Імунологія та алергологія

Immunology and Allergology

Антофійчук Т.М.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ПРИ ПОЛІНОЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Каспрук Н.М.)

Поліноз - захворювання, частота якого в загальній популяції становить 10-40% з тенденцією до зростання. Метою дослідження була оцінка ефективності різної кількості курсів специфічної імунотерапії (СІТ) за допомогою аналізу динаміки рівнів цитокінів у хворих із сенсibiliзацією до пилоквих алергенів.

Під нашим спостереженням перебували 15 хворих на поліноз віком від 18 до 53 років, яким було проведено передсезонну СІТ етіологічно-значущими алергенами за стандартною схемою. Встановили динаміку рівня цитокінів - маркерів активності Th2/Th1-відповіді в сироватці крові хворих, за умови застосування різної кількості курсів СІТ, що допомагає спланувати їх потрібну кількість. Раніше в обстежених хворих було виявлено сенсibiliзацію до різних груп пилоквих алергенів за допомогою стандартних алергенів виробництва ТОВ «Імунолог» (м.Вінниця, Україна) та виявлення специфічних IgE (компанія «Сінево»).

За результатами дослідження та встановлено, що у хворих на поліноз після СІТ відбувалося вірогідне зниження вмісту в сироватці крові прозапальних IL-4 і IL-5 ($p < 0,001$), підвищення продукції протизапальних IL-12 і INF- γ ($p < 0,001$), а також тенденція до зниження вмісту IL-10 ($p > 0,36$). При аналізі впливу різної кількості курсів СІТ встановлено, що найкраща динаміка показників цитокінового профілю спостерігається після 3-го курсу СІТ. Динаміка вмісту досліджуваних цитокінів підтверджує факт перемикання імунної відповіді з алергічного Th2- на Th1-шлях реагування.

Висновки. Під впливом СІТ спостерігається позитивна динаміка алергологічного статусу хворих на поліноз, що проявляється в динаміці результатів шкірних проб, зниженні загального IgE та зменшенні спектру алергенів, до яких виявляється підвищена чутливість. Для визначення потрібної кількості курсів СІТ доцільно визначити в сироватці крові вміст цитокіни - маркери спрямованості Th2/Th1-відповіді. Вірогідне перемикання відповіді з Th2 на Th1-клітини (маркер нормалізації загальної імунореактивності) починається після третього курсу передсезонної СІТ причинно-значущими алергенами.

Макарчук В.А., Мартинюк К.С.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯВІРУСНИМ СИНДРОМОМ ВТОМЛЮВАНOSTІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Коваль Г.Д.)

Актуальність. Синдром хронічної втоми (СХВ) - хвороба, що отримала найбільше поширення у цивілізованих країнах. Жінки в чотири рази більше схильні до розвитку цього захворювання. Синдром характеризується тривалою втомою, яка не усувається навіть після тривалого відпочинку. Сприяючими факторами є: неблагополучна санітарно-екологічна обстановка, хронічні захворювання, в тому числі і вірусні інфекції.

Мета дослідження. Дослідити кількісні та якісні показники Т-клітинної ланки системи імунітету у хворих на післявірусний синдром втоми.

Матеріал і методи. Проведено клінічне та лабораторне обстеження 11 пацієнтів із СХВ у віці від 17 до 58 років (середній вік 35 років), серед яких 6 жінок та 5 чоловіків. Контрольну групу склали 11 практично здорових осіб, відповідних за віком та статтю.

Всі пацієнти скаржилися на виражену загальну слабкість і втомлюваність, що зберігається тривалий час і не минає після нічного відпочинку, поганий поверхневий сон, сонливість удень, мінливий настрій, дифузний біль у м'язах та суглобах, періодичне підвищення температури невідомої етіології, зниження пам'яті. В анамнезі у хворих відмічаються повторні ГРВІ, тонзиліт, бронхіт та інші захворювання.

У пацієнтів чітко вимальовувався комплекс симптомів інфекційного синдрому, що розвивалися на фоні ряду деяких захворювань, які супроводжувалися порушеннями клініко-лабораторних та імунологічних показників.

У всіх пацієнтів було отримано позитивні результати на віруси герпетичної групи (віруси простого герпесу I та II типу, вірус Епштейн-Барра, цитомегаловірус, вірус герпесу 6-го типу в зішкрібах ротової порожнини методом якісної та кількісної полімеразної ланцюгової реакції).

Після клінічно-лабораторного обстеження всім пацієнтам було проведено комплексне імунологічне дослідження методом проточної лазерної флуориметрії. Для оцінки клітинного імунітету використовували наступні показники: Т-лімфоцити (TCD3+), відносна кількість цитолітичних Т-лімфоцитів (TCD3+CD16/56+), відносна кількість активованих Т-лімфоцитів (TCD3+HLA-DR+), Т-хелпери (TCD3+CD4+), відносна кількість активованих Т-хелперів (TCD3+CD4+HLA-DR+), Т-цитотоксичні лімфоцити (TCD3+CD8+), відносна кількість активованих Т-цитотоксичних лімфоцитів (TCD3+CD8+HLA-DR+), співвідношення TCD3+CD4+/TCD3+CD8+.

Результати дослідження та їх обговорення: При аналізі імунограм дослідної та контрольної груп було виявлено недостатність клітинної ланки імунітету: зниження Т-лімфоцитів (CD3+), Т-хелперів (CD3+CD4+); зниження відносної кількості активованих Т-лімфоцитів (CD3+CD8+HLA-DR+), імунорегуляторного індексу (CD3+CD4+/CD3+CD8+), а також підвищення показника цитолітичних Т-лімфоцитів (CD3+CD16/56+).

Висновки: у пацієнтів із післявірусним синдромом втоми виявляються зміни показників клітинної ланки системи імунітету переважно за рахунок зниження абсолютної та відносної кількості TCD3+CD4+; TCD3+CD8+HLA-DR+, а також підвищення TCD3+CD16/56+.

Мартинюк К.С., Макачук В.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОЇ, ФАГОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ТА ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯВІРУСНИМ СИНДРОМОМ ВТОМЛЮВАНOSTI

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Коваль Г.Д.)

Актуальність. Синдром хронічної втоми (СХВ) - хвороба, що отримала найбільше поширення у цивілізованих країнах. Виділяють есенціальний та післявірусний синдром втоми. Серед вірусних інфекцій, що асоціюються з цим захворюванням найчастіше виділяють Епштейн-Барр вірус (ЕБВ), вірус герпесу (ВГ) 6-го типу. Сприяючими факторами є: неблагополучна санітарно-екологічна обстановка, хронічні захворювання, в тому числі і вірусні інфекції. Згідно сучасних уявлень, ведучим фактором в патогенезі післявірусного синдрому втоми вважається імунна недостатність.

Мета дослідження. Дослідити стан гуморальної ланки системи імунітету, стану НК-клітин та фагоцитарних показників у хворих на післявірусний синдром втоми

Матеріал і методи. Проведено клінічне та лабораторне обстеження 13 пацієнтів із СХВ у віці від 17 до 58 років (середній вік 35 років). Розподіл за статтю: жінок 6, чоловіків 5. Контрольну групу склали 11 практично здорових осіб, відповідних за віком та статтю.

Всі пацієнти скаржилися на виражену загальну слабкість і втомлюваність, що зберігається тривалий час і не минає після нічного відпочинку, поганий поверхневий сон, сонливість удень, мінливий настрій, дифузний біль у м'язах, періодичне підвищення температури невідомої етіології, зниження пам'яті. В анамнезі у хворих відмічаються повторні ГРВІ, тонзиліти, бронхіт та інші захворювання.

У пацієнтів чітко вимальовувався комплекс симптомів інфекційного синдрому, що розвивалися на тлі ряду деяких захворювань, які супроводжувалися порушеннями клінічно-лабораторних та імунологічних показників.

У всіх пацієнтів було отримано позитивні результати на віруси герпетичної групи (ВГП I, II тип, ЕБВ, цитомегаловірус, ВГ 6-го типу в зішкрібах ротової порожнини методом якісної та кількісної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Було проведено комплексне імунологічне дослідження периферичної крові. Оцінку імунного статусу проводили за такими показниками: В-лімфоцити (CD19+), IgA, IgM, IgG, активність комплементу, циркулюючі імунні комплекси, НК-клітини (CD3-CD16/56+), абсолютна кількість фагоцитуючих клітин, активність фагоцитозу, інтенсивність фагоцитозу, НСТ-тест спонтанний, НСТ-тест стимульований. Визначення кількості клітин проводилося методом проточної лазерної флуориметрії.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі імунограм дослідної та контрольної груп було виявлено зниження фагоцитарної активності, а саме зниження таких показників: активності фагоцитозу; абсолютної кількості фагоцитуючих клітин. Також спостерігалася незначне збільшення IgG, та зниження НК-клітин.

Висновки: у пацієнтів із післявірусним синдромом втоми виявляються зміни показників системи імунітету переважно за рахунок недостатності фагоцитарної активності, послаблення функції НК-клітин та дисімуноглобулінемії.

Ілюшина А.А., Познякевич Б.Р., Слижук О.І., Горбулевич Х.П., Мартинюк Т.М.

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ДИСБАКТЕРІОЗУ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Актуальність. Зміни з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є одними з характерних клінічних проявів тиреотоксикозу. Проте численні клінічні дослідження вказують тільки на часткове усунення клінічних ознак дисфункції ШКТ після компенсації функціональних порушень щитоподібної залози. Літературні ж дані стосовно дисбіотичних змін у кишечнику при функціональних порушеннях щитоподібної залози носять характер припущень. Відповідно не розроблені ефективні заходи корекції кишкового дисбактеріозу при дифузному токсичному зобі (ДТЗ).

Метою дослідження було дослідити вплив пробіотиків на зміни мікрофлори кишечника у хворих на ДТЗ. З метою адекватної корекції дисбіотичних порушень при дисфункції щитоподібної залози ми вирішили застосувати пробіотик «Ротабіотик» ("Кенді Фарма", Болгарія).

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 25 хворих на ДТЗ після проведеної на фоні лікування мерказолілом бактеріотерапії пробіотиком «Ротабіотик». «Ротабіотик», хворим на ДТЗ, призначали по 1 капсулі 3 рази на добу (через 30 хв після прийому їжі) при дисбактеріозі I-II ступеня та по 2 капсули 3 рази на добу при дисбактеріозі III-IV ступеня впродовж 14-15 днів.

Результати дослідження. Застосування даного пробіотику в комплексному лікуванні хворих на ДТЗ призводило до нормалізації мікроекології порожнини товстої кишки лише у 16,1%, а покращувало мікробіоценоз кишечника у 83,9%. Крім того, у 32,3% хворих зберігався дисбактеріоз I ступеня, у 41,9% хворих - дисбактеріоз II ступеня та у 9,7% хворих - III ступеня. Таким чином, результати проведених досліджень показали, що призначення пробіотику «Ротабіотик» протягом 14-15 днів у хворих на ДТЗ, в яких сформувалася кишковий дисбактеріоз, сприяє відновленню основних кількісних та якісних показників облігатних анаеробних і аеробних бактерій та зменшенню умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів.

Рудик Н.В.

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Каспрук Н.М.)

Актуальність теми. У зв'язку з екологічним забрудненням довкілля за останні 10-15 років суттєво збільшилася розповсюдженість серед мешканців України порушень функціонування імунної системи, що клінічно дебютує, насамперед, синдромом хронічної втоми (СХВ), який нерідко супроводжує хронічну патологію дихальної системи.

Завданням дослідження було проаналізувати зміни імунореактивності у хворих на хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) із наявністю СХВ.

Предмет дослідження - 30 хворих на ХОБ у стадії загострення з наявністю СХВ (I група) і 26 хворих на ХОБ у стадії загострення без СХВ (II група). Серед обстежених було 26 (46,4%) жінок та 30 (53,6%) чоловіків, середній вік жінок становив $56,4 \pm 7,2$ року, чоловіків — $59 \pm 6,8$ року. Серед обстежених були пацієнти з ХОЗЛ II та III стадій. ХОЗЛ II стадії встановлено у 44,6% хворих, 55,4% хворих мали ХОЗЛ III стадії. Серед супутньої патології найчастіше діагностовано: ІХС — у 23,2%, цукровий діабет — у 12,2% хворих.

При дослідженні функції зовнішнього дихання порушення за обструктивним типом були зафіксовані в усіх обстежених хворих. Емфізема легень спостерігалася у 9 пацієнтів (16,1%), пневмосклероз у 8 (14,3%). При бронхоскопічному дослідженні в хворих на ХОБ дифузійний катаральний ендобронхіт виявлявся в I та II групах - 15 (50%) та 7 (26,9%) відповідно, гнійний – 8 (26,7%) та 14 (53,9%).

Методи дослідження – клінічні, загальнолабораторні (клінічний аналіз крові та сечі), імунологічні (кількість CD3+, CD4+, CD8+, IgA, вміст ЦІК).

Результати дослідження. Індивідуальний аналіз імунограм дозволив встановити наявність прямої кореляції між ступенем вираженості клінічної симптоматики ХОБ і СХВ та клітинної недостатності. Клінічна картина у пацієнтів з ХОБ у стадії загострення та СХВ супроводжувалася Т-лімфопенією ($48,2 \pm 1,6$; N $69,9 \pm 2,2$) та зниженням індексу імунореактивності CD4/CD8 у середньому на 30% ($1,42 \pm 0,03$; N $2,03 \pm 0,05$). Рівень ЦІК в сироватці крові був підвищений в першій групі – на 52% ($2,86 \pm 0,12$; N $1,88 \pm 0,03$). Натомість у пацієнтів II-ї групи вміст Т-лімфоцитів залишався у межах норми, а індекс імунореактивності був знижений в середньому на 5%.

В обох групах обстежених хворих виявлено зміни з боку концентрації імуноглобулінів. Рівень IgA в першій та другій групах змінювався різноспрямовано: так, в першій групі сумарно відмічалася зниження концентрації Ig A (в середньому $37,6\% - 0,62 \pm 0,11$ г/л; N $1,65 \pm 0,14$ г/л), в другій групі – збільшення даного показника (в середньому на $63,2\% - 1,04$ г/л N $1,65 \pm 0,14$ г/л).

Висновки. У обстежених хворих на ХОБ з наявністю СХВ виявляються чітко виражені порушення імунологічних показників, зокрема, помірна Т-лімфопенія, дисбаланс основних регуляторних субпопуляцій за рахунок зниження рівня Т-хелперів (CD4+), зростання рівня ЦІК, зменшення концентрації IgA.



Інфекційні хвороби

Infectious Diseases

Agyarko R.R., Adjei B.T.

CONTEMPORARY EPIDEMIOLOGY AND EVALUATION OF DIFFERENT CONTROL MEASURES OF PARASITIC INVASION CAUSED BY PLASMODIUM

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine,

Department of Infectious Diseases and Epidemiology

(scientific advisor - Ph.D. Sydoruk A. Ph.D. Sorokhan V.)

Actuality. There are 109 countries with status "endemic", 45 of them – African. Annually 300-350 mln of new cases are registered, 3 mln with deadly outcome. Clinical consequences of infection vary greatly. Disease manifestations range from asymptomatic parasitemia to life-threatening cerebral coma. High risk groups include young children, pregnant women, HIV-infected patients, and non-immune adults (travelers).

Aim of research includes the analysis of contemporary epidemiology with purpose to estimate the different anti-epidemic measures for control of Plasmodium invasion.

Material and methods. We analyzed the literature data according to indexes typical for Plasmodium invasion as well as the efficacy of anti-epidemic measures in focus.

Results. Nowadays WHO provided the Program on Elimination of malaria in European region till 2015 that aimed four main phases.

Anti-epidemic methods used to prevent the spread of disease, or to protect individuals in areas where malaria is endemic, include prophylactic drugs, mosquito eradication, and the prevention of mosquito bites.

Modern drugs used preventively include mefloquine (Lariam), doxycycline (available generically), and the combination of atovaquone and proguanil hydrochloride (Malarone).

Mosquito nets help keep mosquitoes away from people, and thus greatly reduce the infection and transmission of malaria.

Vaccines for malaria are under development, with no completely effective vaccine yet available. Pre-erythrocytic vaccines (vaccines that target the parasite before it reaches the blood), in particular vaccines based on circumsporozoite protein (CSP), make up the largest group of research for the malaria vaccine.

Conclusion. Thus, prophylactic drugs, mosquito eradication, and the prevention of mosquito bites are the basis of anti-malaria strategy. Education can also inform people to cover over areas of stagnant, still water e.g. Water Tanks which are ideal breeding grounds for the parasite and mosquito, thus cutting down the risk of the transmission between people. The most effective now is anti-malarial medications for chemoprophylaxis, but simultaneously combination of all anti-epidemic measures could really prevent the invasion by Plasmodium even like exotic infectious disease (travelers to endemic Sub-Saharan African countries).

Omari P.S., Oliynyk Y.V.

BOTULISM: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF DIFFERENT TYPES AND POSSIBLE DIAGNOSTICS PITFALLS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Infectious Diseases and Epidemiology

(scientific advisor - Ph.D. Sydoruk A.)

Actuality. Botulism is an acute infectious disease and serious neurologic disorder that causes potentially life-threatening neuromuscular paralysis due to a neurotoxin produced by *Clostridium botulinum*. The toxin binds irreversibly to the presynaptic membranes of peripheral neuromuscular and autonomic nerve junctions. Toxin binding blocks acetylcholine releases, resulting in weakness, flaccid paralysis, and, often, respiratory arrest. Three main clinical types of botulism include infant botulism, foodborne botulism, and wound botulism. The number of cases of food borne and infant botulism has changed little in recent years, but wound botulism has increased because of the use of black tar heroin. Additionally, because of the potency of the toxin, the possibility of botulism as a bioterrorism agent or biological agent or biological weapon is a great concern.

Aim is to analyse the data about clinical and epidemiological peculiarities of foodborne, wound and infant botulism as well as pointed at possible diagnostics pitfalls in routine clinical practice of physicians.

Material and methods. Epidemiologic method (description variant with analysis of single sporadic cases of the disease, including reviewing of 7 medical history cards of patients that were hospitalized at the Department of Infectious Diseases of Municipal Clinical Hospital of Chernovtsy (Bukovina, Ukraine).

Results. During the period from 2009 to 2011 there was a slight decrease in the incidence of botulism, according to the Ministry of Health of Ukraine: in 2009, 123 cases of botulism were diagnosed, of which 7 people died; in 2010 – 84 cases, 2 people died and in 2011 – 83 cases, 3 people died.

At Infectious Department of Municipal Clinical Hospital in 2009 were hospitalized 6 people, in 2010 – 3, in 2011 – 6 persons, in 2012 – none, and in 2013 – three patients with botulism. In Chernivtsi region over the past 5 years were reported 18 patients (1.9 per 100 000 populations).

Pitfalls in the diagnosis observed, despite the well-defined clinical manifestations of the disease, which generally characterized by a paralytic syndrome in different parts of the nervous system.

Clinically defined next important clinical syndromes: ophthalmoplegic, nasoplegic, faryngoplegic and laryngoplegic syndrome up to aphonia. These syndromes are the earliest and manifest in disease, since they are associated with lesions of the cranial nerves. In practice, diagnostics pitfalls of botulism are often caused by just underestimate these syndromes.

Conclusion. We hope that the data from the peculiarities of botulism will help to prevent diagnostic pitfalls, timely diagnosis and treatment of dangerous infectious disease.

Васкул Н.Я.

ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - викл. Баланюк І.В.)

На сьогодні вакцинація - це риса сучасного світу, досягнення сучасної науки та медицини. Вакцини щорічно рятують 3 млн дітей і в 750 тисяч попереджають виникнення важких ускладнень інфекційних захворювань - сліпоти, розумової відсталості, паралічів. Кількість інфекцій, проти яких створюють вакцини, постійно збільшується, що дозволяє наводити ще оптимістичніші показники врятованих, і, за останніми даними, вже існують вакцини, які можуть попередити розвиток 60 інфекційних захворювань. Практика вакцинації існує в усьому світі, і чим більш цивілізована країна, тим ширший перелік обов'язкових щеплень.

Слід сказати, що щеплення є необхідними не тільки для дітей, для яких розроблений графік щеплень відповідно до віку, але й для дорослих, у яких, згідно з проведеними дослідженнями, якраз і реєструється найнижчий рівень захисних антитіл до таких інфекцій, як дифтерія, кір. Крім цього, існує ряд щеплень, які не є обов'язковими, проте є бажаними і рекомендованими для певної людини. Це залежить від стану її здоров'я, професії, соціальних та побутових умов. Наприклад, для працівників дитячих установ, які часто і тривало хворіють, рекомендовано імунопрофілактичне щорічне щеплення проти грипу; для медиків та пацієнтів, які потребують частих медичних маніпуляцій - проти гепатиту В, для пацієнтів з патологією імунної системи, для яких інфекції є особливо небезпечними, - проти пневмококової, менінгококової інфекції тощо.

Звісно, щоб вакцинація була успішною і безпечною, необхідні певні умови, а зокрема - якісна вакцина, яку зберігали з дотриманням правил "холодового ланцюга", правильне проведення вакцинації, адекватний стан імунної системи, відсутність гострих інфекційних процесів. Звичайно, в окремих випадках можливі поствакцинальні реакції. В будь-якому випадку, ризик поствакцинальних реакцій і ускладнень незрівнянно нижчий за ризик, на який ми наражаємо своє здоров'я і життя, залишаючись незахищеними перед справжньою грізною небезпечкою - інфекціями.

В даний час навколо вакцинації точиться велика кількість розмов і обговорень, на жаль, не завжди на професійному рівні. Необрнтовані та мало професійні коментарі негативізують ставлення населення до вакцинації, викликаючи часті відмови та відстрочення проведення щеплень. Негативні наслідки та побічні дії після щеплення значно перебільшуються, і часто вакцинація необрнтовано вважається причиною появи тієї чи іншої хвороби в майбутньому. Вакцинація - це благо цивілізації, свідчення науково-технічного прогресу, відмовлятися від неї безглуздо і небезпечно.

Гебура М.М.

ВАКЦИНАЦІЯ – СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - викл. Соколенко М.О.)

Щороку в осінньо-зимовий період стає актуальною проблема попередження гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) та, особливо, грипу. Висока сприйнятливість до цієї хвороби зумовлена мінливістю поверхневих антигенів вірусу грипу - гемаглютиніну (Н) та нейрамінідази (N). Після перенесеної хвороби залишається імунітет тільки до того штаму вірусу, яким переохворіла людина. Тому існує велика вірогідність захворіти на грип при контакт з новим штамом. Епідемії грипу супроводжуються високою летальністю, особливо у осіб старше 65 років і дітей раннього віку, в тому числі першого року життя. Причиною смерті є не сам грип, а викликані ним ускладнення (до 70-75% випадків), перш за все з боку бронхолегеневої та серцево-судинної систем. Найбільш ефективним та науково обрнтованим методом специфічної профілактики грипу є вакцинація.

Епідемічний сезон грипу та ГРВІ 2012-2013 років як в Україні так і в Чернівецькій області характеризувався помірною інтенсивністю. За період з жовтня 2012 року по травень 2013 року на грип та ГРВІ захворіло 94 875 осіб, що становило 10,5% від усього населення області. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у епідемічному сезоні 2013-2014 років в Україні прогнозується переважна циркуляція вірусів грипу A/California/7/2009(H1N1) – подібний pdm09, A/H3N2/Victoria/361/2011b та B/Massachusetts/2/2012. Штамовий склад вакцин, які пропонуються до застосування в епідемічному сезоні 2013-2014 років різниться від минулого сезону тільки штамом В. У минулому сезоні застосовувався вірус грипу штам В/Wisconsin, у епідемічному сезоні 2013-2014 років – штам B/Massachusetts. В Україні на даний час дозволені до застосування чотири вакцини для профілактики грипу, із оновленим штамовим складом, відповідним прогнозам ВООЗ.

Доведено, що розвиток імунного захисту починається з 2-го дня після вакцинації, і досягає максимуму протягом 2-3 тижнів, тому рекомендується робити щеплення ще до початку епідемічного сезону. Нещодавне дослідження показало, що ефективність вакцин становить більше 60%, в залежності від індивідуальних особливостей організму. Як показала оцінка профілактичного ефекту вакцинації проти грипу, серед щеплених дітей захворюваність не перевищувала 8%, тоді як у нещеплених склала 33,9%. Серед вакцинованих дорослих людей в наступні шість місяців грип розвинувся в 6% випадків, тоді як у нещеплених - у 23,5%. Також вакцинація проти грипу сприяє не тільки захисту від самого грипу, а й призводить до зниження частоти приєднання інших ГРВІ. Так, серед вакцинованих дітей і дорослих ГРВІ були зареєстровані відповідно у 57% і 85% випадків. При проведенні повторної щорічної вакцинації в дорослих колективах у період чергового підйому респіраторної інфекційної захворюваності отримано достовірне зниження захворюваності у вісім разів. Особливо важливою вакцинація є для представників груп ризику, оскільки вона значно збільшує шанси цих людей відвернути смертельні наслідки хвороби.

Гуцуляк А.В.

МЕХАНІЗМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ПРИНЦИПИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - викл. Соколенко М.О.)

Особливістю сучасного етапу пандемії ВІЛ-інфекції є суттєве збільшення кількості випадків інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) жінок репродуктивного віку та вагітних, що викликає цілий комплекс проблем, які пов'язані зі здоров'ям дітей, яких вони народили. Тому запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини є пріоритетним завданням системи охорони здоров'я всіх країн світу й України зокрема.

Багато факторів відіграють роль в передачі ВІЛ від матері до дитини, моніторинг та вивчення яких призвело до розвитку успішних стратегій профілактики перинатального інфікування. Передача ВІЛ може здійснюватись внутрішньоутробно (трансплацентарне інфікування може відбутись у будь-який термін гестації), під час пологів (прямий контакт новонародженого з секретами статевих органів та кров'ю матері) та при грудному вигодовуванні (у грудному молоці ВІЛ-інфікованої жінки зазвичай достатньо вірусу для інфікування дитини). Так, питома вага внутрішньоутробної передачі ВІЛ складає 23-27% випадків, під час пологів – 65-70%, у разі грудного вигодовування 12-20%.

Основними принципами профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ є кваліфікований антенатальний нагляд, призначення антиретровірусної терапії жінці під час вагітності, пологів та новонародженому, безпечне ведення пологів, а також обов'язкова відмова від грудного вигодовування. Для попередження інтранатального ВІЛ-інфікування плода рекомендується розродження шляхом елективного кесаревого розтину на 37-38 тижнях вагітності, що зменшує ризик передачі в 4,8 рази.

Найбільш важливим аспектом профілактики перинатального інфікування ВІЛ є застосування високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ), яка включає прийом 3-ох антиретровірусних препаратів в період вагітності (з 24-26 тижня вагітності зидовудин 300 мг + ламівудин 150 мг + лопінавір/ритонавір 400/100 мг до пологів), під час пологів (при розродженні шляхом кесаревого розтину за 4 години до операції призначають ретровір 300 мг перорально або внутрішньовенно 2 мг/кг ваги в першу годину та 1 мг/кг ваги до перетинання пуповини), а також новонародженому (сироп зидовудину 4 мг/кг двічі на добу протягом 7 днів через 8 годин після народження).

Згідно статистичних даних Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» за період впровадження програми профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні з 2001 р. вдалося майже в 6 разів знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини – з 27,8% у 2001 р. до 4,67% у 2009 р. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у 2010 р. в Україні склав 4,90%, у 2012р. – 5,10%.

Отже, впровадження програми профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини дало можливість не лише знизити ризик такого інфікування, але й змогу ВІЛ-позитивним жінкам народити здорову дитину. Найбільш успішні результати виходять при проведенні цілого комплексу профілактичних заходів, що включають застосування високоактивної антиретровірусної терапії, плановий кесарів розтин, штучне вигодовування.

Захарчук Т.В., Каліновська К.М.

УРАЖЕННЯ ПЛОДА ПРИ TORCH – ІНФЕКЦІЯХ У ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - викл. Баланюк І.В. викл. Бессараб М.Ю.)

Абревіатура Т.о.Р.С.Н. з'явилася з перших букв найбільш небезпечних для плоду інфекцій - Тохопlasma (токсоплазменна інфекція) - Rubella (краснуха) - Cytomegalovirus (цитомегаловірус) - Herpes (герпес). Інфікування в період вагітності зазвичай призводить до її переривання або появи вроджених вад розвитку у плода. Детально зупинимося на вірусі краснухи.

Краснуха – найпоширеніша серед усіх захворювань даної групи. Вірус дуже контагіозний. Чутливість жінок репродуктивного віку до краснухи становить 20%. Під час віремії у матері відбувається трансплацентарне інфікування плода. Вірус уражує епітелій хоріона, кровоносні судини плаценти, ендокард та інші органи плода, в яких інтенсивно розмножується. Інфікування плода в I триместрі в 35% випадків призводить до мимовільного викидня. У 90-100% плодів наявні прояви рубеолярної ембріопатії. Найбільш часто уражені очі, серце, орган слуху, рідше – кісткова система, ЦНС та інші органи. Може траплятися, зокрема, синдром Грега, що характеризується класичною тріадою: глухота, ураження органа зору (мікрофтальм, катаракта, глаукома, ретинопатії), вроджені вади серця (стеноз легеневої артерії, відкрита артеріальна протока, вади дуги аорти). Рубеолярна фетопатія виникає у разі інфікування плода в II – III триместрах вагітності, характеризується гіпотрофією плода, тромбоцитопенічною пурпурою, ураженням печінки (гепатит з осередками некрозу), легенів (інтерстиційна пневмонія), головного мозку (ділянки некротизації, кісти, кальцинати), кісток (явища остеопорозу). Вище перераховані вади часто несумісні з життям.

В зв'язку з високим ризиком виникнення вад, часто несумісних з життям, при інфікуванні вагітних вірусом краснухи показане вирішення питання щодо переривання вагітності. В разі відмови жінки доцільне введення нормального людського імуноглобуліну або імуноглобуліну з високим вмістом антитіл проти краснухи.

Мотовиляк К.Р., Кміть Н.В.

ВІРУС ЕБОЛА - «КОЛЕГА» ВІЛ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - к.мед.н. Баланюк І.В.)

З африканських джунглів вийшов не лише вірус імунодефіциту людини (ВІЛ). Вірус Ебола, подібно до свого «колеги», також, ймовірно, виник не без допомоги наукових досліджень вчених у надрах африканського континенту. Вірус Ебола не поширився в інші куточки планети і є маловідомим, проте, це не робить його менш нешкідливим. Вірус Ебола є одним із найстрашніших субклітинних убивць, з летальністю, що досягає 90%. Існує версія про те, що вірус Ебола подібно до ВІЛ, так само пройшов стадію наукових досліджень, після чого й почався їх кривавий шлях. Так це чи ні, сказати важко. Проте чому ж вірус Ебола не поширився по планеті, як ВІЛ? Лихоманка Ебола не охопила всю земну кулю подібно до СНІДу, бо в цього захворювання практично відсутній безсимптомний період носіння, коли хворий, не знаючи про власну хворобу, тихо поширює її. Людина, інфікована вірусом Ебола, незабаром дізнається про це і, якщо не відбувається щасливих випадковостей, дуже часто швидко гине. На відміну від ВІЛ, який для своєї життєдіяльності використовує ресурси живих клітин імунної системи, вірус Ебола менш вимогливий. Вірус відмінно себе почуває у мертвих тканинах, тому він не розтягує «задоволення» і не церемониться з жертвами. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) вірус Ебола належить до сімейства Filoviridae (філовірусів) і має п'ять різних видів: Заїр, Судан, Кот-Д'Івуар, Бундїбуджіо і Рестон. Як правило, великі спалахи пов'язані з поширенням високопатогенних видів Заїр, Судан і Бундїбуджіо. Останній вид відкритий зовсім недавно і саме з ним пов'язують епідемію, що виникла в 2007 році.

Захворювання, викликане цим вірусом, належить до геморагічних лихоманок і проявляється у деяких випадках як внутрішніми, так і зовнішніми кровотечами. Згідно з інформацією ВООЗ для лихоманки Ебола характерні різка гіпертермія, сильна слабкість, м'язовий і головний біль. Часто все це супроводжується блювотою, діареєю, висипом і порушенням функцій нирок та печінки. Летальність захворювання коливається від 53% до 90%, оскільки подібно до інфекцій, викликаних ВІЛ, ефективного лікування лихоманки Ебола поки не існує.

Дейнека С.О., Пікулович Х.С., Ахтемійчук О.В.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРИП ТА ІНШІ ГОСТРІ
РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ В ЕПІДЕМІЧНИЙ СЕЗОН ЗА 2010-2012 РОКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - викл. Бессараб М.Ю.)

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) впродовж десятиліть залишаються серйозною проблемою суспільства. Епідемічний процес ГРВІ активується в усіх регіонах Земної кулі, зокрема в державах зі стабільною політичною та економічною ситуацією, у зв'язку з їх масовою розповсюдженістю. Вони є найпоширенішими серед хвороб людини. У структурі інфекційної захворюваності майже 75% припадає на ГРВІ. До 90% людей щонайменше один раз на рік хворіє на одну з цих інфекцій. Щороку кожен дорослий хворіє 2 рази на ГРВІ, школяр – 3 рази, діти дошкільного віку – 6-10 разів. У роки епідемій ГРВІ можуть охопити близько 20% населення країни.

Метою нашого дослідження було встановити частоту захворюваності на грип та інші ГРВІ в епідемічний сезон 2011-2012 років.

Рівень захворюваності на грип та ГРВІ в порівнянні з епідсезоном 2011 роком був нижче на 25,3%, зареєстровано 558518 випадків, показник на 100 тис. населення 12247,2 проти 7503267 – 16388,9 в сезон 2010-2011 рр. Відзначається зниження захворюваності серед дітей на 22,7% (3635667 – показник 45427,2 на 100 тис. населення в сезон 2011-2012 рр. проти 4751216 – 58794,0 минулого сезону). Питома вага дітей становить 65,1% від усіх захворілих. Пік захворюваності на грип та ГРВІ припав на 46-48 тиждень 2011 року та на 11-12 тиждень – 2012 р. без перевищення епідемічних порогів, за винятком Луганської області, де відзначається перевищення розрахункового епідпорогу на 5,0% – 15,1%, на 46-48 тиждень 2011 року.

В епідемічний сезон 2011-2012 рр. вакциновано проти грипу 402715 осіб – це 0,88 % від загальної кількості населення України. Незначна кількість проведених щеплень забезпечує лише індивідуальний захист щеплених осіб, проте не забезпечує загальний імунний прошарок населення. В епідемічний сезон 2011-2012 рр. домінували збудники грипу типу А (H3N2). Епідемічна ситуація з грипу та інших ГРВІ залишається контрольованою, показники захворюваності не перевищують епідемічні порогови в жодному регіоні України.

Таким чином, ситуація з приводу захворюваності на грип та інші ГРВІ в епідемічний сезон 2011-2012 рр. істотно зменшилась в порівнянні з 2010 роком. Причинами цього можуть бути проведення вакцинації проти грипу населення України.

Сивокоровська А.С.

ПРОБЛЕМА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В УКРАЇНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - к.мед.н. Голяр О.І.)

Актуальність. Антибіотики вважають найвидатнішим відкриттям у медицині ХХ ст. й універсальною зброєю проти більшості патогенів. Проте, всього через 60 років після Нобелівської премії в галузі медицини, яку першовідкривач пеніциліну Александер Флемінг поділив з колегами Говардом Флорі і Ернестом Чейном, голова Всесвітньої організації охорони здоров'я доктор Маргарет Чен заявила, що світ може бути «на порозі пост-антибіотичної ери».

Мета дослідження: з'ясувати на скільки «критичною» є ситуація щодо антибіотикорезистентності (АР) в Україні.

Матеріали та методи: нами було проведено огляд наукової літератури з метою вивчення питання АР та шляхів її подолання.

Результати дослідження. АР на сьогодні виходить за рамки суто медичної проблеми, має велике соціально-економічне значення і в розвинутих країнах розглядається як загроза національної безпеки. Адже інфекції, викликані резистентними штамми патогенів, характеризуються тяжчим перебігом, частіше потребують госпіталізації хворих, потребують використання резервних препаратів. Розвиток резистентних штамів мікроорганізмів неминуче навіть при призначенні антибактерійних препаратів в терапевтичній дозі. Цьому сприяє багато факторів, серед яких – неадекватний доступ до ліків, неправильна діагностика захворювань, дефіцит об'єктивної інформації про ліки, неконтрольований їх прийом. Провідне місце займає те, що українські лікарі в оцінці резистентності орієнтуються на зарубіжні джерела, оскільки вітчизняна система моніторингу антибіотикорезистентності в Україні відсутня.

Які ж на сьогодні шляхи вирішення проблеми антибіотикорезистентності? Насамперед, це обґрунтоване призначення антибіотиків (АБ) з урахуванням спектру антимікробної активності препаратів *in vitro*, регіонального рівня резистентності до АБ, доказана ефективність в контрольованих клінічних дослідженнях. Ще одною помилкою є вибір режиму дозування АБ, а саме призначення недостатньої чи надлишкової дози. Безумовно, цьому сприяє безрецептурний продаж АБ в аптеках України. Неостанню роль грає соціальна проблема неадекватного доступу до АБ. Бідність пацієнтів чи лікувально-профілактичних закладів, призводить до того, що частіше починають використовувати неякісні або неліцензовані препарати, що обумовлюють швидку селекцію резистентних штамів мікроорганізмів

Сович Х.П.

ГЕНЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РИБАВІРИН-ІНДУКОВАНОЇ ГЕМОЛІТИЧНОЇ АНЕМІЇ В ХОДІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна
інфекційних хвороб*(науковий керівник - д.мед.н. Телегін Д.Є.)*

Актуальність. У численних клінічних дослідженнях відмічається наявність прямої залежності між розвитком гемолітичної рибавірин-індукованої анемії (ГРІА) та вірогідністю досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) при лікуванні хронічного гепатиту С (ХГС). Також встановлено, що запобігати розвитку ГРІА може спадковий дефіцит інозинтрифосфатази (ІТРА). Виходячи з цих положень, нам вдалось логічним дослідити існування зв'язку між спадковим дефіцитом інозинтрифосфатази (ІТРА) та частотою СВВ.

Мета. Довести або заперечити причинно-наслідковий зв'язок між поліморфізмом гену ІТРА і частотою СВВ.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 79 хворих на ХГС, котрі отримували стандартну противірусну терапію, на предмет поліморфізму гену ІТРА шляхом дослідження вільно циркулюючої ДНК сироватки крові після екстракції автоматизованою системою NucliSENS^{easyMag}. Прогностичні фактори були узагальнені з використанням логістичного регресивного аналізу.

Результати. Частота спадкового дефіциту ІТРА серед хворих ХГС становила 44,3%. Саме у цій категорії пацієнтів можна було очікувати ознак резистентності до ГРІА. У решти досліджуваних не було виявлено мінорних алелів, а відтак ризик ГРІА був суттєво вищим. З метою перевірки наших припущень ми оцінили прояви гемолітичної анемії за середніми рівнями зниження гемоглобіну та за зростанням концентрації непрямої фракції білірубіну в сироватці крові в двох групах пацієнтів: перша група – 35 хворих з мінорними алелями ІТРА (А – для rs1127354 і С – для rs7270101) і, відповідно, із спадковим дефіцитом ІТРА; друга група – 44 пацієнти з відсутністю мінорних алелів ІТРА. Ступінь зниження гемоглобіну внаслідок ГРІА виявився суттєво нижчим у пацієнтів із спадковим дефіцитом ІТРА, ніж у хворих без дефіциту. Натомість частота СВВ не залежала від варіанту поліморфізму гену ІТРА.

Висновки. Спадковий дефіцит ІТРА серед хворих ХГС зустрічається в 44,3% випадків. Наявність мінорних алелів А і С в рестрикційних фрагментах rs1127354 і rs7270101 відповідно супроводжується резистентністю до ГРІА. Поліморфізм ІТРА впливає на вираженість ГРІА в ході ПВТ ХГС, проте не впливає на частоту стійкої вірусологічної відповіді. Ступінь ГРІА корелює із частотою СВВ при лікуванні ХГС 1b-генотипу, але не залежить від терміну розвитку анемії.

Джураева К.С., Эрназаров А.М.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ГОРОДЕ САМАРКАНДЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра инфекционных болезней

(научный руководитель - к.мед.н. Абдухамитова М.А.)

Целью наших исследований явились анализ заболеваемости и характеристика некоторых клинико-эпидемиологических показателей у больных вирусным гепатитом В.

Под нашим наблюдением находилось 48 больных ВГВ. Все наблюдаемые больные были распределены на 3 клинические группы: 1-я группа - больные наркоманы (6 чел.), 2-я – больные, злоупотребляющие алкоголем (18 чел.) и 3-я группа – контрольная (больные не употребляющие наркотики и алкоголь – 24 чел.). Среди них мужчин было: 4 (8,3%), 18 (37,5%) и 10 (20%) соответственно клиническим группам. Доля женщин составила: страдающих алкоголизмом женщин не было, в контрольной группе – 14. Среди пациентов преобладали лица от 16 до 25 лет.

Анализ социального состава заболевших показал, что если в контрольной группе преобладали служащие (54,5%) и рабочие (19,3%), в 1-й и во 2-й группах – учащиеся средних специальных учебных заведений (23,2%) и рабочие (40,0%) соответственно. Среди больных ВГВ страдающих алкоголизмом студенты отсутствуют. Среди больных наркоманов наибольший процент (41,8%) лиц без определенных занятий. У подавляющего большинства больных (46,5%) стаж наркомании составляет 2-5 лет. Анализ эпидемиологического анамнеза позволил установить, что в большинстве случаев (80-90%) заражение происходило при парентеральных вмешательствах.

При анализе клинической симптоматики установлено, что резкое снижение работоспособности было характерно во всех наблюдаемых случаях. Однако, такие симптомы как бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, отсутствие аппетита были в большей степени характерны для больных страдающих алкоголизмом (40-70%). Среди больных – наркоманов ведущими симптомами были: общая слабость, недомогание и боли в правом подреберье (100%), тошнота (93,0%), рвота (88,3%), боли в суставах (69,7%), чувство жара (69,0%), отсутствие аппетита (60,4%), озноб (46,0%), адинамия, вялость и заторможенность (32,4%), боли и вздутие в животе (28,0%), кожный зуд (34,8%). Однако у больных контрольной группы и у больных – алкоголиков эти жалобы были минимальными (3-4%).

Таким образом, наши исследования показали, что между отдельными клиническими группами в течение ВГВ имеются существенные различия, которые более выражены среди больных-наркоманов. У них болезнь характеризуется относительно длительной интоксикацией, гепатоспленомегалией, более поздней нормализацией печеночных проб.

Эргашева М.Я., Ярмухамедова Н.А., Хаятова Н.А.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - к.мед.н. Ярмухамедова М.К.)

Проблема энтеровирусных инфекций в настоящее время является актуальной для научно-практического здравоохранения, поскольку они широко распространены как в мире, так и в нашей стране. В последние годы выделяются новые штаммы (68-71), отличающиеся от ранее описанных 67 штаммов. Описываются в литературе новые типы вируса EV 75, 77, 78 (Reina-González G, 2007). На фоне широкого распространения энтеровирусов среди населения и во внешней среде могут возникать, как спорадические случаи заболевания, так и эпидемические вспышки.

Источник инфекции – больной человек и здоровый вирусоноситель. Здоровое вирусоносительство широко распространено среди детей до 5 лет, особенно дошкольного возраста. Чаще встречается бессимптомная инфекция. Циркуляция вируса повышается в летнее-осеннее время. Эпидемические вспышки описаны во многих странах Европы, Америки, на Европейской части и на Дальнем Востоке России, в США, в Японии. В Германии и соседних государствах с июля по октябрь 2001 г. описано 215 случаев асептического менингита, где из исследованных образцов ликвора выявлено: в 16 образцах ЕСНО 30, и в 7 образца - ЕСНО 13. Вспышка была обусловлена водным фактором (Hauri AM, 2005). В Лондоне в 2004 г. из 41 образца ликвора, протестированных на вирусы в 23 случаях были обнаружены ЕСНО вирусы, что составляло более 50% всех вирусных менингитов (Boriskin YS, 2004).

Большое внимание привлекает ЭВ 71 – новый серотип. ЭВ 71 вызвал вспышки нейроинфекций в США, Австралии, Швеции, Японии (1969-1973), Болгарии (1975), Венгрии (1976), Малайзии (1997), Тайване (1998), Сингапуре (1999). В большинстве случаев заболевание протекало с поражением ЦНС в виде асептического серозного менингита. Но в Болгарии параллельно с серозным менингитом (545 случаев) было выявлено 149 случаев паралитического заболевания с летальным исходом у 44 детей, а в Венгрии описано 47 летальных случаев.

В Узбекистане в гг. Ташкент в 1978-1979 г. и Самарканд в 1980 г. была вспышка ЭВИ, вызванная ЭВИ Коксаки А2 и В5, ЕСНО5 и ЕСНО7. На сегодняшний день, в Республике Узбекистан имеются скудные клинико-лабораторные данные о заболеваемости ЭВИ (кроме полиомиелита).

Таким образом, в нашем регионе энтеровирусная инфекция изучена недостаточно. Этиологическая структура различных клинических проявлений энтеровирусной инфекции, лабораторные исследования на современном уровне не расшифрованы.



Кардіологія і ревматологія

Cardiology and Rheumatology

Abram M., Ochisor V., Mihalache G., Grib A.

GLUCOSE METABOLISM FEATURES AND INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME WITH OR WITHOUT CORONARY ARTERY DISEASE

State medical and pharmaceutical university «Nicolae Testemitanu», Kishinev, Moldova

Department of Cardiology

(scientific advisor - prof. Revenco V.)

The purpose of this study was to assess glucose metabolism parameters and insulin resistance (IR) in patients with metabolic syndrome (MS) and stable angina (SAP) vs. patients with MS without SAP.

Material and methods: this study included 122 patients with metabolic syndrome (mean age 54.06 ± 0.86 years). The diagnosis of MS was established according to recent criteria proposed by IDF and AHA/NHLBI in 2009. All patients with MS and clinical signs of SAP undergo bicycle exercise stress test (EST), unless contraindicated. Depending on EST results, there were selected 66 (54.09%) patients with SAP and positive EST (group I) and 56 (45.9%) patients with negative EST (group II, control). Following evaluation included laboratory investigations: fasting plasma glucose (FPG), serum insulin and IR in both groups.

Results: the mean values of FPG in group I patients were 5.61 ± 0.10 mmol/l vs. 5.51 ± 0.25 mmol/l in group II patients ($p < 0.05$). The number of patients who had a FPG > 5.6 mmol/l was 32 (51.61%) in group I vs. 19 (33.93%) in group II ($p > 0.05$). Mean fasting serum insulin level in group I patients was 14.33 ± 0.91 μ U/ml vs. 9.98 ± 0.71 μ U/ml in group II patients ($p < 0.001$). The number of patients with a serum insulin level over 12.2 μ U/ml was 28 (53.85%) in group I patients vs. 11 (26.83%) in group II patients ($p < 0.01$). HOMAIR index had an average value of 3.53 ± 0.23 in group I patients vs. 2.1 ± 0.15 in group II patients, the difference being statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: In patients with metabolic syndrome, those with stable angina had prevalent higher values of fasting plasma glucose, serum insulin and insulin resistance compared with those without stable angina.

Aissaoui A.

THE USE OF TRANS-ESOPHAGEAL ELECTRO-CARDIO STIMULATOR FOR DETERMINATION OF CORONARY RESERVES IN PATIENT WITH NON – Q MYOCARDIAL INFARCTION

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of internal medicine, physical rehabilitation, sports medicine and physical education

(scientific advisor - Ph.D. Polychuk O.)

Introduction: Researchers and practicing physicians have substantial interest to the unsolved problem of the acute so-called "transitional" forms of ischemic heart disease: Acute coronary insufficiency, Non-Q myocardial infarction (MI), unstable angina (UA), important aspect of the problem is the need to improve differential diagnostic means which would provide the possibility of reliable and a timely verification of non-Q MI and UA

The purpose of this study was to investigate changes in coronary flow reserve at patients with different variants of acute stage non-Q MI and their nosology that are masked by non-Q myocardial infarction using trans-esophageal electro-cardio stimulator (CHSES). The study involved 154 patients who were admitted to the cardio-reanimation department with a diagnosis of acute non-Q MI.

The overwhelming majority of patients (95.5%) were presented with pain syndrome of different character and all patients have been observed for ECG repolarization phase changes: negative T wave (46.8%), ST segment depression in combination with a negative T (39.6%), isolated segment depression or elevation ST (13.6%). As a result of an integrated clinical and laboratory examination for 3-5 days of hospitalization the patients were diagnosed with: non-Q myocardial infarction (58 patients, 37.6%), UA (74 patients, 48.1%), essential hypertension (EH) as a hypertensive crises (22 patients, 14.3%), in which all these diagnosis were hidden under the non-Q MI stage emergency.

Conclusion: In all patients who underwent an integrated clinical and laboratory examination which include trans-esophageal electro-cardio stimulation the Termination of stimulation frequency was significantly lower in patients with non-Q myocardial infarction and was 133.1 ± 3.0 imp / min. in the other groups of diagnosed patients with NA or EH which were masked under non-Q MI stage emergency, it was equal to 150.3 ± 1.8 ($p < 0.001$) and 155.2 ± 2.7 ($p < 0.001$) imp / min. The wide limitation of coronary flow reserve at non-Q MI showed as well quantitative indicators of ischemia (number of leads where registered ECG signs of ischemia, depth of depression of ST segment).

Goje R.I., Slyvka N.O.

RISK FACTORS OF SOMATOFORM AUTONOMIC DYSFUNCTION IN STUDENTS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of nursing

(scientific advisor - Ph.D. Slyvka N.)

Introduction. Somatoform autonomic dysfunction (SAD) is a syndrome with variety of origin, disorder of regulation of striated smooth muscle of blood vessels causing violation of body function which then leads to violation of blood pressure (BP). Although SAD is well investigated now, treatment and prophylaxis measures are still not so effective.

The purpose of this research is to identify the risk factors of SAD in BSMU students.

Material and methods. 75 students were examined. We measured their BP in resting condition and after meal by means of sphygmomanometer and stetoscope. We also questioned them about their gender, nationality, study load, regularity of diet and sport activities.

Results. It was observed that out of 75 students 31% were having low BP, 46% - normal BP and 23% - high BP. 90% of low BP patients were females ($r=0.864$), 81% were non-sport, 63% were having irregular diet, 18% had high study load. We revealed that there was no significant statistic correlation between nationality and low BP level ($p>0.05$). In high BP group 99% were Africans, 99% were males, 98% were non-sport, 98 were having irregular diet, 27% had high study load. There is a strong correlation between African nationality and high BP level ($r=0.857$). In normal BP group 69% were Africans, 84% were females, 69% were doing regular sport activity, 61 were having irregular diet, 62% had high study load. There is a direct correlation between regular sport activity and normal BP level ($r=0.678$), between high study load and normal BP level ($r=0.682$).

Conclusions. Africans are more tend to high BP. Female are tend to have low BP. Regular sport activity and high study load maintains normal BP. The irregular diet makes a significant impact on the decreasing of BP.

Manyo G.K., Adjei B.T., Adejor A.O., Malkovych N.M.

USE OF TETRAPLEURA TETRAPTERA (PREKESE) IN TREATMENT OF OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Internal Medicine Propaedeutics

(scientific advisor - Ph.D. Malkovych N.)

Introduction. Arterial hypertension (AH) is becoming a common health problem worldwide with increasing life expectancy and increasing prevalence of risk factors. The treatment of AH in developing countries is unaffordable for the average worker. This is due to the fact that, the lowest treatment pharmacologically is recorded to be 7,5-12% of the monthly income of the average worker in Ghana (ProCor 2009). In effect, it is impossible for a better treatment pharmacologically. On the other hand, a large percentage of the population in Ghana relies on herbal medicines as alternatives to orthodox medicines probably due to the lack of such medicines or for economic reasons (WHO, 2003).

There is therefore the need to ascertain the efficacy and safety of Tetrapleura tetraptera (TT) (prekese) among other medicinal plants used to manage AH in Ghana.

TT is a species of flowering plant in the pea family native to Western Africa. The tree has many uses. Its sweet fragrance is highly valued, its fruit is used to spice dishes, and its bark is used for medicinal purposes. The major constituents are tannins, flavonoids and starch. In West Africa, the plant TT (locally known as Aridan) is used as a spice, a medicine and as a dietary supplement rich in vitamins.

Ojewole and Adesina had in 1983 demonstrated the cardiovascular and neuromuscular actions of the fruit of TT and were able to pin down the chemical components responsible for such activities as Scopoletin, a coumarin which was isolated from the fruit thus validated some of the folkloric uses of the plant. The cardiovascular and neuromuscular actions of scopoletin was investigated in some laboratory animals.

Pharmacological examination through in vitro and in vivo experiments showed that it possessed depressor (hypotensive) effects in anaesthetized rats, produced negative chronotropic and inotropic responses on guinea-pig isolated atria, inhibited acetylcholine-induced contractures of the toad vectrus abdominis muscle, and depressed or abolished electrically-evoked twitches of the chick isolated biventer-cervicis muscle or rat isolated phrenic-nerve hemidiaphragm muscle preparations. The pharmacological actions of scopoletin on the various organ systems examined were resistant to the actions of specific antagonists such as atropine and physostigmine. This showed that scopoletin possesses hypotensive and neuromuscular-blocking activities. Ojewole and Adesina (1983) further reported the isolation of scopoletin and the plausible mechanisms of the hypotensive effect of scopoletin through in vivo and in vitro experiments and thus established that scopoletin produced hypotension in laboratory animals through its smooth muscle relaxant activity by which means it presumably dilates blood vessels and by acting as a non-specific spasmolytic agent like papaverine.

Omer B.M., Hilowle A.M.

EFFECT OF INHIBITOR OF ANGIOTENSIN TRANSFORMING ENZYME ENALAPRIL MALEAT IN TREATMENT OF ISCHEMIC DISEASE OF HEART

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of internal medicine, physical rehabilitation, sports medicine and physical education

(scientific advisor - Ph.D. Grechko S.)

Inhibitors of angiotensin transforming enzyme (ATE) are the preparations of change in medical treatment of patients with chronic heart insufficiency (CHI), as they are not only decrease the clinical manifestations, but increase the length of life, as well. ACE inhibitors are medications that slow (inhibit) the activity of the enzyme ACE, which decreases the production of angiotensin II. As a result, the blood vessels enlarge or dilate, and blood pressure is reduced. This lower blood pressure makes it easier for the heart to pump blood and can improve the function of a failing heart. In addition, the progression of kidney disease due to high blood pressure or diabetes is slowed.

The preparations of inhibitors group (ATE) are used an earlier stage of disease. Including the CHI but with decrease of contracted function of left ventricle of the heart.

The estimation of enalapril effectiveness was realized by means of twin tests use – transesophageal electrocardiostimulation (TEES) and twin stress-echocardiography (EchoCG) examination, that were carried out due generally report of examination. Under condition of use of twin stress tests has been revealed: the action of enalapril was connected with positive changes of coronary reserve. Thus, the frequency of stoppage of TEES, which on the actions of enalapril from 132.4+2.1 to 142.6+2.3 imp/min (p

Sirat I.A.

THE STRESS TEST IS THE BASE OF VERIFICATION OF THE MYOCARDIAL ISCHEMIA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of internal medicine, physical rehabilitation, sports medicine and physical education

(scientific advisor - Ph.D. Grechko S.)

60 patients of 24 to 67 years old (mean age – 44,6+1,9) complaining of thoracic pain with changes in ending part of ventricular complex or rhythm disorders on ECG were observed. 22 of them had stable angina (SA), 19 patients with unstable angina (UA) 23 patients with non-Q-wave myocardial infarction (MI), All patients underwent transoesophageal cardiostimulation (TECS) according to traditional protocol. The stimulation halting frequency and quantity figures of myocardial ischemia were analyzed: total ST segment depression (EST), number of ischemic changed leads (NST) and the average depth of ST segment depression (AST). The average stimulation halting frequency index in none-Q-wave MI patients was 133,9+3,7 imp/min, in UA patients – 138,0+6,4 imp/min (p>0,5) and SA patients – 156,3+2,5 imp/min respectively (p<0,001). EST in female patients with UA was lower (4,65+0,21 mm) in comparison with the figures of myocardial infarction patients – 5,76+0,8 mm (p<0,001). The same difference in male was between the MI – 4,78+0,61 mm and UA – 5,24+0,12 (p>0,05) and significant difference in cases of SA – 2,78+0,47 mm (p>0,05). Similar tendencies were observed in male patients with higher figures. The most significant decrease of EST within SA – 2,39+0,24 mm, less significant in UA patients – 5,45+0,35 mm (p<0,001) and MI – 6,08+0,31 mm (p>0,001). Average ST segment dislocation depth exceeded in female patients with MI – 1,26+0,08 mm and UA – 1,23+0,98 (p>0,5), lower figures were observed in SA patients – 1,24+0,05 mm (p>0,5). In male patients the corresponding figures were SA – 1,00+0,09, MI – 1,33+0,05 (p>0,001) and UA – 1,37+0,07 (p>0,001). Differences in the stress-test results in MI and UA patients and functional disorders may be used for differential diagnosis.

Todorova E.P., Arsova R.C., Goranova Z.K., Zaekov N.L.

INFLUENCE OF PSYCHO-EMOTIONAL STRESS ON HLB BLOOD TEST

National Sports Academy, Sofia, Bulgaria

kinesitherapy

(scientific advisor - Ph.D. Goranova Z.K.)

In order to study the effects of stress contemporary science has applied two main methods of investigation: using observations of stressful situations in normal life or in conditions created by scientists. A great number of experimental models of psycho-emotional stress exist. These models are useful for studying the neurohormonal changes in humans as a response to the activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis by psycho-emotional stress. Academic stress is a good model of psycho-emotional stress in humans. In athletes as a stress model may be used the pre-competition stress. The aim of the current study was to examine the effect of psycho-emotional stress on HLB Blood tests (Heitan-LaGarde-Bradford Blood Tests) in athletic training students and in students who don't play any sports.

Materials and Methods: Fifty healthy female students of three different Bulgarian Universities participated. Plasma cortisol levels and HLB Blood test were performed at baseline and during times of psycho-emotional

stress.

Атаманюк В.В., Ілюха М.С.

ДО ПИТАННЯ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У СПОРТСМЕНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Амеліна Т.М.)

Пролапс мітрального клапану (ПМК) вважається найчастішою формою враження клапанного апарату серця. Поширеність ПМК у нашій країні за даними різних авторів коливається від 1,1 до 38% [Бабочкина А.Р., 2012]. За даними сучасної світової медичної літератури поширеність ПМК у популяції не перевищує 5% [Fogoros R.N., 2007]. Досить часто діагноз ПМК у дітей і підлітків призводить до невиправданого обмеження заняттям фізичною культурою чи спортом.

Під час проходження диспансерного огляду у відділенні спортивної медицини обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру обстежено 7210 спортсменів із різних видів спорту, серед яких у 892 осіб виявлено патологію різних органів і систем. ПМК аускультативним методом діагностований у 123 обстежених, що складає 1,7% і не відрізняється з поширенням ПМК у загальній популяції. Серед тих видів спорту, які зустрічаються частіше, переважав футбол - 922 обстежених, ПМК виявлений у 5,42%. 476 осіб, які займаються панкратіоном, 5,46% мали ПМК. Серед видів спорту з динамічним навантаженням мала перевагу легка атлетика – 184 спортсмени, 8,7% яких мали ПМК. 198 осіб займаються спортивними танцями, 4,04% випадків ПМК. Серед інших видів спорту поширеність пролапсу становить 0,4%. В умовах виконання навантаження, яке серед виявлених видів спорту носить переважно динамічний характер, відбувається перевантаження серця об'ємом. У спортсменів, що виконують інтенсивну динамічну роботу розвивається ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ): збільшується маса міокарда ЛШ і розміри камер серця. Зазначені зміни відбуваються поступово, корелюють з максимальним споживанням міокарда кисню. Як відомо, тривале виконання інтенсивного систематичного переважно динамічного навантаження впродовж 2 років 4-5 тренувань на тиждень по 2 год. супроводжується функціональною перебудовою серця, яке носить назву «спортивне серце». Ризик формування та прогресування мітральної регургітації (МР) у зазначених видах спорту, особливо у поєднанні з ПМК, вищий, ніж при виконанні статичних видів роботи, тому саме ПМК з явищами МР потребує особливої уваги лікарів з позиції допуску або заборони до занять спортом.

Бельзецька М.І., Лукашевич І.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОПРЕПАРАТУ «ТРИНЕФРОН» У ХВОРИХ НА СЕЧО-КИСЛИЙ ДІАТЕЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Лукашевич І.В.)

Мета дослідження: покращити результати комплексного лікування хворих на сечо-кислий діатез шляхом застосування фітопрепарату «Тринефрон-Здоровье».

Матеріали і методи: Обстежено 25 хворих з ультразвуковими ознаками сечо-кислого діатезу чи сечокам'яної хвороби. Вік пацієнтів коливався від 37 до 72 років з давністю захворювання від 15 до 37 років. Всі хворі приймали препарат «Тринефрон-Здоровье» по 50 крапель 3 рази на добу впродовж 1 місяця. Критерії ефективності: клінічні, лабораторно-біохімічні (сеча – динаміка змін сечового осаду).

Результати та обговорення. У всіх хворих відмічено почастішання сечовиділення (кількісно і якісно), помутніння сечі, а також помірне прискорення регресу больового синдрому. З 7-10 дня частота сечовиділення наближалася до нормальної, пацієнти відмічали наростання прозорості сечі з епізодами її помутніння, зменшення неприємних відчуттів у попереку. Важливо, що симптоми супутніх холецисто-гепатопатій, синдрому подразнення кишечника теж мали тенденцію до регресу.

Через 2 тижні від початку застосування «Тринефрону-Здоровья» всі пацієнти відмітили суттєве зменшення (80% всіх хворих) або повну відсутність (20% всіх хворих) суб'єктивних клінічних проявів сечо-кислого діатезу та позитивну динаміку змін сечового осаду. Зазначені явища можна пояснити чинниками складових «Тринефрону-Здоровья»: екстракти коріння любистку лікарського, трави золототисячника, листя розмарину лікарського. Їх спільна дія зумовлює діуретичну, літолітичну, спазмолітичну, вазодилатаційну, протизапальну, антисептичну, антиоксидантну та загально зміцнювальну дії. Всі хворі оцінили переносимість препарату як відмінну або добру.

Висновок. «Тринефрон-Здоровья» – цінний, доповнюючий комплексне лікування хворих на сечо-кислий діатез, фітопрепарат, який сприятливо впливає на всі ниркові прояви хвороби, а також зменшує симптоматику частих, у цих пацієнтів, уражень системи травлення.

Бойко А.В., Кацитадзе І.Ю.

ПОРІВНЯННЯ АНТИАРИТМІЧНИХ ЕФЕКТІВ ТЕРАПІЇ ІВАБРАДИНОМ ТА БІСОПРОЛОЛОМ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ

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

Внутрішньої медицини №2

(науковий керівник - к.мед.н. Прудкий І.В.д.мед.н. Амосова К.М.)

Мета: порівняти ефекти впливу комбінації івабрадину (Ів) та бісопрололу (Бс) і монотерапії Бс за результатами холтерівського моніторингу у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з помірним зниженням фракції викиду (ФВ).

Методи: У сліпому дослідженні з паралельними групами взяли участь 48 пацієнтів у віці <60 років ($55 \pm 2,5$) із синусовим ритмом > 70 ударів на хвилину з хронічною ІХС (стабільна стенокардія ССS класу I-II), задокументованим гострим інфарктом міокарда (ГІМ) > 3 місяців, м'який гіпертонії і ФВ <45%, на фоні прийому низьких доз Бс. У групі 1 (n = 22) БС титрувався до 5 мг/д та додавався Ів (5-7,5 мг 2 р/д), у групі 2 (n = 26) БС титрували до 10 мг/д. Обстеження хворих виконувалося двічі: під час включення в дослідження (M0) і наприкінці спостереження (M2), яке тривало 2 місяці. Хворих обстежували клінічно та визначали антиаритмічні ефекти за допомогою 24 годинного холтерівського моніторингу тонометрії.

Результати: Через 2 місяці в обох групах спостерігалось достовірне зниження ЧСС, мінімальної, максимальної, середньої та середньоденної ЧСС. Середньонічна ЧСС достовірно знизилась в контрольній групі, і не змінилась в групі Ів. У групі Бс, на M2 спостерігалось достовірне зниження шлуночкових та надшлуночкових екстрасистол, у порівнянні з основною групою Ів.

Висновки: У пацієнтів з ІХС і помірно зниженою ФВ комбінація Ів та Бс у порівнянні з монотерапією Бс, однаково ефективно впливає на зниження ЧСС, переважно за рахунок денної ЧСС. Паралельно з цим, високі дози Бс асоціюються з більш вираженим антиаритмічним ефектом у пацієнтів з шлуночковою та суправентрикулярною екстрасистолею.

Вищак Н.В., Горбатюк І.Б.

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ „МАГНЕ-В6” НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Трефаненко І.В.)

Вивчено вплив препарату «Магне-В6» на коронарний резерв, скоротливу здатність та функціональний стан міокарда у хворих на нейроциркуляторну дистонію (НЦД). У обстеженні взяло участь 23 хворих на НЦД, середній вік хворих склав $17,8 \pm 1,2$ років. Пацієнти отримували препарат «Магне В6» по 1 таблетці 3 рази на добу. Всім хворим на початку лікування та по його закінченню проводили ехокардіографію (ЕхоКГ). Застосування препарату «Магне-В6» дозволило усунути кардіальний синдром у 80% та зменшити його у 20% пацієнтів, дихальні розлади у 40% хворих, розлади серцевого ритму – у 76% випадків. Астеновегетативний синдром зник на 5-ту добу у 29%, на 7-у добу у 54%, на 10-у добу у 17% пацієнтів. Частота серцевих скорочень зменшилась на 11% ($78,6 \pm 3,5$ та $69,7 \pm 2,6$ за хв, $p < 0,05$). За період обстеження відмічено покращення насосної функції серцевого м'язу за рахунок збільшення показників кінцевого діастолічного об'єму лівого шлуночка (КДО) на 21% ($p < 0,05$), ударного об'єму (УО) на 36% ($p < 0,05$), серцевого індексу (СІ) на 34% ($p < 0,02$), хвилинного об'єму крові (ХОК) на 33% ($p < 0,05$). Показники скоротливої функції, а саме показник ΔS збільшився на 24% ($p < 0,02$), однак фракція викиду (ФВ) збільшилась лише на 11% ($p > 0,1$). Відмічено зменшення відносної товщини міжшлуночкової перетинки в діастолу (ВТМШП) на 23% ($p < 0,02$), відносної товщини задньої стінки лівого шлуночка в діастолу (ВТЗСЛШ) – на 27% ($p < 0,05$). Застосування препарату «Магне-В6», як засобу базисної терапії, у хворих на нейроциркуляторну дистонію покращує функціональний стан та скоротливу функцію міокарда, збільшує міокардіальний та коронарний резерви серця, нормалізує геометрію лівого шлуночка, що дозволяє попередити прогресування захворювання, сприяє його зворотній регресії.

Вацеба М.О.

ПОРУШЕННЯМ ОБМІНУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ОЖИРІННЯ ТА ПОДАГРУ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
внутрішньої медицини №2 та медсестринства
(науковий керівник - д.мед.н. Середюк Н.М.)

Артеріальна гіпертензія — одне з найпоширеніших серцево-судинних захворювань, яке робить значний внесок у смертність населення Європи, внаслідок підвищення ризику розвитку тяжких кардіо васкулярних ускладнень. АГ, ожиріння, дисліпідемія (ДЛП), гіперурикемія (ГУ) — патологічні стани, які стали пандемією сучасного світу. Подагра належить до найбільш поширених ревматичних захворювань, на яку страждає 0,3% всього населення європейських країн, а в окремих областях України її поширеність сягає 0,4% і вище. Серед пацієнтів із подагрю частота ожиріння дуже висока. АГ, що за різними даними відзначають у 25–50% пацієнтів із подагрю, не залежить від тривалості захворювання, асоціюється з несприятливим прогнозом у цих хворих. Мета дослідження. Вивчити показники ліпідного та пуринового обміну у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію II ступеня з супутньою подагрю, в залежності від ступеня ожиріння. Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 хворих, з яких 42 з ЕАГ II ступеня, ожирінням та подагрю та 18 з есенціальною артеріальною гіпертензією II ступеня, без ожиріння та подагри. Середній вік обстежених становив $60,2 \pm 1,3$ року. Всі хворі були рандомізовані в 4 групи. I група - 18 хворих на артеріальну гіпертензію II ступеня, без ожиріння та подагри; II група – 20 хворих з ожирінням I ступеня, артеріальною гіпертензією II ступеня та подагрю, III група – 12 хворих з ожирінням II ступеня, артеріальною гіпертензією II ступеня та подагрю та IV група – 10 хворих з ожирінням III ступеня, артеріальною гіпертензією II ступеня, та подагрю. Дослідження включало: визначення індекса маси тіла (ІМТ). Біохімічне дослідження включало визначення загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), та сечової кислоти. У більшій частині хворих на АГ з ожирінням та подагрю була виявлена дисліпідемія (83 % – за показниками ТГ та 77 % – за показниками ЛПВГ). Констатовано, що у хворих з ожирінням рівні атерогенних ліпідів (ЗХ, ЛПНЩ, ТГ) були вірогідно вищі, ніж у I групі ($p < 0,05$). Доведено, що рівень ЗХ збільшується по мірі збільшення ступеня ожиріння. Рівень ТГ перевищував норму у всіх хворих на АГ, з ожирінням та подагрю. У хворих IV групи рівень ЛПВГ був нижчим на 28,6 % ($p < 0,05$) у порівнянні з I групою, у II та III групі, відповідно, на 25,4 % та 22,2 % ($p < 0,05$). Рівень сечової кислоти у хворих з ожирінням та подагрю (II, III та IV групи), перевищував норму, та був достовірно вищим у порівнянні з I групою хворих. Доведено наявність прямої кореляційної залежності загальної гіперхолестеринемії, загальної гіпертриацилгліцеринемії, вмісту ЛПНЩ, рівня сечової кислоти, а також регресивної залежності ЛПВЩ від рівня ІМТ. Висновки. Особи з вищим ступенем ожиріння мають більші шанси до розвитку дисліпідемії. Враховуючи отримані результати, слід продовжувати поглиблені дослідження ролі ліпідного та пуринового обмінів в патогенезі коморбідних станів.

Вовчок М.О.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ – ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ СТРЕС-ТЕСТІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Ташук В.К.)

З метою дослідження варіабельності серцевого ритму (BCP) обстежено 65 пацієнтів з коронарною патологією та стрес-обумовленими змінами ЕКГ при навантаженні в групах з клінікою астеноневротичного синдрому (АНС) і проявами симпатоадреналових криз (САК) та за їх відсутності в хворих на нестабільну (21%) і стабільну (27%) стенокардією, вегетосудинну дистонію (38%), есенціальну гіпертензію (14%) з реєстрацією електрокардіограми (ЕКГ) в умовах стрес-тесту – велоергометрії (ВЕМ). Оцінці підлягали вихідний фрагмент ЕКГ та ЕКГ на 1-му і останньому ступенях ВЕМ, 1-му ступені реституції в трьох групах, що аналізувались (симпатичний, ейтонічний, парасимпатичний типи). Досліджували індекс вегетативної рівноваги (ІВР, у.о.), що визначає співвідношення симпатичної і парасимпатичної ланок регуляції серцевої діяльності; вегетативний показник ритму (ВПР, у.о.) □ показник стану автономного рівня регуляції; індекс напруження Р.М.Баєвського (ІН, у.о.) або стрес-індекс (SI) - стан адаптаційно-приспосувальних можливостей; показник адекватності процесів регуляції (ПАПР, у.о.), який характеризує співвідношення між активністю симпатичного відділу та функціонуванням синусового вузла. Показники BCP обстежених пацієнтів на висоті ВЕМ в залежності від інтегративної результуючої параметрів BCP.

ІВР,у.о:симпатичний тип BCP M – 1526,2,m- 201,68; ейтонічний M-1588,17,m-299,09; парасимпатичний M-1327,33,m-328,28.ВПР,у.о: симпатичний тип M-73,77,m-7,62; ейтонічний тип BCP M-77,36,m-12,12; парасимпатичний – M-68,54,m-14,24; ПАПР.у.о:симпатичний – M-122,57,m-7,13; ейтонічний – M-116,64,m-9,08; парасимпатичний тип BCP M-101,80,m-16,48.

Відповідно векторного спрямування складової вегетативного балансу показників BCP, що дозволяє прогнозувати розподіл пацієнтів в групи з переважно симпатичним, парасимпатичним та ейтонічним типами вегетативної реакції, визначено, що за даними ВЕМ частота позитивної проби була вищою за переважання парасимпатичної регулюючої в співставленні з симпатичною (р

Волошинська К.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК В ПЕРІОД ПЕРИМЕНОПАУЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Ілащук Т.О.)

Актуальність теми. Есенціальна артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найбільш розповсюджених серцево-судинних захворювань сьогодення в Україні і в усьому світі. За останні роки спостерігається зростання частки жінок у структурі захворюваності на АГ та зростання розповсюдженості цієї патології серед жінок в перименопаузі.

Мета роботи. Вивчити особливості клінічного перебігу АГ у жінок в перименопаузі з клімактеричним синдромом та структуру АГ за даними добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 25 пацієнок з АГ та клімактеричним синдромом (КС) (I група). У II групу дослідження включено 15 хворих з АГ та фізіологічним перебігом перименопаузи без проявів КС. Контрольну групу склали 10 нормотензивних жінок репродуктивного віку. Діагноз АГ встановлювався на підставі рекомендацій Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства по боротьбі з гіпертензією 2013 року, а також Рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії 2011 року. Пацієнтки основної групи знаходились у перименопаузі, тобто мали або прояви КС або/та коливання менструального циклу, чи відсутність менструацій протягом 3-11 міс. Діагноз КС та періоду перименопаузи у обстежених хворих встановлювали на підставі загальноприйнятих критеріїв. Тривалість КС складала: у I групі – 1,05 років, у II групі – 1,3 років.

Результати досліджень та їх обговорення. За даними розрахунків ІМТ був вищим за нормальні показники у 90,7% жінок I групи, 85% жінок II групи та 35% жінок контрольної групи дослідження. Звертало увагу, що ожиріння (у т.ч. II та III ступенів) зустрічало частіше у жінок з поєднанням ГХ та КС (I група). Згідно проведеної стратифікації ризику розвитку серцево-судинних ускладнень в I групі 79,9% жінок мали високий, 20,1% – дуже високий додатковий ризик, а у II групі – відповідно 91%, та 9% хворих. Серед хворих контрольної групи 31,8% жінок мали високий додатковий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

За даними ДМАТ САТ за добу складав у I групі 152,4 мм рт.ст., у II - 146,5 мм рт.ст.; за день - відповідно 157,5 та 150,7 мм рт.ст., за нічний період - відповідно 141,3 та 137,5 мм рт.ст. Показники ДАТ за добу складали у I групі 86,6мм рт.ст., у II - 88,0 мм рт.ст, за день відповідно 91,0 мм рт.ст., 91,9 мм рт.ст., за нічний період відповідно 76,9 мм рт.ст. та 78,9 мм рт.ст. У „нормотензивних" жінок з САТ за добу складав 118,7±4,8, за день - 123,5±3,6, за ніч - 113,9±8,4 мм рт.ст., ДАТ за добу, день і ніч відповідно - 74,6±6,7, 79,2±7,0, 65,1±8,1 мм рт.ст.

Висновок. Клімактеричний синдром суттєво погіршує перебіг гіпертонічної хвороби у жінок в період перименопаузи. За даними добового моніторингу артеріального тиску порушення добового профілю залежать від ступеню важкості клімактеричного синдрому.

Гайдич Л.І.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНОЮ ЦИРКАДІАННОЮ СТРУКТУРОЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

(науковий керівник - д.мед.н. Плеш І.А.)

Вступ. Поширеність есенційної гіпертензії (ЕГ) та тенденція зміни значень артеріального тиску (АТ) в Україні та різних європейських країнах невинно зростає. Пацієнти із високим та дуже високим серцево – судинним ризиком потребують інтенсивних заходів щодо його зниження. Одним із основних елементів патології при ЕГ є порушення функції капілярів, знаючи особливості змін яких, можна планувати план профілактичних заходів.

Мета дослідження: дослідити та обґрунтувати фактори ризику у хворих на есенційну гіпертензію II стадії шляхом оцінки стану мікроциркуляторного русла з різним добовим профілем АТ.

Матеріал і методи. Обстежено 92 хворих на ЕГ II стадії. Усім проводили добове моніторування АТ з використанням комплексу апаратури АВРЕ-02 фірми «Solvaig» (Україна) та комп'ютерну капіляроскопію нігтьового ложа (ККСНЛ) верхніх кінцівок за допомогою цифрового оптичного капіляроскопа «Мікропоток» «MSX M7X camera» з програмним забезпеченням.

Результати дослідження та їх обговорення. За рівнем добового індексу (ДІ) розподіл пацієнтів становив: "dipper" – 39 % ; "non-dipper" – 49 % ; "night-peaker" – 12%. Виявлені такі зміни мікроциркуляторного русла у пацієнтів із групи - "non-dipper" та "night-peaker": питома вага кількості капілярів змінена за рахунок зниження числа функціонуючих капілярів. У більшості пацієнтів з групи "dipper" її характеризували як достатню. Форма капіляра: у пацієнтів з групи "dipper" в поодиноких випадках спостерігалася у вигляді класичної петлі, у всіх інших обстежених на ЕГ II ст. виявилася зміненою (атипова, звивисто-петлеподібна, клубочкова). Артеріо-венулярна рівновага у всіх була зміщена у бік венулярної. У пацієнтів з групи "non-dipper" та "night-peaker" спостерігалася розширення венулярних браншів, застійні краплі у перехідних браншах та застійна венулярна сітка. Гемодинамічні зміни фіксувались у вигляді застійних крапель у завитках, швидкість капілярного кровотоку характеризували як помірну та знижену. У пацієнтів із групи "night-peaker" виявили особливості реологічних змін у вигляді зернистості потоку еритроцитів. Периваскулярний набряк у більшості був виражений, у деяких – надто, незалежно від ДІ .

Висновки У хворих на ЕГ II ст. зміни мікроциркуляції спостерігались у вигляді: зернистості потоку еритроцитів, розширення венулярних браншів та застійних крапель у перехідних браншах, вираженого периваскулярного набряку. Найбільш виражені вони були у пацієнтів з добовим ритмом АТ "non-dipper" та "night-peaker", групи яких можна віднести до високого та дуже високого ризику розвитку серцево – судинних подій.

Горбаченко Л.А., Кавуля Г.Г., Поворозник Я.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Волошина Л.О.)

Впродовж останніх років спостерігається зростання показників поширеності та захворюваності мультифакторною хворобою подагрою, яка має тенденцію до змолодшання контингенту пацієнтів. Науковцями значна увага звертається на коморбідність цієї недуги з хронічним панкреатитом. Доведено, що нераціональне харчування, вживання алкогольних напоїв та гіподинамія погіршують перебіг подагри та знижують ефективність лікування, в першу чергу впливаючи на порушення пуринового обміну.

Мета роботи - дослідити поширеність хронічного панкреатиту у хворих на подагру та особливості впливу на клінічні прояви і перебіг цього захворювання.

Матеріал і методи. Обстежено 54 хворих на подагру, серед яких домінували чоловіки (51 особи – 94,4%). Середній вік хворих складав 54,8±6,22 років, причому більше половини хворих були у віці за 55 років (38 осіб - 70,4%). Діагностику хронічного панкреатиту у цього контингенту здійснювали шляхом визначення рівнів амілази крові та сечі, а також ультразвукової діагностики підшлункової залози та аналізу можливих скарг. Діагноз панкреатиту встановлювався згідно рекомендацій Марсельсько-римської класифікації (1989) з доповненнями Я.С.Циммермана (1995) та уточненнями (МКХ-10). не дивлячись на мінімальні клінічні прояви.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що періодичні клінічні ознаки зовнішньо-секреторної недостатності підшлункової залози (ПЗ), які проявлялися переважно помірним больовим синдромом, диспепсичним синдромом та розладами випорожнень спостерігалися у 33 хворих (61%), з яких лише 8 осіб (14,8%) періодично застосовували ферментні препарати для усунення вказаних проявів, що встановлено анамнестично.

При УЗД ПЗ неоднорідність структури підшлункової залози діагностовано у 46 пацієнтів (85%), розширення панкреатичної та жовчної проток – у 18 осіб (33%), зміну розмірів ПЗ – у 9 хворих (17%), виявлення кіст або кальцифікатів – у 4 осіб (7%). Встановлено пряму залежність змін ПЗ з віком пацієнта та тривалістю захворювання подагрою.

Зміни активності ферменту амілази в крові за методом Каравея та в сечі за Вольгемутом були встановлені у 22 хворих (41%). Виявлення в калі пацієнтів на подагру нейтрального жиру було відмічено у 12 осіб (22%), м'язових волокон – у 8 осіб (15%), крохмальних зерен – у 10 осіб (19%).

Наявність та вираженість клінічних та лабораторно-інструментальних проявів хронічного панкреатиту у хворих на подагру погіршувала швидкість усунення у них суглобового синдрому, подовжувала тривалість лікування, знижувала його ефект та збільшувала частоту побічних проявів від застосованого медикаментозного лікування гострого подагричного артриту.

Висновки. Хронічний панкреатит погіршує перебіг подагри, сприяє її прогресуванню, частоті загострень, зниженню ефективності лікування та зростанню явищ поліморбідності. Доцільна рання скринінг-діагностика панкреатиту в осіб з подагрою у випадках посилення її клінічних проявів, погіршення перебігу.

Гуйванюк І.І.

ОСОБЛИВОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ ВИРАЖЕНОСТІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Турубарова-Леунов Н.А.)

Хронічна серцева недостатність (СН) залишається одним з найпоширеніших та прогностично несприятливих ускладнень всіх захворювань серцево-судинної системи.

З метою визначення особливостей співвідношення вираженості СН та об'єктивізації змін функціонального резервів у хворих на хронічну ІХС обстежено 120 пацієнтів із стабільною стенокардією (СС) напруження із проявами СН та збереженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ). Всі хворі були розподілені на дві групи: 1-а – 35 пацієнтів, у яких діагностовано СН I ст, 2-а – 85 пацієнтів з СН ІІА ст. Всім хворим проведено ехокардіоскопічне обстеження (ЕхоКС) при надходженні в стаціонар.

Для оцінки структурно-функціонального стану міокарда визначали розміри лівого передсердя (ЛП), товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШд), товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШПд), кінцевого систолічного розміру (КСР) лівого шлуночка (ЛШ), кінцевого діастолічного розміру (КДР) ЛШ, фракцію викиду (ФВ) ЛШ за формулою L.E. Teichholz, масу міокарда (ММ) ЛШ за формулою R.Devereux.

Після проведеного обстеження проаналізовано зміни ЕхоКС-показників залежно від стадії СН. У групі СН I ст відмічено вірогідно більший розмір ЛП порівняно із тими, хто мав ознаки СН ІІА ст (відповідно $3,88 \pm 0,11$ та $4,16 \pm 0,07$ см, $p < 0,05$). ФВ ЛШ також була вірогідно більшою у 1-й групі (відповідно $62,73 \pm 0,53$ та $61,13 \pm 0,59\%$, $p < 0,05$). СН ІІА ст асоціювалася також із дещо, хоча і невірогідно, більшими значеннями таких показників, як КДР ЛШ ($4,76 \pm 0,08$ проти $4,61 \pm 0,08$ см при СН I ст, $p > 0,2$) та КСР ЛШ ($3,21 \pm 0,07$ і $3,05 \pm 0,06$ см відповідно, $p > 0,1$). При зіставленні показників ТМШПд в обох групах відмічено, що вони були подібними і становили $1,15 \pm 0,03$ см у 1-й групі та $1,16 \pm 0,02$ см у 2-й ($p > 0,5$). Це ж стосувалося і ТЗСЛШд (відповідно $1,14 \pm 0,02$ і $1,15 \pm 0,02$ см, $p > 0,5$) та ММ ЛШ ($157,56 \pm 5,81$ і $166,91 \pm 4,62$ г, $p > 0,5$).

Таким чином, збільшення вираженості СН асоціюється зі зменшенням функціонального резерву, що обумовлює доцільність подальшого вивчення взаємовідношення вираженості СН та змін функціонального резервів у хворих на ІХС з метою підбору хворих, що потребують медикаментозної корекції, направленої на профілактику розвитку СН.

Гуцуляк А.В., Каушанська О.В.

ЗАСТОСУВАННЯ КВІНАПРИЛУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Каушанська О.В.)

Сучасні підходи до лікування гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарда, раптової серцевої смерті зумовлюють використання інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) - сучасного та вискоєфективного антигіпертензивного, антиремоделюючого засобу.

Мета роботи: вивчення впливу квінаприлу (аккупро, «Pfizer», США) на показники добового профілю артеріального тиску (АТ) і структурно-функціональні показники міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 30 хворих на ГХ ІІ стадії (згідно з ВООЗ, 1999) з м'якою та помірною артеріальною гіпертензією (АГ), 18 чоловіків і 12 жінок, середнім віком ($49,2 \pm 3,5$) років. Середня тривалість ГХ - ($6,6 \pm 3,5$) року. З метою верифікації діагнозу хворим проводили стандартне клінічне, біохімічне та інструментальне обстеження. Всім хворим до початку лікування, а також через 1, 3 і 6 місяців після його призначення проводили добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) в реальних життєвих умовах на апараті «АВРМ-02» («Meditech», Угорщина), ЕКГ в 12 стандартних відведеннях та Ехо-КГ. Критерієм гіпертрофії лівого шлуночка був індекс маси міокарда (ІММ) лівого шлуночка (ЛШ), що перевищує 116 г/м^2 у чоловіків і 104 г/м^2 у жінок. Квінаприл призначали в дозі 20-80 мг/добу, починаючи з мінімальних доз 10-20 мг, поступово їх збільшуючи під контролем АТ. У результаті дослідження виявлено, що монотерапія квінаприлом приводила до достовірного зниження систолічного і діастолічного АТ у денний і в нічний час. Через 4 тижні лікування систолічний АТ (САТ) знизився з ($163,8 \pm 2,9$) до ($136,5 \pm 3,2$) мм рт. ст. ($P < 0,05$), діастолічний АТ (ДАТ) - з ($99,6 \pm 2,8$) до ($83,5 \pm 3,4$) мм рт. ст. ($P < 0,05$). Продовження терапії викликало подальше зменшення показників САТ і ДАТ: через 12 тижнів лікування - відповідно ($128,4 \pm 2,7$) і ($74,5 \pm 3,4$) мм рт. ст. ($P < 0,05$, по відношенню до попередніх). «Навантаження тиском» для САТ в денний час зменшилося на 48,7%, в нічний - на 43,45%, для ДАТ - відповідно на 54,5 і 58,2% ($P < 0,05$). Визначено значне зниження середньої добової варіабельності САТ і ДАТ відповідно на 20,4 і 24,5% ($P < 0,05$). Призначення квінаприлу не змінило добового профілю АТ в осіб з типом «dipper», у 7 пацієнтів з типом «non-dipper» нормалізувався добовий ритм АТ, а 3 пацієнти з групи «night-reaker» перейшли в групу «non-dipper». Позитивний вплив на показники добового профілю АТ, зареєстрований через 1 і 3 місяці від початку лікування, зберігався протягом усього періоду спостереження. Цільового тиску було досягнуто у 25 (78,1%) пацієнтів. Через 6 місяців від початку лікування у всіх 30 хворих відзначено стійку тенденцію до зниження ІММЛШ на 11,6% ($P > 0,05$). Всі пацієнти відзначали добру переносимість препарату.

Результати дослідження. Отже, монотерапія квінаприлом (аккупро) приводить до нормалізації добового профілю АТ, достовірного зниження середньодобових показників АТ і «навантаження тиском», а також зменшення ступеня структурно-функціональних порушень міокарда, що може суттєво зменшити кардіоваскулярний ризик у цієї категорії хворих.

Драпалюк І.О., Капусняк М.С., Назар О.М.

ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЗА ІНДЕКСОМ РУФ'Є У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

Чортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна,
циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки
(науковий керівник - викл. Солоденко Т.А. викл. Доскоц О.Р.)

Оскільки за останні десятиліття стан здоров'я населення України істотно погіршився, то дослідження функціональних резервів серцево-судинної системи і розробка дієвих шляхів їх підвищення є актуальною проблемою сьогодення. Функціональні можливості серцево-судинної системи в однаковій мірі відображають як рівень фізичної працездатності, так і соматичного здоров'я організму людини. Як відомо, здоров'я людини залежить як від генетичних факторів, так і від стану довкілля, медичного забезпечення, умов і способу життя.

Мета нашої роботи - дослідити функціональні можливості серцево-судинної системи наших студентів за допомогою проби Руф'є.

Гуртківці підраховували студентам пульс у стані спокою за п'ятнадцять секунд (р1). Потім протягом сорока п'яти секунд студенти виконували тридцять присідань. Відразу після присідань було підраховано пульс за перші п'ятнадцять секунд (р2) а також останні п'ятнадцять секунд (р3) першої хвилини періоду відпочинку. Результати оцінювались за індексом, який визначається за формулою: $\text{Індекс} = (4 \times (p1 + p2 + p3) - 200) / 10$.

При обстеженні виявилось, що згідно з індексом Руф'є тільки 5 (6,3%) студентів мають міцне треноване серце, які займаються спортом, ведуть активний спосіб життя. У 66 чол. (82,6%) ІР становить 7-15 - це практично здорові студенти, але вони ведуть малорухливий спосіб життя, тим самим закладають проблеми зі здоров'ям ще зі студентських років. І саме для цієї категорії студентів корисні активні заняття з фізвиховання, відвідування спортивних секцій, участь у хореографічних студіях. А 9 (11,3%) студентів, ІР яких перевищує 16, потребують серйозного медичного обстеження. Отримані дані були спроектовані на всіх студентів коледжу (1600 студентів). Виявилось, що тільки 100 студентів мають міцне треноване серце. Більшість (це 1320) студентів є цілком здоровими, але ведуть малорухливий спосіб життя. А 180 студентів уже мають проблеми зі здоров'ям. Серед усіх студентів спортивні секції відвідують 174 студентів, заняття танцювального гуртка - 64 студентів.

Отже, необхідно вести здоровий спосіб життя – відмовитися від куріння, забути про алкоголь, віддавати перевагу овочам, стравам з риби та морепродуктів, обмежити вживання солі, займатися спортом.

Руснак І.Т., Клемешев В.І., Паневник Т.Р.

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Руснак І.Т.)

Статистичні дані про тенденції поширеності серцево-судинних захворювань свідчать про насторожуючі темпи зростання. Особливо актуальним є необхідність термінового здійснення ефективних стратегій профілактики для стримування поширення. Ефективні заходи попередження, раннього виявлення порушень та зміцнення здоров'я доповнять поліпшені види лікування.

Метою нашого дослідження було взнати й оцінити піклування пацієнтів про своє здоров'я, усвідомлення необхідності його покращення.

Нами було проведено опитування (за допомогою розданих анкет, які заповнювали пацієнти) 72 хворих, які лікувались у відділенні хронічної ішемічної хвороби серця Обласного клінічного кардіологічного диспансеру м.Чернівці та кардіологічному відділенні Чернівецького обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни. Середній вік пацієнтів 64,6±0,54 роки, у однаковому співвідношенні кількості відповідно гендерного розподілу.

Про методи профілактики захворювань та збереження здоров'я опитані пацієнти дізнаються від батьків - 4,17% осіб, знайомих - 47,22%, від лікарів 80,56%, з газет 45,83%, журналів 31,94%, телебачення - 38,89%, інтернету 16,67%, з реклами 36,11%.

Лікуються у стаціонарі лікарні до 4 разів на рік (в середньому 2,37), а звертаються до лікаря поліклініки до 10-15 разів на рік (4,58) і хворіють впродовж року (в т.ч. застудою) до 9-15 разів на рік (2,93).

Опитані пацієнти їдять 2-5 раз на день (в середньому 3,72 рази) та споживають лише 1,22 літра питної води (тільки води, без чаю, супу) за добу (30 мл води на 1 кг маси тіла випивають тільки 10% осіб, 19% починають пити, з половиною чайної ложечки солі (морської) за день 6% осіб).

Цікавим є те, що, купуючи їжу, 28 пацієнтів (39%) найчастіше вибирають за смаком та 44 особи (61%) - користуються для здоров'я.

Періодично приймають лікарські препарати 52% пацієнтів, щоденно 33% осіб, 15% не приймають. Препарати проти підвищеного тиску приймають періодично 47% опитаних пацієнтів, щоденно - 22%, 31% осіб не приймають.

Вітаміни приймають періодично 54% пацієнтів, зокрема синтетичні вітаміни 21% осіб, натуральні (рослинного походження) 39% пацієнтів, щоденно приймають вітаміни 17% осіб (синтетичні 9%, рослинні 91%), не приймають 29% пацієнтів.

Щодо фізичної активності займаються фізичними вправами періодично 51% осіб, 12% щоденно та 37% не роблять фізичні вправи.

Вважають, що піклуються про своє здоров'я 39% пацієнтів, треба краще - 47%, не піклуються 14%.

Усвідомлення необхідності та підвищення мотивації пацієнтів до ведення здорового способу життя допоможе попередити виникнення захворювань та знизити їх частоту.

Ковальчук М.К., Яковенко В.С., Бачук-Пониц Н.В.

ІМУНОТОН ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Бачук-Пониц Н.В.)

Порушення функціонування вегетативної нервової системи і, як наслідок, формування вегето-судинної дистонії (ВСД) знижує якість життя, є частою причиною непрацездатності, дезадаптації в професійній діяльності і повсякденному житті. Крім того, симптоми порушення вегетативної регуляції, які своєчасно не були кореговані, можуть призвести до розвитку цереброваскулярної патології, що є однією з провідних причин смертності та інвалідизації, зокрема серед осіб працездатного віку. Серед медикаментозних чинників для лікування ВСД використовуються транквілізатори, антидепресанти, ненаркотичні анальгетики, седативні засоби, ноотропи. Однак переважна більшість перелічених препаратів має небажані побічні реакції, що стримує їх використання, тому, останнім часом усе більша увага приділяється засобам рослинного походження, які комплексно впливають на основні функції організму і мають значно менше побічних реакцій.

Метою дослідження було вивчення терапевтичної ефективності препарату рослинного походження «Імуно-тон» у хворих на ВСД за гіпотензивним типом. Обстежено 30 осіб віком 19-21 рік, серед них 10 склали групу порівняння, які не отримували лікування, 10 – основну групу, які отримували препарат Імуно-тон (Галичфарм, Україна) по 3 чайні ложки двічі на день після їди в першій половині дня впродовж 10 днів. Крім загальноклінічних методів дослідження пацієнтам проводилась реєстрація самопочуття, настрою, працездатності та інших суб'єктивних відчуттів у динаміці лікування. Позитивними вважали зникнення симптомів захворювання чи зменшення їх вираженості більше ніж на 50%. Для оцінки вегетативної регуляції використовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» за Вейном А.М.

Результати дослідження свідчать про добру переносимість Імуно-тону. У хворих основної групи після лікування виявлено покращення загального самопочуття, зменшення кардіалгій, серцебиття, відчуття дискомфорту в серці, покращення розумової працездатності (покращилась концентрація уваги, запам'ятовування), зменшення головного болю, головокружіння. Аналізуючи стан вегетативної регуляції виявлено, що у контрольній групі та у досліджуваних пацієнтів до лікування індекс Кердо становив -11, що вказує на переважання у них парасимпатичного тону. У процесі лікування цей показник зростає і на 10-ту добу лікування становив -4, після припинення курсу лікування спостерігалось деяке зниження індексу, і на 14-ту добу після лікування він становив -7, що потребує більш тривалого його застосування. Препарат мав позитивний вплив на показники артеріального тиску у хворих із гіпотензивним синдромом – систолічний АТ підвищувався на 5-10 мм рт.ст у порівнянні з вихідними значеннями. У пацієнтів з ознаками нормокардії Імуно-тон не впливав на показники АТ. Побічних реакцій при застосуванні препарату не виявлено.

Отже, застосування Імуно-тону призводить до зменшення клінічних проявів ВСД, покращення вегетативного забезпечення серцевої діяльності, що вказує на нормалізацію адаптаційно-компенсаторних механізмів регуляції системи кровообігу.

Корконішко О.І., Семененко Н.Ю., Хмільовська Н.В., Сивак Т.В.

АРИТМОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЗГІДНО РЕЄСТРУ ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Іванчук П.Р.)

Порушення ритму є вагомим ускладненням перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) та становить загрозу відносно успішного завершення дестабілізації стану пацієнта.

З метою співставлення хронобіологічних аспектів формування циркадіанних ритмів в генезі дестабілізації перебігу ІХС та проявів аритмогенезу, як предикторів подальшого прогнозу можливих сценаріїв розвитку захворювання, в умовах створення реєстру Північної Буковини обстежено 145 хворих з ІХС, що надійшли в Чернівецький обласний клінічний кардіологічний диспансер.

Пацієнтам було проведено діагностичні комплексні дослідження коронарного резерву та функціонального стану міокарда, який базувалися на використанні у хворих епідеміологічних даних з попереднім детальним клінічним вивченням перебігу захворювання, добовим моніторингом ЕКГ, аналізом анамнестичних даних, динаміки ЕКГ, лабораторних показників. Аналіз результатів обстеження проведено з визначенням середніх величин, середньоквадратичного відхилення, непараметричного та параметричного аналізу з математичною обробкою даних за допомогою персонального комп'ютеру та пакету програм "MS Excel". Проаналізовано добову варіабельність розвитку міокардіальної ішемії (MI) та порушень серцевого ритму. У пацієнтів з прогресуючою стенокардією (ПС) встановлено два піки MI, різні для безбольової ішемії міокарда (БІМ) та больової ішемії міокарда (БІМ): БІМ виникала з максимальною тривалістю в інтервал 0–6 год, для БІМ найбільша тривалість спостерігалась в період 6–12 год. Аналіз порушень серцевого ритму упродовж доби у хворих на ПС показав, що піки виникнення шлуночкових та надшлуночкових аритмій високих градацій співпадають з періодом найбільшої тривалості БІМ, а пік розвитку поодиноких шлуночкових екстрасистол (ШЕ) припадає на період максимальної тривалості БІМ, що свідчить про взаємозв'язок між БІМ, БІМ та порушеннями серцевого ритму і вказує на єдину патофізіологічну основу розвитку MI та аритмій у пацієнтів з ПС. У хворих на СС епізоди БІМ виникали з максимальною тривалістю в денні години з двома піками в 6–12 год та 18–24 год та з високою частотою поодиноких ШЕ, та надшлуночкових екстрасистол (НШЕ) високих градацій; пік тривалості БІМ відмічався в період 0–6 год і співпадає з найбільшою частотою реєстрації поодиноких НШЕ.

Висновки: встановлені закономірності добової ішемічної та аритмічної активності диктують необхідність врахування цих особливостей при призначенні препаратів, зважаючи на їх фармакокінетичні властивості. Отримані результати дозволяють рекомендувати у пацієнтів зі СС та ПС підсилити антиангіальну терапію із застосуванням препаратів з антиаритмічним ефектом, особливо у нічні та ранкові години, а у хворих на СС – додатково і у вечірні години. У пацієнтів з ПС особливу увагу слід звернути на нічний пік БІМ, який є особливо небезпечним у цієї категорії хворих. Важливим є подальше вивчення хронобіологічних аспектів формування циркадіанних ритмів в генезі дестабілізації перебігу ІХС та проявів аритмогенезу, що дасть змогу поліпшити лікувальну тактику та наслідки захворювання.

Кулачек В.Т., Шкарутяк А.Є., Горбулевич Х.П., Гавриш Л.О.

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Ураження нирок, за даними останніх років, частіше стають причиною інвалідності та летальності пацієнтів з ревматоїдним артритом (РА), призводячи до ниркової недостатності. Дане ускладнення потребує детального вивчення на всіх етапах його розвитку з метою попередження його прогресування.

Метою дослідження було виявити найбільш ефективні методи діагностики уражень нирок в процесі еволюції хронічної хвороби нирок (ХХН) у хворих на ревматоїдний артрит.

Обстежено 124 хворих на РА II-III активності. Вік обстежуваних коливався від 17 до 62 років (середній вік – $48 \pm 5,0$ років). Тривалість хвороби до моменту включення в дослідження становила в середньому $12 \pm 3,18$ років. У 98 хворих на ревматоїдний артрит було верифіковано ревматоїдну нефропатію. Хворих було розподілено на групи по стадіям ХХН (I-III). Контрольну групу становили 20 здорових осіб. Обстеження включало загальноприйнятні методи обстеження з метою встановлення активності артриту та наявності ниркової патології. Крім загальноклінічних лабораторних аналізів хворим було визначено рівень β_2 -мікроглобуліну у крові та сечі, ІЛ-1 β та ТФР- β_1 у крові за допомогою імуноферментного аналізу. Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Гельсінської декларації перегляду 2008 року.

Найбільша частка хворих на РА має ХХН II стадії (37,5%). В результаті проведених досліджень виявлено вірогідне зростання вмісту ІЛ-1 β ($p < 0,05$), ТФР- β_1 ($p < 0,05$) у хворих з ХХН I стадії у порівнянні з показниками здорових та хворих на РА без уражень нирок. З боку β_2 -мікроглобуліну при ХХН I стадії зміни не реєструвались ($p > 0,05$). Спостерігали вірогідне зростання вмісту усіх досліджуваних цитокінів і β_2 -мікроглобуліну у хворих на ХХН III стадії у порівнянні з показниками пацієнтів з ХХН I і II стадій ($p < 0,05$). Рівень ТФР- β_1 був вірогідно підвищений уже в пацієнтів з ХХН II стадії у порівнянні з ХХН I стадії ($p < 0,05$) на відміну від значень решти показників.

Отже, досліджувані показники є прогностично важливими в еволюції ХХН у хворих на РА.

Кульбіда І.І., Глубоченко О.В.

ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ З ПРОТИЗАПАЛЬНИМ І ЦИТОСТАТИЧНИМ ЕФЕКТАМИ: АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Глубоченко О.В.)

Ревматичні захворювання є складною медико-соціальною проблемою. Їх частота в Україні становить близько 10383 випадків на 100 тис. населення. Ці захворювання призводять до зниження працездатності і інвалідизації пацієнтів. На сучасному етапі є значні успіхи в лікуванні таких ревматичних захворювань як ревматоїдний артрит, системні захворювання сполучної тканини завдяки впровадженню цитостатичної, гормональної терапії, застосуванню біологічних препаратів (моноклональних антитіл, протизапальних цитокінів, тощо). Але вдосконалення схем лікування та поява нових фармакотерапевтичних агентів не вирішують проблеми поганої переносимості такого лікування, побічних ефектів.

Нашою метою став аналіз ефективності і діапазону лікарських рослин, що володіють протизапальним і цитостатичним ефектами при ад'ювантній терапії деяких ревматичних захворювань. Аналіз здійснювався за допомогою пошукових баз мережі «Інтернет».

Як ад'ювантну терапію в цих групах ревматичних захворювань застосовують лікарські рослини, в складі яких є фітостерини, дітритерпеноїди, що мають стероїдну структуру, завдяки чому виявляють протизапальний ефект близький до дії глюкокортикоїдних гормонів (солодець голий, смородиновий лист, паслін солодко-гіркий, тирлич жовтий, володушка китайська, піретрум, рододендрон, солянка пагорбова). Використовують також рослини з протизапальним ефектом, завдяки вмісту в них саліцилатів і інших речовин (верба, лабазник, лист малини, бруньки чорної тополі, фіалка триколірна, куркумін, імбир, первоцвіт весняний). У комплексі з базисним лікуванням застосовують рослини, яким притаманний цитостатичний і імуномодулюючий ефекти (чистотіл, молочай Паласа, ряска, вовче тіло болотне, корені оману високого). In vitro доведена цитостатична активність прополісу в концентрації 50 мкг/мл і вище, що є близьким до діючих концентрацій таких протипухлинних препаратів як циклофосфан та 5-фторурацил.

Таким чином експериментальними і клінічними спостереженнями переконливо доведена перспективність і доцільність використання засобів рослинного походження, зокрема з протизапальною і цитостатичною активністю, в комбінованій терапії ревматичних захворювань. Застосування фітопрепаратів дозволяє покращити загальні результати лікування, зменшити дозу і частоту прийому базисних лікувальних засобів та вираженість побічних дій.

Литвинюк А.В.

СТАН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра сімейної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Білецький С.В.)

Мета дослідження. Вивчити у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом типу 2 (ЦД типу 2) вивчити стан оксидантно-антиоксидантної системи.

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих на ГХ II стадії в поєднанні з ЦД типу 2. В якості контролю обрано 15 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю. Визначали рівні показників малонового альдегіду в еритроцитах (МА ер.), малонового альдегіду в плазмі (МА пл.), глутатіону відновленого (ГВ), глутатіонпероксидази (ГП), каталази (КТ), окисної модифікації білків (ОМБ), за продуктами основного (АКДНФГ ОХ) та нейтрального характеру (АКДНФГ НХ) за загальноприйнятими методиками. Оцінку різниці сукупності вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Аналіз вмісту МА ер. виявив, що у контрольній групі його рівень становить $8,26 \pm 0,38$ мкмоль/л, а в групі хворих на ГХ II стадії з ЦД типу 2 – $10,03 \pm 0,31$ мкмоль/л, що на 17,65% вірогідно вище від показника у групі контролю ($p < 0,05$). Вміст МА пл. склав $4,81 \pm 0,20$ мкмоль/л, що на 29,31% вірогідно більше від показника групи контролю. Оцінюючи показники ОМБ, відмічено вірогідне підвищення рівнів АКДНФГ ОХ та АКДНФГ НХ на 26,86% та 13,75% порівняно з показниками групи контролю. Вірогідних відмінностей рівнів ГВ, ГП та КТ між групою хворих та контрольною групою не було виявлено.

Висновок. У хворих на ГХ в поєднанні з ЦД типу 2 встановлено вірогідне зростання рівнів МА в еритроцитах та у плазмі, продуктів ОМБ основного та нейтрального характеру, що свідчить про інтенсифікацію вільно радикальних процесів.

Макевич Ю.І., Макевич В.І.

ПОРУШЕННЯ ФАЗИ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ШЛУНОЧКІВ У СПОРТСМЕНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О.С.)

Актуальність. Серцево-судинна система у висококваліфікованих спортсменів здатна забезпечувати виконання фізичних навантажень на грані людських можливостей завдяки електричній і механічній функції серця. Вивчення вказаних процесів при функціонуванні серця в умовах, що вимагають забезпечення регулярних максимальних фізичних навантажень, є корисним для більш глибокого розуміння порушення фази реполяризації у спортсменів.

Мета – оцінка змін фази реполяризації шлуночків міокарда за даними електрокардіограми у спортсменів, які займаються різними видами спорту.

Матеріал і методи. З метою вивчення функціонального стану серцево-судинної системи у спортсменів нами досліджено 75 осіб, віком від 18 до 22 років, 25 з яких займаються легкою атлетикою, 25 – важкою атлетикою та 25 – футболом. Спортивний стаж досліджуваних склав 5 років. Всім досліджуваним знімалась електрокардіограма (ЕКГ) у 12 відведеннях до та після фізичного навантаження на базі обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру і аналізувались наступні показники ЕКГ: зубці Р, Т, інтервали Р-Q, Q-T та відстань R-R.

Результати. Встановлено, що у важкоатлетів кількість екстрасистол після фізичного навантаження збільшується, що вимагає дообстеження і при необхідності медикаментозне лікування. В групі легкоатлетів та футболістів показник числа серцевих скорочень вище (р

Маковійчук Ю.М.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, Чернівці, Україна

Кафедра молекулярної генетики та біотехнології

(науковий керівник - к.б.н. Хлус Л.М.)

Проведені епідеміологічні та клінічні дослідження довели, що саме абдомінальний тип розподілу жирової тканини є чинником ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Відомо, що АО відіграє провідну роль у розвитку синдрому інсулінорезистентності, який пов'язаний з підвищенням артеріального тиску, порушенням вуглеводного та ліпідного обміну, системною хронічною запальною відповіддю організму тощо.

Мета дослідження: вивчити метаболічні показники у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) залежно від наявності абдомінального ожиріння (АО).

Матеріал і методи. Обстежено 56 хворих на ГХ I-II стадій та 24 практично здорові особи, репрезентативні за віком і статтю. Досліджували показники вуглеводного (глікемія натще) та ліпідного обміну (загальний холестерол (ХС), триацилгліцероли (ТГ), ХС ліпопротеїнів низької та високої щільності), інсулінорезистентності (імунореактивний інсулін (ІРІ), С-пептид, HOMA-IR), вміст фактору некрозу пухлин- α (TNF- α) у крові хворих за загальноприйнятими методиками. АО діагностували за окружності талії 102 см і більше у чоловіків та 88 см і більше у жінок. Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Хворі на ГХ з АО характеризувалися вірогідно вищим рівнем ІРІ натще, показником HOMA-IR, вмістом загального ХС, TNF- α порівняно з хворими на ГХ без АО ($p < 0,05$). Вірогідне підвищення концентрації ІРІ натще, С-пептиду, загального ХС, ТГ порівняно з контролем спостерігалось лише за наявності АО.

Висновок: абдомінальний тип розподілу жирової тканини у хворих на ГХ асоціюється з інсулінорезистентністю, порушенням показників ліпідного обміну та цитокінової регуляції.

Маркевич В.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІНГГО БІЛОБИ, ГЛОДУ ТА ПУЕРАРІЇ ДВОЛОПАТЕВОЇ У КОМПЛЕКСІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Волошин О.І.)

Актуальність теми. Незважаючи на стрімкий розвиток сучасної медицини, рівень розповсюдженості захворювань серцево-судинної системи зростає, охоплюючи все молодший контингент населення, що потребує не лікування, вже захворювання, яке вже виникло, а активного запобігання розвитку недуги.

Мета роботи. Дослідити ефективність комбінованого препарату гінгго білоби, глоду та пуерарії лопатевої на преморбідному етапі у пацієнтів з високим ризиком виникнення артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріали і методи дослідження. Проведено обстеження 60 пацієнтів віком 31-39 років, які входили в групу високого ризику виникнення артеріальної гіпертензії.

Першу групу склали пацієнти, що дотримувались рекомендацій. До другої групи увійшли 30 пацієнтів, яким рекомендувалось вести звичайний для них спосіб життя з періодичними обстеженнями. Тривалість дослідження становила 1 рік.

Результати досліджень та їх обговорення. За даними отриманими після аналізу показників часу та площі гіпертонії (показники та межі даних критеріїв були дещо розширені та знижені, мали назву – індекс площі та часу умовної «прегіпертонії»). ІЧ у першій групі систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) тиску становив САТ-21,5 \pm 2,25, ДАТ-9,4 \pm 1,65 до та САТ-3,6 \pm 0,02, ДАТ-2,1 \pm 0,072 після курсу профілактичних заходів. ІЧ у другій групі становив на початку обстеження САТ-19,7 \pm 3,14, ДАТ- 8,9 \pm 2,02 та через рік САТ- 22,35 \pm 2,58, ДАТ-12,22 \pm 1,88. ІП на початку обстеження у першій групі становив САТ-8,34 \pm 1,16, ДАТ-4,4 \pm 1,1 у другій групі САТ- 9,11 \pm 2,4, ДАТ-4,26 \pm 2,01. Показники ІП після проведеного дослідження становили: в першій групі САТ-5,26 \pm 0,69, ДАТ-2,34 \pm 0,05, в другій групі САТ-11,97 \pm 0,23, ДАТ-6,31 \pm 0,57.

Згідно отриманих результатів, достовірного зниження ІЧ САТ та ДАТ після проведеного лікування досягнуто у пацієнтів першої групи ($p < 0,05$), які отримували комплексний фітопрепарат та максимально дотримувались добового режиму, у пацієнтів другої групи спостерігалось підвищення САТ на 3,2%, ДАТ на 2,01%. Зниження ІП в першій групі відзначалось в значній мірі, в другій ж групі, відповідно, ІП дещо збільшився, що свідчить про поступовий розвиток АГ без первинної профілактики у контингенту населення з високим ризиком виникнення АГ та сукупністю декількох чинників ризику.

Висновок. Активна первинна профілактика у контингенту населення, що можна віднести до групи ризику, є одним із найважливіших заходів у попередженні розвитку захворювання та покращення якості і продовження життя пацієнта. Зазначений комбінований фітопрепарат гінгго білоби, пуерарії лопатевої та глоду не є виключенням, а швидше, - одним із тих фітопрепаратів, які можуть бути включені до комплексу активної антигіпертензивної профілактики в сукупності з всебічною поінформованістю пацієнта щодо дотримання обмежень у харчуванні та постійною дозованою фізичною активністю.

Мухиддинов А.И., Арипов С.А., Мирзаев Р.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЛИЗИНОПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренней медицины № 2

(научный руководитель - д.мед.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является распространенным заболеванием. Несмотря на большие успехи и достижения медицины в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность ХСН неуклонно растет, составляя от 1,5 до 2,0% в общей популяции, а среди лиц старше 65 лет она достигает 6-17%, и характеризуется высоким уровнем инвалидизации и смертности. По мнению некоторых исследователей ХСН станет основной проблемой кардиологии, с которой придется столкнуться обществу в ближайшие 50 лет.

По данным В.В.Герасимовой, анализировавшей течение ХСН у больных, наблюдавшихся в Институте кардиологии имени А.Л.Мясникова 3-летняя выживаемость пациентов с ХСН составила лишь 27%.

Цель настоящего исследования: Определить эффективность влияния лизиноприла в комплексном лечении больных с сердечной недостаточностью.

Под наблюдением находились 40 больных с сердечной недостаточностью: 15 с ревматическими пороками сердца, 15 с постинфарктным кардиосклерозом, 10 с дилатационной кардиопатией. Всем пациентам проводилось общеклиническое, лабораторные и инструментальное обследование. Наблюдение проводилось в динамике через 2 и 6 месяцев с использованием общепринятых методов.

Лизиноприл назначался в дозе 2,5 мг 2 раза в день в течение 2 недель. В дальнейшем дозу увеличивали вдвое каждые 2 недели, доводя до максимальной. Адекватность дозы оценивалась по уменьшению клинических признаков сердечной недостаточности, снижению АД.

Проведенные исследования показали что при длительном лечении лизиноприлом у больных сердечной недостаточностью II-III ФК положительной клинической динамикой, отмечается статически достоверное увеличение индекса 2Н/Д с $0,308 \pm 0,01$ до $0,340 \pm 0,01$ ($p < 0,05$), ФВ ЛЖ с $34,5 \pm 1,05$ до $42,3 \pm 1,07$, уменьшение МС с $332,5 \pm 18,7$ до $283,7 \pm 17,5$ ($p < 0,05$) без существенного изменения ИС $-0,87 \pm 0,015$ и $0,88 \pm 0,20$.

Таким образом, ИАПФ обладают антиатеросклеротическим и защищающим миокард действием, лизиноприл является одним из хорошо изученных ИАПФ, эффективность которого убедительно доказана при лечении страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и их можно назвать "золотым стандартом" в терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О.

КЛИНИКО ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЛИЗИНОПРИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренней медицины № 2

(научный руководитель - д.мед.н. Ташкенбаева Э.Н.)

В клинической практике сердечная недостаточность оказывается дебютом дилатационной кардиомиопатии (ДКМП). По данным НИИ кардиологии им. А.Я. Мясникова в стационарных условиях частота случаев ДКМП, как причины ХСН за последние 10-13 лет увеличилась до 38,8 %. Средняя распространенность ДКМП 0,73 - 6,95 на 100000 населения.

Лечение больных с ДКМП настоящего времени остается трудной задачей. Поскольку причину заболевания установить не удается. Патогенетическая терапия больных должна быть направлена на коррекцию ХСН. В последних сообщениях о лечении сердечной недостаточности делается акцент на эффективность ИАПФ в комплексном лечении ДКМП.

Цель исследования: определить клинико-гемодинамическую эффективность лизиноприла при лечении больных с ДКМП. Для исследования были взяты 30 больных с ДКМП.

Методика обследования включала определение показателей центральной гемодинамики и функционального состояния левого желудочка методом эхокардиографии. Больные принимали лизиноприл в течении 6-8 недель с повторными курсами через 3 месяца в течении года.

Начальная доза лизиноприла составила 2,5мг в сутки, наращивание дозы препарата осуществлялось под контролем клинического состояния и АД. Контрольные исследования гемодинамики проводились через 1-3-6-12 месяцев от начала терапии в средней 10 мг лизиноприла в сутки.

При анализе показателей общей гемодинамики и функционального состояния ЛЖ у больных ДКМП тенденция к снижению ЧСС и ОПСС, уменьшение объемов КДОЛЖ (-5,6 мл), КСОЛЖ (-8,4мл). Положительные изменения КСРЛЖ(- 3,6 мм) и КСОЛЖ улучшением систолического сокращения миокарда. В динамике лечения лизиноприлом произошло повышение сократимости миокарда, повышением УОЛЖ(+12,6 мл), и ФВЛЖ (+ 4,04 %).

Таким образом результат лечения больных ДКМП оценены как хорошие у 45,7%, удовлетворительные у 38,6%, неудовлетворительные у 13%. Переносимость препарата была удовлетворительной, побочных эффектов было минимальным. В динамике лечения ИАПФ у больных ДКМП улучшились показатели общей, легочной гемодинамики и функционального состояния ЛЖ: произошло снижение ОПСС, увеличение УО (+12,6мл) , ФВ, МО (+10,63), снижение КДО, КСО, значительное увеличение РИ (+42,65). ИАПФ-лизиноприл улучшают прогноз и выживаемость больных с ХСН.Использовать их необходимо, учитывая противопоказания, с медленным титрованием и минимальной дозы.

Хасанжанова Ф.О., Мухиддинов А.И., Арипов С.А., Мирзаев Р.С.

КОРРЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИБС И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренней медицины №1*(научный руководитель - д.мед.н. Ташкенбаева Э.Н.)*

При развитии сердечно-сосудистых заболеваний гиперурикемия (ГУ) может быть важной причиной снижения сосудистой резистентности и развития эндотелиальной дисфункции. Влияние ГУ на факторы регуляции уровня NO в крови её связь с NO-активностью эндотелия у больных с ИБС до конца не изучено, что определяет актуальность проблемы.

Цель исследования: оценка уровня мочевой кислоты (МК) в взаимосвязи с NO в крови при терапии больных нестабильной стенокардией (НС) с ГУ.

Материалы и методы исследования: обследованы 75 больных с НС. Мужчины 40 (53,3%), женщины 33 (46,6%). Больные были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли 23 (31,5%) больных НС с ГУ, леченых традиционной терапией (ТрТ). Во 2-ю вошли 25 (34,2%) пациентов, которым наряду с ТрТ в течении 30 дней дополнительно назначали аллопуринол (Ап) по 0,1 г/сут, в 3-ю – 41 (34,2%) пациента, которым в ТрТ включали препарат L-аргинина по 100 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки, в течении 5 дней.

Результаты показали, до лечения крови больных НС с ГУ отмечается высокий уровень МК, при этом сохраняется на уровне контроля его экскреция с мочой. После проводимой 30-дневной терапии Ап и L-аргинином содержание МК снизилось до уровня контроля, а в 1-й гр. несколько повысилось – на 9%. Снижение уровня МК крови одновременно происходило за счет повышения его экскреции с мочой, а в 1-й и 3-й группах этот показатель сохранялся на прежнем уровне. Эффективность лечения была высокой у больных 2 и 3-й группами при ее оценке по показателям самооценки качества терапии. В 1-й гр. только 46% больных отметили, что позволяет чувствовать себя комфортно, во 2-й и 3-й – 72,5 и 80,4%. Важное место при оценке эффективности занимало установление частоты случаев среди больных, у которых прекратились полностью ангинозные приступы. При этом у больных 1 гр. снижение частоты случаев ангинозных приступов встречалось на 20-е сутки лечения, тогда как у больных 2-й группы этот показатель был выявлен на 16-е сут, а у больных 3-й гр. – на 12-е сутки.

Таким образом, проведенные исследования показали, что дополнительное назначение в комплексную традиционную терапию больным НС с ГУ Ап и/или L-аргинина повышает эффективность лечения, что сопровождается снижением частоты ангинозных приступов, улучшением качества их жизни, снижением дозы нитроглицерина, длительности их приема.

Навчук Д.І.

ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О.С.)

Актуальність. Одним із найбільш частих порушень серцевого ритму в людей, що призводить до їх інвалідності, є фібриляція передсердь (ФП). Третина пацієнтів, госпіталізованих з приводу порушення ритму серця, мають ФП, що погіршує прогноз їх виживання. Поширеність ФП зростає з віком, а після 55 років – взагалі подвоюється кожне десятиліття. Так, ФП трапляється в 0,5 % людей віком 40–50 років, в 1,0 % – 50–60 років, у 4,0 % – 60–70 років, у 8,0 % – 70–80 років, у 14,0 % – 90 років і старше. У зв'язку зі старінням населення планети експерти ВООЗ припускають у найближче десятиліття зростання поширеності цієї патології.

Мета дослідження. Довести, що виникненню ФП можна запобігти шляхом ранньої діагностики факторів ризику її розвитку та завдяки ефективній боротьбі з ними.

Матеріали та методи. Застосовано медико – статистичний та аналітичний методи.

Результати дослідження. Обстежено 50 хворих на ішемічну хворобу серця зі стабільною стенокардією II та III ФК. I групу склали 25 хворих з постійною формою ФП, II групу – без ФП. Групи пацієнтів були ідентичними за статтю й віком. Середній вік обстежених склав $58,3 \pm 4,1$ років. Для оцінки ступеня ризику тромбоемболій у хворих з ФП застосовано шкалу CHA2DS2VASc (Європейське товариство кардіологів, 2010). У всіх пацієнтів визначали наявність дисфункції міокарда (ДМ), артеріальної гіпертензії (АГ), перенесеного інсульту, перенесеного інфаркту міокарда (ІМ), цукрового діабету. У процесі аналізу факторів ризику за згаданою шкалою CHA2DS2VASc встановлено, що всі пацієнти II групи страждають на АГ, 32% з них мали ДМ, 20% перенесли епізод транзиторної ішемічної атаки, 8% – ІМ. У хворих цієї групи також виявлено гіперхолестеринемію, при цьому в половині з них – спостерігалось підвищення активації симпатоадреналової системи та гіподинамія, що вказує на тяжкий перебіг захворювання з високим ризиком виникнення тромбоемболічних ускладнень. Пацієнтам з ФП, у яких бал за шкалою CHA2DS2VASc дорівнював 1, було призначено ацетилсаліцилову кислоту, а в яких перевищував 2 – варфарин під контролем рівня МНВ, що дало можливість покращити їх якість життя.

Висновок. Пацієнтам з ФП потрібно систематично спостерігатися в кардіолога та проводити профілактичне лікування відповідно до ступеня ризику виникнення ускладнень за шкалою CHA2DS2VASc.

Хребтій Г.І., Нагородний О.В.

ВПЛИВ НАДЛИШКУ МАСИ ТІЛА НА ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Хребтій Г.І.)

На сьогоднішній день гіпертонічну хворобу (ГХ) розглядають як стан дисфункції ендотелію (ДЕ), що супроводжується спазмом гладеньких м'язів судин, збільшенням опору викиду лівого шлуночку та схильністю до розвитку атеросклерозу. Разом з тим, абдомінальне ожиріння є одним з патогенетичних факторів ГХ. Надлишкова вага, можливо, є пов'язаною з розвитком ДЕ. Ціллю дослідження було вивчення особливостей ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД) у хворих на ГХ із супутнім ожирінням.

Було обстежено 32 хворих на ГХ II стадії віком від 36 до 74 років, в середньому – 55±5,9 років. Ступінь ожиріння був визначений за індексом маси тіла (ІМТ). У першій групі, 20 хворих, було встановлено супутнє аліментарне ожиріння I ступеню (ІМТ-33,1±0,34 кг/м²). Друга група - 12 хворих на ГХ з нормальною масою тіла (ІМТ-23,7±0,29 кг/м²). До третьої групи (контроль) ввійшли 8 осіб з нормальним рівнем артеріального тиску та без ознак ожиріння (ІМТ-22,9±0,38 кг/м²). Для визначення змін діаметру артерій у відповідь на підвищений тиск потоку крові (ЕЗВД) і сублінгвальний прийом нітрогліцерину – ендотеліїнезалежна вазодилатація (ЕНВД), – ми проводили (за допомогою ультрасонографії плечової артерії (ПА)) тест Целераера-Соренсена .

Встановлено, що початковий діаметр плечової артерії (мм) в першій групі склав 4,4±0,2(p<0,05); в другій 4,1±0,2(p<0,05); в групі контролю – 3,9±0,2(p<0,05). Потокоса-лежна дилатація (%) в першій групі склала 4,6±0,8(p<0,05); в другій 8,4±0,2(p<0,05); в групі контролю – 10,3±0,6(p<0,05). Величина ЕНВД (%) в першій групі склала 16,5±2,1(p<0,05); в другій 14,0±1,5(p<0,05); в групі контролю – 17,6±1,3(p<0,05).

Таким чином, у хворих ГХ, за даними дослідження з використанням ультразвуку ви-сокого розрішення, виявлені порушення ендотеліязалежної вазодилатації ПА і зниження чутливості ПА до напруження зсуву, незалежно від наявності ожиріння, хоча більш виражене у хворих з супутнім ожирінням. При цьому ЕЗВД у відповідь на органонітрати була не зміненою.

Наимова Х.А., Маматкулов И.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Цель работы: изучение клинической эффективности фармакологических и нефармакологических методов психотропного лечения (ПТЛ) в комплексной терапии больных деформирующим остеоартрозом (ДОА.)

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 168 больных ДОА. Среди обследованных преобладали лица женского пола (67,2%), пациенты в возрасте 51-70 лет (45,8%) и продолжительностью заболевания от 5 до 15 лет (55,4%). Средний возраст больных ДОА составил – 61,7±1,2 лет, продолжительность заболевания - 6,0±0,5 лет. Невротические нарушения (НН) были изучены по специально разработанным методическим рекомендациям НИИ Общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (1988, 1991). При исследовании невротического состояния у 65,6% пациентов были выявлены невротические нарушения (НН): у 22,6% - слабой, у 31,7% - средней и у 14,9% - выраженной степени. Наиболее часто диагностированы астеновегетативные нарушения - 61,3%. У 24,4% больных астеновегетативная симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных, у 14,3% - ипохондрических, у 9,5% - истерических и у 4,8% - навязчивых нарушений. Лечение НН проводилось в зависимости от вида и степени их выраженности. При НН легкой степени комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии и лечебной физкультуры, средней степени - седативными средствами, выраженной степени - антидепрессантами. Курс лечения зависел от вида терапии (10-21 дней).

Результат и обсуждение. Как показали наши исследования психокорректирующие методы эффективно влияют на изменение взглядов пациента на свои проблемы, семейные отношения, улучшают психологическую атмосферу между пациентом и окружающими. Комплексное лечение с применением ПТЛ привело к положительной динамике и ряда клинических показателей: снижению болевого индекса, индекса П.Ли и повышению манипуляционной способности суставов. После курса лечения из всех больных с НН у 66 (54,1%) наблюдалась полная, у 44 (36,1%) – значительная редукция симптоматики. У 12 (9,8%) больных не улучшалась симптоматика НН. После курса психотерапевтического лечения (ПТЛ) у 11,5% больных результат был оценен как неудовлетворительный, у 26,2% - удовлетворительный и у 62,3% - положительный. В контрольной группе (46 больных без НН) эти результаты были получены соответственно у 10,8, 37,0 и 52,2% больных. После лечения показатель качества жизни – индекс боли по ВАШ в первой группе больных (с применением ПТЛ) составил 52,6±5,6 мм, во второй - 66,5±5,6 мм (без ПТЛ).

Выводы. Для лечения НН у больных ОА можно применять фармакологические и нефармакологические методы. На стационарном этапе предпочтительно медикаментозное лечение: седативные средства, антидепрессанты. Нефармакологические методы - физиотерапия, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура эффективны на этапах реабилитации больных. Важной составляющей частью лечебной программы НН является повышение физической активности и чувства независимости.

Новицька О.З.

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ, РІВЕНЬ ІНСУЛІНУ ТА ШВИДКІСТЬ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра сімейної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Білецький С.В.)

За даними Американської національної ниркової фундації, гіпертонічна хвороба (ГХ) посідає друге місце після цукрового діабету серед причин розвитку хронічної ниркової недостатності. З огляду на зростаючу поширеність хронічного ураження нирок у хворих на ГХ важливо, насамперед, оцінювати їх функціональний стан та визначати чинники розвитку та прогресування гіпертензивної нефропатії. Метою дослідження було вивчити показники ліпідного обміну, рівень інсуліну та швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії (ГХ II) у поєднанні з цукровим діабетом типу 2 (ЦД-2). Обстежено 59 хворих на ГХ II у поєднанні з ЦД-2 середньої важкості у віці від 36 до 79 років. Визначали концентрацію глюкози у плазмі крові глюкозооксидазним методом, рівень імунореактивного інсуліну (ІРІ) крові за методом імунферментного аналізу. Стан ліпідного обміну вивчали шляхом визначення вмісту у плазмі крові загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів високої та низької щільності, триацилгліцеролів (ТГ). Вміст креатиніну в плазмі крові визначали кінетичним методом за реакцією Яффе з використанням стандартного набору реактивів. ШКФ вираховували за формулою *Cocroft-Gault*. Отримані результати порівнювали з даними 24 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю. Статистичну обробку результатів дослідження проводили шляхом визначення середніх арифметичних величин (М) та стандартної похибки (m). Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили з використанням *t* - критерію Стюдента. Вираховували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена - *r*. Аналіз отриманих даних виявив вірогідне підвищення вмісту ЗХС та ТГ в плазмі крові у хворих на ГХ II з ЦД-2 у порівнянні з показниками у здорових осіб. Так, концентрація ЗХС склала у хворих на ГХ II з ЦД-2 $6,82 \pm 0,29$ ммоль/л, ТГ - $2,17 \pm 0,15$ ммоль/л, у здорових - $4,06 \pm 0,25$ ммоль/л та $1,12 \pm 0,06$ ммоль/л відповідно ($p < 0,05$). Рівень ІРІ також був вірогідно вищим у обстеженої групи пацієнтів - $32,41 \pm 1,8$ мкОд/мл, у контролі - $12,53 \pm 1,28$ мкОд/мл ($p < 0,05$). Спостерігалася тенденція до зниження ШКФ у хворих на ГХ II з ЦД-2 ($102,2 \pm 4,15$ мл/хв.) у порівнянні з контролем ($112,8 \pm 5,8$ мл/хв.), проте різниця невірогідна ($p > 0,05$). При проведенні кореляційного аналізу виявлено вірогідну обернену взаємозалежність між показником ШКФ та вмістом ЗХС ($r = -0,37$, $p < 0,004$), ІРІ ($r = -0,27$, $p < 0,03$). Висновок: виявлена залежність між вмістом ЗХС, ІРІ та ШКФ дає підставу розглядати порушення ліпідного та вуглеводного обміну у хворих на ГХ II у поєднанні з ЦД-2 в якості фактору ризику розвитку ураження нирок.

Пастернак Н.І., Залявська О.В.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНОГО АРТРИТУ ПРИ НАЯВНОСТІ ЕКСПРЕСІЇ АНТИГЕНУ HLA-B27

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Вступ. У патогенезі реактивного артрити (РеА) значну роль відіграють генетичні фактори, про що свідчить тісна асоціація цього захворювання з антигеном головного комплексу гістосумісності класу I - HLA-B27, який виявляється в 80-90% випадків РеА. Антиген HLA-B27 є антигенпрезентуючою молекулою, здатною представляти артритогенні пептиди цитотоксичним Т-лімфоцитам CD8. Об'єктом лізису при цьому, вірогідно, є хондроцити і синовіоцити.

Мета дослідження. Вивчити вплив експресії гена гістосумісності HLA-B27 на клінічний перебіг РеА у хворих із коморбідним перебігом хронічної хвороби нирок (ХХН): хронічного пієлонефриту (ХП).

Матеріал і методи. Обстежено 58 хворих, яких розподілено на дві групи: перша – хворі на РеА без патології нирок ($n=38$); друга – хворі на РеА та ХП, ХНН 0-I ст. ($n=20$). Групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю та активністю коморбідних захворювань. Контрольну групу склали 11 практично здорових осіб (ПЗО). Наявність антигену HLA-B27 визначали методом полімеразної ланцюгової реакції.

Результати дослідження та їх обговорення. Середня тривалість захворювання обстежених хворих складала $24,4 \pm 4,7$ місяця. Середній вік пацієнтів складав $32,5 \pm 1,2$ року. В обстежених нами хворих на РеА HLA-B27 у 1-й групі був виявлений у 73,68% ($n=28$) і в 2-й групі – у 80% ($n=16$). При порівнянні пацієнтів залежно від наявності HLA-B27 за статтю і віком значних відмінностей виявлено не було, проте тривалість захворювання РеА у носіїв HLA-B27 дещо переважала. У хворих на РеА, носіїв HLA-B27-антигену, спостерігалися більш виражений суглобовий синдром ($p < 0,05$) та вірогідно частіше і виразніше проявлялися тендовагініти, ентезит ($p < 0,05$), а також діагностувалися системні ураження: лихоманка, зниження маси тіла, лімфаденопатія. Експресія антигену HLA-B27 визначає активність суглобового синдрому та впливає на системні прояви захворювання та на розвиток і ступінь тендовагініту. У групі HLA-B27(+) хворих спостерігалася також більш висока лабораторна активність захворювання: збільшення кількості лейкоцитів ($p < 0,01$), ШОЕ ($p < 0,05$), СРБ ($p < 0,05$) та сіалових кислот ($p < 0,01$). Наявність системних проявів у HLA-B27(+) пацієнтів 2-ї групи спостерігалася із значно вищою частотою (у межах 43,8-70,5%), ніж у хворих 1-ї групи, а інтенсивність суглобових проявів - у межах 34-50%. Показник суглобового індексу в пацієнтах 2-ї групи HLA-B27(+) перевищив такий у 1-й групі у 3,5 рази ($p < 0,05$), що свідчить про роль ХХН у патогенезі взаємообтяження РеА.

Висновок. Експресія антигену HLA-B27 визначає схильність до розвитку, підвищення активності реактивного артрити та прогресування функціональної недостатності суглобів у хворих на хронічний пієлонефрит у порівнянні з HLA-B27-негативними пацієнтами, розвитку системних проявів, тендовагініту, сакроілеїту.

Пастернак Н.І., Топорівська О.В.

ТРИВОЖНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Поліщук О.Ю.)

Вступ. Однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини є зростання поширеності та інвалідизація внаслідок захворювань серцево-судинної системи. Серед відомих факторів ризику виникнення ішемічної хвороби серця (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, надмірна вага, гіперхолестеринемія) значний інтерес у дослідників викликають психосоціальні чинники, роль яких у виникненні та перебігу захворювання остаточно не визначена. Сучасними дослідженнями встановлюється та проводиться подальший пошук зв'язку між ризиком розвитку ішемічної хвороби серця та особливостями її перебігу і такими психосоціальними факторами як тривога і депресія, тип поведінки, тощо. З іншого боку соматичне захворювання, особливо при поєднаній патології, наприклад ІХС та порушення серцевого ритму також суттєво впливає на психоемоційний стан хворого.

Мета роботи. Визначення психологічних особливостей особистості у осіб, з хронічною ішемічною хворобою серця в поєднанні з постійною формою фібриляцією передсердь.

Об'єкти і матеріали дослідження. Обстежено 21 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері з діагнозом ІХС, стабільна стенокардія напруження II-III ФК. У 12 хворих окрім стенокардії діагностовано постійна форма фібриляції передсердь. Проведено визначення рівня особистісної та ситуативної тривожності за методикою Чарльза Спілбергера, якість життя встановлювалась за допомогою опитувальника SF-36.

Результати дослідження. Встановлено, що серед хворих на ІХС більшість складають особи з високим рівнем особистісної тривожності – 71,43%, пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності зустрічались у 28,57%, низький рівень тривожності серед обстежених хворих не представлений взагалі. Прикметно, що приєднання до стабільної стенокардії постійної фібриляції передсердь призводить до збільшення ситуативної тривожності. Частка хворих з високим рівнем ситуативної тривожності у пацієнтів з ізольованою ІХС складала 11,11%, а у випадку поєднання з порушенням ритму, вона збільшувалась до 33,33%. Абсолютні значення балів особистісної та ситуативної тривожності також переважали у разі поєднання фібриляції передсердь з ІХС (46,45 проти 31,96 для ситуативної тривожності та 50,92 проти 38,64 для особистісної).

Висновки. Отже підвищена тривожність більш притаманна пацієнтам з поєднанням ІХС та фібриляції передсердь, що може мати негативний вплив як на об'єктивний перебіг захворювання, так і на суб'єктивну оцінку пацієнтом важкості свого стану, гальмуючи таким чином процес одужання та реабілітації.

Пелип Б.М.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЦИРКАДНОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ З ТИПОМ ГЕОМЕТРІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Ілащук Т.О.)

Метою дослідження було вивчення взаємозв'язку циркадного ритму артеріального тиску (АТ) з типом геометрії лівого шлуночка (ЛШ) серця.

Матеріали та методи: було обстежено 182 пацієнти з артеріальною гіпертензією (АГ), що перебігала ізольовано та у поєднанні з ішемічною хворобою серця. Всім хворим проведено добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) та ехокардіографію (ЕхоКГ). Оцінювали основні параметри моніторування в залежності від виявленого типу ремоделювання лівого шлуночка серця.

Результати дослідження: в залежності від результатів ЕхоКГ дослідження пацієнти були розділені на три групи: I групу склали 42 (23,1%) особи з нормальною геометрією ЛШ (відносна товщина стінки ЛШ (ВТСЛШ) менше 0,45, індекс маси міокарда ЛШ (ІММЛШ) менше 125 г/м²). В II групу увійшли 78 (42,9%) пацієнтів, у яких при ЕхоКГ було виявлено концентричну гіпертрофію ЛШ (ВТСЛШ більше 0,45, ІММЛШ більше 125 г/м²). III групу склали 62 (34%) хворих на АГ, у яких поряд з гіпертрофією міокарда відмічалась дилатація порожнини ЛШ, тобто було виявлено ексцентричну гіпертрофію ЛШ (ВТСЛШ менше 0,45, ІММЛШ більше 125 г/м²).

Висновки: На основі отриманих нами даних виявлено, що по мірі зростання середньодобових, середньоденних та середньонічних значень систолічного та діастолічного АТ, за даними ДМАТ, достовірно зростає частота виявлення концентричної та ексцентричної гіпертрофії при проведенні ЕхоКГ.

Визначені нами групи достовірно розрізнялись за величиною нічного зниження АТ. Так, частота виявлення добового профілю "dipper" вдвічі зменшувалась від I до II та III груп, а добовий профіль "non-dipper" реєструвався в 3,9 та 5,8 раз частіше у пацієнтів II та III груп, відповідно, порівняно з I групою.

Виявлено, що нічне зниження АТ у пацієнтів з АГ зменшується при появі та прогресуванні вторинних змін в серцево-судинній системі, при паралельному зростанні середньодобових, середньоденних та середньонічних значень АТ та величин добової варіабельності АТ.

Потапчук А.О., Сакура М.В., Полянська О.С.

САТУРАЦІЯ КИСНЮ ЯК МАРКЕР ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О.С.)

Метаболізм серцевого м'язу залежить від артеріального насичення крові киснем та міокардіальної екстракції кисню, коронарного току крові, площі поперечного діаметру коронарної артерії та артеріального тону, наявності атеросклеротичної бляшки та коронарної вазоконстрикції, симпатичної активації спричиненої ішемією міокарда, порушення серцевого ритму, що може визначати перебіг захворювань. Ряд захворювань чи клінічних ситуацій призводить до пониження насичення крові киснем, зменшення кисневого постачання, що має тяжкий характер у зв'язку з прогресуванням ішемії міокарда.

З метою вивчення особливостей перебігу інфаркту міокарда (ІМ) в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) було обстежено 40 хворих на стабільну стенокардію напруги чоловічої статі віком від 56 до 70 років. I групу склали 20 хворих на ІМ без супутньої легеневої патології, II групу - 20 пацієнтів на ІХС із супутнім ХОЗЛ. Рівень сатурації кисню визначали за допомогою пульсоксиметра.

Нами виявлено, що середній показник насичення крові киснем у пацієнтів I групи складає $93 \pm 2,4\%$, а у пацієнтів II групи - $95 \pm 8,5\%$. Серед хворих II групи більшість чоловіків не відвідували пульмонолога і діагноз був верифікований вперше на стаціонарному етапі реабілітації. У цієї групи пацієнтів спостерігався важчий перебіг захворювання, що проявлялось у вигляді виникнення гострої серцевої недостатності (за Killip II-III класу) життєво небезпечних порушень ритму, підвищення класу важкості захворювання.

В даному випадку у пацієнтів на ІМ приєднується вентиляційна гіпоксія, яка збільшує прояви ішемії міокарда. Таким чином поєднаний перебіг ішемічної хвороби серця та ХОЗЛ призводить до посилення міокардіальної ішемії та істотно впливає на перебіг і прогноз захворювання.

Пуняк С.Р., Карпик К.О.

ОКРЕМІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Амеліна Т.М.)

Фізична працездатність (ФП) – це потенційна здатність людини до прояву максимального фізичного зусилля при виконанні статичної, динамічної або іншого виду роботи. З метою визначення рівня ФП найчастіше використовується субмаксимальний тест PWC 170 у модифікації Карпмана В.Л. (1988), теоретичним підґрунтям якого є дві фізіологічні закономірності: зростання частоти серцевих скорочень (ЧСС) прямо пропорційне її потужності, ступінь прискорення ЧСС зворотно пропорційний функціональним можливостям серцево-судинної системи.

З метою дослідження взаємозв'язку між рівнем ФП та виду виконуваного навантаження нами обстежено 35 студентів-медиків, середній вік яких склав ($20 \pm 0,67$) років. Група контролю включала 10 осіб відповідного віку і статі, які не виконують систематичні фізичні навантаження. З метою визначення рівня ФП використовували два навантаження різної потужності, що залежать від маси тіла та виду спорту тривалістю по 5 хв. з інтервалом відпочинку 3 хв. Відповідно виду систематично виконуваного навантаження обстежені утворили дві групи: до першої увійшли 16 юнаків, які перевагу надають динамічному навантаженню, 19 осіб другої групи займаються переважно статичним видом роботи. Дослідження проводили на велоергометрі діагностичного комплексу «Кардіо+».

Встановлено, що величина ФП у юнаків першої групи складала $1440 \pm 27,17$ кгм/хв; ($p < 0,001$), другої - $1182 \pm 40,57$ кгм/хв; ($p < 0,001$), групи контролю - $787,8 \pm 22,34$ Вт; ($p < 0,001$).

Величина фізичної працездатності перебуває в прямолінійній залежності від величини максимального споживання кисню (МСК). Адаптація серцево-судинної системи до постійного динамічного навантаження викликає збільшення основних гемодинамічних показників поступово, корелюючи з МСК і здатністю тканин до утилізації кисню, що викликає фізіологічне зростання загального рівня ФП.

Пушкашу А.В.

УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О.С.)

Згідно визначенню Європейського товариства кардіологів, перипартальна кардіоміопатія (ПКМП) - це форма дилатаційної кардіоміопатії з лівошлуночковою систолічною дисфункцією таклінічними ознаками застійної серцевої недостатності, що розвиваються у раніше здорових жінок в останньому триместрі вагітності або в післяпологовому періоді (перші 5 місяців). Перший опис ПКМП як форми кардіоміопатії було опубліковано тільки в 1937 р. У 1971 р. JG Demakis описав випадки 27 пацієнок, у яких відзначали кардіомегалію, симптоми серцевої недостатності, зміни на електрокардіограмі, розвиток яких було пов'язане з вагітністю, і дали назву цьому захворюванню, що збереглося до цих пір, - ПКМП, а також встановили діагностичні критерії. Захворюваність коливається від 1 випадку на 1300 до 1 випадку на 15 тис. жінок, які народили живих дітей (1 випадок на 2289 породіль). До факторів ризику розвитку ПКМП відносять: вік більше 30 років, багатоплідну вагітність, гестаційну артеріальну гіпертензію, прееклампсію, генетичну схильність, токолітичну терапію (Каминский, В.В. 2013). Провокувати патологічну імунну відповідь може феномен хімеризма - проникнення клітин плоду через плацентарний бар'єр в організм матері (фетальний мікрохімеризм).

При ВКМП виявляють підвищення рівня тропоніну Т в сироватці крові, на ЕКГ - синусову тахікардію, неспецифічні зміни реполяризації, порушення ритму серця і провідності. При проведенні ехокардіографії характерна дилатація порожнин серця, зниження скоротливої здатності лівого шлуночка. В плазмі крові хворих на ПКМП виявляють підвищений рівень С-реактивного білка та фактора некроза пухлин, порушення регуляції мітоген активованої протеїнкінази [Duran N., Gunes H., Duran I. et al. 2008]. Половина смертей при ПКМП виникає впродовж перших 3 місяців після пологів і незважаючи на досягнення в області медицини, вона залишається причиною материнської смертності у 6% (Мостбауер Г.В., 2010). Повторні вагітності підвищують ризик рецидиву ПКМП навіть у жінок з відновленими параметрами систолічної функції лівого шлуночка.

Рання діагностика, своєчасне і адекватне лікування застійної серцевої недостатності, антикоагулянтна терапія і профілактика раптової смерті покращують прогноз при ПКМП.

Срібна О.Ю., Пясецький Р.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЛІТИКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Чортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна,

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного профілю

(науковий керівник - викл. Жебрацька А.М. викл. Цьомик О.І.)

« Мати будь-яку іншу хвороб - означає недомагати, мати цю – означає помирати...»

Такими словами ще в античний період Lucius Appaneus Seneca описав власний приступ болю за грудиною, що є проявом захворювання, яке ми називаємо інфарктом міокарда (ІМ). Сьогодні ми живемо в 21 столітті, проте питання невідкладної допомоги при інфаркті міокарда актуальне і тепер, оскільки від нього гине чимало людей у розквіті сил.

Як відомо, інфаркт міокарда – це вогнищевий некроз серцевого м'яза, який виникає внаслідок гострого порушення коронарного кровообігу. Тому в основі лікування гострого трансмурального ІМ є раннє відкриття оклюзованої коронарної артерії механічним або фармакологічним способом. Механічна екстренна ангіопластика дозволяє повністю відновити кровотік в інфаркт-залежній артерії більше, ніж на 90 %, рідко виникає рецидив і ускладнення. Проте ангіопластика застосовується в тому випадку, коли її можна організувати протягом 90 хв. після першого контакту з лікарем. Такі умови в теперішній час створені тільки у спеціалізованих центрах, тому в найближчі роки основним способом відновлення кровотоку судини залишається системний тромболізис.

Проведено оцінку статистичних показників захворюваності та смертності при інфаркті міокарда в Чортківському районі, кількості проведень системного тромболізу в кардіологічному відділенні ЧЦКРЛ за період з 2011 по 2013 роки.

Згідно статистики, у Чортківському районі за 2011 рік виявлено 109 випадків захворювання на інфаркт міокарда, 2012–95 вип., 2013–86 вип. Кількість летальних випадків за 2011 рік становить – 14 вип., 2012-32 вип., 2013- 13 вип.

У кардіологічному відділі ЧЦКРЛ для невідкладної допомоги хворим з ІМ використовують тромболітик першого покоління – фармакіназа. Якщо провести аналіз по роках, то у 2011 році здійснено 10 введень фармакінази, у 2012-5 введень, у 2013-12.

Отже, нами виявлено, що впродовж останніх років в Чортківському районі спостерігається стабільне зменшення захворюваності на ІМ, найвищий показник летальних випадків був у 2012 році, в цьому ж році проведено найменшу кількість тромболізу. Для надання допомоги застосовуються тромболітики першої генерації, що пов'язане із високою вартістю інших препаратів цієї групи.

На нашу думку, для покращення якості надання допомоги пацієнтам з ІМ та підвищення ефективності тромболізу потрібно: повне медикаментозне державне забезпечення пацієнтів з ІМ в гострий період; в засобах масової інформації в доступній формі інформувати населення про необхідність постійного медикаментозного контролю рівня АТ та загального холестерину крові, а також раннє звернення до лікаря при появі симптомів ІХС або її нестабільному перебігу.

Рибак О.Я., Короташ І.Ф.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Окіпняк І.В.)

Відомо, що артеріальна гіпертензія (АГ) найчастіше зустрічається у старших вікових групах. Після 67 років АТ 165/95 мм рт.ст. спостерігається у 21% людей, а 140/90 мм рт.ст. — у понад 65% людей. Ефективне лікування та профілактика серцево-судинних захворювань у старості неможливі без розуміння механізмів їх розвитку. У цьому відношенні АГ розглядається як один із важливих прогностичних факторів ускладнень і смертності у людей похилого та старечого віку.

Метою наших досліджень стало вивчення особливостей перебігу АГ у літніх людей. В залежності від віку хворі на АГ були розподілені на дві групи: першу склали пацієнти віком від 50 до 60 років (27 осіб), другу - віком від 60 до 70 років (32 особи). Всі досліджувані мали стандартизований режим активності/відпочинку, групи були репрезентативні за статтю, в якості гіпотензивної терапії пацієнти отримували біспролол. АТ контролювали за допомогою холтеровського моніторингу до призначення гіпотензивної терапії та через 14 днів. У обстежених нами хворих спостерігали підвищення як систолічного (САТ), так і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску, проте у другій групі переважну більшість склали пацієнти із ізольованою систолічною АГ. Необхідно відмітити, що САТ в однаковій мірі зростає з віком як у жінок, так і у чоловіків.

Рибарчук А.В., Залявська О.В., Ухач Д.Ю.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Ураження серцево-судинної системи у хворих на реактивний артрит (РеА), описане в літературі як HLA-B27-асоційоване кардіологічне захворювання, супроводжується гіпертрофією, ремоделюванням міокарду, порушенням серцевого ритму, дегенеративними змінами клапанного апарату, що суттєво ускладнює як перебіг, так і прогноз захворювання. В основі патогенезу реактивного артриту лежить дисбаланс цитокінів, але на даний момент немає єдиного погляду на тип домінуючої імунної відповіді. Відомо, що медіатори запалення (СРБ, ФНП- α , ІЛ-1, ІЛ-6) активують ендотеліальні клітини, стимулюючи продукцію молекул адгезії, селектинів, клітинного фактору, моноцитарного колонійстимулюючого фактору з одночасним зниженням продукції оксиду азоту, а це може призводити до патологічної вазоконстрикції, тканинної ішемії і дисфункції органа, в першу чергу серця.

Метою дослідження стало визначення характеру цитокінового профілю крові та функціонального стану ендотелію у хворих на реактивний артрит.

У ході дослідження нами було обстежено 38 хворих на РеА, 52,6% з яких склали жінки, 47,4% - чоловіки. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО). Групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю та активністю захворювання. Для оцінки цитокінового статусу у обстежених хворих визначали вміст ІЛ-1 β , ІЛ-4, ІЛ-6, ІФ- γ , ФНП- α і ІЛ-1Ra у сироватці крові методом твердофазового імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням моноклональних антитіл (набір реактивів "Diaclone", Франція). Функціональний стан ендотелію вивчали за вмістом у крові NO за методом L.C. Green. Середній вік пацієнтів у роках становив $32,2 \pm 1,8$, середня тривалість захворювання в місяцях складала $20,4 \pm 7,9$.

У хворих на РеА спостерігалось статистично вірогідне підвищення рівнів ІЛ-1 β , ІФ- γ і ФНП- α відповідно у 1,6, 1,7 та 1,5 рази ($p < 0,05$), а також вірогідне зниження показників вмісту в крові ІЛ-1Ra та ІЛ-6 відповідно у 2,6 і 2,0 рази ($p < 0,05$) у порівнянні із групою здорових осіб, що вказує на роль дисбалансу прозапальних цитокінів у розвитку РеА.

Рівень NO у основній групі хворих статистично вірогідно був менший у 1,5 рази ($p < 0,05$) у порівнянні із показниками у групі контролю. Таким чином, при підвищенні рівня ФНП- α у хворих на РеА, рівень NO прямо пропорційно знижувався, що вказує на обернено пропорційну залежність даних показників.

Таким чином, встановлено вірогідне підвищення рівня в крові прозапальних (ІЛ-1 β , ІФ- γ і ФНП- α) та зниження протизапальних (ІЛ-1Ra та ІЛ-6) цитокінів у хворих на РеА. Підвищення рівня ФНП- α у хворих на реактивний артрит і зниження продукції NO лежить в основі дисфункції ендотелію, що є початковим етапом атеросклеротичного процесу і раннім розвитком хронічної серцевої недостатності.

Руснак І.Т., Романко Т.Р.

ПІДҐРУНТЯ ДЛЯ ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Руснак І.Т.)

Глобальну битву проти захворювань серцево-судинної системи не виграти лише лікуванням уже проявлених хвороб та їх ускладнень. Проблема їх поширеності, зниження якості життя, високих показників інвалідизації та смертності вимагають пошуків нових шляхів ефективного попередження виникнення та розвитку хвороби, раннього розпізнавання перших ознак, а згодом вже результативного доступного безпечного лікування.

Все частіше лікарі наголошують пацієнтам про винятково важливість для збереження здоров'я та уникнення розвитку хвороб правильного харчування, режиму пиття, сну та відпочинку, звільнення від емоційних стресів, про посилення заходів щодо стимулювання фізичної активності та попередження розвитку ожиріння.

Нашою метою було взяти й оцінити піклування пацієнтів про своє здоров'я, усвідомлення важливості методів його збереження та корекції.

Нами було проведене опитування (за допомогою розданих анкет, які заповнювали пацієнти) 82 хворих відділень гіпертонічної хвороби та реабілітації Обласного клінічного кардіологічного диспансеру м. Чернівці, 63 (76,83%) та 19 (23,17%) осіб відповідно відділень. Згідно гендерного розподілу пацієнтів 42 чоловіка та 40 жінок, середній вік 58,95 ± 0,57 років.

На питання з яких джерел дізнаються про методи профілактики захворювань та збереження здоров'я відповіді були наступними: від батьків 4,88% осіб, знайомих - 15,85%, від лікарів 91,5%, з газет 26,83%, журналів 8,54%, телебачення - 31,71%, інтернету 7,32%, з реклами 26,83%, двоє (2,44%) вказали свій варіант – із книг про здоров'я.

Лікуються у стаціонарі лікарні 1-3 рази на рік (в середньому 1,88), а звертаються до лікаря поліклініки дещо частіше 3х разів на рік (3,34) і хворіють впродовж року (в т.ч. застудою) дещо частіше 2х разів на рік (2,13).

В середньому опитані їдять 3-4 рази на день (3,35 рази) та споживають лише 1,45 літра питної води (тільки води, без чаю, супу) за добу.

Цікавим є те, що купуючи їжу, 48 пацієнтів (58,54%) найчастіше вибирають за смаком та 40 осіб (48,78%) - користуються для здоров'я, і лише 6 осіб (7,32%) надають перевагу обом ознакам.

Препарати проти підвищеного тиску приймають періодично 19 осіб (23,17%), щоденно 54 пацієнти (65,85%), 9 осіб (10,98%) не приймають, стосовно частки хворих гіпертонічного відділення ці показники становлять 12 осіб (19,04%), 44 (69,84%) та 7 (11,11%) осіб відповідно.

Приймають вітаміни періодично 37 пацієнтів (45,12%), з них синтетичні вітаміни 9 осіб (10,98%), натуральні (рослинного походження) 21 пацієнт (25,61%), щоденно приймають вітаміни 11 осіб (13,42%) (синтетичні 3,66%, рослинні 2,44%), не приймають 4,88%.

Щодо фізичної активності 41,46% осіб займаються фізичними вправами періодично, 9,76% щоденно та 48,78% не роблять фізичні вправи.

Отже, виходячи із отриманої інформації, у опитуваних є можливість існування підґрунтя для виникнення серцево-судинних захворювань. Покращення обізнаності та підвищення мотивації пацієнтів до ведення здорового способу життя допоможе зменшити захворюваність та уникнути розвитку ускладнень.

Романова В.О., Романов М.О.

ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ ЯК КРИТЕРІЙ ПРОГРЕСУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Кафедра внутрішньої медицини №1

(науковий керівник - д.мед.н. Серкова В.К.)

Актуальність. В патогенезі серцево-судинних захворювань суттєву роль грає ендотеліальна дисфункція (ЕД), відображенням якої є дисбаланс між активними вазорелаксуючими та вазоконстрикторними субстанціями. Вивчення ролі ЕД дозволило створити гіпотезу атерогенезу, як «відповідь на пошкодження», коли фактори ризику (гіперхолестеринемія, гіпертензія, паління) сприяють первинному ушкодженню саме ендотелію. Однак значення ЕД у прогресуванні атеросклерозу вивчено недостатньо.

Мета дослідження. Оцінити вазорегулюючу функцію ендотелію при різних варіантах перебігу стенокардії напруги як критерій важкості та прогресування атеросклерозу у хворих на ІХС.

Матеріали та методи. Обстежено 45 хворих з верифікованою ІХС. Перелік діагностичних досліджень охоплював оцінку синдрому стенокардії, перенесеного інфаркту міокарда (ІМ), ЕКГ у спокої, холтеровське моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ), при відсутності протипоказів – велоергометрію, ЕхоКГ, у 23-х хворих – коронарографію. Для вивчення вазомоторної функції ендотелію використовували пробу з реактивною гіперемією із застосуванням ультразвуку високого розрішення (Celermajer et al.). Контрольну групу склали 20 здорових осіб.

Результати дослідження. У хворих на ІХС відмічено достовірне зменшення приросту діаметру плечової артерії у відсотках (ΔДпа) як при реактивній гіперемії (ендотелійзалежна вазодилатація – ЕЗВД), так і при пробі з нітроглицеріном (ендотелійнезалежна вазодилатація – ЕНЗВД), причому у 15 з 45 хворих (33,3%) мало місце виражене порушення ЕЗВД: у 12 (26,7%) – парадоксальна вазоконстрикція на реактивну гіперемію та у 3-х (6,6%) – відсутність ΔДпа. Найбільш значні порушення ЕЗВД спостерігалися у хворих на нестабільну стенокардію (ΔДпа – 4,53±0,55) та у хворих з III функціональним класом (ФК) стабільної стенокардії (6,14±0,38), особливо у тих, що раніше перенесли ІМ (5,39±0,46). У хворих зі стенокардією II ФК зміни ЕЗВД були менш суттєвими (ΔДпа дорівнював 8,26±0,58 проти 13,97±0,57 в контрольній групі). Значна констрикторна реакція спостерігалася у 7 з 16 хворих з нестабільною стенокардією та у 5 з 15 хворих зі стабільною стенокардією III ФК. У хворих з II ФК стабільної стенокардії вазоконстрикторні реакції були відсутні.

Висновки. Отже, в обстежених нами хворих на ІХС мало місце порушення як ендотелійзалежної, так і ендотелійнезалежної вазодилатації, з перевагою порушень ЕЗВД. Це підтверджується зміною коефіцієнту показника ендотеліальної дисфункції, який дорівнював у хворих на ІХС 0,49±0,05 од., при показнику в контрольній групі 0,79±0,06 од. (p<0,01). Порушення функції ендотелію збільшувалися разом із наростанням тяжкості ІХС та при активації атеросклеротичного процесу у хворих з нестабільною стенокардією.

Сидорчук А.Р., Лукашевич І.В.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ АСОЦІАЦІЇ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ ТА ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ACE (I/D) І ENOS (T894G) У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Лукашевич І.В.)

Мета. Встановити частоту зустрічання гіпертрофії міокарда лівого шлуночку (ГЛШ) у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) залежно від I/D поліморфізму гена ACE та t894g гена ендотеліальної NO-синтази (eNOS).

Матеріал і методи. Обстежено 120 хворих на ЕАГ I-III стадій тяжкості. Серед пацієнтів 12,5% (15) осіб – із ЕАГ I, 60,0% (72) – із ЕАГ II, 27,5% (33) – із ЕАГ III ст.; 48,3% (58) жінок і 51,7% (62) чоловіків, середній вік 52,91±9,24 року. ГЛШ вивчали за даними ЕКГ та Ехо-КГ (збільшення індексу маси міокарда лівого шлуночка більше 125 г/м² у чоловіків, більше 110 г/м² у жінок) [ESH 2007, 2009]. Алелі поліморфних ділянок генів вивчали методом ПЛР аналізу.

Результати та обговорення. Групами високого ризику ураження органів-мішеней, зокрема ГЛШ, за геном ACE стали носії D-алеля (DD I/D-генотипи) гена ACE: у 2,1 разу частіше зустрічали гіпертрофічні моделі лівого шлуночка (ЛШ) – у 91,2% (31) і 85,5% (29) vs 41,7% (11) випадків у хворих із II-генотипом ($p < 0,001$), (OR=6,15, 95%CI OR=1,24-15,9); та носії TT-генотипу гена eNOS, у котрих відносна частота концентричної ГЛШ у 1,4 і 1,5 разу більша, ніж у таких із TG- та GG-генотипами: 66,7% (6) проти 46,9% (30) і 44,7% (21) ($s_2=29,9$, $p < 0,001$). Натомість, нормальну геометрію та концентричне ремоделювання ЛШ у 2,3 рази частіше реєстрували у гомозиготних носіїв I-алеля, ніж у власників D-алеля: 54,2% (13) vs 23,4% (12), відповідно ($p=0,048$) та у хворих із GG-генотипом гена eNOS ($p \leq 0,003-0,001$). Прогностична цінність позитивного результату наявності ГЛШ (за ІММЛШ) за присутністю D-алеля гена ACE та TT-генотипу гена eNOS – 94,2%, чутливість – 80,3%, специфічність – 86,4%, діагностична точність і ефективність – 81,9% і 83,4%, відповідно.

Висновки. Поліморфізми генів ACE (I/D) та eNOS (T893G) є додатковими незалежними предикторами появи та величини ГЛШ, як органа-мішені у хворих на ЕАГ, що дає змогу сформуванню групи ризику пацієнтів.

Ключові слова: генетичний поліморфізм, артеріальна гіпертензія, гіпертрофія лівого шлуночка.

Скулінець Т.К.

ВІДНОШЕННЯ МАКСИМАЛЬНИХ ШВИДКОСТЕЙ – КІЛЬКІСНИЙ ПОКАЗНИК ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Ташук В.К.)

Серцево-судинні захворювання - домінуюча причина смерті в світі, в Україні смертність від ССЗ складає 64% всіх випадків, а отже метод електрокардіографії (ЕКГ) залишається вже понад століття простим, неінвазивним, дешевим і загальнодоступним для скринінгу несприятливих подій при кардіальних захворюваннях, доцільним є пошук новітніх методик реєстрації і аналізу ЕКГ, в тому числі альтернативні підходи до аналізу ЕКГ, одним з яких є метод відображення ЕКГ у фазовому просторі координат. З метою визначити можливості кількісної оцінки електрокардіографії для покращення її інформативності залежно наявної ішемії, гіпертрофії міокарда та кардіосклерозу обстежено 46 пацієнтів, що надійшли в обласний кардіологічний диспансер м.Чернівці, в розподілі діагнозів - вегето-судинна дистонія, стабільна стенокардія I-II функціонального класу, артеріальна гіпертензія та гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ), гострий Q- і неQ-інфаркт міокарда. Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні та ЕКГ на фоні лікування з кількісним і якісним аналізом, оцінкою першої похідної ЕКГ з визначенням змін диференційованого зубця Т при комп'ютерному аналізі ЕКГ та розрахунком ВМШ (відношення максимальних швидкостей - співвідношення змін різниці потенціалів на другому коліні зубця Т до максимальної швидкості на його першому коліні диференційованої ЕКГ з побудовою першої похідної зубця Т). Аналіз ЕКГ проводився в I, III, V2 та V6 відведеннях, що зумовлено особливостями проекції локалізації визначення можливих уражень міокарда (передня, задня, бокова стінки лівого шлуночка), тобто відповідно до I відведення ЕКГ аналізувався стан передньої стінки лівого шлуночка, III – задньої стінки, V2 – міжшлуночкової перетинки, V6 – бокової стінки лівого шлуночка. Розподіл показника ВМШ свідчив про наступні його зміни (рис) у хворих на стабільну стенокардію II-III функціонального класу (Ст I-II і II-III ФК), гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ), гострий інфаркт міокарда, в тому числі Q- і неQ-форми (Q-/неQ-ІМ), перенесений в анамнезі ІМ з формуванням постінфарктного кардіосклерозу (Q-/неQ-рубц).

Отже, результати власних досліджень свідчать, що розвиток кількісних електрокардіографічних підходів триває, застосування диференційованої ЕКГ дозволяє оптимізувати діагностичну цінність методу, а показник відношення максимальних швидкостей диференційованої ЕКГ при зменшенні впливу ішемії обумовлює зростання ролі гіпертрофії міокарда на цей показник залежно гендерних аспектів.

Хребтій Г.І., Слепенюк Н.В.

СЕРЦЕВО-СУДИННИЙ РИЗИК У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Хребтій Г.І.)

Особлива увага при профілактичних методах впливу на розвиток кардіоваскулярних ускладнень надається надлишкової масі тіла. Більшість епідеміологічних досліджень свідчать про те, що смертність від серцево-судинних захворювань має U-подібний зв'язок з модифікаціями у вигляді L- і J-залежності з індексом Кетле. Зменшення індексу Кетле супроводжується зниженням систолічного і діастолічного артеріального тиску, рівня холестерину і ліпопротеїдів низької щільності і підвищенням рівня ліпопротеїдів високої щільності, толерантності до глюкози, тому особи з недостатньою масою тіла повинні мати менший ризик серцево-судинних захворювань. Але у них спостерігається парадоксальне зростання смертності, зумовленої хворобами системи кровообігу, порівняно з особами із середніми значеннями індексу Кетле.

Метою дослідження було вивчення особливостей ендотеліальної функції судин у хворих з комбінацією артеріальної гіпертензії та недостатньої маси тіла.

На сьогоднішній день було обстежено 37 хворих чоловіків на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії, віком від 60 до 85 років, в середньому – 78±5,9 років. Перша група (17 чоловіків) - хворі на ГХ з дефіцитом маси тіла. Друга група (контроль) – 20 хворих з ГХ та нормальною масою тіла. При проведенні ультрасонографії встановлено, що початковий діаметр плечової артерії (ПА) (мм) в першій групі склав 4,2±0,2, а в другій 4,1±0,2 (p>0,05). Ендотеліальна вазодилатація (ЕЗВД) (%) в першій групі склала 4,0±0,8 в другій 8,4±0,2 (p<0,001). Величина ендотеліальної вазодилатації (%) в першій групі склала 16,5±2,1 в другій 14,0±1,5 (p>0,05).

Таким чином, у хворих на ГХ II стадії, за даними дослідження, виявлені порушення ЕЗВД ПА і зниження чутливості ПА до напруження зсуву, незалежно від наявності дефіциту маси, хоча більш виражені у хворих з недостатньою масою тіла. Імовірно, одним із механізмів зростання кардіоваскулярної смертності у хворих з дефіцитом маси є посилення ендотеліальної дисфункції.

Таирова З.К., Мирзаева Д.А.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Цель исследования: Определение клинических и лабораторных признаков нарушения функционального состояния почек при хронической сердечной недостаточности

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных (женщин 22, мужчин 18) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Всем пациентам проводились общеклинические, лабораторно-инструментальные методы исследования с использованием ЭКГ, Эхо-КГ, а также исследование по шкале оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС в модификации Мареевой В. Ю., 2000). Возраст больных составил от 20 до 75 лет, в среднем 42,5 лет. Развитие ХСН было обусловлено ревматизмом и пороками сердца у 18 больных (45%), у 10 (25%) больных – ишемической болезнью сердца, у 10 (25%) больных – гипертонической болезнью, у 2 (5%) больных – кардиомиопатией.

Результаты. В исследованиях у больных хронической сердечной недостаточностью выявлены следующие изменения функционального состояния почек: отеки на веках по утрам (у 3 больных, 7,5%), снижение диуреза (у 15 больных, 37,5%), увеличение диуреза по вечерам (у 3 больных, 7,5%), частое и болезненное мочеиспускание (у 2 больных, 5%), изменение цвета мочи (у 28 больных, 70%). При физикальном обследовании у 3 (7,5%) больных выявлены отеки в области лица, отеки в области поясницы у 12 (40%), боль в поясничной области - у 4 (10%) и у 6 (15%) больных - положительный симптом Пастернацкого. При лабораторном исследовании выявлены: анемия - у 30 (75%) больных, увеличение количества креатинина и мочевины - у 4 (10%), протеинурия - у 8 (20%) больных, увеличение количества лейкоцитов в осадке мочи (более 10 в поле зрения) - у 6 (15%), микрогематурия - у 3 (7,5%), цилиндрурия - у 1 (2,5%) больного. Проба Зимницкого у 30 (75%) больных дала возможность выявить никтурию и гипоизостенурию. При ультразвуковом исследовании почек и мочевыводящих путей у 3 (7,5%) больных обнаружили увеличение размеров почек, у 4 (10%) - деформацию чашечно-лоханочного аппарата, у 2 (5%) - уменьшение размеров почек.

Выводы. При хронической сердечной недостаточности выявляются значительные изменения функционального состояния почек. Выраженность изменений имеет прямую зависимость от функционального класса ХСН (II, III, IV). По сравнению с другими причинами нарушения функции почек более выражено у больных с ревматизмом и ревматическими пороками сердца (18 больных, 45%).

Тоиров Д.Р., Султонов И.И.

ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Цель работы. Изучение частоты клинических признаков системной красной волчанки (СКВ) по материалам клиники Самаркандского государственного медицинского института.

Материалы и методы исследования. Обследованы 46 больных женщин в возрасте 17-30 лет (в среднем - $19,3 \pm 2,0$ лет), с продолжительностью заболевания - 1-12 лет (в среднем - $3,8 \pm 0,2$ лет). Диагноз заболевания устанавливался по критериям Американской коллегии ревматологов.

Результаты и обсуждение. Дебют СКВ был в возрасте до 20 лет (40 больных, 87%). Превалировали пациенты с высокой активностью СКВ (42 больной, 91,3%) и острым течением заболевания (36 больных, 78,3%). Начальными признаками были лихорадка, поражения лимфатических узлов, дигитальный васкулит и отеки (30 больных, 65,2%). Преморбидный наследственный фон у больных был отягощен по материнской линии (28 больных, 60,9%). У родственников больных по матери обнаруживались ревматические заболевания (ревматизм, артриты, пороки сердца) и хронический гломерулонефрит, которые явились причинами их смерти. Поражение кожи было диагностировано у 36 больных (78,3%). Наблюдалось три типа поражения кожи. Высыпания на скулах по типу феномена "бабочки" в виде нестойкого, пульсирующего разлитого покраснения с цианотичным оттенком, усиливающегося при воздействии солнечных лучей, ветра, мороза, психоэмоциональных нагрузок обнаружено у 22 больных (47,8%). Очаги располагались на щеках, распространялись на спинку носа, после заживления оставляли пятна. Второй кожный тип - множественные высыпания на коже по типу аллергической сыпи развивались остро, локализовались на открытых участках тела вследствие фотосенсибилизации, исчезали быстро и часто без образования рубцов (у 8 больных, 17,4%). У 28 пациентов (60,9%) поражение кожи начиналось с появления эритематозных папул или бляшек, которые постепенно росли и превращались в хронические очаги с истончением эпителия, атрофическими изменениями и фолликулярным гиперкератозом в центре. Артриты и артралгии мелких суставов кистей рук обнаружены у 28 (60,9%) больных (47,9% - артриты, 13,0% - артралгия). Поражались все суставы рук и ног, но чаще суставы кистей. Был характерен периартикулярный отек. При длительном течении болезни развивались деформация пальцев кистей, атрофия межкостных мышц. Поражение почек часто протекало по типу диффузного нефрита (у 65,2% больных), который в 17,4% случаях осложнялся хронической почечной недостаточностью. Частота висцеральных проявлений СКВ - поражение легких (у 20 больных, 43,5%), сердца (у 20 больных, 43,5%) и ЦНС (у 6 больных, 13,0%) были меньше, чем по данным литературы.

Выводы. По нашим данным СКВ чаще обнаруживается у молодых девушек и женщин (до 20 лет), начинается остро с высокой клинико-лабораторной активностью. Превалирует поражение кожи, суставов и почек. Проведение иммунологических исследований по выявлению органоспецифических аутоантител способствует ранней диагностике висцеральных проявлений СКВ.

Тоиров А.Э., Абдушукурова К.Р.

ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Цель исследования: изучить клинические особенности ревматоидном артрите (РА) у больных пожилого и старшего возраста.

Материал и методы. Обследованы 88 больных: 63 (71,6%) - женщин, 25 (28,4%) - мужчин. Возраст больных - 16-73 лет (в среднем - $42,1 \pm 1,3$ лет), продолжительность заболевания - от 6 месяцев до 30 лет (в среднем - $6,5 \pm 0,5$ лет). Все больные РА разделены на 2 группы: I группа 48 больных (32 - женщины, 16 - мужчин) в возрасте 60-73 лет, II группа - 40 больных (31-женщины, 9-мужчин) в возрасте 16-59 лет.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных РА пожилого возраста чаще регистрируется высокая степень активности заболевания, значительно ухудшается общее состояние больных, характерно более острое начало болезни (у 32 больных, 66,7%), часто поражаются крупные суставы - коленные, плечевые, голеностопные (у 29 больных, 60,4%). Суставной синдром протекает с развитием выраженного экссудативного компонента по типу ассиметричного олигоартрита с резким ограничением движений и общей скованности вплоть до полной обездвиженности. Характерны повышение температуры до $37,5-38,00^{\circ}\text{C}$ (40,0%), васкулиты (31,3%), лимфоаденопатия (16,7%). У всех больных диагностированы сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (22 больных, 45,8%), ишемическая болезнь сердца (20 больных, 41,6%), обструктивные заболевания легких (14 больных, 29,2%), гастродуодениты, колиты (13 больных, 27,1%), поражения печени и желчевыводящих путей (11 больных, 23,0%), инфекция мочеполовой системы (10 больных, 20,8%) и сахарный диабет (7 больных, 14,5%). На качество жизни пожилых больных огромное влияние оказывали невротические и психотические нарушения, которые характеризовались угнетенным, подавленным настроением, утратой прежних интересов, повышенной утомляемостью, слабостью, нарушением сна, аппетита и снижением активности. Показатели суставного синдрома - продолжительность утренней скованности в суставах (в 1,27 раза), число болезненных суставов (в 1,33 раза), показатели функционального теста П.Ли (в 1,30 раза) и степень нарушения манипуляционной способности кистей (в 1,13 раза) были более выражены у больных старше 60 лет.

Выводы. Среди признаков неблагоприятного прогноза при РА одно из первых мест занимает пожилой возраст. Отмечена нивелировка в половом соотношении м:ж = 1:1, в то время как в более молодом возрасте преобладают лица женского пола (м:ж=1:3-4). У лиц пожилого возраста суставной синдром имеет тяжелое течение, сочетается с большим количеством сопутствующих заболеваний и невротическими нарушениями. Поэтому важной составляющей частью лечебной программы у пожилых должны входить методы по восстановлению психо-эмоционального фона, физической способности и необходимых трудовых навыков, а также правильное питание. Особую роль для этого контингента больных играет гуманное отношение к ним медицинского персонала и особенно - родственников.

Хамраева Н.А.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Целью исследования явилось изучение клинических признаков ишемической болезни сердца. Было обследовано 50 больных с ИБС. У 36 больного (72,0%) был установлен диагноз ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 2; у 6(12,0%) больных был установлен диагноз ИБС стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 3 и у 8 больных (16,0%) - постинфарктный кардиосклероз. Среди всех обследованных преобладали мужчины-37 (74,0%), женщины составили 13 (26,0%). Средний возраст больных составил $65,7 \pm 1,4$ лет. Преобладали больные с длительностью заболевания от 6 до 10 лет. Сопутствующие заболевания были выявлены у 37 больных (74,0%): сахарный диабет - у 7 (14,0%), артериальная гипертензия - у 31 больного (62,0%), заболевания легких - у 7 больных (14,0%), железодефицитная анемия - у 43 (86,0%). Течение ишемической болезни сердца наиболее часто осложнялось недостаточностью кровообращения (у 32 больных 64,0%). Чаще наблюдалась недостаточность кровообращения II А стадии - у 20 (40,0%) больных; недостаточность кровообращения II Б стадии - у 10 (20,0%); и III стадия - встречалась у 2 больных (4,0%). Из других осложнений ИБС и сопутствующих заболеваний наблюдались: дисциркуляторная энцефалопатия (у 10 больных 20,0%); ангиопатия (у 3 больных 6,0%), склероз сосудов головного мозга (у 2 больных 4,0%), нарушение ритма по типу мерцательной аритмии (у 10 больных 20,0%), диабетическая нефропатия (у 4 больных, 8,0%), ретинопатия (у 2 больных 4,0%), остеохондроз (у 3 больных 6,0%). Из вредных привычек наиболее часто отмечалось: курение табака у 35 (70,0%) больных, злоупотребление алкоголем - у 33 больных (66,0%). Отягощенная наследственность наблюдалась у 23 (50,0%) больных. Во время обследования нормальный показатель веса был обнаружен у 25 (50,0%) больных. У 25 (50,0%) больных был выявлен лишний вес; у 15 (30,0%) больных присутствовала I степень ожирения; у 6 (12,0%) больных - II степень и лишь у 4 (8,0%) мужчин - III степень. Анализы крови способствовали выявить анемию легкой степени (у 25 больных 50,0%), средней степени тяжести (у 14 больных 28,0%), и тяжелой степени (у 4 больных 8,0%), умеренное повышение СОЭ (у 39 больных 78,0%). Таким образом, ишемическая болезнь сердца имеет свои особенности: чаще диагностируется среди мужчин в возрасте 60-70 лет. Курение и злоупотребление спиртных напитков являются частыми факторами риска, а сахарный диабет, анемия и ожирение усугубляют течение заболевания. Можно сделать вывод, что ишемическая болезнь сердца является грозным заболеванием, но наличие таких факторов риска, как ожирение, сахарный диабет, и многие другие, усугубляют течение основного заболевания, что диктует необходимость проведения своевременных профилактических мероприятий и тщательного наблюдения за состоянием кардиоваскулярной системы.

Хамраева Н.А.

ДЕПРЕССИЯ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Цель исследования. Изучить особенность депрессивной симптоматики у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Материал и методы исследования. Было обследовано 80 больных ИБС: у 64 (80,0%) диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) II, у 16 (20,0%) - ИБС, стабильная стенокардия напряжения функциональный класс ФК III. Тип личности у всех пациентов определяли по Юнгу а степень депрессии по шкале Бека. Результаты исследования. Нами было выявлено, что больные ИБС отличаются раздражительностью, резкостью, прямолинейностью, стремятся к лидерству, нетерпимы к чужому мнению и проявляют склонность к отрицанию или приуменьшению болезней. При этом, у 73,75% больных определялся А тип, у 26,25% - Б тип. Среди мужчин преобладали лица А типа, среди женщин - Б типа. Как правило, лица с «типом А» это напористый, всегда готовый твердо отстаивать свою точку зрения человек с развитым чувством ответственности. Он чрезвычайно активен и всегда готов интенсивно работать. Ему постоянно не хватает времени, и поэтому он привык ускорять все, что делает. Он тороплив, опрометчив, нетерпелив, с трудом выносит стояние в очередях. По сравнению с личностью типа Б, тип А в состоянии стресса более склонен работать в одиночестве. Однако увеличение нагрузки повышает уровень стресса у этого человека и ограничивает возможность получить поддержку. При ИБС у всех больных диагностированы невротические нарушения депрессивного характера: неустойчивость настроения, подавленность и снижение жизненного тонуса. По шкале депрессии Бека больные очень часто отмечали, что постоянно испытывают подавленность или тоску, считают себя настолько несчастными, что не могут этого вынести, чувствуют, что никогда не смогут преодолеть свои трудности, что будущее безнадежное и ничего нельзя исправить. Они считают, что слишком мало сделали заслуживающего внимания, несостоятельны как личность, не получают удовлетворения, любое событие вызывает у них недовольство. В результате исследований легкая степень депрессии была выявлена у 15,0%, умеренная депрессия - у 20,0%, депрессия средней тяжести - у 40,0% и тяжелая степень депрессии - у 25,0% больных. Умеренная и выраженная степень депрессии часто диагностируется среди больных мужского пола, а тяжелая депрессия - среди лиц женского пола. Выраженность депрессии у больных до 60 лет очень часто легкой и умеренной степени, старше 60 лет - выраженной и тяжелой степени. Выводы. Степень выраженности болевого синдрома, частота приступов, продолжительность заболевания, выраженность сердечной недостаточности, снижения систолической силы левого желудочка, аритмии имеют прямую корреляцию с тяжестью депрессивной симптоматики. Таким образом, механизм неблагоприятного влияния депрессии на сердечно - сосудистую систему является комплексным и нуждается в дальнейшем подробном изучении.

Хасанжанова Ф.О., Мирзаев Р.С., Арипов С.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ ИБС

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Ташкенбаева Э.Н.)

Одним из самых важных путей реализации взаимосвязи ишемической болезни сердца (ИБС) и гиперурикемии (ГУ) является эндотелиальная дисфункция (ЭД). Она служит одновременно мишенью и медиатором патологических процессов, изменение функции эндотелия наблюдается, как правило, на начальных этапах формирования заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: обосновать важность ГУ в патогенезе ЭД у больных с ИБС.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 58 больных ИБС (32 мужчин, 26 женщин, средний возраст 55,6±4,8 лет). В 1-ю группу включены 33 больных с прогрессирующей стенокардией; во 2-ю 25 больных с впервые возникшей стенокардией.

Результаты. Частота приступов стенокардии в сутки 5,6±0,5 у больных 1 гр., у больных 2-й группы – 6,3±0,8, а фракция выброса (%) - 50,8±2,9 и 50,3±2,2. В 1-й и 2-й группах больных до приступа содержание МК было выше контрольных значений – на 40,3 и 91,5 %, у больных 2-й группы содержание КН в сыворотке крови была существенно выше чем у больных 1 гр. Следует подчеркнуть, что до приступа активность интегрального показателя (ИК), уровень глюкозы и КФ не отличались от данных в контроле, и их показатели статистически возрастают на высоте приступа стенокардией. Возрастные уровни в сыворотке крови МК, активности КН, глюкозы на высоте приступа стенокардией в обеих исследуемых группах происходит на фоне увлечения скорости КФ, что подтверждает отсутствие существенных нарушений функции почек, их фильтрационно-экстренной активности. Эти закономерности сохраняются и до приступного периода стенокардии, о чем свидетельствуют данные отсутствия нарушения показателей функции почек. При анализе нитрооксипродуцирующей функции эндотелия сосудов установлено что как до и после приступов стенокардии отмечается снижение уровня NO, NOS на фоне гиперэкспрессии активности НР и концентрации ONOO-. Это ассоциируется с депрессией активности фермента СОД. Во время приступа показатели нитрооксипродуцирующей функции эндотелия сосудов и уровень СОД еще в большей степени изменяются, но большей степени у больных 2-й группы.

Вывод: полученные результаты свидетельствуют о том что у больных стенокардии сниженная NO-РЭС может быть обусловлено высоким содержанием в крови МК, которую можно рассматривать, как предиктор развития стенокардии у больных ИБС.

Хруник Л.М., Задорожна М.А., Гузик Н.В., Волошинська К.О.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ У ЖІНОК В МЕНОПАУЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - асп. Волошинська К.О.)

Серцево-судинна захворюваність залишається сьогодні основною причиною смертності в світі. При цьому традиційний погляд на кардіоваскулярну патологію, як прерогативу чоловічої частини населення планети, себе не виправдав. Так, якщо ризик ішемічної хвороби серця корелює з пониженими та підвищеними рівнями ліпопротеїнів високої та низької щільності у обох статей, то концентрація тригліцеридів прямо пов'язана з кардіоваскулярним ризиком лише у жінок. Але, дисліпідемія не відноситься до головних факторів жіночого кардіоваскулярного ризику, поступаючись артеріальній гіпертензії (АГ) та цукровому діабету (ЦД). Необхідно визнати той факт, що гендерні відмінності торкаються в основному значимості того чи іншого фактору в ризик серцево-судинної патології, тоді як кількісна характеристика факторів не відрізняється і їхній загальний кластер – «метаболічний синдром» (МС), єдиний як для жінок, так і для чоловіків.

МС включає в себе групу серцево-судинних факторів ризику і метаболічних порушень, а саме: підвищення артеріального тиску (АТ), центральне ожиріння, дисліпідемію, порушення толерантності до глюкози та резистентність до інсуліну. Відповідно до даних конгресу International Diabetes Federation, наявність МС підвищує ризик виникнення ЦД 2 типу в 5 разів, а смертності від серцево-судинних захворювань (ССЗ) – в 3 рази. Незалежним фактором ризику в рамках симптомів МС є ожиріння. Так, підвищення маси тіла на 11-20 кг збільшує ризик ішемічного інсульту в 1,69-2,52 рази.

Після менопаузи у жінок відмічається тенденція до появи різних симптомів МС, в першу чергу, приріст маси тіла. При цьому зростає кількість не підшкірного, а саме вісцерального жиру з клінічними проявами у вигляді збільшення окружності талії. Зростають, також, і рівні систолічного та діастолічного АТ (САТ, ДАТ), при цьому у більшості жінок в менопаузі реєструється підвищений рівень АТ, що важко піддається контролю. В дослідженні Women's Health Initiative вихідна АГ в менопаузі (САТ≥140 мм рт. ст., ДАТ≥90 мм рт. ст.) була виявлена у 37,8% пацієнток. Збільшення індексу маси тіла корелює з підвищенням АТ, особливо САТ, частіше у жінок, ніж у чоловіків. Цей факт має велике клінічне значення, оскільки САТ вважається важливим передвісником ускладнень з боку серцево-судинної системи.

Виходячи з вищевказаного, заходи первинної профілактики для таких пацієнток повинні включати в себе: жорсткий контроль АТ, зниження маси тіла, регулярні фізичні навантаження протягом 30 хв щодня, лікарські препарати з групи статинів для зниження рівня ліпідів, деякі мікронутрієнти (Са, віт. D).

Таким чином, традиційні фактори ризику ССЗ володіють різною значимістю у чоловіків і жінок. Для останніх контроль рівня АТ і своєчасне виявлення порушень толерантності до глюкози являються ключовими моментами для попередження кардіоваскулярного ризику.

Гулага О.І., Цурік О.Ю., Цахнів В.Ю.

ПРОТЕОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - викл. Гулага О.І.)

Актуальність. Гостра серцева недостатність (ГСН) часто ускладнює перебіг гострого інфаркту міокарда (ГІМ) навіть після успішно проведеної реперфузії міокарда та є результатом комплексної взаємодії структурних, гемодинамічних та нейрогормональних чинників. Показники рівня альдостерону та протеолітичної активності можна використовувати як маркери прогресування серцевої недостатності та формування адекватної сполучної тканини в ураженому міокарді.

Метою нашого дослідження було виявлення маркерів прогресування ГСН за нейрогуморальними показниками та протеолітичною активністю плазми у хворих на ГІМ з ГСН.

Клінічний матеріал склав 121 хворий віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав $51,5 \pm 3,94$ роки. У всіх хворих діагностовано ГІМ з ГСН за Кіліпом I-II. Досліджували рівень альдостерону та процеси протеолітичної активності за азоколагеном (лізісом високомолекулярних білків). Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: до першої групи входили пацієнти, що отримували терапію, що включала верошпірон в дозі 25 мг впродовж 10 діб, до другої – хворі, яким до лікування було додано еплеренон (25 мг на добу 10 діб).

Результати досліджень. Нами виявлено, що до проведеного лікування рівень альдостерону був в 1,61 рази вищим, ніж у контролі ($149,36 \pm 19,24$ проти $240,58 \pm 27,12$ моль/л; $p < 0,01$). Після проведеного лікування рівень альдостерону зменшувався, більше у другій групі (I група - з $239,03 \pm 27,45$ до $199,48 \pm 15,74$ пмоль/л; $p < 0,01$, II група – з $242,11 \pm 26,72$ до $156,92 \pm 12,04$ пмоль/л; $p < 0,01$). До лікування протеолітична активність за азоколагеном була майже в 1,5 рази нижчою, ніж у контролі ($0,0097 \pm 0,0013$ та $0,0096 \pm 0,0017$ Е440/мл/год проти $0,03 \pm 0,001$ Е440/мл/год; $p < 0,01$). Після проведеного лікування протеоліз за азоколагеном в обох досліджуваних групах суттєво зростає ($0,019 \pm 0,0024$ проти $0,041 \pm 0,0060$ Е440/мл/год; $p < 0,01$), однак більш виражено у другій групі, у лікування якої було включено антагоніст альдостерону еплеренон.

Висновки. Таким чином, включення в комплексне лікування хворих на ГІМ з ГСН еплеренону призводить до відновлення нейрогуморального балансу та ланки протеолітичної активності плазми крові, що впливає на процеси ремоделювання лівого шлуночка та клінічні прояви ГСН.

Шваб А.М., Залявська О.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ КРОВІ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Вступ. В основі патогенезу реактивного артриту лежить дисбаланс цитокінів. Результати багатьох досліджень цитокінового профілю при реактивному артриті (РеА) суперечливі. Так, за даними деяких авторів, антибактеріальна Th1-імунна відповідь при РеА знижена на користь Th2-імунної відповіді. Інші науковці вказують на переважання активації прозапальних цитокінів при цьому захворюванні. Таким чином, на даний час немає єдиного погляду на імунозалежні механізми розвитку РеА, як і на тип домінуючої імунної відповіді.

Мета дослідження. Дослідити характер цитокінового профілю крові у хворих на реактивний артрит залежно від етіології.

Матеріали і методи. Обстежено 38 хворих на РеА на тлі хронічної хвороби нирок (ХХН) I-II стадії з наявністю хронічного піелонефриту (ХП), у фазі загострення (1 група), 52,6% з яких склали жінки, 47,4% - чоловіки, 12 хворих на РеА на тлі перенесеного ентероколіту (2 група) та РеА невстановленої етіології (11 осіб) (3 група). Середній вік пацієнтів у роках становив $32,2 \pm 1,8$, середня тривалість захворювання в місяцях складала $20,4 \pm 7,9$. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО). Групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю та активністю захворювання. Вміст основних цитокінів (ІЛ-1 β , ІЛ-4, ІЛ-6, ІФ- γ , ФНП- α , ІЛ-1Ra) визначали у сироватці крові методом твердофазового імуноферментного аналізу з використанням моноклональних антитіл (набір реактивів "Diaclone", Франція).

Результати дослідження. При порівнянні цитокінового профілю у хворих з різними етіологічними варіантами РеА було виявлено вищий вміст ІЛ-1 β у пацієнтів 2-ї (на 22,2%, ($p < 0,05$)) та 3-ї груп (на 15,9% ($p > 0,05$)) у порівнянні з 1-ю групою хворих. Вміст у крові ІЛ-4 у хворих 1-ї групи був максимально пригніченим і суттєво нижчим від показника у хворих 3-ї групи (у 1,6 рази ($p < 0,05$)). Максимальний вміст у крові ІЛ-6 серед груп порівняння був зареєстрований теж у 1-й групі хворих, який перевищив показники у 2-й та 3-й групах відповідно у 1,7 та 1,9 рази ($p < 0,05$). Водночас, максимальний вміст у крові ФНП- α у пацієнтів з РеА був встановлений у 3-й групі порівняння, і на 32,6% перевищував показник у хворих на урогенітальні та постентероколітичні РеА ($p < 0,05$). Водночас, максимальне пригнічення активності антагоніста рецепторів ІЛ-1 було встановлено у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$), а максимальні значення у 3-й групі хворих, які відрізнялися від даних у 1-й групі на 24,4% ($p < 0,05$), але були істотно нижчими від показника у контролі.

Висновок. У пацієнтів з реактивним артритом на тлі загострення урогенітальної інфекції, було встановлено максимальний вміст у крові ІЛ-6 та ІФ- γ у порівнянні з показниками в групах хворих з реактивним артритом на тлі ентероколіту та невстановленої етіології, а також максимальне пригнічення експресії протизапального ІЛ-4 та активності антагоніста рецепторів ІЛ-1.

Швець Н.В., Ілашук Т.О., Малкович Н.М.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Ілашук Т.О.)

Актуальність теми. Розповсюдженість метаболічного синдрому (МС) досягає 25-30% в загальній популяції, збільшується з віком, слугує коморбідним станом для розвитку патологічних змін у різних органах та системах людського організму, в тому числі опорно-рухового апарату. Згідно останніх досліджень найчастіше МС асоціюється з розвитком остеоартрозу (ОА).

Мета дослідження: провести порівняльну оцінку вираженості суглобового синдрому у хворих на остеоартроз в залежності від наявності проявів МС.

Матеріал і метод дослідження. В обстеження включені 55 пацієнтів з ознаками МС (основна група) та 35 осіб без ознак МС (група порівняння) з попередньо встановленим діагнозом ОА. Обидві групи були аналогічними за статтю та віком. Діагноз МС ґрунтувався на основі критеріїв, розроблених комітетом експертів Національної освітньої програми по холестерину (NCEPATRIII, 2001 г.).

Оцінка наявності та тяжкості суглобового синдрому проводилась шляхом підрахунку кількості уражених суглобів (суглобовий рахунок), кількості припухлих (дефігурованих) суглобів згідно індексу Річі, оцінці інтенсивності больового синдрому у спокої та при рухах за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) (мм).

Отримані результати та їх обговорення. Серед пацієнтів основної групи найчастіше спостерігалось ураження колінних (в 53 випадках - 96,4%) та кульшових суглобів (32 пацієнти – 58,2%), в групі порівняння ці показники виявились нижчими (колінні суглоби уражені у 22 досліджуваних – 62,9%, кульшові – у 11 хворих – 31,4%). Суглоби нижніх кінцівок у хворих з ознаками МС були уражені в 100% випадків (55 пацієнтів), водночас в групі порівняння ураження суглобів нижніх кінцівок було виявлене лише у 27 пацієнтів (77,1%). Суглоби верхніх кінцівок у хворих основної групи також уражались дещо частіше (25 хворих або 45,5%), ніж в групі порівняння (14 досліджуваних або 40,0%).

Кількість дефігурованих, за рахунок періартикулярних змін, суглобів в основній групі виявилась вищою за таку в групі порівняння: гомілковоступневі суглоби були дефігуровані в основній групі у 5 пацієнтів (9,1%), в групі порівняння – у 2 осіб (5,7%), колінні суглоби в основній групі були дефігуровані у 28 хворих (60,9%), в групі порівняння – у 2 досліджуваних (5,7%), колінні суглоби в основній групі були дефігуровані у 28 хворих (60,9%), в групі порівняння – у 14 пацієнтів (40%). Розповсюдженість сумарної кількості дефігурованих суглобів верхніх і нижніх кінцівок також була вищою серед хворих з ознаками МС.

Оцінка вираженості больового синдрому пацієнтами обох груп виявила, що хворі основної групи мають більш інтенсивний біль, ніж пацієнти групи порівняння. Це підтверджувалось достовірно більш високими показниками рівня болю за індексом ВАШ у спокої та індексом ВАШ при рухах серед досліджуваних з остеоартрозом з ознаками МС.

Таким чином, МС негативно впливає на перебіг суглобового синдрому при остеоартрозі, провокуючи більш часте ураження суглобів, особливо нижніх кінцівок.

Шкарутяк А.Є., Урбанович Р.Д., Козма В.К.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИ ПІД ВПЛИВОМ БІОЛОГІЧНИХ МІКРОВІБРАЦІЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Волошина Л.О.)

Актуальність. Подагричний артрит продовжує займати одне з провідних місць в структурі захворювань опорно-рухового апарату. За останні роки в комплекс лікування подагричного артриту частіше стали включати немедикаментозні методи, запобігаючи зменшенню проявів медикаментозної алергії та побічних впливів ліків. До таких методів відносяться біологічні мікрівібрації, які крім протизапального, спазмолітичного, протинабрякової ефектів, десенсибілізуючої та регенеративної дій, сприяють покращенню мікроциркуляції тканини, що робить доцільним застосування даного методу лікування у хворих на подагру.

Мета: вивчити вплив біологічних мікрівібрацій на перебіг подагри та морфофункціональний стан суглобової тканини.

Матеріали і методи дослідження: Обстежено 43 хворих на подагру у гострому періоді. Під спостереженням були особи з I-II ступенем активності запального процесу. Хворі були розподілені на дві групи. Контрольну групу (18 осіб) склали пацієнти, які отримували лікування, керуючись затвердженим протоколом лікування ревматичних хвороб. Основну групу (25 осіб) склали особи, яким до базисної терапії проводилося лікування дією біологічних мікрівібрацій апаратом «Вітафон-Т» на уражені суглоби і на ділянку нирок натупними частотами: Частота-1 діапазону безперервно змінювалася від 20 Гц до 4,5 кГц і оптимізувалася на максимізацію ефекту гідродинамічної помпи у венах. Частота-2 діапазону безперервно змінювалася від 200 Гц до 18 кГц, збільшуючи ефект зниження гідродинамічного опору в капілярах. Вивчення больового синдрому проводилось шляхом оцінки болю пацієнтом за допомогою візуальної аналогової шкали ВАШ, яку пацієнт заповнював до лікування, через 24 години, на 3, 7 добу спостереження. Суглобовий індекс оцінювали за інтенсивністю больових відчуттів при пальпації суглобів від 0 до 3 балів. Запальний індекс визначали згідно вираженості ексудативно-запальних змін суглобу. Лабораторне дослідження включало загальний та біохімічний аналізи крові з визначенням сечової кислоти в крові та сечі, креатиніну, АЛат, АСаТ. Активність запального процесу оцінювалась за гострофазовими показниками запалення, ШОЕ. Ефективність лікування визначалася за ступенем зменшення вираженості суглобового та запального індексу.

Результати дослідження. Аналіз результатів лікування показав позитивну протизапальну та протирецидивну дію у основній групі. Зменшення вираженості болю за ВАШ відмічалась з 2 доби, в той час як у контрольній групі показники ВАШ болю зменшувались на 3-5 добу лікування. До кінця тижня застосування апарату «Вітафон-Т» у хворих основної групи вірогідно зменшувалась інтенсивність суглобового та запального індексів порівняно із контрольною групою.

Висновок. Включення до комплексу лікування біологічних мікрівібрацій за допомогою апарату «Вітафон-Т» забезпечує кращий лікувальний ефект, покращуючи мікроциркуляцію, протизапальну, спазмолітичну, протинабрякову, десенсибілізуючу дії, сприяє покращенню якості життя пацієнта.

Эргашова М.М., Султонов И.И.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ НА ЭВОЛЮТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э.С.)

Цель исследования: Изучение влияния препаратов кальция на эволютивные показатели (тяжесть течения, функциональное состояние суставов) заболевания у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы. Обследованы 40 больных (32-женщин, 80%, 8 мужчин, 20%) в возрасте 20-50 лет (в среднем – 35,1±1,4 лет) с продолжительностью заболевания – от 3 до 10 лет (в среднем – 4,9±0,6 лет). В зависимости от методов ранее проведенного лечения все больные были разделены на 2 группы: первой группе больных (14 пациентов) ранее не было назначено препараты кальция (или были назначены не регулярно). Второй группе пациентов (26 больных) препараты кальция (витамин Д3-кальцимед, кальцикес, форкал) были назначены регулярно в течение 2-5 лет. Лечение обеих групп больных было проведено на фоне нестероидных противовоспалительных и базисных препаратов. По длительности заболевания (4,8±0,2 и 5,4±0,4 лет) и возрасту (32,4±4,3 и 37,4±3,6 лет) обе группы были статистически сопоставимы.

Результат и обсуждение. В наших наблюдениях показатели качества жизни: общее самочувствие, болевой индекс (по визуальной аналоговой шкале ВАШ) в первой и второй группе больных составил 72,6±5,6; 66,5±5,6 и 48,2±3,5; 44,3±4,4 мм, показатель теста П.Ли - 35,2±2,8 и 28,3±2,1 б. В первой группе у 2(14,0%) больных была установлена низкая, у 7 (50%) - средняя, у 5 (36%) – высокая степень активности воспалительного процесса. Во второй группе у 9 (35%) больных выявлена низкая, у 11 (42%) – средняя и у 6 (23%) – высокая активность заболевания. По выраженности рентгенологических признаков в первой группе II, III и IV рентгенологическая стадия заболевания выявлена соответственно – у 5 (36%), 3 (21%) и 6 (43%), во второй – у 8 (31%), 13 (50%) и 5 (19%) больных. У 3 больных (21%) первой и у 11 (42%) - второй группы функциональное состояние суставов (НФС) не были нарушены (НФС 0). НФС I, II и III степени в первой группе было установлено у 2 (14%), 5 (36%) и 4 (29%), во второй – у 7 (27%), 5 (19%) и 3 (12%) пациентов. В обеих группах больных содержание гемоглобина не отличалось статистической достоверностью (84,2±6,2 г/л и 80,1±7,4 г/л). Показатель СОЭ в первой группе в среднем составил 33,3±2,1 мм/ч, что в 1,4 раза превышал средний показатель пациентов второй группы (24,2±1,6 мм/с).

Выводы. Применение препаратов кальция при РА способствует улучшению общего состояния больных, показателей суставного синдрома и стабилизации течения заболевания. Стабильное применение препаратов кальция на фоне базисного лечения (аминохинолиновые препараты, сульфасалазин, метотрексат, лефуламид) может служить профилактике анкилозов и костных деформаций.



Клінічне медсестринство

Clinical nursing

Антонюк Л.О.

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

(науковий керівник - к.мед.н. Борейко Л.Д.)

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає провідне місце серед причин смертності та інвалідності в структурі захворювань серцево-судинної системи і певною мірою пов'язана зі способом життя і факторами ризику.

Профілактика ІХС має бути скерована на формування у хворого світогляду по дотриманню здорового способу життя (ЗСЖ) та усунення провокуючих факторів. У вирішенні цих важливих, соціально значимих завдань суттєва роль належить медичним сестрам.

Мета дослідження - визначити роль і місце медичної сестри в профілактиці ІХС, заснованої на особистісно-орієнтованому підході до пацієнта.

Дослідження провели у 70 пацієнтів на ІХС. В залежності від способу життя всіх пацієнтів поділили на дві групи (1 група - дотримуються ЗСЖ, 2 – не дотримуються ЗСЖ). В обох групах виявляли фактори ризику (ФР): підвищений артеріальний тиск; ожиріння (індекс маси тіла (кг/м²), тип ожиріння (індекс талія/стегно); ступінь ніотинової залежності (тест Фагерстрема); рівень стресостійкості (шкала оцінки соціальної адаптації Т. Холмса, Р. Рае); рівень фізичної активності (ФА) (рухова активність на роботі і в години дозвілля - у спортивному режимі).

Обидві досліджувані групи склалися з пацієнтів різної статі. Перевага жінок у першій групі пов'язана, можливо, з більш відповідальним ставленням не лише до свого здоров'я, а й здоров'я своєї родини, як первинного осередку суспільства.

Дослідження показало, що у 2 групі обстежених є:

- більша тенденція до зростання захворюваності з віком та більш виражена клінічна симптоматика;
- підвищення артеріального тиску та його вищий ступінь;
- перевага хворих з підвищеною масою тіла та ожирінням I-II ступеня, а також абдомінального типу ожиріння;
- брак здатності до стрес-опору та низький рівень соціальної адаптації;
- низька, середня і достатня фізична активність;
- середня, висока та дуже висока ніотинова залежність;
- слабка, а у кількох пацієнтів відсутня мотивація до відмови від куріння.

Таким чином, в обох групах було виявлено ФР. Однак, у пацієнтів 2 групи виявлено більший відсоток ФР, а відповідно і більший відсоток ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

У кожної людини своє уявлення про здоров'я і хвороби, і медична сестра повинна бути готова взаємодіяти з будь-якою особою. Розуміння пацієнтом всіх факторів, що впливають на розвиток захворювання, зміна ставлення до власного здоров'я, а саме - формування здорового способу життя, може бути метою сестринського втручання у профілактиці ІХС.

Бачу М.І., Морозевич Л.О.

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - д.мед.н. Сорокман Т.В.)

Актуальність. Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту (ФЗ ШКТ) – це різноманітна комбінація гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень. Серед ФЗ ШКТ найбільш поширеним є синдром подразненого кишківника (СПК) - розлад діяльності кишківника, що зумовлений порушенням його моторної функції упродовж більш ніж 3-х місяців та відсутності органічних уражень. Етіологія СПК включає психоемоційні фактори, вегетодистонію та невротоподібні стани, порушення динамічного стереотипу, інфекційний чинник, незбалансоване харчування, харчову алергію, дисбактеріоз, аномалії розвитку кишківника, захворювання прямої кишки.

Мета дослідження – оцінити клінічні ознаки в дітей, хворих на СПК.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 20 дітей віком від 10 до 18 років.

Результати дослідження. Провідною клінічною ознакою СПК у дітей був закреп (96,4%), який носив різноманітний характер (стілець щоденно і затруднений тільки акт дефекації та відсутність відчуття повного випорожнення кишківника (54,2%); стілець нерегулярний, через день або 1 раз у 3 – 4 дні (23,6%); стілець тільки після клізми (22,2%). Кал сухий, твердий, типу «овечого», бобоподібний, стрічкоподібний (56,8%). У деяких хворих (20,3%) спостерігався гетерогенний характер калу: щільні калові маси чергувалися з кашкоподібними або навіть рідкими («закрепний пронос»).

Біль у животі характеризувався значним поліморфізмом: від короткочасного, інтенсивного, до тривалого, ниючого, локалізувався у здухвинній ділянці, інколи навколо пупка. Варто зауважити, що вірогідно частіше больовий синдром діагностувався серед дітей вікової підгрупи 12-18 років ((95,5 ± 2,4) % щодо його частоти у дітей 7-11 років (84,2 ± 2,6) %, $\varphi=2,12$, $p<0,05$), тоді як диспепсичний синдром та синдром неспецифічної інтоксикації і вегето-судинної дисфункції у підгрупах дітей 7-11 років та 12-18 років зустрічались майже з однаковою частотою ((78,9 ± 2,1) % та (78,6 ± 2,4) % відповідно, $\varphi=1,13$, $p>0,05$ і (65,8 ± 2,6) % та (67,9 ± 2,8) % відповідно, $\varphi=1,11$, $p>0,05$). Метеоризм, відчуття розпирання, важкості. Вище наведені симптоми поєднувалися із головним болем, відчуттям «кома» при ковтанні, ознаками неорганічної диспепсії – відчуттям важкості та переповнення в епігастрії, нудотою, відрижкою.

Таким чином, клінічні симптоми СПК у дітей досить різноманітні.

Морозевич Л.О., Бачу М.І.

ГЕНЕАЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - д.мед.н. Сорокман Т.В.)

Незважаючи на те, що поліетиологічність виразкової хвороби (ВХ) є загальновізною, участь генетичних факторів у її розвитку до недавнього часу здавалась проблематичною. Останнім часом найбільш поширеним є погляд на виразкову хворобу як на мультифакторне захворювання. Тому пошук методів ранньої діагностики та маркерів генетичної обтяженості пацієнтів є актуальною науковою проблемою. Сучасні школярі знаходяться у стані постійного нервового напруження. Цьому сприяють бурхлива перебудова організму, підвищена чутливість до негативних впливів.

Мета дослідження - вивчити генеалогічні особливості виразкової хвороби у дітей.

Матеріал та методи. Ретельне клініко-генеалогічне дослідження було проведене у сім'ях 152 хворих (основна група) та 103 здорових осіб (група порівняння). Всі діти основної групи залежно від стану генеалогічного анамнезу були розподілені на дві підгрупи: I – діти з позитивним генеалогічним анамнезом; II – діти з генетично "чистих" сімей, в яких не вдалося виявити випадків ВХ або інших клінічно подібних з нею захворювань у родоводі.

Результати дослідження. Обтяжений генеалогічний анамнез був виявлений у 93 (61,2 ± 3,9%) дітей, хворих на ВХ та 21 (20,4 ± 3,9%) особи групи порівняння. Обтяжена спадковість по захворюваннях шлунково-кишкового тракту була встановлена у 201 (9,4%) родичів дітей, хворих на ВХ та 93 (5,4%) родичів дітей групи порівняння. У структурі патології травної системи серед родичів дітей основної групи та групи порівняння перше місце займає ВХ, що відповідно складає 6,2 ± 0,5% та 1,3 ± 0,3%, $p < 0,01$. Тобто родичі дітей основної групи достовірно частіше хворіють ВХ, ніж родичі дітей групи порівняння. Отже одним із факторів ризику розвитку ХГДП є наявність ВХ у батьків пробанда. Причому вірогідність розвитку захворювання зростає, якщо ВХ страждають обидва батьки.

На другому місці за частотою у родичів хворих на ВХ дітей знаходились хронічний гастродуоденіт (1,1 ± 0,2%) та пухлина шлунка (0,3 ± 0,1%), серед родичів здорових осіб достовірно частіше реєструвались хронічний панкреатит, хронічний холецистит ($p < 0,01$).

Таким чином, вивчення генеалогічного анамнезу дозволяє більш глибоко зрозуміти механізми патогенезу, розробити прогностичні критерії, покращити ефективність профілактики.

Осипчук Д.К.

ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

(науковий керівник - к.мед.н. Гайдуков В.А.)

Професійне вигорання – це синдром, який розвивається на фоні хронічного стресу, що веде до виснаження емоційно-енергетичних особистісних ресурсів медичної сестри, діяльність якої завжди пов'язана із спілкуванням. Емоційне згорання – плата за співчуття, - так стверджує К. Маслач.

Визначаючи індекс вигорання за А.А. Рукавішниковим, в залежності від профілю медичної сестри, ми встановили, що в стадії сформованого професійного вигорання знаходилась майже половина із 39 медичних сестер кардіологічного відділення, та третина із 30 медичних сестер ревматологічного відділення. У стадії емоційного вигорання, що формується, переважали медичні сестри гастроентерологічного відділення (43%) та медичні сестри пульмонологічного профілю (33%). У групі з відсутніми ознаками професійного вигорання найбільше знаходилося медичних сестер пульмонологічного та ревматологічного профілів, відповідно 35% та 33%. Ще в меншій кількості у цій групі були представлені респонденти гастроентерологічного (26%) та кардіологічного (20%) профілів. З цього можна зробити висновок, що серед медичних сестер терапевтичного профілю найбільш схильні до професійного вигорання медичні сестри кардіологічного відділення, а найменше – медичні сестри пульмонологічного відділення.

Вивчаючи індекс вигорання в залежності від стажу роботи, ми встановили, що у медичних сестер зі стажем роботи 1-3 роки цей показник був у – 11,0%; у медичних сестер зі стажем роботи від 4 до 10 років - 40%; у медичних сестер зі стажем роботи більше 10 років - 24%.

Проаналізувавши ці дані, можна зробити висновок, що найменш схильні до вигорання медсестри зі стажем роботи від 1 до 3 років, в період від 4 до 10 років - майже половина усіх респондентів знаходиться у фазі формування емоційного вигорання; сформована фаза вигорання відмічалася у 20% медичних сестер.

Слободян І.В., Друцул-Мельник Н.В.

УЛЬТРАЗВУКОВІ МАРКЕРИ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - д.мед.н. Сорокман Т.В.)

Актуальність. Тенденція до збільшення рівня уродженої та спадкової патології в структурі дитячої захворюваності, інвалідності та ранньої дитячої смертності є однією із важливих проблем сучасної медицини та практики охорони здоров'я дітей. Порушення здоров'я у молодому віці, зокрема уроджена і спадкова патологія, несуть серйозну загрозу суспільному здоров'ю.

Мета – проаналізувати діагностичну цінність ультразвукових маркерів уроджених вад серця у плода.

Матеріал та методи. Нами проаналізовані специфічні та неспецифічні ехографічні маркери у 67 плодів. До уваги бралися плоди, у яких виявлено дві та більше ультразвукових ознак аномалій розвитку при проведенні масового ультразвукового скринінгу (83,5%, n=56).

Результати дослідження. Всього проаналізовано 10 ехографічних ознак, які були розподілені на дві групи. Першу групу склали специфічні (товщина міжпередсердної та міжшлуночкової перетинки – ТМПП та ТМШП, гіперехогенний фокус у серці - ГЕФС, дилатація передсердь та шлуночків – ДП та ДШ), друга група – неспецифічні ультразвукові маркери (симетрична затримка росту плода, багатоводдя, маловоддя, аплазія артерій пуповини та ехопозитивні елементи в амніотичній рідині). Специфічні ознаки були виявлені більш як у половини плодів: 7 ТМПП, 13 ТМШП, 2 ДШ, 2 ДП та ДП (випадок двокамерного серця), ГЕФС відмічений у 6 плодів, неспецифічні ультразвукові маркери: симетрична затримка росту плода – 7, аплазія артерій пуповини – 5, маловоддя – 8, багатоводдя – 6 випадки. У більшості плодів виявлялося поєднання двох ознак (n=40), у 10 плодів - поєднувалися 3 ознаки, у 6 – більше трьох ознак. Для всіх ознак визначалися специфічність та чутливість.

Серед специфічних ознак асоціація ознаки і уродженої вади серця встановлена у випадках гіперехогенного фокусу у серці ($r=0,77$, $p<0,05$), у групі неспецифічних ознак - при багатоводді та симетричній затримці росту плода (відповідно, $r=0,53$ та $r=0,48$, $p<0,05$).

Таким чином, використання УЗ сканування дозволяє візуалізувати не тільки розміри плода, а також діагностувати аномалії будови його різних органів і систем, що складає основу для виявлення низки локальних і синдромальних вад та відіграє першочергову роль у вирішенні питання про доцільність елімінації плода або формування антенатальної диспансерної групи.



Медична біологія

Medical Biology

Aboagye E.S., Lomakina Y.V.

DERMATOGLYPHIC AS AUXILIARY METHOD FOR DIAGNOSIS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of Medical Biology, Genetics and Pharmaceutical Botany
(scientific advisor - Ph.D. Lomakina Y.)

Introduction. Recently the dermatoglyphic patterns have proved to be of diagnostic value in certain clinical disorders associated with chromosomal and developmental defects, like mongolism, mental retardation, Turner syndrome, cardiovascular diseases, diabetes, and schizophrenia. In early fetal life dermal ridge differentiation occurs. It is genetically determined, and is influenced by physical, topographical, and environmental forces. Probably, the blood supply and nerve supply also modulate the dermatoglyphic patterns. Asthma is a chronic condition involving the respiratory system in which the airways occasionally constrict, become inflamed, and is lined with excessive amounts of mucus.

Aim of the study. So the present work was undertaken in the Regional Children Hospital to study: 1. To find out a specific dermatoglyphic pattern in the patients with bronchial asthma which may have diagnostic value. 2. To find out the dermatoglyphic patterns in the first degree relatives to prove the familiar tendency of the disease.

Materials and methods. Dermatoglyphic prints were obtained from 40 patients of bronchial asthma (group 1) and 40 relatives of these patients (group B). 40 healthy individuals (group C), not suffering from bronchial asthma with negative family history were selected as control group. All the patients were having long standing bronchial asthma with seasonal variation. The prints were taken using kores duplicating ink on plain white glossy drawing paper. The prints were studied with the help of a hand lens. The following parameters like whorls, loops and arches were studied, tabulated and analysed by statistical methods.

Results. Preponderance of whorls pattern in most digits in group A and B as compared with group C. The presence of whorls on both the thumbs was a constant feature in all children of group A which is statistically proved. No significant difference of the preponderance of the whorls was found in group B (relatives) as compared to group C (controls).

Discussion. Various diagnostic criteria are available for diagnosis of bronchial asthma. Apart from advances in medical diagnostic procedures, the diagnosis of bronchial asthma is difficult, as patients with asthma are heterogeneous and they present a wide spectrum of signs and symptoms which vary in severity, from patient to patient and from season to season. So to help the diagnosis of bronchial asthma, the dermatoglyphic patterns may prove a great help. Since then it has become a valuable tool in medico legal, anthropological and genetic studies. In the present study the incidence of whorls on both thumbs of patients of bronchial asthma were significantly higher.

Conclusion. Presence of whorls on both thumbs of children's of bronchial asthma can be used as one of the diagnostic criteria for bronchial asthma.

Kobevka V., Schumko N.

THE FEATURES OF THE CHRONORHYTHMS STRUCTURE OF EXCRETORY KIDNEY FUNCTION UNDER THE HYPOFUNCTION OF THE PINEAL GLAND

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of Pathological Physiology
(scientific advisor - teacher Semenenko S.)

Currently the chronoperiodic aspects of neurohumoral and intracellular mechanisms regulating the homeostasis remain one of the most pressing issues in modern physiology. The research results are not only valuable scientific contributions, but also create new direction in the optimization measures for the treatment and prevention of many nosologies, as well as a deeper understanding of the mechanisms of adaptation of biological systems in the environment.

Kidneys, occupying an important place in providing dynamic balance of internal environment, as well as any other biological system, are characterized by distinct temporal organization functions.

Literature data provide undeniable evidence with key epiphyseal hormone melatonin in the formation circadian frequency of excretory renal function. Less studied is the impact of constant light on the regulation of the pineal gland excretory renal function.

The purpose of our study was to find out the particular chronorhythms structure of excretory renal function under hypofunction of pineal gland.

The animals were divided into two groups. First – control. In the second group of animals we studied chronoperiodic characteristics of rat's excretory renal function under hypofunction of pineal gland.

In experimental rats hypothyroidism of pineal gland by keeping under continuous illumination (24.00S:12.00S) within 7 days was modeled. To monitor and compare the effects of changes in photoperiod in this series we used the results of parallel studies in groups of control animals.

Biorhythm of excretory renal function at the end of the experiment was investigated with the 4-hour intervals provided 5.0% of water stress.

As a result of experiments, we found that adjusted chronoperiodic excretory renal function in animals that were under pineal gland hypofunction was more pronounced than in animals of the control group.

Chronorhythms diuresis acquired a two-phase structure, losing sinusoidal nature of rhythm. Thus the observed bias acrophase from 8.00 h to 4.00 h compared to those of control animals.

Similar changes were due to disruption of ultrafiltration. Methor rate was 47% significantly lower than in control animals. Glomerular filtration rate significantly decreased at all times of day. Chronorhythms glomerular filtration acquired single-phase character of the highest figure at 20.00 hrs.

These changes are caused by a decrease in relative water reabsorption during the period of observation.

Hypofunction of pineal gland leads to a possible reduction in glomerular filtration rate in all periods of the day. Suppression of the pineal gland leads to decrease in relative water reabsorption and increased creatinine concentration in plasma of rats during the period of observation. Among the major manifestations of disorders in animals with suppressed function of the pineal gland was marked decrease in the concentration of potassium in the urine.

Shraddha N.N., Kazemirska M.A., Gromyk O.O.

MELATONIN IN PLANTS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine,
Department of Medical Biology, Genetics and Pharmaceutical Botany
(scientific advisor - c.b.n. Kazemirska M.A. teacher Gromyk O.O.)

Melatonin (N-acetyl-5-methoxytryptamine) in humans and animals is a hormone derived from serotonin and is secreted by the pineal gland in the brain. It behaves like a chronobiotic, which helps the body retain normal circadian rhythms. When the retina detects darkness, it triggers the secretion of melatonin. Hence, synthesis of melatonin is nocturnal; exposure to light inhibits the production of melatonin. The synthesis takes place in the pineal gland, retina, bone marrow gastrointestinal tract and bile. It has anti-oxidant properties and acts as a free-radical scavenger. Some studies show that melatonin has anti-cancer, anti-aging and anti-depressant properties as well.

Purpose: peculiarities of the study of melatonin in plants and differences between plant and animal melatonin.

Melatonin has various medical uses. Most commonly, it is used as sedative pills for the treatment of insomnia. It also helps the body recover from jet lag. Melatonin has also been used for the treatment of depression; it exhibits beneficial effects in reducing LDL cholesterol as well.

Melatonin in plants. Research has proved that melatonin, initially discovered in the bovine pineal gland can be found in many algae (such as *Lingulodinium polyedrum*) and in species of fungi, protists and prokaryotes too. Further studies have indicated that this hormone has been identified in some higher plants, such as, *Nicotiana tabacum*, edible organs of tomato, banana, cucumber, and beetroot, and grains such as rice, wheat, barley and oats. Olive oil, coffee, tea, wine and beer also have melatonin.

The purpose of melatonin in plants is akin to its function in humans and animals. It helps plants respond the photoperiod. Moreover, melatonin acts as a direct free radical scavenger and an indirect antioxidant. Apart from these functions, melatonin has unique roles in plants. Reports have stated that the promotion of plant growth in lupin and root formation in some monocot plants indicated that melatonin could evoke auxin activity at times. It has also been observed that melatonin disrupts mitosis in the roots of onions. Additionally, in response to harsh environments, the level of melatonin tends to increase since they lack the flexibility to survive in severe environments.

Differences between melatonin in plants and animals. The enzyme that synthesizes melatonin in animals (arylalkylamine N-acetyltransferase (AANAT)) has not been identified in plants. There is a possibility that the serotonin N-acetylating enzyme in plants could differ from the animal AANAT in terms of sequence and structure. This proves that there are multiple evolutionary origins of such catalytic enzymes.

Бай К.Ю., Шумко Н.М.

ЕКОЛОГО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РИДИНИ СИНИЦЕВІ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРИРОДНОГО ПАРКУ "ПРИП'ЯТЬ-СТОХІД"

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - к.мед.н. Шумко Н.М.)

Територія національного природного парку «Прип'ять-Стохід» є одним з найунікальніших природних комплексів, як в Україні, так і у Східній Європі.

Національний парк є місцем масових сезонних міграцій птахів (120-150 тисяч особин). Частина території відноситься до водно-болотних угідь міжнародного значення. Загалом видовий склад орнітофауни національного природного парку «Прип'ять-Стохід» відомий, однак швидкі зміни, які відбуваються сьогодні з біоценозами, потребують регулярного моніторингу за динамікою чисельності птахів та здатністю того чи іншого виду вижити в змінених людиною ландшафтах. Важливу роль у функціонуванні природних і антропогенних екосистем відіграють синиці. Особливу увагу вчених сьогодні привертають екологічні особливості тварин, зокрема їх екологічні ніші та трофічна спеціалізація.

Результати вивчення екології досліджених видів синиць враховуються при здійсненні програми довготривалого моніторингу та плануванні природоохоронних заходів на території НПП та прилеглих угідь.

Метою роботи було дослідити екологічні особливості Синицевих національного природного парку «Прип'ять-Стохід» у природних і антропогенних ландшафтах.

Предмет дослідження – видовий склад та екологічні особливості представників родини Синицеві національного природного парку «Прип'ять-Стохід».

Основним методом дослідження було спостереження за особливостями поведінки різних видів птахів родини Синицевих з подальшою статистичною обробкою даних.

Дослідження проводились протягом 2-х років спільно з науковцями національного природного парку «Прип'ять-Стохід».

На території національного природного парку «Прип'ять-Стохід» зустрічається сім видів птахів з родини Синицеві: гаїчка болотяна, чорноголова, синиці велика, блакитна, біла, чубата та чорна.

Блакитна, велика, чорна синиці та гаїчка болотяна займають домінуюче місце в ієрархічній структурі пташиних угруповань як у природних, так і в антропогенних ландшафтах.

В ході орнітологічних досліджень також було встановлено, що основними місцями побудови гнізд досліджуваних видів є дулла (60%). Штучні гніздівлі (синичники) є теж дуже заселеними і складають 30% місць гніздування, а крона дерев лише 10% гнізд.

Отримані результати переконливо засвідчують: незважаючи на те, що основу раціону досліджуваних видів складають комахи, в кожного з них простежується чітка трофічна і гніздова спеціалізація, яка зменшує перекривання їхніх екологічних ніш, послаблює конкуренцію за їжу й місця поселення. Найширшою кормопошуковою нішею протягом року характеризується велика синиця.

Використання членами зграї, зокрема синицями, різних порід дерев кормових мікростацій та висотних інтервалів для пошуку їжі протягом одного періоду річного циклу призводить до пом'якшення конкуренції між ними за їжу, а також сприяє найповнішому використанню птахами трофічних можливостей біотопів.

Ванзьяк О.А., Громик О.О.

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ТА КАРДІОРЕСПІРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії

(науковий керівник - к.б.н. Бевзо В.В.)

Погіршення антропометричних показників фізичного розвитку та адаптаційних резервів серед молодих людей в останні роки вражає своєю стрімкістю та призводить до різних відхилень у стані здоров'я: порушення постави, зниження функціональної можливості кардіореспіраторної системи та опірності організму. Інтерес представляє питання співвідношення фізичного розвитку та працездатності як розумового, так і фізичного. На сьогодні, моніторинг фізичного розвитку і працездатності, особливо студентів молодших курсів, де психологічні та фізичні навантаження значно вищі є актуальним. Тому метою роботи було дослідження антропометричних та кардіореспіраторних показників для оцінки фізичного розвитку та працездатності студентів молодших курсів.

Дослідження проводили зі студентами 1-го курсу, які були поділені на 2 групи: контрольна – студенти, що навчалися по стандартній програмі фізичної підготовки; у дослідній – студенти, що займалися у спортивних секціях. В ході експерименту вони проходили медичний контроль у фізкультурному диспансері.

Оцінку фізичного розвитку студентів проводили з використанням таких показників: ріст, вага, окружність грудної клітки (ОГК), життєва ємність легень (ЖЄЛ). Стан серцево-судинної системи оцінювали за допомогою функціональних показників, таких як артеріальний тиск, частота серцевих скорочень (ЧСС), хвилинний об'єм крові (ХОК). Загальну фізичну працездатність студентів оцінювали по вмісту гемоглобіну в крові та величині максимального споживання кисню (МСК) у перерахунку на 1 кг маси тіла.

При порівняльному аналізі показників фізичного розвитку студентів контрольної та дослідної груп виявили майже повний збіг таких параметрів як ріст, вага й ОГК. Тоді як величина ЖЄЛ, сила правої та лівої руки обстежених студентів контрольної групи з невисоким рівнем фізичної підготовки значно поступалися показникам студентів дослідної групи, що займалися в спортивних секціях.

Показники кардіореспіраторної системи студентів 1-го курсу відповідають нормі, хоча у хлопців, що тренувалися ці показники значно кращі, особливо ЧСС і ХОК, а показник МСК у студентів-спортсменів на 30% вищий порівняно з таким у здорових нетренованих студентів, що свідчить про кращу фізичну працездатність. Підвищення максимального споживання кисню у студентів-спортсменів порівняно зі студентами контрольної групи добре корелює з величиною вмісту гемоглобіну, який також зростає на 17% у студентів дослідної групи. Це свідчить про підвищення кисневої ємності крові та збільшення можливостей транспорту кисню і вказує на високу працездатність студентів, що займаються спортом.

Таким чином, результати проведених досліджень засвідчили, що рухова активність студентів контрольної групи нижча, ніж фізіологічна потреба, що не сприяє поліпшенню морфофункціональних показників фізичного розвитку та знижує працездатність.

Для запобігання погіршенню фізичного розвитку студентів 1-го курсу в умовах інтенсивних розумових та недостатніх фізичних навантажень їм необхідно займатися фізичною культурою в середньому 1,5 години на день.

Василова О.І., Ломакіна Ю.В.

ФІТОТЕРАПІЯ РОСЛИНАМИ БУКОВИНИ ПРИ ХВОРОБАХ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки

(науковий керівник - к.мед.н. Ломакіна Ю.В.)

На теренах Буковини (Чернівецька область) зростають 573 види дикорослих лікарських рослин. Застосування доступних лікарських рослин Буковини показало, що рослинні витяжки з низькою токсичністю проявляють лікувальні властивості аналогічні препаратам традиційної фармакотерапії. У наш час фітотерапія стає і життєвою необхідністю.

Проте застосування лікарських рослин лише тоді дає позитивні наслідки, коли їх призначає фітотерапевт, який знає дію цих рослин.

1. При гострому чи хронічному бронхіті з густим харкотинням найкраще призначати чебрець повзучий або материнку звичайну (діють леткі олії).

2. При сухому бронхіті – відвари мильнянки лікарської або коренів первоцвіту весняного чи запашної фіалки (дія сапонінів і глікозидів). Сапонінні чаї розріджують харкотиння і, подразнюючи слизову оболонку шлунка, рефлекторно з блювальною відрижкою спричиняють відхаркування. Леткі олії діють протисудомно, виділяючись слизовою оболонкою дихальних шляхів, дезінфікують виділення і знеболюють.

3. При сильному кашлю рекомендують напар трави чистотілу звичайного (дія алкалоїдів подібна до дії алкалоїдів опію).

4. При надсадному кашлю з крововиливом у слизову оболонку бронхів найкраще пити відвар коренів алтеї лікарської чи напар пелюсток квіток дивини лікарської (дія слизу).

5. При бронхіті у хворих на емфізему легенів, ядусі, бронхоектазах добрі наслідки дає вживання легких олій, що містяться в напарах з молодих соснових, смерекових бруньок чи пагонів або м'ясистих шишок ялівцю звичайного, які не лише розріджують харкотиння, але й дезінфікують його.

6. Запалення слизової оболонки дихальних шляхів лікують напарами квіток ромашки лікарської або деревію тисячолістого, в яких є азулен, що належить до легких олій. Використовують дубильні речовини, які мають не лише в'язучу, але й протизапальну дію: відвари кореня перстачу прямостоячого, коренів гірчака зміїного чи трави перстачу гусячого.

7. При бронхіті з бронхіальною астмою добре діють напари жовтозілля звичайного (дія платифіліну), трави чистотілу звичайного (дія алкалоїдів). Протисудомно діють також завдяки своїм алкалоїдам настої листків блекоти чорної.

8. При коклюшу вживають напари трави фіалки запашної і чебреців звичайного і яйцеподібного (дія тимолу), коренів первоцвіту весняного, або омани високого.

9. Дія лікування специфічних захворювань дихальних шляхів (для доповнення хіміотерапевтичного засобу лікування). Вживають напари хвоща польового, медуни лікарської, споришу (дія біологічно активних органічних сполук кремнію, здатних знижувати бактерії, гриби, знижувати артеріальний тиск) у комбінації з відварами (соками) плодів рослин, у яких є багато аскорбінової кислоти, або вітаміну С (плоди шипшини, горобини, смородини).

Висновок. Буковина багата на лікарські рослини, знання їх лікувальних властивостей запорука здоров'я населення нашого краю.

Власова К.В.

ЗМІНА ЦИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ НЕЙРОНІВ СУПРАОПТИЧНИХ ЯДЕР ГІПОТАЛАМУСА ЩУРІВ В УМОВАХ ПОСТІЙНОЇ ТЕМРЯВИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.д.мед.н. Булик Р.Є.)

Періодична зміна дня і ночі (фотоперіодизм) є визначальним чинником у формуванні біологічних ритмів. Поміж мозкових структур, залучених у забезпечення часової організації фізіологічних функцій, у відповідь на зміну фотоперіоду чільне місце посідають супраоптичні ядра (СОЯ) гіпоталамуса. Вагому роль у адаптації організму до зміни освітленості відіграє також мелатонін (МТ). Саме в темний період доби виробляється близько 70% добової кількості МТ – гормону, який володіє антистресовим і геропротекторним ефектом.

Мета дослідження – з'ясувати вплив постійної темряви (00С:24.00Т впродовж 7 днів) на цитометричні показники СОЯ гіпоталамуса щурів у різні періоди доби (14.00 і 02.00 год).

Експериментальні тварини (статевозрілі нелінійні самці білих щурів) поділено на дві серії, у кожній з яких забір біоматеріалу здійснювали о 14.00 год і 02.00 год на восьмий день експерименту. Обрані терміни проведення експерименту зумовлені різною функціональною активністю шишкоподібної залози та продукцією провідного хронобіотика – МТ у вказані часові періоди. Визначали середній об'єм нейрона СОЯ гіпоталамуса та його ядра, ядерно-цитоплазматичний коефіцієнт, оптичну густину забарвлення цитоплазми та стандартне відхилення забарвлення ядра нейрона. Фіксували нейтрально забуференим 10% розчином формаліну, після зневоднювання, заливали у парафін, а згодом після депарафінізації гістологічні зрізи 5 мкм завтовшки забарвлювали гематоксиліном і еозином.

Цитометрію виконували на цифрових копіях зображення у середовищі комп'ютерної програми GIMP, версія 2,8 (ліцензія GPL).

Цитометричним дослідженням нейронів за умов постійної темряви спостерігали тенденцію до збільшення об'єму ядер в нейронах ($1347 \pm 11,9$ та $1338 \pm 14,7$, $p > 0,05$) та об'ємів нейронів ($1347 \pm 11,9$ та $1338 \pm 14,7$, $p > 0,05$) о 02.00 год порівняно з 14.00 год. Відмічено вірогідне підвищення стандартного відхилення інтенсивності забарвлення ядра нейронів о 02.00 год порівняно з денним показником ($11,8 \pm 0,15$ в.о. та $11,1 \pm 0,14$ в.о., $p = 0,010$). У нічний період доби не виявлено вірогідних змін ядерно-цитоплазматичного коефіцієнта порівняно з 14.00 год ($0,154 \pm 0,0019$ та $0,154 \pm 0,0018$ відповідно, $p > 0,05$). Встановлено зменшення оптичної густини забарвлення цитоплазми нейронів СОЯ гіпоталамуса о 02.00 год порівняно з 14.00 год (з $0,252 \pm 0,0014$ до $0,257 \pm 0,0012$ $p = 0,015$).

Порівнюючи цитометричні параметри о 02.00 і 14.00 год у тварин, яких утримували в умовах постійної темряви (00С:24.00Т), слід відмітити, що розбіжності між показниками о 02.00 та 14.00 год зафіксовані лише для оптичної густини і стандартного відхилення забарвлення ядра нейрона. Самі величини показників вказують на те, що за умов темряви функціональна активність ядер вище о 02.00 год порівняно з 14.00 год.

Закрутько А.О.

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ НА ЦИРКАДНІ ХРОНОРИТМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки

(науковий керівник - д.мед.н. Булик Р.Є.)

З огляду на результати епідеміологічних досліджень, зростання кількості хворих на артеріальну гіпертензію та негативні наслідки наявності підвищеного артеріального тиску (АТ) є актуальною проблемою для вивчення.

Для досягнення мети і вирішення поставлених завдань було обстежено 250 хворих на гіпертонічну хворобу. Серед обстежених мали прихильність до лікування 18 (7,6%) хворих, у 232 (92,4%) пацієнтів прихильність була відсутня. Основними чинниками, які впливають на прихильність є: складність призначеного режиму прийому препаратів, призначення декількох препаратів, тривалий або пожиттєвий прийом препаратів, лікування призначене з метою уникнення ускладнень, молодий вік, рівень освіти та низька обізнаність пацієнта щодо своєї хвороби.

Результати опитування щодо здорового способу життя показали, що палять - 57 (22,8%) хворих, вживають алкоголь - 0, виконують фізичні навантаження - 115 (46%), середня кількість часу, який приділяється фізичним навантаженням складає $4,571 \pm 1,307$, вживають солону їжу - 173 (69,2%). Дослідження впливу високого АТ на біологічні процеси людини, а саме на добові ритми гемодинаміки проводилося за допомогою моніторингу АТ та частоти серцевих скорочень протягом доби. Синхронізація добових ритмів була зареєстрована в 6 (16,6%) пацієнтів, а десинхронізація - в 30 (83,3%) хворих. Слід також відмітити, що в II групі хворих відмічалось порушення циркадної організації серцево-судинної та симпато-адреналових систем за «нічним» типом.

При дослідженні виконання пацієнтами призначень лікаря в залежності від різновиду лікування, було виявлено, що в більшості випадків хворі краще дотримувалися призначеного медикаментозного лікування та в однаковому співвідношенні дієти і змін щодо способу життя.

Вивчення кореляційних показників прихильності до лікування та дотримання здорового способу життя показало, що в I когорті хворих, де була прихильність до лікування, відповідально виконували призначення лікаря не тільки щодо медикаментозного лікування та змін способу життя.

Таким чином отримані результати комплексного обстеження хворих на артеріальну гіпертензію вказують, що у 70% обстежених причиною низької ефективності лікування є не тільки низька прихильність до лікування, а також неврахування добового ритму гемодинаміки. В зв'язку з цим необхідно застосовувати комплексний підхід щодо хворих на есенціальну гіпертензію, що покращить якість життя, ефективний контроль АТ та зменшить ризик смерті від гострих серцево-судинних катастроф.

Якимюк А.Д., Каземірська М.А.

ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ КАРІОТИПУ У РОСЛИН

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки

(науковий керівник - к.б.н. Каземірська М.А.)

Актуальність. Дослідження каріологічної мінливості рослин є досить перспективним напрямком вивчення видів, адже каріотип є досить лабільним по відношенню до дії факторів зовнішнього середовища і в значній мірі обумовлює популяційну гетерогенність і екологічну пластичність видів. Каріотипічний поліморфізм сприяє підвищенню адаптаційних можливостей видів, дозволяючи їм існувати в різних екологічних нішах. А використання каріологічних показників популяцій, дозволяє оцінити ступінь реальних загроз для видів і розробити адекватні методи збереження їх генофонду.

Об'єктом дослідження обрано популяції та особини *Fritillaria montana* Horpe (Liliaceae) на території України.

Метою роботи є виявлення мінливості особин *F. montana* на каріологічному рівні.

Матеріали і методи. Каріологічні дослідження виконані в Інституті молекулярної біології і генетики НАН України під керівництвом к.б.н. О.Г. Алхімової.

Результати. За результатами порівняльно-каріологічного вивчення хромосомних наборів різних популяцій *F. montana* встановлено, що для них характерне основне число $2n=18$. Проте, також виявлено, що для популяцій виду на північно-східній межі ареалу характерна анеуплоїдія (низхідна – $2n=9$, $2n=12$, висхідна – $2n=20$, $2n=22$, $2n=24$), а також поліплоїдія, наявність В-хромосом і фрагментація гетерохроматину.

Висновки. Отримані результати свідчать про високу адаптаційну спроможність виду на межі свого ареалу. Не виключено, що відмінність у морфології хромосом, яка проявляється на міжпопуляційному рівні, а також прояв анеуплоїдії та поліплоїдії є наслідком пристосування виду до умов середовища, дещо відмінних від умов в основній частині ареалу. Можливо, подальша географічна ізоляція і відмінність еколого-ценотичних умов росту призведе до подальшої дивергенції популяцій і можливого виникнення (саме тут, на межі природного ареалу) нових рас чи самостійних підвидів *F. montana*.

Карнась Н.О., Кривчанська М.І.

ФІТОПРОФІЛАКТИКА РОСЛИНАМИ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки

(науковий керівник - к.мед.н. Кривчанська М.І.)

Щорічна фітопрофілактика сприяє легшому перебігу хвороби, дозволяє уникнути ускладнень, знижує частоту загострень, може забезпечити багаторічну ремісію. Рослинні препарати більш близькі природі людини, краще переносяться й можуть прийматися тривало, діють більш м'яко, не викликаючи ускладнень. Нами проведений аналіз лікувальних властивостей 573 видів цілющих рослин Буковини та складені попередні списки лікарських рослин із застосуванням у фітопрофілактиці.

1. Рослини в харчуванні людини вживаються в якості їжі, у той самий час вони володіють низкою лікувальних ефектів. На території Буковини зростає близько 95 видів.

2. Рослини для посилення захисних (адаптогенних) властивостей організму зміцнюють імунітет та адаптивні можливості при впливі негативних чинників середовища. До цієї групи можна віднести рослини, що містять флавоноїди (327 рослин), та вітаміноносні (197 рослин).

3. Рослини для активзації розумової діяльності та підвищення працездатності. До третьої групи можна віднести 95 видів рослин, які володіють тонізуючою дією.

4. Рослини – антистресори, які відновлюють стан нервової системи після негативного впливу чинників зовнішнього середовища зростають на Буковині у кількості 111 видів.

5. Застосування лікарських рослин у косметичі (мазі, рослинні масла, ефірні масла). Це найбільш чисельна група рослин, сировина з яких використовується зовнішньо.

Підводячи підсумки, можна виділити наступні рівні фітопрофілактики:

- для практично здорових людей з невеликими функціональними відхиленнями. Для них фітотерапія – профілактичний прийом лікарських форм з рослин, постійне, раціональне споживання цілющих харчових рослин; по суті це корекція здоров'я фітодієтою та фіто косметикою. Це відповідає 1, 2, та 5 спискам запропонованих лікарських рослин Буковини;

- для хворих із функціональними розладами і захворюваннями, які не перейшли в хронічну форму - лікування лікарськими рослинами, які посилюють адаптогенні властивості організму. Нами пропонується список з 206 рослин, які віднесені до 3 та 4 групи.

На території Буковини визначено 60 потенційно сировинних видів лікарських рослин, які потребують подальшого вивчення та широкого використання для оздоровлення організму та профілактики хвороб населення Буковини.

Булик Р.Є., Кишкан П.Я.

ХРОНОРИТМИ ЕКСКРЕТОРНОЇ ТА ЙОНОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЙ НИРОК У ЩУРІВ ЗА УМОВ БЛОКАДИ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДИНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки

(науковий керівник - д.мед.н. Булик Р.Є.)

Актуальність. Регуляція екскреторної та йонорегулювальної функцій нирок здійснюється нейрогуморальними чинниками та тканинними аутокоїдами, зокрема, нирковими простагландінами, які змінюють швидкість клубочкової фільтрації та процеси реабсорбції йонів натрію і води в канальцях нирок, узгоджують чітку діяльність клубочкового та канальцевого відділів нефрону. Водночас, у літературі немає чітко визначеного впливу ниркових простагландинів на структуру хроноритмів основних ренальних функцій.

Мета роботи. З'ясувати вплив ниркових простагландинів на хроноритми екскреторної та йонорегулювальної функцій нирок у щурів за умов індометацинової блокади синтезу простагландинів.

Матеріал та методи дослідження. Експерименти проводили на статевозрілих самцях білих щурів масою 0,15-0,18 кг. Для дослідження ролі простагландинів у хроноритмічній регуляції функцій нирок блокували їх синтез шляхом внутрішньошлункового введення індометацину впродовж трьох діб у дозі 5 мг/кг. Біоритми ренальних функцій досліджували наприкінці експерименту з 4-годинним інтервалом після пероральної гідратації тварин водою в об'ємі 5%. У плазмі крові та сечі визначали концентрацію креатиніну, йонів натрію та калію. Діагностику десинхронозу проводили на основі аналізу змін характеристик мезору, амплітуди, акрофази та форми кривої циркадіанного ритму.

Результати. Блокада синтезу ниркових простагландинів призвела до істотних змін циркадіанної організації екскреторної та йонорегулювальної функцій нирок. Середньодобовий рівень діурезу був нижчим від контролю на 21% із суттєвим гальмуванням амплітуди ритму зі зміщенням акрофази на 20.00 год. Мінімальний діурез реєстрували у період з 24.00 до 08.00 год, коли його рівень знижувався від 25% до 40%. Швидкість ультрафільтрації зменшувалася вдвічі майже у всі періоди доби без суттєвих змін амплітуди. Спостерігали зниження калійурезу: о 08.00 – у 4 рази, о 16.00 – втричі, а о 12.00 навпаки, значне його зростання із гальмуванням амплітуди ритмів. Хроноритмічні перебудови йонорегулювальної функції нирок проявилися істотним зростанням натрійурезу о 12.00, 20.00 та близько 08.00 год. Добовий ритм екскреції йонів натрію мав інверсний характер щодо контрольних хронограм, а його мезор втричі перевищував показники контролю. У перерахунку на 100 мкл клубочкового фільтрату мезор і амплітуда ритму проксимального транспорту йонів натрію істотно не відрізнялася від показників контролю із вірогідним підвищенням середньодобового рівня ритму його дистального транспорту на тлі підвищеної амплітуди циркадіанних коливань щодо величин інтактних тварин. Архітектоніка ритму була подібною до хронограм у контролі, окрім 04.00 год.

Висновки. Отримані результати свідчать, що ниркові простагландини є важливими чинниками в регуляції хроноритмів екскреторної та йонорегулювальної функцій нирок, змінюючи фазову структуру, мезор та амплітуду ритмів досліджуваних показників.

Кочерова Е.А., Шейко Е.А.

ВЛИЯНИЕ L-ТИРОКСИНА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА ПАРАМЕТРЫ М-ОТВЕТА В СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЕ БЕЛЫХ КРЫС

Донецкий национальный университет, Донецк, Украина

Кафедра физиологии человека и животных

(научный руководитель - к.мед.н. Труш В.В.)

Длительное введение глюкокортикоидов сопровождается снижением активности щитовидной железы. В то же время физиологические дозы тиреоидных гормонов, оказывающие анаболическое влияние на нервно-мышечную систему, в некоторой мере могли бы компенсировать патологические изменения в скелетных мышцах при гиперкортицизме. Целью работы явилось исследование в условиях *in situ* параметров М-ответа передней большеберцовой мышцы белых крыс при длительном введении дексаметазона (Д, 0,25 мг/кг, внутривнутрино, через день), применяемого изолированно и сочетаемого с тироксином (Т4, 10 мкг/кг/сутки, подкожно).

В случае изолированного применения Д после первых 5 инъекций наблюдалось укорочение латентного периода М-ответа мышцы на 17,3%, относительно контроля, свидетельствующее в пользу первоначального облегчающего его эффекта на синаптическую передачу или повышения возбудимости мышечных волокон. Спустя 10 инъекций Д латентный период М-ответа мышцы возвращался к уровню контроля, спустя 15-25 инъекций удлинялся на 18,7-16,6%, что отражает последующее замедление синаптической передачи или понижение возбудимости мышечных волокон. Д обусловил снижение надежности синаптической передачи: спустя 10 инъекций наблюдалось удлинение латентного периода М-ответа мышцы после ее работы относительно исходного уровня на 20,6%, не характерное для контроля. После 10 инъекций Д амплитуда исходных М-ответов мышцы снижалась относительно контроля на 39,3% и оставалась сниженной и после 25 инъекций Д (на 54,6%).

В случае комплексного применения Д и Т4 наблюдалось более длительное облегчение синаптической передачи (после 5-10 инъекций), по сравнению с изолированным введением Д. Т4 предотвратил удлинение латентного периода М-ответа относительно контроля и после работы мышцы относительно исходного уровня, а также снижение исходной амплитуды М-ответов относительно контроля. Вместе с тем, при введении Д и Д+Т4 наблюдалось выраженное (на 30-40%) снижение амплитуды М-ответа после работы мышцы относительно исходного уровня, свидетельствующее в пользу повышенной ее утомляемости.

Таким образом, тироксин обусловил более длительное облегчение синаптической передачи, предотвратил снижение ее скорости и надежности, а также уменьшение исходной амплитуды М-ответа мышцы, но при этом не компенсировал повышенной ее утомляемости.

Максимчук В.В., Кривчанська М.І.

КОРЕЛЯТИВНА ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ТРИВАЛІСТЮ ФОТОПЕРІОДУ ТА НИРОКВИМ ДЕСИНХРОНОЗОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - к.мед.н. Кривчанська М.І.)

Нирки виконують різноманітні функції, які забезпечують сталість діурезу, регулюють іонну рівновагу, екскрецію низки субстратів із сечею, гломерулярну фільтрацію, секрецію, реабсорбцію тощо. Регуляторні системи, що функціонують в нирках чітко синхронізовані з циркадіанними ритмами поведінкової активності, споживання їжі і рідини, фотоперіодом доквілля та ін. Загальновідомі добові коливання діурезу, виділення з сечею іонів натрію, калію, кальцію, креатиніну, сечовини тощо.

Досліджувані функції нирок за умов стандартного режиму освітлення, (12.00С – 12.00Т) упродовж 7 діб, підпорядковані чіткій добовій періодизації. Зокрема, збільшення фільтраційної фракції іонів натрію спричинювало зростання абсолютної реабсорбції катіона. Співвідношення між процесами проксимального та дистального транспорту іонів натрію відображає фізіологічну узгодженість між факультативною та облігатною реабсорбцією даного катіона. Зменшення концентрації креатиніну у плазмі крові пов'язане з посиленням процесів ультрафільтрації. Спостерігали обернено пропорційну залежність добових ритмів рН сечі та екскреції активних іонів водню у досліджуваній період.

Утримання тварин упродовж семи діб в умовах постійної світлової стимуляції (24.00С – 00.00Т) викликає наступні зміни показників основних ниркових функцій:

- швидкість клубочкової фільтрації зазнавала змін упродовж періоду спостереження, мезор ритму був майже на чверть меншим, ніж у контрольних хронограмах;
- реєстрували вірогідне зростання концентрації іонів калію в сечі;
- порушення ультрафільтрації не спричинювали істотних змін концентрації креатиніну в плазмі крові, проте спостерігали зміщення акрофази та амплітуди ритму;
- відзначали натрійурез та зростання концентрації іонів натрію в сечі, яка істотно перевищувала дані контрольної групи спостереження;
- гіпофункція епіфіза мозку спричинила вірогідні порушення ритму фільтраційного заряду іонів натрію – зрушення акрофази та батифази відносно контролю;
- реєстрували вірогідне підвищення рівня екскреції кислот, що титруються, мезор ритму майже вдвічі перевищував показники тварин, які перебували за стандартних умов освітлення.

Утримання тварин за умов постійної темряви, (00.00С – 24.00Т) впродовж 7 діб призвело до зміни хроноритмів досліджуваних ниркових функцій компенсаторного характеру. Посилений синтез ендогенного мелатоніну лежить в основі покращання основних ниркових параметрів, порівняно з даними тварин, яких утримували в умовах тривалої експозиції світлом.

Використання водного навантаження у тварин, які перебували в умовах зміненого світлового режиму дозволило виявити приховані, компенсовані зрушення роботи нирок. Тривале освітлення є більш вагомим подразником, ніж постійна темрява, і воно порушує ритміку функції нирок та спричиняє перебудову фазової архітекτονіки основних показників їх діяльності.

Нестеровська О.А.

ВПЛИВ МОДИФІКАЦІЇ ФОТОПЕРІОДУ НА СТАН СУПРАХІАЗМАТИЧНИХ ЯДЕР ГІПОТАЛАМУСА БІЛИХ ЩУРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - д.мед.н. Булик Р.Є.)

Порушення світлового режиму є визначальним стресором, що призводить до дисбалансу синтезу мелатоніну і розвитку десинхронозу. У доступній літературі трапляються суперечливі та неоднозначні дані про вплив різної тривалості фотоперіоду на хрономорфологічний та ультраструктурний стан супрахіазматичних ядер (СХЯ) гіпоталамуса, тісно пов'язаних з організацією та реалізацією циркадіанних ритмів. Тому метою нашого дослідження було вивчити структурні перебудови нейросекреторних клітин вентролатерального відділу СХЯ переднього гіпоталамуса щурів за різної тривалості фотоперіоду.

Експерименти проведені на статевозрілих самцях білих щурів масою 0,20-0,23 кг. Тварин поділено на 5 серій, яким моделювали різну тривалість фотоперіоду. Ділянки СХЯ досліджували на світлооптичному та електронно-мікроскопічному рівні.

За результатами проведених досліджень структурна організація нейросекреторних клітин супрахіазматичних ядер переднього гіпоталамуса в білих щурів за стандартного режиму освітлення свідчить про зростання функціональної активності нейронів о 14.00 год та її зменшення о 02.00 год доби. Світлова депривація знижує активність циркадіанного пейсмейкера впродовж доби, свідченням чого є світлооптичні та ультраструктурні зміни в нейроплазмі та органелах досліджуваних структур. О 14.00 год за умов світлової депривації встановлено наявність темних нейросекреторних клітин, для яких характерним є пікнотично змінені ядра, які містять осміюфільну каріоплазму, інвагінації каріолеми. Їх електроннощільна нейроплазма має деструктивно змінені органели і мало горизонтальних гранул.

Тривалий світловий стрес призводить до істотного десинхронозу циркадіанного пейсмейкера та пригнічення його активності впродовж періоду спостереження. За тривалої світлової експозиції деструктивні зміни компонентів досліджуваних структур більш виражені о 02.00 год. Зокрема, у каріолемі обмаль рибосомальних гранул та зрідка спостерігаються ядерця. Нейроплазма підвищеної електронної щільності, нечітко контуруються мембранні органели. Частина мітохондрій має світлий матрикс і редуковані кристи, гранули гормону поодинокі. Такий стан свідчить про зниження функціональної активності структур з елементами деструкції.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку дадуть змогу глибше пізнати механізми формування циркадіанних ритмів головного мозку ссавців та місце і роль супрахіазматичних ядер гіпоталамуса в забезпеченні циркадіанного періодизму.

Олендр Н.Я.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ ТЕРИТОРІЙ М. ТЕРНОПІЛЬ ЗА СИНЕКОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ АРАНЕОКОМПЛЕКСІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - д.мед.н. Булик Р.Є.)

Актуальність обраної проблеми. В останні десятиліття забруднення належить до найважливіших екологічних проблем. Традиційно для еколого-токсикологічної оцінки території застосовують фізико-аналітичні методи, які, однак, не можуть відобразити стан екосистеми в цілому, оцінити весь спектр забруднювачів і їх взаємодію. Недоліками цих методів також є їх висока трудомісткість, необхідність придбання високоточного, дорогого аналітичного обладнання. Тому сьогодні дедалі ширшого застосування набувають методи біоіндикації та біотестування, зокрема, використання з цією метою павуків. Їх широке розповсюдження, значна кількість видів та висока чисельність у екосистемах із різним ступенем техногенного забруднення дозволяють розглядати цю групу в числі важливих біоіндикаторів стану середовища.

Мета даної роботи – виявити ефективні діагностичні показники та індикаторні види павуків для виявлення техногенно забруднених територій м. Тернопіль. Для цього нами проведено порівняльний аналіз синекологічних показників аранеокомплексів, що населяють території з різним ступенем техногенного забруднення Тернополя: умовно контрольні зелені масиви (парки) та зелені масиви промислової зони (насадження, що зростають безпосередньо на територіях промислових підприємств). Основні завдання роботи – визначити видовий склад, показники різноманіття і домінування для аранеокомплексів зелених масивів промислових підприємств і умовно контрольних зелених масивів м. Тернополя; виокремити ті показники, які доцільно застосовувати у системі біомоніторингу.

Матеріал збирали методом ґрунтових пасток Барбера, фіксували і визначали за загальноприйнятими методами на базі кафедри екології та біомоніторингу Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

У роботі вперше представлено результати комплексної оцінки видового складу та структурної організації угруповань павуків екосистем з різним рівнем техногенного забруднення Тернополя; проаналізовано зміни кількісних та якісних характеристик мезофауни поверхні ґрунту та угруповань павуків у її складі.

Зроблено висновок про доцільність використання таких синекологічних показників аранеокомплексів, як видове різноманіття та структура домінування, наявність індикаторних видів, видове різноманіття і відносна чисельність представників Linyphiidae і Lycosidae для індикації територій зі значним техногенним забрудненням.

Павел А.Д.

КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - д.мед.н. Пішак В.П.)

Актуальність теми. Полікістоз нирок – це найтяжча двобічна аномалія нирок, при якій спостерігаються значні морфологічні зміни паренхіми, що призводить до розвитку хронічної ниркової недостатності.

Аутосомно-рецесивний (АРПН) тип (1:40000) і аутосомно-домінантний (АДПН) тип (1:1000) полікістозу нирок у дитячому віці обумовлений віковими особливостями формування ниркових кіст і різноманітних клінічних проявів: частим розвитком синдрому артеріальної гіпертензії та ниркової недостатності.

Методи дослідження. Проведено клініко-генеалогічний аналіз полікістозу нирок і виділено сім'ї з аутосомно-домінантним, аутосомно-рецесивним і неуточненим типом успадкування.

Клінічна характеристика полікістозу нирок. АРПН. Перинатальна форма. Збільшені розміри нирок утруднюють пологовий процес; після народження спостерігається цілковита анурія. Немовлята гинуть під час пологів або через декілька днів після них. Неонатальна форма. У дітей значно збільшений «сливоподібний» живіт, різко виражені явища дихальної та серцево-судинної недостатності. Одночасно наявні вади розвитку обличчя, кінцівок та пілоростеноз, швидко прогресують явища ниркової недостатності та артеріальної гіпертензії. Дитяча форма. Пальпація нирок неутруднена. Перші ознаки ниркової недостатності спостерігаються у віці 3-6 місяців, збільшення печінки та селезінки, розвивається портальна гіпертензія з розширенням вен стравоходу. Смерть настає у віці близько 10 років. Підліткова форма. Незначне збільшення нирок із збереженням їхньої функції. Основні зміни спостерігаються з боку печінки. Перші ознаки портальної гіпертензії виявляють у віці 12-14 років.

АДПН. Дорослий тип полікістозу спостерігається після 10-20-річного віку. Нерідко хвороба довгі роки перебігає безсимптомно. Одним із проявів хвороби найчастішим є тупий біль у поперековій ділянці або в епігастрії, що посилюється при фізичному навантаженні. Причиною цього є опущені, збільшені нирки, утруднений відтік сечі через стискання ниркових воріт кістозними утворами, а також порушення кровообігу (часто це венозний застій). Зміни сечового осаду – іноді єдина ознака полікістозу.

Результати. У структурі полікістозу нирок у 49 членів з 24 сімей переважає аутосомно-домінантний (81,6%) тип, аутосомно-рецесивний становить 10,2%, неуточнений – 8,2% випадків. У 32 дітей і підлітків аутосомно-домінантний полікістоз нирок діагностовано в 71,9%, аутосомно-рецесивний – 15,6%, неуточнений – 12,5% випадків.

Сумарюк Б.М.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ НІТРАТІВ У ОВОЧАХ ТА ФРУКТАХ, ВИРОЩЕНИХ У РІЗНИХ РАЙОНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - к.б.н. Черновська Н.В.)

Мета наукової роботи – дослідження ситуації забруднення харчових продуктів нітратами в різних районах Чернівецької області. Предметом наукової роботи є визначення вмісту нітратів у овочах та фруктах, а об'єктом вивчення є овочі та фрукти, вирощені в різних районах Чернівецької області. Нітрати – це солі азотної кислоти, які використовують як мінеральні добрива. За здатністю накопичувати нітрати вся сільгосппродукція поділяється на три групи: - з високим вмістом (до 5000 мг/кг) - з середнім вмістом (300 – 600 мг/кг) - з низьким вмістом (10-80 мг/кг). Всесвітня організація охорони здоров'я встановила норми гранично допустимих концентрацій нітратів: для дорослої людини 300-325 мг/кг, для дитини – 5 мг на 1 кг маси тіла. Надлишок розчинних сполук нітрогену у ґрунті призводить до накопичення їх у рослинах і потрапляння до організму людини.

Якісна оцінка вмісту нітратів (за допомогою дифеніламіну) у рослинах показала, що у більшості овочів та фруктів виявлено низький вміст нітрат-іонів. Проте у таких овочах як буряк та капуста - Новоселицького, Хотинського та Глибоцького районів Чернівецької області, вміст нітратів значно перевищував середнє значення.

Для проведення потенціометричного або кількісного аналізу скористались лабораторним іономіром И-160М з нітратним та хлор срібним електродами. Результати потенціометричного аналізу показали, що в тих продуктах, де візуально спостерігали вміст нітрат-іонів, виявлено перевищення гранично допустимого їх рівня. Найбільший вміст нітрат-іонів у буряку всіх районів Чернівецької області та капусті Білокачанній (*Brassica oleracea* var. *capitata*) - Новоселицького та Хотинського районів.

Дослідження вмісту нітратів у фруктах показало їх значення в межах норми. Аналіз потенціометричного вмісту нітратів у частинах рослин показав, що найбільше їх накопичується в качанні капусти, а в буряку – у верхівці та кінчику коренеплоду. У зв'язку з настанням осінньо-зимового періоду збільшується споживання населенням різних сортів капусти, тому ми дослідили з них, які є нітратовмісними. Виявили значні коливання вмісту нітратів у таких сортах капусти як Цвітна (*Brassica oleracea*) та Пекінська (*Brassica pekinensis*), що ймовірно пов'язано з вирощуванням їх у закритому ґрунті.

Висновки: 1. Вміст нітратів у рослинній продукції практично не залежить від місця їх вирощування. 2. Потенціометричне визначення вмісту нітратів у овочах показало перевищення допустимого вмісту у буряку та капусті Білокачанній у 1,5 рази. 3. Вміст нітратів у фруктах не перевищує гранично допустимі концентрації. 4. Найбільш екологічна продукція вирощується у Заставнівському та Сокирянському районах, а в господарствах Новоселицького та Хотинського районів спостерігається перевищення вмісту нітратів у сільгосппродукції. 5. Виявлено значні перевищення вмісту нітратів у окремих сортах капусти – Цвітній та Пекінській.

Трифаненко А.М.

ПІДБІР МЕЛАТОНІНВІСНИХ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН БУКОВИНСЬКИХ КАРПАТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - викл. Сметанюк О.І.)

Актуальність. На території Чернівецької області росте понад 570 видів дикорослих лікарських рослин. Область, як адміністративна одиниця розташована у трьох різних за своєю природою географічних областях: лісостеповій піднесеній рівнині, передгірській області та Буковинських Карпатах. Буковинські Карпати займають площу, яка становить 22% від загальної площі адміністративної області. На цій території зростає 318 видів лікарських рослин. За фіторесурсною категоризацією заготовлювати допустимо 259 видів. Буковинські Карпати є екологічно найчистішою територією і населені пункти займають всього 14% від площі цієї області. Така характеристика дає перспективи дослідження рослин цієї області.

Мета. Підібрати види лікарських рослин, які найменш вразливі при заготівлі сировини та є вірогідно мелатонінвмісними.

Матеріали та методи. Проведений рекогносцирувальний аналіз еколого-ресурсного та медичного значення лікарських рослин Чернівецької області.

Результати дослідження. За аналізом літературних джерел нами пропонується перелік вимог до підбору потенційних фітомелатонінвмісних видів лікарських рослин:

1. Всі рослини містять мелатонін. 2. Пошук потенційних рослин повинен враховувати їх лікувальну дію, пов'язану з дією мелатоніну на фізіологічні функції та патофізіологічні процеси в організмі людини. Мелатонін впливає на регулювання циркадних ритмів, попередження ішемії, полегшення хронічного болю, підвищення імунітету, онкостатичні ефекти, лікування неврологічних розладів (мігрень), має антибактеріальну активність, володіє протизапальними і антиоксидантними властивостями. 3. Профілактика хвороб є актуальним напрямком медицини, особливо фітопрофілактика, яка доступна широким верствам населення. Особливо поширене використання мелатонінвмісних рослин в косметології, геронтології через забезпечення організму вітамінами.

Враховуючи вищевикладене, нами складений попередній список рослин (65 видів), що мають потенціал у вивченні змісту фітомелатоніну. Обрані нами рослини проявляють великий спектр лікувальної дії. За фіторесурсною категоризацією половина рослин обраної групи є маловразливою до заготівлі сировини – 32 види. У сучасній косметології найчастіше застосовують фітомелатонінвмісні рослини, тому нами проаналізована сировина - 34 яка використовується зовнішньо. З метою фітопрофілактики велике значення мають рослини з опосередкованим або прямим впливом на імунітет із 65 – 39 видів.

Висновки. Заготівля лікарської сировини повинна бути екологічно обумовлена і не порушувати природні фітоценози саме таким вимогам відповідає обрана зона. Нами складений еколого-ресурсно обґрунтований список потенційних видів лікарських рослин з метою подальшого вивчення кількісного вмісту мелатоніну в сировині.

Швед К.В.

МІНІРНК – КРИХІТНІ РЕГУЛЯТОРИ З ВЕЛИЧЕЗНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки

(науковий керівник - д.мед.н. Пішак В.П.)

Клітина – це біологічна система, здатна до самовідновлення, самовідтворення та розвитку. Це динамічно стійка відкрита система, яка складається з багатьох взаємопов'язаних елементів, функціонування яких не тільки визначає життєдіяльність клітини, але має значення для організму як цілого. Клітини здатні підтримувати високу впорядкованість своєї організації завдяки генетичній інформації, що зберігається, відтворюється, реалізується й удосконалюється. В основу названих фундаментальних явищ ставлять молекулярні процеси, що відбуваються за допомогою ДНК і РНК. Вони є генетичним матеріалом для всіх живих організмів. Встановлення структури ДНК відкрило нову епоху в біології, медицині, так дозволило зрозуміти, яким чином живі клітини, а значить і організми, точно відтворюють собі подібних і як у них кодується інформація, необхідна для регуляції їх життєдіяльності.

Сьогодні відома будова та функції ДНК і РНК, що дозволяє втручатись у тонкі механізми спадковості з метою лікування багатьох хвороб людини. Генетична інформація записана в лінійній послідовності нуклеотидів ДНК. За участі РНК ця інформація надходить (транслюється) до рибосом з утворенням поліпептиду з амінокислот.

На основі розміру, структури і функції молекул розрізняють основні типи РНК, які характерні як для прокариот, так і для еукариот (мРНК, іРНК, тРНК, рРНК). МініРНК – це одноланцюгові РНК довжиною близько 22 нуклеотидів, які комплементарно (або частково комплементарно) зв'язуються з мРНК, що призводить до її руйнування, або до інгібування трансляції з нею. Це регуляторний механізм посттранскрипційного пригнічення експресії генів, що присутній у всіх еукариот. МініРНК з'являються в результаті процесів дозрівання РНК-попередників, які мають структуру "шпильки", та які є продуктом транскрипції РНК-полімеразою II особливих генів. МініРНК відіграють важливу роль в складній просторовій та часовій регуляції активності генів, оскільки визначають якісний та кількісний склад транскриптів, та відповідно, білків, необхідних для розвитку окремих тканин, органів та всього організму тварин та рослин. Метою роботи є показати недавні результати експериментальних випробувань у вивченні організації мініРНК-генів, та закономірності їх експресії, біогенеза, та молекулярних механізмів їх взаємодії з мРНК, а також підкреслити роль комп'ютерних біоінформаційних методів при вивченні впливу мініРНК-генів та розпізнавання їх мРНК-мішеней.

Шустик О.Р., Шустик М.Р.

КОРОСТА: НЕСТЕРПНИЙ СВЕРБІЖ І ПРОСТЕ НАРОДНЕ ЛІКУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки

(науковий керівник - д.мед.н. Захарчук О.І.)

Сьогодні короста привертає увагу не тільки дерматологів, а й лікарів інших спеціальностей, хіміків і фармацевтів. Ця хвороба викликає значний дискомфорт у людей та погіршує якість життя, особливо у нічний період. Метою роботи стало визначення причин і особливостей перебігу корости та заходів її усунення з використанням народних методів лікування. Статистичні дослідження проведені у 2008-2012 рр. у Рівенській області та в м. Рівному.

Дослідження показали, що дана нозологія розповсюджується серед населення низьких соціальних прошарків, серед людей, які живуть в антисанітарних умовах. Переносником є коростяний свербун (*Acarus siro seu Sarcoptes scabiei*).

Крім традиційних методів лікування, існують і перевірені часом народні засоби боротьби з коростою.

1. Хлібний квас - сильно посолити його й підігріти так, щоб рука могла терпіти. У квас опускають руки кілька разів на день і тримають стільки часу, скільки витерплять руки. Цей рецепт застосовувати в тому випадку, коли хвороба вразила тільки руки.
2. Лист лавровий. Вершкове масло. Листки подрібнити, змішати в рівних частках з маслом. Утирати в уражені місця.
3. Березовий дьоготь. Змастити уражені місця, а через кілька годин обмити теплою водою з висівками.
4. Свиняче сало - 4 частки; товчена сірка - 2 частки; сіль - 1 частка. Інгредієнти ретельно перемішати. Отриману мазь утирати в уражені ділянки шкіри щодня протягом 5 днів.
5. Пряжене сало - 1 ст. л.; господарське мило, натерте на тертці - 1 ст. л.; сірка - 2 ч. л.; дьоготь березовий - 1 ч. л. Все це добре перемішати до одержання однорідної мазі. Ретельно помитися гарячою водою з милом, витертися досуха й натертися зазначеною маззю. Не змивати до наступного дня. Наступного дня все повторити. Лікування продовжувати 3 дні підряд.
6. Скипидар - 1 ч. л.; вершкове масло - 2 ст. л. Отриману сумішню обробляти уражені ділянки шкіри.
7. Чистотіл - свіжий сік трави - 1 частина; вазелін - 4 частини. Інгредієнти змішати й змазувати ділянки шкіри.
8. Дим'янка лікарська (трава) - 25 г; горілка - 100 мл. Настояти в темному місці протягом тижня. Рецепт непоганий, але хворому цей тиждень роком здається! Тому ми рекомендуємо обробляти шкіру свіжим соком цієї трави.
9. У Пермській губернії для лікування корости використовували такий спосіб: "Траву котячої лапки подрібнити, ретельно перемішати з медом. Отриману мазь нанести на червоне сукно або червону вовняну тканину й прикладати до хворих місць".
10. Лавандова есенція. Натерти шкіру, а через 2 дні прийняти ванну. Повторювати до одужання.
11. Кінський щавель. Натирати шкіру протягом 2 днів, а потім прийняти ванну. Повторювати до одужання.

Отже, дослідивши шляхи зараження, особливості перебігу та лікування корости протягом останніх 5 років в Рівненській області та місті Рівне, ми виявили зниження захворюваності на коросту в півтора рази.



«Медицина і філологія»

«Medicine and Philology»

Boyko T.

KLOCHKOVA – FONDATEUR DE L'ÉCOLE DE TUBERCULOSE EN BUCOVINE

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - c.f.n. Rak O.)

L.S.Klochkova – fondateur de l'école de tuberculose en Bucovine et fondateur du département de tuberculose à l'institut de médecine de Tchernihvtsi.

Elle est née le 11 juillet 1923 à Kharkiv dans la famille des employés. Entre 1941-1953 L.S.Klochkova fait ses études à l'institut de médecine de Kharkiv, après quoi elle y reste travailler comme assistant à la chaire de pharmacologie. Après avoir terminé en octobre 1953 son stage clinique à l'institut de médecine de Kharkiv la jeune scientifique est envoyée travailler comme assistent à la chaire de thérapie facultative de l'institut de médecine de Tchernihvtsi, dirigée par Pr. N.B.Shchupak ou elle est connectée au travail scientifique de la chaire sur le sujet du développement du diagnostic de la tuberculose.

En 1956 L.S.Klochkova a soutenu sa thèse de doctorat sur la thèse «La valeur de diagnostic différentiel de la dynamique de la fonction rénale pendant la néphrite chronique et la maladie de l'hypertension artérielle».

Ici, à la chaire, elle rencontre son futur mari Oktavian Voloshchuk avec lequel L.Klochkova a créé sa famille.

En 1967 Mme Klochkova soutient sa thèse de doctorat intitulée «La fonction rénale chez les patients atteints de tuberculose». En 1969 le docteur es sciences médicales L.S.Klochkova a reçu le titre scientifique de Professeur des universités et cette même année elle est nommée chef de la chaire de tuberculose de l'institut de médecine de Tchernihvtsi (jusqu'à 1984).

Les travaux scientifiques du Professeur Klochkova ont défini une nouvelle phase dans le développement de la science de la tuberculose en Ukraine. L'étude des processus métaboliques associées à la fonction du rein et du foie a révélé de nouvelles données. Ils ont façonné la capacité de protection du corps humain et ont permis d'explorer plus profondément les aspects pathogéniques de la pharmacodynamie des médicaments antimycobactériens pour le traitement de la tuberculose. Le développement scientifique de l'école de phthisiologie à l'institut de médecine de Tchernihvtsi ont contribué à la réussite du traitement et de la prévention de la tuberculose en Bucovine.

Pr. Klochkova a dirigé pendant longtemps les travaux de recherche des étudiants du cercle scientifique qui participaient souvent avec des rapports aux conférences scientifiques organisées à la base de l'institut de médecine de Moscou.

L.S.Klochkova estimait que dans l'évaluation de l'activité scientifique et pratique du scientifique la composante la plus importante est la nouveauté, la profondeur de la recherche, la largeur de la résonance de cette étude et le nombre d'élèves, de disciples préparés.

Bronskich S., Geschko N.

SEMANTIC-DISCURSIVE ANALYSIS OF ADJECTIVES IN COMMERCIAL NAMES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Voytkevich N.)

This study focuses on emphasizing the meanings of adjectives in the commercial current practice, particularly in business sphere. The choice of adjectives as denominative elements for a commercial area can be explained by the fact that the chromatic or qualitative term is equally enigmatic and easy to remember, and at the same time it involves compelling marketing strategies. Therefore, the ambiguous and intertextual discursive techniques that are used in this process are emphasized; the same term indicates different aspects in different contexts, and the client is the one that gives it notion. The adjective becomes a mark of quality for the customer.

If in the spoken language, the adjective which provides qualitative, quantitative or categorical characteristic directed to objects called nouns, in the trade sphere it aims marketing strategies stimulating client's creativity and influencing his choice.

Trade onomastics is characterized by various morphological, syntactic and especially semantic variety. This class includes brand, company name (or name of shops, clubs, which can be different from the firm's name) and the name of the product. All three categories are subjected to a set of stylistic peculiarities. The choice of the name is not a simple process; it includes the totality of rules of economic, legal and social restrictions. Advertising firms, sites and specialized Internet forums offer suggestions on marketing strategy that the owner should take in account at the moment of choosing the name. First of all the name should be distinctive but not descriptive as it is used for the purposes of economic, individualizing and defining the owner, as well as providing services. In addition, it should not be repeated and should not be similar for the two companies in the same region. Therefore, proper names have two main functions: they reflect the personality and a special character, they individualize and differ society commercial competition.

At the moment of name creation the owners direct their attention to the adjectives because they are of higher conotative and creative value but they are less connected with the reality. Neologic adjectives are mysterious and difficult to decipher, but equally extent stimulates consumer's curiosity.

Gumenna M.

VOLODYMYR MYKOLAYOVYCH KRUTSIAK, THE REMARKABLE UKRAINIAN SCIENTIST

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Pendyschuk A.)

The staff of Bukovinian State Medical University is proud of their colleague, scientist and professor Volodymyr Mykolayovych Krutsiak who is famous for his research in embryology not only in Ukraine but all over the world.

The remarkable Ukrainian scientist was born on May 2, 1936 in Ternopil region. He came from a simple but cultural and spiritual family who took an active part in a church choir. The young boy was very interested in national traditions and customs, especially in Ukrainian songs. He could play the cymbals and bayan very well. Volodymyr studied hard at school despite those difficult times. From his early childhood he wanted to be useful to people, to make them love national culture and their land Bukovyna.

Volodymyr loved his grandfather very much but unfortunately he passed away from incurable disease and soon he died. After suffering a lot, the young boy made a decision to become a doctor.

Studying at Chernivtsi Medical Institute, Krutsiak finished music college. Besides, he was the leader of the students' folk musical instruments orchestra.

Being a medical student, he was extremely curious and hard-working and continued his post-graduate studies in the field of Human anatomy.

His MD thesis was dedicated to embryological research of the morphogenesis of human and mammalian bile ducts.

In 1972 he became the head of the Department of Anatomy and Operative Surgery and in two years he was elected the Dean of Medical Faculty.

Krutsiak was not only a well-known scientist but a very talented teacher who brought up a great number of candidates of science and professors who went on making innovations in the spheres of diagnosis and surgery of the digestive, respiratory genitor-urinary and nervous systems.

His investigations of the peritoneal, pleural, pericardial cavities, right lymphatic and pectoral ducts are of great scientific and practical importance.

Kordunyan O., Makovska O.

GEORGII KALYNA'S SCIENTIFIC HERITAGE

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Makovska O.)

An outstanding personality, a talented scientist – microbiologist and epidemiologist, brilliant representative of microbiological schools in Russia and Ukraine, Georgii Platonovych Kalyna entered upon the duties of the head of Microbiology Department in March 1947. It was he, who started and gave rise to the first scientific researches in microbiology and sanitary microbiology not only in Chernivtsi State Medical Institute, but in Ukraine as well. Shortly after his coming Bukovyna School of Microbiology declared its existence not only in Ukraine but throughout the Union of Soviet Socialist Republics. At that time the scientific work of the department consisted in exploring quite topical issues – variability and heredity of intestinal microorganisms' conductive properties.

Kalyna G.P. was born in Saratov, Russia. His scientific way started in Samara State University in 1919, continued in Tashkent State University and in 1925 he graduated from Irkutsk State Medical University. Georgii Kalyna attended postgraduate courses in the 1st Leningrad Medical Institute. Since then he constantly occupied high positions: 1928-1929 – Head of the Plague Department in the Sanitary-Bacteriological Institute, right then he participated in the elimination of pneumonic plague outbreak in the Central Tien Shan. 1929-1932 – assistant and later associate professor of the Epidemiology Department in the Central Asian Medical Institute. Since 1939 – Head of Microbiology Departments of Kuibyshev, Arkhangelsk and Vinnytsia Medical Institutes in succession. In July 1941 Kalyna G. voluntarily joined the army as an epidemiologist.

In March 1947 he headed the Department of Microbiology, Virology and Immunology of Chernivtsi State Medical Institute. Students' Scientific Society was first established. Georgii Kalyna was appointed scientific advisor and Head of Students' Scientific Society, which greatly improved its work afterwards.

Eventually in 1955 the Academy of Medical Sciences invited him to head the Sanitary Microbiology Department in the Scientific-Research Institute of Epidemiology in Moscow.

His achievements and results of investigations are reflected in more than 150 works, including 4 monographs. Many of his books are constantly referred to. He remains the pride of Bukovinian State Medical University for many years.

Melnyk D.

VASYL FEDOROVYCH BOYECHKO

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(*scientific advisor - teacher Semenکو I.*)

Boyechko Vasyl Fedorovich was born on the 21st of September 1940 in the village of Semakivtsi, Kolomyja district, Ivano-Frankivsk region. In 1963 he graduated from Physics and Mathematics Department of Chernivtsy University. In 1972 he completed postgraduate studies at the same university. In 1975 he defended his thesis "Formation Conditions and Properties of Intermediate System Compounds".

In 1977 Boyechko Vasyl Fedorovich worked as a senior instructor in Vinnitsa Polytechnic Institute. In 1977 he worked at the medical school in Chernivtsi at the Department of Medical and Biological Physics. As a senior instructor, Vasyl Fedorovich together with his colleague, co-author, Ogorodnyk A.D. published the work "Methodological Instructions on Laboratory Classes of Medical Electronics and Cybernetics for the 2nd -Year Students of the Medical and Pediatric Departments". In 1980 Vasyl Fedorovich headed the Department of Medical and Biological Physics. Then he became a Candidate of Physical and Mathematical Sciences.

Under his leadership the educational process and students' individual work became much advanced. In 1982 he became the Associate Professor of the Medical and Biological Physics Department. All the instructors of the Department of Medical and Biological Physics give much attention to educational and scientific and research students' work.

Vasyl Fedorovich gives a lot of energy for this noble deed. Under his management, more than 10 years of research in the field of sound techniques in the clinic has been conducted. In addition, under the direction of Boyechko instructors of the Department have successfully completed two budget projects. These studies involve the use of physical methods in the diagnosis of disease.

Seven textbooks for students were written and published by Professor V.Boyechko, including "Some Theoretical Aspects of Medical and Biological Physics", "Manual of Medical and Biological Physics for Self-Estimation", "Medical and Biological Physics" (textbook for foreign students).

In addition to textbooks, Vasyl Fedorovich published over 60 scientific works. In his research he focused his attention to the structure of semiconductors, their preparation and properties. Vasyl Fedorovich headed the Department of Medical and Biological Physics by 1997.

Nowadays Vasyl Fedorovich continues his academic and teaching activities. He gives lectures and practical training. He enjoys the respect of colleagues and he is one of the favourites among medical students of several generations. His lectures are always interesting and informative. One can say that Vasyl Fedorovich can cultivate interest and love from the first day under the direction of the students to important and necessary science as biological and medical physics.

Mykhalchuk K.

THE OUTSTANDING TRAUMATOLOGIST I.M.RUBLENYK

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(*scientific advisor - teacher Lechkun G.*)

The Department of Traumatology and Orthopaedics is one of the youngest among the departments of surgical profile. For many years the subject was taught as a course at the Department of Hospital Surgery.

Scientific interests were determined to thorough research of regeneration of bone tissue at xenotransplantation. The results of the research were presented in thesis to obtain the degree of a Doctor of Medical Sciences by the Associate Professor A.B.Aha.

Scientific direction of the Department was determined by the development and study of new construction of polymeric materials for the necessities of traumatology and orthopaedics. The employees of Department obtained copyright certificates on 8 inventions; over 60 offers are introduced into practice, over 50 scientific works were published, 4 theses to obtain the degree of Candidate of Medical Sciences and 2 theses to obtain the degree of Doctor of Medical Sciences were defended.

Scientific development of the Department – polymeric and metalo-polymeric constructions – became well - known in Ukraine and countries of the CIS. Metalopolymerical bars for compression block out fixation, polymeric-metallic implants of proximal end of the femoral bone, and also polymeric constructions, that selfresorption from polyglycolide for fixation accepted by the Ministry of Public Health of Ukraine to the series production and introduction in medical practice.

The Department works on the further study of polymeric materials for fixation and implants at isolated, united on multiple fractures, and also by the improvement of conservative and surgical methods of treatment, especially for older generation. For this period the amount of inventions increased to 40, published scientific works - to 120.

Since 1986 the Department has been headed by the Doctor of Medical Sciences, professor I.M.Rublenyk, who works at strengthening of material and technical base of the Department and educational process.

The resolution of the last XI Convention of Traumatologists and Orthopaedists of Ukraine shows scientific and practical value of research work of the Department team. Polymeric fixation and implants are recognized as a perspective and prior direction of modern operative traumatology and orthopaedics. The efficiency of this work is proved by the reduction of terms of nonoperability testifies in 2-2, 5 times and one of the most subzero on Ukraine index of primary disability from traumas of the musculoskeletal system. An important role of personnel is conducted by regional Society of Orthopaedists - Traumatologists, which comprises more than 60 persons.

Pokalska Y.

DER HERAUSRAGENDE BÜRGER CZERNOWITZ – SAMSON OLENA ILARIONIVNA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(*scientific advisor - teacher Orobchuk D.*)

Olena Ilarionivna Samson wurde am 18. April 1921 in Krementschug geboren. Nachdem sie die Schule mit Auszeichnung abgeschlossen und ein Zertifikat erhalten hat, hat sie vom Studium in einem medizinischen Institut geträumt. Im Jahr 1940 trat sie in baschkirisches medizinisches Institut ein.

1944 Samson O.I. zog nach Charkiv um. 1946 absolvierte sie ein Medizinstudium mit Auszeichnung und blieb hier für wissenschaftliche Arbeit.

Ihre Doktorarbeit zum Thema "Herz-Kreislaufsystem bei der Magengeschwür" wurde am Institut für Hospitaltherapie medizinischer Fakultät des medizinischen Institutes Charkiv 1949 unter der Leitung des Professors V.L. Kogan-Jasny durchgeführt. Die Verteidigung der Diplomarbeit fand 1950 statt. Bald erhielt Elena Ilarionivna den Titel eines Kandidaten der medizinischen Wissenschaften und zog nach Czernowitz um.

1950-1954 arbeitete Olena Ilarionivna als Assistentin und von 1954 bis 1960 – Professorin am Institut für Hospitaltherapie medizinischer Fakultät des medizinischen Institutes in Tscherniwzi. 1958 in Leningrad an der Sitzung des akademischen Rates des Pavlov-Instituts für Physiologie verteidigte Samson ihre Doktorarbeit mit dem Titel "Klinische und experimentelle Erhärtung Prokaintherapie bei der Magengeschwür". Danach erhielt Olena Ilarionivna den Titel des Professors.

Diese außergewöhnliche Frau, außer der Berufung der Wissenschaftlerin hatte herausragendes Talent einer guten Veranstalterin. 1961-1963 arbeitete sie als Dekanin der medizinischen Fakultät des medizinischen Institutes in Tscherniwzi.

1965-1967 war Olena Ilarionivna Leiterin des Lehrstuhls für innere Medizin, und 1968-1991 - Leiterin der Fakultät für Therapie.

Olena Ilarionivna Samson ist ein Autor der 274 wissenschaftlichen Arbeiten und 10 Bücher und 8 Handbücher. Außerdem ist Olena Ilarionivna ein Autor von 48 Erfindungen und Innovationen.

Über 20 Jahre leitete sie die Kollegialität der Therapeuten. Im Laufe der Jahre ihrer Arbeit in dieser Kollegialität wurden separaten Abteilungen entstanden, wie Gastroenterologie, Geriatrie, Pneumologie, Immunologie, Nephrologie, klinische Endokrinologie usw. 15 Jahren arbeitete sie in der Redaktion der Zeitschrift "Medizin und Wirtschaft".

In den letzten Jahren ihres Lebens entwickelte Professor O.I. Samson gerontologischen Aspekte der Gastroenterologie. Sie wurde Mitglied der europäischen Kollegialität der Gerontologen gewählt.

Die letzte Vorlesung über die Diagnose und Behandlung von Magengeschwüren hat Olena Ilarionivna Studierenden am 2. März 1997 gelesen und am 4. März ist sie gestorben.

Professor Olena Ilarionivna Samson ist ein verdienter Wissenschaftler der Ukraine. Seit 1988 ist sie ein Ehrenbürger der Stadt Tschernowitz.

Sagan I.

VIKTOR KORNIYOVYCH TASHCHUK

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(*scientific advisor - teacher Motryuk N.*)

Viktor Korniyovych Tashchuk is a scientist in the field of cardiology, Doctor of Medicine and Professor since 1994. Professor Tashchuk is the Head of the Department of Internal Medicine and Physical Rehabilitation at Bukovinian State Medical University .

Viktor Korniyovych was born in Chernivts in 1960. He studied at Chernivtsi Medical Institute and graduated from it in 1983. He was a postgraduate student at the Department of Acute Coronary Insufficiency at Ukrainian Scientific Research Institute of Cardiology from 1985 till 1988.

In 1988 he defended his thesis on "Clinical and Functional Diagnosis of Unstable Angina, Evaluating Obzidan Effectiveness". From 1988 to 1999 he worked as an assistant at the Department of Propedeutics of Internal Diseases at Chernivtsi Medical University. During 1989-1992 he was carrying out his research for the Doctor's Degree on "Clinical and Morphological Determinants Restabilization Course of Acute Forms of Ischemic Heart Disease with Long-term Observation" at Ukrainian Scientific Research Institute of Cardiology, where he defended it.

Since 1992 Viktor Korniyovych had been working as an assistant at the Department of Propedeutics of Internal Diseases at Chernivtsi Medical University. From 1993 he worked as an Assistant Professor of the same department. In 1994 he headed the newly created Department of Hospital Therapy and Therapeutic Exercise at Bukovinian State Medical Academy. In 1996 he was awarded as an outstanding Professor. In 1998 he became a member of the New York Academy of Sciences .

His research interests are connected with clinical and functional, morphological and chronobiological researches in cardiology. Viktor Korniyovych works in the areas of research activities on the problems of diagnosis and treatment of unstable angina, myocardial infarction, regression of atherosclerosis, application of new diagnostic methods in clinical acute forms of ischemic heart disease, the definition of lipid and immune chains destabilization of ischemic heart disease, the creation of diagnostic screening model in terms of emergency cardiology, treatment of acute forms of ischemic heart disease. On the basis of his topic researches he published 2 scientific manuals, 300 scientific publications in Ukraine and abroad. He is the author of four inventions, more than 14 patents, monographs and textbooks on cardiology. He is also the supervisor of 24 scientific papers, among 2 Doctorate theses.

Professor Viktor Tashchuk is a member of the Management Board of the Ukrainian Society of Cardiology, a member of the group of Acute Coronary Syndrome and Arrhythmias of the Association of Cardiologists of Ukraine, and he also leads Scientific Medical Associations of Cardiology.

Shuryhaylo A., Kiranchuk V.

NINA MYHAYLIVNA SOLOVYOVA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Demianchuk O.)

Nina Myhaylivna Solovyova is a talented teacher of English. She was born on November 21, 1933 in Yekaterinburg, Russia. She graduated from Chernivtsi State University (the Department of Foreign Languages) in 1956. Nina Myhaylivna had been the Senior Teacher at the Department of Foreign Languages from 1965 to 2002. She is still working at the Department of Foreign Languages.

In 1970 she defended her Ph.D. thesis "The Creative Way of G. Grin- realist". Nina Myhaylivna got the title of Associate Professor in 1973. In 1994 she got the title of Professor. N.M.Solovyova passed advanced training in English in the USA in 1981.

Her reseachers are connected with the problems of text (textual) linguistics and linguistical use of special vocabulary and its functional characteristics in medicine sublanguages. Her works include the formation of Ukrainian terminological sublanguages in ecology, toxicology, obsterics, gynecology, genetics, pediatrics and dermato-venerology.

N.M.Solovyova founded the united model of the course of "Theaching Foreign Languages at Medical University" (1981). Under her leadership the group of teachers of the Department of Foreign Languages had been working on the implementation of issues "How to Prepare to Teach More Effectively ?" and "Liberalization of studying at The Medical University". She is the author of 55 academic publications including the book "I haven't Invented This World. Greham Grin. Life. Creation", 1969, and the dictionary-guide "English- Ukrainian Dictionary of Abbrevations. Toxicology. Environment Ecology" Chernivtsi, 1996.

10 teaching aids and three tutorials were published in English for medical students under her edition and cooperation . She issued three branches dictionaries. She was awarded by the order medal "Valiant Labor" and the for "Excellent results in the work of the High School" in 1985.

Stepanets M.

PROKOPCHUK VIACHESLAV SAVYCH, A GREAT MAN AND PROMINENT SCIENTIST

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Zapotochna L.)

Prokopchuk Viacheslav Savych was the head of Pathological Anatomy Department since 1968 and Department of Pathology and Forensic Medicine since 1985. He is a professor and distinguished lecturer of Bukovinian State Medical University. Viacheslav Savych was born on August 22, 1939 in the small village of Zarichne, Vinnytsia region. In 1961 he graduated from Chernivtsi Medical Institute, and in 1969 Chemical Faculty of Chernivtsi State University. In 1965 he defended his thesis on "Vascularization of Normal and Altered Thyroid". Then, in 1980 he defended doctoral thesis on "Morphogenesis of Endemic Goiter".

Prokopchuk Viacheslav Savych was given a rank of Assistant Professor in 1967, and the title of Professor in 1982. It was a great achievement.

He worked as a Professor of pathology in the University of Zambia in Lusaka and as a consultant of University Hospital for three years.

The main areas of his research are dedicated to abnormal morphology of the thyroid, heart, blood vessels and tumors.

Viacheslav Savych is an author of more than 160 scientific publications, including the monographs "Clinical Pathology of the Female Genital Organs", "Clinical Pathology of Lymph Nodes", "Atherosclerosis". In addition, he is the inventor of six devices and forty-six innovations.

The phenomenon of immune tolerance was established by this intelligent man. It explained the way malignant cells evade immune surveillance, survive and form tumors. Now this knowledge helps in surgery and in treatment of diabetes.

He created an original unitary theory of atherosclerosis. He substantiated one of the hypotheses about the causes of "Chernivtsi disease" in 1988. He considered it like a subclinical form of scarlet fever with alopecia syndrome.

Viacheslav Savych is a many-sided person. He has excellent medical skills, furthermore, he is interested in history. He proved a scandinavian origin of the founders of Kyiv by a comprehensive linguistic analysis.

Many doctors defended their theses under the strict supervision of Prokopchuk Viacheslav Savych, in particular, Grechko, Davydenko, Deyneka, Luste, Kardaschuk, Kurchenko.

Viacheslav Savych was awarded the title "Excellence in Health". Moreover, he is a member of the International Academy of Pathological Sciences. He is a member of the editorial board of "Bukovinian Medical Herald" too.

Prokopchuk Viacheslav Savych is a great man with a kind heart and a brilliant mind. He made a great contribution to the development of medicine. Our students and lecturers can only proud of him.

Stoyka O.

OLEXII DEMIANOVYCH YUHYMETS, A GREAT RECTOR AND PROMINENT SCIENTIST

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(*scientific advisor - c.f.n. Solovyova N.*)

Olexii Demianovych Yuhymets was born in a large peasant family on September 5, 1918, in the village of Lotivka, Shepetivskii district in Khmelnytskii region. From his early childhood Olexii took care of his younger brothers and a sister and helped his parents in housekeeping. His childhood was difficult. After finishing school Olexii Demianovych entered the Medical College in Shepetivka. World War II had tremendous impact on the whole Olexii's life.

Few people know that after the war Olexii Demianovych had eight operations to remove shell splinters and suffered from chronic osteomyelitis.

After recovery he remained to work in the hospital, as a senior doctor's assistant in a surgical department until the end of the war. At the same time, following the advice of fellow-doctors, decided to continue his education and entered the evening faculty of Kirghiz Medical Institute. After the war, fate brought him to Bukovyna where he continued his studies.

Olexii Demianovych had been working as an assistant of the department since 1952. In 1958 he was elected an associate professor and since 1971 till 1980 had been heading the department of surgery. The department staff headed by Olexii Demianovych made a significant contribution to solving such urgent problems of medicine as surgical infection and endemic goiter in Bukovyna. Together with the staff of the department of microbiology and chemistry of the medical institute Olexii Demianovych directly participated in the synthesis, study and implementation of a new antimicrobial agent—decametoxine and received the author's certificate. Years of scientific research, fruitful clinical and educational work are reflected in 132 scientific papers 2 textbooks, a monograph, the author's certificate, more than 20 innovations, 5 PhD theses supervised by Olexii Demianovych Yuhymets.

He was the rector in 1960 -1970, made the greatest contribution to the solving such medical problems as the physiology of the endocrine glands including the treatment and prevention of the endemic goiter in Bukovyna, research, treatment and prevention of disease of digestive system, cardiovascular system, synthesis and production of new medicines.

Olexii Demianovych being a rector paid a special attention to development of amateur performances. The ensemble of folk song and dance "Trembita" received the title of "People's Song and Dance Ensemble" in 1965.

Olexii Demianovych devoted his life to his work. He was awarded the Order of the Patriotic War and the extent of the Labor Red Banner, the Order of Honor Medal "For Courage" and twelve other medals.

He has been an honorary member of the Academic Council since 1995.

In memory of his friends, colleagues, children he always remains as a brilliant and extraordinary personality, who harmoniously combines the wisdom of the philosopher, optimism of a hard-working man and realities of scientist.

Voloschina C.

HONORED DOCTOR OF UKRAINE - PROFESSOR OLEKSANDR IVANOVYCH VOLOSHYN

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(*scientific advisor - teacher Vachotskiy M.*)

Professor Oleksandr Ivanovych Voloshyn, head of the Department of Internal Diseases from 1990 to 2008, was born on January 2 in 1943 in the village of Kadubivtsi Zastavna District Chernivtsi region. In 1965 he graduated with honors from Chernivtsi Medical Institute, and later from postgraduate studies at the Department of Faculty Therapy of the same Institute. In 1973 he defended his thesis on "Peculiarities of the functional state of the stomach in patients with chronic primary gastroduodenitis", and in 1988 - his doctorate on "Clinical and experimental study of rehabilitation-stage treatment of chronic primary gastroduodenitis". He was an associate professor from 1988 and has been a professor since 1991. The main scientific and clinical focus of its activities is to investigate the clinical and biochemical and intestinal-endocrine aspects of the pathogenesis of internal diseases (chronic astroduodenitis, cholecystitis, pancreatitis, colitis). Since 1990, in cooperation with doctors of his clinic and with those of Chernivtsi Regional Diagnostic Center he has been studying ecology dependent diseases of the digestive system, which are described in 28 joint scientific works. Professor Voloshyn is an active figure in the program of herbal medicine development in Bukovyna. Since 1992, under his leadership, the department has been investigating the most important and relict plants as well as bee products in the Carpathian region at the advanced level. Professor Voloshyn is the author of 640 scientific papers, 17 patents and more than 50 innovations. Among his scientific papers are: a monograph "Pollen" (pollen load) (in joint authorship, 1998), "Health-improving resources of Bukovyna" (co-authorship, 1998) "Fundamentals of health promotion food" (5 editions in 2000, 2002, 2005, 2008 and in 2011). "Medicinal Plants of the Carpathians and adjacent areas" (2012), "Principles of herbal medicine and homeopathy" (2011), "Health promotion food: its state and prospects for the twenty-first century" (2013), "Snowdon rose in clinical experimental medicine" (2006). He also published such manuals: "The most important methods of study in the clinic of internal diseases" (1996), "The main physiological constants and parameters of a healthy person" (1997). "Clinical laboratory studies" (2008) "Fundamentals of nutriology" (2007)

Professor O.I.Voloshyn prepared 18 Candidates of Medical Sciences: M.B.Chervinska, O.V.Pishak, B.P.Seniuk, N.M.Malkovych, L.O.Voloshyna, V.I.Kalyniuk, I.V.Lukashevych, O.V.Hlubochenko, V.L.Vasiuk, L.O.Boreiko, H.Y.Stupnytska, T.V.Zakharchuk, I.V.Okypniak, T.O.Bezruk, I.V.Bachuk-Ponych, K.O.Bobrovych, L.B.Mikulets, V.P.Prysiachniuk and 10 masters.

In 1995, Professor O.I.Voloshynu was awarded the title of Honored Doctor of Ukraine. He is also a prize winner of Yurii Fedkovich regional award. He was presented with a badge "Excellence in Health Care".

Yavdoschnjak C.

YAKIV DAVYDOVYCH KIRSHENBLAT

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Pochynok L.)

Yakiv Davydovych Kirshenblat was born on August 5, 1912 in Tiflis (nowadays Tbilisi).

In 1929 he entered Leningrad State University, the Department of Biology. Being a student Kirshenblat worked in the laboratory under the supervision of the outstanding scientist Valentyn Dogel.

After graduation from the University he was assigned a research worker of the Institute of Animal and got acquainted with M.M. Zavadovskiy - a leading expert in development physiology. Scientific interests of the young scientist were formed under his influence. Yakiv Davydovych combined his studies at the postgraduate courses and his work as an assistant of the Department of Zoology. At the same time, he was elected Secretary of the Leningrad branch of the Academy of Sciences of the USSR. The scientist got acquainted with such brightest persons as physiologists O.O. Ukhomskiy and Y.A. Orbeli, who played a significant role in his formation as a scientist. He worked in the field of Zoology and substantiated the existence of a beetles series not found in nature yet. In 1938 Yakiv Davydovych published his first monograph and defended his candidate thesis. During the War II he was a warrior and defended his native city. The scientist was appointed the head of the laboratory in a military hospital. During the war period Kirshenblat was a student of the 1-st Leningrad Medical Institute named after I.P. Pirogov and combine his studies with the military service. 1946-1953 - he worked at the Institute of Obstetrics and Gynecology. In 1952 he defends a doctorate thesis.

In 1954 he was appointed the head of the Department of Physiology in Chernivtsi Medical Institute, where he works for a quarter of a century. In 1957 Yakiv Davydovych made his discovery-"The Theory of Smells" (telergones), worth of the Nobel Prize and which was not appreciated in the USSR at that time.

In 1969 the scientist published the monograph "General Endocrinology", which became a textbook for many generations of students.

On the whole the scientist is the author of 155 scientific papers, among them there are 5 monographs and 26 works written in together with his colleagues.

Y.D. Kirshenblat was awarded the Medal "For Defence of Leningrad", the Order "Medal of Honour" and had many other awards.

Today the Department of Physiology of BSMU is named after the scientist, his portrait decorates the gallery of founders of scientific medical schools of BSMU, and an annual scholarship named after Prof. Kirshenblat is awarded to the best students of our Alma Mater.

Yuzyak K.

TURKEVYTSCH MYKOLA HERVASIYOVTYTSCH IST WISSENSCHAFTLER, LEHRER UND HUMANIST

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - c.f.n. Semysyuk A.)

Turkevych Mykola Hervasiovych ist Wissenschaftler, Lehrer und Humanist. Das Werden und die Entwicklung der modernen Embryologie ist mit seinem Name eng verbunden. Turkevych Mykola Hervasiovych wurde am 8. Oktober 1854 im Dorf Lotenika der Provinz Cholmska geboren (jetzt ist es das Gebiet des modernen Polens). Sein Vater hatte Hochschulbildung. Mykola Hervasiovych interessierte sich für Biologie, Physik, Bau des menschlichen Körpers, studierte Fremdsprachen, war in Malerei gut. 1916 trat er an der Don-Universität in der medizinischen Fakultät ein. Anatomie war sein Lieblingsfach. Nach dem Absolvierung der Hochschule ist Mykola Hervasiovych als Arzt in Aserbajan tätig. Er operiert, entfernt die Katarakten, hat große Erfolge in Therapie und Neurologie. 1931 ist Mykola Hervasiovych Assistent den Lehrstuhl für Anatomie der Universität in Minsk, wo er große wissenschaftliche Arbeit durchführt. Er wurde Mitglied der belarussischen Schule der Embryologen. Besonders Aufmerksamkeit widmet er der Forschung der strukturellen und funktionellen Organisation der subkommissuralen Organe, der Wand des IV Ventrikel des menschlichen Zwischenhirns. 1933 beschrieb er eine neue anatomische Struktur, die als prekommissurale Organe benannt wurden. „Öffnen Sie mit dem Messer – sezieren Sie den Gedanken“ – es war Motto seiner Aktivitäten. Er wurde als ein hochqualifizierter Fachmann auf dem Gebiet der Anatomie, Embryologie des Gehirns charakterisiert. Sein weiteres Leben war tragisch und im Jahre 1943 wurde er verhaftet. Im Exil setzt er seine ärztliche Tätigkeit fort, rettet das Leben von vielen Gefangenen. 1953 wurde er rehabilitiert. Von 1956 bis 1970 arbeitet Mykola Hervasiovych als Leiter des Lehrstuhls für Anatomie des medizinischen Institutes zu Tscherniwzi. Er entdeckte das Gefäßplexus in der IV Herzkammer in die Stelle der Entladung der Epithelplatte. Mykola Hervasiovych schafft die erste Schule für Anatomie und Embryologie in Bukowina. 1967 wurde seine grundlegende Arbeit „Embryonalentwicklung des Gefäßplexus der Hirnkammer und schwammigen Organe beim Menschen“ veröffentlicht. Mykola Hervasiovych interessierte sich sehr für Fremdsprachen. Am 23. April 1975 starb Mykola Hervasiovych.

Zapotochna L., Orobchuk D.

MYSLYTSKYI VALENTYN FRANTSOVYCH, A FAMOUS PATHOPHYSIOLOGIST AND SCIENTIST

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Vojtkievicz N.)

Valentyn Frantsovych Myslytskyi is a well-known scientist, pathophysiologist, Doctor of Biological Sciences, famous Professor of Bukovinian State Medical University. He was born on the 18th of September 1938 in Gumentsi, Khmelnytskyi region. Curiosity, thirst for knowledge, sincere love for people are the main features of his character. V.F.Myslytskyi graduated from Bukovinian State Medical Institute in 1965, postgraduate course at the Department of Normal Physiology in 1968. From 1998 till 2005 he worked as the Head of the Department of Pathologic Physiology, head of the Regional Scientific Societies of Physiologists and Pathophysiologists, Dean of medical faculties (1997 - 2001). His thesis was concerned with the study of the nuclear role of hypothalamus in regulation of female rat reproductive system. In 1990 he defended his thesis and obtained a degree of Doctor of Medical Science "Sex Differentiation of Some Rats' Limbic System in Prenatal Ontogenesis" and became the Head of the Department of Pathologic Physiology. Deep erudition and wide scientific views helped him to carry on and to develop the traditions of his scientific school, to preserve the direction of scientific activity founded by B.A.Pakhmurnyi.

His scientific outlook was based on the influence of the famous scientists and Professors such as Ya.D.Kirshenblat, M.S.Mitskevych, V.B.Rozen, Ye.V.Naumenko. Scientific researches on current issues of the neuroendocrine system in the state of hypoxia and stress were established under his leadership. The results of fundamental investigations of stress-realizing and stress-limiting systems in the brain's limbic systems have left their reflection in 7 theses defended under experienced supervision of V.F.Myslytskyi.

Under his leadership the department has studied the role of structures of the limbic system in the mechanisms of prenatal stress and its prevention and correction. Professor V.F.Myslytskyi is a Member of the Editorial Board of the professional journal "Bukovinian Medical Herald", deputy editor of the journal "Clinical and Experimental Pathology", member of the Specialized Scientific Council in Chernivtsi National University. Valentyn Frantsovych Myslytskyi is an experienced lecturer, self-demanding, highly-intelligent person, his life and work may serve as an excellent example for future doctors and scientists.

Zhyryada N.

VOLODYMYR IVANOVYCH PRONIAIEV

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Shalaeva G.)

Volodymyr Ivanovych Proniaiev is a representative of the Ukrainian school of anatomists. His research works dealing with the histogenesis of the kidneys are notable for thorough performance, scientific trustworthiness. They open new ways for further research of the human body. After graduating from Chernivtsi Medical Institute (now – Bukovinian State Medical University) V.Proniaiev began working on the research work. During his post-graduate studies (1969-1972), led by Professor M.G.Turkevych he wrote his thesis "The Development and Age Characteristics of Human Renal Arteries", which he defended in 1973. He has covered a long path from assistant to Professor at the Department of Anatomy and subsequently headed the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery.

V.I.Proniaiev launched a new series of research, the results of which formed the basis of his doctoral dissertation later. He has reached professionalism in almost all spheres of his activities: scientific, pedagogical, administrative and public. He obtained new data on the structural organization of osmoregulating renal function of human kidney. He based the developmental processes of renin-angiotensin renal system considering the peculiarities of morphogenesis of its constituents in comparative-anatomical and comparative-embryonic aspects.

V.I.Proniaiev had been working hard on improving teachers skills. He is known for his eccentric approach to the lectures seminars. His colleagues and students characterised him as a talented, creative and intelligent person.

For significant contributions to the development of health care, professional excellence in 1995 by the Decree of the President of Ukraine V.I. Proniaiev was awarded the honorary title - Honored Worker of Education of Ukraine.

Throughout his life, Professor Volodymyr Ivanovych Proniaiev developed scientific field devoted to coverage of topical issues of renal morphogenesis. V.I.Proniaiev ranks high among the names of Ukraine's outstanding anatomists.

Kudla G., Nesterak L.

FOUNDATORS OF BIOLOGICAL SCIENCES. I.F. MESHCHYSHEN

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Semenکو I.)

Department of Biological Chemistry of BSMU was founded in 1945. Since 1979 after integration with Department of General Chemistry it has been renamed into Department of Medical Chemistry. In 2011 the Department of Medical Chemistry was reorganized into two departments again. The main goal of the department is to train health care workers with higher education, to form general chemical and biological thinking of future professionals as a basis of clinical work. In 1965 an interdepartmental biochemical laboratory to solve different scientific problems was created. New biochemical methods, pathophysiological and biological scientific researches are being introduced in this laboratory.

From 1946 to 1966 the Candidate of Medical Sciences, Professor L. N. Zamansky became the first head of the Department of Biological Chemistry. The founders of this Department were I. F. Meshchysheh, L. N. Zamansky, M. A. Kovtuniak, A. V. Lopushansky, F. V. Lapshyn. From 1985 to 2011 the Department of Medical Chemistry was headed by associate professor (after 1991 – MD).

I. F. Meshchysheh graduated from the Department of Biochemistry of Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University in 1964. He received a diploma of a biologist and biochemist, a tutor of biochemistry of high school. Due to his efforts the mechanism of action of quaternary ammonium salts, derivatives of fatty aromatic and heterocyclic series has been studied. Etonium, tionium, dodetsonium and their derivatives were proved to depend on their concentration effect on erythrocyte membranes stabilizing them and reveal hemolytic effect. There is a correlation between the antimicrobial actions of these drugs to their hemolytic activity. Antioxidant action of etonium, tionium and dodetsonium was established, to have a short-term (4-6 hours) hypoglycemic effect, increasing blood coagulation. These results showed perspective of experimental clinical study of these substances that was successfully confirmed by further research. In addition, Associate Professor I. F. Meshchysheh performed his doctoral thesis on the topic "The mechanism of action of quaternary ammonium salts (etonium, tionium, dodetsonium and their derivatives) on metabolism of healthy people and during disease" successfully defended in 1991.

He is the author and co-author of over 260 scientific articles, theses and reports, including 3 monographs, 99 theses, 34 rationalization proposals, 17 patents for inventions, 24 textbooks; awarded the medal "Honoured Medical Worker" and "Honoured Educationalist of Ukraine", Prize Laureate of O.Popovych Regional Prize, Academician of UANNP.

The Department of Biological Chemistry became the same as we see it now, thanks to the work of many scientists, researchers and tutors who have worked to improve existing treatments and create a new generation of highly specialized medical workers. One of them is MD, Professor I. F. Meshchysheh.

Maksimischin V.

KULACHEK FEDIR GRYGOROVYCH, A FAMOUS SCIENTIST AND SURGEON

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Zapotochna L.)

Since its creation in 1944, Bukovinian State Medical University has been the place of training highly qualified medical professionals and scientific development. Many famous researchers were trained in the walls of the University. The scientific researches and developments of the University scientists were commonly recognized not only in Ukraine but also abroad concerning the problems of pathology of the nervous system, especially neuroinfections (Professor S.M. Savenko), psychiatry (Professor H.Yu.Malis), gastroenterology (Prof. N.B. Schupak, V.A. Tryher, O.I. Samson), endocrinology (Prof. Ya.D. Kirshenblat, N.M.Shinkerman, M.N Kovaliev, Associate Professor B.B. Rodnianskyi), to mention a few.

Kulachek F.G is one of those scientists who has left his imprint in the history of Bukovinian State Medical University and Ukrainian medicine. He spent more than half a century on improving surgery, a job of his life. Professor Kulachek specialized in thoracic and abdominal surgery, performing operations on bones and muscles. He is the author of more than 600 publications, 12 methodical recommendations, 6 monographs, 3 books. The hands of this surgeon saved countless number of lives. Even now, Professor of General Surgery of Bukovinian State Medical University participates in the national and international congresses and conferences, conducts lectures to the students as well as for younger generation of surgeons.

The contribution of Kulachek F.G. in practical medicine, his talent of the surgeon and teacher obtained recognition in wide circles of scientists, physicians and community of Ukraine. He was awarded the high rank of the Honored Doctor of Ukraine, which is indicative of his achievements.

Malinevska O.

PROMINENT SCIENTIST-ANATOMIST, TALANTED TUTOR-MYKOLA HERVASIIOVYCH TURKEYVCH

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Lapa G.)

There are many outstanding personalities in the history of Bukovyna State Medical University, whose names are well known all over the world. One of them is the prominent scientist, anatomist, teacher and humanist Mykola Hervasiiovych Turkeyvch. He was a versatile and well-educated man, very interesting interlocutor. The course of life of the future well known professor began in the village of Lotenika. From his childhood he had ability to drawing and his pictures were saved hitherto, besides M.H.Turkevych created different sculptures. In 1916, following his elder brother Boris, Mykola Hervasiiovych entered the medical faculty of the Donsky University. Infatuation with anatomy came to Turkeyvch from the first course. Beginning from the fourth course he was drawn into teaching of normal anatomy up to the completion of the university. Since 1931 the swift scientific growth of Mykola Hervasiiovych has begun. He fulfilled a number of valuable scientific researches devoted to the development of the brain, which were published in numerous morphological literature. On the bases of scientific studies he was awarded the scientific degree of a Candidate of Medical Science. He was the first to make the description of a new anatomical structure of precommisural organ. The studies of embryogenesis of the human hind brain resulted in new discoveries in the fourth ventricle, in the place of entering the epithelial plate of the vascular plexus. In August, 1956 Turkeyvch was elected on the position of a head, Department Human Anatomy, Chernivtsi Medical Institute according to the announced vacancy (headed this department till 1970). In 1957 he was given the scientific degree of a professor. Turkeyvch worked hard, delivered lectures, visited not only by the students, but lecturers of the department too, continued scientific activity. His papers differed not only by depth and originality of idea, but with his own hand made illustrations. The most significant of his works were "Musculus Thyreotrochlearis" and "To the Question About Regressive Signs of the Skull of a Modern Man". Mykola Hervasiiovych Turkeyvch was a highly cultured person, whose proper gentle disposition was combined with high exactingness objectivity and honesty. Traditions of the department founded by M.H.Turkevych are kept by his students and followers: B.H.Makar, N.M.Navarchuk, T.VKhmara, V.V.Kryvetsky and many others. Speaking about professor Mykola Hervasiiovych Turkeyvch the saying by the prince Viazemsky be a perfect illustration: "Do not say with melancholy-they are not. But with gratitude-they were".

Masliy N., Butnaru M., Avramenko G.

A PROMINENT SCIENTIST OF BUKOVINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine,

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - c.f.n. Solovyova N. teacher Semenko I.)

Olena Samson, a prominent scientist, pedagogue, therapist, Professor, Doctor of Medical Sciences, was born on April 14, 1921 in the town of Kremenchuk (Poltava region). After finishing secondary school, she entered Kharkiv Medical Institute. In the Institute Olena achieved great success, so she graduated from this educational establishment in 1946 and received an honoured diploma. After graduation from the Institute Olena continued her studies at the clinical residency. She began working on her scientific research "Cardiovascular System Associated with Ulcer Disease" under the experienced supervision of Professor Kohan-Yasny. In 1950 she defended her thesis successfully and obtained a degree of Candidate of Medical Science.

Since that time her life has been closely connected with Chernivtsi Medical Institute. Here she worked as a lecturer, an Associate Professor, a head of the Department of Propedeutics of Inner Diseases, a Professor of the Department of Faculty Therapy.

In 1959 she wrote her thesis to obtain the degree of Doctor of Medical Science under Professor Kurtsyn's supervision.

Olena Samson laid the foundations of a new clinical experimental and sanitary direction in gastroenterology. She was the first to create scientifically proved system of preventive rehabilitation treatment of gastroenterological patients.

O.Samson wrote 273 scientific papers (21 of them were published abroad), including "Clinical Gastroenterology", "Staged Treatment of Peptic Ulcer Disease", "Therapeutic Use of Mineral Waters of Bukovina in Diseases of the Stomach and Duodenum" and 48 inventions. Also 8 manuals were issued by her.

She was not only a talented scientist, but a many-sided personality, who combined a poet, a musician, a person with a good voice and sense of humour.

For her fundamental contribution to the development of Medical Science in Ukraine Olena Samson was awarded two orders: "The Medal of S. Botkin All-Union Therapeutic Society" and she became the Honorable Citizen of Ukraine.



Морфологія

Morphology

Andriychuk A., Kurikeru M., Kaprosh A., Stroich M.

FEATURES OF ADRENAL BLOOD SUPPLY AT THE END OF ONTOGENETIC FETAL PERIOD

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Human Anatomy

(scientific advisor - M.D. Hmara T.)

It is not easy to understand the structural organization of the adrenal glands if you don't take into account the features of their blood supply during their ontogenetic fetal period. The aim of this macroscopic study was to find out the peculiarities of blood supply to the adrenal glands (AG) in human fetuses aged 9-10 months (14 specimen with 311,0-375,0 mm of parietal-coccygeal length (PCL)).

While studying architectonics of the AG arterial system we observed three artery groups (superior, middle and inferior ones). The number of superior adrenal arteries ranges from 2 to 10. They supply a half of the anterior and 2/3 of the posterior adrenal surfaces. The fetuses with 346,0-375 mm of PCL had the inferior phrenic artery, supplying the main superior adrenal arteries, whose diameter was much longer. While studying a fetus with 370,0 mm of PCL we found out that all adrenal arteries (including the inferior phrenic one) branched out on the right side of the renal artery. Five of the fetuses had additional superior adrenal arteries supplied by the aorta (fetuses with 315,0 and 330,0 mm of PCL), by the celiac trunk (a fetus with 375 mm of PCL), by the superior mesenteric artery (a fetus with 370,0 mm of PCL) and the opposite inferior phrenic artery (a fetus with 325,0 mm of PCL). The number of middle adrenal arteries ranges from 1 to 4. These arteries supply the portal area, the middle part and posteroinferior portion of the AG. Three of the fetuses had middle additional adrenal arteries. These vessels are supplied by the superior mesenteric artery (a fetus with 327 mm of PCL), the inferior phrenic one (a fetus with 340,0 mm of PCL), and the renal artery (a fetus with 350,0 mm of PCL). The lower adrenal arteries more frequently begin from the main trunk of the renal arteries. The number of inferior adrenal arteries is 1-3, they supply the anterior and posterior surfaces of the lower 1/3 of AG. Seven of the specimen had additional inferior adrenal arteries. These arteries are supplied by the artery of the upper segment, additional renal arteries and their branches, abdominal aorta, testicular (ovarian) and the inferior phrenic arteries.

Cazacu E., Munteanu A., Garstea I., Cerbadji A., Coslet S.

HISTOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF VARIOUS LOCALIZATION OF ENDOMETRIOSIS

State medical and pharmaceutical university «Nicolae Testemitanu», Kishinev, Moldova

Pathology

(scientific advisor - teacher Vataman V.M.)

Endometriosis is a estrogen-dependent gynecological pathology, defined as the presence of endometrial glands and stroma outside of the uterine cavity, with genital or extragenital localization. It mostly develops in a 10–17% of reproductive age and in 25 – 50% of infertile women. The most common location is within the pelvis. However, extra pelvic endometriosis is a fairly uncommon disorder and difficult to diagnose. It mostly follows obstetrical and gynecological surgeries. It presents as a painful, slowly growing mass in or near a surgical scar. In therefore seems that adenomyosis and endometriosis share a common origin in an abnormal ectopic endometrium and myometrium.

We studied 13 cases of endometriosis: the anterior abdominal wall after caesarean operation (4), umbilical hernia (1), peritoneal region (1), intestinal endometriosis (1), uterine adenomyosis (6), age of patients 31–59 years. We used hematoxylin–eosin staining, picrofuchsin van Gieson and immunohistochemical methods: CD 10 marker for endothelial stromal tissue, ER, PR for endometrial gland, Ki 67 cells proliferation markers and CD 68 for macrophages. Obtained dates demonstrate that CD 10, ER, PR markers are positive for endometrial tissue. The progesteron receptor antibody showed the strongest positive staining in comparison to the oestrogen receptor. The CD 10 antibody had the highest specificity of the stromal cells. Markers CD 68, Ki 67 are negative and can't be used for the diagnosis. The oestrogen and progesteron receptors, reveal the mechanism of the disease, and determine the most sensitive procedure for detecting an endometrial tissue.

Conclusion: CD 10 is the best marker of ectopic endometrial tissue. Peritoneal endometrial lesions and the uterine adenomyosis have a similar immunohistochemical profile. Both endometrial and endometrial glands are positive for CD 10, ER, PR, but not for Ki 67 or CD 68.

Gavrylova A., Kaposch A., Stroich M., Andriychuk A.

FEATURES OF ADRENAL VENOUS SYSTEM ARCHITECTONICS IN LATE TERM FETUSES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Human Anatomy

(scientific advisor - M.D. Hmara T.)

According to a retrospective analysis of scientific sources the features of adrenal venous system in fetuses of different age have not been sufficiently studied today. The aim of the study was to determine the macroscopic anatomy of the adrenal veins in human fetuses aged 9-10 months (311,0-375,0 mm of parietal-coccygeal length (PCL)).

While studying venous system architectonics in the late fetal period we observed 8 cases of an inflow of the left AG vein into the renal vein more medially than that of the ovarian (testicular) vein. In 4 cases the central vein of the left AG (adrenal gland) flowed into the left renal vein from the outside of the place of the gonad vein inflow. There was only one specimen (a fetus with 350,0 mm of PCL) in whom the mouth of the left AG central vein and of the left testicular vein were at the same level. In one case (a fetus 327,0 mm of PCL) we observed the direct inflow of the left AG central vein into the inferior vena cava. We found some superficial adrenal veins in the capsule and in superficial layers of the cortical substance. The veins, formed in the capsule of the AG upper edge, flow into the inferior phrenic vein. An interflow of the veins from the AG anterior and posterior surfaces takes place in the cellular tissue which is adjacent to the adrenals over their upper edge. One can find from 8 to 23 veins on the level of the upper edge of one adrenal and they interflow, falling into the inferior phrenic vein. The veins formed in the medial portions of the AG anterior and posterior surfaces are directed to the extraorganic portion of the central vein and to the inferior vena cava. Small veins from the AG inferior surface flow into the renal and capsule veins coming from the renal adipose capsule. Some small superficial adrenal veins from the left AG anterior and renal surfaces flow into the gastric, pancreatic-glandular and splenic veins-supplies to the portal hepatic vein.

Mularczyk M.

ANTHROPOMETRIC FINGER LENGTH RATIO (2D:4D) IN DISEASES

Pomeranian Medical University of Szczecin, Szczecin, Poland

Department of Anatomy

(scientific advisor - Ph.D. Zietek Z.)

Introduction. Over recent years, there has been an increasing interest in anthropometric finger length ratio (2D:4D) in medical research. This ratio is expressed by the quotient of the length of the second finger (2) to fourth finger (4). Proportions of fingers are established early in fetal life under the influence of fetal sex hormones. High activity of fetal androgens reduces the value of 2D:4D, and the effect of fetal estrogen is reversed. As a result, this ratio shows difference between sexes. It has been proved that the value of ratio 2D:4D correlates with the presence of sex and hormones-dependent diseases. In the etiology of diseases such a prostate cancer (PCa) or myocardial infarction (MI) sex hormones detach a certain role.

Aim. Assessment of the values of 2D:4D among the patients suffering from prostate cancer (PCa) and patients with history of myocardial infarction (MI).

Methods and material. The study involved the following groups of patients: a group of men with PCa (n = 27) and control group (n = 71), a group of men with MI (n = 19) and control group (n = 103). The measurement was taken of the length of the fingers of the right and left hand (from point "da" to "pph"; using electronic calipers).

Results. Men with PCa have a significantly lower value of the ratio 2D:4D than the control group. In contrast, men with MI have significantly higher value of this ratio than the control group (p < 0.05 for both compared groups). In addition, a negative correlation was found between 2D:4D and age infarction.

Conclusions. Higher values of 2D:4D in men with MI are associated with a higher risk of a heart attack at a younger age. Similarly, in men with low values of 2D:4D indicate a higher risk of PCa. The obtained results open a discussion on the role of fetal hormones in the etiology of PCa and MI.

Pronyayev D., Rurak O.

PERINATAL ANATOMY OF THE INTERNAL FEMALE GENITAL ORGANS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of anatomy, topographic anatomy and operative surgery

(scientific advisor - Ph.D. Akhtemiichuk Y.)

In a fetus – 270.0 mm of PCL the right ovary was composed of three lobes: the uterine, intermediate, tubal, whereas the left one of two lobules: the uterine and tubal.

The right ovary is trihedral, approximated to an oval form located slantwise in the abdominal cavity. The anterior, posterior and lateral surfaces, the anterior, posterior and medial margins, the pointed uterine and tubal ends are differentiated in the ovary. The loops of the ileum are adjacent to the anterior surface of the ovary, whereas the ureter, the internal ileal artery and vein are adjacent to the tubal end. The length of the ovary is 18.5 mm, while its separate parts – 8 mm, 4 mm, 6 mm respectively the width – 7 mm and the thickness – 4 mm. the proper ligament of the ovary, 3 mm in length is attached to the lateral margin of the uterus below the uterine tube. The suspensory ligament 5.5 mm long, is attached to the iliac fascia, the ovarian artery and vein being located in its thickness. The length of the mesovarium is 10.5 mm, the width is 3 mm.

The left ovary is of an elongated, shape approximated to an oval form, it is located in the abdominal cavity horizontally. They differentiate the superior, inferior and anterior surfaces, the superior, inferior and posterior margins, the pointed uterine and the rounded tubal ends in the ovary. The anterior surface of the ovary is adjoined by the anterior loop of the sigmoid colon, while the ureter abuts on its posterior margin. The uterine end of the ovary is adjacent to the posterior surface of the tubal isthmus, whereas the tubal one- to the external ileal artery and vein. The length of the ovary is 17 mm, its separate parts measuring 10 mm and 7 mm respectively the width is 6.5 mm, the thickness- 3.4 mm. the proper ligament of the ovary, 3 mm long is attached to the left margin of the uterus beneath the uterine tube. The suspensory ligament of the ovary, 5.5 mm long, is attached to the iliac fascia and contains the ovarian vessels. The length of the mesovarium is 10 mm the width is 2.5 mm.

The right uterine tube has an S-shaped form and is located horizontally. The total length of the right uterine tube is 32 mm, whereas its separate parts: the isthmus – 6 mm, the ampulla – 16 mm, the infundibulum of the uterine tube abuts on the anterior surface of the muscles psoas major and the external iliac vessels.

The left uterine tube has a twisting character and is located horizontally. The total length of the left uterine tube is 28 mm, whereas its separate parts: the isthmus – 4 mm, the ampulla – 16 mm, the infundibulum – 5 mm and the uterine part – 3 mm. the infundibulum of the uterine tube abuts on the external iliac vessels.

Stroich M., Kurikeru M., Gavrilova A., Andriychuk A.

TOPOGRAPHICAL AND ANATOMICAL FEATURES OF THE ADRENAL GLANDS AT THE END OF THE ONTOGENETIC FETAL PERIOD

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Human Anatomy

(scientific advisor - M.D. Hmara T.)

Complex and diverse function as well as morphological peculiarity of the adrenals determine practical interest in studying their topographical and anatomical interrelations. Syntopy correlation of the right and left adrenals has been studied on 14 specimens of fetuses with 311,0-375,0 mm of parietal-coccygeal length (PCL). In most cases the right adrenal gland (RAG) is triangular shaped, and the left one (LAG) is crescent-like. Anteriorly the liver is adjacent to the RAG and the duodenum to its upper flexion, while the inferior vena cava borders its middle edge and the lumbar part of the diaphragm lies next to the posterior glandular surface. The lower surface of the organ borders the upper pole of the corresponding kidney. The anterior surface and and LAG capsule are covered with parietal peritoneum of the omental bursa posterior wall. The anterior surface of the LAG is adjacent to the cauda pancreatic, cardiac part of the stomach and to the spleen; the posterior part borders the left crus of diaphragm lumbar part. The lower part of the organ borders the upper pole and the middle edge of the left kidney. Skeletopically in the 9th month of the fetal growth the RAG is located on the level of the intervertebral disk of the 10th-11th thoracic vertebra- the upper third of the body of the 2nd lumbar vertebra. The LAG lies on the level of the upper edge of the 9th thoracic-intervertebral disk of the 1st-2nd lumbar vertebrae. At the end of the ontogenetic fetal period the adrenals are located on the level of the 11th thoracic vertebra- the lower edge of the 1st or the upper third of the body of the 2nd lumbar vertebrae. It should be noted, that the adrenals may be in upper or lower position to the kidneys and their vascular pedicles. In 9 cases the RAG was in a lower position and in 5 cases it was in the upper location. The LAG was located low in 11 cases and only in 3 fetuses it was in the upper position. At a lower position the adrenal touches the kidney pedicle with its lower median part partly or wholly and borders the inferior vena cava on the right or the abdominal portion of the aorta on the left. While studying a fetus with 368,0 mm of PCL, an additional rounded adrenal was found which was adjacent to the median edge of the LAG. In the fetuses aged 9 months the height (craniocaudal dimension) of the RAG is $25,3 \pm 1,2$ mm; LAG – $29,7 \pm 1,6$ mm; bilateral dimension: RAG- $18,4 \pm 0,9$ mm; LAG – $23,7 \pm 1,1$ mm; thickness (anteroposterior dimension) is $11,9 \pm 1,3$ mm and $13,8 \pm 1,6$ mm respectively. These dimensions increase during the tenth month of intrauterine growth. For example, craniocaudal size reaches $27,1 \pm 1,1$ mm; bilateral one- $19,8 \pm 1,3$ mm anteroposterior $13,6 \pm 1,4$ mm; LAG – respectively: $31,7 \pm 1,5$ mm; $25,8 \pm 1,7$ mm; $15,4 \pm 1,5$ mm.

Іванюк Я.Т., Товкач Ю.В.

ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник - к.мед.н. Товкач Ю.В.)

На даний час як у дорослих, так і в дітей досить поширені захворювання, пов'язані з розладом замикальної функції стравохідно-шлункового переходу. Аномалії травної системи становлять 17,8 % і є однією з причин перинатальної смертності. В теперішній час дедалі частіше трапляються випадки природженої патології стравохідно-шлункового сегмента: атрезія стравоходу, стеноз дванадцятипалої кишки, вроджена кишкова непрохідність, діафрагмальна грижа, трахеостравохідний свищ, ізольований свищ, вроджений пілоростеноз, що потребують особливої уваги науковців до даної проблеми.

Довжина черевної частини стравоходу в плодів вирізняється мінливістю. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини черевної частини стравоходу. У більшості плодів даного періоду ми спостерігали таку особливість: чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший її діаметр. Починаючи з 7-го місяця, довжина черевної частини стравоходу зменшується. При зіставленні одержаних нами даних виявилось, що довжина черевної частини стравоходу в новонароджених (1,17±0,19 мм) менша, ніж у плодів (1,17±0,21 мм). Вважаємо, що цей анатомічний факт зумовлений збільшенням кута Гіса в новонароджених порівняно з плодовим періодом.

Зміна довжини черевної частини стравоходу очевидно пов'язана з формуванням стравохідно-шлункового сфінктера, утворенням добре вираженого циркулярного і поздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфінктер не сформований, остаточно формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці. Природжена або набута дисфункція стравохідно-шлункового сфінктера призводить до розвитку екзофагітів, зменшення маси тіла, ларингоспазму, збільшення ризику раптової смерті.

Андрієць В.М.

МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВАД СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н.М.)

Актуальність даної теми полягає не лише у поширеності патології, але й у її небезпеці для життя. Більшість з них не лише зменшує якість життя дітей з вродженими вадами серця, але суттєво скорочує його тривалість. Адекватна медична допомога хворим з вродженими вадами серця вимагає сучасного медичного обладнання, значних матеріальних затрат; своєчасної хірургічної корекції та раціональної наступної медикаментозної терапії.

Мета: дослідити причини формування природжених вад серця на різних етапах розвитку серця людини в критичні періоди, класифікацію вад серця, клініку та лікування, які при несвоєчасному виявленні ведуть до інвалідності і летальності.

Згідно статистики захворюваність на природжені вади серця становить від 2-3 до 8-10 випадків на 1000 новонароджених. Щороку в Україні народжується 4,5–5 тис. дітей із природженими вадами серця. Вадами серця називають патологічні стани, при яких в результаті органічних трансформацій відбувається порушення кровообігу серця. Вади діляться на дві групи: набуті та природжені. Набуті розвиваються в результаті впливів на серце, наприклад, інфекційних хвороб, аутоімунної агресії та інших факторів. Природжені вади, як випливає з назви, супроводжують людину від народження, головною причиною їх походження є різні порушення, які з'являються при розвитку плоду.

Природжена вада серця, викликаючи ряд функціональних порушень насамперед компенсаторного порядку, є системним захворюванням всього організму. Досліджено складні аномалії розвитку серця і магістральних судин, які призводять до різних порушень гемодинаміки: дефект міжпередсердної перегородки, дефект міжшлункової перегородки, відкрита артеріальна протока, транспозиція магістральних судин, гіпоплазія лівого шлуночка, стеноз легеневої артерії, стеноз аорти, коарктація аорти, тетрада Фалло, аномалія Ебштейна, аномалія Уля, декстракардія. По суті порушення можуть розвиватися за двома сценаріями: у першому випадку порушується внутрішньосерцевий кровообіг, у другому - страждає системний кровотік, ну і звичайно, можливе поєднання першого і другого варіантів.

При порушенні внутрішньосерцевої кровообігу, порушується функція клапанів серця, або ж є патологічні отвори між камерами серця, наприклад, незарощення міжшлункової та міжпередсердної перегородки. Завдяки цьому в систолу камери серця, що має патологічні трансформації, не відбувається адекватного перекачування крові, або ж в діастолу кров затікає назад. Все це призводить спочатку до гіпертрофії даного відділу серця, а потім - нездатності його впоратися з покладеною на нього функцією, в результаті чого розвивається серцева недостатність. У деяких випадках системні порушення кровотоку є первинними, а не наслідком наявності порушень внутрішньосерцевої гемодинаміки. Цей стан з'являється в більшості випадків при ураженні великих судин які відходять від серця.

Висновок: спостерігається досить висока зацікавленість стосовно розвитку методик ліквідації вад серця шляхом хірургічної корекції.

Андрунишин В.С., Лаврів Л.П.

РОЗВИТОК ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ В ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Лаврів Л.П.)

З'ясування особливостей розвитку та становлення топографії привушної залози (ПЗ) у плодів людини має важливе значення для цілісного розуміння структурно-функціональної організації слиновидільного апарату та ротової порожнини в цілому, оскільки частота захворювань слинних залоз в різних групах населення становить сьогодні від 0,6 до 1,5 %. У літературі висвітлюються розрізнені дані про особливості морфогенезу ПЗ та становлення топографії складових привушно-жувальної ділянки, а відомості щодо типової і варіантної анатомії ПЗ упродовж плодового періоду розвитку людини залишаються дискусійними.

Метою роботи було встановити закономірності розвитку та динаміку становлення топографоанатомічних взаємовідношень ПЗ людини у плодовому періоді. Дослідження ПЗ виконано на 28 плодах людини (81,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини) за допомогою комплексу сучасних методів дослідження. Встановлено, що ПЗ плодів людини даного вікового періоду розташована в занижнощелепній ямці, її маса становить 14-21 г. Спостерігали різні варіанти форми ПЗ, однак, за результатами комп'ютерного 3-D реконструювання її можна порівняти з тригранною вертикально встановленою пірамідою, оберненою основою до виличної дуги, а верхівкою вниз – до кута нижньої щелепи. Привушна протока, довжиною 19,0-37,0 мм з діаметром прозору 1,5-2,5 мм, бере свій початок на передньо-внутрішній поверхні залози. ПЗ багата судинами і нервами. Її артерії беруть початок з багатьох джерел: всі ці судини дають артеріальну мережу, капіляри якої підходять до власної оболонки залози, не приходячи в контакт з секреторним епітелієм залози. Вени проходять в міжчасточкових перегородках. Крізь товщу ПЗ проходять лицевий і вушно-скроневиї нерви. Верхня частина ПЗ закриває значну частину капсули скронево-нижньощелепного суглоба і зростається з нею.

Отже, синтопія ПЗ складна як з органами, що лежать поза вмістилищем залози, так і всередині вмістилища. Між зовнішньою капсулою ПЗ, прилеглими судинними, нервовими гілками та фасціальними утвореннями досліджуваної ділянки спостерігаються щільні зрощення, що слід врахувати під час оперативних втручань в межах привушно-жувальної ділянки у новонароджених.

Ахмедов А.И.

АДРЕНЕРГИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ СОСУДОВ КОЖИ КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии

(научный руководитель - д.мед.н. Дехконов Т.Д.)

Выяснение патогенеза и лечение плазморрагии и болевого синдрома при термических поражениях кожи является одним из актуальных вопросов практической камбустиологии.

Цель исследования. Изучение динамики адренергической иннервации кровеносных сосудов кожи кроликов в зависимости от продолжительности воздействия термического фактора.

Материал и методы исследования. Изучен лоскут кожи спины контрольных (5 кроликов) и лоскут кожи этой области 6 экспериментальных кроликов при термическом воздействии различной продолжительности. Криостатные срезы лоскута кожи обработаны раствором глиоксильной кислоты. Флюоресценция адренергических структур сосудов подсосочковой сосудистой сети кожи изучена на люминесцентном микроскопе ЛЮАМ-И2 с использованием фильтров ФС 1-4.

Результаты исследования. Вокруг артериальных кровеносных сосудов кожи у контрольных кроликов обнаруживается хорошо выраженное адренергическое сплетение, которое образует флюоресцирующую изумрудно-зеленым свечением периваскулярную сеть. В стенке венозных сосудов таких нервных волокон значительно меньше. Они флюоресцируют менее интенсивно. Средний диаметр артериол подсосочкового сосудистого сплетения кожи у контрольных кроликов равен $4,2 \pm 0,3$, а вен $5,6 \pm 0,4$ (условные единицы). При кратковременном (15 секунд) действии термического фактора происходит расширение кровеносных сосудов, и наблюдается интенсивная флюоресценция периваскулярных адренергических нервных волокон. На них появляются варикозные вздутия различной конфигурации и размера. Вокруг вен обнаруживаются единичные нервные волокна с варикозными изменениями. Диаметр артериол увеличивается до $5,1 \pm 0,3$, а венул до $6,0 \pm 0,5$. При увеличении экспозиции термического воздействия (30 секунд) флюоресценция адренергических нервных волокон резко снижается. Изменение диаметра сосудов достоверных различий от предыдущего срока не имеет. Обнаруживается фрагментация некоторых нервных волокон.

Выводы. На кратковременное термическое воздействие адренергические нервные структуры сосудов кожи реагируют увеличением интенсивности флюоресценции. Увеличение экспозиции термического воздействия приводит к истощению адренергических нервных волокон катехоламинами, что свидетельствует об их функциональной перегрузке.

Ахмедова С.М.

СТРОЕНИЕ МИОКАРДА ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ КРЫСЫ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии

(научный руководитель - д.мед.н. Миршарапов У.М.)

В качестве животных для исследовании влияния воздействия факторов внешней среды на сердце и для созданиии моделей заболеваний сердечно-сосудистой системы для человека, широко используются крысуны.

Целью нашего исследования является изучить направление мышечных волокон сердца крысы в постнатальном онтогенезе. Материалом исследования послужили сердца 20 крыс в постнатальном онтогенезе.

Результаты исследования показали, что миокард предсердий состоит из поверхностно продольно расположенных и глубокого циркулярно направленных мышечных слоев кардиомиоцитов. На всем протяжении миокарда пучки кардиомиоцитов в слоях изменяет направление, проникают друг в друга. Изучение ориентации пучков миокарда показало, что пучки кардиомиоцитов ориентированы в различном направлении. В миокарде желудочков можно выделить наружный и внутренний продольный слои, которые принадлежат обоим желудочкам и объединяют их в одно целое. Поверхностно расположенные волокна охватывают левый и правый желудочек равномерно. Внутренние пучки волокон миокарда по мере приближения к эндокарду приобретают более косое направление и переходят в трабекулы и сосочковые мышцы. Средний слой состоит из циркулярно направленных пучков кардиомиоцитов, которые принадлежит только одному из желудочков. Изучение направления пучков волокон миокарда желудочков показало, что циркулярно направленный слой не всегда четко ориентирован. Пучки волокон среднего слоя на нижней стенке желудочков направлены косо и отклоняются в сторону эндокарда. Изменения направления пучков волокон из циркулярного в косое осуществляется плавно. Но в отличие от левого желудочка, в миокарде правого желудочка толщина циркулярного слоя кардиомиоцитов в 2-3 раза тоньше, чем толщина продольных слоев кардиомиоцитов.

Таким образом, внутренние пучки волокон миокарда по мере приближения к эндокарду приобретают более косое направление и переходят в трабекулы и сосочковые мышцы. Изучение направления пучков волокон миокарда желудочков показало, что средний слой миокарда желудочков не всегда четко направлен циркулярно. Пучки волокон кардиомиоцитов среднего слоя на нижней стенке желудочков направлены косо, отклоняется в сторону эндокарда. Происходит изменение направление пучков волокон кардиомиоцитов из циркулярного в косое.

Бурденюк Ю.О.

ФІЗІОЛОГІЧНА АТРЕЗІЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Антонюк О.П.)

У зародковому періоді 4-й тиждень (4,0-5,5 мм ТКД), внаслідок активної проліферації епітелію слизової оболонки стравоходу, виникає епітеліальна "пробка". У 6-7-тижневих зародків одношаровий циліндричний епітелій стравоходу перетворюється в двохшаровий, а у передплідів 12-и тижнів – у тришаровий циліндричний. Реканалізація просвіту стравоходу починається і завершується у передплідів 7-10 тижнів. Початковий етап фізіологічної атрезії дванадцятипалої кишки (ДПК) спостерігається у зародків 5-и тижнів у місці переходу шлунка у ДПК. Повна фізіологічна атрезія ДПК відбувається у зародків 6-и тижнів та супроводжується повним закриттям дистальної частини кишки. Зворотний розвитку фізіологічної атрезії ДПК (процес реканалізації просвіту) відбувається упродовж 7-го тижня і завершується наприкінці 8-го тижня ембріогенезу. Початковий етап фізіологічної атрезії жовчних проток спостерігається у зародків 5-и тижнів переважно в ділянці спільної жовчної протоки.

Повна фізіологічна атрезія позапечінкових жовчних проток відбувається у зародків 6-и тижнів, яка супроводжується повним закриттям їх просвіту. Зворотний розвиток фізіологічної атрезії позапечінкових жовчних проток – процес реканалізації їх просвіту – відбувається упродовж 7-го тижня і завершується наприкінці 8-го тижня ембріогенезу. Дефінітивний просвіт стравоходу пов'язаний з наявністю в органі фізіологічної атрезії, яка синхронізована у часі з початком формування ворсинок тонкої кишки та виділенням жовчі печінкою у просвіт ДПК, що визначає готовність плода до амніотрофного живлення.

Вітенюк О.Я., Черкавська А.О., Гримайло Н.А.

ТИПОВА І ВАРІАНТНА БУДОВА ПРЯМОЇ КИШКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Ахтемійчук Ю.Т.)

Дослідження проведено на 23 препаратах трупів плодів (від 4 до 10 місяців) та 4 новонароджених методами мікромакропрепарування, виготовлення топографоанатомічних зрізів, рентгенографії.

У ранніх плодів (4-5-місячних) у 65% випадків та у 6-7-місячних плодів у 60% типовою формою прямої кишки є веретеноподібна. У пізніх плодів (8-10-місячних) та новонароджених пряма кишка набуває у більшості спостережень (64%) циліндричної форми. З віком плодів веретеноподібну форму прямої кишки змінює циліндрична, яка у третьому триместрі внутрішньоутробного розвитку та у ранньому неонатальному періоді є типовою. У плодів другого та третього триместрів виявлено, що форма прямої кишки, яка у верхніх її відділах має вигляд гофрованої трубки з каудальним звуженням, є її варіантною формою. У 6-7-місячних плодів дана форма виявлена у 15% випадків, у 8-10-місячних та новонароджених – 4%.

З віком плодів внутрішній рельєф прямої кишки змінюється. У 4-5-місячних плодів на внутрішній поверхні кишки поперечні та поздовжні складки слизової оболонки не виражені, у 6-місячних – починають виявлятися поперечні складки: верхня та середня, які заповнюють майже 1/3 просвіту кишки, нижня – майже не виражена. На початку 7-го місяця розвитку (плоди від 301,0 до 320,0 мм ТПД) рельєф внутрішньої поверхні прямої кишки горбистий. Всі поперечні складки слизової оболонки прямої кишки виражені, найбільшою складкою, яка заповнює просвіт кишки на 1/2, є середня. Наприкінці 7-го місяця розвитку (плоди від 321,0 до 350,0 мм ТПД) на внутрішній поверхні прямої кишки виявляються як поперечні, так і поздовжні складки слизової оболонки. У 8-10-місячних плодів та новонароджених верхня та середня поперечна складки прямої кишки є найбільшimi, вони заповнюють просвіт кишки на 2/3 її діаметра, меншою є нижня (до 1/2 просвіту). Поздовжні складки найбільше виражені в нижніх відділах кишки.

Вріщ О.М., Урсов М.В., Вишнякова О.А.

ЗМІНА КІСТКОВОЇ ОСНОВИ ТАЗА ПІД ЧАС ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Банул Б.Ю.)

В результаті наших досліджень встановлено, що кісткова основа таза під час внутрішньоутробного розвитку змінюється. У плодів як чоловічої, так і жіночої статі міжостовий розмір більший, ніж міжгребінцевий. Міжгребінцевий розмір у плодів до 7 місяців менший, або такий як міжвертлюговий. У плодів 8-9 та 10 місяців він менший, ніж міжвертлюговий. Між гребінцевий розмір у плодів жіночої статі з 4 до 7 місяців у 2-3,5 рази більший, ніж поперечний розмір входу у малий таз. У 8-9 та 10 місячних плодів – у 2-3 рази. У плодів чоловічої статі між гребінцевий розмір у 2-2,5 рази більший, ніж поперечний розмір входу у малий таз. Зовнішня кон'югата у плодів у 1,5-2 рази більша справжньої, справжня – менша, ніж діагональна на 2,5-12 мм. Справжня кон'югата у більшості плодів жіночої статі більша за поперечний розмір входу у малий таз. Рідше, вона менша за нього, і навпаки у плодів чоловічої статі. Косі розміри входу у малий таз у плодів однакові між собою. У плодів жіночої статі поперечний розмір менший одного із косих розмірів, але може бути і більший. Поперечний розмір входу у плодів чоловічої статі більший або однаковий з косими розмірами.

В результаті проведених досліджень можна виділити три форми входу у малий таз: поздовжньо-овальну, круглу та поперечно-овальну. Зустрічається також чотирикутна, серцеподібна та асиметрична форми. Порожнина таза в напрямі до входу і до вузької частини порожнини таза розширюється. А в напрямі виходу – звужується. Передня стінка таза у плодів жіночої статі 5-8 місяців коротша за задню у 3-3,5 рази, а у плодів 9-10 місяців – у 3-4 рази. Висота лонного зрощення у два рази більша за його передньо-задні розміри. Довжина сторін сечостатевого, анального та горбкові-крижового трикутників у плодів жіночої статі зростає на 7 місяці у два, а на 9-10 місяцях – у три рази. Міжгорбковий розмір у плодів 8-10 місяців жіночої статі зростає у 4 рази, а у плодів чоловічої – у 2-2,5 рази. Довжина сторін анального і горбкові-крижового трикутників у плодів жіночої статі зростає до моменту народження у 3 рази, а у чоловічої тільки у 2 рази. Сечостатевий трикутник у плодів та новонароджених рівносторонній, рідше – різносторонній. Основа цього трикутника довші за його сторони.

Гідора С.В.

МОРФОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н.М.)

В останні роки значно збільшилася кількість людей, що мають різні порушення в роботі щитоподібної залози: ендемічний і дифузний токсичний зоб, аутоімунний тиреоїдит, онкологічні захворювання та ін. При будь-яких порушеннях функціонування щитоподібної залози відзначаються патологічні зміни в роботі всієї ендокринної системи організму, які, в свою чергу, призводять до розвитку різних захворювань. Зоб (синонім: волю) — збільшення в розмірах щитоподібної залози. Вона вважається збільшеною, якщо розмір часток більший і розмір кінцевої фаланги великого пальця. Величину щитоподібної залози визначають, оглядаючи, пальпуючи її та вимірюючи об'єм за допомогою УЗД. Регіон називається ендемічним за зобом, якщо більше, ніж у 10% жителів цієї території виявляють зоб. Основною причиною виникнення ендемії за зобом вважається збіднення довкілля на йод. Характер і вираженість клінічних проявів залежать від того, в який період життя виникає нестача йоду (вагітність, антенатальний, постнатальний періоди, пубертат). Спорадичний зоб — це нетоксичний зоб, що виникає в осіб, які мешкають поза межами ендемічних за зобом регіонів. Причиною захворювання є порушення надходження йоду до щитоподібної залози. Дифузний токсичний зоб є одним з найбільш поширених ендокринних захворювань. У жінок він зустрічається в 5-10 разів частіше, ніж у представників сильної статі. Захворювання може проявитися в будь-якому віці, навіть у новонароджених і людей похилого віку, проте найчастіше групу ризику становлять люди у віці від 20 до 40 років. Захворювання супроводжується порушенням функціонування різних органів і систем організму, зокрема серцево-судинної і центральної нервової системи, почуттям жару, сильною пітливістю, нервозністю, збільшенням частоти пульсу, м'язовою слабкістю, тремтінням пальців рук, ламкістю волосся і нігтів. Раком щитоподібної залози називають зляксіне ураження органа. Розрізняють такі форми раку щитоподібної залози: папілярний (близько 80%), фолікулярний (близько 15%), медулярний (близько 3-5%), недиференційований (близько 3,5-4%). Досить рідкісним захворюванням щитоподібної залози є лімфома - дифузна пухлина, що виникає на тлі аутоімунного тиреоїдиту або як самостійне захворювання. Частіше зустрічається у дорослих. У процесі розвитку відзначається швидке збільшення щитоподібної залози в розмірах, її болючість, ураження лімфатичних вузлів, симптоми стиснення середостіння (задишка, труднощі при ковтанні). Щитоподібна залоза є найбільш вивченою частиною ендокринної системи людини. В даний час розроблені різні методи лікування багатьох захворювань цього органу. Навіть при лікуванні раку щитоподібної залози досягаються чудові результати, а менш важкі хвороби виліковуються практично з 100% гарантією, головне - вчасно звернутися до лікаря.

Гаджиева А.У.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТРАПЕРИКАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЛЫХ ВЕН

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии

(научный руководитель - д.мед.н. Блинова С.А.)

Каждый отдел полых вен находится в разных условиях, что отражается в их строении. Возрастная перестройка отделов полых вен изучена недостаточно.

Цель исследования: изучить изменения строения стенки краниальных полых вен в области прикрепления перикарда у крыс в раннем постнатальном онтогенезе.

Материал и методы исследования. Были изучены правая и левая краниальные полые вены 50 крысят 1-, 6-, 11-, 16-, 22- и 30- дневного возраста. Гистологические препараты окрашены гематоксилином и эозином, по методам Ван-Гизона, Вейгерта.

Результаты исследования. Внутренняя оболочка правой и левой краниальных полых вен представлена эндотелиальным и подэндотелиальным слоями. Средняя оболочка состоит из мышечных волокон различной направленности. Наружная оболочка представлена рыхлой волокнистой соединительной тканью. Коллагеновые волокна в стенке краниальных полых вен располагаются в подэндотелиальном слое и в наружной оболочке. Как у правой, так и у левой краниальных полых вен в наружной оболочке коллагеновые волокна располагаются более плотно, чем в подэндотелиальном слое. Коллагеновые волокна в средней мышечной оболочке формируют сеть. Общий план строения, а также строение коллагеновых волокон и их локализация существенно не изменяются на протяжении изученного периода. Изучение структур и локализации эластических волокон позволило выявить возрастные особенности. Эластические волокна стенки краниальных полых вен данного отдела у 1-16 дневных крысят локализируются в подэндотелиальном слое и в наружной оболочке. В эти возрастные периоды эластические волокна короткие, располагаются не плотно и формируют прерывистую линию. Начиная с 22-дневного возраста, эластические волокна в подэндотелиальном слое образуют сплошную мембрану. В 22-дневном возрасте в стенке левой краниальной полых вен эластические волокна обнаруживаются также в средней оболочке, тогда как в правой полых вен они не выявляются. К 30-дневному возрасту эластические волокна приобретают компактное строение в виде мембраны и в наружной оболочке. В средней оболочке полых вен сохраняется прежнее строение эластических волокон.

Таким образом, в структурном становлении краниальных полых вен в раннем постнатальном онтогенезе наибольшие изменения претерпевает их эластический каркас.

Гаджиева А.У., Хамидова Ф.М.

ВЛИЯНИЕ ЭТИЛОВОГО СПИРТА НА СТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУР УСТЬЕВОГО ОТДЕЛА КАУДАЛЬНОЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ КРЫС

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии

(научный руководитель - д.мед.н. Блинова С.А.)

До настоящего времени продолжается изучение воздействия алкоголя на развивающийся организм.

Цель исследования. Изучить гистологическое строение устьевого отдела каудальной полой вены крысят при воздействии этанола, поступившего в их организм с молоком матери.

Материал и методы исследования. Был изучен устьевой отдел каудальной полой вены 80 крысят 6-, 11-, 16-, 22- и 30-дневного возраста контрольной и экспериментальной групп. Животные экспериментальной группы получены от самок, которым с помощью зонда внутрижелудочно вводили 40° этиловый спирт в дозе 8 мл/кг ежедневно на протяжении лактационного периода (22 дня). Крысам контрольной группы ежедневно внутрижелудочно в таком же объеме вводилась дистиллированная вода. Гистологические препараты окрашены гематоксилином и эозином, по методу Ван-Гизона.

Результаты исследования. Стенка каудальной полой вены состоит из трёх оболочек. Внутренняя оболочка образована эндотелиальным и подэндотелиальным слоями. В средней оболочке определяются циркулярно, косо и продольно направленные пучки мышечных клеток. Наружная оболочка в устьевом отделе каудальной полой вены представлена эпикардом правого предсердия.

Толщина стенки каудальной полой вены при воздействии этанола в 6-дневном возрасте равна $21,97 \pm 0,28$ мкм, что достоверно меньше, чем в контроле ($23,28 \pm 0,27$ мкм). В 11-дневном возрасте толщина стенки у экспериментальных животных $28,24 \pm 0,48$ мкм в контроле составляет $30,83 \pm 0,29$ мкм ($P < 0,001$). В 16-дневном возрасте толщина стенки уменьшается при воздействии этанола ($33,12 \pm 0,44$ мкм), в контрольной группе ($36,08 \pm 0,37$ мкм) ($P < 0,001$). В 22-дневном возрасте толщина стенки устьевого отдела у экспериментальных животных равна $43,78 \pm 0,57$ мкм, достоверно меньше ($P < 0,001$), чем в контроле ($48,21 \pm 0,45$ мкм). У 30-дневных крысят толщина в эксперименте достоверно меньше, чем в контроле и равна соответственно $41,41 \pm 0,58$ мкм и $55,51 \pm 0,73$ мкм.

Таким образом, результаты исследования показали, что воздействие этилового спирта с молоком матери в период раннего постнатального развития неблагоприятно отражается на формировании структур стенки устьевого отдела каудальной полой вены.

Галичанська О.М., Куфтяк В.В., Попадюк Т.І., Крушельницький І.І.

АТИПОВА ТОПОГРАФІЯ ЗАГРУДНИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДА 10 МІСЯЦІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - д.мед.н. Хмара Т.В.)

Різноманітність топографоанатомічних взаємовідношень органів і структур верхнього середостіння потребує нових даних про їх варіанту анатомію. Дослідження варіантів зовнішньої будови і синтопіїзагруднинної залози (ЗЗ) в різні періоди онтогенезу людини викликає зацікавленість як у морфологів, так і у лікарів різних спеціальностей. При макроскопічному дослідженні корелятивних взаємовідношень ЗЗ наприкінці плодового періоду онтогенезу людини у плода чоловічої статі 350,0 мм тим'яно-куприкової довжини виявлена атипова її топографія. У ЗЗ розрізняються права, центральна і ліва частки, які вкриті щільними капсулами. Правій частці притаманна неправильно-овальна форма, центральній частці – грушоподібна, а лівій – конусоподібна форма. Довжина правої частки ЗЗ становить 35,0 мм, ширина (в середній частині) – 20,0 мм; довжина центральної частки ЗЗ – 18,0 мм, ширина (в середній частині) – 14,0 мм; висота лівої частки ЗЗ – 24,0 мм, ширина (в ділянці основи) – 30,0 мм. Слід зазначити, що верхня половина центральної частки ЗЗ розміщена в ділянці шиї, а верхівка цієї частки своєю задньою поверхнею примикає до передньої поверхні перешийка щитоподібної залози. Обабіч від верхівки центральної частки ЗЗ розміщені судинно-нервові пучки шиї. Шийна частина трахеї зміщена вправо від серединної стрілової площини, а стравохід – вліво, внаслідок чого чітко виражена трахео-стравохідна борозна, в якій знаходиться лівий поворотний гортанний нерв. Основа та бічні поверхні центральної частки ЗЗ у межах нижніх 2/3 взаємопримикають до присереднього краю верхньої 1/3 правої частки ЗЗ і верхньоприсередньої поверхні лівої частки ЗЗ. До задньої поверхні центральної частки ЗЗ прилягають плечо-головні вени і передня поверхня трахеї. Бічний край правої частки ЗЗ на всьому протязі прилягає до переднього краю правої легені. Слід підкреслити, що заокруглений нижній полюс правої частки ЗЗ знаходиться майже на одному рівні з нижнім краєм правої легені. Основа лівої частки ЗЗ розміщена на 7,0 мм нижче вінцевої борозни серця. Бічна поверхня лівої частки ЗЗ примикає до переднього краю верхньої частки лівої легені.

Остаф Н.П., Гнатюк А.Я., Кізіма М.В.

ЗНАЧЕННЯ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОСТУДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СТУДЕНТІВ КОЛЕДЖУ

Чортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна
циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки
(науковий керівник - викл. Кузик Н.В.)

Коріння практики точкового масажу лежать в традиційній китайській медицині. Відповідно до теорії, існують особливі акупунктурні точки, розташовані на меридіанах тіла. По цих невидимих каналах рухається життєва енергія ци. 12 основних енергетичних каналів з'єднують між собою певні органи та системи органів, утворюючи єдину енергетичну систему організму.

Метою нашого дослідження було з'ясувати фізіологічний вплив точкового масажу для профілактики та зняття основних симптомів простудних захворювань серед студентів нашого коледжу.

Матеріали і методи дослідження/ Було застосовано анкетний, клінічний, статистичний методи. Опитування здійснювалось в присутності дослідника і мало добровільний характер. Ми проводили точковий масаж кінчиком вказівного пальця до появи незначного болю. Робили дев'ять обертальних рухів за годинниковою стрілкою і дев'ять рухів-проти. Тривалість дії на кожну точку до 5 секунд. Симетричні точки масажували одночасно двома руками. Ефективність залежала від попадання в точку акупунктури.

Результати досліджень. Обстеження проводилось серед студентів 2-х курсів. Було проведено масаж 40 студентам, що мали симптоми грипу чи застуди такі як: температура, загальна слабкість, головні болі і нежить. Головні болі повністю пройшли у 12 ст.(30%), зменшились у 22ст.(55%) і не вплинув масаж на 6 (15%) студентів. Симптоми нежитю значно зменшились у 24 ст.(60%), незначне полегшення відчули 11 ст.(27,5%) і не вплинув масаж на 5 ст.(12,5%). Покращення загального самопочуття відмітили 18 ст.(45%), незначне покращення було у 15 ст.(35%), зовсім не відчули покращення самопочуття 7 (20%) студентів.

Висновок. Точковий масаж покращує самопочуття, піднімає життєвий тонус, знімає втому фізичну і емоційну, сприяє профілактиці простудних захворювань та полегшує симптоми грипу і застуди. Масаж є дуже корисною лікувальною та профілактичною процедурою, підвищує обмін речовин і працездатність, підсилює імунітет, сприяє швидшому одужанню. Для профілактики вірусних інфекцій рекомендуємо підвищувати опірність організму до інфекцій шляхом обтирань, обливань холодною водою, фізичних вправ, дотримання режиму сну і харчування.

Зайнчковська Н.М., Мишковська Т.В.

РОЗВИТОК ЗОРОВОГО НЕРВА В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник - к.мед.н. Лойтра А.О.)

Зачатки очних яблук у вигляді бічних випинів нервової пластинки переднього мозкового міхура з'являються у середині 3-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Ділянка, якою вказані випини лишаються сполученими з порожниною мозкового міхура, впродовж 4-5-го тижнів розвитку видовжується, перетворюючись у зорову ніжку. Зачатки очних яблук упродовж шостого тижня поступово збільшуються одночасно визначається віддалення зачатка очного яблука від зачатка головного мозку і, відповідно, подовження зорової ніжки. Остання залишається відносно товстою структурою, всередині якої по всій довжині визначається каналоподібна порожнина. В місці сполучення з порожниною зачатка проміжного мозку цей канал лікоподібно розширюється. Наприкінці зародкового періоду (зародки 11,5-13,0 мм ТКД) спостерігається вростання відростків нервових клітин внутрішнього шару очного яблука в зорову ніжку, тобто має місце початок формування зорового нерва. На початку перед плодового періоду розвитку зорова ніжка (кінець 7-го тижня) остаточно перетворюється на зачаток зорового нерва. Якщо у передплідів початку 7-го тижня (передплід 14,5 мм ТКД) відростки нервових клітин сітківки очного яблука заповнюють лише частину зорової ніжки, то наприкінці вказаного терміну (передплід 20,0 мм ТКД) нервові волокна стають основною структурою нерва і досягають проміжного мозку. У передплідів 8-го тижня зоровий нерв визначається як масивний нервовий стовбур довжиною від 850 до 980 мкм та товщиною 230-286 мкм. В очній ямці нерв розташований спереду дозад, ззовні досередини та дещо знизу доверху, конвергуючи у напрямку зорового каналу. Зоровий нерв виходить з очної ямки через широкий проміжок між зачатком тіла клиноподібної кістки та присереднім краєм малих крил. Довжина зорового нерва у передплідів 9-10-го тижня коливається від 1,2 мм до 1,5 мм, товщина - від 0,310 до 0,457 мм. Ззовні нерв оточений тонкою, щільною оболонкою, яка у місці виходу нерва з очного яблука зливається з зовнішньою оболонкою останнього. Пухка сполучна тканина оточує зоровий нерв з усіх боків. Хід нерва визначається як дещо висхідний. Виходить з очної ямки через канал, який на даний час значно ширший за нерв. Наприкінці передплодового періоду (11-12-ий тижні, передплід 55,0-79,0 мм ТКД) довжина зорового нерва збільшується з 1,5 мм до 3,0 мм, діаметр - з 0,5 до 0,8 мм. Як і раніше, зорові нерви мають конвергентний напрям. В зорових каналах нерви розташовані по центру; входячи в порожнину черепа, вони з'єднуються між собою.

Хід нерва у плодів 4-6-го місяців прямолінійний. Починаючи з 7-го місяця зоровий нерв набуває спочатку незначну, а в кінці плодового періоду достатньо виразну хвилеподібну зігнутість. Довжина зорового нерва зростає з $4,02 \pm 0,12$ мм у плодів 4-го місяця до $12,65 \pm 0,33$ мм наприкінці плодового періоду; при цьому спостерігається період прискореного (7-й та 10-й місяці) та сповільненого (4-6-й та 8-9-й місяці) його зростання.

Вирбицька С.В., Кашперук І.С.

ГІСТОАРХІТЕКТОНІКА МІХУРОВО-СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ПЛОДІВ ТРЕТЬОГО ТРИМЕСТРУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник - викл. Кашперук І.С. Ахтемійчук Ю.Т.)

Вади органів сечовидільної системи в останні роки в пренатальному періоді діагностуються найчастіше, їх частка складає 28-30% (Юшко Е.І., 2012). З'ясування будови міхурово-сечівникового сегмента на мікроскопічному рівні (Sulak Osman, 2011) має суттєве значення для перинатології та дитячої хірургії, як анатомічна основа для обґрунтування термінів і механізмів виникнення варіантів та природжених вад сечових шляхів, розроблення методів їх профілактики та хірургічної корекції (Ахтемійчук Ю.Т., 2008). Метою нашого дослідження було вивчити становлення тканинних шарів міхурово-сечівникового сегмента в динаміці третього триместру. Мікроскопічно у плодів третього триместру внутрішньоутробного періоду стінка сечового міхура побудована з внутрішньої, середньої та зовнішньої оболонок. Внутрішня утворена слизовою оболонкою та підслизовою основою, середня представлена м'язовою оболонкою, зовнішня – в ділянці верхівки та тіла сечового міхура очеревиною, а в межах шийки сечового міхура – адвентиційною оболонкою. Слизова оболонка сечового міхура представлена перехідним епітелієм. Власна пластинка слизової оболонки утворена пухкою волокнистою сполучною тканиною з великою кількістю кровоносних судин. Підслизова основа представлена пухкою волокнистою сполучною тканиною, в якій визначаються артеріальні та венозні кровоносні судини. Більша кількість судин спостерігається на рівні шийки сечового міхура. М'язова оболонка сечового міхура побудована з трьох не чітко відмежованих один від одного шарів – зовнішнього поздовжнього, внутрішнього поздовжнього та колового. Пучки колового та зовнішнього поздовжнього шарів переважають по товщині над внутрішнім поздовжнім. В 15 плодів третього триместру внутрішній м'яз-замікач сечівника утворений кільцем колового шару та передніми пучками зовнішнього поздовжнього шару, у 10 плодів – передніми пучками зовнішнього поздовжнього шару та поперечними пучками внутрішнього поздовжнього шару в межах трикутника сечового міхура; у 5 плодів – внутрішній м'яз-замікач сечівника представлений кільцем колового шару, потовщеним у передньообових відділах. У плодів чоловічої статі задні поздовжні пучки влітають в строму передміхурової залози, у плодів жіночої статі – в передню стінку піхви. Внутрішній поздовжній шар складається з добре виражених гладеньком'язових пучків, які розходяться в різних напрямках, переплітаючись з іншими шарами і переходять у внутрішній поздовжній шар сечівника. У плодів чоловічої статі особливо виражені передні та бічні групи гладеньком'язових пучків, у плодів жіночої статі вони рівномірно поширюються по всьому колу. Волокна колового шару мають спіральних напрямом, закінчуються в межах шийки сечового міхура.

Кизима І.М.

МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н.М.)

Нирки — один із найважливіших парних органів людини, який виконує низку важливих для організму функцій. Різні фактори (перевтома, стреси, інвазії, респіраторні та статеві інфекції, неправильне харчування) можуть впливати на порушення функції нирок та розвитку їх хвороб, зокрема ниркової недостатності. Розрізняють гостру та хронічну ниркову недостатність. Показом до трансплантації нирок є не тільки це захворювання, але і хронічні гломерулонефрит та пієлонефрит, полікістоз нирок, спадкові і набуті тубулопатії, аплазії і гіпоплазії нирок, вазоренальна гіпертензія, ревматоїдний артрит, цукровий діабет 1 і 2 типів, лікарняні нефропатії, подагра, первинний гіперпаратиреоз, гіперкальціємія, оскалоз, урологічні захворювання з обструкцією сечових шляхів.

Під час трансплантації нирки рекомендується проведення низки загальноприйнятих заходів, що знижують ризик розвитку тромбозів глибоких вен і наступних ускладнень, зв'язаних з операцією і хірургічним лікуванням. Трансплантат нирки можуть брати як від живого донора, так і мертвого. Використання нирок від живих родинних донорів не тільки рекомендується, але і повинно всіляко підтримуватися у зв'язку з найкращими результатами цих трансплантацій у порівнянні з пересадкою від трупних донорів. Вилучення нирки від донора, незалежно, мертвого чи живого, супроводжується хірургічним втручанням.

При вилученні нирки у живого донора частіше беруть ліву нирку, у якої більш довга вена, ретельно виділяють судини. У випадку, коли ниркова вена представлена декількома гілками, залишають більш широку гілку, а інші перев'язують. Якщо стовбури однакової величини, то їх виділяють до впадання в нижню порожнисту вену. Ниркову артерію також виділяють аж до її відведення від аорти. Сечовід ізолюється по довжині 12-15 см разом з жировою клітковиною. Нирку видаляють з організму донора, перев'язуючи і перетинаючи судини і сечовід. Вилучення нирки у живого донора може бути виконане шляхом лапароскопічного втручання.

Операція у зв'язку з вилученням в умовах смерті мозку тільки нирок виконується частіше єдиним блоком, коли виконують мультиорганний забір, видаляють разом з нирками і інші органи черевної порожнини. Після вилучення донорських нирок із трупа проводиться їх передтрансплантаційна обробка з видаленням зайвої жирової клітковини й інших тканин, стоншенням судинної ніжки, а також консервація як трупного, так і живого алотрансплантату методом безперфузійної холодової консервації з застосуванням розчину «Кустодіол» або «Віаспан», що забезпечують гарантовану 48-годинну консервацію нирок. Далі проводять саму трансплантацію в клубову ділянку шляхом анастомозування артерії і вени трансплантату з клубовими судинами реципієнта, сечоводу – із сечовим міхуром.

На сьогодні відома така статистика з трансплантації нирок: виживаність ниркових трансплантатів протягом року в загальному пулі трансплантаційних реципієнтів складає 80%; виживаність хворих протягом року в загальному пулі трансплантаційних реципієнтів складає 90%.

Колесник В.В., Тимочко Ю.Д., Хомко Б.О.

ВИКОРИСТАННЯ ТРИВИМІРНИХ МОДЕЛЕЙ БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ДОСЛІДЖЕННЯХ ВЕНТРИКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко
(науковий керівник - викл. Колесник В.В.)

Актуальність. Розвиток морфології та фізіології нервової системи відвернув увагу дослідників від питань загальної кількісної характеристики мінливості мозку, а це призвело до того, що і в даний час у більшості довідників та наукових оглядів подано неповні дані стосовно розмірів головного мозку та його структур. Опис основних етапів розвитку шлуночків головного мозку в постнатальному онтогенезі є фрагментарним і, практично, не висвітлює цієї проблеми у віковому аспекті.

Мета дослідження. Вивчити можливість використання тривимірного комп'ютерного реконструювання бічних шлуночків головного мозку новонароджених з метою прижиттєвої комплексної морфометрії їх складових.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідженні використано 15 комп'ютерних томограм головного мозку новонароджених віком 1-30 днів (8 дівчат та 7 хлопчиків). Для створення комп'ютерних моделей бічних шлуночків головного мозку використовували програмне забезпечення Photoshop CS2, Amira 5,0, 3 ds Max 8,0. Комп'ютерну реконструкцію бічних шлуночків проводили згідно рекомендацій І.В.Твердохліб (2007), І.Ю.Олійник та ін. (2011).

Результати досліджень. Розвиток асиметрії головного мозку починається ще у зародків, при цьому в більшості ембріонів виявлено збільшений об'єм лівої півкулі. Наше дослідження показало, що для головного мозку новонароджених характерною є обернена картина – об'єм правої півкулі переважає над лівою. Результати нашого дослідження корелюють з оприлюдненими результатами магнітно-резонансної енцефалометрії, які теж говорять про наявність міжпівкульної асиметрії головного мозку в дітей грудного віку з акцентом на переважання в більшості випадків розмірів правої півкулі над лівою. Застосування комп'ютерно-томографічної морфометрії з вимірюванням ширини центральної частини бічних шлуночків вказує на наявність у новонароджених ефекту "перехресту" або "ножиць" за статевою ознакою, тоді як заміри передньо-задніх розмірів бічних шлуночків підтверджують асиметрію півкуль головного мозку новонароджених.

Висновки. Застосування методу тривимірного комп'ютерного реконструювання за КТ-томограмами у нейроанатомічному дослідженні підтверджує і розвиває морфологічні обґрунтування застосування даного методу в сучасній анатомії. Результат морфометрії бічних шлуночків головного мозку новонароджених може слугувати орієнтиром фізіологічної норми для спеціалістів у галузі вікової нейроанатомії та нейрофізіології, а також у нейрохірургії для об'єктивізації стереотаксичних розрахунків і методів візуалізації.

Косован Д.М.

МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СЕРЦЯ. ШУНТУВАННЯ ТА СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ СУДИН СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н.М.)

Недостатність кровообігу, чи серцева недостатність (СН) - нездатність серця забезпечити кровообіг, що відповідав би метаболічним потребам організму. Найчастішими причинами СН є природжені та набуті вади серця, запальні захворювання серця (кардити), кардіоміопатії, фіброеластоз ендоміокарда, виражені та тривалі порушення ритму серця. Також такі захворювання, як хронічна анемія, тиреотоксикоз, тяжкі пневмонії, хвороби нирок, інфекційні токсикози, часто ускладнюються СН. За темпами розвитку декомпенсації СН поділяють на гостру і хронічну. Хронічна серцева недостатність (ХСН) у теперішній час належить до найбільш частих клінічних синдромів з поширеністю в популяції до 1%, а серед пацієнтів віком понад 80 років – до 10%. Принципи медикаментозної терапії СН полягають у боротьбі з затримкою натрію та води, застосуванні вазодилаторів і засобів, які мають позитивну інотропну дію.

Трансплантація серця показана у термінальній стадії СН (III–IV функціонального класу за NYHA) за умови, що будь-які інші методи медикаментозного чи хірургічного лікування неефективні та неперспективні, а тому є одним із найефективніших методів лікування. З грудня 1967 року в госпіталі Гроот-Шур в Кейптауні (Рим) професор Крістіан Барнард провів першу у світі трансплантацію серця 53-річному пацієнту Льюїсу Вашканському. Ідеальним донором для трансплантації серця є особа віком менше 40 років, що не мала захворювань серця у минулому та не перебувала під впливом факторів ризику. Найбільш частими післяопераційними ускладненнями є відторгнення, порушення ритму та провідності, інфекції, побічні ефекти імуносупресії. Серед порушень ритму та провідності після трансплантації найбільше значення мають брадиаритмії.

Атеросклероз, звуження коронарних артерій – найчастіше захворювання в сучасному світі. Ішемічна хвороба серця (ІХС) - це хвороба, яка об'єднує стенокардію, інфаркт міокарда і атеросклеротичний кардіосклероз, викликається звуженням просвіту коронарних судин, що призводить до недостатнього надходження кисню до серцевого м'яза.

Шунтування коронарних судин серця-це хірургічне втручання, в результаті якого відновлюється серцевий кровотік нижче місця звуження судини шляхом обхідного шунтування. Для обхідного шляху крові створюють шунти з фрагментів інших артерій і вен пацієнта. Найбільш часто для цього використовують внутрішню грудну артерію, яка розташовується з внутрішнього боку груднини або велику підшкірну вену, яка знаходиться на нозі. Для відновлення кровотоку венозні шунти під'єднують до аорти і потім підшивають до судини нижче місця звуження. Традиційне шунтування коронарних судин серця виконується через розріз на середині грудей, званий серединної стернотомією, але іноді можна виконати міністернотомію.

Альтернативою коронарному шунтуванню є стентування коронарних судин серця – практично безкровна операція, ризик якої в декілька разів менший і яка не потребує тривалого відновлювального періоду. 2 березня 2001 року Борис Михайлович Тодуров – кардіохірург - першим в Україні зробив пересадку серця.

Кривецький І.В., Нарсія В.І.

РОЗВИТОК ПЕРВИННИХ ЯДЕР СКОСТЕНІННЯ В ХРЕБЦЯХ ЛЮДСЬКИХ ЕМБРІОНІВ, ПЛОДІВ І НОВОНАРОДЖЕНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - д.мед.н. Кривецький В.В.)

За допомогою гістологічного дослідження, рентгенографії, звичайного і тонкого препарування, мікроскопії серійних зрізів за допомогою мікроскопа МБС-10 120-ти зародків, передплодів, плодів і новонароджених людини вивчалися терміни появи, кількість, форма і топографія первинних ядер скостеніння хребців. Рентгенографія хребців у трьох проекціях дає можливість знайти всі точки звапніння і ядра скостеніння хребців при будь-якій їхній кількості і розташуванні. Частина хребців піддавалася частковій корозії м'яких тканин 25о їдким калієм, після чого ядра скостеніння добре препарувалися. Для гістологічного дослідження ядер скостеніння, препарати фіксувалися у формаліні і заливалися в целлоїдин потім розрізалися на фронтальні, сагітальні і поперечні серії, причому, кожен препарат весь розрізався на серії. Товщина зрізів від 10 до 15 мкм. Зрізи фарбувалися гематоксилін-еозином і вивчалися за допомогою біокулярної лупи і мікроскопа. Наприкінці другого місяця пренатального життя майже одночасно з'являються первинні ядра скостеніння дуг шийних і верхніх грудних хребців; на третьому місяці вони виявляються до 2-го крижового хребця, на четвертому – до 3-го крижового, на п'ятому – шостому – до 4-го крижового, а в плодів у віці від семи до дев'яти місяців і в новонароджених утворюються ядра скостеніння напівдуг 5-го крижового хребця. На початку третього місяця внутрішньоутробного періоду з'являються ядра скостеніння тіл нижніх грудних і верхніх поперекових хребців; наприкінці третього місяця вони виявляються від 3-го шийного до 3-го крижового хребця; на четвертому місяці – від 2–3 шийного до 3–4 крижового, а на п'ятому-шостому місяці внутрішньоутробного періоду з'являється первинне ядро скостеніння тіла 5-го крижового хребця. В усіх хребцях, у тілі та дузі формується однакова кількість первинних ядер скостеніння. Так, до моменту скостеніння в кожному хребці утвориться три центри звапніння хрящової тканини: один у тілі і два в дузі, потім на місці що розсмоктується звапнілого хряща розвиваються три первинні ядра скостеніння: одне в тілі і два в дузі (по одному в кожній напівдузі) хребця. На нашому матеріалі у жодному хребці не виявлено більше, або менше трьох (одне в тілі і два в дузі) ядер скостеніння хребця. Можна припускати, що ті дослідники, що спостерігали в тілі хребця два, три, чотири і більше ядер скостеніння, у деяких випадках мали справу з аномаліями розвитку хребців, а в інших випадках, вони одержали невірні дані тому, що в первинному ядрі скостеніння анастомози між окремими кістковими балками і групами кісткових балок складаються з молоді кісткової тканини, що при звичайній рентгенографії не виявляється, а компактні ділянки кісткової речовини можуть бути прийняті за самостійні точки скостеніння, тим часом як вони представляють форму поперекового чи косоого зрізу виступів і бугрів, що утворилися на поверхні ядра скостеніння.

Отже, на підставі гістологічних зрізів можна робити висновок про кількість ядер скостеніння тільки в тому випадку, якщо весь хребець порізаний на серії.

Маліневська О.В.

УЗД-КАРТИНА ВНУТРІШНІХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ В НОРМІ І ДЕЯКИХ ПОШИРЕНИХ ПАТОЛОГІЯХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н.М.)

Ультразвукове обстеження займає дуже важливе значення в акушерстві та гінекології. Цей метод допомагає гінекологу поставити правильний діагноз, а в акушерстві є незамінним при спостереженні за протіканням вагітності та діагностики вроджених вад розвитку.

При УЗД органів малого тазу оцінюють: сечовий міхур-рідинне утворення, форма, розміри, контур і стінки якого залежать від ступеня наповнення. Саме сечовий міхур формує акустичне вікно, на тлі якого видно м*якотканинні (матка, яєчники, шийка матки, піхва, пухлини яєчників, злуки, ендометріодні гестеротопії) і рідинні (кровоносні судини, кісти) об'єкти.

До найбільш частих гінекологічних захворювань, які можна діагностувати за допомогою УЗД, відносять запальні захворювання, фіброміому тіла матки, генітальний ендометріоз, кісти яєчників, полікістоз та склерокістоз яєчників.

Ендометрит: єдиною достовірною ознакою посттравматичного ендометриту є видима на ехограмах ехонегативна зона запального набряку по периферії ендометрію, порожнина матки, як правило, розширена, вміст різноманітний (кров, згустки, тканина). Гідросальпінкс - накопичення рідини в просвіті маткової труби. В залежності від патологічного процесу і анатомічних особливостей труб можливі варіанти ультразвукової картини: однокамерне рідинне утворення; багатоканмерне рідинне утворення; абсцес. Фолікулярні кісти виникають внаслідок кістозної трансформації фолікула, що не проовулював. На УЗ однокамерне рідинне утворення, поряд з кістою локується інтактна тканина яєчника. Контур кісти рівний, чіткий, стінки тонкі. Для фолікулярної кісти характерне явище самоліквідації під час менструації. Серозні кісти найчастіше спостерігаються з однієї сторони, однокамерні, частіше розміщуються вище дна матки. Больові відчуття при цистаденомах розвиваються при великих розмірах кіст або при наявності злук. Максимальні больові відчуття розвиваються при перекруті ніжки кісти, хоча УЗ симптомів, специфічних для даного явища, немає. Ендометріодні кісти частіше однокамерні утворення, визначаються, як правило, з однієї сторони, капсула потовщена (від 2 до 6 мм), ехоцильність низька або середня. В порожнині кісти міститься рідина, неоднорідна за ехоструктурою. Розміри кісти залежать від фази менструального циклу. Фіброміома тіла матки – доброякісна пухлина матки. Розрізняють дифузну форму: збільшення матки за рахунок м'язової гіперплазії, і вузлову. По характеру розміщення розрізняють субмукозні, інтрамуральні і субсерозні вузли. Інтрамуральні вузли розміщені в міометрії (істинна міома), субмукозні вузли виходять в просвіт порожнини матки, а субсерозні - за межі тіла матки, деформуючи її контур. При ехографічному дослідженні можна оцінити стан матки, наявність контрацептивів, гіперпластичних процесів ендометрію, поліпів ендометрію, раку ендометрію, вагітність.

Та УЗ заключення - це лише частина обстеження, остаточний діагноз потрібно ставити на підставі комплексного дообстеження, враховуючи клінічні, лабораторні та інші методи дослідження.

Малик Ю.Ю., Пентелейчук Н.П.

ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНО РОЗТАШОВАНИХ СТРУН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ЛЮДИНИ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕТОДОМ СПЕКТРАЛЬНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

Кафедра медичної біології

(науковий керівник - д.мед.н. Федонюк Л.Я.)

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю розширення арсеналу діагностичних можливостей методів лазерної поляриметрії шляхом більш повного комплексного спектрополяриметричного вивчення біологічних тканин методом Мюллер–матричної поляризаційної діагностики, з використанням статистичного та кореляційного підходів для розробки комплексу оптичних методів діагностики будови нормально і аномально розташованих сухожилкових струн (АПС) лівого шлуночка (ЛШ) серця людини.

Метою дослідження було вивчити особливості лазерних поляриметричних характеристик структурних компонентів АПС ЛШ серця.

Матеріали дослідження: АПС ЛШ 9 сердець трупів людей.

Результати дослідження. Для дослідження використовувались незабарвлені зрізи АПС, товщиною 20-40 мкм, виготовлені на заморожуючому мікромомі. За допомогою оптичних приладів були отримані поляризаційні проєкції зображень АПС ЛШ, на яких чітко розмежовуються топологія колагенових і м'язових волокон, в яких статистично оброблялись поляризаційні прояви окремих струн і кореляційна характеристика їх просторово-топологічного розташування. У поляризаційно виділених ділянках, які неможливо виявити світловою мікроскопією, проводилась локальна спектро-поляриметрія.

В результаті дослідження статистичної та кореляційної структури спектральних залежностей двовимірних елементів матриці Мюллера та фазових зсувів в окремих ділянках гістологічних зрізів певної морфологічної будови встановлені взаємозв'язки між розподілами орієнтацій оптичних осей двоприменезаломлюючих міозинових мікрофіламентів і колагенових фібрил з сукупністю статистичних моментів, які характеризують розподіли елементів матриці Мюллера в різних спектральних діапазонах і півширинами відповідних автокореляційних функцій. Виявили діагностичну чутливість до зміни оптико-анізотропної складової біологічних об'єктів статистичних і кореляційних параметрів. Встановлено взаємозв'язок статистичних моментів, півширини автокореляційних функцій і дисперсії флуктуацій спектрів потужності двовимірних розподілів елементів матриці Мюллера із статистичними параметрами орієнтацій оптичних осей та фазових зсувів біологічних кристалів. Його покладено в основу аналізу експериментальних досліджень для діагностики і диференціації спектральних проявів оптичної анізотропії нормально і аномально розташованих сухожилкових струн лівого шлуночка серця людини.

Таким чином, отримані лазерні зображення гістологічних зрізів доповнюють результати світлооптичних досліджень про особливості ультраструктури складових АПС ЛШ серця людей, що допоможе в диференційній діагностиці патології клапанного апарату серця.

Малик Ю.Ю.

БУДОВА АНОМАЛЬНО РОЗТАШОВАНИХ СТРУН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ЛЮДИНИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ МЕТОДОМ СВІТЛОВОЇ МІКРОСКОПІЇ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

Кафедра медичної біології

(науковий керівник - д.мед.н. Федонюк Л.Я.)

Актуальність. Важко переоцінити роль клапанного апарату серця у функціонуванні серцево-судинної системи, а також у розвитку різноманітних патологічних процесів підклапанних структур і кардіоваскулярних розладів. Нормальне функціонування клапанного комплексу залежить, в першу чергу, від взаємозв'язку його структурних компонентів. Відхилення в будові стулок, сухожилкових струн, соскоподібних м'язів призводить до невідповідності елементів і неузгодженій роботі всього клапанного комплексу. Мінливість будови клапанного апарату серця, якісні та кількісні відхилення від «стандартних» параметрів часто обумовлені аномальним розвитком сполучної тканини, що підтверджується при дослідженні аномально розташованих струн (АПС).

Метою дослідження було дослідити особливості морфологічної будови структурних компонентів АПС лівого шлуночка серця методом світлової мікроскопії.

Матеріали дослідження: АПС лівого шлуночка 9 сердець трупів людей.

Результати дослідження. При світлооптичному дослідженні зрізів (забарвлених за допомогою методик Вейгерт-Ван-Гізона і Слінченко) всіх АПС нами виявлено, що їх поверхня була вкрита ендокардом, що складався з поверхневого шару ендотеліоцитів і глибше розташованого шару еластичних волокон. У багатьох випадках АПС при мікроскопічному дослідженні мали травматичне пошкодження, локальний і розповсюджений фіброз. Остов АПС складали щільно упаковані, прямолінійно спрямовані пучки спіралеподібних товстих колагенових волокон. Інколи спостерігалися дезорганізація колагенових волокон із розволокненням і фрагментацією їх пучків. В більшості випадків зустрічались серцеві м'язові клітини, які переплітались між собою не утворюючи чіткого каркасу, інколи локалізувались остриями і часто супроводжувались кровоносними судинами. В деяких випадках м'язові клітини були тільки в місцях прикріплення, інколи простягалися вздовж всієї струни. В окремих випадках струна виглядала ніби поділена вздовж навпіл: одна половина мала сполучно-тканинну будову, інша утворена м'язовим компонентом.

Висновки. Гістологічне дослідження АПС потребує ще подальших морфологічних досліджень їх тканинної та клітинної будови, оскільки їхній зв'язок із серцево-судинною патологією є незаперечним. Ці знання допоможуть в диференційній діагностиці патології клапанного апарату серця та у прогнозуванні та попередженні таких ускладнень, як розрив струн, аритмічний синдром, тромбоемболія судин та ін., що виникають у осіб із АПС.

Войтко М.Я., Мельник Д.С., Соловянчик О.В., Мельник А.Є.

ГІСТОАРХІТЕКТОНІКА МІХУРОВО-СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА РАННІХ ПЛОДІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(*науковий керівник - д.мед.н. Ахтемійчук Ю.Т. викл. Кашперук-Карпюк І.С.*)

Мікроскопічно у плодів другого триместру стінка сечового міхура представлена внутрішньою, середньою та зовнішньою оболонками. Внутрішня оболонка утворена слизовою оболонкою та підслизовою основою, середня представлена м'язовою оболонкою, зовнішня – в ділянці верхівки та тіла сечового міхура очеревиною, а в межах шийки сечового міхура – адвентиційною оболонкою. Слизова оболонка сечового міхура вкрита перехідним епітелієм або циліндричним багаторядним епітелієм, під ним простежується добре виражена власна пластинка, під якою розташовуються поодинокі кровоносні судини. В слизовій оболонці сечового міхура визначається велика кількість складок. Власна пластинка слизової оболонки у плодів другого триместру значно розвинена, утворена пухкою волокнистою сполучною тканиною, в якій визначаються невелика кількість кровоносних судин. Підслизова основа представлена пухкою волокнистою сполучною тканиною. Гістологічні ознаки трикутника міхура (Льето) у плодів другого триместру погано диференціюються. На задній стінці сечового міхура складки слизової оболонки простежуються до рівня вічка сечоводів. Вершина трикутника міхура визначається на рівні внутрішнього вічка сечівника. М'язова оболонка сечового міхура побудована з трьох не чітко відмежованих один від одного шарів – зовнішнього поздовжнього, внутрішнього поздовжнього та середнього колового. Між шарами м'язової оболонки та м'язовими волокнами містяться прошарки сполучної тканини. Пучки середнього колового та зовнішнього поздовжнього шарів переважають по товщині над внутрішнім поздовжнім. Зовнішній поздовжній шар складається з передніх та задніх поздовжніх пучків. Передні простягаються від верхівки сечового міхура до його шийки. На рівні шийки сечового міхура гладеньком'язові пучки групуються, товщають, частина з них влітається в передню стінку сечівника, інша частина оббиває спереду проксимальний відділ сечівника, утворюючи передню арку. Задні поздовжні пучки зовнішнього поздовжнього шару довші від передніх поздовжніх пучків і за товщиною переважають над ними. У плодів чоловічої статі другого триместру зовнішній поздовжній шар спереду з'єднаний з лобковим симфізом, а на задній стінці з передміхуровою залозою. У плодів жіночої статі зовнішній поздовжній шар позаду з'єднаний з передньою стінкою піхви. Внутрішній поздовжній шар складається з тонких гладеньком'язових пучків, які простягаються у різних напрямках, переплітаючись з іншими шарами. В межах шийки ці пучки концентруються навколо поздовжньої осі, потім переходять у внутрішній поздовжній шар сечівника. У плодів чоловічої статі другого триместру краще виражені передні та бічні групи гладеньком'язових пучків, у плодів жіночої статі вони рівномірно поширюються по всьому колу. На рівні внутрішнього поздовжнього шару між глибоким трикутником і підслизовою основою сечового міхура знаходиться поверхневий трикутник міхура. Пучки середнього колового шару закінчуються в межах шийки сечового міхура.

Нітеш С.С.

ЕМБРІОГЕНЕЗ СЕЧО-СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(*науковий керівник - к.мед.н. Марчук Ф.Д.*)

На 5-му тижні внутрішньоутробного розвитку спостерігаються початкові етапи утворення первинних зачатків органів зародка, що супроводжуються процесом відмежування його від позаембріональних структур. При цьому формуються вентральна та бічні стінки тіла зародка. Цей процес чітко спостерігається як на рівні краніального, так і каудального відділів. У каудальній частині виявляється клоакальна мембрана та алантоїс як випин передньої стінки задньої кишки. Алантоїс розміщується у напрямку черевної стінки зародка, з'єднуючись з іншими структурами в ділянці майбутнього пупкового кільця. В мезодермі алантоїста закладаються судини, які утворюють систему пупкових судин. У цей період найбільшого розвитку досягає нервова трубка, що є аксіальним (осьовим) органом дорзальної частини зародка. На гістологічних зрізах спинна струна має вигляд поздовжнього тяжа з клітинної маси, розміщеної вентральніше зачатка нервової трубки.

Характерною особливістю даної стадії розвитку є формування первинних сегментів із паракордальної мезодерми. Наприкінці 4-го тижня їх налічується понад 38 пар. У подальшому розвитку стінок зародка спостерігаються зміни форми бічних частин сегментів, вони набувають форми пластинок, що складаються з двох шарів: пристінкового та нутрощевого, які примикають відповідно до ектодерми та ендодерми амніотичної порожнини та жовткового мішка, після чого утворюється порожнина зародка – целом.

Первинні нирки (мезонефроси) є найбільшими органами зародка і простягаються від рівня третього шийного до першого крижового сегментів, тобто майже на всю його довжину. Первинна нирка на цій стадії налічує 56 мезонефральних клубочків, розмежованих прошарками ущільнених мезенхімних клітин. Первинні нирки розміщуються вертикально обабіч хребтового стовпа та дорсальної аорти. Краніальні полюси первинних нирок межують з нечітко вираженими плеврокардіальними складками. Середні ділянки мезонефросів потовщені в передньо-задньому напрямку, а краніальні і каудальні стоншені, внаслідок чого мезонефроси мають веретеноподібну форму.

На фоні мезенхіми, що утворює основну масу мезонефросів, визначаються мезонефральні тільця, які складаються з капсули та судинного клубочка. Порожнини капсул за допомогою каналців з'єднуються з мезонефральною протокою (протокою Вольфа), яка розташована на бічній поверхні мезонефроса. Обидві мезонефральні протоки мають низхідний напрямок, на рівні нижніх полюсів первинних нирок зміщуються медіально, зближуючись між собою, і впадають у дорсальну стінку клоаки. Безпосередньо над місцем впадіння мезонефральних проток у клоаку міститься незначний випин протоки (брунька), оточений у вигляді «капелюшка» мезонефральною бластемою. До задніх поверхонь мезонефросів прилягають задні кардинальні вени, каудальні відділи яких розміщуються на задньобічних поверхнях їхніх нижніх полюсів. Передні поверхні мезонефросів опуклі і виступають у порожнину целома, внаслідок чого між бічними поверхнями мезонефросів і задніми кардинальними венами утворюються неглибокі поздовжні борозни.

Нестерук С.О.

ОСОБЛИВОСТІ ВІКОВОЇ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЕЧОВОГО МІХУРА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна
Кафедра ендоскопії з малоінвазивною хірургією, урологією, ортопедією та травматологією
(науковий керівник - д.мед.н. Гнатюк М.С.)

В експерименті на статевозрілих свинях-самцях в'єтнамської породи морфометричними методами вивчено вікові особливості ремоделювання гемомікроциркуляторного русла сечового міхура. Всебічним аналізом встановлено, що з віком проходило виражене ремоделювання ланок мікрогемоциркуляторного русла сечового міхура. Виявлено, що приносні, виносні, обмінні та ланки мікрогемоциркуляторного русла у неущкодженному сечовому міхурі свиней - самців в'єтнамської породи з віком зазнали вираженої структурної перебудови. При цьому з'ясовано, що приносна ланка мікрогемоциркуляторного русла (артеріоли, прекапіляри) мали тенденцію до звуження. Виносна ланка мікрогемоциркуляторного русла (посткапіляри, венули) неущкодженого сечового міхура у дослідних тварин старшої вікової групи мала тенденцію до розширення просвіту. Необхідно також зазначити, що у даних експериментальних умовах зменшувалася щільність судин мікрогемоциркуляторного русла.

Домінуюче вікове розширення венозної частини гемомікроциркуляторного русла призводить до венозного повнокров'я вказаних судин і може ускладнюватися гіпоксією. Остання призводить до катаральних явищ у слизових оболонках: ексудації, альтерації, а також проліферації. Яка при гіпoksії в першу чергу стосується ендотеліальних клітин. Вікове звуження артеріол, прекапілярів свідчить про погіршення доступу артеріальної крові з поживними біологічно активними речовинами до клітин та тканин, зменшення просвіту капілярів – призводить до погіршення обмінних процесів. Розширення посткапілярів та венул може ускладнюватися венозним застоєм, гіпоксією, вираженим набряком перивазальних структур, що ще у більшій мірі ускладнює обмінні процеси, посилює стан тканинної гіпoksії.

Отже, вікова структурна перебудова гемомікроциркуляторного русла характеризується звуженням його приносної, обмінної, розширенням венозної частини, що свідчить про деяке погіршення його функціональної спроможності.

Орипова А.Ф.

МОРФОЛОГИЯ ИНТРАМУРАЛЬНОГО НЕРВНОГО АППАРАТА ТОЩЕЙ КИШКИ ПЛОДОВ КРОЛИКОВ, ПОДВЕРГНУТЫХ ВЛИЯНИЮ ПЕСТИЦИДОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии
(научный руководитель - к.мед.н. Дехконов Т.Д.)

Изучение влияния пестицидов через организм матери во время беременности на плоды является недостаточно изученным и актуальным вопросом.

Цель исследования. Изучение влияния отравления пестицидом крольчих во время беременности на нервный аппарат тощей кишки ее плодов.

Материал и методы изучения. Нами изучена морфология интрамурального нервного аппарата тощей кишки плодов крольчих в позднем пренатальном онтогенезе при нормальной физиологической беременности (6 плодов) и у плодов крольчих, отравленных пестицидом в период беременности (8 плодов). Гистотопографические срезы, приклеенные на предметное стекло, импрегнировали по Бильшовскому-Гросс, по Кампосу.

Результаты исследования. Дифференцированные нервные клетки в стенке тощей кишки выявляются у плодов кроликов 20-дневного возраста. Они расположены на стороне брыжейки тощей кишки, образуя ганглиозные скопления. Если у плодов контрольных кроликов такие ганглиозные скопления обнаруживаются в 20-дневном возрасте, то у плодов экспериментальных животных они обнаруживаются в 24-25-суточном возрасте. Ганглиозные скопления нейронов располагаются в подслизистой основе и содержат много нейробластов. В их цитоплазме удаётся обнаруживать рыхло расположенные нейрофибриллы, которые хорошо видны у места отхождения отростков. Они проявляют повышенное сродство к азотнокислому серебру, что является косвенным признаком формирования нейрофибрилл в их цитоплазме. У плодов экспериментальных кроликов дифференцированных нейронов в скоплениях меньше и их отростки сравнительно короткие и менее разветвленные. Одним из характерных морфологических реакций нервных структур интрамурального нервного аппарата стенки тощей кишки является реакция глиальных элементов. Отмечается увеличения плотности и интенсивности импрегнации их у плодов экспериментальной группы. Таким образом, дифференцировка структурных компонентов интрамурального нервного аппарата тощей кишки их плодов по морфологическим и морфометрическим параметрам заметно отстают от таких показателей плодов кроликов контрольной группы.

Орипова А.Ф., Орипов Ф.С.

МОРФОЛОГИЯ ИНТРАМУРАЛЬНОГО НЕРВНОГО АППАРАТА ТОЩЕЙ КИШКИ ПЛОДОВ КРОЛИКОВ, ПОДВЕРГНУТЫХ ВЛИЯНИЮ ПЕСТИЦИДОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии

(научный руководитель - д.мед.н. Дехканов Т.Д.)

Изучение влияния пестицидов через организм матери во время беременности на плоды является недостаточно изученным и актуальным вопросом.

Цель исследования. Изучение влияния отравления пестицидом крольчих во время беременности на нервный аппарат тощей кишки ее плодов.

Материал и методы изучения. Нами изучена морфология интрамурального нервного аппарата тощей кишки плодов крольчих в позднем пренатальном онтогенезе при нормальной физиологической беременности (6 плодов) и у плодов крольчих, отравленных пестицидом в период беременности (8 плодов). Гистотопографические срезы, приклеенные на предметное стекло, импрегнировали по Бильшовскому-Гросс, по Кампосу.

Результаты исследования. Дифференцированные нервные клетки в стенке тощей кишки выявляются у плодов кроликов 20-дневного возраста. Они расположены на стороне брыжейки тощей кишки, образуя ганглиозные скопления. Если у плодов контрольных кроликов такие ганглиозные скопления обнаруживаются в 20-дневном возрасте, то у плодов экспериментальных животных они обнаруживаются в 24-25-суточном возрасте. Ганглиозные скопления нейронов располагаются в подслизистой основе и содержат много нейробластов. В их цитоплазме удаётся обнаруживать рыхло расположенные нейрофибриллы, которые хорошо видны у места отхождения отростков. Они проявляют повышенное сродство к азотнокислому серебру, что является косвенным признаком формирования нейрофибрилл в их цитоплазме. У плодов экспериментальных кроликов дифференцированных нейронов в скоплениях меньше и их отростки сравнительно короткие и менее разветвленные. Одним из характерных морфологических реакций нервных структур интрамурального нервного аппарата стенки тощей кишки является реакция глиальных элементов. Отмечается увеличения плотности и интенсивности импрегнации их у плодов экспериментальной группы. Таким образом, дифференцировка структурных компонентов интрамурального нервного аппарата тощей кишки их плодов по морфологическим и морфометрическим параметрам заметно отстают от таких показателей плодов кроликов контрольной группы.

Панькевич М.В., Іваніцький А.В.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОГЕНЕЗУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Процак Т.В.)

Вивчення особливостей розвитку і становлення стінок верхньощелепних пазух (ВП) проведено на 37 препаратах передплідів та плідів людини (31,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТДК)) методами гістологічного дослідження, препарування і морфометрії.

Встановлено, що на початку 3-го місяця внутрішньоутробного розвитку (передплід 31,0-41,0 мм ТДК) внаслідок випинання слизової оболонки середнього носового ходу вище основи нижньої носової раковини в оточуючу мезенхіму виявляється зачаток ВП. Латеральніше від зачатка пазухи розташована хрящова капсула бічної стінки носової порожнини. На цій стадії розвитку форма ВП наближається до овальної. Її передньозадній розмір становить 0,3-0,4 мм, поперечний – 0,02-0,07 мм і вертикальний – 0,06-0,07 мм. Наприкінці 3-го місяця розвитку передньозадній розмір ВП збільшується до 1,1-1,3 мм, поперечний – до 0,15-0,18 мм і вертикальний – 0,13-0,22 мм.

На початку плодового періоду людини ВП має овальну форму і розташована біля основи нижньої носової раковини. Дно пазухи топічно знаходиться на 1,0 мм вище дна носової порожнини. Від нижнього носового ходу її відділяє шар пухкої сполучної тканини товщиною 0,45-0,5 мм, від середнього – 0,5-0,65 мм, а від очної ямки – 0,6-0,74 мм. На 5-му місяці внутрішньоутробного розвитку варіабельність форми правої і лівої ВП можна представити такими видами: округла, овальна та округло-овальна. Передньозадній розмір правої ВП становить 2,0-2,2 мм, поперечний – 0,18-0,21 мм, вертикальний – 0,25-0,3 мм, а розміри лівої ВП відповідно дорівнюють: 1,8-2,0 мм, 0,16-0,19 мм, 0,23-0,25 мм. У 6-місячних плідів (12 спостережень) вперше виявляється асиметрія форми та розмірів ВП. Так, справа у 50% випадків спостерігається овальна форма, у 33% – округла і у 17% – округло-овальна. Зліва округла форма пазухи зустрічається у 58% випадків, овальна – у 33%, округло-овальна – у 9%. На цій стадії розвитку ВП знаходиться за початковим відділом нижньої носової раковини. Упродовж 8-10 місяців спостерігається інтенсивний розвиток ВП. Передньозадній розмір правої ВП становить 5,0-5,5 мм, поперечний – 1,0-1,2 мм та вертикальний – 2,0-2,5 мм, а лівої відповідно: 4,5-5,0 мм, 0,8-1,0 мм, 1,9-2,2 мм.

Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю., Агазаде Л.М.

МАКРО- І МІКРОСКОПІЧНА БУДОВА СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАННИХ АПАРАТІВ СЕРДЕЦЬ ПЛОДІВ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна
Кафедра медичної біології*(науковий керівник - д.мед.н. Федонюк Л.Я.)*

Актуальність. Незважаючи на велику кількість морфологічних досліджень, присвячених розвитку та структурній організації серця в пренатальному періоді онтогенезу, до цього часу залишається ще багато суперечливих питань, які пов'язані з макро- і мікроскопічною будовою сухожилкових струн, як одного із компонентів клапанного апарату серця.

Мета. Встановити морфологічні особливості будови сухожилкових струн передсердно-шлуночкових клапанів серцець плодів.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на тристулкових і мітральних клапанах 8 серцець плодів. При дослідженні використовували макроскопічний та метод світлової мікроскопії.

Результати дослідження. За результатами макроскопічного дослідження було встановлено, що лівий передсердно-шлуночковий клапан складається, в основному, з двох стулок: передньої та задньої; правий, в основному, з трьох: передньої, перегородкової та задньої. При цьому кожна стулка була зв'язана з відповідним соскоподібним м'язом за допомогою сухожилкових струн, які є одним із компонентів передсердно-шлуночкових клапанних апаратів серця. Сухожилкові струни мали вигляд тонких ниток, неоднакової довжини та товщини і починалися, зазвичай, від верхівок соскоподібних м'язів та фіксувалися до стулок передсердно-шлуночкових клапанів. Максимальна кількість сухожилкових струн у лівому шлуночку плодів складала 49, у правому шлуночку – 36. Мінімальна їх кількість у лівому шлуночку – 24, у правому шлуночку – 19.

Дослідження, виконані за допомогою світлооптичної мікроскопії, показали, що при забарвленні поздовжніх зрізів сухожилкових струн гематоксиліном-еозином їх поверхня виглядає рівною та вкрита одним шаром плоских клітин – ендотеліоцитів. Основу сухожилкової струни складають щільно упаковані пучки колагенових волокон, між якими залягає велика кількість клітин фібробластичного ряду.

Висновки. Морфологічний аналіз клапанів серця показав, що лівий передсердно-шлуночковий клапан складається, в основному, з двох стулок, а правий – з трьох. Максимальна кількість сухожилкових струн в обох шлуночках - 85, мінімальна - 43. Основу сухожилкової струни складають щільно упаковані пучки колагенових волокон.

Пентелейчук Н.П., Мілевська О.А.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ПОЛЯРИЗАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН СЕРДЕЦЬ ПЛОДІВ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна
Кафедра медичної біології*(науковий керівник - д.мед.н. Федонюк Л.Я.)*

Актуальність. За останні 5 років методи і засоби лазерної поляриметрії почали широко впроваджувати для дослідження структурних властивостей біологічних тканин, які являються оптично-неоднорідними структурами. Лазерна поляриметрія це один із методів, що дозволяє виявити просторово розподілені властивості об'єкта, визначити наявність розподілу ділянок розсіювання, отримати локальну інформацію про тканину, що є актуальним для диференційної діагностики її патологічних процесів.

Метою є вивчення гістологічних препаратів за допомогою світлової мікроскопії, а також за допомогою методу лазерної поляриметрії.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на сухожилкових струнах тристулкових та мітральних клапанів, взятих із 8 серцець плодів.

Для вивчення морфологічної будови сухожилкових струн одержаний матеріал фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну, зневоднювали, після чого матеріал заключали у парафін і виготовляли гістологічні зрізи товщиною 10 мкм, фарбували гематоксиліном і еозином за стандартними методиками. Поляризаційні зображення тканини сухожилкових струн клапанного апарату серця отримували за допомогою мікрооб'єктива. Для оцінки діагностичних можливостей статистичного аналізу зображень тканини сухожилкових струн клапанного апарату серця досліджувалися депарафінізовані незафарбовані гістологічні зрізи (15 препаратів), товщиною 20-40 мкм.

Результати дослідження. За даними світлової мікроскопії сухожилкові струни плодів поділили на фіброзні та фіброзно-м'язові. Сухожилкові струни фіброзного типу склалися із щільно упакованих пучків колагенових волокон, між якими залягала велика кількість клітин фібробластичного ряду. Сухожилкові струни фіброзно-м'язового типу, в основному, склалися із пучків колагенових волокон та невеликої кількості серцевих м'язових клітин, які переважно розміщувалися біля верхівки соскоподібних м'язів.

Морфологічна будова тканини сухожилкових струн клапанного апарату серця плодів з точки зору лазерної оптики розглядалася як двохкомпонентна аморфно-кристалічна структура - матриця. Аморфний компонент – неструктуровані білки, що є поляризаційно-ізотропні (оптично неактивні). Кристалічний компонент – колагенові та міозинові білки - є просторово зорієнтованими двоприменезаломлюючими протейновими фібрилами. Метод поляризаційної візуалізації архітектонічної структури біологічної тканини морфологічного типу дозволяє впровадити статистичний аналіз координатних розподілів поляризаційних параметрів полів розсіяного лазерного випромінювання.

Висновки. Виконані світлооптичні та поляризаційні дослідження сухожилкових струн клапанів серця плодів дозволили встановити параметри норми поляризаційних властивостей тканини сухожилкових струн клапанного апарату серця.

Проняєв Д.В.

АГЕНЕЗІЯ МАТКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Ахтемійчук Ю.Т.)

Провідне місце серед усіх природжених вад займають вади центральної нервової системи (32,63%), на другому місці знаходяться вади нирок (15,16%). Найменша частота спостерігається серед вад статевих органів (2,29%), що може бути пов'язано з труднощами при діагностиці. За останні 5 років показник малюкової смертності в країні було знижено на 17,3% (з 11,0 до 9,1 на 1000 народжених живими відповідно у 2007 та 2011 рр.). У джерелах літератури зустрічаються фрагментарні повідомлення про морфогенез і різні природжені вади жіночих статевих органів. Однак, дотепер бракує фундаментальних робіт щодо класифікації природжених вад жіночих статевих органів.

При анатомічному дослідженні плода 210 мм ТПД нами було виявлено аномальний варіант анатомії та топографії внутрішніх жіночих статевих органів. Правий яєчник має вигляд видовженого округлого, S-подібно вигнутого циліндра, довжиною 14 мм, шириною 2 мм, товщиною 0,8 мм займає висхідне положення. Спрямований косо: дорсо-краніально та медіально. Верхній кінець яєчника на 5 мм нижче біфуркації аорти, дещо прикритий правою загальною клубовою веною. Медіально стикається з загальними клубовими артерією та веною. Латерально по всій довжині яєчник стикається з «умовною правою матковою трубою». Вентральна поверхня правого яєчника вкрита петлями тонкої кишки.

Лівий яєчник має вигляд прямого, видовженого тригранника, дещо спіралеподібно закрученого навколо своєї осі. Його довжина 13 мм, ширина 3 мм і товщина 1 мм. Лівий яєчник розміщений на 5 мм нижче правого. Спрямований так само як і правий яєчник дорсо-краніально та медіально але дещо вертикальніше. З медіальної сторони стикається з лівою загальною клубовою артерією. Дорсально до лівого яєчника прилягає «умовна ліва маткова труба». З латеральної та вентральної сторони лівий яєчник вкритий петлями тонкої кишки.

Проняєв Д.В., Топор О.Д.

ПЕРИНАТАЛЬНИЙ АНГІОГЕНЕЗ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО СЕГМЕНТА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Ахтемійчук Ю.Т.)

Згідно з результатами досліджень, проведених нами та деякими авторами, починаючи з четвертого місяця внутрішньоутробного розвитку, відбувається ріст і утворення численних анастомозів між гілками клубово-ободовокишкової артерії та басейнами інших гілок верхньої брижової артерії. Утворення анастомозів та перерозподіл кровотоку, залежно від морфофункціональних особливостей розвитку певної ділянки даного сегмента, змінює ангиоархітектоніку клубово-сліпокишкового сегменту. У результаті чого в складі судинного русла можна виділити такі структурні одиниці, як артеріальні дуги та кільця. Залежно від цього ми вважаємо, що можна виділити два типи розгалуження клубово-ободовокишкової артерії: 1 – магістральний: всі гілки почергово відходять від стовбура клубово-ободовокишкової артерії, без чітких анастомозів між собою та басейном клубовокишкової артерії; 2 – розсіпний: гілки клубово-ободовокишкової артерії утворювали аркади, артеріальні кільця, численні додаткові гілки та анастомози як між собою, так і з іншими гілками верхньої брижової артерії.

Результати наших досліджень суперечать з даними деяких дослідників, які вважають, що для кожного окремого випадку характерний певний тип розгалуження клубово-ободовокишкової артерії. Ми вважаємо, що тип її розгалуження динамічно змінюється впродовж плодового періоду та в новонароджених.

У результаті дослідження встановлено певні вікові особливості розгалуження клубово-ободовокишкової артерії та динаміку їх зміни. У плодів четвертого-п'ятого місяців клубово-сліпокишковий сегмент кровопостачається відносно гірше, ніж у плодів інших вікових груп. Розгалуження клубово-ободовокишкової артерії відбувається в основному за магістральним типом. У середині плодового періоду, у результаті інтенсивного росту та анастомозування, магістральний тип розгалуження клубово-ободовокишкової артерії змінюється на розсіпний, з'являються артеріальні кільця та дуги. Виділення у складі судинного русла артеріальних кілець та дуг є дещо відносним, адже в процесі розвитку вони можуть взаємозамінятись. Але ми вважаємо, за доцільне їх виділяти на окремому етапі розвитку.

Артеріальне русло клубово-сліпокишкового сегмента кишечника новонароджених, являє собою розгалужену судинну сітку, яка характеризується наявністю як численних артеріальних дуг, так і кілець.

Ми погоджуємося з більшістю дослідників, що постійними гілками клубово-ободовокишкової артерії є ободовокишкова гілка, клубовокишкова гілка, артерії червоподібного відростка, передня та задня сліпокишкові артерії. Їх кількість, як і ділянки кровопостачання, є суворо індивідуальними. Крім того, у кровопостачанні кожного з компонентів клубово-сліпокишкового переходу беруть участь й додаткові гілки.

Процак Т.В., Панькевич М.В., Сенів Н.В., Іваніцький А.В.

МОРФОГЕНЕЗ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ УПРОДОВЖ 5-ГО ТА 6-ГО МІСЯЦІВ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЕРІОДУ РОЗВИТКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - д.мед.н. Макар Б.Г.)

Усі органи формуються у внутрішньоутробному періоді життя людини, тому будова організму дитини і дорослої людини може бути зрозумілою, якщо всебічно вивчити його ембріональний розвиток. Варіанти будови і топографії структур, органів і органокомплексів залежать від їх просторово-часових взаємовідношень з суміжними структурами і в багатьох випадках визначаються особливостями їх розвитку у пренатальному періоді онтогенезу.

Метами гістологічного, рентгенологічного дослідження, препарування, морфометрії вивчено розвиток верхньощелепних пазух (ВЩП) на 14-ти препаратах плодів 5-го (плоди 136,0-185,0 мм ТКД) та 6-го (186,0-230,0 мм ТКД) місяців внутрішньоутробного періоду розвитку.

Нами встановлено, що ВЩП розташована в тілі верхньої щелепи латеральніше основи нижньої носової раковини. Відзначається збільшення висоти пазухи і відносно зменшення діаметра природного її отвору. Нижня стінка пазухи розташована на 1,0-1,4 мм вище дна носової порожнини. Від нижнього носового ходу її відмежовує шар сполучної тканини товщиною 0,5-0,55 мм, від середнього носового ходу – 0,7-0,75 мм, а від очної ямки – 0,8-0,86 мм. У даному віковому періоді виявляється варіабельність форми правої і лівої ВЩП у вигляді кулястої, овальної та кулясто-овальної форм. Передньо-задній розмір правої ВЩП становить 2,0-2,2 мм, поперечний – 0,18-0,21 мм, вертикальний – 0,25-0,3 мм; лівої відповідно: 1,8-2,0; 0,16-0,19; 0,23-0,25 мм. Слід зазначити, що пазухи обмежені твердим остовом верхньої щелепи. На даному етапі внутрішньоутробного розвитку у слизовій оболонці ВЩП чітко виявляються залози. При рентгенографічному дослідженні голів у передній проекції виявляються острівці скостеніння в ділянці нижніх відділів медіальних стінок очних ямок. На бічних рентгенограмах визначаються затемнені неправильної, наближеної до овальної форми ділянки діаметром 2-4 мм в ділянці фолікулів із зачатками зубів.

Дослідження трупів плодів 6-го місяця показало, що ВЩП розташована латеральніше основи нижньої носової раковини. Її нижня стінка знаходиться на 2,0-2,2 мм вище дна носової порожнини. ВЩП вистелені слизовою оболонкою, товщина якої досягає 0,24-0,3 мм. Передньо-задній розмір правої пазухи становить 4,5-5,0 мм, поперечний – 0,4-0,5 мм, вертикальний – 1,2-1,4 мм, лівої відповідно: 4,2-4,7; 0,3-0,4; 1,1-1,3 мм. На цій стадії розвитку виявляється асиметрія форми ВЩП. Так, справа у 50 % випадків спостерігається овальна форма, у 33% – куляста і у 17% – кулясто-овальна. Зліва куляста форма пазухи зустрічається у 58% випадків, овальна – у 33%, кулясто-овальна – у 9%. На рентгенограмах голів плодів 6-місячного віку в передній проекції острівці скостеніння мають таку ж контрастність, як і на попередній стадії розвитку. На бічних рентгенограмах простежуються затемнені ділянки неправильної, частіше овальної форми діаметром 3-5 мм.

Процак Т.В., Бруневич Е.Г., Лінська А.О., Лісна О.І.

РЕНТГЕНАТОМІЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - д.мед.н. Макар Б.Г.)

Вивчення рентгенологічних особливостей розвитку і становлення стінок верхньощелепних пазух (ВЩП) проведено на 28 рентгенограмах препаратів плодів людини (81,0-375,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД)) у передній та бічних проекціях.

У плодів 4-го місяця (81,0-135,0 мм ТКД) рентгенографічно в передній проекції простежуються острівці скостеніння овальної форми біля нижньолатеральних країв грушоподібного отвору та в ділянці нижніх відділів медіальних стінок очних ямок. Між острівцями скостеніння простежується ділянка просвітлення, яку слід вважати місцем початку формування ВЩП. На рентгенограмах голови у бічній проекції спостерігається вогнище просвітлення трикутної форми між острівцями скостеніння медіальної стінки очної ямки і твердого піднебіння, обернене основою допереду. Отже, впродовж 4-го місяця внутрішньоутробного періоду розвитку рентгенографічно визначається місце формування ВЩП.

Провівши рентгенологічне дослідження препаратів плодів 5-го місяця внутрішньоутробного періоду розвитку (плоди 136,0-185,0 мм ТКД) у передній проекції, ми встановили, що у цьому віковому періоді виявляються такі ж острівці скостеніння, як і у 4-місячних плодів. На бічних рентгенограмах визначаються затемнені ділянки, неправильної, наближеної до овальної, форми діаметром 2,0-4,0 мм в ділянці фолікулів із зачатками зубів.

Дослідження плодів 6-го місяця (186,0-230,0 мм ТКД) показало, що ВЩП на рентгенограмах у передній проекції острівці скостеніння мають таку ж контрастність, як і на попередніх стадіях розвитку, проте на бічних знімках простежуються затемнені ділянки неправильної, частіше овальної форми діаметром 3,0-5,0 мм.

Рентгенографічно у плодів 7-8-місячного віку (231,0–310,0 мм ТКД) у передній проекції ділянки локалізації ВЩП визначаються чіткіше, ніж у плодів попередньої вікової групи. Як зліва, так і справа виявляються темні ділянки, що відповідають фолікулам зубних зачатків. На відміну від останніх пазуха у 7-8-ми місячних плодів на рентгенограмі має щілиноподібну форму, не пневматизована. Проекція фолікулів зубних зачатків визначається нижче ВЩП. На рентгенограмах виявляються затемнені ділянки неправильної, овальної форми, діаметром 6,0-8,0 мм в ділянці фолікулів із зачатками зубів.

На рентгенограмах голів у плодів 9-10 місячного віку (311,0–375,0 мм ТКД) в передній проекції спостерігається збільшення острівців скостеніння стінок пазух у порівнянні з 7-8-місячними плодами. На бічних рентгенограмах цього ж віку простежуються затемнені ділянки неправильної, частіше овальної форми, діаметром 9,0-10,0 мм в ділянці фолікулів із зачатками зубів.

На основі проведеного дослідження можна зробити висновок, що протягом усього плодового періоду, починаючи з 4-го місяця внутрішньоутробного розвитку рентгенологічні ознаки меж ВЩП стають чіткіші і нагадують порожнину овальної форми.

Процак Т.В., Дзьоба І.В., Кожухар А.В., Сліжук М.Я.

ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - д.мед.н. Макар Б.Г.)

Групи захворювань органів дихання та органів чуття, до яких відноситься ЛОР-патологія, займають одне з провідних місць в структурі дитячої захворюваності і мають тенденцію до росту з віком, що зумовлює велике медико-соціальне значення даної патології. Запалення приносних пазух продовжує залишатись однією із найбільш частих патологій в дитячій оториноларингології. Приносні пазухи розглядають як систему резервних анатомічних утворень, призначених для захисту організму і, в першу чергу, вмісту очної ямки і порожнини черепа від впливу різних шкідливих факторів, які містяться у навколишньому середовищі.

Метами гістологічного дослідження, препарування та морфометрії вивчено розвиток верхньощелепних пазух на 8-ми препаратах новонароджених людини.

Верхньощелепні пазухи на цій стадії розвитку мають уже сформовану порожнину овальної форми, і знаходяться латеральніше основи нижньої носової раковини або дещо вище від неї. Нижня стінка пазух знаходиться на 4,0-5,0 мм вище твердого піднебіння. Її вертикальний розмір дорівнює 4,0 мм, поперечний – 3,0 мм, а передньозадній не перевищує 8,0 мм. Від нижнього і середнього носових ходів вони розташовані на відстані 2,0-3,0 мм, а від нижньої стінки очної ямки – 1,5-2,0 мм. Верхня (очноямкова) стінка відмежована від очної ямки хрящовою тканиною завтовшки 1,0-1,5 мм. Бічна стінка пазух закінчується на рівні підочномкового каналу. Медіально вона знаходиться біля слезового мішка. Досить вузькою є нижня стінка, шар кісткової тканини товщиною 1,5-2,0 мм відмежує її від зубних комірок. Присередня стінка відповідає середньому носовому ходу і представлена тільки дуплікатурою слизової оболонки. Передній край присередньої стінки досягає заднього краю носо-слезового каналу. Передня стінка досить коротка і товщина кісткової тканини не більше 8,0 мм. У зв'язку з вросанням слизової оболонки у верхньощелепні пазухи, які все більше пневматизуються, відповідно цьому відбувається і формування її слизових залоз. Із простих трубчастих і альвеолярних виявляються уже складні трубчасто-альвеолярні і альвеолярні залози. Залози субепітеліального шару слизової оболонки верхньощелепних пазух розташовані окремими рядами. Найбільша концентрація залоз виявляється на присередній стінці пазух і особливо у ділянці їх природних отворів, які межують із залозами слизової оболонки середнього носового ходу.

Соловей М.М., Гораш Є.В.

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ПЛОДІВ ТРЕТЬОГО ТРИМЕСТРУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Ахтемійчук Ю.Т.)

Проблеми патології дистального відділу товстої кишки, пов'язані з порушенням дефекації у новонароджених, зумовлені зростанням кількості дітей як з патологією шлунково-кишкового тракту (ШКТ) в цілому, так і з патологією сигмоподібної ободової та прямої кишок зокрема (Кедик Л.В. и др., 2004). Природжену кишкову непрохідність може спричинити десмін у разі його персистенції з плодового періоду розвитку (Y.Watanade, et. al., 1997). Відсутність цілісного уявлення про механізми розвитку природжених вад термінального відділу шлунково-кишкового тракту зумовлює необхідність анатомічного дослідження сигморектального сегмента в ранньому періоді онтогенезу людини. Дослідження проведено на 31 препараті 7-9-місячних плодів (305,0-420,0 мм ТПД) з використанням комплексу методів морфологічного дослідження. Вивчено діапазон анатомічної мінливості сигмоподібної ободової кишки, динаміку гістологічних перетворень стінки сигморектального сегмента у третьому триместрі внутрішньоутробного розвитку.

У динаміці третього триместру внутрішньоутробного розвитку відбувається прискорений ріст сигмоподібної ободової кишки в довжину та збільшення діаметру компонентів сигморектального сегмента. Макроскопічними ознаками сигморектального сегмента у плодів 7-9 місяців варто вважати звуження кишкової трубки в місці переходу сигмоподібної ободової кишки у пряму; відсутність випинів та жирових привісок у межах сигморектального сегмента; перехід стрічок сигмоподібної ободової кишки у суцільний поздовжній м'язовий шар прямої кишки; переважання діаметрів очеревинного відділу прямої кишки та дистального відділу сигмоподібної ободової кишки над діаметром сигморектального переходу; наявність півкільцевої складки слизової оболонки, розташованої поперечно до осі кишки, на рівні переходу сигмоподібної ободової кишки у пряму.

Стельмах В.В.

ЕМБРИОГЕНЕЗ ТА ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ВАД СЕРЦЯ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Гаїна Н.І.)

Серце людини – один з самих важливих і складних за структурою та функцією орган. Відомо, що форма, структура та топографія серця, як органа, що функціонує без перерви упродовж життя людини, тісно пов'язані з умовами життєдіяльності організму, в результаті чого даний орган значно змінюється в різні вікові періоди.

Важливою та актуальною проблемою сучасної медичної науки є розробка ефективних засобів попередження, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань, які є найбільш розповсюдженими і найчастіше призводять до інвалідності та смертності населення у відносно молодому, працездатному віці. Розвиток сучасної кардіології та кардіохірургії, який супроводжується новими пропозиціями в діагностиці, лікуванні та профілактиці різних уражень серця, висуває високі вимоги до анатомічного обґрунтування нових коригувальних та діагностичних методів і прийомів.

На 3-му тижні внутрішньоутробного розвитку в ділянці шії з мезенхіми утворюються два ендокардіальні мішки, оточені ззовні міоепікардіальними пластинками з вісцеральної мезодерми. В майбутньому з ендокардіальних мішків розвивається ендокард, а з міоепікардіальних пластинок – міокард і епікард. До кінця 3-го тижня ендокардіальні мішки і міоепікардіальні пластинки формують серцеву трубку. Серце в процесі розвитку проходить наступні стадії. Однокамерне серце – має вигляд S- подібно вигнутої серцевої трубки. В задній відділ (венозний синус) серцевої трубки впадають дві пупкові вени та дві жовткові вени, від переднього відділу відходить артеріальний стовбур. Трикамерне серце – формується на 4-му тижні, коли з'являється складка – міжпередсердна перегородка з овальним отвором, а вушковый канал перетворюється у два передсердно-шлуночкові отвори. Чотирикамерне серце – формується на 5-му тижні, коли утворюється міжшлуночкова перегородка, артеріальний стовбур ділиться на аорту і легеневий стовбур, права кардинальна вена перетворюється у верхню порожнисту вену, ліва кардинальна вена – у вилкову венозну пазуху. Між аортою і легеневим стовбуром є артеріальна (Боталлова) протока. Після народження дитини овальний отвір і артеріальна протока закриваються.

Флуєраш О.А., Проняев Д.В.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПЛОДОВ

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии

(научный руководитель - д.мед.н. Ахтемийчук Ю.Т.)

Материалом исследования послужили 50 трупов плодов. Исследования проводились современными и классическими методами. При высокой фиксации правого яичника он оказывается прикрытым червеобразным отростком. В таких случаях он может локализоваться в нижнем подвздошнокишечном или ретроцекальном углублениях брюшины, а подвешивающая связка яичника может брать начало широкой основой от брыжейки червеобразного отростка, поясничной фасции и корня брыжейки. Предположим, что данная топография правого яичника в будущем может стать причиной затруднения дифференцировки диагноза его заболеваний и патологии червеобразного отростка. В начальных стадиях плодного периода собственные связки правого и левого яичников почти одинаковой длины, толщина собственных связок яичников составляет $0,45 \pm 0,04$ мм. Подвешивающие связки яичников имеют вид тонких, прозрачных пучков соединительной ткани. Локализация места начала связки является переменным. В большинстве случаев они начинаются от фасции большой поясничной мышцы. Также подвешивающая связка яичника может начинаться от различных участков париетальной и висцеральной брюшины: брыжейка червеобразного отростка, подвздошной кишки, сигмовидной кишки и др. Далее связка направляется вниз к брыжейке яичника. В толще подвешивающих связок расположены сосуды яичника. Длина подвешивающей связки правого яичника составляет $4,0 \pm 0,2$ мм а левого $5,5 \pm 0,3$. Генетически обусловленным является факт высокого положения правого яичника, чем в свою очередь обусловлено превалирование длины левой подвешивающей связки яичника. Длина брыжейки левого яичника 850 ± 250 мкм, правого – 700 ± 30 мкм, толщина левого яичника 92 ± 3 мкм, и толщина – 150 ± 20 мкм. Обе брыжейки окружены мезенхимой и погружаются в паренхиму яичников со стороны ворот, которые расположены на дорсолатеральной поверхности яичников. В толще брыжейки наблюдали сосудистые сплетения. У плодов 5-го месяца собственные связки яичников представлены короткими тяжами: длина правой – $1,5 \pm 0,1$, а левой – $2,2 \pm 0,2$. Длина подвешивающей связки правого яичника – $3,0 \pm 0,3$, а левого – $3,2 \pm 0,2$. В их толще проходят яичниковые артерии в сопровождении одноименных вен.

У плодов 6-ти месяцев подвешивающая связка яичника подходит к маточному концу яичника, в ее составе различают яичниковая артерия и вена. Собственная связка яичника длиной $4,7 \pm 0,5$ мм крепится к задней поверхности матки ниже маточной трубы. Брыжейка яичника имеет длину $12,0 \pm 0,9$ мм и ширину $1,6 \pm 0,2$ мм. В некоторых случаях она не является частью широкой связки матки. Брыжейка яичников на данном этапе развития еще выражены слабо.

У плодов 7-ми месяцев к заднему листку широкой связки матки одноименной брыжейкой шириной 10 мм крепится яичник. Собственная связка яичника длиной 3,0 мм размещается от маточного конца яичника до задней поверхности тела или дна матки. Подвешивающая связка яичника – короткая отходит от латеральной части брыжейки яичника и крепится к поясничной фасции, вмещает в себе яичниковые сосуды: вену и артерию.

Юрчик Д.С., Руснак В.Ф., Бойчук О.М.

ВАДИ РОЗВИТКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

(науковий керівник - викл. Руснак В.Ф.)

Актуальність. З кожним роком частота виникнення природжених вад розвитку як окремих органів так і цілих систем організму неухильно зростає. Вади розвитку жовчного міхура посідають окреме місце у педіатрії та дитячій хірургії і становлять 6-8% від усіх природжених вад. Анатомічні варіанти розвитку варіюються, але не всі вади можна розглядати як патологічні процеси.

Мета. Розглянути основні вади розвитку жовчного міхура.

До природжених вад розвитку належать:

1. Рухливий "блукаючий" жовчний міхур який з усіх боків вкритий очеревиною, не має ложа і з'єднаний з печінкою дуплікатурою серозної оболонки, яка є по суті брижею жовчного міхура. Відсутність фіксації призводить до завороту і перегину жовчного міхура.

2. Внутрішньопечінковий жовчний міхур. Проявляється у 8-11% дітей з вродженими вадами гепатобіліарної системи. Розташування жовчного міхура в тканині печінки саме по собі не дає клінічних проявів.

3. Додатковий (подвоєний) жовчний міхур зустрічається рідко – 0,02-0,04% спостережень. Можливі різні варіанти, коли обидві міхурові протоки двох окремо розташованих жовчних міхурів зливаються перед з'єднанням у загальну печінкову протоку, 2 міхура мають загальну міхурову протоку, або один впадає у печінкову протоку, а інший входить у паренхіму печінки.

4. Внутрішньоміхурові перегородки. Локалізуються в різних відділах жовчного міхура. Частіше зустрічаються поперечні перегородки в ділянці дна і тіла.

5. Дивертикули жовчного міхура. Вони представляють одинокі або множинні випинання стінки жовчного міхура. В основі виникнення даної аномалії лежить вроджений дефект стінки – недорозвинений або відсутній еластичний каркас.

6. Атрезія, гіпоплазія жовчного міхура, зустрічається разом з атрезією жовчновидільних шляхів, насамперед жовчної протоки і характеризується фіброзними змінами стінки жовчного міхура та протоки, точковим просвітом аж до повного зарощення.

7. Деформації жовчного міхура. До них належать вродженні перегини та перетяжки. Деформації жовчного міхура знаходять майже з однаковою частотою у здорових дітей (20%) і дітей із захворюваннями жовчовидільної системи (17,2%).

Висновки. 1. Аномалії розвитку пов'язані з порушенням будови стінки або фіксаційного апарату жовчного міхура. 2. Вади розвитку не спричиняють захворювання жовчовидільної системи, але сприяють їхньому виникненню. 3. Аномалії зустрічаються в 6-8% від усіх вад розвитку, тому вони рідкісні.



Неврологія

Neurology

Kubias J.

THE COMPARISON OF THE INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE RESULTS OF SUBTHALAMIC DEEP BRAIN STIMULATION IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OF OLOMOUC, THE CZECH REPUBLIC

Palacky University, Olomouc, Czech Republic

Neurology

(scientific advisor - prof. Nevrlý M.)

The deep brain stimulation (DBS) is a modulational method of stereotactic neurosurgery. The primary aim of this method is the treatment of extrapyramidal motoric disorders by continual electrode stimulation of certain deep brain structures. Our study concerns the deep brain stimulation of the subthalamic nucleus (STN) in patients suffering from idiopathic Parkinson disease.

Comparison of the clinical effect of stimulation during the operation with the effect 4 weeks after the operation during the first setting of the neurostimulator. The purpose of this comparison was to unveil possible complications of the early postoperative period in the means of the electrode shift, its imperfect adoption and others.

For our study, we used the stimulation results of 17 patients (11 men and 6 women) in the average age of 62.2 years who were all treated in The Center for Diagnostics and Treatment of Neurodegenerative Diseases of the University Hospital in Olomouc, the Czech Republic. The whole procedure of DBS consisted of placement of a stereotactic frame in a local anesthesia, locating the STN by fusion of MR and CT images with the stating of 3D coordinates on the circle of the stereotactic frame with final microrecording. After calculating the exact trajectory in the means of Cartesian equation, we set the exact coordinates on the frame and after the trepanation of the calva, we inserted parallelly 5 registrational electrodes (central, anterior, posterior, medial, lateral) in the direction of STN. We started stimulation after the location of the electrode with the most representative registrational pattern of STN. We stimulate under several values of voltage in several positions of the quadripolar electrode. While the patient is completely awake, we examine the changes in patient's rigidity (R), tremor (T) and akinesia (A) compared to patient's individual baseline. Baseline is tested under no medication using the motoric part of the UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale). We were paying attention to the possible side effects of the stimulation as well. The results were neatly marked in the operational protocol. At the end of the operation, the testing electrode was changed by the permanent one which was fixed to the calva. The whole procedure is usually performed bilaterally during one operation. The neurostimulators are implanted subclavicularly few days later. We repeat the stimulatory procedure 4 weeks after the operation and the results were written down in the postoperative protocol. Finally, we compare the results in both protocols.

There were no significant differences in the intraoperative and postoperative results. There was an evident improvement in rigidity of 8 patients and akinesia of 6 patients postoperatively. The tremor values were not sufficient for making statistics.

All the patients results finally settled over the level of baseline which makes the DBS of STN in our hospital 100% successful.

Антимис О.І.

ВПЛИВ ГІРУДОТЕРАПІЇ НА СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко

(науковий керівник - к.мед.н. Яремчук О.Б.)

Порушення вищих мозкових функцій у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) вважаються одними з найбільш достовірних клінічних критеріїв діагностики, а отже і оцінки ефективності проведеного лікування.

З метою дослідження змін когнітивних функцій у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію атеросклеротичного та гіпертонічного генезу в процесі комплексного лікування із застосуванням гірудотерапії було обстежено 60 хворих на ДЕ II стадії, що розвинулась на тлі церебрального атеросклерозу (ЦА) та гіпертонічної хвороби (ГХ) у віці від 55 до 73 років. Усі хворі були розділені на дві групи: I група – 20 хворих, які отримували базисне медикаментозне лікування, II група – 40 хворих, яким на тлі базисного лікування проводилась гірудотерапія за загальноприйнятою схемою. З метою об'єктивної оцінки порушення вищих мозкових функцій застосовувався метод дослідження когнітивних викликаних потенціалів. Нейропсихологічне дослідження включало: дослідження уваги за допомогою методики "Пошук чисел за таблицями Шульте", дослідження розумової працездатності за методикою серійний рахунок "100-7", дослідження пам'яті за методикою "Запам'ятовування десяти слів".

Після проведеного лікування у переважної кількості хворих спостерігалась позитивна динаміка неврологічної симптоматики, вірогідна за більшістю показників у другій групі. У обстежених хворих до лікування спостерігалось статистично вірогідне збільшення латентного періоду компоненту Р300. Після лікування в першій групі виявлено зменшення періоду компоненту Р300 на 8,3%, а в другій - на 12,4%, що вказує на більш виражене покращення когнітивних функцій у хворих другої групи.

У хворих, які отримували базисне медикаментозне лікування, спостерігалось вірогідне покращення показників уваги за тестом Крипеліна на 18,6% та тенденція до покращення за таблицями Шульте - на 17,1%, за таблицею Горбова - на 14,4%. В осіб, яким проводилась гірудотерапія, вірогідно покращились показники уваги: час відшукування чисел за таблицею Шульте на 20,2%, за таблицею Горбова - на 15,0%. Довготривала пам'ять покращилась на 10,8% у першій групі хворих та на 16,2% у другій групі хворих.

Таким чином, комплексне лікування з використанням гірудотерапії є більш ефективним щодо покращення когнітивних функцій порівняно з базисним медикаментозним лікуванням у хворих на ДЕ II стадії, що дозволяє рекомендувати використання гірудотерапії в комплексі заходів по реабілітації зазначеної категорії хворих.

Балог Д.Т., Савка Р.Ф., Навчук Д.І.

КІНЕЗОТЕРАПІЯ ПРИ КИЛАХ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО РІВНЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко

(науковий керівник - к.мед.н. Васильєва Н.В.)

Актуальність. Частота ішіалгій, викликаних утворенням кили на попереково-крижовому рівні, складає 1-3% у загальній популяції населення. При цьому найбільш часто зустрічаються кили LV-SI диску (47%) та LIV-LV диску (45%). Незважаючи на сучасний рівень нейрохірургічного лікування, достатньо високим залишається відсоток ускладнень, який призводить до довготривалого відновлюючого періоду та/або стійкої непрацездатності.

Мета. Порівняти ефективність консервативного лікування та лікування із застосуванням кінезотерапії в усуненні больового синдрому, зняття компресії корінцевих структур, відновлення функцій.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилися 2 групи пацієнтів віком 40-59 років, які проходили стаціонарне лікування у неврологічному відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні з діагнозами: «Радикулоішемія L5 (паралізуючий ішіас)», «Радикулопатія L5» або «Радикулопатія S1». За допомогою MPT у всіх випадках було діагностовано бокові, медіанні або парамедіанні кили дисків LIV-LV, LV-SI. Пацієнти 1-ї групи (17 осіб) отримували медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти, судинні і протинабрякову терапію). 15 пацієнтів 2-ї групи додатково виконували індивідуальні вправи на профілакторі Євмінова (під наглядом спеціалістів фізіотерапевтичного відділення), які були направлені на дистракцію поперекового відділу та тренування м'язового корсету.

Результати дослідження. Больовий синдром при килах диску LIV-LV локалізувався по зовнішній поверхні ноги до 1-го пальця, а при килах диску LV-SI – по задній поверхні ноги до 5-го пальця. У 93,75% пацієнтів при огляді нахил вперед і в хворий бік був різко обмежений з вираженим напруженням паравертебральних м'язів, сколіозом і згладженим поперековим лордозом. При килах диску LIV-LV спостерігалась гіпестезія по зовнішній поверхні гомілки і внутрішній поверхні стопи, парез м'язів-розгиначів великого пальця і стопи, колінний і ахіловий рефлекс зберігались. При килах диску LV-SI гіпестезія локалізувалася по зовнішній поверхні стопи і підшви, випадав ахіловий рефлекс з парезом м'язів-згиначів великого пальця.

Після проведеного лікування тривалістю 2 тижні, відмічалось значне покращення стану пацієнтів обох груп. Пацієнти 2-ї групи продовжували виконувати комплекс вправ протягом наступних 6 місяців. Динамічний нагляд за ними показав, що у 64,7% хворих 1-ї групи і всього лише у 26,6% пацієнтів 2-ї спостерігались рецидиви захворювання протягом цього часу.

Висновки. Таким чином, медикаментозна лікування у поєднанні з кінезотерапією є більш ефективним при лікуванні больових синдромів, викликаних килами попереково-крижового відділу хребта.

Бойчук Н.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФЕНОТРОПІЛУ ПРИ ВЕГЕТАТИВНІЙ ДИСТОНІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко

(науковий керівник - д.мед.н. Кричун І.І.)

Актуальність. Вегетативна дистонія (ВД) виявляється у більш ніж 50% людей. У структурі ВД окрім судинних порушень, облігатними є порушення в емоційній сфері, зниження пам'яті, концентрації уваги і здатності до засвоєння нової інформації.

Метою дослідження було вивчення ефективності ноотропного препарату фенотропілу в корекції проявів ВД у студентів-медиків.

Матеріали та методи. Обстежено 67 студентів 4 курсу медичного факультету Буковинського державного медичного університету. Для виявлення ступеня вегетативних порушень та їх динаміки під впливом лікування були використані анкети О.М. Вейна (2000). Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми "BioStat" з використанням кутового Фі-перетворення Фішера.

Результати дослідження. З 67 анкетованих студентів тільки 12 (18%) виявились без ознак ВД (по анкеті набрали від 0 до 19 балів, що відповідає відсутності вегетативних порушень), у інших 55 (82%) - сума набраних балів склала від 25 до 76, що відповідає наявності ВД. З виявлених 55 студентів з проявами ВД 29 погодились прийняти місячний курс лікування фенотропілом в дозі 100 мг 2 рази в першій половині дня. Вже після початку прийому препарату всі без виключення пацієнти відзначали покращання настрою та підвищення працездатності. У 4-х пацієнтів після прийому першої дози виникло почуття внутрішньої напруги та «зайвої» енергії, що примусило їх відмовитись від подальшого прийому препарату. Статистичний аналіз показав вірогідне зменшення проявів зниженої працездатності та швидкої втомлюваності (з 93,1 % до 44,8%, $p < 0,005$) та відчуття запаморочення (з 68,9% до 20,7%, $p < 0,01$). Важливим є також те, що після курсового застосування препарату не спостерігався розвиток медикаментозної залежності та "синдрому відміни". Дуже сподобалась пацієнтам здатність препарату проявляти свою тонізуючу дію в когнітивній сфері буквально через 20-30 хвилин після прийому однієї таблетки. Така властивість препарату є неоціненною для студентів, особливо в період сесії.

Висновки. В результаті виконання роботи показана ефективність фенотропілу в корекції проявів ВД, особливо в когнітивній сфері, як курсовим лікуванням, так і періодичним прийомом одноразових доз при потребі швидкого підвищення здатності до засвоєння інформації, наприклад у період сесії.

Горін К.В., Жуковський О.О.

ЗМІНИ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ У ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко
(науковий керівник - к.мед.н. Жуковський О.О.)

Достатньо часто оцінку динаміки посттравматичних змін при легких нейротравмах серйозно ускладнює відсутність об'єктивних критеріїв порушення функціонального стану нервової системи. Тому, метою нашої роботи було дослідити ступінь змін викликаних потенціалів (ВП) мозку у хворих на посттравматичну енцефалопатію (ПЕ). В основу роботи покладено матеріал електрофізіологічного дослідження 20 пацієнтів з діагнозом ПЕ віком від 44 до 57 років. Дослідження ВП проводилось за допомогою багатофункціонального комп'ютерного комплексу "Нейро-МВП" (Росія). Електроди накладались за міжнародною схемою "10-20". Виділення та позначення компонентів ВП проводилось за прийнятими у вітчизняній нейрофізіології критеріями.

Дослідження зорових викликаних потенціалів дозволяє отримати об'єктивну інформацію про функціональний стан зорового аналізатора на різних рівнях. Вважається, що ранні компоненти (P1, N1, P2) є показниками провідності власне по зоровим нервам, пізні ж компоненти потенціалу є чутливими до порушень у неспецифічних системах мозку. У 75% хворих спостерігалось подовження латентних періодів пізніх компонентів зорових викликаних потенціалів, генез яких обумовлений аферентним притоком від ретикулярних утворень, таламічних ядер, медіа-базальних відділів лімбічної кори. Дані зміни ми пояснюємо наявністю порушень у лімбіко-ретикулярній системі внаслідок дифузного аксонального пошкодження. Це підтверджує наявність у обстежених хворих певної суб'єктивної та об'єктивної неврологічної симптоматики: дратівливість, лабільність пульсу та артеріального тиску, астеничні порушення. Показники амплітуд компонентів зорових ВП у пацієнтів не відрізнялися від нормальних. Також нами не виявлено відхилень з боку показників латентних періодів ранніх та середніх компонентів, які відображають провідність імпульсу по зоровим нервам.

Маслянчук О.О., Комаровський І.С., Федак І.П.

ЗАСТОСУВАННЯ НООТРОПІВ В ЛІКУВАННІ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ, ЯКА ОБУМОВЛЕНА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко
(науковий керівник - к.мед.н. Васильєва Н.В.)

Актуальність. Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) займає перше місце за розповсюдженістю серед цереброваскулярних захворювань. Провідними причинами її виникнення є артеріальна гіпертензія, атеросклероз, цукровий діабет, хвороби серця тощо. Отже, пошук шляхів корекції вказаної патології є важливою проблемою сучасної неврології.

Мета. Оцінка ефективності курсового застосування комбінованого ноотропного препарату Тіоцетам на якість реабілітації пацієнтів з ДЕ.

Матеріали і методи. Обстежено 19 пацієнтів з ДЕ II стадії, яка була обумовлена гіпертонічною хворобою (19 пацієнтів). Середній вік по групі склав $62,0 \pm 1,4$ року. Пацієнти були поділені на 2 підгрупи. Пацієнти 1-ї підгрупи (9 осіб) отримували базисне лікування, яке включало судинну терапію, антиагрегант, ноотроп та антиоксидант. Пацієнти 2-ї підгрупи (10 осіб) замість антиоксидантів та звичайних ноотропів приймали комбінований ноотропний препарат Тіоцетам per os в дозі 1500 мг, яка була рівномірно розподілена на 3 прийоми. З метою оцінки клінічної ефективності препарату було проведено комплексне клініко-неврологічне та нейропсихологічне обстеження, зокрема MMSE - для вивчення загальної когнітивної продуктивності пацієнтів. Проводилися інструментальні методи обстеження для підтвердження діагнозу: КТ або МРТ головного мозку, УЗДГ екстра- та інтракраніальних судин головного мозку, офтальмоскопія, електрокардіографія, біохімічне дослідження крові (гематокрит, ліпідний спектр та цукор крові, коагулограма).

Результати дослідження. Обстеження пацієнтів до лікування виявило багатоосередковий характер неврологічних проявів та наявність когнітивних розладів. В неврологічному статусі домінувала осередкова симптоматика у вигляді симптомів орального автоматизму, окорухових розладів, пірамідної та мозочкової недостатності, аміостатичного синдрому.

При використанні Тіоцетаму у пацієнтів вірогідно зменшувалась частота та інтенсивність суб'єктивної симптоматики. Також спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану. Об'єктивно зменшилися ознаки пірамідної та мозочкової недостатності, покращилися показники когнітивних функцій за даними MMSE тестування, даними тестів на оцінку вербальної та зорової пам'яті.

Висновки. Курсовий прийом комбінованого ноотропа Тіоцетаму у складі базисного лікування пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією різного генезу є ефективним з клінічної точки зору.

Лукианова І.М., Філіпець О.О.

ДИНАМІКА ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ІПІДАКРИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАСЛІДКАМИ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко
(науковий керівник - к.мед.н. Філіпець О.О.)

Діагностика і лікування мозкового інсульту залишається однією з найгостріших проблем охорони здоров'я, що пов'язано з їх високою частотою та значними наслідками для пацієнтів і суспільства. Ця патологія характеризується високим рівнем інвалідизації та смертності. Ефективна реабілітація, розпочата у найбільш ранні терміни після інсульту може прискорити процес одужання та мінімізувати неврологічний і функціональний дефіцит.

Метою нашого дослідження стало визначення впливу інгібітора холінерастери, блокатора калієвої проникності мембрани іпідакрину на динаміку відновлення рухових функцій пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт.

Обстежено 54 пацієнта (31 жінку і 23 чоловіків), які перебували на плановому реабілітаційному лікуванні у ранньому відновному періоді після перенесеного ішемічного інсульту (1-6 місяців після початку інсульту). Середній вік пацієнтів – 66,3±2,7 року. До дослідження не залучались пацієнти з вираженою брадикардією, стенокардією, бронхіальною астмою, гіперкінезами, епілепсією, нервово-м'язовими захворюваннями, ураженням периферичної нервової системи. Об'єктивний неврологічний статус оцінювали традиційно. Ступінь порушення рухових функцій кінцівок проводили за 5-бальною шкалою інсульту Національного інституту здоров'я.

Пацієнти розділені на дві групи (основну і контрольну) по 27 осіб кожна, які були ідентичними за рівнем неврологічного дефіциту. Пацієнти обох груп отримували стандартизовану судинну і метаболічну терапію, фізіотерапевтичну і рухову реабілітацію. Тривалість перебування у стаціонарі становила 14-18 днів. До лікування пацієнтів основної групи додано іпідакрин внутрішньом'язово по 2 мл 0,5% розчину 2 рази на день упродовж 10 днів.

Визначення динаміки рухових порушень показало, що і в основній, і у контрольній групах переважали ознаки помірного геміпарезу (силу в кінцівках оцінювали відповідно в 3,1±0,4 та 3,5±0,5 балу). На фоні проведеного лікування відмічено збільшення показників до 3,8±0,3 балу в основній ($p<0,05$) і до 4,0±0,4 ($p\sim 0,05$) у контрольній групах у поєднанні з незначними змінами м'язового тону в паретичних кінцівках. Достовірне зменшення ступеня парезу в основній групі свідчить про позитивний вплив іпідакрину на відновлення рухового дефіциту.

Таким чином, результати комплексної терапії у пацієнтів у ранньому відновному періоді після перенесеного ішемічного інсульту показали, що призначення іпідакрину підвищує ефективність реабілітаційних заходів сприяє більш швидкому регресу рухових неврологічних симптомів.

Новикова Л.В., Кузнецов А.А.

ПОЛУШАРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ПОВТОРНОГО МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина
Кафедра нервных болезней

(научный руководитель - д.мед.н. Козёлкин А.А.)

Цель работы: изучить особенности течения острого периода повторного мозгового ишемического супратенториального (далее - МИСИ) инсульта в зависимости от латерализации очага поражения.

Материал и методы исследования: нами проведено комплексное клинично-неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование 80 больных в остром периоде МИСИ, в возрасте от 45 до 85 лет, которые находились на стационарном лечении во 2-м неврологическом отделении 6 городской больницы г.Запорожье в 2012-2014 годах. Основную группу составили 36 пациентов (22 мужчины и 14 женщин, средний возраст 71,2±2,3 года) в остром периоде повторного МИСИ, среди которых у 19 больных повторный МИСИ развился в левом полушарии (ЛП), у 17 - в правом полушарии (ПП). Контрольную группу наблюдения составили 42 пациента (22 мужчины и 20 женщин, средний возраст 64,3±2,2 года) с МИСИ, который возник впервые. Диагноз подтверждался по данным компьютерной томографии головного мозга, всем больным проводили динамическое клинично-неврологическое исследование с использованием NIHSS, клинично-социальный исход острого периода заболевания оценивался по модифицированной шкале Рэнкина (МШР). Статистический анализ полученных результатов проводился в программе Statistica 6.0.

Результаты: значение медианы суммарного балла по NIHSS у больных в 1-е сутки повторного МИСИ в ПП составило 11 (8-12), в ЛП – 9 (6-11), первичного МИСИ – 8 (6-12) ($p>0,05$); на 3-е сутки – 9 (8-12), 8 (6-9) и 8 (6-10) соответственно ($p>0,05$); вместе с тем, уровень инвалидизации по МШР на 21-е сутки заболевания был статистически значимо выше в группе пациентов с повторным МИСИ в ПП (4 (3-4) против 2 (2-3) и 3 (2-4) у пациентов с повторным МИСИ в ЛП и первичным МИСИ соответственно, $p<0,05$).

Патрабой В.В., Зорій І.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ КРОВІ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ З КЛІНІЧНО-ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко

(науковий керівник - к.мед.н. Зорій І.А.)

Вступ. За даними ВООЗ, цукровий діабет (ЦД) скорочує тривалість життя і збільшує смертність в 2-3 рази. Одним із найбільш тяжких та розповсюджених ускладнень цукрового діабету (ЦД) 2-го типу є діабетична полінейропатія (ДП), яка розвивається внаслідок порушення структурно-функціонального стану та метаболічного дисбалансу в периферичних нервах.

Мета дослідження: встановлення взаємозв'язку між показниками про- та антиоксидантної систем крові та електронейроміографічними параметрами у хворих на діабетичну полінейропатію (ДП) на тлі цукрового діабету 2-го типу.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих на ЦД 2-го типу (середній вік - 55,6±2,78 року) та 20 практично здорових осіб (ПЗО), що склали контрольну групу. Ступінь прояву оксидантного стресу оцінювали за вмістом малонового альдегіду (МА) у плазмі крові та еритроцитах, відновленого глутатіону (Г-SH). Стан системи антиоксидантного захисту аналізували за активністю каталази (КАТ) та глутатіонпероксидази (ГП).

Всім пацієнтам здійснювалося неврологічне обстеження. У 24 (30,0%) пацієнтів діагностовано легкий ступінь ДП, у 42 (52,5%) хворих – середній та у 14 (17,5%) хворих – тяжкий ступінь ДП. Проводилось електронейроміографічне (ЕНМГ) обстеження.

Результати та їх обговорення. Показники МА у плазмі крові та еритроцитах вірогідно змінювалися у порівнянні з ПЗО: у хворих з легким ступенем тяжкості ДП спостерігали вірогідне підвищення МА у плазмі крові. Стан антиоксидантного захисту визначали за активністю ГП та КАТ. У більшості хворих з ДП (79,4%) активність ГП виявилася в 1,5 рази вищою за контроль. Рівень Г-SH проградієнтно зменшувався зі ступенем тяжкості ДП ($p < 0,05$).

Проведено ЕНМГ-тестування функції сенсорних та моторних нервів залежно від ступеня тяжкості ДП. Про залежність розвитку аксонопатії та мієлінопатії в периферичних нервах від показників про- та антиоксидантного статусу свідчив встановлений щільний кореляційний зв'язок між ЕНМГ-показниками (амплітуда М-відповіді, ШПЗм) та рівнем МА плазми крові ($r = 0,67$; $p < 0,05$ та $r = 0,64$; $p < 0,05$ відповідно), а також показником Г-SH ($r = 0,71$; $p < 0,05$ та $r = 0,65$; $p < 0,05$).

Висновок. Електронейроміографічні параметри хворих на діабетичну симетричну дистальну полінейропатію пов'язані з показниками про- та антиоксидантного статусу.

Сучеван А.Г., Павликівська Г.І., Кривецька І.І.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕЙРОТРОФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ КОРТЕКСИНОМ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко

(науковий керівник - к.мед.н. Кривецька І.І.)

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) є поширеним неврологічним захворюванням, при якому спостерігається виражене порушення когнітивних функцій у пацієнтів, що негативно впливає на їхню працездатність та соціальну адаптацію.

Мета: дослідити когнітивні функції у хворих на РС та їх зміни під впливом лікування препаратом кортексин.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 12 хворих на РС (з них 8 жінок і 4 чоловіки) віком від 32 до 42 років (середній вік 37 років) з давністю клінічних проявів від 9 до 60 місяців (середня тривалість хвороби склала 38 місяців). Серед них: 7 пацієнтів – з рецидивуючо-ремітуючим (ППРС) і 5 – із вторинно-прогресуючим перебігом (ВПРС). Всім хворим було проведено повне неврологічне обстеження (оцінено EDSS). Бал по EDSS в середньому склав $3,5 \pm 1,4$ бала. Всім хворим було проведено нейропсихологічне обстеження, яке включало: MMSE, MoCA, батареї тестів на лобну дисфункцію, вербальної пам'яті — за тестом «10 слів» О.Р. Лурії, уваги та швидкості сенсомоторних реакцій - за таблицями Шульте. Дослідження проводилися в динаміці - на 1-шу і 10-ту добу лікування та через 10 днів після припинення лікування. Всі пацієнти були поділені на 2 рівні групи, гомогенні за ступенем неврологічного дефіциту та когнітивних порушень: пацієнти I-ї групи отримували базисне симптоматичне лікування, II-ї групи - отримували кортексин п/ш по 10 мг протягом 10 днів.

Результати дослідження. Згідно з отриманими результатами, покращення когнітивних функцій спостерігалось у пацієнтів II-ї групи (100%), у тому числі дуже хороший терапевтичний ефект - у 2 (33,3%), хороший - у 3 (50%) і задовільний - у (16,7%) пацієнтів. Максимальне поліпшення відзначено через 10 днів після закінчення курсу лікування кортексином. При лікуванні достовірно покращилися сумарні показники когнітивних функцій хворих (за шкалою MMSE), спостерігалось прискорення темпу сенсомоторних реакцій і швидкості перемикання уваги за таблицями Шульте, покращення вербальної пам'яті за тестом "10 слів" О.Р. Лурії. Не виявлено залежності ефективності препарату від віку та вихідної тяжкості клінічних проявів.

Висновок. Результати дослідження підтверджують, що курсове лікування препаратом кортексин у пацієнтів з РС має позитивний терапевтичний вплив за рахунок активізуючого впливу на нейродинамічні процеси та регуляторні когнітивні функції, завдяки чому покращує повсякденну розумову активність пацієнтів.

Шваб А.М., Кривецький І.В.

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко

(науковий керівник - к.мед.н. Кривецька І.І.)

Поряд зі скаргами на рухові, координаторні, тазові та інші неврологічні порушення, пацієнтів із розсіяним склерозом турбують порушення пам'яті, уваги, які відіграють важливу роль у погіршенні якості життя, утруднюють професійну діяльність та соціальну адаптацію.

Метою дослідження було вивчення стану вищих психічних функцій у хворих на ремітуючо-рецидивуючий розсіяний склероз (РС) за допомогою нейропсихологічного тестування та співставлення їх із вогнищами ураження на МРТ. До дослідження залучено 10 хворих з уперше встановленим РС (7 жінок та 3 чоловіків). Середній вік хворих склав 25 років. Середня тривалість захворювання до моменту обстеження - $19,3 \pm 3,74$ міс. Ступінь інвалідизації по шкалі функціональних систем FS та EDSS на момент обстеження склала $2,9 \pm 0,24$ балу. Всім пацієнтам проводилось МРТ дослідження головного мозку (потужність поля 1,0 Тл) за стандартною програмою у T1, T2 режимах і зважених за протонною щільністю.

Нейропсихологічне обстеження включало: тест «запам'ятовування 10 слів» – для оцінки короткочасної пам'яті, коректурна проба – для оцінки уваги, навички рахунку, стійкість уваги оцінювали з допомогою тесту «віднімання від 100 по 7», в тесті «рахунку по Крепеліну» для оцінки продуктивності розумової діяльності та втомлюваності розраховувався коефіцієнт працездатності.

Психологічне тестування виявило у всіх обстежуваних хворих відхилення результатів від норми, що свідчить про наявність когнітивних порушень. Кількість слів у тесті «запам'ятовування 10 слів», після кожного повторення було меншим за встановлені нормативи, що свідчить про швидке виснаження процесів запам'ятовування. Згідно результатів коректурної проби, час який витрачали пацієнти на виконання тесту, був тривалішим, а показник сенсо-моторного аналізатора меншим за нормативні значення. При відніманні від 100 по 7 у всіх пацієнтів середній показник часу, що був витрачений на виконання тесту і час однієї дії рахунку, виявились більшими від норми.

Таким чином при психологічному обстеженні виявлено: збільшення часу на виконання інтелектуально-мнестичного завдання, зниження концентрації уваги, швидке виснаження психічних процесів, порушення короткочасної пам'яті. Співставлення результатів нейропсихологічного тестування та МРТ-результатів проводилось з метою виявлення можливих закономірностей формування функціонального дефіциту в залежності від вогнищового ураження провідних шляхів головного мозку. Порівняльний аналіз відповідності ступеня когнітивних порушень та кількості і локалізації вогнищ демієлінізації виявив більш виражені когнітивні порушення у хворих із наявністю множинних зливних вогнищ у головному мозку. Проте, функціональний дефіцит різних зон кори головного мозку не має прямого зв'язку з ураженням провідників, які безпосередньо забезпечують їх аферентну та асоціативні зв'язки, але можна виділити зони, ураження яких частіше супроводжувалося дефіцитом когнітивних функцій, а саме перивентрикулярні ділянки, що прилягають до передніх відділів правої півкулі та задніх відділів лівої півкулі.

Шмырина К.В., Мавлянова З.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРАПАРАТА МИРТАЗАПИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Неврология

(научный руководитель - д.мед.н. Джурабекова А.Т.)

Согласно статистике, остеохондрозом страдает 85% населения Земного шара, с наиболее частой локализацией в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Болевой синдром, сопровождающий указанную патологию - это самая частая причина обращения к врачу. Хронический болевой синдром часто сопровождается тревогой, дистимией, ограничением повседневной активности и имеет схожие патогенетические механизмы с депрессией. В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение уровня тревожности у больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, и возможности применения препарата Миртазапин («миртел») в комплексном лечении указанного контингента. Наряду с традиционной терапией с целью коррекции болевого синдрома и снижения уровня тревоги и дистимии 50 женщинам (средний возраст $37,82 \pm 10,72$) в схему лечения был включен антидепрессант миртазапин («миртел»). Препарат назначали в дозе 15 мг на ночь. Группу сравнения составили 50 пациенток (средний возраст $40,14 \pm 10,61$) получавших только традиционное лечение. Результаты оценивали на 7-й и 15-й день терапии по показателям опросника Спилбергера. Анализ полученных результатов показал: личностная тревожность у пациенток основной группы составила $49,96 \pm 7,77$ балла, а у пациенток группы сравнения - $48,82 \pm 7,57$ балла. На 7-й день лечения средняя интенсивность личностной тревоги в основной группе снизилась на 17,9% и составила $41 \pm 4,94$ балла, и на 4,6% в группе сравнения - $46,58 \pm 6,82$ балла ($p < 0,001$), на 15-е сутки средняя интенсивность личностной тревоги в основной группе снизилась на 20,4% - $39,78 \pm 4,35$ балла, и в группе сравнения на 8,4% - $44,74 \pm 5,49$ балла ($p < 0,001$) соответственно. Реактивная тревожность у пациенток основной группы составляла $59,6 \pm 8,56$ балла, а в группе сравнения - $58,4 \pm 9,14$ балла. На 7-й день лечения средняя интенсивность реактивной тревоги в основной группе снизилась на 39,3% и составила $36,02 \pm 8,02$ балла, в то время как в группе сравнения на 15,9% - $49,12 \pm 8,48$ балла, ($p < 0,001$). На 15-е сутки - на 51,3% - $29,02 \pm 7,06$ балла и на 28% - $42,02 \pm 7,49$ балла ($p < 0,001$) соответственно. При оценке уровня тревожности выявлены высокие показатели личностной и ситуационной тревожности, которые в значительной мере были обусловлены ожиданием социальных последствий болезни и опасением за состояние своего здоровья. По завершению курса лечения отмечалась достоверная положительная динамика в обеих группах, статистически более значимая в основной группе, что указывает на положительное влияние антидепрессанта миртазапина.



Онкологія

Oncology

Білик І.С.

НОВІТНІ МЕТОДИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра онкології та радіології

(науковий керівник - викл. Зелінська Н.В.)

Серед медичних проблем, що постають в Україні, є проблема онкозахворювань, які вкорочують віку багатьом співвітчизникам. За оцінками ВООЗ близько 70% онкологічних хворих – це пацієнти, яким не своєчасно діагностували онкопатологію. Звичайно, виявляти захворювання необхідно на ранній стадії, поки ще є можливість запобігти його розвитку та повернути людину до здорового стану. Найсучасніші та найдостовірніші системи діагностики, такі як рентгенологічні методи дослідження, є досить шкідливими для організму людини і створюють додатковий фактор ризику та радіаційне навантаження. Також при всій точності, ці системи не здатні зафіксувати патологію на рівні однієї клітини або груп клітин організму.

Метою нашого дослідження було вивчення можливості використання біонаносенсорів у діагностиці пухлинного процесу будь-якої локалізації в людському організмі.

Галузь нанотехнологій - одна з найактивніше досліджуваних в світі. За допомогою наночастинок можна оптимізувати ефективність діагностики ракових пухлин та усунути шкідливість діагностичного процесу порівняно з рентгенологічними методами. Дана методика ґрунтується на введенні в організм біонаносенсорів, які володіють високою селективністю до тканин і здатністю накопичуватись тільки в пухлинних клітинах. Особливістю їх є те що при потраплянні в середину організму при наявності пухлинного процесу вони будуть накопичуватись в цій ділянці і спричиняти світіння яке будуть реєструвати спеціальні фотолюмінісцентні датчики. Дозволяє виявити онкопроцес на ранніх стадіях, без шкідливості даної процедури пацієнту. Що дає можливість застосовувати її достатньо частіше порівняно із стандартними рентгенологічними методиками. На сьогодні більше 30-ти компаній займаються розробкою та виробництвом наноматеріалів для діагностики.

Висновок: застосування нанотехнологій в онкології – це новітній, перспективний напрямок, який дає можливість не тільки розробку діагностики захворювання на ранньому етапі, а також ефективне не інвазивне лікування хворих з пухлинним процесом.

Бобик М.П., Куфтяк В.В.

СПЛЕНОМЕГАЛІЯ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра онкології та радіології

(науковий керівник - к.мед.н. Кравчук С.Ю.)

Актуальність теми. Селезінка – це великий лімфоїдний орган, який за будовою та функцією (забезпечення розвитку, активації лімфоцитів та перетворення їх у клітини – продуценти антитіл, або у клітини, що приймають участь в реакції клітинного імунітету) певною мірою нагадує великий лімфатичний вузол, розміщений на шляху току крові. У клінічній практиці вважається, що середня довжина селезінки близько 10-12 см, а товщина 3-4см. Більший показник вважається ознакою спленомегалії. Симптом спленомегалії у літературі наводиться, в основному, при злоякісних захворюваннях кровотворної системи, таких як лімфоми, гострий та хронічний лімфолейкози. Проте питання частоти виявлення збільшення селезінки при онкологічних захворюваннях органів черевної порожнини у літературі висвітлено недостатньо.

Метою нашого дослідження було вивчення можливості використання симптому спленомегалії для ранньої діагностики злоякісних захворювань органів черевної порожнини.

Матеріали та методи. У 2012-2014 рр. виконано променево обстеження (комп'ютерну томографію) 35 хворим. Більшість хворих (близько 57%) мали клінічний діагноз раку шлунково-кишкового тракту II-IV стадій. Також обстежувались хворі зі злоякісними захворюваннями підшлункової залози та нирок.

Результати дослідження. Під час променевого обстеження органів черевної порожнини було здійснене вимірювання довжини і товщини селезінки в основній аксіальній площині, а також вимірювання найбільшого розміру селезінки у фронтальній площині за допомогою реконструкції. Збільшення одного з розмірів селезінки було виявлено у 13 хворих, потовщення – у 9. У 7 обстежених потовщення селезінки комбінувалось з її збільшенням. Загалом, зміна форми та розмірів селезінки виявлена у 15 хворих на рак органів черевної порожнини, що становить 42,8% від загальної кількості обстежених хворих.

Висновки. Таким чином, збільшення розмірів селезінки і така зміна її форми, як потовщення, часто зустрічається в онкохворих з пухлинами органів черевної порожнини. Це не може вважатись абсолютною ознакою наявності злоякісного захворювання, проте навіть помірне збільшення та потовщення селезінки повинно викликати онконасторогу.

Бондаренко В.С.

ВЛИЯНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ДЗ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», Днепропетровск, Украина

Кафедра онкологии

(научный руководитель - к.мед.н. Асеев А.И.)

Рак молочной железы (РМЖ) - одна из актуальных проблем современной клинической онкологии. За последние тридцать лет частота случаев в мире, возросла больше чем на 20%. Одним из основных видов системного лечения, в том числе РМЖ, есть химиотерапия. Влияние гематологических нарушений, таких как анемия, тромбоцитопения, нейтропения на конечный результат химиотерапии изучено недостаточно. Актуальность выбранной темы обусловлена необходимостью исследования особенностей системного влияния химиотерапии РМЖ на кроветворение и конечные результаты лечения.

Целью нашей работы стало изучение данных литературы о частоте гематологических осложнений вследствие химиотерапии РМЖ.

Материалы и методы. Материалом нашей работы стало изучение данных литературы по проблеме гематологических осложнений в процессе химиотерапии при раке молочной железы. Был проведен мета-анализ доступных результатов многочисленных клинических исследований. Поиск литературы проведен в базе «Медлайн» по запросам: анемия, тромбоцитопения, нейтропения в процессе химиотерапии рака молочной железы.

Результаты. Анализ литературных данных показал, что нейтропения является наиболее частым осложнением при проведении химиотерапии с таксанами и антрациклинами, ее частота, по данным различных авторов, достигает 80% и увеличивается с каждым последующим циклом ХТ. Частота анемии после ХТ варьирует от 40 до 60%. Тромбоцитопении чаще встречаются у пациенток, которые получали химиотерапию с препаратами платины, ее частота достигала 45-55%.

Выводы. Оценка изменений гематологических показателей в процессе лечения и индивидуализация терапии с использованием этих данных приводит к достоверному улучшению результатов лечения.

Крачун А.

РОЛЬ ФАКТОРОВ И ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова

Кафедра онкологии

(научный руководитель - д.мед.н. Ротару Т.)

Задачи: Определение эпидемиологических особенностей, факторов риска, установление важности определения ВПЧ и выполнения цитологического экзамена в определение предраковых форм шейки матки.

Материалы и методы: Исследование является ретроспективным и перспективным, включающие 71 пациентки с предраковыми состояниями шейки матки, которые являются жительницами различных регионов страны и обратились в отделение гинекологии, Института онкологии в период 2011-2013 гг. Мы проанализировали пациенток из различных групп в соответствии с возрастом, происхождением, семейным положением, активностью половой жизни, методами контрацепции, частотой выявления ВПЧ и цитологическими результатами исследований.

Результаты: Основной группой исследуемых пациенток были женщины в возрастной категории 21-35 лет (65%), городского происхождения (63%). Около 60% из них являются замужними. Первая менструация у 65% была в возрасте 13-14 лет, 8% на момент исследования зашли в период менопаузы. Большинство женщин (75%) имеют регулярный менструальный цикл. Анализы функциональной сексуальной активности показал, что приблизительно половина (58%) начали половую жизнь в возрасте до 18 лет, большинство из них (70%) отмечают 3-4 сексуальных партнёра. Прерывание сексуального акта (35%) было самым распространенным методом контрацепции. ВПЧ был определён у 53 пациенток (87%), а больше чем одна треть из них являются носителями различных типов ВПЧ. Цитологический анализ определил 57% низкое чешуйчатое внутриэпителиальное повреждение и в 43% высокое чешуйчатое внутриэпителиальное повреждение.

Выводы: Предраковые состояния шейки матки, в нашей работе: были по причине, в большинстве случаев из-за ВПЧ, риск заболеть более высокий у пациенток с ранним опытом сексуальной жизни и большим количеством сексуальных партнёров; отмечается в большинстве случаев у женщин в репродуктивном возрасте: 21-35 лет, замужних женщин, городского происхождения.

Рассматривая факт того, что презерватив используется не только как метод контрацепции, но и как барьер от инфекций, передающихся сексуальным путём, так как риск заражения ВПЧ увеличивается у женщин, которые используют другие методы контрацепции.

Определение ВПЧ является одним из первых этапов диагностики, одними из самых важных методов оценивания предраковых состояний шейки матки являются цитологический и гистологический анализ.

Кузьменко В.О., Колеснік О.П., Часовських А.І.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПОВНОЇ СИСТЕМАТИЧНОЇ МЕДІАСТИНАЛЬНОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ НА РАННІХ СТАДІЯХ РАКУ ЛЕГЕНЬ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
Кафедра онкології*(науковий керівник - к.мед.н. Колеснік О.П.)*

Актуальність : На даний момент операція є основним методом лікування раку легень на ранніх стадіях. У зв'язку з цим, необхідне коректне виконання радикального хірургічного втручання у хворих на рак легень. Одним із найбільш дискусійних питань є обсяг виконання лімфодисекції середостіння під час операції.

Мета нашого дослідження полягала у порівнянні ефективності повної систематичної медіастинальної лімфодисекції (ПСМЛД) та селективної дисекції лімфатичних вузлів середостіння (СДЛВС), а також аналізі клініко-морфологічних факторів які впливають на ефективність лімфодисекції.

Матеріали та методи: Група досліджуваних хворих налічувала 154 пацієнтів, які проходили лікування у Запорізькому обласному клінічному онкологічному диспансері з червня 2008 по грудень 2012 року. Всім хворим хірургічне втручання виконувалося у обсязі лобектомії або пунмонектомії. Лімфодисекція проводилась у обсязі ПСМЛД (n=44), або СДЛВС (n=110). Статистична обробка даних проведена у програмі Statistica 6.0.

Результати дослідження: Клініко-морфологічні фактори у хворих, яким виконано ПСМЛД, вірогідно не впливали на виживання, в той час як у пацієнтів з СДЛВС відмічається погіршення виживання при Т2-3, периферичній локалізації пухлини, а також при виконанні пунмонектомії. Багатофакторний аналіз виявив, що прогностично значущими були об'єм виконаної лімфодисекції, гістологічна форма пухлини, та об'єм оперативного втручання. При оцінці виживання, у хворих з ПСМЛД медіана виживання не досягнена, а у хворих з СДЛВС даний показник склав 45,9 місяців.

Висновки: Виконання ПСМЛД дозволяє уникнути негативного впливу клініко-морфологічних факторів на прогноз у хворих з раком легень.

Юрина С.В.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РАКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ЇХ РОЛЬ У ПРОГНОЗІ ВИНИКНЕННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра онкології та радіології*(науковий керівник - к.мед.н. Гушул І.Я.)*

Актуальність теми. Високий рівень захворюваності раку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та пізнє виявлення (в III-IV стадіях реєструється близько 60-85% всіх випадків) спонукає до подальшого вивчення факторів ризику, як таких, що можуть частково змінити цю катастрофічну ситуацію в медицині та, зокрема, в онкології. Наукові школи надають першочерговість тій чи іншій групі факторів (хоча деякі з них входять практично до всіх груп), але жодна з них не оцінює ризик кожного із факторів або їхніх комбінацій.

Метою нашого дослідження є виявлення факторів ризику, оцінка ступеня впливу кожного з них, з наступним прогнозуванням сукупності цих факторів для виявлення злоякісних, передракових та доброякісних процесів.

Матеріали та методи. В наше дослідження на даному етапі ввійшло 32 пацієнти, які пройшли анкетування.

Завданнями дослідження були: 1. Вивчити фактори ризику онкологічної патології ШКТ за даними провідних вчених України, світу та даними власних спостережень, які були відмічені при курації та збиранні анамнезу в пацієнтів. 2. Розробити анкети в яких наявні всі фактори ризику при злоякісних пухлинах ШКТ.

Оцінивши фактори ризику нами було відмічено наступні:

1. Рак стравоходу;
2. Висока солончаковість (вміст майже всіх мікроелементів).
3. Особливості харчування (гарячий риб'ячий жир, струганина із замороженого м'яса).
4. Вживання міцних алкогольних напоїв.
5. Куріння, при цьому ризик підвищується при поєднанні із зловживанням алкоголем.
6. Рефлюкс-езофагіт.

Всі перераховані фактори призводять до лейкоплакія та езофагіту, що присутні при раку 40% та 30% відповідно.

Рак шлунка:

1. Вік понад 60 років.
2. Тривале інтенсивне тютюнопаління.
3. Наявність спадкової онкопатології.
4. 2 група крові.
5. Зловживання алкоголем.
6. Підвищене вживання солі.
7. Наявність хронічної виразки шлунка.
8. Високий рівень споживання консервованих продуктів.
9. Наявність в раціоні смаженої їжі та перченої їжі.
10. Нерегулярний прийом їжі.

Рак товстої кишки.

1. Вік понад 50 років.
2. Обтяжений сімейний анамнез.
3. Раніше перенесений рак ободової кишки.
4. Синдром Лінча.
5. Сімейний аденоматозний поліпоз.
6. Закрепи.

Висновок. Оцінивши фактори ризику, ми дійшли висновку, що одними із найважливіших є куріння, зловживання алкоголем, вік більше 50 років і займають вони відповідно 50%, 27% та 85%. Детально вивчивши всі фактори, можна буде сформувати групи ризику для своєчасного проходження медобстеження та виявлення злоякісних новоутворень у ранніх стадіях.



Оториноларингологія

Otorhinolaryngology

Krol B., Tomanek E., Panasiewicz A., Skarzynski P.

COCHLEAR IMPLANTATION IN USHER SYNDROME PATIENTS

Instytute of Physiology and Patology of Hearing, Warsaw, Poland

(scientific advisor - prof. Skarzynski H.)

Usher syndrome is rare autosomal recessive disorder occurs with sensorineural hearing loss and renitis pigmentosa. There are three clinical types of Usher Syndrome (I, II and III), distinguished by symptoms severity and appearance time.

Aim of study was to evaluate results and benefits from cochlear implantation (Partial Deafness Treatment technique) in group of patients with Usher Syndrome.

3781 cochlear implantation performed in Institute of Physiology and Pathology of Hearing (World Hearing Center) from period 1999-2012 were analysed. Particular analysis (medical histories, genetic testing and surgical reports) included 10 patients with Usher Syndrome (5 male, 5 females, 24-62y.o.).

All patients received complete hearing assessment. All of 10 recruited persons had diagnosed bilateral sensorineural hearing loss with various intensity, all of them had used hearing aids before the operation. In 8 of 10 individuals hearing loss was detected in childhood, one case there was prelingual deafness. All patient were subjected to unilateral cochlear implantation (4 – left ear, 6 - right ear) in different ages. Surgical procedures were conducted in two ways, reaching cochlea by the round window or cochleostomy. There were used 3 types of cochlear implants.

Cochlear implantation is beneficial to patients with Usher Syndrome and improved perception of their ability to hear in everyday life. Treatment results depends on disease course and patient motivation during post-operative rehabilitation.

Калашник Ю.М., Бережна А.В.

ДО ПИТАННЯ ПРО КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ СЕРЕДНІХ ОТИТІВ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра оториноларингології

(науковий керівник - д.мед.н. Журавльов А.С.)

Актуальність. Гострий секреторний отит – це захворювання, яке при не своєчасній і неадекватній терапії може характеризуватися певними незворотними змінами слизової оболонки середнього вуха та призводити до розвитку приглухуватості. Внаслідок чого, до лікування цієї патології треба ставитися вкрай серйозно.

Мета: Вивчення ефективності лікування хворих на гострий серозний середній отит при додаванні до основної схеми лікування препаратів, які стимулюють мукоциліарний транспорт.

Матеріали і методи. Було обстежено 47 хворих на гострий серозний середній отит у віці від 18 до 60 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ЛОР клініці Харківського національного медичного університету. Тривалість захворювання становила від 9 днів до 1,5 місяця. Усі пацієнти були розділені на 2 клінічні групи. До першої групи увійшли 22 особи, які приймали традиційну схему лікування. Хворим другої групи (25 чоловік) були додатково призначені препарати з метою регуляції секреції, зниження і нормалізації в'язкості секрету, усунення мукостазу та відновлення мукоциліарного кліренсу з секретолітичним механізмом (синупрет, флуімуцил).

Причиною секреторного отиту у 72,3% пацієнтів була гостра респіраторна вірусна інфекція, у 21,3% – гострий риносинусит, гіпертрофія глоткового мигдалика виявлялася в 4,3%, у 2,1% – на фоні гіпертрофії носових раковин. Найбільш поширеними скаргами серед хворих були: зниження слуху (100%), відчуття закладеності вуха (97,9%), дискомфорт у вусі (87,2%), шум у вусі (40,4%), підвищену чутність до власного голосу одним вухом (31,9%), також зазначалося погіршення та утруднення носового дихання (89,4%).

Пацієнтам були проведені загальноклінічні методи дослідження. Діагноз ґрунтувався на клінічних дослідженнях, ото- та риноскопичній картині, а також при застосуванні спеціальних інструментальних засобів дослідження: аудіометрії, імпедансометрії, спіральної комп'ютерної томографії.

Результати дослідження. При додатковому використанні препаратів, що стимулюють мукоциліарний транспорт у II групі наступали більш виражені позитивні зрушення у вигляді клінічного поліпшення та нормалізації показників апаратного дослідження органу слуху – аудіометрії та імпедансометрії. Також у пацієнтів покращувався стан транспортної функції слизової оболонки носу та слухової труби з швидшим відновленням носового дихання та функції евстахієвої труби.

Висновки. Аналіз результатів лікування хворих на гострий секреторний отит свідчить, що адекватний вплив на компоненти мукоциліарної системи дозволяє досягнути оптимальних клінічних результатів, які підтверджують достатню ефективність проведеного лікування

Исакова Ю.Н., Хушвакова Н.Ж., Сафарова Н.И., Нуралиев У.К.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра стоматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Хушвакова Н.Ж.)

Тонзиллярная патология прочно занимает одно из первых мест среди всех ЛОР заболеваний, а возникновение тяжелых осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, суставов, почек при хроническом тонзиллите заставляет заниматься этой проблемой многих практических врачей-оториноларингологов, терапевтов, педиатров, инфекционистов и других специалистов.

Доминирующее значение в лечении хронического тонзиллита приобрели органосохраняющие методы, направленные на нормализацию функций небных миндалин как органа, содержащего иммунокомпетентные клетки из Т- и В-лимфоцитов, вырабатывающего иммуноглобулины многих классов и обеспечивающего первую линию защиты при внедрении инфекции через верхние дыхательные пути.

Больные с простой формой хронического тонзиллита обследованы нами в ЛОР отделениях клиники САММИ и СОДММЦ. Лечение проведено у 15 больных с хроническим тонзиллитом, у всех пациентов участвовавших в исследовании, проводилось клиническое обследование (сбор жалоб, данные анамнеза, эндоскопическое обследование ЛОР-органов, определение каталазы в крови электрохимическим биосенсором и изучали микрофлору отделяемых небных миндалин), ставился диагноз простая форма хронического тонзиллита.

Для лечения применяли препарат пропосол в виде спрея. Клиническая эффективность препарата Пропосол - оптимальное соотношение действующих веществ, высокая безопасность, длительный терапевтический эффект, который способствуют сокращению сроков лечения. Это позволяет широко использовать препарат в клинической практике. Спрей впрыскивался в миндалины, настойкой промывали лакуны, под контролем зрения поочередно в каждую лакуну вводили тонкую специальную канюлю, соединенную со шприцем и под давлением вымывали содержимое лакун. Курс лечения составил 4-5 процедур при ежедневном проведении.

В результате проведенного исследования установлено, что применение препарата Пропосол в комплексном лечении при хроническом тонзиллите приводит к улучшению состояния больного, увеличивает эффективность лечения хронического тонзиллита, о чем свидетельствуют показатели функционального состояния небных миндалин и данные клинической картины. Данное консервативное лечение позволяет существенно уменьшить лекарственную нагрузку на организм и повысить эффективность проводимой терапии, а также сократить число тонзиллэктомий.

Хамракулова Н.О., Исхакова Ф.Ш., Алиева А.Б., Абдухамидов С.М.

ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра стоматологии

(научный руководитель - асп. Хамракулова Н.О.)

Для осенне-зимнего сезона характерна активация вирусов и бактерий, которые вызывают различные ОРВИ и ОРЗ. На фоне ослабленного иммунитета возникают различные заболевания ЛОР-органов. Острый синусит и острый отит – наиболее частые осложнения острой респираторной вирусной инфекции, которое отмечается у 15-20 % больных. Несмотря на совершенствование способов диагностики и лечения синуситов, отитов, уровень их распространенности не уменьшается. Более того, наблюдается тенденция к увеличению числа рецидивирующих и хронических форм заболеваний, более высокой частоты развития осложнений.

В последние годы специфические вакцины являются оптимальным этиологическим средством, использующимся для профилактики гриппа и его осложнений. Однако для многих пациентов такие вакцины являются дорогостоящими и кроме того, в связи с неполным охватом населения вакцинацией, а также быстрой сменой антигенной структуры возбудителей полностью решить проблему профилактики заболевания путем вакцинации не удастся.

Чаще всего с целью укрепить иммунитет используют стимуляторы синтеза эндогенного интерферона, потому как снижение иммунитета ведет к нарушению работы многих систем организма и, в связи с этим необходимо отметить такой препарат, как амизон, который обладает противовирусным и иммуномодулирующим действием. Амизон - мощный стимулятор интерферона, применение препарата оказывает комплексное фармакотерапевтическое действие, позволяет избежать традиционного назначения нескольких лекарственных средств при лечении ОРВИ и его осложнений (препараты интерферона, противовирусные средства, анальгетики-антипиретики, в некоторых случаях антибиотики) и тем самым снизить медикаментозную нагрузку на организм.

Назначение препарата в дозе 0,25 г (по 1 таб x 4 раза в день) на протяжении 5-7 дней и проведение через 2 недели повторного курса продолжительностью 3-5 дней обеспечивает повышение уровня интерферона в сыворотке крови в 2,6-3,4 раза по сравнению с исходным и способствует нормализации уровня иммуноглобулина.

Применение амизона способствует снижению в 3-3,5 раза частоты случаев повторных заболеваний ОРВИ и обострения хронической патологии в период сезонного повышения заболеваемости, а частота осложнений снижается в 4-6 раз.

Ковальчук Л.І., Чернокур О.А.

ЛІКУВАННЯ ПАПІЛОМАТОЗУ ГОРТАНІ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНТЕРФЕРОНУДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», Днепропетровск, Україна
Отоларингології*(науковий керівник - к.мед.н. Чернокур О.А.)*

Папіломатоз гортані – це патологія, при якій на слизовій оболонці гортані відбувається утворення множинних папілом. Вони розвиваються з плоского чи перехідного епітелію і виділяються над поверхнею гортані і вигляді маленьких грон чи сосочків. Проблема лікування папіломатозу гортані (ПГ) - одна з найбільш актуальних у сучасній отоларингології. Вражаючи гортань, пухлина призводить до порушення утворення звуку, а при подальшому зростанні і звуженні просвіту гортані - дихальної функції органу, що має не тільки соціальне, але й життєво важливе значення. Останні десятиліття в лікуванні папіломатозу гортані широко використовувалися цитостатики, протипухлинні антибіотики, але вони мають виражений токсичний ефект.

Патогенетично виправданим в якості протирецидивного лікування представляється застосування препаратів інтерферону. Застосування препаратів екзогенного інтерферону має певні особливості. Необхідний тривалий безперервний курс лікування - до 24-36 міс і використовуються переважно парентеральні методи введення.

В останні роки з'явилася можливість зменшити або замінити курсову терапію інтерферонами за рахунок використання препаратів індукторів інтрферону. Препарати інтерфероону мають противірусну, антимікробну, імуномодулюючу, радіопротективну дію і по своїй універсальності перевершують систему імунітету, викликають утворення власного ендogenous ІФН і сприяють підвищенню неспецифічної резистентності організму до вірусних інфекцій.

Індуктори ІФН викликають утворення власного ІФН в організмі людини. Процес цей більш фізіологічний, ніж постійне введення великих доз ІФН. Крім того, продукція ІФН у відповідь на дію індукторів контролюється самим організмом.

Насырова Д.З., Хушвакова Н.Ж., Сафарова Н.И.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра стоматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Хушвакова Н.Ж.)

Актуальность проблемы. По данным ряда авторов хронический ринофарингит (ХРФ) составляет от 4,7% до 13,5% от общего числа заболеваний ЛОР-органов и около 40% обращений приходится именно на эту патологию.

В связи с чем особую актуальность приобретает изучение клинического течения ХРФ, исследование клеточного и гуморального иммунитета и разработки адекватных методов коррекции выявленных изменений.

Целью работы явилось изучение особенностей клинического течения ХРФ, оценка роли факторов иммунитета в патогенезе заболевания и повышение эффективности лечения препаратами местного и системного действия.

Материалы и методы исследования. В исследование приняли участие 23 больных с ХРФ в возрасте от 18 до 65 лет. Всем больным проведены клинко-инструментальное, иммунологическое обследования (определение Т- и В- лимфоцитов, общего иммуноглобулина Е).

Лечение больных с ХРФ проводили в течение десяти дней по следующей схеме: на фоне традиционной терапии (ТТ) местно в слизистую глотки аппликационно вводили препарат Лорабен, внутрь системный иммуномодулятор Амизон в дозировке 200 мг 4 раза в сутки, а также облучали слизистую оболочку глотки гелий-неоновым лазером с экспозицией от 5 сек. до 1 мин. ТТ включала в себя полоскание щелочными растворами, смазывание задней стенки глотки раствором Люголя, масляные ингаляции.

Результаты исследования. Эффективность комплексного лечения больных с ХРФ была таковой: у 79,5% больных отмечен хороший результат, у 20,5% - не удовлетворительный. Результаты лечения больных принимавших ТТ: хороший результат наблюдался у 42,7% больных, неудовлетворительный – у 57,3%.

Наблюдения динамики показали, что проведённое лечение с использованием препаратов Лорабен и Амизон способствовало исчезновению или уменьшению выраженности большей части субъективных симптомов. При фарингоскопии наблюдалась нормализация влажности и цвета слизистой оболочки глотки, уменьшение отечности и размеров лимфоидных гранул, также нормализовались иммунные показатели.

Выводы. Комплексная терапия с применением препаратов Лорабен, Амизон и лазерного облучения создаёт условия для завершения воспалительного процесса в слизистой оболочке глотки, способствует восстановлению иммунного статуса и нормализации фарингоскопической картины.

Обидов Д.У., Хушвакова Н.Ж., Сафарова Н.И.

ВЛИЯНИЕ ТОПИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра стоматологии*(научный руководитель - к.мед.н. Хушвакова Н.Ж.)*

Актуальность проблемы. Частота аллергического ринита (АР) неуклонно растет, он диагностируется у 12-40 % населения разных стран. Учитывая тот факт, что в возникновении АР имеют значение нарушение иммунного статуса и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), приводящие к эндогенной интоксикации (ЭИ) организма, появилась необходимость в разработке критериев диагностики и научно-обоснованных методов лечения.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 35 детей в возрасте 3-15 лет с АР, а также 10 практически здоровых детей. Основными клиническими проявлениями АР являлись обильное отделение слизи из носовых ходов, заложенность носа, зуд и жжение в носу и глазах, головная боль. Часто в процесс вовлекалась евстахиева труба, что приводило к ощущению заложенности ушей, снижению слуха, шуму в ушах.

Топический препарат Назонекс использовали 1 раз в сутки по 1 впрыскиванию (по 50 мкг каждое) в каждый носовой ход (общая суточная доза — 100 мкг) детям до 12 лет и по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 1 раз в сутки (общая суточная доза — 200 мкг) детям старше 12 лет в течении 4 недель.

Биохимический анализ крови проводился до и после лечения: для оценки процессов ЭИ нами использованы содержание малонового диальдегида (МДА), активность каталазы, молекулы средней массы (МСМ) при длине волны 254 и 280 нм, а также соотношение МДА/КА.

Результаты исследования. Было выявлено, что у всех детей на фоне терапии назонексом был достигнут положительный клинический эффект. Обращает на себя внимание хорошая переносимость препарата.

Побочные явления на фоне применения назонекса наблюдались только у одного ребенка в виде единичного носового кровотечения, которое купировалось самостоятельно и не потребовало отмены препарата.

Под влиянием назонекса наблюдалась нормализация концентрации биохимических показателей в крови и приближение их к показателям группы здоровых.

Выводы. Применение назонекса в комплексном лечении больных с АР дало положительные результаты, проявляющиеся в улучшении клинических данных; со стороны биохимических исследований было выявлено максимальное приближение показателей эндогенной интоксикации к контрольным.

Сафарова Н.И., Исхакова Ф.Ш., Элмуродов Н.Г., Хусенов И.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИОКСИДОНΙΑ В ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра стоматологии*(научный руководитель - асп. Исхакова Ф.Ш.)*

За последний период опубликовано множество работ по диагностике и лечению синуситов, а также доброкачественных новообразований носа (НН) и околоносовых пазух (ОНП). Однако в научной литературе недостаточно работ, посвященных диагностике и лечению синуситов при доброкачественных НН и ОНП. В связи с тем что, в их развитии имеют значение иммунный статус и процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ), приводящие к эндогенной интоксикации организма, лечение синуситов при доброкачественных НН и ОНП с учетом вышеперечисленных факторов требует дальнейшей разработки.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с синуситами при доброкачественных НН и ОНП. Синуситы при доброкачественных НН и ОНП характеризуются односторонней блокадой носового дыхания, выделениями из носа, нарушением обоняния, носовыми кровотечениями, головной болью. Для диагностики и оценки состояния больных кроме клиничко-инструментальных, микробиологических и гистологических, проводились иммуно-биохимические исследования.

Все больные получали иммуномодулятор синтетического происхождения полиоксидоний (по 6 мг в/м 1 раз в сутки в течение 5 дней в послеоперационном периоде, далее в этой же дозировке 1 раз в неделю в течение 5 недель) на фоне традиционного лечения (ТЛ). ТЛ включало в себя пункцию и зондирование пазух, хирургическое удаление новообразования, противовоспалительную и симптоматическую терапию.

После лечения при риноскопическом контроле и КТ-исследовании признаков воспалительного процесса а также новообразования не выявлено. Повторно проведенный посев из ПН и соустья ОНП дал отрицательный результат.

Проведенные исследования позволяют заключить, что после применения полиоксидония на фоне ТЛ у больных с синуситами при доброкачественных новообразованиях носа и ОНП, показатели иммунного статуса и эндогенной интоксикации приблизились к контрольным показателям, значительно сократилось количество рецидивов воспалительного процесса и новообразования, а это свидетельствует о высокой эффективности данного препарата.

Свідрак І.М., Шопулко О.А.

МЕДИЧНА ТА ДЕОНТОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА РЕЦИДИВІВ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - к.мед.н. Левицька С.А.)

Аденоїдні вегетації є одним з найбільш розповсюджених захворювань в педіатричній практиці, що потребують хірургічного лікування. При цьому під час хірургічного втручання видаляють активну в функціональному відношенні тканину, яка спричиняє розвиток низки станів і захворювань, що впливають на якість життя дитини. За даними наукової літератури приблизно у 5% клінічних випадків має місце рецидив аденоїдних вегетацій, що змушує отоларингологів вдаватися до повторних оперативних втручань.

Для визначення частоти і причин виникнення рецидивів аденоїдних вегетацій проведено обстеження 30 дітей, що були направлені повторно оперативне втручання з приводу рецидиву аденоїдних вегетацій.

Всім дітям групи спостереження для підтвердження або виключення діагнозу гіпертрофії глоткового мигдалика проведено комплексне отоларингологічне обстеження із обов'язковою ендоскопічною ревізією носоглотки гнучким фіброендоскопом, реакція гальмування міграції лімфоцитів з основними харчовими, побутовими, пиловими алергенами, тимпанометрія.

Рецидив аденоїдних вегетацій діагностований у 18 дітей, при цьому ендоскопічна картина характеризувалася асиметричним ростом лімфоїдної тканини, що перекривала устя слухових труб. В жодному випадку лімфоїдна тканина не закривала хоани настільки, щоб викликати стійку назальну обструкцію. Показово, що у 95% випадків у дітей із стійким порушенням носового дихання виявлена гіпертрофія піднебінних мигдаликів II-III ступенів.

У 12 дітей (40%), направлених на повторне оперативне втручання у зв'язку із рецидивом аденоїдних вегетацій, останнього не діагностовано. При цьому у 7 (23,33%) дітей виявлена гіпертрофія піднебінних мигдаликів III ступеню, у 6(20%) – викривлення носової перегородки і хронічний гіпертрофічний риніт, у 5 (16,67%) – алергічна риносинусопатія.

У 4 (13,33%) дітей використання ендоскопії дозволило виявити в носоглотці виражений процес утворення рубців із деформацією органу, перекриттям отворів слухових труб. У 3 (10%) дітей розвиток ексудативного отиту був зумовлений гіпертрофією трубних валиків при відсутності рецидиву аденоїдних вегетацій. Ще в одному випадку мав місце анатомічний варіант розвитку верхніх дихальних шляхів у вигляді вузької носоглотки із щілоподібними хоанами та вузьким і високим склепінням. Повторне оперативне втручання в таких випадках не покращить носове дихання пацієнта, а навпаки, нанесе зайву травму і посилить процес утворення рубців.

Таким чином, ймовірність гіпердіагностики рецидиву аденоїдних вегетацій у дітей досить висока з огляду на подібність клінічних симптомів аденоїдів та інших захворювань верхніх дихальних шляхів (гіпертрофія піднебінних мигдаликів, викривлення носової перегородки, алергічний риніт) та обмеженнями рутинного обстеження носоглотки у дітей. Необхідним для діагностування рецидиву аденоїдних вегетацій вважаємо огляд носоглотки гнучким фіброендоскопом, котрий дозволяє покращити якість діагностики і запобігти проведенню дитині непотрібного хірургічного втручання.

Сафарова Н.И., Хамракулова Ф.Г., Обидов Д.У.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра стоматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Сафарова Н.И.)

Актуальность проблемы. Полипозный риносинусит (ПРС) является серьезной проблемой современной медицины, т.к. снижает качество жизни больных за счет ухудшения или полной блокады носового дыхания, нарушения обоняния, головной боли и состояния хронической гипоксии. Несмотря на совершенствование хирургической техники и широкий арсенал лекарственных средств, частота рецидивирования полипов составляет от 5 до 60%. В связи с этим возникает необходимость разработки новых методов послеоперативного лечения, ускоряющих реабилитацию больных с ПРС.

Целью данного исследования явилось применение дерината путем лекарственного электрофореза в послеоперационном лечении больных с ПРС.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 17 больных детей с ПРС в возрасте от 9 до 15 лет с длительным (более 2 лет) течением заболевания. Всем больным проводились клинично-инструментальное и лабораторные исследования (иммунологическое обследование крови с определением иммуноглобулинов А, М, G, E). Эндоназально полипной петлей удаляли полипы, вскрывали клетки решетчатого лабиринта. Общее обезболивание провели 6 больным, местное – 11. Через 2 недели после оперативного вмешательства назначали курс эндоназального электрофореза с деринатом, состоящий из 7 процедур.

Результаты исследования. Эндоназальное применение дерината в послеоперационном периоде оказало иммуномодулирующее действие на клеточном и гуморальном уровнях, что выразилось в противовоспалительном и противорецидивном эффектах, была достигнута стойкая ремиссия. Наблюдение больных в течение 2 лет выявило лишь один случай (5,9 %) рецидива полипов у пациента с поливалентной аллергией, наличием сопутствующего хронического пиелонефрита.

Выводы. Таким образом, констатируя вышеизложенное, следует отметить о целесообразности и эффективности

разработанной нами тактикой использования электрофореза с деринатом при лечении больных с ПРС,

обладающим дезинтоксикационным и иммуномодулирующим действием, выраженном в сокращении количества рецидивов и нормализации иммунных показателей.

Хушвакова Н.Ж., Хамрокулова Н.О., Таджиева Н.К.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра стоматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Хушвакова Н.Ж.)

Проблема хронического гнойного среднего отита – одна из ключевых проблем оториноларингологии. Определяющими моментами являются трудности диагностики, решения вопроса о тактике ведения больных хроническим гнойным средним отитом. В структуре ЛОР - патологии, по данным различных авторов, частота хронических средних отитов составляет 20-25% от числа лечившихся в стационарных условиях (Карпова Е.П., Вагина Е.Е., Тулупов Д.А.2010).

В выше перечисленных мнениях эта болезнь само собой требует постоянного изучения. По данным некоторых авторов около 60% ХГСО имеют хроническую стрептококковую инфекцию, подтвержденную результатами лабораторных исследований. Это указывает на необходимость настороженного отношения к стрептококковой инфекции, своевременной постановки точного диагноза и выбора адекватного метода лечения. Несмотря на высокую частоту стрептококковой инфекции при ХГСО, в нашей стране отсутствуют стандарты лечения данной патологии. Цель исследования: Сравнительная оценка эффективности консервативного методов лечения среднего гнойного отита стрептококковой этиологии.

Методы исследования: Объект исследования: 98 больных СГО с хронической стрептококковой инфекцией, подтвержденной лабораторными методами исследования. Все больные были рандомизированы в две группы: 1- я, или основная, больные гнойным средним отитом, 2-ая включала контрольную группу больных гнойным средним отитом с хроническим лейкозом.

Наше исследование посвящено анализу эффективности использования 0,02% раствора декасан, который является антисептическим средством бактериоцидного, фунгицидного, вирусоцидного и спороцидного действия.

Как показали наши исследования, чувствительность микроорганизмов к декасану во всех случаях была высокой – 99,1%. Декасан хорошо переносится больными. Клинический эффект отмечается уже после первых суток лечения и характеризуется прекращением оторреи при ОГСО и стойкой ремиссией у больных с обострением ХГСО.

Таким образом, использование озонотерапии и антисептического раствора Декасан (декаметаксин) показало высокую эффективность в лечении перфоративных средних отитов у всех больных. Полученные результаты позволяют рекомендовать антисептический раствор Декасан в качестве средства для местного лечения гнойного среднего отита.



Офтальмологія

Ophthalmology

Берназ О.В.

КОСОГЛАЗИЕ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова
Кафедра офтальмологии*(научный руководитель - д.мед.н. Падука А.К.)*

Косоглазие во взрослом возрасте является важным, но к сожалению часто игнорируемым диагнозом в офтальмологии. Большое количество людей во всем мире страдают этим заболеванием. По литературным данным распространенность косоглазия среди населения в целом составляет от 2-6 %, что же касается косоглазия во взрослом возрасте, то частота их возникновения составляет примерно 4-4.5 % (Бейкер Дж. ААРОС). Данная работа описывает 2 клинических случая с косоглазием во взрослом возрасте. Первая пациентка 23 года обратилась к врачу со следующими жалобами: отклонение левого глаза к виску, адаптационный поворот головы в здоровую сторону, который наблюдается с самого раннего детства. Не наблюдалась у врача и не получала необходимого симптоматического лечения. Перенесенных патологических заболеваний не наблюдалось. Офтальмологическое обследование дало следующие результаты: Vis: OU- 1,0 f.c. Рефракция (Циклоплегия) OD+0,25D OS суl+0,5 D. Биомикроскопическое и офтальмологическое обследования не выявили патологических особенностей. Окончательный диагноз: расходящийся синдром Дуэйна с гиперфункцией нижней косой мышцы глаза. Ретракционный синдром Дуэйна относится к атипичным видам косоглазия, при которых движения глаз не поддаются законам моторики глазодвигательных мышц. Лечение синдрома Дуэйна хирургическое, но оно не может решить проблему аномальной иннервации и нарушенной подвижности. Ни один из методов не может полностью устранить двигательные нарушения и изменения глазной щели, оно может только улучшить состояние. Второй пациент 29 лет обратился к врачу со следующими жалобами: отклонение вверх правого глаза, тортиколиз, вертикальная диплопия в первичной позиции. Дебют болезни с самого раннего детства, не находился под наблюдением врачей и не принимал нужного лечения. Перенесенные заболевания: Синдром Марфана, пролапс митрального клапана. Офтальмологическое обследование Vis: OD-0,8 n.c. OS-1,0 f.c. Рефракция OD суl + 0,5 ах. 5° OS –Em (эмметропия). Биомикроскопическое и офтальмологическое обследование не выявили патологических изменений. Окончательный диагноз: врожденное косоглазие с билатеральной гиперфункцией нижней косой мышцы глаза. В данной работе описаны цели и особенности лечения, а также наблюдаемые результаты в постоперационном периоде. Хирургическая коррекция косоглазия во взрослом возрасте в большинстве случаев дает возможность получить положительный результат, что помогает сделать вывод о важности и необходимости лечения этих пациентов наравне с детьми. В хирургическом лечении косоглазия во взрослом возрасте вероятность успеха в снижении угла отклонения варьирует от 70 % до 92% (на протяжении 10 лет после операции), эти показатели сравнимы с результатами хирургического лечения детей.

Варварыч И.Ю.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПТИЧЕСКОГО НЕВРИТА

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Кафедра офтальмологии

(научный руководитель - к.мед.н. Рудковская О.Д.)

Актуальность. Оптический неврит нередко приводит к инвалидности по зрению. В большинстве случаев этиология заболевания не устанавливается, тогда процесс считают идиопатическим. Острота зрения восстанавливается постепенно в течение 6-12 мес., у части больных – развивается необратимая слепота в результате атрофии зрительного нерва.

Цель. Повысить эффективность лечения оптического неврита.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 2 группы больных с оптическим невритом. 1-я группа – 10 человек (основная) – получала традиционную терапию на фоне двухсторонней циклоплегии 1% атропином совместно с ношением солнцезащитных очков, 2-я группа – 13 человек (контрольная) – получала только стандартное лечение. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести местной и общей патологии.

Результаты. Острота зрения при выписке в 1-й группе составила $0,9 \pm 0,11$, во 2-й – $0,4 \pm 0,08$ ($p < 0,05$). Продолжительность койко-дня в 1-й группе составила $8,5 \pm 1,2$, во 2-й – $12,4 \pm 1,3$ ($p < 0,05$), в связи с чем дозы гормональных препаратов (кортикостероиды парабюльбарно и внутривенно) в 2-й группе были большими, чем при лечении новым методом с использованием циклоплегиков.

Обсуждение результатов. На наш взгляд, триггером идиопатического оптического неврита может быть слабость аккомодации вследствие дистресса. При неврите наблюдается афферентный зрачковый дефект, который сопровождается парезом аккомодации (синергичная иннервация мышц зрачка и цилиарного тела). Возможно, таким образом зрительный анализатор создает благоприятные условия для покоя ослабленной аккомодации.

Отключая аккомодацию у больных с оптическим невритом с помощью атропина, врач работает синергично с организмом блокируя триггер заболевания – слабость аккомодации.

Выводы. 1. Триггером идиопатического оптического неврита может быть слабость аккомодации в результате дистресса.

2. У пациентов с невритом зрительного нерва целесообразно проводить циклоплегию обоих глаз на фоне стандартного курса лечения.

3. Предварительные данные свидетельствуют о более быстром и полном восстановлении зрительных функций у пациентом с оптическим невритом, леченных с применением циклоплегиков.

Корконішко О.І.

РЕФРАКЦІЙНІ МАРКЕРИ ДВОБІЧНОГО УРАЖЕННЯ ЗОРОВИХ НЕРВІВ ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра офтальмології

(науковий керівник - к.мед.н. Рудковська О.Д.)

Обстежено дві групи пацієнтів з одностороннім і двостороннім ідіопатичним невритом зорового нерву. Тривалість спостереження хворих 8 років. Встановлено, що при односторонньому невриті спорстерігається гіперметропічна анізетропія на парних очах та при двохсторонньому гіперметропічна ізетропія. Рекомендовано вважати наявність однакової рефракції на парних очах при односторонньому невриті зорового нерву маркером можливого двохстороннього оптичного невриту. Неврит зорового нерву важка патологія, яка часто призводить до слабозорості і інвалідизації хворих. Оптичний неврит буває одно- і двостороннім.

Мета. Розробити метод прогнозування можливого двохстороннього розвитку оптичного невриту.

Матеріал і методи. Нами вивчена рефракція двох груп пацієнтів. Перша група (15 пацієнтів) з одностороннім невритом зорового нерву, друга група (10 пацієнтів) з двохстороннім оптичним невритом. Групи були співставні по віку, статі, важкості місцевої та загальної патології.

Хворим обох груп в комплексі традиційного офтальмологічного обстеження було проведено авторефрактометрію парних очей на фоні циклоплегії.

Результати. Виявлено, що у всіх пацієнтів була гіперметропія слабого та середнього ступеня. Окулярами хворі не користувалися, хоча у багатьох були астенотичні скарги.

У хворих з одностороннім невритом зорового нерву, патологічний процес розвивався на оці з більшою аномалією рефракції. У хворих з двохстороннім оптичним невритом дані авторефрактометрії були ідентичні на парних очах.

Висновки.

1. В комплекс обстеження пацієнтів з оптичним невритом необхідно включати авторефрактометрію парних очей на фоні циклоплегії.

2. При наявності оптичного невриту одного ока однакова рефракція парних очей є маркером можливого двохстороннього ураження запальним процесом зорових нервів даного пацієнта.

3. Такі пацієнти повинні бути попереджені про можливість оптичного невриту на обох очах. Хворим доцільно бути під диспансерним спостереженням окуліста, терапевта, невропатолога. Проводити перевірку зорових функцій обох очей, ретельно коригувати аномалії рефракції, вести здоровий спосіб життя (укріплення організму і, відповідно, циліарного м'язу - для корекції слабості акомодативної, профілактики рецидивів захворювання).

Наконечний Д.О.

РОЛЬ ПАТОЛОГІЇ РЕФРАКЦІЇ В РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО БЛЕФАРИТУ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра офтальмології з дитячою хірургією

(науковий керівник - д.мед.н. Безкоровайна І.М.)

Актуальність. Хронічний блефарит, є одним із найпоширеніших захворювань повік. За даними різних авторів, він зустрічається у 15-20% пацієнтів, що звертаються до лікаря-офтальмолога [Майчук Д.Ю. 2012, Ильин А.А. 2011]. Патологічний процес може розповсюджуватися на кон'юнктиву і рогівку, призводячи до кератитів, кон'юнктивітів, які потребують тривалого комплексного лікування, а також провокувати синдром сухого ока. Одним з провідних етіологічних чинників хронічного блефариту є блефароспазм, який може бути викликаний аномаліями рефракції, особливо коли людина не користується окулярами. Пацієнти з некорегованими аномаліями рефракції вимушені постійно мружитися, напружуючи очі для розглядання дрібних і віддалених предметів, що викликає відчуття дискомфорту і втоми, людина мимовільно тре очі руками, ризикуючи занести інфекцію.

Мета. Дослідити значущість патології рефракції в розвитку хронічного блефариту. Матеріал і методи дослідження. Обстежено 175 студентів (350 очей) медичної академії у віці від 20 до 25 років, у середньому $22 \pm 2,3$ роки, з них 63 чоловіків, 112 жінок. Всім пацієнтам проводились дослідження: візометрія, рефрактометрія, біомікроскопія, проба Норна.

Результати дослідження. Під час обстеження виявлені аномалії рефракції у 32 студентів. З них: міопія - 7 чол. (21,9%); гіперметропія - 15 чол. (46,9%); астигматизм - 9 чол. (28,1%); анізетропія - 1 чол. (3,1%). З них некореговані: гіперметропія у 6 чол. (18,7%); астигматизм у 4 чол. (12,5%). З групи виявленої патології рефракції користуються оптичною корекцією зору 22 чол., з них мають недостатню корекцію міопії 2 чол.

Суб'єктивні прояви хронічного блефариту, а саме: свербіж, почервоніння та періодичне набрякання повік, відчуття «піску» в очах, незначна світлобоязнь наявні у 28 чол. (16%), з них 19 чол. (10,9%) з патологією рефракції. Порушення стабільності слізної плівки виявлено у 42 чол. (24%), з них 25 чол. (14,2%) з патологією рефракції. Об'єктивні прояви: гіперемія і набряк краю повік, протоки мейбомієвих залоз заповнені жировим секретом наявні у 46 чол. (26,2%), з них 27 чол. (15,4%) з патологією рефракції. Таким чином у обстежуваних з аномаліями рефракції на 58,7% частіше зустрічались симптоми, характерні для порушень функцій мейбомієвих залоз. Причому найбільш виражено це було в групі некорегованої аномалії рефракції.

Висновки. Дані проведеного обстеження підтверджують думку, що важливим етіологічним чинником хронічного блефариту є блефароспазм, зумовлений патологією рефракції.



Патологічна анатомія

Pathomorphology

Іліка В.В., ГеровськаКовбасюк О.Б.

ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ МОРФОЛОГІЧНОГО ВИВЧЕННЯ ХОРІОАМНІОНІТУ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ЗА ДАНИМИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології*(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)*

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – актуальна проблема екстрагенітальної патології в акушерстві, оскільки частота цієї патології з кожним роком зростає. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я ЗДА діагностована в 1,7 млрд. населення Землі, при цьому показник у вагітних становить 43,9 млн. осіб або - 51% серед вагітних.

ЗДА ускладнює перебіг вагітності, пологів та післяпологовий період, стан плода та новонародженого, в той час, як запалення посліду ускладнює перебіг ЗДА. Таким чином, важливо вчасно та повноцінно діагностувати запалення посліду при ЗДА, адже у таких вагітних, за даними літератури, у 18 - 20% випадків розвивається плацентарна недостатність і пов'язана з нею гіпоксія та синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода, в 11 - 42% загроза невиношування та передчасних пологів, в 40 - 50% – гестоз.

Нами планується вивчити морфологічні особливості плаценти у жінок із залізодефіцитною анемією у поєднанні з хоріоамніонітом, який, за даними різних авторів, є одним із найчастіших проявом інфікування посліду. Для підтвердження доцільності проведення досліджень була з'ясована частота залізодефіцитних анемій та хоріоамніоніту у вагітних в Чернівецькій області та в м. Чернівці.

Згідно зі статистичними даними з 2010 по 2012 роки спостерігається тенденція до зростання дітонородження. Так, в 2010 р. цей показник становить 10999 (у м. Чернівці – 3417), в 2011 р. – 11208 (3529), а в 2012 р. – 11534 (3505). При цьому показник загальної кількості ЗДА у 2010 р. становив 3522, що складає 31,39% від загальної кількості пологів (в м. Чернівці - 1181 - 35,65%), в 2011 р. – 3606, що у відсотковому співвідношенні складає 31,37% (1177 - 34,40%), 2012 р.- 3638, що дорівнює 30,84% (1148 – 33,80%). Якщо брати до уваги частоту хоріоамніоніту, то за даними обласного патологоанатомічного бюро в 2010 р. їх кількість становила 427 спостережень, тобто 4,0% від усіх досліджених плацент, у 2011 р. – 416 (3,9%), а в 2012 р. – 373 (3,3%).

Таким чином, згідно із проведеними дослідженнями щодо ЗДА та хоріоамніоніту за останні три роки по Чернівецькій області, можна відмітити, що їх показники залишаються достатньо високими і доволі сталими. Вказані дані обґрунтовують доцільність морфологічного дослідження послідів при ЗДА.

Бесединська О.В.

МОРФОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПЕРИФЕРІЙНИХ НЕРВІВ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ НЕЙРОПАТІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології*(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)*

Згідно даних різноманітних літературних джерел розповсюдженість ураження периферійної нервової системи при цукровому діабеті (ЦД) коливається від 15,5 до 47,6% (Сергієнко О.О., 2002). Мішенню при таких ураженнях стають всі структурні компоненти периферійних нервів (мієлінові оболонки, аксони, кровоносні судини системи vasa nervorum, стромальний компонент (СК)).

Метою нашого дослідження є вивчення змін морфометричних параметрів СК периферійних нервів у хворих на ЦД.

Враховуючи анатомічні особливості та симптомокомплекс, характерний для дистальної сенсомоторної полінейропатії, об'єктом дослідження був обраний великогомілковий нерв (ВГН). Досліджено 220 випадки, з них: 100 випадків – автопсійний матеріал; 100 – тканини ВГН, вилучені з ампутованих нижніх кінцівок хворих з діагнозом «синдром діабетичної стопи» та 20 - група порівняння - тканини ВГН, вилучені у померлих з причин, не пов'язаних з ЦД.

Використовували оглядові (гематоксиліном та еозинном, пікрофуксином за ван Гізон) та спеціальні (трихромом за Гоморі – забарвлення волокнистого компоненту строми) методи забарвлення. Використовували мікроскоп біологічний Delta Optical Evolution 300 Trino Plan LED та цифрову камеру Olympus C740UZ. Морфометричний аналіз цифрових копій зображення проводили з використанням ліцензійної копії комп'ютерної програми GNU Graphics Image Manipulation Program (GIMP 2.82, 2012). Вимірювались: загальна площа поперечного перерізу ВГН, абсолютна та відносна площі поперечного перерізу СК й нейронального компоненту (НК) ВГН, середні значення товщини епіневірю, периневрію та ендоневрію.

Гістологічне дослідження виявило, що зміни СК розповсюджуються від поверхневих ділянок (епіневірю) в глибину нерву (до пери- та ендоневрію) та полягають у розвитку набряку, склерозу та потовщення всіх компонентів сполучнотканинного каркасу ВГН. Морфометричне дослідження показало збільшення загальної площі поперечного перерізу ВГН, зарахунок збільшення СК, про що свідчить збільшення його площі, як абсолютної, так і відносної. В той же час абсолютна й відносна площі поперечного перерізу НК зменшувались. Збільшення товщини ендоневрію призводить до зниження щільності розміщення мієлінових нервових волокон.

Отже, розвиток діабетичної периферійної нейропатії призводить до збільшення загальної площі поперечного перерізу нерва з збільшенням частки стромального компонента та відповідно зменшенням нейронального.

Гарвасюк О.В.

ОБГРУНТУВАННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ЗА СТАТИСТИЧНИМИ ДАНИМИ ПО ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)

Передчасне дозрівання хоріального дерева — це коли розвиток хоріальних ворсинок випереджує нормальний перебіг гестації. Зокрема, передчасне дозрівання хоріального дерева проявляє себе в тому, що змінюється співвідношення між різними типами хоріальних ворсинок у сторону більш зрілих ворсинок. Передбачається, що передчасне дозрівання хоріального дерева часто відбувається у випадках передчасних пологів. Як відомо, у всіх спостереженнях передчасних пологів проводять морфологічне дослідження плаценти для з'ясування причини даної патології.

Нами планується вивчати морфологію плацент при передчасних пологах у жінок із залізодефіцитною анемією вагітних (ЗДАВ) в аспекті передчасного дозрівання хоріального дерева.

Для перевірки актуальності таких досліджень з'ясована частота передчасних пологів та анемії вагітних в Чернівецькій області за 2010 – 2012 роки. Встановлено, що загальна кількість пологів за 2010 рік становила 10999; за 2011 рік – 11208 та у 2012 році – 11534. Частота передчасних пологів по Чернівецькій області за 2010 рік становила 399, що складає 3,6% від загальної кількості; у 2011 році цей показник складав 428, тобто 3,8% від загальної кількості; та у 2012 році частота передчасних пологів складала 445, тобто 3,9% від загальної кількості пологів. Показник частоти спостережень анемії вагітних у 2010 році становить 31,37 % при загальній кількості 3522; у 2011 році - 31,37% при цифрі 3606 загальної кількості спостережень анемії вагітних; та у 2012 році загальна кількість спостережень анемії вагітних складала 3638, що становить 30,84%. Розбіжності показників між роками невірні ($p > 0,05$ - згідно біноміального методу).

Проаналізувавши отримані дані, можна зробити висновок про те, що з року в рік загальна кількість пологів зростає, а разом з цим показником зростає абсолютна кількість передчасних пологів у Чернівецькій області та відмічається тенденція до зростання частоти вказаної патології.

Іліка В.В., Земсков В.О.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології

(науковий керівник - викл. Іліка В.В.)

Анемія є достатньо розповсюдженою патологією періоду вагітності й виявляється у 15-49% жінок, при цьому 75-90% випадків цієї патології складають залізо- та білководефіцитні анемії. Сумарна потреба в залізі протягом вагітності складає 1300 мг (300 мг – плоду). При недостатньому його надходженні в організм або неповному засвоєнні через дефіцит білка у вагітної розвивається залізодефіцитна анемія (ЗДА).

При ЗДА, у результаті низького вмісту кисню в материнській крові, розвивається преплацентарна гіпоксія, яка серед багатьох причин патології вагітності займає провідне місце. Виходячи з великої частоти цієї патології, численних ускладнень, що виникають при цьому, проблема гіпоксії плоду виходить за межі загальнономедичних проблем і набуває великого соціального значення.

Метою нашого наукового огляду є визначення динаміки розвитку структурних змін плаценти та аналіз стану фетоплацентарного комплексу (ФПК) при гіпоксії, яка є наслідком ЗДАВ.

В умовах порушення клітинного метаболізму, мікроциркуляції і хронічної гіпоксії при анемії відбувається порушення трофічної, метаболічної, гормонопродуруючої і газообмінної функції плаценти. Велика судинна сітка плаценти виявляється мішенню, оскільки в плаценті розвиваються зміни, в яких переважає компенсаторний та пристосувальні механізми. А. П. Мілованов вважає, що одним з істотних механізмів в розвитку циркуляторної, тканинної і гемічної гіпоксії в плаценті є патологія спіральних артерій матки. На думку Г.М.Савельєвої (1986 р.) в основі фетоплацентарної недостатності, обтяженої ЗДА, лежать порушення плацентарного кровообігу, включаючи мікроциркуляцію, і обмінних процесів, які тісно пов'язані між собою і взаємообумовлені.

Характерні морфологічні зміни в плаценті при ЗДА визначається переважно ступенем тяжкості захворювання, тривалістю перебігу анемії, що в свою чергу впливає на компенсаторні реакції в плаценті і носять характер нестійкої рівноваги між процесами адаптації і дезадаптації у відповідь на розвинуту гіпоксію в системі мати-плід.

За спостереженнями Л.С.Логутової при вивченні плацент жінок із ЗДА характерною морфофункціональною особливістю є дисоційований тип дозрівання котиледонів, наявність псевдоінфарктів, афункціональних зон, фокальних некрозів ворсин, склерозу строми ворсин та тромбоз. Збільшення ворсин знаходиться в прямій залежності від ступеня тяжкості анемії.

Так, за даними проведених досліджень Н.М.Лагоди дефіцитна помірна анемія з рівнем гемоглобіну 110–95 г/л тривалістю перебігу не більше ніж 6–7 тиж. характеризується формуванням у плаценті компенсаторно-пристосувальних реакцій, здатних забезпечити оптимальний рівень метаболізму, а виразність гемодинамічних і дистрофічно-некротичних процесів не впливає на прояв останніх. Тривалість помірної анемії з рівнем гемоглобіну 110–95 г/л більше, ніж 7–8 тиж. характеризується гемодинамічними і дистрофічно-некротичними змінами плаценти розповсюдженішого характеру, веде до зменшення обмінної площі плацентарного бар'єра, розвитку гіпоксії у ФПК та гіпотрофії плода.

Лазарук О.В., Котюха Л.М.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РОЗМІРОМ ПЕРВИННОЇ ПУХЛИНИ ТА РІВНЕМ ЕСТРОГЕНУ У ПАЦІЄНТОК З ІНВАЗИВНИМ РАКОМ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології*(науковий керівник - к.мед.н. Давиденко І.С.)*

В Україні за 2012 рік рак грудної залози (РГЗ) виявлено у 16429 жінок і 131 чоловіків. Найвищий рівень захворюваності в Донецькій області — 1712 випадків, а це 39.0 на 100 тис. населення, Дніпропетровській — 1444, 43.5 на 100 тис., Харківській — 1010 випадки захворювання, що складає 37.0 на 100 тис. населення. Для порівняння Тернопільська область — 267 випадків, 24.8 на 100 тис., Волинська — 263, 25.4 на 100 тис. населення відповідно. У Чернівецькій області дані показники дещо нижчі. Зафіксовано 209 випадків захворювання, з них 5 - у чоловіків. Звичайний показник захворюваності склав 23.2 на 100 тис. населення. Протягом другого півріччя 2013 року у патологоанатомічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру для визначення активності пухлини та виду лікування застосовувався метод імуногістохімічної діагностики.

Метою нашого дослідження було визначення взаємозв'язку між рівнем естрогену та розміром первинної пухлини. У діагностиці РГЗ використовували додатковий метод дослідження раку грудної залози - імуногістохімічну діагностику, а саме визначали чутливість до естрогенрецепторів (ER).

Матеріали і методи. Досліджено 50 випадків операційного та біопсійного матеріалу пацієнток з інфільтративним раком грудної залози на різних стадіях розвитку. Матеріал було поділено за розміром пухлини на 3 групи (класифікація TNM): I група — до 2 см, II — 2-5 см, III група — більше 5 см.

Результати дослідження. У пацієнтів першої групи 44 % випадків склали естроген позитивні пухлини, у групі II цей показник становив 38%, а в третій групі — 18% відповідно ($p < 0.05$).

Висновки. Експресія рецепторів естрогену вища у першій та другій групах, де пухлини мають менший розмір і значно знижена у третій групі. Отже, рівень естрогену має прямий зв'язок зі ступенем злоякісності інвазивного раку грудної залози, стадією та розмірами пухлини.

Майкан А.І.

ПОРУШЕННЯ ТРОФОБЛАСТИЧНОЇ ІНВАЗІЇ В АСПЕКТІ МОРФОГЕНЕЗУ ЕКСТРАХОРІАЛЬНИХ ПЛАЦЕНТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології*(науковий керівник - к.мед.н. Тюленева О.А.)*

Екстрахоріальні плаценти – *placenta circumvallata* (плацента, оточена валіком) та *placenta circummarginata* (плацента, оточена валіком) та *placenta circummarginata* (плацента, оточена обідком) – є частими варіантами порушення розвитку цього органу і разом зустрічаються у 6,8-32,0% серед всіх пологів. Дотепер залишається нез'ясованим механізм утворення екстрахоріальних плацент, однак найбільш ймовірним є порушення процесів імплантації – маргінальної інвазії цитотрофобласта в децидуальну тканину матки, наслідком якого є часткове відшарування плаценти по периферії в ранні терміни вагітності з подальшою його самоликвідацією.

Морфологія інвазивного росту цитотрофобласта викликає безсумнівний інтерес в аспекті морфогенезу матково-плацентарної ділянки, зокрема гестаційної перебудови спіральних артерій матки. Інвазивний цитотрофобласт представлений інтерстиційним цитотрофобластом, який поширюється в межах строми матково-плацентарної ділянки і досягає спіральних артерій з боку їхньої адвентиції, та внутрішньосудинним цитотрофобластом, який виявляється в просвіті цих артерій.

Попередніми нашими дослідженнями біоптатів матково-плацентарної ділянки та міометрію у випадках екстрахоріальних плацент показано, що у 52-74% спіральних артерій у проекції периферійної частини плаценти (проекції валіка або обідка) не відмічаються необхідні для даного терміну гестації перебудови, зокрема, просвіт цих судин вузький, м'язова оболонка характеризується значною товщиною, практично без фібриноїдних змін, субінтимальний шар потовщений, склерозований.

Крім цього, нами за допомогою імуногістохімічних досліджень процесів регуляції чисельності клітин вільозних структур екстрахоріальних плацент показано, що у периферійних відділах органу є зниженою проліферативна активність цитотрофобласта хоріальних ворсин на фоні посилення процесів відмирання клітин поверхневого трофобласта та строми хоріального дерева.

Ворсинчастий цитотрофобласт є камбіальним елементом не тільки для регенерації синцитіотрофобласта ворсин, але й джерелом проліферуючих та інвазивних форм позаворсинчастого цитотрофобласта – інтерстиційного та внутрішньосудинного в складі матково-плацентарної ділянки. Таким чином, можна припустити, що при екстрахоріальних плацентах існує затримка цитотрофобластичної інвазії, що призводить до неадекватної гестаційної перебудови спіральних артерій матки.

На нашу думку, вивчення морфології, джерел та механізмів регуляції інвазивного росту цитотрофобласта при екстрахоріальній плацентації є перспективним в аспекті розкриття причин виникнення та морфогенезу цих аномалій плаценти.

Мунтяну А.И.

МАСТОЦИТЫ, МАКРОФАГИ В АНГИОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова, Университет медицины и фармацевтики имени Виктора Бабеша, Timisoara, Румыния

Кафедра патологической анатомии,

(научные руководители - д.мед.н. Зота Е.Г., д.мед.н. Райка М.Л.)

Актуальность. Многочисленные исследования демонстрируют, что дисфункция эндотелия является ранним предвестником атеросклероза, которая приводит к повышению проницаемости сосудов, активации мастоцитов, миграции лейкоцитов, лимфоцитов, макрофагов, адгезии тромбоцитов, пролиферации гладкомышечных клеток сосудов и в конечном счете вызывает спазм сосудов и провоспалительный статус. Приток мастоцитов и моноцитов в ранних стадиях атеросклеротического процесса приводит к наиболее выраженным проявлениям сосудистого воспаления, а особенно у пациентов с метаболическими расстройствами. Важнейшим патогенетическим звеном атеросклероза, а именно в стадиях осложнённых бляшек, является ангиогенез, наряду с мастоцитами и макрофагами. CD-105 является чувствительным маркером новообразованных эндотелиальных клеток, а также эффективным показателем активации и пролиферации микрососудов, не только агрессивных форм злокачественных опухолей, но и в атеросклеротической бляшке поражённых сосудов. Процесс неоваскуляризации бляшек, зачастую начинается с интимы и вносит значительный вклад в дальнейшей нестабильной эволюции атеросклеротических бляшек (интрамуральные кровотечения, разрывы и др.). Также анти-МСТ (mast cell tryptase) и CD-68 наглядно демонстрируют важные патогенетические этапы и закономерности развития атеросклероза и его осложнений у пациентов с метаболическими нарушениями.

Цель. В нашем исследовании мы проанализировали гистотопографическое распределение новообразованных сосудов как особенности ангиогенеза, степень дегрануляции мастоцитов, экспрессию макрофагов в различных типах бляшек, а также различные типы артериальных сосудов у пациентов с атеросклерозом и метаболическим синдромом, осложненным атеросклерозом.

Материалы и методы. В исследование было включено 34 пациентов, умерших от атеросклероза (n = 17) и атеросклеротических осложнений метаболического синдрома (n = 17), у которых были взяты для исследований фрагменты мозговых, сонных, коронарных, аорты (грудной и брюшной частей) почечных, подвздошных и позвоночных артерий.

Результаты и выводы. Положительные мастоциты, макрофаги и новообразованные сосуды выявлены во многих типах атеросклеротических бляшек, а особенно в адвентиции, также в непосредственной близости от бляшек и в субэндотелиальных слоях. Мы обнаружили статистическую корреляцию типа бляшки и клинических данных. Иммуногистохимический метод эффективен для определения мастоцитов, макрофагов и новообразованных сосудов атеросклеротических бляшек и непосредственно отражает многие важные патогенетические звенья атерогенеза у больных с метаболическим синдромом.

Пужанська А.С., Шендерюк О.П.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ПЕРЕРИВАННІ ВАГІТНОСТІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ҐЕНЕЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)

На сьогоднішній день переривання вагітності, пов'язане з бактеріальним інфікуванням, посідає одне з перших місць серед акушерської патології. Різноманітні інфекційні збудники негативно впливають на перебіг вагітності, пологів, стан фетоплацентарного комплексу та є однією з найбільш частих причин розвитку перинатальних ускладнень.

Тому метою роботи було вивчення морфологічних змін у системі мати-плацента-плід при перериванні вагітності бактеріального ґенезу на органному, тканинному та клітинному рівнях.

Матеріали та методи дослідження: вагітні з бактеріальною, вірусною інфекцією, вагітні з фізіологічним перебігом вагітності, внутрішньоутробний плід, мікробіологічні, морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні методи дослідження плаценти.

Результати дослідження: виявлена залежність між перенесеними інфекційними захворюваннями і особливостями формування патологічних змін у фетоплацентарному комплексі та тісна кореляційна залежність між рівнем гормонів і станом плода.

Висновки: 1. Материнська інфекція негативно впливає на функцію фетоплацентарного комплексу, призводить до погіршення стану внутрішньоутробного плоду, що проявляється зниженням усіх показників біофізичного профілю. Найбільш виражені зміни відбуваються при поєднанні вірусної та бактеріальної інфекції. 2. Порушення стану фетоплацентарного комплексу проявляються зміною рівнів естріолу, хоріонічного соматотропіну, кортизолу. Особливо низькі концентрації гормонів спостерігаються при затримці внутрішньоутробного розвитку плода в 27-32 тижнів. 3. Хронічна плацентарна недостатність при перериванні вагітності характеризується патологічною незрілістю плаценти, яка проявляється дисоційованим розвитком, наявністю інволютивно-дистрофічних змін (звуження міжворсинчатого простору - 20%, крововиливи в міжворсинчатий простір - 80%, фіброзування строми стовбурових ворсин - 25%, фібриноїдний некроз ворсин - 65%, ангиоматоз - 65%, дилатація і повнокрів'я судин ворсин - 90%) та циркуляторних розладів (інтервільозний стаз і тромбоз).

Савчук А.Ю.

РОЛЬ ТЕЛОМЕРАЗИ В РОЗВИТКУ ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - викл. Іліка В.В.)

Смертність від онкологічних захворювань у світі займає друге місце після захворювань серцево-судинної системи. За прогнозами ВОЗ до 2020 р. онкопатології вийдуть на перше місце, що й пояснює актуальність нашого наукового огляду.

Мета дослідження — проаналізувати та описати роль теломерази в розвитку пухлинних захворювань. За останні 10 років кількість онкохворих збільшилася на 25% і зростає на 2,6-3% на рік, тому й не дивно, що наразі усі сили медиків кинуті на те, щоб зупинити такий стан речей та знайти препарат, який би зміг врятувати тисячі життів. Надалі, вважаємо за необхідне зупинитись на висвітленні терміну "теломераза" та зануритись у суть питання.

Теломераза – це фермент, що додає особливі повторювані послідовності ДНК до 3'-кінця ланцюга ДНК на ділянках теломер, які розташовуються на кінцях хромосом в еукаріотичних клітинах. При кожному розподілі клітини теломерні ділянки укорочуються. В результаті діяльності теломерази довжина теломерних ділянок хромосом клітини збільшується або зберігається на постійному рівні, компенсуючи таким чином кінцеву недореплікацію і дозволяючи клітині ділитися необмежено довго. Клітини 85% ракових пухлин володіють теломеразною активністю, тому вважається, що активація теломерази є однією із причин на шляху клітини до злоякісного переродження: їх хромосоми не стають менш стабільними незалежно від числа клітинних поділів, і процес клітинної смерті не запускається. Багато ракових клітин вважаються безсмертними, оскільки активність генів теломерази в них дозволяє їм ділитися практично нескінченно, що і є причиною утворення пухлин.

Науковцям вдалося з'ясувати, що у модельних клітинах викликалися різні мутації, які зустрічаються в різних видах людських ракових клітин. Це дозволило виявити кілька сполучень мутацій. Більшість з них містять такі зміни: активацію теломерази; порушення циклу білка p53; активацію прото-онкогенів Ras, Muc або інших; порушення формування фосфатази білка PP2A". Ці зміни призводять до відключення механізму загибелі клітини в результаті руйнування хромосом або апоптозу та клітина починає безперервно ділитися. Це дозволяє зробити висновок, що надане нею безсмертя є ключовим фактором у розвитку раку. Як показано в роботі Елізабет Блекберн та її колег, теломераза регулює активність 70 генів, які беруть участь в розвитку ракових пухлин. Крім того, вона активує гліколіз, що дозволяє раковим клітинам використовувати цукор для підтримки заданої швидкості росту і поділу. З раковими пухлинами дуже важко боротися, тому що імунна система організму їх не пізнає як чужорідні. Крім того, ракові клітини безсмертні і будуть продовжувати ділитися за будь-яких умов. Оскільки в більшості видів пухлин безсмертя клітин досягається за рахунок присутності в них теломерази, саме вона могла б бути метою для препаратів проти раку. Якщо який-небудь препарат зможе відключити теломеразу в ракових клітинах, процес скорочення теломер відновиться, у міру поділу клітин теломери зруйнуються, виникнуть мутації і клітини загинуть.

Фельдман Д.А., Плітень О.М., Мирошніченко М.С.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАЗАЛЬНОЇ МЕМБРАНИ БАГАТОШАРОВОГО ПЛОСКОГО ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ЦЕРВІКАЛЬНИХ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЯХ ТА РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра патологічної анатомії

(науковий керівник - д.мед.н. Марковський В.Д.)

Рак шийки матки (ШМ) є одним з найбільш поширених новоутворень у світі та посідає перше місце в структурі жіночої онкологічної захворюваності й смертності. Розвитку інвазивного раку (invCa) передують цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (cervical intraepithelial neoplasia – CIN), що включає в своє поняття диспластичні зміни різних ступенів тяжкості (I-III) і інтраепітеліальну карциному (карциному in situ – CIS). Своєчасне виявлення передракових станів і початкових стадій раку ШМ є необхідною умовою для їх успішного лікування, а стан базальної мембрани (БМ) служить єдиним достовірним критерієм відмінності CIS і invCa.

Мета дослідження – виявити морфологічні особливості БМ багатошарового плоского епітелію (БПЕ) ШМ з метою поліпшення диференціальної діагностики CIN, CIS та invCa.

Матеріалом для дослідження стали 120 зразків тканини ШМ із названою вище патологією. Оцінку цілісності БМ проводили на препаратах, забарвлених гематоксилином та еозином, пікрофуксіном за ван Гізеном, за Малорі, імпрегнованих сріблом за методом Більшовського-Гросс, при PAS-реакції. Колаген IV типу, який є колагеном БМ, типували моноклональними антитілами до даного колагену.

Результати дослідження. В зонах CIN I-III і CIS виявляється чітка БМ, проте при CIN III вона трохи стоншена. При CIS границя БМ нечітка, при підозрі на початок інвазії, БМ розщеплюється на окремі волокна, які товщують і коротшають. Колагенові волокна (КВ) фрагментуються, стають нерівномірної величини, розташовуються безладно, число їх зменшується. Зменшення вираженості, фрагментація й відсутність БМ при останній стадії CIN пов'язані зі зниженням колагенутворюючої функції клітин базального шару БПЕ ШМ і зниженням вмісту глікопротеїдів у структурі БМ. При початку інфільтративного росту, коли відмічається проникнення пухлинних клітин в підлягаючу тканину, залишки БМ зберігаються тим менше, чим глибше розташовуються пухлинні комплекси. КВ виявляються все в меншій кількості, вони укорочені, потовщені, безладно розташовані. В той же час навколо ізольованих інвазивних осередків нерідко виявляється нерівномірно сформована БМ, що говорить про підвищення продукції колагену пухлинними клітинами. Проте, коли з цих ізольованих осередків відмічається виникнення нових інвазивних відростків з низькодиференційованих клітин, то БМ в зоні їх заглиблення найчастіше не визначається.

Висновки. Таким чином, стан БМ епітелію ШМ є важливим критерієм у диференціальній діагностиці стадій канцерогенезу, що дозволяє підвищити якість діагностики патологічних станів ШМ.

Шендерюк О.П., Земляк О.Я.

СТАН ПЛАЦЕНТИ ТА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ПОСЛІДУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології*(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)*

Різноманітні інфекційні збудники негативно впливають на перебіг вагітності, пологів, стан фетоплацентарного комплексу та є однією з найбільш частих причин розвитку перинатальних ускладнень. При цьому можуть спостерігатися ознаки переривання вагітності, що в багатьох випадках призводить до різних змін у плаценті, суттєво порушуючи її функцію або передчасних пологів.

Тому метою роботи було удосконалення системи діагностики вагітних жінок, які перенесли бактеріальну, вірусну інфекцію, що супроводжується порушеннями у фетоплацентарному комплексі.

Матеріали та методи дослідження: плаценти з бактеріальною, вірусною інфекцією, плаценти за фізіологічної вагітності, бактеріоскопічні, гістологічні дослідження; оцінка якісних та кількісних параметрів сегментоядерних нейтрофілів (СЯН); морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні методи дослідження плаценти.

Результати дослідження: виявлена залежність між перенесеним інфекційним захворюванням і особливостями формування патологічних змін у плаценті та фетоплацентарному комплексі.

Висновки: 1. Материнська інфекція негативно впливає на функцію фетоплацентарного комплексу, призводить до погіршення стану внутрішньоутробного плоду. 2. Найбільш виражені зміни відбуваються при поєднанні бактеріальної та вірусної інфекції. 3. При бактеріальній інфекції в посліді виявляються ознаки гнійного плацентиту - вілузит, інтервілузит, хоріоамніоніт на тлі посилення дистрофічних, інволютивних та склеротичних процесів. 4. При вірусній інфекції у матері в плаценті розвивається децидуїт і хоріоамніоніт, рідше вілузит та інтервілузит. Характерною морфологічною ознакою вірусного плацентиту є проліферація ендотелію судин з облітерацією її просвітів, а також проліферація епітелію амніону та гладкого хоріону з утворенням сосочкових структур.

Іліка В.В., Шершньова В.В.

ХОРІОАМНІОНІТ ПРИ ІНШИХ СУПУТНИХ ПАТОЛОГІЯХ ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології*(науковий керівник - викл. Іліка В.В.)*

Серед багатьох причин перинатальної патології, які обумовлюють високі показники перинатальних втрат, важливе місце займають захворювання плодових оболонок, де хоріоамніоніт (ХА), в структурі перинатальної смертності, займає стійке 4 місце, поступаючись лише асфіксії, родовій травмі і вродженим вадам новонароджених. Тому дане захворювання є актуальною проблемою в акушерстві, оскільки вагомо збільшує ризик післяродових гнійно-септичних захворювань і патології плоду.

За даними ВООЗ частота виникнення хоріоамніонітів коливається в межах 10-25% усіх пологів, в структурі перинатальної смертності від 5-20%, в 1-5% доношених дітей і у 1-19% недоношених.

Нами було проведено дослідження карт вагітних для визначення частоти хоріоамніонітів та інших супутніх патологій вагітних на базі Кам'янець-Подільського міського пологового будинку Хмельницької області. Відповідно до статистичних даних загальна кількість пологів з січня по листопад місяць 2013 року складає 2800 новонароджених, з них 150 недоношених (5%) та 100 мертвонароджених дітей (4%).

Серед проаналізованих за цей період 2800 карток вагітних було виявлено 61 випадок хоріоамніонітів, що складає – 2,17% від загальної кількості пологів. Нами була приділена особлива увага й іншим захворюванням вагітних поруч з інфікування послідів для виявлення найчастішої супутньої патології. Таким чином, було виявлено, що тиреотоксичний зоб зустрічається у 5% жінок, патології нирок – 1,6%, патології серцево-судинної системи – 14,7%, гестози спостерігали в 3,27%, частота залізодефіцитних анемії вагітних (ЗДАВ) поруч з ХА складає 37 випадків, тобто 60% від загальної кількості ХА. (Загальна кількість ЗДАВ за період дослідження складає 465 випадків.)

Провівши аналіз стає помітно, що найчастішою патологією, яка виявляється поруч з інфікованими послідами, є ЗДА.

Таким чином, ЗДА та ХА під час вагітності являється актуальною медичною та соціальною проблемою, що обумовлене високою частотою цих захворювань та несприятливими наслідками для матері, плода та новонародженого.

Шуцький М.А., Бурбела А.А., Попович А.І.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - викл. Попович А.І.)

Актуальність теми. Нейрофіброматоз – це генетичне захворювання, при якому з нервової тканини утворюються пухлини (нейрофіброми), які можуть бути як доброякісними так і можуть завдати серйозної шкоди організму через стиснення нервів та інших тканин.

Мета. Дослідити та вивчити особливості патоморфології нейрофіброматозу.

Лабораторні ознаки. Конкретні гістологічні дані свідчать про те, що нейрофіброми формуються з шваннівських клітин, з поширенням в нейрони, фібробласти, і периневральні клітини. Супутні злоякісні новоутворення (MPNSTs), які раніше називалися нейрофібросаркомою або злоякісною шванною, з'являються в 3% -15% людей. Крім того, є підвищений ризик (не більше 1%) до появи астроцитом, карциноїду (зазвичай дванадцятипалої кишки), феохромоцитом, нейробластом, епендимом, примітивних нейроектодермальних пухлин, рабдіоміосаркоми (особливо тазу) і недиференційованої саркоми, пухлини Вільмса і лейкозу (ювенільний мієло - моноцитарний лейкоз). Близько 15 % дітей з NF1 мають ознаки пухлини зорового тракту на візуальних дослідженнях, у зв'язку з колосовидною астроцитомою. Злоякісні гліоми зорового нерва також можуть виникати, викликаючи втрату зору та інші неврологічні симптоми через пряме поширення в мозок. Хоча деякі гліоми зорового тракту гістологічно доброякісні, вони як і раніше, є джерелом вираженої клінічної захворюваності. Супутні доброякісні новоутворення - периферійні, вузлуваті, або переплетені нейрофіброми; доброякісні феохромоцитом (ризик 0.1 % - 1 %); менінгіоми, а також кишкові поліпи, шлунково - кишкові стромальні пухлини, можуть виникнути через гіперплазію інтерстиційних клітин Кахаля, розташованих в стінці кишечника. Макроскопічно нейрофіброматоз проявляється:

-6 і більше плям на шкірі кольору "кави з молоком», кожна в діаметрі більше 5 мм у дитини і більше 15 мм у дорослого;

-посилена забарвлення в пахвовій і паховій областях;

-2 і більше вузликів Ліша - гамартоми райдужної оболонки ока;

-виражені кісткові аномалії у вигляді дисплазії основної кістки.

Висновки. Нейрофіброматоз 1 типу є найбільш поширеною формою NF і спостерігається в 90% випадків. Хоча на сьогодні немає жодного відомого методу лікування NF, проте члени Асоціації з питань нейрофіброматозу (Neurofibromatosis Association) оптимістично налаштовані на те, що в найближчі 5-10 років, буде знайдено нове ефективне лікування для подолання цього розладу.

Гарвасюк О.В., Юрчук М.М.

СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ЩОДО ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПО ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА М.ЧЕРНІВЦІ ЗА 2010-2012 РОКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - викл. Гарвасюк О.В.)

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), три мільйони новонароджених кожен рік помирають внаслідок ускладнень, що пов'язані з вагітністю та пологами. Передчасні пологи є основним ризиком неонатальної смертності. Частота передчасних пологів коливається від 6% до 12% в різних країнах, зазвичай ця цифра вища у країнах, які розвиваються. Приблизно 60% від всіх передчасних пологів відбуваються у період гестації 35-36 тижнів, 20% - 32-34 тижня і 20% - 29-31 тижнів. Серед загальної перинатальної захворюваності майже 50% належить передчасним пологам.

За останніми статистичними даними загальна кількість пологів по Чернівецькій області склала за 2010 рік – 10999. З них загальна кількість пологів по місту Чернівці – 3417. Число загальних пологів по Чернівецькій області за 2011 рік становило – 11208; загальна кількість пологів у місті Чернівці – 3529. У 2012 році загальне число пологів у Чернівецькій області становило 11534, з них 3509 – це загальна кількість пологів у місті Чернівці.

Частота передчасних пологів по Чернівецькій області за 2010 рік становила 399, тобто 3,6% від загальної кількості. Загальна кількість передчасних пологів у м.Чернівці – 98, тобто 2,9% від загальної кількості передчасних пологів. Частота передчасних пологів по Чернівецькій області за 2011 рік складала 428 (3,8%), з них 108 (3,2%) – це число передчасних пологів по м.Чернівці. У 2012 році загальна кількість передчасних пологів по Чернівецькій області становила 445 (3,9%); з них 112 (3,3%) становить число передчасних пологів у м.Чернівці. Розбіжності показників між роками невірогідні ($p > 0,05$ - згідно біноміального методу).

Отже, наведені дані свідчать про те, що за період від 01.01.2010 по 31.12.2012 роки мало місце зростання загальної кількості пологів по Чернівецькій області та у м.Чернівці, а разом з тим відмічалася зростання абсолютної кількості передчасних пологів у області та місті, а також мала місце тенденція до підвищення частоти передчасних пологів. Таким чином, доречним та актуальним є вивчення морфології плаценти у жінок з передчасними пологами на предмет передчасного дозрівання хоріального дерева.



Патофізіологія

Radiation medicine

Cuzjo N., Tishchenko S., Hilyanchuk V.

CURRENT METHODS OF STUDYING OF THE PROLIFERATIVE ACTIVITY OF CARDIOMYOCYTES IN EXPERIMENTS

Zaporizhzhia state medical university, Zaporozhe, Ukraine,
Department of obstetrics and gynecology*(scientific advisor - Ph.D. Kolesnyk Y. Ph.D. Hancheva O.)*

Objective: to study and analyze the modern methods for assessing of the proliferative activity of cardiomyocytes in experiments.

Actuality: Several proteins involved in cell cycle regulation have been discovered in recent years. They can be used as selectable markers of proliferating cells in vivo and in vitro. Nowadays we can use such methods as immunohistochemical detection of Ki-67, bromodeoxyuridine, protein PCNA, FEN-1, phosphorylated histones, cyclins and others.

Materials and Methods. After thorough literature analysis our attention was attracted by method of identifying of bromodeoxyuridine (BrdU), because it allows studying in vivo, and also it allows to accomplish the dynamical monitoring of the experiment, unlike other methods. Bromodeoxyuridine – is a synthetic nucleoside analogue of thymidine that is used for studying DNA replication. BrdU can be transmitted to daughter cells during replication. It was demonstrated that BrdU is determined after 2 years after its introduction.

Method's principle of BrdU identifying based on its ability to replace thymidine during replication, by embedding into new DNA. Immunohistochemical staining with antibodies to BrdU allows detecting a modified nucleoside, thereby identifying proliferating cells. Choosing of this method was caused by the fact that the study can be carried out on small rodents, the initial stage of the method is performed in vivo, the drug has low toxicity, the injection is minimally invasive, thus reducing the risk of death of experimental animals. BrdU does not affect the biochemical constants, neuroautonomic indicators and endocrine balance. This is an important condition for maintaining of indicators of modeled pathology. The second investigation phase carried out in vitro on conventionally made sections of tissue.

An important feature is the interaction time between BrdU and investigated tissue, it depends on the expected proliferative activity. Thus, the staff of the Department of Pathophysiology ZSMU led by Professor Yu.M. Kolesnik had chosen 6-day period of administration in the case of studying of endocrine apparatus of pancreas while in the present experiment we have selected 30-day period.

The study was carried out on 10 male Vistar-line rats and 10 male SHR-line rats. Animals during the entire experiment were on a standard diet in the ZSMU vivarium with free access to food and water. Daily for 30 days at 9-00 the solution of 5-Bromo-2'-deoxyuridine (SIGMA-ALDRICH, Germany) was injected intraperitoneally.

Results: All animals safely tolerated the procedure of administration. There were no deaths. The obtained data are in the statistical processing.

Conclusions. Bromodeoxyuridine - is a versatile, highly effective, affordable marker of DNA replication and cell proliferation, which can be widely used in chronic experiments on small rodents for simulation study of various pathologies and pharmaceutical activity.

Danukalo M., Fedotova M.

EVALUATION OF INFORMATIVENESS OF DETERMINING OF THE IGF-1 LEVEL IN PREPUBESCENT BOYS WITH EXCESS BODY WEIGHT

Zaporizhzhia state medical university, Zaporozhe, Ukraine

Department of obstetrics and gynecology

(scientific advisor - Ph.D. Gancheva O.)

In puberty functional overstrain of the neuroendocrine system and its inadequate reserves determine increased sensitivity to the effects of various damaging factors for adolescents' endocrine glands. This is the reason of formation of a number of endocrine and metabolic diseases. The most common endocrine and metabolic disorders of adolescence is obesity.

Actuality: It is known that excess body weight in adults and adolescents is the risk factor for diabetes, hypertension, early atherosclerosis, reproductive disorders. Therefore, the problem of obesity in adolescents is in various fields of medicine - pediatrics, internal medicine, endocrinology, gynecology, andrology, neurology. Adolescent obesity prediction largely depends on timely and correct diagnosis of its various forms.

Objective: The objective of our work was establishing of early diagnostic criteria for disorders of lipid metabolism, allowing to group children with an increased risk of metabolic disorders, to assess the degree of informativeness of determining of levels of growth hormones such as insulin and insulin-like growth factor-1 (IGF-1).

Materials and methods: Analysis of anthropometric data (height, weight, BMI, waist and hips circumference) and biochemical data (cholesterol, triglycerides, beta-lipoproteins levels) in 35 prepubertal boys (9-12 years) was conducted to solve the objective. We have discovered that 16 adolescents with BMI of 23 and over have indicators of lipid metabolism disorders with the development of hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperlipidemia. In this group the additional studies were conducted to determine the glucose concentration and insulin and IGF-1 levels in the blood.

Results: The research allowed us to obtain the following results: the group with BMI of 23-24 has such hormone levels: insulin – 14,89±0,61 ME/ml, IGF-1 – 138,84±11,82 ug/l; the group with BMI of 25-26 has such hormone levels: insulin – 8,92±0,24ME/ml, IGF-1 – 111,12±9,28 ug/l; the group with BMI over 26 has such hormone levels: insulin – 35,81± 3,37 ME/ml, IGF-1 – 185,5±16,72 ug/l

Considering the important fact that adipocytes dynamically respond to changes in endocrine and metabolic situation in the organism because they have an extensive array of surface neurotransmitter and hormone receptors, and simulators of adipocytes' proliferation and lipogenesis are the growth hormone, insulin, IGF-1, we can confidently say, that increasing concentrations of the insulin and IGF-1, which are the two major stimulators of proliferation of adipocytes, leads to formation and progression of obesity and metabolic disorders in children with excess body weight.

Conclusions: Thus it can be stated that 1) calculation and assessment of BMI in prepubertal children are an important criterion for assessing of lipid metabolism disorders; 2) children with BMI over 25 are needed to determine the levels of insulin and IGF-1 with diagnostic and prognostic purpose.

Meera S.I., Choubey K.I., Dmitrenko R.R.

EFFECTS OF THE PINEAL GLAND ON PRO- AND ANTIOXIDATIVE BIOMARKERS OF GINGIVAL AREA IN THE IMMATURE MALE ALBINO RATS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine,
Department of Physiology

(scientific advisor - M.D. Khodorovskiy G.Ph.D. Yasynska O.)

Background and Objective. Hormones have potent effects on the major determinants of the developments and functions of oral cavity organs and tissues including gingiva. They can influence the peridontium at different life time. At puberty increased gingival inflammation was positively correlated with an increase in blood estradiol and progesterone, significant gingival inflammatory changes have been registered in association with the menstrual cycle, bleeding and swollen gingival occur during menstruation, pregnancy gingivitis is extremely common. Periodontal glucocorticoid system and its possible role in the periodontum diseases are described, testosterone receptors are found in periodontal tissues and results showed that testosterone may have anti-inflammatory effects on the periodontum.

Role of pineal gland-hormone - melatonin in the mentioned processes is not known. In this study we explore the relationship between biomarkers of functional state of gingival tissues and pineal gland functions.

Material and methods. The study experimental group consisted of 26 immature nonline male albino rats (one month old). Rats were assigned into one of the following groups in accordans with experimental conditions: 1) control-natural daylight, 2) illumination (photophase), 3) darkness (scotophase). Rats were under these conditions for 14 days. There were measured lipids and proteins peroxidation processes (diene conjugates of polyunsaturated fatty acids and malone dialdehyde) and antioxidative enzymes (superoxide dismutase -SOD, catalase-Cat) in the gingival tissues and blood plasma.

Result. Our findings showed that in the intact immature male rats the free radical reactions in the tissues of gingival area less pronounced and better controlled in comparison with systemic level- in the blood plasma. It suggests that the antioxidant system at the level of gingival area are more effective than at the whole body level.

The study showed in the gingival tissues statistically significant decreased enzymes (SOD, Cat) activity after illumination ("physiologic" pinealectomy) for 14 days and intensification of lipids and proteins peroxidation with a simultaneous increase activity of antioxidant enzymes, mainly SOD, after darkness (stimulation of melatonin production by the pineal body) for 14 days.

Conclusion. Pro- and antioxidative biomarkers in the gingival area respond to the functional state of the pineal body. Further investigation is still necessary to prove our findings on the female animals. Our results suggest that in the process of assessment of antioxidant activity of an organ or the whole body concrete antioxidant enzymes but not total antioxidant capacity should be taken into account.

Говорнян С.Л.

ОКРЕМІ ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра патологічної фізіології

(науковий керівник - д.б.н. Мислицький В.Ф.к.мед.н. Чернюх О.Г.)

Гемолітична хвороба новонароджених (ГНХ) — захворювання, зумовлене імунологічним конфліктом, який є наслідком несумісності крові плода і матері за еритроцитарними антигенами, які направленні проти еритроцитів дитини та передаються трансплацентарно.

Мета дослідження. Дослідити природній розподіл груп крові новонароджених за системою АВ0 та Rh-фактору в матерів із негативним Rh-фактором та відповідно кореляцію з рівнем загального білірубіну і його приростом залежно від групи крові, якщо такий відбувся.

Матеріал і методи. Дослідження щодо визначення груп та Rh-фактора проводилося згідно наказу №164 Міністерства охорони здоров'я України від 05.07.1999 р. «Про затвердження інструкцій, регламентуючих діяльність закладів служби крові України», а саме «Інструкція з визначення груп крові за системами АВ0 та резус».

Результати. У результаті проведеного дослідження встановлено, що діти від матерів із негативним Rh-фактором крові успадкували в 60% позитивний Rh-фактор, як домінуючий у природі. Рівень загального білірубіну в пуповинній крові новонароджених коливався в широкому діапазоні значень: від 20,7 до 158,7 мкмоль/л, незалежно від групи крові та Rh-фактору. Не зважаючи на широкий діапазон індивідуальних величин вмісту загального білірубіну в сироватці пуповинної крові, середній його показник коливався від 32,9 до 44,7 мкмоль/л для всіх можливих варіантів розподілу груп та Rh-фактору крові, незалежно від наявності чи відсутності проявів ГНХ та ступеня її тяжкості. Цікавим є той факт, що на 3-4 добу життя вміст загального білірубіну знаходився в досить вузькому діапазоні значень, незалежно від ступеня ГНХ та початкового вмісту білірубіну в пуповинній крові.

Висновки. 1. Діти від матерів з негативним Rh-фактором успадковують переважно позитивний Rh-фактор, як домінуючий. 2. Рівень загального білірубіну в пуповинній крові, як домінуючий біохімічний показник у розвитку кон'югаційної форми ГНХ від матерів з негативним Rh-фактором, є суто індивідуальним і коливається в достатньо широкому діапазоні значень.

Гошовська Н.А., Свереда Г.О., Антонів Н.В.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПОКСИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ФОНІ ПОПЕРЕДНЬОГО ВВЕДЕННЯ ПОХІДНИХ ТІАЗОЛІДИНУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна,
фармакології*(науковий керівник - викл. Антонів О.І.к.б.н. Ковальчук С.М.)*

Механізми адаптації до гіпоксії включають посилення здатності тканинних ферментів утилізувати кисень, підтримувати рівень окисних процесів і здійснювати нормальний синтез АТФ всупереч кисневому дефіциту. Оскільки похідні тiazолідину є класом сполук, які можуть бути потенційними антигіпоксантами, мета нашої роботи – вивчення змін показників систем антиоксидантного захисту за умов гіпоксії під впливом препарату даного класу.

Дослідження проводили на низько- (НР) та високорезистентних (ВР) до гіпоксії щурах-самцях масою 180-200 г. Гіпоксичну гіпоксію моделювали у барокамері (1 год) за умов, ідентичних висоті 6000 м над рівнем моря, що відповідає рО₂ 75 мм рт ст. За 45 хв. до гіпоксії тваринам окремих дослідних груп в/о вводили розчинену в твіні речовину під лабораторним шифром Les-589. У крові та печінці визначали вміст ТБК-активних продуктів (ТБК-АП) продуктів та активність ферментів антиоксидантного захисту (АОЗ) – супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ). Ступінь гіпоксії контролювали за вмістом та співвідношенням лактату (Л) та пірувату (П) у крові і тканині печінки щурів.

У крові та тканині печінки ВР щурів після гіпоксії на фоні введення Les-589 відмічено активацію СОД, у НР тварин – КТ. Введення препарату підвищило активність СОД на 24% у печінці та на 38% у крові ВР щодо гіпоксії, що супроводжувалось зниженням вмісту ТБК-АП майже до меж норми. У НР тварин аналогічна тенденція стосувалася змін КТ – її активність збільшувалась на 32% та на 20% щодо відповідної групи без корекції. Застосування Les-589 однотипно зменшувало концентрацію Л у крові та печінці щурів з різною резистентністю до гіпоксії. Знижувалось співвідношення Л/П у крові та печінці ВР і НР тварин проти груп без застосування протектора. Коефіцієнт співвідношення антиоксидантної активності і перекисного окислення ліпідів (АОА/ПОЛ) у крові при гіпоксії знижується відносно контролю майже вдвічі у ВР і на 71% у НР тварин. При введенні препарату АОА/ПОЛ зростає на 40% відносно гіпоксії у ВР і на 34% у НР щурів. У печінці дані значення при кисневому дефіциті знижуються відносно контролю на 36% у ВР і на 53% у НР, а при застосуванні препарату зростають в обох групах.

Отримані результати свідчать про реалізацію адаптаційних процесів антиоксидантного захисту у тварин з ВР та НР до гіпоксії за різними механізмами. Попереднє введення Les-589 зумовлює активацію антиоксидантної системи за умов кисневого дефіциту, що підтверджує антигіпоксичні властивості досліджуваної речовини.

Рудницька Л.Р.

РЕАКЦІЯ КАТЕХОЛАМІНІВ ОКРЕМИХ СТРУКТУР МОЗКУ СТАРИХ ЩУРІВ НА ІШЕМІЧНЕ ТА ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНЕ ПОШКОДЖЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра фізіології*(науковий керівник - д.мед.н. Ткачук С.С.д.мед.н. Ткачук О.В.)*

Реакція катехоламінергічних систем мозку на ішемічно-реперфузійне його пошкодження, динаміка вмісту катехоламінів та швидкість їх відновлення вважається важливим індикатором тяжкості патологічного процесу та має вагоме прогностичне значення щодо відновлення функціонального стану нервової тканини.

Мета роботи - дослідити реакцію катехоламінів окремих структур мозку на неповну глобальну ішемію в щурів різного віку в ранньому постішемічному та ішемічно-реперфузійному періодах.

Неповну глобальну ішемію головного мозку моделювали в самців білих лабораторних щурів віком п'ять та 18 міс шляхом двобічного кліпсування загальних сонних артерій протягом 20-хв. У щурів першої серії обох вікових груп мозок забирали відразу після завершення оклюзії сонних артерій, другої – через одну годину від початку реперфузії. Вміст катехоламінів визначали за інтенсивністю їх флуоресценції. Після ліофільного висушування під вакуумом 0,66 x 10⁻⁵ – 10⁻⁶ кПа визначали інтенсивність флуоресценції катехоламінів у гіпокампі, лімбіко-гіпоталамічних структурах, корі лобової, потиличної частки та моторної зони, яку виражали в умовних одиницях. Статистичну обробку отриманих даних проводили за t-критерієм Стьюдента.

Проведені дослідження показали, що в більшості вивчених структур мозку контрольних щурів інтенсивність флуоресценції катехоламінів переважає в п'ятимісячних щурів. У ранньому постішемічному періоді має місце зниження інтенсивності флуоресценції в переважній більшості досліджених структур тварин обох вікових груп, однак із наявністю кількісних вікових відмінностей. Через одну годину після відновлення кровотоку по сонних артеріях у досліджених відділах кори головного мозку, гіпокампі та частині лімбіко-гіпоталамічних структур тварин обох вікових груп спостерігається достовірне зростання інтенсивності флуоресценції порівняно з показниками після завершення ішемічного періоду, однак у більшості структур ці величини не досягали контрольних. Крім того, порівняльний аналіз показників у різних вікових групах продемонстрував суттєвіше за ступенем та кількістю структур відновлення у п'ятимісячних тварин, що дозволяє розглядати катехоламіни як можливу причину тяжкого перебігу судинної патології в осіб старшого віку.

Свереда Г.О., Гошовська Н.А., Вілюра В.В.

ВПЛИВ ГІПОКСИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ОРГАНІЗМ ЩУРІВ ЗА УМОВ ПОПЕРЕДНЬОГО ВВЕДЕННЯ ПОХІДНИХ ТІАЗОЛІДИНУ У СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЇХ ІНДЕКСІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна,
нормальної фізіології

(науковий керівник - к.б.н. Ковальчук С.М. викл. Антонів О.І.)

Дія гіпоксії, як і вплив будь-якого іншого екстремального чинника, призводить до формування різних типів адаптивних реакцій. Універсальність гіпоксичного синдрому потребує розширення спектру антигіпоксантів, які б стимулювали розвиток адекватних антистресових реакцій. Але досліджень спрямованості адаптаційних реакцій на основі вивчення периферійної крові за умов гіпоксії при застосуванні потенційних антигіпоксантів майже не проводиться.

Тому мета роботи полягала у вивченні впливу гіпоксичної гіпоксії на організм щурів за умов попереднього введення похідних тiazолідину, шляхом вивчення змін картини периферійної крові і визначення гематологічних індексів.

Для дослідження були відібрані статевозрілі щури-самці масою 180-200 г. Тварини розділені на групи: 1-а — інтактна, 2-у (контрольну) — піддавали впливу гіпоксії (6000 м над рівнем моря впродовж 1 год; це відповідає 9,7 % O₂), щурам 3-ої і 4-ої груп в/о вводили речовину під лабораторним шифром Les-589, 5-ої і 6-ої — тіотриазолін як еталонний препарат. Тварин 4-ої і 6-ої груп через 45 хв після введення препаратів піддавали гіпоксичній експозиції. Показники крові визначали через 1 добу після гіпоксії на аналізаторі COULTER-T840. Вираховували також гематологічні індекси: індекс адаптації (ІА) — співвідношення лімфоцитів і сегментоядерних нейтрофілів (С/Я); лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛГІ) тощо.

Після впливу гіпоксії у контрольній групі відмічено зниження кількості еритроцитів, лейкопенію, зменшення кількості С/Я та виражений лімфоцитоз. Однак, при попередньому введенні обох препаратів за умов гіпоксії встановлено незначний еритроцитоз щодо гіпоксії. Також зафіксовано лейкоцитоз, при чому в лейкоформулі наступні зміни: помірний лімфоцитоз, зростання концентрації С/Я та еозинофілів. Встановлено вірогідне збільшення гематологічних показників ІА та ЛГІ у постгіпоксичний період після введення обох препаратів відносно впливу лише гіпоксії.

Отримані результати свідчать, що пристосувальна реакція у відповідь на дію гіпоксичної експозиції розвивається за типом неповноцінної адаптації. В той час як дія досліджуваної речовини Les-589, як і вплив еталонного препарату тіотриазоліну в інтактній групі реалізується реакцією підвищеної активації. Встановлено, що профілактичне введення Les-589 модифікує несприятливий тип адаптаційної реакції у постгіпоксичний період у прогностично сприятливу антистресову реакцію, що свідчить про антигіпоксичні властивості досліджуваної речовини.

Соловйничук О.В., Говорнян С.Л., Мельник А.Є., Бойко Т.Я.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ХРОНОРИТМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІЙ НИРОК ЗА УМОВ ГІПОФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фізіології

(науковий керівник - к.б.н. Семененко С.Б.)

Для будь-якої біологічної системи, у тому числі для нирок, характерна просторово-часова організація функціонування. Функція нирок має виражену циркадіанну періодичність. Нирки є органом, який контролює і підтримує стабільність об'ємного, осмотичного, кислотного-лужного та іонного гомеостазу. З'ясуванням організації біологічних систем, ролі чинника часу у здійсненні біологічних явищ і поведінці живих систем, природи, умови виникнення і значення біоритмів для організмів займається біоритмологія. Один із напрямів біології - хронобіологія - вивчає біоритми та механізми, що лежать в їх основі

Тому, метою нашої роботи було з'ясувати особливості порушення хроноритмічної організації функцій нирок за умов гіпофункції шишкоподібної залози.

Для досягнення вказаної мети була поставлена задача: дослідити порушення хроноритмічної організації екскреторної, іоно- та кислотнорегулювальної функцій нирок у тварин із гіпофункцією пінеальної залози.

Досліди проводили на статевозрілих самцях білих щурів. З'ясовували вплив зміненої функціональної активності епіфіза на структуру добових ритмів досліджуваних ниркових функцій упродовж 7 діб. Біоритми функцій нирок досліджували наприкінці експерименту з 4-годинним інтервалом за умови 5,0% водного навантаження. Результати обробляли статистично методом "Косинор-аналізу", а також параметричними методами варіаційної статистики.

За результатами хронобіологічних експериментів нами встановлено, що при гіпофункції шишкоподібної залози (ШЗ) відбулося зниження ритму діурезу в усі періоди експерименту. Подібні зміни були обумовлені порушенням процесу ультрафільтрації, яка гальмувалась сильніше при гіпофункції ШЗ. Гіпофільтрація призвела до підвищення концентрації креатиніну у плазмі крові. За умов гіпофункції пінеальної залози (ПЗ) знижувався мезор відносної реабсорбції води. Важливою функцією нирок є регуляція обміну іонів калію. При гіпофункції епіфіза показник вірогідно зменшувався. Наші експериментальні дані співпадають з дослідженнями професорів Рябова та Наточина. Дисфункція ШЗ призводить до порушень кислотнорегулювальної функції нирок. При гіпофункції ПЗ вірогідно знижувалось рН сечі. При моделюванні тваринам епіфізарної гіпофункції впродовж семи діб при гістологічному дослідженні о 14.00 год, встановлено значну перевагу світлих пінеалоцитів над темними, у відсотковому співвідношенні 95%:5%, що свідчить про недостатній синтез мелатоніну ШЗ.

Узагальнюючи результати проведеної серії досліджень необхідно відзначити, що пригнічення функції ШЗ різко порушує фазову структуру, середньодобовий рівень і амплітуду ритмів більшості показників функцій нирок та призводить до більш вираженого дисбалансу натрієвого гомеостазу порівняно з тваринами, які перебували за фізіологічних умов ШЗ. При гіпофункції ШЗ перевага світлих пінеалоцитів над темними свідчить про зниження синтезу ендogenous мелатоніну ШЗ.

Степанченко М.С., Стеців О.В., Владиченко К.А.

МЕТОД РОЗДІЛЬНОГО ОТРИМАННЯ СЕЧІ З КОЖНОЇ НИРКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ У ЩУРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології*(науковий керівник - д.мед.н. Федорук О.С.)*

Розмаїття причин і форм захворювання вимагає ретельного ставлення та розуміння у клінічних підходах до діагностики і лікування нозології. Нез'ясованими є особливості та патофізіологічні механізми функціональних порушень нирок та їх кореляція із морфологічними, мікробіологічними та ультраструктурними тканинними змінами. Разом з цим, найбільший інтерес при односторонньому ураженні становить механізм ураження контрлатеральної нирки із розладом функціональної спроможності останньої. Роздільне дослідження функцій обох нирок могло б допомогти внести ясність у це питання. Авторам не вдалось знайти ефективного та легкого у відтворенні експериментального способу відповідного дослідження. Найбільшу проблему у дослідженні функціональної здатності кожної з нирок становить роздільне отримання сечі, на що спрямована пропонування авторами методика.

Для моделювання гострого піелонефриту використовували наступний спосіб: під кетаміновим знеболенням проводилася середина лапаротомія довжиною 2,5-3 см. Виводилися петлі кишок в рану, оголювалася верхня третина сечоводу та нирка. Далі за допомогою інсулінового шприця здійснювалося уведення нефропатогенної культури у нижній полюс нирки, занурюючи голку на 3-4 мм у фронтальній площині та дещо відхиляючись від сагітальної площини у латеральному напрямку до середини тіла нирки, протилежної воротам, знизу вверх; при цьому поступовим підтисканням поршня шприця по ходу проведення голки вводилася половина дози, призначеної для тварини (0,1мл/100г маси у кількості 107/мл мікробних тіл). Інша половина збудника вводилася у дзеркальному напрямку відносно горизонтальної площини, припіднімаючи нирку стерильним валиком та здійснюючи ін'єкцію у ділянці середини тіла і проводячи голку у медіальному напрямку до іншого полюсу нирки, поступово інфільтруючи паренхіму. Припіднімаючи нирку для зручності другого уведення, намагалися мінімально травмувати навколишні тканини та запобігати їх інфікуванню.

Далі, з метою подальшого роздільного дослідження функції кожної нирки, здійснювалися наступні дії. Один із сечоводів мобілізували на межі верхньої та середньої його третини. Під останнім проводили лігатуру, зав'язуючи один напіввузол та не затягуючи його. Два вільні кінці нитки по чергово проводили на голці крізь очеревину та м'язовий шар під шкіру, попередньо відділивши її від м'язу. Два вільні кінці лігатури залишалися під шкірою, рана зашивалася. Залишення кінців лігатури під шкірою зумовлене можливим впливом тварини на лігатуру у випадку її виведення на шкіру.

У момент дослідження функції нирок шляхом водного навантаження, під місцевим знечуленням розчином ксикаїну здійснювався розріз шкіри у місці проекції залишених кінців лігатури. Останні підтягувалися та зав'язувалися, перекриваючи таким чином просвіт сечоводу з однойменної сторони. У результаті отримували сечу лише з протилежної нирки. Частині щурів накладали таку лігатуру з ураженої сторони, іншим – з протилежної. Показники обраховувалися статистично. Таким чином, авторами розроблено унікальний метод дослідження.

Харченко К.О., Семененко Н.Ю., Семененко В.В.

ЦИРКАДІАННА ОРГАНІЗАЦІЯ КИСЛОТНОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фізіології

(науковий керівник - викл. Семененко С.Б.)

Одним із найбільш перспективних напрямків, що роблять істотний внесок у вирішення актуальних проблем сучасної нефрології, є дослідження хроноритмічної організації функцій нирок. Тому мета нашої роботи полягала у з'ясуванні особливостей циркадіанної організації кислотнорегулювальної функції нирок. Для досягнення вказаної мети була поставлена задача: дослідити хроноритмічну організацію кислотнорегулювальної функції нирок у тварин, які знаходились за фізіологічних умов пінеальної залози.

Експерименти проводили на статевозрілих самцях білих щурів. З'ясовували вплив функціональної активності епіфіза на структуру добових ритмів кислотнорегулювальної функції нирок впродовж 7 діб. Біоритми функцій нирок досліджували наприкінці експерименту з 4-годинним інтервалом за умови 5,0% водного навантаження. Результати обрахували статистично методом "Косинор-аналізу", а також параметричними методами варіаційної статистики.

Кислотнорегулювальна функція нирок також відзначалась циркадіанною періодичністю. Діапазон, в якому змінювався рН сечі впродовж доби характеризувався межами від 7,6 до 8,0 з мезором $7,7 \pm 0,08$. Амплітуда коливань ритму не перевищувала 2,5%. Найвищий показник кислотності сечі спостерігали о 16.00 год, мінімальний рівень кислотності реєстрували о 24.00 год, коли екскреція іонів водню була мінімальною. Архітектоніка ритмів рН сечі та екскреції іонів водню мали оберненопропорційну залежність: із збільшенням екскреції іонів водню кислотність сечі зменшувалася. Динаміка екскреції титрованих кислот мала однофазний характер з акрофазою о 8.00 год та батифазою о 24.00 год і середньодобовим рівнем $18,6 \pm 0,89$ мкмоль/2 год. Амплітуда ритму не перевищувала 28%. Високий рівень кислот, що титруються, у нічний проміжок доби узгоджувався із змінами кислотності сечі. Хроноритм екскреції аміаку був двофазним. Період акрофази припадав на 8.00 год, а батифази - на 24.00 год. Мезор ритму становив $37,9 \pm 1,61$ мкмоль/2 год.

Узагальнюючі результати проведеної серії досліджень потрібно відзначити, що функції нирок у контрольних тварин підпорядковані чіткій циркадіанній організації. Добові ритми показників функції нирок відображають аналогічні зміни ренальних процесів. Зокрема, підвищення швидкості гломерулярної фільтрації призводить до підсилення діурезу. У періоди низького рівня ультрафільтрації зростає концентрація креатиніну в плазмі крові. Циркадіанне співвідношення між процесами проксимального і дистального транспорту іонів натрію віддзеркалювало фізіологічну взаємоузгодженість між облігатною та факультативною реабсорбцією цього катіону. Добові показники кислотнорегулювальної функції нирок є підтвердженням активації процесів ацидогенезу у темновий період доби. Отже, за фізіологічних умов добові ритми ниркових функцій характеризуються відносно стабільною амплітудою, яка не перевищує 25% від величини мезора.

Харченко А.О., Семененко В.В.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕНЬ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА УМОВ ГІПЕРФУНКЦІЇ ПІНЕАЛЬНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фізіології

(науковий керівник - д.б.н. Семененко С.Б.)

На теперішній час біоритмічні підходи в Україні розвиваються практично у всіх галузях медицини, так як прогнозовані циркадіанні коливання можуть допомогти в діагностиці певних захворювань.

Мета роботи полягала у з'ясуванні патофізіологічних механізмів порушень екскреторної функції нирок за умов гіперфункції пінеальної залози.

Досліди проводили на 42 статевозрілих нелінійних самцях білих щурів масою 0,15-0,18 кг. Тварини першої серії перебували 7 діб за умов стандартного світлового режиму – LD (світло з 08.00 до 20.00 год, освітленість люмінесцентними лампами на рівні кліток 500 лк). Щури другої серії перебували за умов постійної темряви (DD – моделювання гіперфункції пінеальної залози) упродовж 7-ми діб. На восьму добу тваринам проводили 5%-е водне навантаження підігрітою до кімнатної температури водогінною водою і досліджували параметри екскреторної функції нирок за умов форсованого діурезу. Експерименти проводили з 4-годинним інтервалом упродовж доби. Результати обробляли статистично методом "Косинор-аналізу", а також параметричними методами варіаційної статистики. У контрольних тварин функції нирок підпорядковані чіткій циркадіанній організації.

За умов гіперфункції епіфіза, незважаючи на вірогідне зниження діурезу о 08.00, 12.00 та 16.00 год, середньодобовий рівень та амплітуда ритму залишалися стабільними. Фазова структура ритму майже не відрізнялась від контрольних хронограм. Зміни діурезу були зумовлені порушенням фільтраційного процесу у нирках.

Швидкість клубочкової фільтрації вірогідно знижувалася у всі періоди спостереження. Мезор ритму був майже удвічі нижчим за контрольні показники. Така картина ультрафільтрації призводила до вірогідного підвищення рівня концентрації креатиніну у плазмі крові, який спостерігали у всі досліджувані проміжки доби. Водночас реєстрували зниження середньодобового рівня ритмконцентраційного індексу ендогенного креатиніну, що свідчить про порушення процесів у петльовому відділі нефрону, підтвердженням чому було зниження мезору відносної реабсорбції води. За умов гіперфункції пінеальної залози зростає екскреція іонів калію, за виключенням 08.00 год, коли цей показник вірогідно знижувався. Вказані зміни не впливали на середньодобовий рівень ритмів як екскреції, так і концентрації іонів калію у сечі, а амплітуди ритмів знижувалися порівняно з контролем. Гіперфункція епіфіза не викликала вірогідних змін рівня ритму концентрації білка у сечі порівняно з контрольними тваринами, але змінювала фазову структуру і амплітуду коливань екскреції протеїнів у перерахунку на 100 мкл клубочкового фільтрату.

Таким чином, проведена серія експериментальних досліджень свідчить, що за умов гіперфункції пінеальної залози зміни хроноритмів ниркових функцій мають компенсаторний характер.



Педіатрія

Pediatrics

Andriychuk D., Andriychuk T.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS OF ULCER DISEASE IN CHILDREN

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Pediatrics and medical genetics

(scientific advisor - M.D. Sorokman T.)

INTRODUCTION. New informative methods of determining, experimental models, new synthesized substances – donors and inhibitors of nitric oxide (NO) allows to evaluate the role of NO in many diseases, including the gastrointestinal tract.

OBJECTIVE. To increase the effectiveness of prognosis of ulcer disease in children by optimizing the diagnosis of the disease.

MATERIAL AND METHODS. We conducted a comprehensive clinical, molecular-genetic and laboratory-instrumental examination of 120 children with ulcer disease, aged 7-18 years (main group) and 100 healthy children of appropriate age (comparison group). To verify presence of mucosal ulcers, detection of refluxes and comorbidity conducted fibroesophagogastroduodenoscopy.

RESULTS AND DISCUSSION. The level of NO in plasma of children with ulcer disease was $11,62 \pm 0,9$ mmol/l which is in 1,36 times lower than in comparison group of children $15,84 \pm 0,8$ mmol/l, $p < 0,05$. The level of NO in saliva in children of the main group was $41,06 \pm 1,9$ mmol/l and in 1.37 times lower than in the comparison group $56,08 \pm 1,8$ mmol/l, $p < 0,05$. Considering the importance and relevance of the value of NO in the pathology of gastrointestinal conducted molecular genetic studies of children with ulcer disease (UD) – namely G954S polymorphism identified iNOS gene promoter in terms of single nucleotide substitutions. Probable higher level of NO in biological fluids was observed in patients of the main group and individuals homozygous for allele G of comparison, and probably lower – in persons homozygous for allele C ($p < 0,05$). Also in heterozygous individuals NO concentration was significantly lower, and in those with genotype CC higher than in patients with genotype GG ($p < 0,05$). We found a strong direct correlation between the likely level of NO in children with UD, and the presence of GG genotype in this category of children ($r = 0,97$, $p < 0,05$) and a strong probable inverse correlation with genotype CC ($r = -0,96$, $p < 0,05$).

CONCLUSION. In patients with peptic ulcer disease genotype distribution of iNOS (G954C) was as follows: individuals homozygous for G-allele – 47,5%, heterozygous individuals – 38,3%, individuals homozygous for C-allele – 14,2%. The total prevalence of mutant C-allele iNOS is 52,5%. Genotype CC gene iNOS (G954C) increases the risk of disease by 3,9 times (95% CI: 0,21-73,83, $\chi^2 = 9,6$, $p = 0,0007$).

Vlasova O., Ortemenka Y., Fochuk M., Fochuk N.

INFLUENCE OF SOME FACTORS ON CYTOLOGICAL COMPOSITION OF SPONTANEOUS AND INDUCED SPUTUM IN SCHOOL-AGED CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases

(scientific advisor - M.D. Bezrukov L.)

The significance of identifying of inflammatory phenotype of bronchial asthma (BA) is determined by the inefficiency of the standard basic therapy in 30-40% of cases, and often associated with neutrophilic inflammation of the bronchi.

The aim: To study the effect of some factors on the cellular composition of spontaneous and induced sputum in school-age children suffering from bronchial asthma and, as well, to determine the best method of identifying morphological variant of airway inflammation.

Materials and methods. At the allergological department of the Chernovtsy Regional Children Clinical Hospital (Ukraine) the comprehensive examination of 116 school-age children with bronchial asthma has been performed. Based on the method of sputum collection in children, a total cohort of the patients was divided into two clinical groups. The first (I-st) clinical group consisted of 34 children (29,3%) with spontaneous sputum. The second (II-nd) comparison group entered 82 patients (70,7%) in whom sputum was induced by inhalation of hypertonic serial (3%, 5%, 7%) solutions of sodium chloride (NaCl). Cellular sediment of sputum was stained by the method of Romanovsky-Himze with subsequent determination of cytological profile, calculated as percentage of neutrophils, eosinophils, mast cells, lymphocytes and alveolar macrophages out of 200 cells (excluding epithelial cells).

Results. There has been found the following features of spontaneous sputum cytology: lower cell viability, neutrophilia and reducing the relative number of alveolar macrophages. The main clinical characteristics (place of residence, gender and age of patients, as well as severity and duration of BA) of clinical comparison groups did not differ essentially, indicating the insignificance of these factors in the emergence of a large number of neutrophils (relative neutrophilia) in spontaneous sputum. However, in the I-st clinical group the symptoms of acute respiratory viral symptoms and "passive smoking" of children have been identified in $55,9 \pm 8,5\%$ and $64,7 \pm 8,2\%$ of cases, respectively. Among patients of II-nd comparison group these factors of bronchial neutrophilia were recorded in $24,4 \pm 4,7\%$ (P

Godwin S.D.

INDICATORS BRONCHIAL HYPERSENSITIVITY IN SCHOOL AGE CHILDREN WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases
(*scientific advisor - Ph.D. Marusyk U.*)

Given the concept of inflammatory pathogenesis of bronchial asthma (BA) in children, determination of bronchial hypersensitivity (BHS), which indirectly reflect the severity of chronic inflammation of the bronchy, determining disease severity is actually.

Aim of the work: to analyze BHS in school-age children for verification severity of asthma to improve disease control. 90 school-age children with BA in remission were subjected to complex examination in pulmonological department Chernivtsy children clinical hospital. Over the severity of disease the patients were divided in to two clinical groups: 30 patients with severe asthma - the first (I) group and 60 pupils with moderate asthma (second (II) group). According to the main clinical characteristics formed groups were comparable. BHS was estimated by the findings of an inducing dose of histamine, which resulted in a 20% reduction of FEV1 (PC20H), a cumulative dose (PD20H) with the use of histamine serial dilution.

Results: In patients of I group was recorded slightly lower value PC20H and PD20H, which showed about clearly bronchial hypersensitivity to histamine inhaled, namely - $1,19 \pm 0,32$ mg/ml and $0,26 \pm 0,07$ mg. At school-age children II group these figures were $1,94 \pm 0,4$ mg/ml and $0,42 \pm 0,08$ mg ($P > 0,05$), respectively. Indicators PC20H less than 1,2 mg/ml were recorded in $70,0 \pm 8,3\%$ children with severe asthma and only $48,3 \pm 6,4\%$ cases of II group patients (P

Sofe M., Garas M.

THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SEVERE PERSISTENT BRONCHIAL ASTHMA ATTACK IN SCHOOLCHILDREN WITH DIFFERENT PHENOTYPES OF AIRWAY INFLAMMATION

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases
(*scientific advisor - M.D. Bezrukov L.*)

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of desobstructive therapy in schoolchildren with eosinophilic and noneosinophilic phenotypes of severe persistent bronchial asthma.

Materials and methods. On the basis of pulmonologic department of Chernivtsi Regional Pediatric Hospital were examined 20 children of school age with a verified diagnosis of severe persistent asthma. Cytological examination of induced sputum cell pellet was carried out after processing with dityotreytol. Based on the results were formed two comparison groups: the first (I) included 10 children with eosinophilic phenotype airway inflammation (induced sputum eosinophils more than 2%), second (II) group formed 10 children with noneosinophilic phenotypes of inflammation in bronchi (induced sputum eosinophils less than 3%). The severity of the attack was assessed by a clinical point scale. The therapy was regulated by the GINA (review 2010), PRACTALL, order of Public Health Ministry of Ukraine (№ 767, 27.12.2005), and Clinical protocol of primary and secondary specialized care for children with asthma (2012), Adapted national clinical guideline (2012).

Results. Was noted that the severity of the I-th day of the attack was not dependent on the inflammation type of the bronchi ($14,7 \pm 0,7$ points in the first group of children and $15,3 \pm 1,4$ points in the second group of schoolchildren, $p > 0,05$). During the first 3 days probably faster reduction of bronchial obstruction was observed in children with eosinophilic type of bronchial inflammation (decrease of bronchial obstruction syndrome (BOS) were $4,8 \pm 0,5$ points in the first group and $3,0 \pm 0,7$ points in the second group of patients, $p < 0,05$).

Conclusions. Thus, starting relief therapy schoolchildren with eosinophilic phenotype of severe persistent asthma are more effective than those with noneosinophilic inflammation of the bronchi.

Авазова Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра педиатрия №2

(научный руководитель - д.мед.н. Маматкулов Х.М.)

Актуальность. В настоящее время иммунное воспаление считают одним из основных факторов развития сердечно-сосудистой патологии. Повышение таких показателей воспаления, как интерлейкины (ИЛ)-1,6, фактор некроза опухоли- α (ФНО- α) – ассоциирует с высоким риском возникновения осложнений при кардиальной патологии и рассматривается в качестве иммунологических маркеров кардиоваскулярного риска.

Целью работы явилось изучение содержания интерлейкинов у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование были включены 60 человек с индексом массы тела $25,0 - 32,2$ кг/м² в возрасте от 25 до 55 лет и 30 человек контрольной группы практически здоровых лиц. У всех обследуемых лиц определяли содержание интерлейкинов ИЛ-6 и ИЛ-17 в сыворотке крови и комплекс антропометрических данных (рост, вес, индекс массы тела, окружность талии и окружность бедра). В зависимости от уровня АД больных разделили на 2 группы: пациенты, у которых АД не превышало 140/80 мм рт.ст. (30 человек) и лица с АД выше 140/80 мм рт.ст. (30 человек).

Результаты исследования. В 1-ой группе больных уровень ИЛ-6 составил $4,4 \pm 0,75$ пг/мл по сравнению с $1,55 \pm 0,25$ пг/мл в контроле ($p < 0,05$), а содержание ИЛ-17 было равно в среднем $2,9 \pm 0,19$ пг/мл (в контроле $0,45 \pm 0,22$ пг/мл, $p < 0,05$). В группе обследованных лиц с уровнем АД $> 140/80$ мм рт.ст. содержание ИЛ-6 находилось на уровне $5,3 \pm 0,5$ пг/мл, ИЛ-17 - $2,8 \pm 0,23$ пг/мл (по сравнению с контролем в обоих случаях $p < 0,05$). Полученные результаты указывают на то, что при метаболическом синдроме содержание ИЛ-6 и ИЛ-17 в крови существенно повышено и не связано с различной степенью повышения АД. При сравнении уровня цитокинов в сыворотке крови в зависимости от ИМТ обследованных пациентов установлено, что у больных с ожирением I степени (ИМТ $> 29,9$ кг/м²) уровень ИЛ-6 составил в среднем $6,94 \pm 0,34$ пг/мл (в контроле $1,55 \pm 0,25$ пг/мл, $p < 0,05$), уровень ИЛ-17 - $2,92 \pm 0,28$ пг/мл по сравнению с $0,45 \pm 0,22$ пг/мл в контроле ($p < 0,05$). В группе больных с ИМТ от 25 до $29,9$ кг/м² содержание ИЛ-6 находилось на уровне $3,01 \pm 0,18$ пг/мл, а ИЛ-17 - $2,7 \pm 0,15$ пг/мл по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Из вышеизложенного следует, что содержание исследованных цитокинов повышено у всех обследованных пациентов с метаболическим синдромом и наиболее значительно увеличивается уровень ИЛ-6 у больных с ожирением I степени, почти в 2 раза превышая показатели больных с более низкой массой тела.

Выводы. Таким образом, при метаболическом синдроме происходят выраженные нарушения иммунного статуса, проявляющиеся значительным повышением содержания ИЛ-6 и ИЛ-17 в сыворотке крови.

Антофійчук Т.М., Білоус Т.М.

АНАМНЕСТИЧНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ВИХІДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Вступ. Вегетативна дисфункція в дітей є одним з найбільш поширених захворювань, причому прояви та початок розвитку цієї патології можливі у будь-якому періоді життя. У формуванні вегетативної дисфункції мають значення багато чинників, зокрема, перинатальна патологія, спадково-конституційні, фізичне та психічне перевантаження та ін.

Мета дослідження. Вивчити анамнестичні чинники особливості перебігу вегетативної дисфункції в дітей, залежно від типу вихідного вегетативного тонусу.

Матеріали та методи. Методом простої випадкової вибірки сформована когорта з 34 дітей шкільного віку, що отримували стаціонарне лікування в ОДКЛ м. Чернівці з приводу вегетативної дисфункції (ВСД). Групи формували за типом вихідного вегетативного тонусу: I групу сформували 17 дітей з ваготонічним типом ВСД, II групу – 17 дітей зі змішаним типом ВСД (амфотонія) та III групу - 8 дітей із симпатикотонічним її варіантом. Середній вік пацієнтів I групи становив $14,6 \pm 0,56$ років (хлопчиків 47,1%), II групи – $15,5 \pm 0,31$ років (хлопчиків 83,4%) та III групи - $15,5 \pm 0,43$ років (хлопчиків 87,5%).

Результати дослідження. Виявлено, що середній вік матері в дітей I групи становив $40,5 \pm 1,5$ років, II групи – $41,9 \pm 1,5$ років, III групи – $37,5 \pm 1,5$ років ($p < 0,05$ при II:III). Вік батька практично не відрізнявся і сягав 41,6-42,2 років. При аналізі соціального статусу відмічено, що у пацієнтів III групи дещо частіше спостерігається неповна родина (37,5%) порівняно з дітьми I клінічної групи (23,5%), $p > 0,05$. Середня маса тіла при народженні у дітей частіше спостерігалася у проміжку 3200-3300 г. Водночас, маса тіла при народженні більше 3500 г відмічалася у 23,5% представників I групи, 27,8% II групи та 37,5% III клінічної групи ($p > 0,05$), хоча відносний ризик розвитку ВСД за симпатикотонічним типом за вказаної маси тіла дорівнював 2,4 при відношенні правдоподібності 2,0. Слід зазначити, що обтяжений анамнез за захворюваннями серцево-судинної системи в родині спостерігався у 14,3% дітей I групи, 61,1% пацієнтів II групи та 50% дітей III групи ($p < 0,05$ при I:II), причому відносний ризик розвитку ВСД за симпатикотонічним типом при наявності обтяженого сімейного анамнезу за серцево-судинними захворюваннями сягав 3,0 при відношенні правдоподібності 3,5.

Висновки. У дітей шкільного віку чинниками ризику формування вегетативної дисфункції за симпатикотонічним типом і подальшого розвитку артеріальної гіпертензії є молодший вік матері, більша маса тіла при народженні дитини та обтяжений анамнез в родині за захворюваннями серцево-судинної системи.

Ахмеджанова Н.И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренней медицины №1*(научный руководитель - д.мед.н. Маматкулов Х.М.)*

Актуальность. Более 15% развивающейся хронической почечной недостаточности (ХПН) в детском возрасте обусловлено хроническим пиелонефритом (ХП), а удельный вес вторичного пиелонефрита при этом весьма высок и составляет от 55% до 90%.

Материал и методы. Обследовано 60 детей, больных хроническим вторичным пиелонефритом (ХВНПН) в возрасте от 4 до 14 лет. Больные были условно разделены на 3 группы в зависимости от метода лечения. В 1-ю группу вошли 17 больных, которые получали общепринятую терапию (в первые трое суток обычно ампициллин в/м, после получения результатов бактериологического исследования - антибактериальный препарат в зависимости от чувствительности возбудителя), 2-я группа состояла из 21 больного, которым антибиотики вводились лимфотропным способом, а 3-я – из 22 больных, получавших региональную лимфатическую антибиотикотерапию (РЛАТ) в комплексе с полиоксидонием.

Результаты. Сравнительная оценка показателей функционального состояния почек, показала, что у детей с ХВНПН, получавших общепринятую терапию (1-я группа), перед выпиской из стационара скорость клубочковой фильтрации (СКФ) практически не изменялась ($P1 > 0,1$), и, соответственно, не отмечалось повышения осмолярности мочи ($P1 < 0,1$). Также не выявлено положительной динамики аммиака, титруемых кислот (АТ) в моче и АК (аммонийного коэффициента Элькинтона) после проведения общепринятой терапии ($P1 > 0,1$). Традиционная терапия не оказывала влияния на содержание оксалатурии ($P1 > 0,1$). Позитивных изменений суточного диуреза также не отмечалось ($P1 > 0,1$). Более положительные сдвиги в функциональном состоянии почек больных мы выявили на фоне использования РЛАТ (2-я группа). Наблюдалось достоверное повышение показателей клиренса по эндогенному креатинину ($P1 < 0,001$), осмолярности мочи ($P1 < 0,001$), аммиака ($P1 < 0,001$) и АТ мочи ($P1 < 0,001$), АК ($P1 < 0,001$). Кроме того, отмечалось увеличение суточного диуреза ($P1 < 0,001$) по сравнению с аналогичными показателями до лечения. Нужно отметить, что положительные сдвиги большинства этих показателей достоверно улучшились и в сравнении с 1-й группой: показатель клиренса по эндогенному креатинину ($P2 < 0,001$), осмолярность мочи ($P2 < 0,001$), аммиак ($P2 < 0,01$) и титрационная кислотность мочи ($P2 < 0,01$), АК ($P2 < 0,001$). Уровень осмолярности мочи ($P < 0,001$), СКФ ($P < 0,05$) и АК ($P < 0,001$) во 2-й группе приблизились к показателям здоровых детей. У больных с применением РЛАТ отмечалось значительное улучшение и показателей суточного диуреза, как по сравнению с аналогичными значениями до лечения, так и по сравнению с 1-й группой ($P1 < 0,001$, $P2 < 0,01$).

Выводы. В целом, использование региональной лимфатической антибиотикотерапии как отдельно, так и в комплексе с полиоксидонием, у детей, больных хроническим вторичным пиелонефритом, оказывает положительное влияние на функциональное состояние почек, в большей степени на уровень аммиака, титруемых кислот и осмолярность мочи.

Ачилова Ф.А.

СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра педиатрии №2*(научный руководитель - к.мед.н. Раббимова Д.Т.)*

Ревматическая лихорадка (РЛ) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Его социальное значение определяется всё ещё значительным распространением, длительным течением процесса, начинающийся, как правило, в детском и юношеском возрасте с преимущественным и нередко тяжелым поражением сердца. У детей частота заболеваемости ревматизмом составляет 0,08–0,016% детей, в 30% случаев заболевание имеет семейный характер. Относительно недавно в кардиологии стали выделять группы заболеваний и клинико-электрокардиографических синдромов, сопряженных с высоким риском развития опасных для жизни аритмий и внезапной смерти (ВС) у лиц молодого возраста и детей. К числу их относятся синдром удлиненного интервала QT (СУИ QT), синдром короткого интервала QT (СКИ QT), синдром Бругада и др. В основе патогенеза этих синдромов лежат молекулярно-генетические аномалии регуляции ионных каналов кардиомиоцитов. Частота выявления СУИ QT среди детей по данным разных авторов составляет 1 на 5000. Клинически данный синдром характеризуется приступами потери сознания, обусловленными полиморфной желудочковой тахикардией, тахикардией типа «пируэт» или фибрилляцией желудочков. Удлинение интервала QT устанавливается, если измеренный интервал превышает скорректированный показатель более 440 мс. Особого внимания заслуживает обнаружение этого синдрома при другой патологии сердечно-сосудистой системы, так как он может усугублять течение основного заболевания. В литературе имеются единичные исследования по выявлению удлинения интервала QT у детей с ревматизмом.

Целью нашего исследования определение частоты встречаемости синдрома удлиненного интервала QT у больных детей с ревматической лихорадкой.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 103 больных детей с ревматической лихорадкой различного течения, лечившиеся в отделении кардиоревматологии Самаркандского многопрофильного медицинского детского Центра. Возраст детей был от 7 до 14 лет, мальчиков было 67 (65%), девочек 36 (35%). Диагноз РЛ был поставлен на основании анамнеза, объективных данных, показателей клинических и параклинических изменений. Анализ интервала QT определялся по формуле Bazett H. и по ее модифицированной формуле (1920) - для определения скорректированного интервала QT, а также по формулам Fridericia (1920) и Sagie (1991).

Результаты. У 17 (16,5%) обследованных детей наряду с другими изменениями на ЭКГ, характерными для ревмокардита, отмечалось удлинение интервала QT до значений 440 мс, а у 6 (5,8%) больных выявлено выраженное удлинение QT (более 460 мс). В анамнезе у последних отмечались синкопе. Следует отметить, что из них у 4-х (3,9%) больных были дети, в семье которых отмечались случаи внезапной смерти.

Таким образом, выявленный синдром удлиненного QT у детей с ревматизмом отражает характер патологического процесса в миокарде, но в свою очередь, сочетание этого синдрома при ревматизме с синкопе и внезапной смертью среди родственников в анамнезе, возможно, характеризует врожденный характер удлиненного интервала QT.

Дрозд В.Ю., Белашова О.В.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЕФЕКТОРНИХ КЛІТИН У ВЕРИФІКАЦІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ В ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Белашова О.В.)

Вступ. Враховуючи дискусійність та суперечливість питання розвитку БАФН у дітей вважалося доцільним проаналізувати зміни метаболічної активності основних клітин алергічного запалення (еозинофілів, нейтрофілів) та встановити їх діагностичне значення у верифікації БА фізичної напруги у дітей.

Мета роботи – вивчення діагностичної цінності показників метаболічної активності гранулоцитів крові (еозинофілів, нейтрофілів) у верифікації бронхіальної астми фізичної напруги в дітей.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети сформовано дві клінічні групи. Першу (I, основну) групу сформували 60 дітей із бронхіальною астмою фізичної напруги (БАФН). Астму фізичної напруги діагностували за наявності в анамнезі хворого вказівок на появу симптомів БА після фізичного навантаження та/або визначення індексу бронхоспазму більше 15% при проведенні спірографічної проби з дозованим бігом. До II клінічної групи увійшло 30 пацієнтів із БА, без ознак астми, що провокується фізичним навантаженням (БАНФН). За основними характеристиками групи були зіставлювані. Внутрішньоклітинний вміст еозинофільних та нейтрофільних катіонних білків (в у.о.) визначали за методом В.Е. Пігаревського, пероксидази (в у.о.) – за методом Грехема – Кнолля. Робота виконана згідно з вимогами до рандомізованого порівняльного дослідження у паралельних групах за методом “дослід-контроль”. Отримані результати аналізували методом біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження. У представників обох груп спостереження не виявлено суттєвої різниці за вмістом катіонних білків та рівнем активності пероксидази в нейтрофільних та еозинофільних лейкоцитах крові. Так у хворих основної групи рівень нейтрофільних та еозинофільних катіонних білків склав $0,26 \pm 0,02$ у.о. та $0,28 \pm 0,05$ у.о., у пацієнтів групи порівняння відповідно $0,14 \pm 0,02$ у.о. та $0,16 \pm 0,08$ у.о. ($p > 0,05$), активність нейтрофільної та еозинофільної пероксидази у хворих I групи склала $2,18 \pm 0,1$ у.о. та $1,72 \pm 0,2$ у.о., а у дітей II групи – $1,03 \pm 0,4$ у.о. та $0,97 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Не дивлячись на відсутність вірогідної різниці за даними показниками між представниками груп порівняння, у дітей, хворих на БАФН, відмічена тенденція до вищих показників внутрішньоклітинного вмісту нейтрофільних і еозинофільних катіонних протеїнів та пероксидази. Отримані результати можна пояснити підвищеною метаболічною активністю даних клітин, що притаманно для розвитку алергічного запалення.

Таким чином, при розвитку БАФН метаболічна активність головних прозапальних клітин алергічного запалення – еозинофілів та нейтрофілів крові за показниками внутрішньоклітинного вмісту основних цитотоксичних речовин (катіонні протеїни, пероксидаза) значно скомпрометована, що можна використати при проведенні комплексної клінічно-параклінічної верифікації даного фенотипу БА у дітей.

Хусанов Б.Н., Бабаева Н.Т.

РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра неотложной педиатрии

(научный руководитель - д.мед.н. Абдуллаева М.Н.)

Нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде оказывают большое влияние на состояние здоровья ребенка и его последующее развитие. Одним из наиболее частых метаболических расстройств в периоде новорожденности является повышение сывороточной концентрации билирубина, сопровождаемой желтухой.

Целью настоящего исследования явилось определить роль маркеров воспалительной активности при пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией (ПНГ). Новорожденные с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией были разделены на следующие группы: 31 новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией (ПНГ) без особенностей в анамнезе, 37 новорожденных из анамнеза внутриутробно инфицированные, но бактериологически не подтверждено, 22 новорожденных с гипоксически ишемической энцефалопатией (ГИЭ) и 10 новорожденных, родившихся от матерей с гипотиреозом. Нами использовались общепринятые биохимические тесты: билирубин крови и его фракции, трансаминазы, общий белок, альбумин, С-реактивный белок. Определение уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови проводили иммунохроматографическим методом (PCT-Q). Для интерпретации уровня прокальцитонина в сыворотке крови использовались контрольные диапазоны: ПКТ-тест $< 0,5$ нг/мл.

Результаты и их обсуждение. У обследуемых новорожденных гипербилирубинемия была основным показателем для госпитализации. Средний уровень билирубина у детей с пролонгированной гипербилирубинемией составил 170-257 мкмоль/л. В остальных группах уровень билирубина составлял $170 \pm 78,7$ мкмоль/л. СРБ у новорожденных с ПНГ 27,8%; у новорожденных ПНГ на фоне ВУИ - 40%; у новорожденных ПНГ на фоне ГИЭ с риском инфицирования - 51,7%; у новорожденных ПНГ на фоне эндокринопатии - 79,1%. Установлено, что значение ПКТ-теста у новорожденных с ПНГ во всех наблюдаемых группах $38,15 \pm 1,07$ недель в возрасте 14 и более дней жизни составило у 50 из 100 детей менее 0,5 нг/мл.

Выводы. При функциональной недостаточности печени изменения метаболического статуса приводит к снижению общей ферментативной активности, а определение маркеров воспаления дает правильную направленность в лечении пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии.

Пахольчук О.П., Вакула Д.А.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ В ТЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина
Кафедра факультетской педиатрии

(научный руководитель - д.мед.н. Недельская С.Н.)

Актуальность. Аллергические заболевания (АЗ) - медицинская проблема 21 века. Наиболее актуальны они в детском возрасте. От 3 до 20% детей страдают пищевой аллергией (ПА). Согласно данным европейских исследований особую роль в развитии хронических и рецидивирующих кожных проявлений аллергии играет синдром избыточного бактериального роста (СИБР), который обусловлен нарушением состава микробного биоценоза кишечника, размножением условно-патогенной микрофлоры. Современное понимание патогенеза АЗ включает данные об увеличении восприимчивости к аллергенам вследствие нарушения регуляции Th1 и Th2-ответа. Известно, что бактериальные паттерны стимулируют поляризацию Th2-ответа, что приводит к изменению реактивности организма в сторону преобладания аллергического воспаления над противоинфекционной защитой.

Цель. Изучить распространенность СИБР и его влияние на течение пищевой аллергии у детей, возможности его коррекции.

Материалы и методы. Обследованы 40 детей с проявлениями ПА на коже, степень тяжести клинических проявлений ПА оценивали по шкале SCORAD. 10 практически здоровых детей составили группу сравнения. Диагностику СИБР проводили с помощью водородного дыхательного теста с глюкозой (1 грамм на 1 кг массы, не более 25 грамм) и лактулозой (15 мл сиропа). Тест считали положительным при нарастании уровня водорода на 12 ppm и более. Дети с верифицированным СИБР получали энтеросептики и пробиотики в возрастной дозировке в течение 14 дней с повторным проведением теста с лактулозой. Копрограмму сдавали 2-кратно: все дети в день проведения тестов и после курса лечения.

Результаты. Из 40 детей с проявлениями ПА у 8 (20%) выявлен СИБР, при этом тест был положительным и с глюкозой (средняя Δ 15 ppm), и с лактулозой (средняя Δ 24 ppm). Ни один ребенок из группы сравнения не имел повышения уровня водорода в выдыхаемом воздухе. У этих детей выраженность сыпи не коррелировала с выраженностью зуда, у детей же без СИБР зуд был тем сильнее, чем больше и «ярче» высыпания ($r=0,57$, $p<0,05$). Эти дети также чаще (2/3) имели жалобы со стороны ЖКТ, такие как: периодический неустойчивый стул, вздутие, наличие непереваренных кусочков пищи в кале. Пациенты с СИБР по данным копрограммы имели тенденцию к лейкоцитозу в кале и мальдигестии, в группе же контроля отклонений в копрограмме выявлено не было. Курс лечения приводил к нормализации показателей копрограммы, исчезновению негативных симптомов со стороны ЖКТ, нормализации стула, уменьшения выраженности кожных симптомов ПА, нормализации результатов тестов.

Выводы. Синдром избыточного бактериального роста выявляется у 20% детей с кожной формой пищевой аллергии и приводит к утяжелению ее клинических симптомов, причем тест с глюкозой и лактулозой является эффективным методом, позволяющим выявить данный синдром и оценить эффективность его лечения, что коррелирует с показателями копрограммы.

Шерстобітова О.В., Гарас М.Н., Сіладі Й.Й., Донська Т.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Вступ. Неефективність лікування бронхіальної астми (БА) у дітей з неможливістю досягнення повного контролю часто пов'язують із фенотиповою неоднорідністю захворювання.

Мета дослідження: виявити фенотипові особливості дітей шкільного віку, хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму, залежно від ефективності базисної терапії захворювання.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей із попередньо верифікованою тяжкою персистувальною БА на тлі базисної терапії в позанападний період захворювання. До формувальних ознак кластерного аналізу віднесено клінічно-анамнестичні характеристики (тяжкість I дня загострення, тривалість захворювання на БА, генеалогічний індекс за atopічними захворюваннями), показники ефективності базисного лікування за АСТ-тестом, маркери запального процесу в бронхах (вміст метаболітів монооксиду нітрогену, альдегід- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів (АКДНФГ) нейтрального та основного характеру у конденсаті видихуваного повітря (КВП), відносний вміст еозинофільних гранулоцитів у індукованому мокротинні), показники atopічної реактивності (вміст загального Ig E та IL-4 у крові та результати шкірних алерготестів з небактеріальними алергенами) та неспецифічної гіперреактивності бронхів. Отримані результати аналізувалися з використанням принципів біостатистики.

Результати дослідження та їх обговорення. На підставі результатів кластерного аналізу клінічно-параклінічних показників дітей встановлено ряд особливостей, із урахуванням яких вдалося виділити 2 кластерні групи. I група (24 школярі) охоплювала дітей із тяжкою БА та крайною контрольованістю перебігу на тлі базисної терапії. Дана когорта характеризувалася «пізнім початком», швидкими ацетиляторними механізмами, виразною еозинофілією індукованого мокротиння, вищим вмістом метаболітів монооксиду нітрогену та АКДНФГ нейтрального характеру в КВП, вищим вмістом загального Ig E в сироватці крові та значнішою лабільністю бронхів. II кластерна група охоплювала 10 хворих на тяжку БА, яким притаманні недостатня контрольованість перебігу патології на тлі базисного лікування, ранній початок захворювання, повільні ацетиляторні механізми. Для даної когорти хворих притаманними є необтяжений генеалогічний анамнез за atopічними захворюваннями, значніший нейтрофільоз індукованого мокротиння, вищий вміст інтерлейкінів 4 та 5.

Таким чином, на підставі проведеного кластерного аналізу серед пацієнтів, що страждають на тяжку БА, на підставі клінічних, лабораторних та параклінічних предикторів, що характеризують типові ознаки захворювання, вдалося виявити групи дітей із різною контрольованістю симптомів захворювання, що дозволить індивідуалізувати базисну протизапальну терапію, зокрема, школярам I групи доцільно призначати лікування у відповідності тяжкості та контролю захворювання, а представникам II групи рекомендується призначати контролювальне лікування відповідно до рекомендацій «сходінка вгору».

Белоус Т.М., Григола Е.Г., Билык Г.А.

МОНИТОРИНГ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕННЯ У ДІТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії і дитячих інфекційних захворювань

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова Е.К.)

Актуальність. В останнє час бронхіальна астма фізического напруження у дітей привертає до себе все більше уваги алергологів, оскільки часто не виявляється при проведенні спірографії, але потребує особливих тактик ведення хворих і удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

Ціль роботи. Провести моніторинг контролю над бронхіальною астмою у дітей, залежно від наявності фенотипу фізического напруження.

Матеріал і методи дослідження. Досліджено 163 дітей в післяострому періоді бронхіальної астми (БА), з яких сформували 2 клінічні групи порівняння залежно від наявності фенотипу фізического напруження, який визначали за наявністю випадків бронхообструкції в анамнезі на звичайне фізическе напруження і індексом бронхоспазму при проведенні спірографії більше 15%. Середній вік дітей I групи (65 дітей з фенотипом фізического напруження) склав $12,3 \pm 0,28$ років ($68,3 \pm 4,26\%$ хлопчиків), II групи (98 дітей без фенотипу фізического напруження) – $11,8 \pm 0,22$ років ($74,3 \pm 2,89\%$ хлопчиків), т.е. групи порівняння були порівнянними. Ефективність контролюючої терапії бронхіальної астми у дітей клінічних груп оцінювали в балах, причому зменшення сумми балів свідчувало про ефективність терапії, а збільшення – про зниження рівня контролю над захворюванням. Контролююча терапія у більшості дітей проводилася близько 12 місяців, відповідавала 3-4 ступеням терапії згідно рекомендацій GINA-2008 і суттєво не відрізнялася.

Результати роботи. Встановлено, що під впливом проведеної терапії у дітей з відсутністю фенотипу фізического напруження порівняно з дітьми I групи знизився абсолютний ризик денних симптомів (12,8%), нічних симптомів (4,7%), використання швидкодіючих β_2 -агоністів (5,7%), частоти внепланових візитів до алерголога (4,2%), збільшення пікової об'ємної швидкості видиху (12,3%). Зниження відносного ризику складало: для денних симптомів захворювання 15,4%, нічних симптомів 5,3%, використання швидкодіючих β_2 -агоністів 6,9%, частоти внепланових візитів до алерголога 5,2%, частоти загострень протягом року 2,6%, збільшення пікової об'ємної швидкості видиху 16,4%.

Висновок. В цілому, контролююча терапія бронхіальної астми більш ефективна у дітей без фенотипу фізического напруження, що потребує призначення більшого об'єму протизапальної і дезобструктивної терапії дітям з фенотипом фізического напруження.

Нечитайло Д.Ю., Буряк О.Г., Заболотна І.Е.

ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ШКОЛЯРІВ З НЕФРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю.М.)

Вступ. Артеріальна гіпертензія – одне з найпоширеніших хронічних захворювань, вона є основним фактором ризику розвитку ішемічної хвороби, судинних захворювань мозку. Проблема поширеності артеріальної гіпертензії серед населення у світі, на думку науковців, сьогодні слід пов'язувати зі станом здоров'я дітей.

Метою нашого дослідження було виявити частоту артеріальної гіпертензії та чинники її виникнення у дітей старшого шкільного віку Чернівецької області.

Матеріали і методи. Досліджено 194 школярі, віком 13-15 років (середній вік – $13,4 \pm 0,12$ року); гендерне співвідношення досліджуваних складало 1:1. Діагноз нефрологічної патології встановлювали за класифікацією МКХ-10 та відповідно до протоколів надання медичної допомоги дітям спеціалістською «Дитяча нефрологія».

Результати дослідження. Артеріальний тиск у межах 90-95 перцентилів кривої розподілу в популяції відповідно віку, статі, зросту) виявлявся у 3,09% серед дівчат та 8,25% хлопців. Показник поширеності артеріальної гіпертензії (артеріальний тиск вище 95 перцентилів) у дівчат склав – 37,11% та 22,68% відповідно серед досліджуваних юнаків ($p < 0,01$). Серед досліджуваних школярів із передгіпертензією та артеріальною гіпертензією можлива нефрогенна причина артеріальної гіпертензії виявлялася у 17,39% випадків (12 дітей): 10 дітей хворіють на хронічний пієлонефрит, 1 дитина – цукровий діабет I типу, діабетичною нефропатією та у 1 дитини – вроджена аномалія розвитку нирки (підковоподібна нирка), правобічний гідронефроз. При скринінговому дослідженні сечі у 6,2% досліджуваних – 12 школярів (8 дівчат та 4 хлопці) виявлялась мікроальбумінурія. Серед них у 8 дітей спостерігалися підвищення показників артеріального тиску (5 дітей – показники артеріального тиску мали середнє значення $132/89$ мм рт. ст. (90-95 перцентилів кривої розподілу в популяції відповідно віку, статі, зросту); 3 дитини мали показники артеріального тиску вище 95 відповідної перцентилів із середнім значенням артеріального тиску – $146/92$ мм рт. ст.

Висновки. Таким чином, мікроальбумінурія є однією із ранніх ознак ураження нирок різного генезу та прогностичним фактором артеріальної гіпертензії.

Буряк О.Г., Нечитайло Д.Ю., Заболотна І.Е.

НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ЯК ЧИННИК РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю.М.)

Актуальність. В Україні та, зокрема, Чернівецькій області, впродовж останніх років у структурі дитячої захворюваності прослідковується чітка негативна тенденція щодо збільшення показників захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії серед дітей. Наразі надлишкову масу тіла при артеріальній гіпертензії вважають сприятливим фактором. Кореляційний аналіз між змінами артеріального тиску за останні 20 років і змінами зросту, маси тіла, частотою пульсу і товщиною підшкірно-жирової клітковини показав, що зміни артеріального тиску у дівчаток і хлопчиків найбільш сильно корелюють із збільшенням маси тіла та індексом маси тіла.

Мета дослідження. Виявити частоту артеріальної гіпертензії на тлі надлишкової маси тіла у дітей шкільного віку Чернівецької області при скринінгових обстеженнях.

Матеріали і методи. Проведено скринінгове дослідження 140 дітей, яке включало антропометричне, соціометричне обстеження та вимірювання артеріального тиску. Зважування проводилося на стандартних медичних вагах типу BM-150 (точність вимірювання – 50 г), які до обстеження пройшли метрологічний контроль. Ваги регулювалися перед початком зважувань та їх збалансованість перевірялася у кінці обстеження. Вимірювання артеріального тиску здійснювали тричі з інтервалом 3 хвилини на плечовій артерії за допомогою автоматичних тонометрів Microlife, Littl Doctor, AND та механічних тонометрів Microlife з манжетами різного розміру відповідно віку дитини.

Результати дослідження. За результатами дослідження поширеність підвищеного артеріального тиску (сума передгіпертензії і артеріальної гіпертензії) серед дітей залежно від маси тіла виглядає наступним чином: підвищений артеріальний тиск у дітей з нормальною або зниженою масою тіла спостерігався у 21,6% випадків (21,7% – у дівчат та 21,6% у хлопчиків). Серед дітей із надлишковою масою тіла або ожирінням наявність артеріальної гіпертензії спостерігалась у 45,1% (серед дівчат у 50% спостережень та у 39,1% – серед хлопчиків).

Таким чином, надлишкова маса тіла/ожиріння є чинником ризику розвитку артеріальної гіпертензії серед дітей шкільного віку. Батьків школярів з надлишковою масою тіла необхідно навчати методам контролю маси тіла в дітей і підтримки її на нормальному рівні, причому оскільки підвищений артеріальний тиск та артеріальна гіпертензія нерідко носять сімейний характер, навчання цим методам усієї родини є найбільш перспективним.

Кабилова З.Т., Хамидова А.Б.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра неотложной педиатрии

(научный руководитель - д.мед.н. Абдуллаева М.Н.)

Актуальность. В последние годы возросла роль цитомегаловирусной инфекции среди основных причин патологии и смертности новорожденных. Цитомегаловирусная инфекция, как наиболее значимая перинатальная вирусная инфекция, является одной из причин самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, врожденных пороков развития, фетопатий. ЦМВИ способна вызывать поражения головного мозга и потерю слуха у детей, определяя в ряде случаев инвалидизацию с детства. Однако, даже при бессимптомных формах у 5-15% детей в ближайшие 1-2 года и в более поздние сроки регистрируются нарушения ЦНС, слуха, зрения, отмечается детский церебральный паралич, отставание в умственном развитии, плохая успеваемость в школе.

Инфицированность населения ЦМВ весьма высока — от 50 до 70 % популяции, однако персистенция вируса в организме в большинстве случаев протекает латентно, не оказывая выраженного патологического влияния на состояние здоровья человека. У человека с нормальной функцией иммунной системы ЦМВ-инфекция имеет преимущественно латентное течение, а манифестация характеризуется чрезвычайным многообразием клинических проявлений. Кроме того, персистенция вируса может формировать иммунные дисфункции, определять развитие вторичных иммунных нарушений.

Активация ЦМВ-инфекции чаще происходит на фоне каких-либо стрессовых воздействий (острые инфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний, травмы, переохлаждение, переутомление, вакцинация и т.д.). ЦМВ может вызывать как системные заболевания, так и поражения отдельных органов: печени, легких, головного мозга, сердца, мочеполовых органов, слизистой желудочно-кишечного тракта и др.

Цель исследования. Определение значимости клинических и лабораторных критериев врожденной ЦМВИ у новорожденных.

Научная новизна исследования. Проведенное исследование позволит выявить особенности клинического состояния, физического развития, сопутствующей и сочетанной патологии у новорожденных при врожденной ЦМВ инфекции.

Будут определены дифференциально-диагностическая значимость лабораторных показателей иммуноферментного анализа крови для ранней диагностики ЦМВИ у новорожденных.

Будет выявлена взаимосвязь клинико-лабораторных проявлений в структуре ЦМВИ у новорожденных.

Практическая значимость. Выявленные основные диагностические клинико-лабораторные критерии ЦМВИ у новорожденных позволят своевременно определить наличие заболевания у детей, а также применять данные показатели в практическом здравоохранении.

Караматуллаева З.Э., Абдухамитова М.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «НАРИНЭ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНВАЗИВНЫМИ ДИАРЕЯМИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - к.мед.н. Ярмухамедова М.К.)

Актуальность. Проблема инвазивных диарей очень актуальна, так как Узбекистан относится к региону с высоким уровнем заболеваемости инвазивными диареями у детей, что требует разработки эффективных методов лечения этого заболевания. В связи с этим настоящая работа посвящена оценке клинической эффективности «Наринэ» при инвазивных диарей у детей.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы больные находящиеся в ГИБ №1 г. Самарканда с диагнозом «Инвазивная диарея» в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Больные в зависимости от метода лечения были подразделены на две группы: I группа (контрольная) - больные дети с легким и среднетяжелым течением, получавшие этиотропную терапию (135); II группа (основная) - дети, получавшие наряду с общепринятой терапией наринэ. Этиотропная включала в себя применение антибактериальных препаратов в среднетерапевтических дозах в зависимости от возраста и массы тела ребенка. Патогенетическая терапия включает в себя обильное питье, симптоматическую, общеукрепляющую и регидратационную терапию (ведение солевых растворов, количество которых зависит от степени дегидратации, возраста ребенка и его веса). Клиническими критериями терапевтической эффективности наринэ явились исчезновение общей слабости, срока купирования лихорадки, интоксикации, эксикоза, прекращение рвоты, диареи и нормализация стула.

Результаты исследования. У больных получавших наринэ с первых дней отмечено положительное влияние на общетоксической и местный синдром при инвазивных диареях в виде снижения лихорадки, урежения рвоты, улучшение аппетита, ликвидации болей в животе и метеоризма, уменьшения кратности дефекаций и улучшения характеристик испражнений. Повышенная температура нормализовалась с 1-2 дня у 85 больных, длительность лихорадки свыше 3 дней отмечена у 42 больных. У 105 больных спустя 1-2 дня исчезли вздутие живота и боли живота. К 3-4 дню у подавляющего большинства нормализовалось самочувствие и аппетит, заметно урежалось число дефекаций, испражнения становились более плотными без примесей.

Выводы. Патологический характер стула сохранялся в среднем 4 дня в контрольной группе и 3 дня в основной группе. Таким образом, применение «Наринэ» позволила обеспечить раннюю выписку детей из стационара.

Ярмухамедова Н.А., Комилов О.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ВИФЕРОН-1» У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КОРИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - к.мед.н. Ярмухамедова М.К.)

Актуальность. При коревой инфекции возникает иммуносупрессия, которая вносит повышенную восприимчивость больных корью к вторичным бактериальным и вирусным инфекциям. Состояние заболеваемости детей в первую очередь характеризуется значительной частотой вирусных инфекций, а следовательно возможностью развития тяжелых форм и неблагоприятных исходов болезни, что требует совершенствования методов этиопатогенетической терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинического течения кори у детей на современном этапе и разработка новых подходов к комплексному лечению с использованием препаратов интерферона.

Материалы и методы исследования: Для решения данной цели нами проанализированы клиническое течение различных форм кори у 36 больных корью детей в возрасте от 1 года до 14 лет, поступивших в областную клиническую инфекционную больницу №1 города Самарканда. Проводились общеклинические, серологические и иммунологические методы исследования.

Результаты исследования: Легких форм кори среди наших больных не отмечалось. Среднетяжелая форма кори, где были выражены симптомы общей интоксикации, затягивание сроков выздоровления, наличие осложнений, установлена у 73,2%; тяжелая, протекающая с выраженной интоксикацией, геморрагическими элементами сыпи, плохо поддающаяся лечению, с осложнениями, с наличием сопутствующих заболеваний зарегистрирована у 26,8% больных. У наблюдавшихся детей осложнения отмечены в 62,5%. У детей чаще развивались осложнения со стороны дыхательной системы: бронхиты (16,2%), пневмонии (29,1%), ларингит (4,5%) и сочетанные осложнения, как пневмония+отит -12,3%, пневмония+ларингит 10,5%. На концентрацию противокоревых антител наличие осложнений заметного влияния не оказывало, и у более 80% больных была выявлена способность давать выраженный иммунологический ответ на коревую инфекцию. Изучение состояния клеточного и гуморального иммунитета выявило формирование вторичного иммунодефицитного состояния, что проявлялось достоверным снижением количества Т- и В-лимфоцитов, снижением уровня иммуноглобулинов А, М, G и ФАН по отношению к контролю. Лечение было комплексным и включало противовирусную, антибактериальную - при наличии осложнений, симптоматическую, и патогенетическую терапию). С целью противовирусной и иммуномодулирующей терапии в комплексное лечение включен препарат Виферон-1. Если в основной группе до лечения Вифероном-1 ФАН – составляла 24,1±2,6%, то в процессе лечения содержание ФАН достоверно (Р

Міхєєва Т.М., Нечитайло Д.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГОВОЇ ОЦІНКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ШКОЛЯРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю.М.)

Актуальність. Рівень розповсюдження артеріальної гіпертензії (АГ) серед дітей набагато нижчий, ніж серед дорослого населення, причому за даними епідеміологічних досліджень він становить від 1 до 5%. Найчастіше АГ виявляється у дітей шкільного віку, що, як правило, є наслідком характерних для цього періоду розладів вегетативної дисфункції. З метою попередження розвитку АГ та формування гіпертонічної хвороби є доцільним проведення наскрізного скринінгового моніторингу рівня артеріального тиску (АТ) в дітей шкільного віку.

Мета дослідження. З'ясувати особливості проведення скринінгової оцінки артеріального тиску в школярів.

Матеріали та методи. Обстежено 152 дитини із сільської місцевості та міста Чернівці, частка дівчат та хлопців була приблизно однаковою. Були використані наступні методи дослідження: антропометричні, клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні.

Результати дослідження. Вимірювання артеріального тиску проводилось автоматичними тонометрами зі змінними манжетками в ранковий час на обох руках, тричі, з інтервалом у 2 хвилини між кожним вимірюванням. Під час скринінгового обстеження деяким дітям вимірювання АТ проводилось вперше, тому відмічались певні особливості: 1) 21 дитина на стискання плеча манжеткою реагувала емоційно, рухала рукою, тому дане обстеження доводилося повторити; 2) майже у 35% дітей, відповідно до розмірів плечової ділянки, доводилося підбирати манжетки необхідного розміру; 3) у 11 дітей виявляли гіпертензію "білого халату".

Висновки. Враховуючи вищевказані особливості необхідним є проведення підготовчої бесіди з дітьми стосовно процедури вимірювання АТ, особливо для дітей, яким дана процедура проводиться вперше; попереднє проведення антропометричних вимірів плеча дитини, з визначенням розміру необхідної манжетки, і при проведенні скринінгового обстеження дітей не використовувати білі халати у дослідженнях.

Міхєєва Т.М., Нечитайло Д.Ю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АВТОМАТИЧНИХ ТОНОМЕТРІВ ПРИ СКРИНІНГОВІЙ ОЦІНЦІ АТ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю.М.)

Актуальність. За останніми даними у дітей шкільного віку із артеріальною гіпертензією (АГ) на частку первинної гіпертензії припадає 11%, симптоматичної - відповідно 89%. У дослідженні M.Arag (2010) показано, що серед підлітків поширеність первинної гіпертензії становить 35%, вторинної - 65%. Первинна АГ у дітей зустрічається значно рідше, ніж у дорослих; її розповсюдженість дещо збільшується з віком. У дітей першого року життя, а також раннього і переддошкільного віку артеріальна гіпертензія розвивається вкрай рідко і в більшості випадків має вторинний симптоматичний характер. Для своєчасного виявлення ранніх ознак АГ у дітей доцільним є проведення скринінгового дослідження рівня АТ. Оптимальним при проведенні такого обстеження є використання автоматичних тонометрів, що дає змогу зекономити час та оптимізувати весь процес. Мета. Визначити ефективність застосування автоматичних тонометрів при скринінговій оцінці АТ у дітей.

Матеріал і методи. Нами було обстежено 250 школярів із сільської місцевості та міста у віці від 9 до 18 років. Були використані наступні методи дослідження: антропометричні, клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні. Вимірювання артеріального тиску проводилось автоматичними тонометрами фірм Microlife, Nissei, AND та Little Doctor із змінними манжетками, в ранковий час на обох руках, тричі, з інтервалом у 2 хвилини між кожним вимірюванням. Золотим стандартом було вимірювання механічним тонометром фірми Microlife аускультативно за методом Короткова.

Результати дослідження. Тонометром Nissei було обстежено 50 дітей. Була відмічена певна розбіжність в отриманих результатах у порівнянні між автоматичним та механічним тонометрами. Ця розбіжність є вірогідною в першому ($125,52 \pm 1,2 / 70,9 \pm 0,99$) проти $120,62 \pm 1,2 / 69,9 \pm 0,99$, $p < 0,05$) та третьому ($121,16 \pm 1,16 / 72,1 \pm 0,80$ проти $117,16 \pm 1,16 / 71,1 \pm 0,80$, $p < 0,05$) вимірюванні показників систолічного АТ, та вносить певну похибку в отримані результати. При вимірюванні АТ тонометром Microlife (обстежено 60 дітей) різниця між вимірюваннями є мінімальною, вірогідного характеру. При вимірюванні АТ тонометром AND (65 дітей) був достатньо точний результат, хоча можна спостерігати невелику похибку у 2-му вимірюванні ($120,12 \pm 1,04 / 68,4 \pm 0,94$ проти $119,82 \pm 1,04 / 119,82 \pm 1,04$, $p > 0,05$). З тонометром Little Doctor ми обстежили 75 дітей. Даний тонометр теж не показав вірогідних відхилень, але за точністю поступається двом попереднім.

Висновки. Спираючись на отримані результати, можна вважати застосування автоматичних тонометрів для проведенні скринінгу артеріальної гіпертензії у школярів ефективним з точними результатами. Найбільш точними були прилади фірм Microlife та AND.

Сажин С.І., Мельник М.В.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ТА СПІРОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ РАНЬОГО ПОЧАТКУ В ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Вступ. Бронхіальна астма (БА) розглядається як фенотипово неоднорідне захворювання, що характеризується епізодами дихання, хронічним алергічним запаленням і гіперсприйнятливістю дихальних шляхів. Відсутність специфічних симптомів БА на тлі використання профілактичних препаратів дозволяє зменшувати обсяг терапії та досягати мінімальних ефективних доз, які забезпечують підтримання контролю над захворюванням. Наразі оцінка контрольованості БА є суб'єктивною, що повсякчас призводить до помилок у виборі подальшої тактики протизапального лікування.

Мета роботи: вивчити взаємозв'язки між результатами опитувальника АСТ-тесту та індексом лабільності бронхів у дітей, хворих на бронхіальну астму, для удосконалення верифікації рівня контролю та оптимізації індивідуалізованої базисної терапії.

Матеріал і методи. На базі Чернівецької обласної клінічної дитячої лікарні з дотриманням принципів біоетики обстежено 22 пацієнти шкільного віку, хворих на БА раннього початку. Критеріями включення вважали: початок хвороби до трирічного віку, використання впродовж останніх трьох місяців препаратів базисної терапії, наявність інформаційної згоди. Рівень контролю визначали за АСТ-тестом. Показник лабільності бронхів визначали при спірометричному дослідженні як суму індексів бронхоспазму на дозоване фізичне навантаження та бронходилатації на пробу з швидкодіючим β_2 -агоністом. Взаємозв'язки між подіями розраховували методом кореляційного аналізу з використанням обчислювального пакету «Statistica 6.0».

Результати та їх обговорення. Встановлено, що середній вік пацієнтів на момент обстеження становив $11,8 \pm 0,8$ роки, кількість хлопців – 14 (63,6%), мешканці міста – 11 (50,0 %), тривалість хвороби – $9,3 \pm 0,8$ роки. За результатами опитування, середнє значення АСТ-тесту дорівнювало $19,8 \pm 1,1$ бала та коливалося в межах 95% довірчого інтервалу з 17,4 до 22,1 бала. При проведенні спірометричного обстеження виявлено, що показник лабільності бронхів становив $12,8 \pm 2,3\%$ (95% довірчий інтервал 8,0-17,7%). Установлено, що в пацієнтів, які отримували базисне лікування, результати АСТ-тесту та показник лабільності бронхів володіли зворотнім кореляційним зв'язком ($-0,68$, $P < 0,02$).

Висновок. Наявність вірогідного взаємозв'язку між клінічною оцінкою рівня контролю бронхіальної астми за АСТ-тестом та індексом лабільності бронхів при проведенні спірометрії дозволяє рекомендувати використання даного параклінічного показника як додаткового методу моніторингу контрольованої бронхіальної астми раннього початку.

Васкул Н.Я., Мислицька Г.О., Сажин С.І.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОЦІНКИ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Актуальність. Оцінка рівня контролю над симптомами бронхіальної астми (БА) ґрунтується на клінічно-анамнестичних ознаках, які повсякчас носять суб'єктивний характер. Серед неінвазивних методів діагностики рівня контролю та, відповідно, оцінки ефективності базисної терапії БА впродовж останніх років пропонується визначення рівня монооксиду нітрогену (NO) у повітрі, що видихається. Проте, дискусійними залишаються думки науковців щодо використання даного додаткового методу для моніторингу контролю при різних фенотипах захворювання.

Мета. Визначити динаміку вмісту монооксиду нітрогену у повітрі, що видихається, у дітей з раннім та пізнім фенотипами бронхіальної астми на тлі базисної протизапальної терапії для удосконалення діагностики рівнів контролю над симптомами захворювання.

На базі обласної дитячої клінічної лікарні м.Чернівці комплексно обстежено 56 дітей шкільного віку, хворих на персистувальну БА. За маніфестацією клінічних симптомів, пацієнти розподілені на дві групи спостереження. До першої (I) групи увійшли 26 дітей, у яких перші симптоми захворювання розпочалися до трьох років, другу (II) – сформували 30 дітей, яким діагноз «бронхіальна астма» виставлено після шестирічного віку. За основними клінічними ознаками групи порівняння були зіставлювані. Метаболіти NO у конденсаті повітря, що видихається, визначали фотоколориметричним методом за Н.Л. Ємченком та співавт. (1994) у модифікації А.І. Гоженка (2002) із використанням реактиву Гріса. Зменшення концентрації метаболітів NO в динаміці свідчило про зниження активності місцевого запалення дихальних шляхів.

Результати дослідження. При первинному обстеженні виявлено, що рівень NO в групах порівняння становив: $46,0 \pm 1,4$ ммоль/л та $45,5 \pm 1,3$ ммоль/л у першій та другій групах порівняння ($P > 0,05$). При повторному візиті через три місяці (на тлі профілактичного лікування інгаляційними глюкокортикостероїдами) виявлено, що у пацієнтів з фенотипом БА раннього початку рівень монооксиду нітрогену дещо збільшився порівняно з вихідним показником – $46,4 \pm 1,7$ ммоль/л ($P > 0,05$). Ймовірно, це пов'язано з низькою прихильністю до базисної терапії пацієнтів, що тривало хворіють. Натомість, у дітей II клінічної групи при другому обстеженні виявлено зниження концентрації метаболітів NO до $40,9 \pm 1,7$ ммоль/л ($P < 0,05$).

Висновок. Визначення рівня метаболітів монооксиду нітрогену можна використовувати як додатковий метод оцінки прихильності до базисного лікування бронхіальної астми у дітей.

Мислицька Г.О.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРСИСТУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ДИТИНСТВА У ДОРΟΣЛИЙ ВІК У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) у дітей є актуальною медико-соціальною проблемою. Її поширеність у світі серед дитячого населення коливається від 5 до 10%, а в окремих країнах – до 30%. Хоча в підлітковому віці стійка клінічна ремісія трапляється у 16-52% випадків, а легший перебіг захворювання - у кожної другої дитини, у половини пацієнтів симптоми захворювання персистують у дорослий період життя, або рецидивують після нетривалої ремісії у 40-70% хворих.

Мета роботи. Провести ретроспективний порівняльний аналіз епідеміологічних особливостей захворюваності, поширеності та смертності хворих на бронхіальну астму дітей і дорослих у Чернівецькій області порівняно з загально-державними показниками.

Матеріал і методи. Для проведення аналізу використані дані офіційних статистичних звітів дитячої і дорослої алергологічних служб України та Чернівецької області. Глибина аналізу склала 4 роки.

Результати та їх обговорення. Попри стабільність поширеності (від 5,97 до 5,61) і захворюваності (від 0,6 до 0,59) на 1000 дитячого населення на БА в Україні, вітчизняними експертами дані показники вважаються заниженими щонайменше у 5-10 разів. Разом із тим, динаміка реєстрації захворювання у різні вікові періоди свідчить про значну його гіподіагностику в ранньому віці. Так, в Україні за останні 2 роки середній показник захворюваності у популяції від 0 до 6 років становив 0,57, у дітей віком 7-14 років – 0,7, а у старших 14 років був у 5,7 разу вищим (4,0 на 1000 дитячого населення). По Чернівецькій області показник поширеності БА серед дітей за період 2009-2012 рр. коливався від 4,57 до 4,73, захворюваності – від 0,45 до 0,47 на 1000 дитячого населення, що узгоджувалося із державними показниками та, разом із відсутністю летальних випадків, повинно було би розцінюватися як ознака стабільної ситуації. Разом із тим, аналіз офіційних статистичних даних по дорослому населенню області свідчить про те, що в минулому році рівень захворюваності зріс на 16,1%, разом із поширеністю був вище державного показника, при рівні смертності 0,4 на 100 тис населення. Розповсюдженість і захворюваність на БА серед дорослого населення по окремих районах області у 2012 році перевищувала державні орієнтири у 3-6 разів, а за 6 місяців поточного року по місту Чернівці поширеність патології вища від них на 13%.

Висновок. Персистування бронхіальної астми з дитинства у доросле життя та її гіподіагностика залишаються невирішеними проблемами у Чернівецькій області, зокрема, та у державі загалом.

Олексієнко Б.О., Лукзен В.Б.

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЇЇ СИСТЕМНІ НАСЛІДКИ В НОВОНАРОДЖЕНИХ У КРИТИЧНИХ СТАНАХ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
Курс анестезіології з інтенсивною терапією
(науковий керівник - к.мед.н. Шкурупій Д.А.)

Актуальність. Проблема виходжування новонароджених є важливим соціальним та морально-етичним аспектом розвитку нації. Підтвердженням цього є введення в Україні міжнародних критеріїв живонородженості і впровадження загальнонаціональних програм, зокрема – Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства». Більшість новонароджених які вимагають лікарської допомоги, підлягають лікуванню в умовах відділення інтенсивної терапії (ВІТ) через виникнення синдрому поліорганної недостатності, причиною якого є недостатність імунної системи. У цих станах одним з основних патогенетичних механізмів є бактеріальна транслокація, причиною якої є недостатність гастроінтестинальної системи. Саме тому вивчення цієї проблеми є ключем до діагностики та лікування критичних станів у новонароджених.

Мета дослідження: встановлення механізмів формування гастроінтестинальної недостатності та пов'язаних із нею системних порушень у новонароджених в умовах інтенсивної терапії.

Матеріал та методи. Обстежено 46 новонароджених віком від 1 до 25 днів життя з наслідками асфіксії при народженні і перинатального інфікування. Новонароджені рандомізовані за фактом необхідності лікування у неонатальному ВІТ (1-ша група; n=36) й у відділенні патології новонароджених (2-га група, n=10). За статевим, віковим представництвом, характером патології і базисної терапії групи досліджень були статистично тотожними. В динаміці оцінювались клінічні характеристики хворого, визначались ознаки синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), рівень С-реактивного білка крові, характер ентерального харчування, внутрішньочеревний тиск (ВЧТ), ступінь гастроінтестинальної недостатності (ГІН). Статистична оцінка результатів проводилась методами описової і непараметричної статистики. За рівень імовірності помилки вважали $p \leq 0,05$.

Результати. У новонароджених 1-ої групи встановлена достовірно вища частота формування ССЗВ (83,3±6,22%; n=30) проти 0% (n=0) в 2-ій групі ($\chi^2=23,96$; $p<0,0001$). Розвиток ССЗВ був пов'язаний із формуванням ГІН, про що свідчать прямі кореляційні зв'язки з застосуванням штучного харчування ($R=0,29$; $p=0,04$), ступенем ГІН ($R=0,73$; $p=0,0001$), підвищенням ВЧТ ($R=0,7$; $p=0,0001$). Формування самої ГІН корелювало із рівнем ВЧТ ($R=0,92$; $p<0,0001$), впливало на обсяг засвоєння ентерального харчування ($R=0,53$; $p=0,0001$), підвищувало рівень С-реактивного білка ($R=0,61$; $p<0,0001$), знижувало рівні сироваткового альбуміну ($R=-0,32$; $p=0,03$) і вагу в динаміці ($R=-0,54$; $p<0,0001$). Також встановлено, що у новонароджених 1-ої групи на 1-у, 5-у і 10-у доби спостереження показники ВЧТ і ступеня ГІН мали тенденцію до зменшення, але достовірно не різнились між собою і залишались достовірно високими порівняно із показниками новонароджених 2-ої групи.

Висновки. Таким чином, у новонароджених при критичних станах підвищення внутрішньочеревного тиску формує гастроінтестинальну недостатність, що в свою чергу сприяє розвитку системного запалення і зниженню пластичних функцій організму.

Перижняк А.І.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА УМОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Годованець Ю.Д.)

Актуальність. На сьогодні в структурі дитячої смертності, захворюваності та ранньої дитячої інвалідності, перинатальна патологія посідає одне з перших місць. Близько 40-70% дітей, які перенесли внутрішньоутробну або перинатальну гіпоксію мають гіпоксичне ураження серцево-судинної системи.

Мета дослідження: дослідити показники ферментативної активності крові в якості доклінічних маркерів кардіоваскулярних порушень у новонароджених за умов перинатальної патології.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 156 доношених новонароджених дітей, які розподілені на групи: ІА групу склали новонароджені, загальний стан яких був визначений як середньої тяжкості (n=54); ІВ групу - діти, у яких спостерігалися ознаки перинатальної патології тяжкого ступеня (n=47). Контрольну (ІІ групу) склали 55 новонароджених, які мали фізіологічний перебіг раннього неонатального періоду. Всім обстеженим проводилось біохімічне дослідження крові з визначенням активності кардіоспецифічних ферментів: креатинфосфокінази (КФК), та її МВ – фракції креатинфосфокінази (КФК-МВ), аспартатамінотрансферази (АсАТ), а також, активності лактатдегідрогенази (ЛДГ) у плазмі крові. Комплекс біохімічних досліджень виконано з використанням біохімічного аналізатора С501 та електрохемілюмінесцентному аналізаторі Е601.

Результати дослідження. В результаті дослідження з'ясувалось, що рівень активності КФК у дітей ІВ групи вищий у 2 рази порівняно з ІА групою та в 2,5 рази вище, ніж показники у новонароджених ІІ групи. Інший показник КФК-МВ мав високу активність у новонароджених ІВ групи (176,5±8,02 од/л). Активність АсАТ у сироватці крові новонароджених груп дослідження також мала певні відхилення. Найбільш висока активність ферменту спостерігалась у дітей ІВ групи (45,7±2,29 од/л). Порівняння активності ЛДГ у новонароджених груп спостереження показало, що найвищий показник у дітей ІВ групи (1113,3±25,72 од/л), що в 1,5 рази більше порівняно з ІА групою та в 2 рази вище за показник ІІ групи.

Висновки: За умов гіпоксії при перинатальній патології у новонароджених виявлено підвищення активності кардіоспецифічних ферментів у сироватці крові (КФК, КФК-МВ, ЛДГ та АсАТ), яка зростає відповідно до тяжкості стану новонароджених та свідчить про деструктивні порушення мембран кардіоцитів у дітей з тяжкою перинатальною патологією у перші доби життя та наростання метаболічних порушень, що потребують своєчасної діагностики та корекції від народження.

Расулова Н.А.

ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Расулов А.С.)

Актуальность. Профилактика витамин D-дефицитного рахита занимает важное место в комплексе мероприятий, проводимых в целях укрепления здоровья детей раннего возраста. При этом эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности профилактического назначения препаратов витамина D3 с учетом степени неблагоприятного влияния на организм ребенка факторов риска.

Цель исследования: сравнить методы профилактики рахита у детей 1-го года жизни в г.Самарканде и Акдарьинском районе Самаркандской области.

Материал и методы исследования: было обследовано 466 детей в возрасте 1-12 месяцев. Дети были распределены на 2 группы: первая группа – 82,4% детей, получившие профилактику рахита по стандартной схеме и вторая группа – 17,5% детей, получившие профилактику по модифицированной схеме. Из них традиционная профилактика в Акдарьинском районе проводилась у 63,7% детей, в г.Самарканде – 36,2%. Модифицированная профилактика проводилась в селе – 46,8% детей, в городе у 53,1% детей. Контрольное обследование показало, что у 28,9% детей имелись признаки рахита. В условиях города рахит встречался у 20,7%, в условиях села – 9,2%.

Результаты. При проведении традиционной профилактики рахита уровень 25(OH)D3 в Акдарьинском районе оставался низким у 79,6% детей, в г.Самарканде – 87,3%. В связи с тем, что имеется система патронажного наблюдения детей первого года жизни, модифицировали профилактику рахита и с профилактической целью назначали ребенку деварон по 10 таблеток 1 раз в неделю собственноручно патронажной медицинской сестрой. Дети еженедельно получали по 4000 МЕ витамина D3 (курсовая доза 160 000 -180 000 МЕ) в течение 1 года жизни. Если низкий уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови до начала модифицированной профилактики выявлялся у 93% детей, то после проведения – лишь у 17,4% обследованных, что в 5,34 раза меньше (P<0,001), чем до профилактики.

Заключение: применение модифицированной профилактики рахита свидетельствовало о нормализации уровня 25(OH)D3 в сыворотке крови, улучшение самочувствия ребенка, нормализации аппетита и сна, прекращении обильного потоотделения при кормлении, улучшении прибавки массы тела, что позволяет широко внедрить модифицированную профилактику рахита в различных регионах республики.

Семань-Мінько І.С.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ НЕМОВЛЯТ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю.М.)

Актуальність. Немовлята, які з перших днів життя отримують грудне молоко в достатній кількості, є активнішими в емоційній та рухливій сферах. Важливим компонентом ранньої соціалізації є звукова сигналізація взаємного пристосування: певні типи звуків з боку дитини та з боку матері.

Мета. Оцінити нервово-психічний розвиток дітей першого року життя в сучасних умовах впровадження нових принципів грудного вигодовування.

Матеріали і методи. Обстежено 87 дітей першого року життя. Вік дітей на момент першого обстеження коливався від 1 до 12 місяців, у середньому склав $24,0 \pm 1,76$ тижні. Оцінка психомоторного розвитку визначалася за Денверським скринінг-тестом, який охоплює оцінку 4 напрямків розвитку дитини – грубої моторики та статичних функцій, тонкої моторики, формування мови, соціалізацію та емоційний контроль дитини.

Результати досліджень. Впровадження спільного перебування матерів і дітей у пологовому будинку та вигодовування дитини за її вимогою сприяє суттєвому зменшенню фізіологічної втрати маси тіла новонароджених, через що зросла прибавка маси тіла за перший місяць життя. Оскільки на розвиток нервової системи впливає повноцінне, раціональне за обсягом і складом харчування, а також характер реакцій, які виникають у дитини після народження, то вони змінилися в останні роки у бік більшого сприяння дозріванню нервової системи дитини. На основі кореляційного аналізу показано наявність взаємозв'язків між показниками якості грудного вигодовування і психомоторного розвитку, а також встановлена залежність психомоторного розвитку від показників якості вигодовування та фізичного розвитку. Показник довжини тіла корелює з тонкою та грубою моторикою, причому при відставанні у довжині тіла відмічається затримка розвитку моторних навичок. Розвиток тонкої моторики корелює з показником ваги і початком мовлення.

Висновки. Психомоторний розвиток дітей в умовах сучасних принципів грудного вигодовування має тенденції до випередження порівняно з віковою нормою, а впровадження нових схем грудного вигодовування немовлят супроводжується покращенням показників грубої моторики та формування мови.

Сиромятнікова К.С.

ДЕЯКІ ЗМІНИ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ, ТА СПОСОБИ ЇХ УСУНЕННЯ

Медичний інститут Сумського державного університету, Суми, Україна
Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії та дитячих інфекцій
(науковий керівник - д.мед.н. Сміян О.І.)

Актуальність. За поширеністю інфекційної патології дитячого віку гострі кишкові інфекції (ГКІ) посідають в нашій країні друге місце після гострих респіраторних захворювань, а у структурі дитячої смертності їх частка серед інфекційних причин коливається від 50 до 70 %. При синдромі кишкового токсикозу з ексикозом унаслідок втрати великої кількості рідини з електролітами, організм дитини втрачає значну кількість макро- і мікроелементів. Останніми роками відбувається активний пошук нових принципів лікування гострих кишкових інфекцій. З урахуванням сучасних відомостей про складні біохімічні процеси, що відбуваються в організмі дитини, зокрема це стосується змін мікро- і макроелементного складу різних середовищ організму.

Мета дослідження. Поглибити знання окремих ланок патогенезу гострих кишкових інфекцій на основі вивчення змін мікро- та макроелементного складу сироватки крові в дітей раннього віку, хворих на ГКІ в залежності від схеми антибактерійної терапії.

Матеріал та методи дослідження. Основну групу становили діти від 1 до 3 років, хворі на різні форми ГКІ (20 осіб), група порівняння – 10 практично здорових дітей. За віком і статтю обидві групи були однорідні. Застосовувалися клінічно-лабораторні (визначення вмісту в сироватці крові K, Na, Ca, Mg, Zn, Cu), статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. У результаті порівняння ефективності терапії ГКІ антибактеріальними препаратами виявлено, що використання для лікування дітей раннього віку, хворих на ГКІ середньої тяжкості, моно- і комбінованої антибактерійної терапії суттєво не впливало на нормалізацію показників клінічної картини захворювання. При дослідженні змін макро- та мікроелементного складу сироватки крові виявлено, що в дітей раннього віку, хворих на ГКІ, у гострий період захворювання у сироватці крові відбувається достовірне ($p < 0,05$) зменшення K, Na, Mg та Zn, тоді як концентрація Cu в сироватці крові навпаки достовірно ($p < 0,05$) збільшується. Рівень Ca не змінюється під час захворювання на ГКІ. У період реконвалесценції рівні Mg та K у сироватці крові нормалізуються ($p < 0,05$), Na залишається достовірно ($p < 0,05$) зниженим.

Висновки. Використання для лікування дітей раннього віку, хворих на ГКІ середньої тяжкості, моно- та комбінованої антибіотикотерапії суттєво не впливає на нормалізацію симптомів клінічної картини захворювання. Для лікування дітей раннього віку, хворих на ГКІ середньої тяжкості, доцільно використовувати моно-, а не комбіновану антибіотикотерапію, а дітям раннього віку, що отримували з приводу ГКІ комбіновану антибіотикотерапію, в схему лікування необхідно включати препарати цинку. У дітей раннього віку, хворих на ГКІ, в гострий період захворювання в сироватці крові відбувалося достовірне зменшення K, Na, Mg та Zn ($p < 0,05$).

Скуляк А.В.

ФЕНОТИПОВА НЕОДНОРІДНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ ЯК ПІДСТАВА ДЛЯ ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Бронхіальну астму (БА) в дітей вважають однією з найбільш поширених форм хронічної патології в дітей, тяжкі форми якої трапляються у середньому у 25,5% випадків, а в у 10-30% спостережень базисна протирецидивна терапія виявляється неефективною. Останнє пов'язують із фенотиповою неоднорідністю захворювання.

Мета роботи. Вивчити особливості клінічного перебігу та ефективність базисного лікування у дітей за еозинофільного і не еозинофільного фенотипів астми у дітей.

Матеріал і методи. На підставі результатів цитологічного дослідження мокротиння у 116 дітей шкільного віку, хворих на БА, еозинофільний характер запалення ДШ (ЕХЗ) виявлено у 66 дітей (56,9%), а неозинофільний (нейтрофільний) варіант запалення бронхів (НХЗ) – у 50 пацієнтів (43,1%).

Результати та їх обговорення. Установлені наступні клінічно-анамнестичні особливості виявлених фенотипів БА. Для дітей із ЕХЗ характерні: підвищена маса тіла при народженні та під час актуального обстеження; тяжкий перебіг БА; сімейна обтяженість atopічними захворюваннями за материнським родоводом; наявність у дитини atopічного дерматиту та вищі показники інфекційного індексу; переважання тригерної ролі харчових, інгаляційних алергенів та фізичного навантаження, тютюнопаління батьків. Хворим із НХЗ, натомість, притаманні: низька вага тіла при народженні; дебют захворювання у перші три роки життя; сімейна схильність до atopічних захворювань за батьківським та обома родоводами; потреба у частішій госпіталізації та переважання нічних епізодів бронхообструкції; тригерна роль гострих респіраторних захворювань. Аналіз ефективності протизапальної базисної терапії дозволив встановити, що препаратами вибору при ЕХЗ є інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС). Водночас, у пацієнтів із НХЗ бронхів кращу ефективність зареєстровано при застосуванні інгаляційних кромонів, які володіють мембраностабілізуючою дією, здатні зменшувати проникливість судинної стінки, пригнічувати процеси деструкції епітелію респіраторного тракту, а тривала терапія неозинофільної БА за допомогою ІГКС виявилася недостатньо ефективною. Слід зазначити, що, попри те, що ІГКС здатні продовжувати життєвий цикл нейтрофілів у бронхах, комбінація ІГКС із пролонгованими теофілінами виявилася досить ефективною при НХЗ.

Висновки. Особливості місцевого запального процесу при бронхіальній астмі у дітей є підставою для розробки індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів базисної протизапальної терапії.

Книжницька Т.М., Тарнавська С.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Актуальність. Клінічне значення показників гіперсприйнятливості та лабільності бронхів у групах хворих із різними фенотипами бронхіальної астми (БА) оцінюється неоднозначно та потребує подальшого вивчення, особливо за наявності індивідуальних генетичних характеристик організму дитини.

Мета дослідження. Оцінити показники лабільності бронхів у дітей з atopічною БА залежно від ацетиляторного статусу для оптимізації індивідуальної контролюючої терапії.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 31 дитини шкільного віку, хворих на atopічну БА. Всім дітям визначали генетичний маркер – тип ацетилювання за методом Пребстинг-Гаврилова в модифікації Тимофеевої. Сформовано 2 клінічні групи: I група – 21 дитина з повільним типом ацетилювання (середній вік - 11,1 років, частка хлопчиків - 72,7%), II група – 10 хворих зі швидким ацетиляторним статусом (середній вік - 12,4 років ($p > 0,05$), частка хлопчиків - 81,2% ($p > 0,05$)). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що позитивна бронхомоторна проба з β_2 -адреноміметиком спостерігалася у 48,2% пацієнтів з повільним типом ацетилювання та лише у 22% дітей зі швидким ацетиляторним статусом ($P < 0,05$). Показники ризику наявності підвищеної лабільності дихальних шляхів на β_2 -адреноміметик були виразнішими у хворих з повільним ацетиляторним фенотипом порівняно до швидких «ацетиляторів» та дорівнювали: відносний ризик – 2,2 [95% ДІ: 1,6-2,8], при співвідношенні шансів – 3,3 [95% ДІ: 1,7-6,1]. Виразна дилатаційна реакція дихальних шляхів (ПЛБ більше 20%) притаманна кожному п'ятому пацієнту I групи з повільним ацетиляторним статусом (25,0%) та лише кожному десятому хворому (8%) з фенотипом швидких ацетиляторів ($P < 0,05$). Повільний ацетиляторний фенотип підвищував відносний ризик виразної дилатаційної реакції дихальних шляхів у 3,1 рази [95% ДІ: 2,3-3,9] при співвідношенні шансів - 3,8 [95% ДІ: 1,6-8,9].

Висновки. Повільний тип ацетилювання у дітей з atopічною астмою підвищує шанси реєстрації показника лабільності бронхів понад 20% у 3,8 рази.

Троян Ю.В., Козмачук В.В., Гарас М.Н.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВИЯВЛЕННІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Вступ. Верифікація діагнозу сальмонельозу проводиться на підставі здебільшого бактеріологічного дослідження випорожнень, результати якого є остаточними лише через декілька днів. Тому актуальним є пошук доступних клінічних та лабораторних критеріїв, які володіють достатньою діагностичною цінністю для раннього підтвердження сальмонельозної етіології кишкової інфекції та можливості раннього призначення етіотропної терапії, що зменшить тривалість лікування та оптимізує ерадикацію збудника.

Метою дослідження було оцінити результати лабораторного обстеження дітей при гострих кишкових інфекціях, зумовлених облігатно- та умовно-патогенною мікрофлорою.

Матеріал та методи. На базі інфекційного боксованого відділення кишкових інфекцій ОДКЛ м.Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 97 дітей з гострими кишковими інфекціями, у яких за результатами бактеріологічного дослідження випорожнень верифіковано сальмонельоз (76 дітей, основна, I клінічна група) та гастроентероколіти, зумовлені умовно патогенною мікрофлорою (21 дитина, II клінічна група, порівняння). За основними клінічними характеристиками групи були співставлювані. Результати дослідження аналізувалися з використанням принципів клінічної епідеміології.

Результати. За анамнестичними даними, частота діареї впродовж останньої доби перед госпіталізацією у пацієнтів I клінічної групи склала $4,2 \pm 0,3$ рази проти $2,0 \pm 0,2$ рази у дітей групи порівняння ($p < 0,05$), кратність епізодів блювання – $2,6 \pm 0,3$ та $1,1 \pm 0,3$ рази відповідно. Водночас, значення гіпертермії в представників обох клінічних груп не відрізнялися, зокрема, у пацієнтів I клінічної групи лихоманка сягала в середньому $38,3 \pm 0,1$ °C, в осіб групи порівняння – $38,0 \pm 0,2$ °C ($p > 0,05$). Тривалість діареї у стаціонарі виявилася вірогідно більшою у дітей основної групи ($5,9 \pm 0,4$ дні), ніж у представників групи порівняння ($3,1 \pm 0,4$ дні, $p < 0,05$), подібна тенденція спостерігалася щодо тривалості блювання на тлі стаціонарного лікування ($1,7 \pm 0,2$ дні проти $1,5 \pm 0,2$ дні, $p > 0,05$). Згідно результатів, клінічно-анамнестичні показники характеризувалися помірною специфічністю, зокрема, гарячка до госпіталізації більше 39 °C (76%), діарея, більше 5 епізодів за останню добу до госпіталізації (67%), блювання, більше 2 епізодів за останню добу до госпіталізації (76%), персистенція діареї на II добу стаціонарного лікування (81%) при низькій чутливості (в межах 30-59% для вказаних показників).

Висновки. Таким чином, використання вказаних ознак у виявленні сальмонельозу є доцільним лише в комплексі з лабораторними показниками і супроводжується значною часткою хибнонегативних результатів (41-70% випадків) та підтверджується низьким відношенням правдоподібності негативного результату (0,5-0,9).

Тухтаев У.Ф.

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ПОДРОСТКОВ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра педиатрия №2

(научный руководитель - к.хим.н. Рабимова Д.Т.)

Актуальность. В последнее время отмечается рост числа детей с неревматическими кардитами, которые характеризуются тяжелым течением. Наиболее частой причиной в развитии миокардитов в 88,7% случаях у детей являются инфекционные заболевания, из них в 59,6-95% случаев это вирусные инфекции.

Цель: Изучить клинико-анамнестические особенности неревматических кардитов в подростковом возрасте и установить характер нарушений внутрисердечной гемодинамики.

Методы исследования. В условиях детского отделения кардиоревматологии Самаркандского детского многопрофильного медицинского центра обследовано 58 подростков (30 мальчиков и 58 девочек) в возрасте от 12 до 18 лет. Контрольную группу составили 100 здоровых школьников. Всем детям проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, включающее оценку данных ЭКГ, ЭхоКГ.

Полученные результаты. Установлено, что в 72,4% (42) случаев беременность протекала на фоне анемии, токсикоза 1 и 2 половины, угрозы прерывания. Артериальные дистонии, нефропатии, патология в родах отмечена в 51,7% (30) случаев. В контрольной группе транзиторные сердцебиения и кардиалгии, на фоне физических и эмоциональных нагрузок встречались в 13,7% (8) случаев. Среди жалоб у больных доминировали кардиалгии - 86,2% (50). Анализ данных ЭКГ позволил установить, что у подростков с острыми кардитами чаще имело место нарушение функции автоматизма по типу синусовой тахикардии 55% (32), а с хроническими - нарушение возбудимости по типу экстрасистолий (би- и тригемений). Нарушение функции проводимости констатировалось преимущественно в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса 17% (10). В 85 % случаев отмечено сочетание выявленных изменений. В то же время патогномичный вариант ЭКГ нарушений в виде нарушения процесса реполяризации в нашей группе встречался в 57% случаев. При ЭхоКГ распространенность ПМК и ПТК с регургитацией 1-ой степени, а также сочетание регургитационных потоков на 1–2 клапанах в группе больных было достоверно больше. Параметры Ao, ЛП, ТСЛЖ, ТМЖП не имели достоверных различий. Показатель сердечного выброса в 13,7% (8) случаев имел тенденцию к снижению. Характер течения неревматического кардита был чаще острый (81%), с первой степенью активности 60% (35), с нарушением кровообращения II-Б степени - 61,7% (30). Из всех обследованных подростков у 25% (15) острый процесс перешел в подострое и хроническое течение.

Выводы. Нарушение внутрисердечной гемодинамики у подростков с неревматическими кардитами характеризуется преимущественно систолической дисфункцией с сочетанными регургитационными потоками 1-ой степени. Нарушение ритма и проводимости у подростков на фоне кардита достигает 83%, является стойким и сохраняется после проведенной терапии.

Гарасим З.С., Хомік І.П., Шахова О.О.

ОЦІНКА РИЗИКУ ВТРИМАННЯ ТА ВТРАТИ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Шахова О.О.)

Вступ. Бронхіальна астма (БА) посідає одне з провідних місць, та визначає суттєвий рівень захворюваності та смертності дітей, особливо в підлітковому віці. На тлі гормональних перебудов БА перебігає приховано, з частими періодами клінічного благополуччя, коли у багатьох хворих визначаються маркери запалення бронхів та їх неспецифічної гіперсприйнятливості, що дозволяє говорити про «уявне» благополуччя та високий ризик рецидивів, через непоодинокую низьку прихильність до лікування.

Мета дослідження. Оцінити вірогідність утримання контролю та ризик його втрати у підлітків із різним ступенем запалення бронхів.

Матеріали і методи. Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 36 хворих із ознаками виразного запалення бронхів (вміст метаболітів монооксиду нітрогена в конденсаті видихуваного повітря (КВП) більше 40,0 мкмоль/мл), друга (II) – 27 дітей, в яких вміст даного маркера запалення у КВП був нижчим від наведеного рівня. Для оцінки контролю БА використовували два опитувальника, що, в цілому, дозволяють оцінити ефективність менеджменту захворювання: АСТ-тест (астма контроль тест), що дозволяв за наявності в дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, при сумі балів у межах 20-24 – частковий, та у випадку наявності менше 20 балів констатувати відсутність контролю над захворюванням, і GINA-тест, що відображав наведені рівні контролю за наявності в підлітків 6 балів, 7-9 та 10 і більше балів відповідно.

Результати та їх обговорення. У першій клінічній групі середня оцінка досягнутого контролю за АСТ-тестом становила $20,75 \pm 0,32$ бали, а за GINA тестом – $8,47 \pm 0,16$ балів. У групі порівняння оцінка рівня контролю астми становила відповідно $23,26 \pm 0,37$ ($P < 0,05$) та $6,74 \pm 0,2$ бали ($P < 0,05$). Отже, в підлітків із ознаками виразнішого місцевого запалення бронхів рівень контролю астми був вірогідно гіршим порівняно з однолітками групи контролю. У підлітків у періоді клінічної ремісії вміст у КВП метаболітів монооксиду нітрогена менше 40,0 мкмоль/л вірогідно вказував на відносний ризик утримання контролю, що становив 4,3 (за АСТ опитувальником) та 5,5 - за опитувальником GINA.

Висновки. Таким чином, навіть у процесі клінічного благополуччя бронхіальної астми в підлітків зберігаються ознаки місцевого запального процесу, що вимагає продовження базисної терапії, або ситуаційно, тобто в період впливу тригерних чинників чи на низькому щаблі постійного лікування.

Чербу А.В., Нікітіна А.А.

ПОШИРЕНІСТЬ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ НОВОСЕЛИЦЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2012-2014 РОКИ

Новоселицький медичний коледж, Новоселиця, Україна

ПЦК акушерсько-педіатричних дисциплін

(науковий керівник - викл. Нестеровська Г.Р.)

Вступ. Захворювання органів травлення на сьогодні є найпоширенішою патологією в дитячому віці.

Метою нашого дослідження було встановити патогенетичні чинники хронічних захворювань органів травлення, простежити динаміку захворюваності та поширеності на виразкову хворобу, хронічний гастродуоденіт та холецистолангіт серед дітей Новоселицького району.

Результати дослідження. Згідно статистичних даних Новоселицького району за 2012-2014 роки зареєстровано 437 дітей з патологією органів травлення. Відмічено, що міське дитяче населення хворіє значно частіше за сільське: серед обстежених було 166 хлопців і 271 дівчат, з яких більшість проживали в м. Новоселиця. Захворювання шлунково-кишкового тракту частіше спостерігались у дітей старшого шкільного віку. При з'ясуванні анамнезу стало відомо, що у пацієнтів спостерігались окремі шкідливі звички: споживання немитих овочів та фруктів, гризіння нігтів. Найчастішою причиною виникнення патології органів травлення було нераціональне харчування (одноманітне харчування, перевантаження жирами, вуглеводами, білками, часті прийоми їжі або, навпаки, тривалі проміжки між прийомами їжі з подальшим переїданням). Дуже важлива роль відводилась емоційним чинникам – перенесені раніше стресові ситуації, страх, переляк, напружені відносини між членами сім'ї. Згідно статистичних даних за 2012-2014 роки відмічено, що 25-30% дітей, які йдуть до першого класу, мають різноманітні відхилення у стані здоров'я, а понад 80% випускників шкіл не можна назвати здоровими. Серед захворювань шлунково-кишкового тракту 61% відповідає гастритам та дуоденітам, 37% - холециститам і холангітам. Зустрічались поодинокі випадки виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (1-2%).

Висновки. Отже, порушення режиму дня, зниження фізичної активності дітей на тлі навчальної напруженості підвищує їх втомлюваність й емоційну лабільність із подальшим виникненням функціональних порушень шлунково-кишкового тракту.

Шевченко Н.О.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ БІОТРАНСФОРМАЦІЇ КСЕНОБІОТИКІВ GSTT1 ТА GSTM1 ПРИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Сімейство ферментів глутатіон-S-трансфераз відіграє значну роль у біотрансформації ксенобіотиків і детоксикації численних ендогенних продуктів оксидативного стресу, який супроводжує хронічний запальний процес дихальних шляхів при бронхіальній астмі (БА). Порушення синтезу ферментів глутатіон-S-трансфераз, спричинене делеційним поліморфізмом генів, що їх кодують, може призводити до погіршення перебігу БА і втрати контролю над захворюванням.

Мета роботи. Вивчити аналіз розподілу тяжкості перебігу бронхіальної астми в дітей залежно від наявності або відсутності делеційного поліморфізму генів GSTT1 та GSTM1, а також дослідити його гендерні відмінності.

Матеріал і методи. За допомогою мультиплексної полімеразно-ланцюгової реакції встановлено наявність делеційного поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансферази - GSTT1 та GSTM1 – у когорті зі 150 хворих шкільного віку. Гомозиготність по «нульових» алелях генів GSTT1 та GSTM1 визначали за відсутністю відповідних фрагментів розміром 131 і 114 пн. Наявність таких фрагментів свідчила про гомозиготність, або про гетерозиготність по одній нормальній копії гена. Нормальні алелі генів GSTT1 та GSTM1 визначали знаком «+», а делеції – знаком «-».

Результати та їх обговорення. Серед обстежених генотип GSTT1+M1+ відмічено у 69 хворих (46,0%), генотип GSTT1-M1+ - у 19 (12,7%), GSTT1+M1- - у 48 дітей (32,0%) та GSTT1-M1- - у 14 пацієнтів (9,3%). Легкий перебіг БА відмічено у 3,7% хлопчиків та 8,7% дівчаток, середньотяжкий – у 45,2% та 54,3%, а тяжкий – у 51,0% та 37,0% спостережень відповідно ($P>0,05$). «Нульовий» алель GSTM1 асоціював переважно з тяжким перебігом БА, який у хворих із генотипом GSTT1-M1- траплявся у 71,5% випадків, а в осіб із генотипом GSTT1+M1- – у 50,0% випадків. Натомість, найбільш легкий перебіг БА траплявся при збереженій функціональній активності GSTT1. Гомозиготний по «нульовим» алелям стан для генів GSTT1 та GSTM1 удвічі частіше відмічено у дівчат (15,2%) порівняно з хлопчиками (6,7%), хоча тяжке персистування БА зареєстроване в половини хлопчиків (50,0%) та 37,0% дівчат ($P>0,05$). Водночас, легкий персистувальний перебіг БА відмічено у 20,0% дівчаток з генотипом GSTT1+M1+, а наявність делеційного поліморфізму вивчених генів у хлопчиків асоціювала із тяжким перебігом БА у 52,7% випадків.

Висновок. Участь генів GSTT1 та GSTM1 асоціює з відмінностями у перебігу бронхіальної астми в школярів, характеризується гендерними відмінностями та повинна враховуватися для індивідуалізованого підходу до лікування.

Шеремет В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НЕМОВЛЯТ ПРИ ГРУДНОМУ ВИГОДОВУВАННІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Семань Мінько І.С.)

Вступ. Вигодовування дітей раннього віку є важливою проблемою сучасної педіатрії та дитячої нутриціології. На сьогоднішній день світова спільнота висловлює занепокоєння тим, що велика кількість дітей першого року життя все ще не отримує адекватного вигодовування і що їх харчування, розвиток, стан здоров'я ставиться під загрозу. Причинами переходу на штучне вигодовування найчастіше є відмова матері від його продовження через обмеження її індивідуального функціонування або зменшення продукції молока через нерациональний режим годування. Крім того, режим годування може порушувати нормальний перебіг інших фізіологічних процесів – сну дитини та матері.

Метою нашої роботи було оцінити фізичний розвиток дітей першого року життя в сучасних умовах впровадження нових принципів грудного вигодовування.

Матеріал та методи. Обстежено 95 дітей першого року життя, середній вік яких на момент першого обстеження склав $24,0 \pm 1,76$ тижні. Критерієм включення було вигодовування грудним молоком на момент першого обстеження. Проводилась оцінка фізичного розвитку (маса, довжина тіла, окружність голови та грудної клітки) за стандартизованою методикою з використанням регіональних перцентильних номограм, обраховувався індекс маси тіла.

Результати. Оскільки маса тіла найбільш точно вказує на енергетичне поповнення запасів дитячого організму, а помісячна динаміка її прибавки ілюструє відповідність режиму годування дітей їх потребам нами аналізувалася динаміка помісячної прибавки маси тіла. Відмічено зростання прибавки маси тіла за перший місяць життя, яка складає $976,6 \pm 37,7$ грама, що на 21,4% вище стандартизованого показника. Подібна динаміка прослідковується і в період новонародженості. Такі зміни є наслідком впровадження спільного перебування матерів і дітей у пологовому будинку та вигодовування дитини за її вимогою. Фізіологічна втрата маси тіла у новонароджених не перевищувала 5,7%, що значно нижче літературних даних. Відновлення маси тіла при народженні відбувалося за найбільш оптимальною схемою, у більшості дітей вже в кінці першого тижня життя, без додаткового відпоювання дітей водою. За показниками довжини тіла також домінують середні коридори, але з деякою тенденцією до випередження (коридор +1).

Висновки. Виходячи з вище наведеного фізичний розвиток дітей має тенденції до випередження порівняно з віковою нормою, а впровадження в практику сумісного перебування матері та дитини позитивно впливає на ріст та розвиток малюка.

Шерстобітова О.В., Гарас М.Н.

СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ РІЗНОЇ ТЯЖКОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Метою роботи було дослідити стан емоційної сфери дітей шкільного віку, хворих на тяжку та середньотяжку персистувальну бронхіальну астму (БА).

Матеріал та методи. У пульмонологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 36 дітей шкільного віку з верифікованим діагнозом персистувальної БА, зокрема, до I групи увійшли 18 дітей із тяжким персистувальним перебігом, до II групи – 18 дітей із середньотяжким варіантом патології. Тяжкість захворювання визначали відповідно до затвердженого МОЗ України протоколу діагностики та лікування БА у дітей. За основними клінічними характеристиками групи суттєво не відрізнялися. Усім дітям у позанападному періоді проведено комплексне клінічно-параклінічне обстеження, а також визначення якості життя, в т.ч. й емоційної сфери, за бальним опитувальником Е. Джуніпер, адаптованим для України. Оцінка здійснювалася дитиною самостійно, охоплювала період останнього тижня та виражалася в балах. Зростання сумарної бальної оцінки відображувало зменшення несприятливого впливу захворювання на якість життя пацієнта. Визначення контролю над перебігом захворювання проводилось із використанням АСТ-тесту, згідно з яким кожне питання оцінювалося в балах від 0 до 5, причому з покращанням контролю астми зростала сумарна кількість балів, а показником задовільного контролю вважали кількість балів 16 і більше.

Результати. Емоційний дискомфорт виявився вірогідно значимішим у дітей із тяжкою БА ($34,4 \pm 2,7$ бали), ніж у пацієнтів із середньотяжким перебігом ($42,4 \pm 2,7$ бали, $p < 0,05$). Наявність емоційного дискомфорту в пацієнтів I клінічної групи виявилася вірогідно пов'язаною з віком ($r = 0,67$, $p < 0,05$) та тривалістю захворювання ($r = 0,65$, $p < 0,05$). Тобто, найбільший емоційний дискомфорт притаманний дітям молодшого шкільного віку, які хворіють на БА нетривалий період часу. У школярів із тяжкою персистувальною БА з розладами емоційної сфери асоціювала частота як денних ($r = -0,57$, $p < 0,05$), так і нічних симптомів ($r = -0,59$, $p < 0,05$), оцінених за критеріями GINA. Отже, зі зростанням сумарної бальної оцінки денної та нічної симптоматики зменшувалася кількість балів оцінки емоційного дискомфорту. Водночас у пацієнтів II клінічної групи емоційного забарвлення вірогідно набували тривалі загострення захворювання ($r = -0,66$, $p < 0,05$). Це, ймовірно, пов'язано з тим, що частота нападів при середньотяжкій персистувальній БА рідша, ніж при тяжкій, і кожен такий епізод сприймається як «невдача в житті». Діти, хворі на тяжку астму, адаптовані до такого «стилю життя», до частого чергування нападів і покращання, під час яких їх емоційний стан залежить від кратності появи денних та, особливо, нічних симптомів.

Висновки. Таким чином, школярам із тяжкою персистувальною бронхіальною астмою притаманний вірогідно більший емоційний дискомфорт порівняно з дітьми із середньотяжким перебігом. Зміни в емоційній сфері дітей із тяжкою бронхіальною астмою пов'язані з кратністю денних та нічних симптомів, а в пацієнтів із середньотяжким варіантом – із частотою нападів захворювання.

Шкрібляк У.В., Молокус І.В.

СКЛАДОВІ КОМПОНЕНТИ ГРУДНОГО МОЛОКА ЯК НАЙБІЛЬШ СУТТЄВІ ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК ДИТИНИ В РАНЬОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - к.мед.н. СеманьМінько І.С.)

Актуальність: питання охорони материнства та дитинства є пріоритетними як на медичному рівні, так і на рівні держави і суспільства, а також міжнародної спільноти. Незадовільний стан здоров'я дитячого населення вимагає від служби охорони здоров'я матерів та дітей підвищення уваги та розроблення заходів з попередження виникнення захворювань від самого народження. Грудне молоко є найбільш збалансованим видом харчування дитини від народження, в ранньому дитячому віці, а також закладає основи здоров'я малюка на майбутнє.

Мета нашої роботи: вивчити склад грудного молока, а також вплив його компонентів на розвиток дитини при грудному вигодовуванні.

Результати дослідження. Склад грудного молока, його властивості змінюються під час усього періоду лактації, і залежать від багатьох факторів: стану здоров'я матері, її харчування, режиму, сезону року, потреб її дитини. У перші 2-3 дні після пологів молочні залози жінки секретують молозиво, яке є імунобіологічним захистом організму дитини (має високий рівень секреторного імуноглобуліну А), покриває шлунково-кишковий тракт дитини, зменшує інтенсивність і тривалість гіпербілірубінемії у новонароджених, має високоенергетичні і поживні властивості, високий вміст вітамінів, повністю забезпечує потреби організму новонародженої дитини протягом першої-другої доби життя. Невеликий обсяг шлунка, недостатня екскреторна функція нирок новонародженого може забезпечити його організм поживними речовинами тільки за рахунок висококалорійного молозива. Молозиво містить в 4-5 разів більше білків, ніж зріле молоко, у 2-10 разів більше вітаміну А і каротин у 2—3 рази більше аскорбінової кислоти, олеїнову кислоту, есенціальні фосфоліпиди, лактозу, мінеральні солі. Співвідношення компонентів грудного молока змінюється на 3-17 день лактації. Людське молоко містить більше вільних та незамінних амінокислот і цистеїну, та менше метіоніну, а також таурин, який є нейрорегулятором під час розвитку нервової системи. Дитина, яка знаходиться на грудному вигодовуванні, має менший ризик розвитку гіпер- чи гіпомікроелементозів. Мідь, кобальт, селен у жіночому молоці присутні у достатньо великих кількостях і виконують специфічні функції в дитячому організмі. Недостатність міді, яка призводить до гіпохромної мікроцитарної анемії та неврологічних відхилень зустрічається тільки у дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні. Вміст вітамінів у жіночому молоці майже завжди відповідає потребам дитини, хоча може змінюватись залежно від раціону харчування жінки.

Висновок: вміст компонентів у грудному молоці та їх співвідношення є найбільш оптимальними для гармонійного і повноцінного розвитку дитини, забезпечує захист організму, а також створює міцний психоемоційний зв'язок між матір'ю і дитиною, а грудне вигодовування – один із найважливіших факторів адаптації новонароджених до нових умов позаутробного життя.

Рустамова Ш.А., Вафокулова Н.Х., Ярмухамедова Н.А.

МИКСТ ВАРИАНТЫ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренней медицины №1

(научный руководитель - д.мед.н. Вафокулов С.Х.)

Актуальность. Любые ассоциированные варианты болезни имеют свои клинические проявления, отличающиеся от обычного течения моноинфекции.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико лабораторных особенностей течения микст вариантов норовирусной инфекции у детей.

Материалом для исследования послужили образцы фекалий взятых у больных, поступивших в областную клиническую инфекционную больницу № 1 города Самарканда.

Методы исследования: Анализ историй болезней показал, что у большинство больных заболевание протекало как моноинфекция, а в редких случаях как микстинфекция в сочетании с шигеллой, салмонеллой, стафилококками, патогенной кишечной палочкой. Наиболее часто отмечалось сочетанное выделение норовируса с представителями условно-патогенной флоры. Клинический диагноз был подтверждён выделением норовируса методом ПЦР в фекалиях, а при микст вариантах - дополнительно бактериологическим исследованием кала. При анализе перенесших норовирусную микст инфекцию, отмечалось преобладание детей в возрасте от 0-6 месяцев. В данной группе детей был выявлен отягощенный преморбидный фон (искусственное вскармливание, гипотрофия I-II степени, атопический дерматит, анемия). Анализ микст форм показал, что у больных заболевание начиналось остро и протекало чаще в среднетяжёлой форме, с развитием эксикоза I-II степени. Температурная реакция отмечалась у большинства больных с первых дней заболевания, достигала фебрильных цифр и держалась в течение 3-5 дней. С самого начала заболевания боли в околопупочной области, вздутие и урчание по ходу кишечника отмечались у большинство больных. В первый день заболевания частота рвоты не превышала 2-3 раз. Характер стула был водянистым, содержал патологические примеси, такие как мутная слизь, «зелень», а в ряде случаев - прожилки крови. Нормализация стула регистрировалась на 7-10 сутки от начала заболевания. В общем анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз с нейтрофилёзом. В копроцитогамме было выявлено умеренное количество лейкоцитов. На основании клинических и лабораторных данных, наряду с норовирусами, были обнаружены другие патогены вирусной или бактериальной природы.

Выводы. Таким образом, в данном исследовании впервые была показана значимость норовирусной микст инфекции в структуре острых кишечных инфекций у детей раннего возраста г. Самарканда.



Психіатрія і наркологія

Psychiatry and drug and alcohol abuse

Diacova O., Seweryn M., Kolarczyk A., Stetsiv O., Stepanchenko M.

DEPRESSION AMONG MEDICAL STUDENTS FROM COUNTRIES OF CENTRAL AND EASTERN EUROPE

Medical University of Silesia, Katowice, Poland

Department of Psychiatry and Psychotherapy

(scientific advisor - Ph.D. Krysta K.)

Introduction: Depression is a serious mental illness that affects physical health, family and professional life of many people from all sectors of society. It also affects medical students, regardless of their geographical location. Political and economical problems, the stress of studying and the great responsibility awaiting students immediately after graduation may predispose the occurrence of depression.

The aim of the study was to compare the level of depression among medical students from countries of Central and Eastern Europe

Materials and methods: Students from different countries of Central and Eastern Europe were asked to fill in an electronic form containing the Beck Depression Inventory (the BDI). The form was created separately for each country, using official translation of the BDI, approved by the competent psychiatric association. The study group were medical students. The control group were students of engineering. The Study was performed between October 2013 – December 2013. Google Drive software was used for the electronic form, and Statistica v10 Statsoft software for statistical analysis.

Results: The form was filled in by 1397 students from 6 countries. The study group: Poland 310, Ukraine 210, Moldova 148, Czech Republic 124, Russia 120, Romania 102. The control group: Poland 383. The average score of the BDI in the study group: Poland 13,2+/-9,6; Ukraine 10,15+/-6,8, Moldova 13,1+/-8,4, Czech Republic 9,7+/-9,2, Russia 12,1+/-11,7 Romania 11,8+/-7,3. The average score of the BDI in the control group: Poland 12,2+/-9,5. There were statistically significant differences (ANNOVA $p < 0.05$) between groups in terms of the average score of the BDI. The number of the BDI results ≥ 10 in the study group: Poland 182 (58,7%), Ukraine 102 (48,6%), Moldova 88 (59,5%), Czech Republic 42 (33,9%), Russia 56 (46,7%) Romania 59 (57,8%). The number of the BDI results ≥ 10 in the control group: Poland 202 (52,7%). The number of the BDI results ≥ 20 in the study group: Poland 73 (23,5%), Ukraine 26 (12,4%), Moldova 33 (22,3%), Czech Republic 14 (11,3%), Russia 24 (20,0%), Romania 14 (13,7%). The number of the BDI results ≥ 20 in the control group: Poland 77 (20,1%). There were statistically significant differences (Chi-square test $p < 0.05$) between groups in terms of the percentage results of the BDI.

Conclusions: Depression is a serious problem among students regardless of the part of the world they are studying in. The results of the statistical analysis based on the BDI score have shown that Polish and Moldovan medical students have the highest rate of depression among all medical students of countries of Central and Eastern Europe. This is a significant psychiatric problem. A proper monitoring of depression is required, as well as rapid and appropriate help for those who suffer from it.

Борисенко В.В.

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЗАПОЙНЫМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

кафедра психіатрії, наркології і медичинської психології

(научный руководитель - д.мед.н. Животовская Л.В.)

В последние десятилетия в Украине отмечается неуклонный рост алкогольной зависимости с запойными формами, особенно среди молодежи – лиц наиболее трудоспособного возраста. В современной наркологии остается проблемой изучение психопатологических проявлений алкоголизма, их патогенеза и учет этих факторов в разработке терапевтических методов воздействия. Характеристика запойных состояний при алкогольной зависимости не была бы полной без учета циркадианных ритмов организма.

Обследование показало, что из 217 мужчин с алкогольными запоями, было 86 (39,64%) «жаворонков», 69 (31,79%) «аритмиков» и 62 (28,57%) «сов». Среди 76 женщин: «жаворонков» было 43 (56,58%). «аритмиков» - 22 (28,95%) и «сов» - 11 (14,47%). Среди изучаемых больных женщин количество «жаворонков», «аритмиков» и «сов» практически такое же, как в общей популяции. В то же время среди мужчин соотношение между типами работоспособности по сравнению с общей популяцией имеются различия: «жаворонков» было в 0,79 раза меньше, (39,64% по сравнению с 50%), «аритмиков» - в 1,05 раза больше (31,79% против 30,0%), а сов - в 1,9 раза больше (28,57% по сравнению с 15,0%). Рассматривая эти данные в разрезе отдельно взятых запоев установлено, что при запойных формах биоритмологические типы практически такие же, как и в общей популяции. У больных с эпизодическими запоями явно преобладают «совы» и встречаются чаще в 1,3 раза, чем в общей популяции. Обращает на себя внимание тот факт, что не всегда субъективная оценка своего биоритмологического статуса, которая определялась по адаптированной анкете Эстберга, совпадает с объективными данными, полученными при исследовании циркадианных ритмов пациентов.

Все больные по субъективной и объективной оценке их биоритмологического статуса разделились на две группы. К первой отнесены лица с совпадением объективной и субъективной оценок. При этом среди больных мужчин утреннего типа совпадения наблюдаются у 64 пациентов из 86 (74,42%) недифференцированного – 50 из 69 (72,46%) ($P > 0,05$) и вечернего типа у 8 из 62 (12,90%) ($P < 0,05$) и вечернего типа - у 1 из 11 (9,09%) ($P < 0,05$). Среди женщин выявлено 10 (23,25%) «жаворонков», 6 (24,27%) «аритмиков» и 10 (90,91%) «сов».

Следовательно, несмотря на то, что больные мужчины лучше дифференцируют свой тип работоспособности, они не всегда субъективно могут точно установить его у себя, что необходимо учитывать при проведении курсовой терапии после купирования запоя. Особенно это относится как к мужчинам, так и к женщинам вечернего типа.

Герасименко Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
(науковий керівник - к.мед.н. Герасименко Л.О.)

Дослідження особливості функціонування сімей є найбільш актуальним питанням на сучасному етапі розвитку науки як у нашій країні, так і за кордоном. У сучасних умовах сім'я є необхідним елементом соціальної структури людського суспільства, важливим інститутом соціалізації особистості. Негативні тенденції розвитку сучасної сім'ї (збільшення кількості розлучень за психологічними мотивами, зменшення народжуваності, рольове перевантаження молодого подружжя та ін.) викликають занепокоєння фахівців різних галузей медичної науки, а також актуалізують практичні соціально-психологічні, медико-психологічні дослідження закономірностей функціонування сучасної сім'ї, ефективних форм і методів психологічної допомоги сучасному подружжю. Але поруч із проблемою психологічної корекції сімейних стосунків не менш актуальною постає проблема профілактики дисгармоній сімейного спілкування, виникнення та деструктивного розвитку сімейних конфліктів, виявлення подружньої несумісності при наявності психічної неспсихотичної патології.

Проведено комплексне обстеження упродовж 2011-2013 років на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева 67 подружніх пар, де в одного з подружжя діагностовано невротичний розлад за МКХ-10: неврастенія (F48.0) - 27, соматоформна вегетативна дисфункція (F45.3) - 22, тривожно-депресивний розлад (F41.2) - 11, порушення адаптації (F43.2) - 7. З метою оцінки ступеню емоційного зв'язку між членами родини використовували шкалу сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3). Для діагностики сімейної адаптації використовували основні параметри: «лідерство», «контроль», «дисципліна», «правила» і «ролі» в сім'ї. В процесі дослідження Шкала (FACES-3) дозволила нам швидко, ефективно та достовірно оцінити процеси, які виникають в сімейній системі та означити мішені для психотерапевтичного втручання. Дане дослідження надало можливість проаналізувати, як всі члени родини сприймають свою сім'ю в даний час та якою вони її прагнуть бачити. Розходження між сприйняттям сім'ї та її «ідеалом» визначило ступінь задоволеності існуючою сімейною системою. Виявлено, що чим більшим є розходження між реальною сім'єю та «ідеальною сім'єю» тим більш значимими є порушення сімейної системи взагалі.

Таким чином, саме завдяки проведеній роботі ми визначили не лише психологічний клімат конкретної сім'ї, а й сформували шляхи створення сприятливого клімату родини та психокорекції невротичної симптоматики у пацієнтів.

Захарчук С.В.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО (ЕМОЦІЙНОГО) ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА ЛІКАРІВ-ОРДИНАТОРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко
(науковий керівник - к.мед.н. Юрценюк О.С.)

Проблема депресивних розладів є однією з основних у сучасній психіатрії. Синдром емоційного вигорання характеризується поєднанням симптомів порушення у психічній, соматичній і соціальній сферах життя. Професія медичного працівника визнана однією з найскладніших, такою, що сприяє виникненню ряду негативних наслідків: як фізичних, так і психологічних. У зв'язку з цим, актуальною є проблема синдрому професійного вигорання (СПВ) у медичних працівників. Вивчення вищенаведеного синдрому є надзвичайно важливим і по тій причині, що він провокує небажані наслідки, які проявляються не тільки погіршенням професійної діяльності лікаря, а й проблемами у його соціальному та особистому житті. Одним з важливих питань при вивченні даної проблеми є питання етіології, а саме на якому етапі навчання чи професійної діяльності з'являються перші ознаки даного синдрому, що провокує їх виникнення та частота депресивних проявів у даного контингенту осіб.

З метою вивчення депресивних розладів та СПВ було обстежено 120 студентів першого, третього, п'ятого та шостого курсів Буковинського державного медичного університету, а також 60 лікарів обласної клінічної лікарні м. Чернівці (відділення гастроентерології, офтальмології, інтенсивної терапії, патоморфології, пульмонології та ревматології). Нами була розроблена уніфікована анкета для визначення рівня психоемоційного вигорання в медичних працівників та студентів вищих навчальних закладів медичного профілю. Всім досліджуваним було проведено анонімне анкетування. Ступінь виразності депресивної симптоматики оцінювався за допомогою шкали Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS 21). Визначення психічного вигорання проводили за методикою О.О. Рукавішнікова. Діагностику рівня емоційного вигорання - за опитувальником В.В. Бойка. Середній вік обстежених 36,5±2,4 роки. Групи чоловіків та жінок не відрізнялись за віком. До уваги брали особливості соціального статусу, медичного профілю та професійної категорії.

Аналізуючи отримані результати, виявлено ряд етіологічних факторів СПВ, встановлено структуру депресивних розладів при СПВ та створено комплекс методів лікування та профілактики виявлення СПВ у медиків.

Хомяк О.В., Студеникіна Т.О., Камнева А.В.

МЕЛОКСИКАМ ТА АНТИДЕПРЕСАНТИ: ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ДЕПРЕСІЇ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», Дніпропетровск, Україна
фармакології, клінічної фармакології та фармакоекономіки
(науковий керівник - к.мед.н. Хомяк О.В.)

З урахуванням високої медико-соціальної значимості коморбідних станів ЦНС-болю та депресії-залишається важливою тема пошуку адекватної комплексної медикаментозної корекції болю в умовах депресивного стану нервової системи.

Метою нашої роботи було проаналізувати як змінюються ефекти селективного блокатору циклооксигенази-2 мелоксикаму та його комбінацій з антидепресантами в умовах експериментальної резерпінової депресії.

Експерименти були проведені на 120 шурях. Вивчали вплив мелоксикаму (2 мг/кг в/м) у комбінації з антидепресантами на показники больового порогу (БП), депресивності та поведінкових реакцій інтактних тварин та в умовах резерпінової депресії. Больовий поріг оцінювали за допомогою тесту електро-шкірного подразнення кореня хвоста, рівень депресивності - за допомогою тесту Порсолту та "підвішування за хвіст", а поведінкові реакції - з використанням тесту "Відкрите поле".

Як свідчать наші дані, мелоксикам виявляв вірогідну знеболюючу дію, зменшуючи больову чутливість на 41-61% на 60-120 хв експерименту. При його взаємодії з амітриптиліном (10 мг/кг) зміни больової чутливості посилювалися, підвищення больового порогу спостерігалось на 30 хв експерименту (+95,4%), досягаючи +(127-131-114)% на 60-90-120 хв після введення. Мілнаципрам (25 мг/кг) та есциталопрам (5 мг/кг) не змінювали дії мелоксикаму на БП. У інтактних тварин мали місце вірогідні прояви антидепресантної дії комбінації "мелоксикам+амітриптилін" у тесті Порсолта та гальмування поведінкової активності у "відкритому полі". В умовах модельованої депресії (резерпін 15 мг/кг в/м, експозиція 4 години) вплив цієї комбінації на БП значно підвищився та становив (+216,4%) по відношенню до показників у депресивних шурів, прояви ж антидепресантної та поведінкової дії в умовах депресії зменшувалися.

Таким чином, комбінація "мелоксикам+амітриптилін" проявляла суттєвий аналгетичний ефект, що підвищувався в умовах експериментальної депресії. Незважаючи на зниження антидепресантної дії в умовах депресії, комбінація нейтралізувала продепресивні ефекти резерпіну у тесті Порсолта та пригнічувала емоційні реакції тварин.

Ніколенко Г.С.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ТА РІВНІВ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко
(науковий керівник - к.мед.н. Юрценюк О.С.)

Проблема психологічного здоров'я останнім часом набуває особливої актуальності у зв'язку з дослідженнями особистісних дисгармоній, дискусією щодо норм та відхилень психічного здоров'я, поширення різних психотерапевтичних та психолого-педагогічних практик.

Серед негативних переживань людини тривожність займає особливе місце, часто вона призводить до зниження працездатності, продуктивності діяльності, до труднощів у спілкуванні. Людина з підвищеною тривожністю згодом може зіткнутися з різними соматичними захворюваннями.

За даними німецького психіатра К. Леонгарда, у 20-50% людей деякі риси характеру настільки загострені (акцентуовані), що це за певних обставин призводить до однотипних конфліктів і нервових зривів. Акцентуація характеру (індивідуально-типологічна риса особистості) - перебільшений розвиток окремих властивостей характеру на шкоду іншим, у результаті чого погіршується взаємодія з оточуючими людьми.

З метою вивчення індивідуально-типологічних особливостей особистості, психологічного здоров'я, а зокрема наявності тривоги, депресивних розладів, сексуальних дисгармоній було обстежено 60 студентів 1-6 курсів Буковинського державного медичного університету. Нами була розроблена уніфікована анкета для студентів вищих навчальних закладів медичного профілю. Всім досліджуваним було проведене анонімне анкетування. З метою оцінки акцентуованих властивостей особистості, використовували опитувальник Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда. Ступінь виразності тривожної симптоматики - за тестом Спілбергера-Ханіна. Середній вік обстежених $21,5 \pm 2,4$ року. Групи чоловіків та жінок не відрізнялись за віком. До уваги брали особливості соціального статусу, стресогенні фактори та сексологічний анамнез. Аналізуючи отримані результати встановлена залежність між типом акцентуації, рівнем особистісної тривожності та створено комплекс методів профілактики виникнення тривожних розладів у студентів-медиків.

Обезюк В.С., Стасишена О.В.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенко
(науковий керівник - д.мед.н. Карвацька Н.С.)

Актуальність. Синдромом емоційного вигорання (СЕВ) називають стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, який виникає у лікарів як стрес-реакція на безжалісні виробничі й емоційні вимоги, що виходять з надмірної відданості людини своїй роботі з супутньою зневагою сімейного обов'язку. Характеризується порушенням продуктивності в роботі і втому, безсонням, розвитком негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втратою розуміння і співчуття по відношенню до колег та пацієнтів. Зростає ризик виникнення соматичних захворювань, а також вживання алкоголю або інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення.

Мета дослідження: вивчення особливостей СЕВ у лікарів різних спеціальностей (офтальмологів, фтизіатрів, пульмонологів, отоларингологів, травматологів, нейрохірургів, анестезіологів, хірургів, стоматологів, урологів) для розробки рекомендацій з урахуванням специфіки їх діяльності по профілактиці та психокорекції вже сформованих симптомів.

Матеріали та методи дослідження. За допомогою анонімного анкетування та проведення співбесіди отримали результати вивчення особливостей комунікативної сфери лікарів за методикою «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка та «Відношення до діяльності» В. Каппоні, Т. Новака.

Результати дослідження. Було проведено анонімне анкетування СЕВ у 37 лікарів різних спеціальностей (переважно хірургічного профілю), що працюють в м. Чернівці. Аналіз індивідуальних бесід із респондентами показав, що СЕВ спостерігався у 88% лікарів і проходив у три фази. Фаза напруження (9% лікарів) супроводжувалася симптомом незадоволення собою, фаза резистентності (48% лікарів) проявлялася неадекватним вибірковим емоційним реагуванням, фаза виснаження (30% лікарів) - емоційним дефіцитом. Визначили прямий зв'язок розвитку симптому особистісної відторгненості в залежності від віку (до 37 років - у 5% , після 37 років - 38%), причому достовірно збільшується кількість ознак втомі. Паралельно відбувалася зміна взаємовідносин у колективі, зміна самооцінки.

Висновки. Ознаки СЕВ різного рівня виявлені у 88% лікарів різних спеціальностей у м. Чернівці, що свідчить про масовий характер «вигорання» серед обстежених. Для покращення надання лікарями медичної допомоги населенню і зменшення руйнівного впливу СЕВ на їх психічне і соматичне здоров'я необхідне проведення психологічних тренінгів по навчанню прийомів і способів саморегуляції емоційно-вольової, комунікативної і мотиваційної сфери особистості.



Пульмонологія і фтизіатрія

Pulmonology and phthisiology

Adzhablaeva D.N.

DETECTION OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education , Tashkent, Uzbekistan

Department of phthysiatry

(scientific advisor - Ph.D. Muhtarov D.)

Background. Nowadays planned, regular tuberculin skin test had of great importance for identification of tuberculosis at children and adolescents in out-patient department. But now it is carried out in insufficient volume that, undoubtedly, complicates well-timed diagnostics of initial manifestation of tuberculosis and it is negatively reflected on indicators of early identification. Priority problem of children's phthysiology and an effective way of the prevention complicated and progressive course of tuberculosis, is well-timed identification, particularly in children and adolescents with the high risk of developing tuberculosis. In this occasion search of new approaches to identification of local forms of tuberculosis at children and adolescents is actual.

Objective. To study diagnostic value of a digital fluorographic method in children and adolescents with tuberculosis risk.

Methods. 150 children and adolescents aged 7-14 years of contact with tuberculosis patients were surveyed.

Results. Intrathoracic tuberculous adenopathies were found of 45 (30,0%) children, in 6 cases of them (4,0%) lymphatic nodes were presented by formations of the inhomogeneous soft-tissue density, a diffuseness, an illegibility of an outline lungs hilus, the reference for tuberculosis of intrathoracic lymphatic nodes in an infiltration phase. In 10 of cases (6,7%) older process with the calcinations foci, complicated by connective tissue consolidation of a hilar tissue was found. In 29 (19,3%) of children with calcinate Intrathoracic lymphatic nodes, are revealed calcinate peripheral lymphatic nodes of a neck and axillary area. Among children dominated the boys - 25 (55,6%) aged 8-10 years. In 68,9% of children had 5-7 risk factors, at 24,4% - accompanying pathology (anemia, a helminthic invasion) was noted. 4 of 6 children had the radiological examination and noneffective treatment of pulmonary pathology a month before present examinations.

Conclusion. One third children and adolescents examined by method digital fluorography have an intrathoracic tuberculous adenopathies. In 4,0% of cases tuberculous process was active. In condition of the insufficient volume tuberculin skin test, diagnostic value of digital fluorographic examinations in children and adolescents increases, particularly in group of contact with tuberculosis patients, with 5-7 and more risk factor and accompanying pathology.

Adzhabayeva D.N.

NEW APPROACHES TO DETECTION OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS IN CHILDREN OF HIGH RISK GROUPS

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education , Tashkent, Uzbekistan

Department of phthysiatry

(scientific advisor - Ph.D. Muhtarov D.)

Background. Nowadays a priority problem of children's phthysiology and an effective way of the prevention complicated and progressive course of tuberculosis, is well-timed identification, particularly in children and adolescents with the high risk of developing tuberculosis. Planned, regular tuberculin skin test had of great importance for identification of tuberculosis at children and adolescents in out-patient department. But now it is carried out in insufficient volume that, undoubtedly, complicates well-timed diagnostics of initial manifestation of tuberculosis and it is negatively reflected on indicators of early identification. In this occasion search of new approaches to identification of local forms of tuberculosis at children and adolescents is actual.

Objective. To study diagnostic value of a digital fluorographic method in children and adolescents with tuberculosis risk.

Methods. By the digital fluorographic equipment "ProScan-2000" surveyed 150 children and adolescents aged 7-14 years of contact with tuberculosis patients.

Results. Intrathoracic tuberculous adenopathies were found of 45 (30,0%) children, in 6 cases of them (4,0%) lymphatic nodes were presented by formations of the inhomogeneous soft-tissue density, a diffuseness, an illegibility of an outline lungs hilus, the reference for tuberculosis of intrathoracic lymphatic nodes in an infiltration phase. In 10 of cases (6,7%) older process with the calcinations foci, complicated by connective tissue consolidation of a hilar tissue was found. In 29 (19,3%) of children with calcinate Intrathoracic lymphatic nodes, are revealed calcinate peripheral lymphatic nodes of a neck and axillary area. Among children dominated the boys - 25 (55,6%) aged 8-10 years. In 68,9% of children had 5-7 risk factors, at 24,4% - accompanying pathology (anemia, a helminthic invasion) was noted. 4 of 6 children had the radiological examination and noneffective treatment of pulmonary pathology a month before present examinations.

Conclusion. One third children and adolescents examined by method digital fluorography have an intrathoracic tuberculous adenopathies. In 4,0% of cases tuberculous process was active. In condition of the insufficient volume tuberculin skin test, diagnostic value of digital fluorographic examinations in children and adolescents increases, particularly in group of contact with tuberculosis patients, with 5-7 and more risk factor and accompanying pathology.

Aidoo F.M., Patience D.M., Opoku E.A.

THE NEW POSSIBILITIES OF IMMUNOREHABILITATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT DIABETES MELLITUS TYPE II

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Internal Medicine Propaedeutics
(scientific advisor - M.D. Malkovych N.M.)

Introduction. The questions of immunorehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with accompanying pathological conditions and comorbidities are poorly resolved. The longer and severer periods of exacerbation of COPD are typical for patients suffering from diabetes mellitus type II (DM), caused that is by secondary immunosuppression, macro- and microangiopathies phenomena. Antibiotic therapy at purulent exacerbation of COPD is a highly effective etiological treatment, but does not solve the problems of pathogenetic correction of immune defect, prevention of long periods of respiratory tract mucous inflammation.

Research aim. The research goal is to approve application of herbal remedy Proteflazidum (Екофарма, Ukraine) in complex treatment of patients with COPD and concomitant DM.

Methods. 38 patients with COPD stage II (age 48 to 65 years) were involved in the research. The ratio male:female was 3:1. All subjects suffered from DM II type. Patients were divided into 2 groups. Patients of comparison group (9 patients) received standard therapy. 29 patients of principal group received Proteflazidum in addition to the standard therapy.

Results. Estimation of cellular immunity in patients with COPD demonstrated that in 36 cases (94,7%) in the period of disease exacerbation changes in the immune status were detected. The degree of violations of the T-lymphocytes quantity was heterogeneous – were changes medium degree in 55,5% subjects, moderately changed reactivity occurred in 44,4% cases. The results of the study showed that complex treatment of patients with COPD with the inclusion of Proteflazidum contributed to a more accurate normalization of T-lymphatic system in comparison with patients' immunity indexes in comparison group. In particular, T-lymphocytes level in patients treated with Proteflazidum increased by 1,4 times, while in comparison group - by 1,02 times. Number of active types of T-lymphocytes in the researching group increased in 1,5 times and in the comparison group - in 1,07 times. The levels of T-helpers and T-suppressors in the principal group increased correspondently by 1,57 and 1,35 times. A trade of improved of these indices was observed in the comparison group too, but dynamics was insignificant.

Patients were recommended to continue application of Proteflazidum preparation with prevention purpose following some schedule for 3 weeks in future.

Іванов О.С., Твардовський А.М., Цапко Г.В.

ПИТАННЯ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СПОНДИЛІТУ

Луганський державний медичний університет, Луганськ, Україна
патофізіології

(науковий керівник - д.мед.н. Казімірко Н.К.)

Туберкульозна інфекція досить розповсюджена на всій території земної кулі з давніх часів. Розкопки підтверджують цей факт, що ще на початку людської раси хвороба була вже досить розповсюджена. В основному, зустрічаються легеневі форми туберкульозної інфекції, та є і позалегенові. Значну частку нелегенових форм складає кістково-суглобовий туберкульоз, зокрема туберкульозний спондиліт. В багатьох випадках з різних причин ця патологія не може бути діагностованою на ранньому етапі, що є причиною розвитку багатьох ускладнень.

Період діагностики туберкульозного спондиліту в середньому триває від 3 до 8 місяців, а за цей час хвороба неухильно прогресує. Причин пізньої діагностики досить багато зокрема, це і недостатня кваліфікація спеціалістів та відсутність цілеспрямованого обстеження хребта. Нерідко до детального рентгенологічного обстеження вдаються вже за умови компресії спинного мозку та виникнення неврологічної симптоматики. Та лише рентгенологічне обстеження не завжди є досить інформативним, тому потрібно використовувати додаткові методи обстеження, такі як комп'ютерна томографія, ядерно-магнітний резонанс, серологічні та культуральні методи дослідження. В останній час з діагностичною метою позалегенових форм туберкульозу використовують рекомбінантний туберкуліновий тест (РТТ).

Нерідко складнощі діагностики виникають у зв'язку з атипичним перебігом захворювання, що може помилково наштовхнути лікаря на остеомієліт чи онкологічний процес. Щоб уникнути таких ускладнень можна робити рентгенологічне обстеження як базове на всьому протязі, з захопленням сегментів хребта вище та нижче місця ураження. На ранньому етапі діагностики використання РТТ може чітко визначити діагноз туберкульозного спондиліту та заздалегідь розпочати правильну лікувальну тактику. Таким чином, кількість ускладнень та оперативних втручань значно зменшиться.

Рання діагностика з урахуванням усього комплексу необхідних методів та РТТ, дозволить суттєво знизити кількість ускладнень та оперативних втручань на хребті з приводу туберкульозного спондиліту.

Абдиева Г.А., Рофиев М.Ш., Исаметдинова З.С.

ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренней медицины №1*(научный руководитель - к.мед.н. Мурадова Р.Р.)*

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний, которым в мире страдает 1,5-30% населения в различных районах земного шара. Разработка и совершенствование способов диагностики бронхиальной астмы (БА) остаются актуальной проблемой современного здравоохранения.

Целью работы явилось изучение особенностей функции внешнего дыхания у больных БА с учетом патогенетического варианта патологического процесса.

Обследованы 83 больных с персистирующим течением БА. Для проведения сравнительного анализа клинко-патогенетических вариантов БА на основании дифференциально-диагностических критериев выделены 31 (37,4%) больных аллергической (АБА), 24 (28,9%) пациентов с неаллергической БА (НБА) и 28 (33,7%) больных со смешанной БА (СБА). Средний возраст больных составил $42,5 \pm 1,41$ лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Внешнее дыхание изучалось в покое на спирографе «SPIROSIFT SP-5000» (Fukuda DENSHI, Япония) с автоматической обработкой параметров. Обратимость бронхиальной обструкции (ОБО) изучали в острой пробе с β_2 -агонистом короткого действия сальбутамолом. ОБО считали положительной при приросте ОФВ1 на 15% и более.

В группе больных БА ОБО составила $30,2 \pm 1,89\%$. Значения прироста ОФВ1 при анализе пациентов БА существенно различались при сравнении между собой групп лиц с различными патогенетическими вариантами БА. Наиболее выраженная реакция на β_2 -агонист была выявлена в группе больных с тяжелым течением АБА ($23,5 \pm 1,47\%$) и среднетяжелой АБА ($21,5 \pm 1,5\%$). Бронходилатационный эффект сальбутамола оказался менее выражен в группе больных НБА ($18,6 \pm 1,54\%$), по сравнению с другими группами ($p < 0,05$).

Таким образом, при исследовании зависимости ОБО от клинко-патогенетического варианта заболевания было определено, что для больных с НБА характерно наиболее выраженное снижение прироста ОБО. По-видимому, снижение положительного бронхиального ответа на ингаляцию бронхорасширяющего препарата у больных НБА свидетельствует о наличии выраженного воспалительного отека слизистой или механической обтурации просвета бронхов слизью вследствие нарушений откашливания.

Бевз А.А., Підвербецька О.В.

КЛІНІЧНО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології*(науковий керівник - к.мед.н. Шаповалов В.П.)*

Актуальність. ВІЛ-інфекція є одним з найбільш вагомих факторів ризику розвитку туберкульозу легень (ТБ). Це пов'язано зі зниженням клітинного імунітету у ВІЛ-інфікованих хворих, важким атипичним перебігом та труднощами діагностики ВІЛ-асоційованого ТБ.

Мета дослідження. Дослідити особливості клініки та рентгенологічної діагностики ВІЛ-асоційованого туберкульозу легень.

Матеріали і методи. Обстежено 29 хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) легень з ВІЛ-інфекцією (група 1) та 40 ВІЛ-негативних хворих на ВДТБ (група 2).

Для оцінки вираженості бронхолегеневого (БЛС) та інтоксикаційного (ІС) синдромів застосовували оціночні шкали, за якими кожна скарга, характерна для відповідного синдрому, оцінювалась від 1 до 3 балів.

Для оцінки рентгенологічних особливостей ВІЛ-асоційованого ТБ застосовували оглядову та бокову рентгенографію, томографію, комп'ютерну томографію органів грудної клітки.

Проведений аналіз показав, що загальний стан хворих з ВІЛ-інфекцією є більш важким порівняно із загальним станом ВІЛ-негативних пацієнтів на ВДТБ легень ($p < 0,05$). ІС у хворих групи 1 був майже у 2,5 рази більш вираженим ($p < 0,05$), ніж у хворих групи 2 та у 53% випадків був важким: за оціночною шкалою у групі 1 середня кількість балів ІС становила $8,1 \pm 2,4$ балів (95% ДІ 6,8-9,5 бали), у групі порівняння – $3,2 \pm 2,3$ балів (95% ДІ 2,5-4,0 бали). БЛС у ВІЛ-позитивних хворих у 66,7% був легким, а у 20% – відсутнім. За шкалою оцінки вираженість БЛС у ВІЛ-інфікованих хворих була вірогідно нижчою порівняно з контрольною групою ($p > 0,05$) – $1,9 \pm 1,8$ балів у групі 1 проти $2,8 \pm 2,1$ балів у групі 2. Рентгенологічно у хворих групи 1 переважала дисемінована форма ТБ легень (79,3%), у той час, як у ВІЛ-негативних хворих – інфільтративна (50%). У хворих на ВІЛ-асоційований ТБ легень характеризувався більш частим приєднанням ТБ позалегенової локалізації, рідкістю деструкції легеневої тканини, малоінтенсивністю вогнищ, більш частою атипичною локалізацією змін.

Висновки. Таким чином, ВІЛ-асоційований туберкульоз легень характеризується більш важким та атипичним клінічно-рентгенологічним перебігом, що ускладнює своєчасну діагностику ко-інфекції.

Благовісний А.С., Діхтяренко В.О.

ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ НА ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Черкаський медичний коледж, Черкаси, Україна,
циклова комісія терапевтичних дисциплін*(науковий керівник - к.мед.н. Губенко І.Я.к.мед.н. Шапошнікова В.М.)*

Метою дослідження було вивчення впливу якості повітряного середовища на динаміку захворюваності дихальних шляхів серед осіб дорослого віку на прикладі м. Черкаси.

Матеріали та методи: проведено когортне дослідження частоти та структури захворюваності органів дихання серед дорослого населення Черкас, міста, яке є багатопрофільним промисловим центром із переважним розвитком хімічної промисловості, що обумовлює високе техногенне навантаження на атмосферне повітря.

Досліджено 400 пацієнтів (основна група) пульмонологічних відділень. Усі пацієнти мешкали у різних, за станом забруднення атмосфери, мікрорайонах міста. Контрольна група – 365 практично здорових осіб без наявних ознак захворювань органів дихання, які мешкали на тій же території, що й особи із основної групи.

Отримані результати. Виявлено, що захворювання органів дихання серед дорослого населення займали четверте місце у загальній структурі захворювань, після серцево-судинної, онкологічної та ендокринної патології. Визначено, що у осіб із забруднених територій показники первинної та вторинної захворюваності органів дихання достовірно вищі (р

Бойко О.П., Герман А.О.

ІМУНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології*(науковий керівник - викл. Герман А.О.)*

Туберкульоз - інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерії. Епідемія туберкульозу підкреслює необхідність досліджень у галузі фтизіатрії. Не зменшуючи значення класичних рентгенологічних, мікробіологічних методів дослідження, необхідно розробляти та використовувати нові ефективні методи для діагностики захворювання.

Для діагностики туберкульозу використовують мікробіологічні методи: виділення мікобактерій з мокротиння, сечі чи інших секретів. Але мікобактерій в матеріалі може бути занадто мало для виявлення їх шляхом посіву або мікроскопії. Проба Манту (п. Манту), є поширеним видом скринінгу у всьому світі через можливість виявлення ранніх форм туберкульозу, а також через простоту виконання та низьку вартість. Але звичайно і в неї є недоліки. Проба Манту може бути неінформативною при зниженні реактивності шкіри (у дітей до 6 місяців наприклад, або з огляду на індивідуальні особливості). Проба буде завжди негативною при первинному клітинному імунодефіциті та синдромі набутого імунодефіциту. Метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) заснований на виділенні генетичної інформації конкретного збудника. ПЛР показує наявність частки ДНК мікробного (вірусного) агента в аналізованій рідині. У ПЛР є недоліки - це його вкрай висока чутливість та вартість. При руйнуванні старого вогнища туберкульозу іншими причинами (пухлина, абсцес) ПЛР може показати наявність туберкульозної палички в мокроті за рахунок того, що поодинокі мікобактерії вижили і їх фрагменти зберігаються в осередку.

Новим методом діагностики туберкульозу є квантіфероновий тест *in vitro* (Quantiferon). Цей тест внесений до національних рекомендацій 17 країн світу. Метод полягає у визначенні інтерферона IFN- γ (цитокін ФНП- γ), який виділяється сенсibilізованими Т-клітинами, стимульованими *in vitro* специфічними антигенами *M.tuberculosis*. Тест позбавлений недоліків, які є у шкірних тестів (п. Манту) і перевищує їх за чутливістю та специфічністю. У пацієнтів з ВІЛ-інфекцією тест відрізняється високою чутливістю (77-85%) у порівнянні зі шкірними пробами (15-46%).

Отже, використання квантіферонового тесту дозволить діагностувати латентну тубінфекцію, особливо в осіб зі зниженим імунітетом, підтверджувати сумнівні результати п. Манту, оскільки є чутливішим в 6 разів, діагностувати активний туберкульоз, у тому числі і позалегеновий.

Бойко Д.М., Бойко М.Г., Чорнуха В.Л., Страшко Є.Ю., Бойко О.С.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ - ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна
фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини*(науковий керівник - к.мед.н. Бойко Д.М.)*

Актуальність. Всесвітня організація охорони здоров'я визначила проблему вживання тютюну як епідемію загальносвітового масштабу. Вживання тютюну є причиною смерті майже 6 мільйонів людей щорічно. Ця кількість включає 600 тисяч некурців, причиною смерті яких є вдихання вторинного тютюнового диму. Особливо небажаним є розповсюдження цього негативного явища серед молоді, яка у майбутньому має лікувати людей та впроваджувати стандарти здорового способу життя.

Метою нашої роботи було дослідити динаміку розповсюдженості тютюнопаління серед студентів-медиків за результатами багаторічного спостереження.

Матеріали та методи. Клінічне спостереження проводилося на базі ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», за участі студентів, що добровільно виявили бажання взяти участь в опитуванні. У ході реалізації поставлених завдань обстежено 263 особи. Вік обстежених осіб склав $22 \pm 2,1$ року. Було сформовано дві групи. В першу групу увійшли особи, що не палять тютюн – «Некурці», а другу склали ті, що палять – «Курці». Проводили опитування з використанням питань для скринінгу хворих на ХОЗЛ. Досліджували рівень обізнаності щодо шкоди від паління та знань про захворювання, причиною яких найчастіше є паління, за допомогою розробленого оригінального опитника. Стаж паління оцінювали за показником пачко-років. Дослідження тривало з 2008 по 2012 р. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою ліцензованого програмного забезпечення (AnalystSoft, StatPlus. Версія 2009).

Результати досліджень. За період з 2008 по 2012 рр. розповсюдженість паління зросла з 40,9 до 42,4%. Збільшення на 1,5% не було значимим, проте загальний рівень тютюнопаління викликає занепокоєння. Серед позитивних тенденцій можна відзначити зменшення до 2012 року частки курців серед жінок майже на 14%, тоді як серед чоловіків навпаки збільшилась когорта активних курців до 75%.

Висновки. Виявлено високий загальний рівень розповсюдженості тютюнопаління серед майбутніх лікарів, що лежить за межами 40%. Такі результати потребують розробки та впровадження цільових програм по боротьбі з тютюнопалінням в середовищі медичної спільноти.

Волошина М.В.

ЗАСТОСУВАННЯ «ГЕЛОМІРТОЛУ-ФОРТЕ» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Малкович Н.М.)

Вступ. Препарати з вмістом ефірних олій здавна застосовуються в медицині завдяки широкій палітрі лікувальної дії. В клінічній пульмонології в основному використовуються ефірні олії із зігрівальною, протизапальною, антисептичною, муколітичною, експекторальною активностями, здатністю нормалізувати муко-ціліарний кліренс бронхів. В лікуванні гострих запальних захворювань органів дихання нами апробований препарат «ГелоМіртол форте» (G.Pohl Boskamp, Німеччина), основою якого є стандартизований екстракт миртолу. До складу екстракту включені три монотерпени: А-пінен, д-лімонен та 1,8-цинеол або евкаліптол.

Мета дослідження. Оцінити ефективність застосування препарату «ГелоМіртол-форте» у лікуванні хворих на гострий трахеобронхіт.

Методи дослідження: Обстежено 17 пацієнтів з гострим трахеобронхітом. Хворі розподілені на групи, в залежності від застосованого лікування: хворі основної групи додатково до стандартної терапевтичної схеми отримували препарат «ГелоМіртол форте» по 1 капсулі тричі на день; пацієнти групи порівняння знаходились на стандартній схемі лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Перевагою засобу виявилась його значна муколітична та антибактеріальна активність, що призвело до пришвидшення санації бронхів. Використання препарату було обмежене у осіб із загостреннями хронічних захворювань шлунка та кишечника, хронічного гепатиту, при жовчокам'яній хворобі. З іншого боку, стимулювальний вплив препарату на травні залози може з успіхом використовуватися у пацієнтів з гіпоацидними станами, гіпотонічною дискінезією жовчного міхура, дисбіозами кишечника. Застосування комплексного ефіроолійного препарату «ГелоМіртол форте» обмежене у пацієнтів з непереносимістю ефірних олій, в тому числі з алергічними реакціями на згадані середники.

Перспективним є вивчення системних та локальних імуномодельовальних властивостей «ГелоМіртолу форте» у пацієнтів із зтяжним та рецидивувальним перебігом гострого бронхіту та синуситу, оскільки з літературних джерел відомі рекомендації щодо тривалого використання ефіроолійних засобів в осіб, що часто та тривало хворіють на гострі респіраторні інфекції.

Джуракулов Р.И.

СОСТАВ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ МЕНИНГИТОМ

Ташкентский Институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан
Кафедра фтизиатрии

(научный руководитель - д.мед.н. Мухтаров Д.З.)

Актуальность. Проблема туберкулёзного менингита – проблема позднего выявления в медицинских учреждениях общей лечебной сети, и, как следствие, несвоевременно назначенной терапии, что приводит к неблагоприятным исходам в виде инвалидизации или смерти больных. Трудности диагностики связаны с развитием во многих случаях хронических и атипично протекающих форм заболевания, редкостью обнаружения микобактерий туберкулёза (МБТ) в ликворе. В связи с этим важность и актуальность поиска диагностических тестов туберкулёзного менингита в современных условиях очевидна. Наиболее чувствительными и информативными показателями заболевания являются изменения состава спинномозговой жидкости (СМЖ).

Цель: изучение состава СМЖ у больных с бактериологически подтвержденным и неподтвержденным туберкулёзным менингитом.

Материалы и методы. Было обследовано 45 больных туберкулёзным менингитом, в возрасте от 17 до 46 лет. Больных разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 17 больных, в ликворе которых были обнаружены бактериальные формы возбудителя в чистой культуре. 2-ю группу составили 28 больных, у которых в спинномозговой жидкости не удалось обнаружить МБТ.

Результаты. Изменения состава спинномозговой жидкости отмечены у всех обследованных, но характер и степень их выраженности были неодинаковыми в обеих группах. У больных 1-й группы появление нежной фибринозной сетки (пленки) отмечались значительно чаще (58,8%), чем у больных 2-й группы (17,9%). Реакция Панди была резко положительной у большинства (82,4%) больных 1-й группы. В то же время более чем у половины больных 2-й группы, в ликворе которых МБТ не были обнаружены, эта реакция была слабоположительной.

Количество форменных элементов в ликворе, полученном при первой пункции, колебалось в широких пределах: от нормального до повышенного. Так, цитоз более 100 наблюдался у больных 1-й группы чаще (76,5%), чем у больных 2-й группы (32,1%). В то же время у больных 2-й группы цитоз значительно чаще не превышал 100 (67,9%). Количество белка так же, как цитоз, колебалось в широких пределах. Пониженное содержание белка (менее 1%) встречалось чаще у больных 2-й группы (71,4%). В противоположность этому у 82,4% при наличии МБТ в ликворе обнаруживали повышенное количество белка в спинномозговой жидкости. Содержание сахара и хлоридов снижалось у больных 1-й группы значительно чаще (88,2%), чем у больных 2-й группы (60,7%).

Выводы. Таким образом, существует взаимосвязь между характером бактериальной популяции, ее наличием или отсутствием в ликворе и составом спинномозговой жидкости. При этом отрицательные результаты бактериологического исследования спинномозговой не являются основанием для исключения туберкулёзной этиологии менингита.

Калаптуровська О.С., Хайменова Г.С.

СПЕЦИФІЧНІСТЬ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Внутрішні хвороби та медицина невідкладних станів з дерматовенерологією

(науковий керівник - д.мед.н. Потяженко М.М.)

За останній час в Україні, як і всьому світі, відмічається тенденція до зростання захворюваності і летальності від пневмоній. На теперішній час пневмонії займають 4-5 місце у світі в загальній структурі смертності, а серед інфекційних хвороб – 1 місце. В Україні в 2009 році, за даними статистики, захворюваність дорослих на пневмонію становила 4,6 на 1000 населення, а смертність – 11,1 на 100 тис. населення. Померли 2,4% з тих, хто захворів на пневмонію.

Пневмонія – гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації. Основним методом лікування пневмоній являється адекватна етіотропна терапія антибактеріальними препаратами, що чутливі до певного збудника. Однак на практиці етіологічна діагностика пневмоній у 50-70% хворих ускладнена через недостатню інформативність та значну тривалість мікробіологічних досліджень. Виділяють два основних класи пневмоній – нозокоміальні (госпітальні) та негоспітальні. Смертність від госпітальних пневмоній складає 20%.

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) – симптомокомплекс, що обумовлений стійкими багаточисельними порушеннями основних ниркових функцій, як результат незворотного критичного зменшення маси функціонуючих нефронів на заключних етапах прогресування захворювань нирок. При хронічній нирковій недостатності можливі три типи розвитку ураження легень: специфічні, набряк легень і банальні пневмонії. У цьому випадку набряк легень рідко пов'язаний із лівошлуночною недостатністю, зазвичай він нефрогенний, часто – з виходом у пневмонію, що поєднує ці два стани у поняттях: уремічна пневмонія, уремічна легеня, уремічний набряк легень, уремічний пневмоніт. Ураження легень виявляють у 62-100% випадків, уремічний пневмоніт – 39-72%, бронхіти – 14%.

При вивченні специфіки даного питання було виділено деякі основні пункти до аналізу:

- дослідити частоту, структуру та розрішення перебігу пневмоній у хворих з супутньою патологією (здебільшого, ХНН та тих пацієнтів, які отримують лікування програмним гемодіалізом чи перитонеальним діалізом);
- виявити можливі клінічні особливості перебігу і деталізувати діагностичні підходи при розвитку пневмонії у пацієнтів, що отримують лікування програмним гемодіалізом чи перитонеальним діалізом;
- дослідити етіологічну структуру пневмоній у хворих із ХНН;
- виявити можливий вплив процедури гемодіалізу на стан вентиляційної функції легень, газообміну, токсемії і геодинамічні показники у хворих на пневмонію.

Беручи до уваги досить частий розвиток пневмонії на фоні хронічної ниркової недостатності, лікарям необхідно знати та враховувати особливості цієї патології і можливі труднощі в діагностиці. Незважаючи на інколи незначну ефективність антибактеріальної терапії у пацієнтів з ХНН, їм усе одно призначаються антибіотики, в основному у комбінаціях, бажано з урахуванням чутливості і широким спектром дії, особливо до Гр-негативної флори як етіологічного фактору.

Камінська М.С., Семянів І.О.

ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології

(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л.Д.)

Вступ. Основою патогенезу багатьох інфекційних та неінфекційних хвороб є ендогенна інтоксикація організму, тобто накопичення в організмі кінцевих та проміжних продуктів метаболізму при порушеному обміні.

Мета роботи: вивчити зміни показників ендогенної інтоксикації організму у хворих на туберкульоз легень, залежно від супутньої патології гепато-панкреато-біліарної системи.

Об'єкт дослідження: 51 хворий на вперше діагностований туберкульоз легень із супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної системи. Всі хворі були розділені на 3 групи, до I групи увійшло 14 хворих на вперше діагностований хіміорезистентний туберкульоз легень із порушенням з боку гепато-панкреато-біліарної системи; II групу склало 15 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів, та порушенням з боку гепато-панкреато-біліарної системи; до III групи увійшло 22 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень без порушень з боку гепато-панкреато-біліарної системи. Проведено розрахунок інтегративних показників ендогенної інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК) та лімфоцитарний індекс (ЛІІмф). Отримані результати оброблені статистично за допомогою програми Statistics.

Отримані результати. У пацієнтів всіх груп виявлене достовірне підвищення ЛІІ, ГПІ, ІЗЛК і зниження ЛІІмф, що свідчить про наявність синдрому ендогенної інтоксикації у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Аналіз статистичної достовірності різних показників лейкоцитарного індексу інтоксикації в групах з використанням критерію Стьюдента показав, що у хворих I групи показники ЛІІ були достовірно вищими як на момент поступлення в стаціонар, так і після закінчення інтенсивної фази хіміотерапії, ніж у хворих II та III груп ($p < 0,01$). При проведенні лікування достовірно найкраща динаміка показників ендогенної інтоксикації відзначається у хворих на вперше діагностований чутливий туберкульоз легень із супутньою патологією гепато-панкреато-біліарної системи ($p < 0,01$). Тяжкість ендогенної інтоксикації не залежить від форми туберкульозного процесу в легенях. При співставленні отриманих результатів у хворих з інфільтративним та десимінованим туберкульозом легень, вірогідних розбіжностей не спостерігалось.

Розвиток синдрому ендогенної інтоксикації є невід'ємною частиною патогенезу туберкульозу. Використовуючи сучасні обчислювальні технології, ми значно полегшуємо проведення розрахунків інтегративних показників інтоксикації, які є об'єктивними критеріями тяжкості захворювання та ефективності лікування. Все це дозволяє покращити діагностичну роботу лікаря, досягти більш точного формулювання діагнозу, а отже, підвищити ефективність лікування. При цьому даний метод є досить доступним і простим у всіх без виключення лікувальних установах.

Косминя М.О., Паліброда Н.М., Чимпой К.А.

ОЦІНКА СТАТУСУ ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Ступницька Г.Я.)

Актуальність. За даними ВООЗ на сьогодні близько 210 мільйонів осіб хворіють на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Ожиріння як супутня патологія ХОЗЛ значно погіршує перебіг захворювання і якість життя пацієнтів. Враховуючи, що тест оцінки хронічного обструктивного захворювання легень (ТОХ) тісно корелює із статусом здоров'я, що вимірюється згідно опитувальника госпіталю святого Георгія як надійний та чутливий, може широко бути використаним для оцінки якості життя пацієнтів на ХОЗЛ.

Мета дослідження. Оцінка сумарного балу опитувальника ТОХ у хворих на ХОЗЛ без та із супутнім ожирінням.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 20 хворих на ХОЗЛ II стадії, з яких 10 були без ожиріння та 10 із супутнім ожирінням. Середній вік пацієнтів склав $65,6 \pm 2,34$. Хворі самостійно заповнювали опитувальник ТОХ, який включав 8 запитань (тривалість кашлю, кількість харкотиння, біль у грудях, задишка під час фізичного навантаження, обмеження фізичної активності, впевненість поведінки, сон та енергійність) та підраховувалась сумарна кількість балів (8 запитань, за кожне від 0 до 5 балів, максимально 40).

Результати досліджень. У хворих на ХОЗЛ без ожиріння сумарна кількість балів склала $17,8 \pm 1,89$. При наявності супутнього ожиріння у хворих на ХОЗЛ сумарна кількість балів – $28,9 \pm 1,56$, що вірогідно перевищувала на 38,4% хворих на ХОЗЛ без ожиріння ($p < 0,05$). При аналізі відповідей тесту ТОХ у хворих на ХОЗЛ із супутнім ожирінням виявилось, що зростання кількості балів була обумовлена більш вираженою задишкою, зниженням повсякденної активності, погіршенням сну пацієнтів.

Висновки. Отже, спираючись на отримані результати досліджень, можна стверджувати, що ожиріння якісно погіршує перебіг ХОЗЛ, що проявляється більш вираженою задишкою, зниженням повсякденної активності та погіршення сну, як наслідок проявляється зниженням якості життя пацієнтів.

Гопко О.Ф., Криворучко І.Г.

ФАКТОРИ РИЗИКУ УРАЖЕННЯ ЕЛАСТИЧНОСТІ СУДИН У ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна
кафедра внутрішньої медицини №1*(науковий керівник - д.мед.н. Скрипник І.М.)*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - одне з найбільш розповсюджених хронічних захворювань і провідних причин смерті в світі. За даними різних авторів, в 62% спостережень серед хворих на ХОЗЛ старших вікових груп виявлені серцево-судинні захворювання. Зростання смертності через серцево-судинні захворювання диктує необхідність пошуку доступних практичній медицині критеріїв стратифікації ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, таких як мозковий інсульт, інфаркт міокарда, хронічна серцева недостатність.

Мета дослідження – оцінка факторів ризику порушення еластичності судин у пацієнтів на ХОЗЛ у поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Обстежено 52 хворих віком від 40 до 72 років, які хворіли на ХОЗЛ та мали ознаки ІХС: стабільну стенокардію напруги І–ІІ ФК, ХСН І–ІІА стадії із збереженою систолічною функцією ЛШ. Для діагностики ХОЗЛ, крім клінічних даних, застосовували дослідження ФЗД. Наявність і виразність змін функції легень оцінювали згідно класифікації (Наказ МОЗУ N 555 від 27.06.13). Обстежено 22 практично здорові особи віком від 40 до 55, які склали контрольну групу. Всім хворим для діагностики ІХС використовували клінічні методи, ЕКГ в 12 стандартних відведеннях, ЕхоКГ. Жорсткість судин визначали за допомогою системи SphugmoCor (США), визначаючи індекс аугментації (ІА), максимальний нахил у кривій тиску променевої артерії (dP/dt Max), пульсовий тиск (PP), аугментація тиску (АТ) при дослідженні пульсової хвилі, швидкості поширення пульсової хвилі (ШППХ). Швидкість пульсової хвилі реєструвалася на каротидно-феморальних (м'язовий тип) сегментах артерій. Дані вважалися достовірними при коефіцієнтах репрезентативності і повторюваності не менше 0,890 та 0,935 відповідно.

Час повернення відбитих хвиль в аорту – провідний фактор, що впливає на показники центрального артеріального тиску, визначається швидкістю руху як прямої, так і зворотної пульсової хвилі, тобто залежить від жорсткості судинної стінки. Кореляційний аналіз виявив тісну залежність між показниками еластичності судин та перебігу захворювання. Так, ІА мав прямий кореляційний зв'язок з показниками тривалості захворювання ($r=0,75$; $p<0,05$), індексу тривалості тютюнопаління ($r=0,66$; $p<0,02$) та зворотній тісний зв'язок з показниками спірометрії – ОФВ1 ($r=0,62$; $p<0,05$), індексу Тіффно ($r=0,51$; $p<0,05$). Слід зазначити, що зниження еластичності судин у даній когорті пацієнтів спостерігається раніше, ніж з'являються клінічні прояви ІХС, а саме, стенокардії напруги. Встановлена залежність ШППХ від індексу тютюнопаління ($r=0,81$; $p<0,01$), віку хворих ($r=0,52$; $p<0,05$), кількості інфекційних загострень ХОЗЛ протягом останнього року ($r=0,62$; $p<0,05$) та зворотній зв'язок з досліджуваними показниками функції дихання.

Таким чином, зниження еластичності судин залежить від тяжкості перебігу ХОЗЛ, тривалості тютюнопаління та ступеня бронхообструкції. Пошук показників оцінки стану жорсткості артеріальної системи є пошуком критеріїв розвитку серцево-судинних ускладнень.

Кулинич І.О., Федченко В.А.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ ЗА 2013 РІК В ПОРІВНЯННІ З РОЗПАЛОМ ЕПІДЕМІЇ 1995 РОКУ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна
фтизіатрії*(науковий керівник - д.мед.н. Бойко М.Г.)*

Актуальність. Туберкульоз (ТБ) залишається найнебезпечнішим інфекційним захворюванням на теренах пострадянських країн, що призводить до зростання летальності та стійкої втрати працездатності.

Мета роботи. Визначити зміни в структурі захворюваності на даному етапі розвитку фтизіатричної служби в порівнянні з розпадом епідемії туберкульозу в Україні 1995 році.

Методи дослідження. Проведений аналіз архівного матеріалу Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру за 1995 та 2013 роки. Особлива увага приділялася показникам захворюваності та структурі захворюваності. Структура захворюваності вивчалася нами з точки зору наявності: деструкції легеневої тканини, бактеріовиділення, хіміорезистентності збудника, ко-інфекції ТБ та ВІЛ/СНІД, працездатний вік.

Основні результати. Відповідно до отриманих нами даних захворюваність на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) у Полтавській області в 1995 році становила 430 чол., а в 2013 вже 230 чол., що вдвічі менше. Але при цьому спостерігалися зміни в структурі захворюваності: деструктивні форми – 115/95 чол. (відповідно за 1995/2013 рік); ко-інфекція ТБ та ВІЛ/СНІД – 43/120 чол.; працездатний вік – 140/175 чол.; бактеріовиділення – 197/174 чол.; хіміорезистентність – 56/163 чол.

Висновки. На підставі вище вказаних статистичних даних можна зробити висновки, що не дивлячись на зменшення рівня захворюваності, майже в 2 рази, простежується зміна структури захворюваності на туберкульоз. Так, наприклад деструктивні форми та бактеріовиділення при ВДТБ зросли в 2 рази, при цьому випадки хіміорезистентності збудника у - 6 разів, поєднана патологія ТБ та ВІЛ/СНІД зустрічається в 5 разів частіше, кількість хворих працездатного віку збільшилася вдвічі.

Наведені факти наочно вказують на те, що епідемія туберкульозу в Україні не подолано, а до зменшення рівня захворюваності призвела зміна її структури.

Полякова Ю.В.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНОГО ТЕСТА С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

(научный руководитель - к.мед.н. Колесник Н.С.)

Цель исследования: изучить информативность внутрикожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР, Диаскинтест) у детей из групп риска по туберкулезу.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 435 детей в возрасте от 1 до 18 лет. Кроме стандартных клинико-рентгенологических методов, в комплекс обследования были включены проба с АТР, а также мультиспиральная компьютерная томография органов грудной полости (МСКТ). Все дети были разделены на 2 группы: I группу составили 187 детей, инфицированных МБТ, из очагов туберкулезной инфекции. Во II группу вошли 248 детей, инфицированных МБТ, из здорового семейного окружения.

Результаты исследования. Анализ результатов туберкулиновых проб у контактных и детей из здорового окружения не выявил достоверных различий в интенсивности туберкулиновой чувствительности. Наиболее часто в сравниваемых группах регистрировались реакции со слабой и умеренной чувствительностью. Анализ результатов пробы с АТР выявил достоверное различие между группами наблюдения: среди контактных достоверно чаще регистрировались положительные реакции – в 55,6%, у детей из здорового окружения – в 15,3% ($p < 0,05$). Степень интенсивности чувствительности к АТР у детей из контактов достоверно выше, чем у детей из здорового окружения: средний размер инфильтрата – $(15,7 \pm 0,3)$ мм и $(13,7 \pm 0,3)$ мм, соответственно ($p < 0,05$). По результатам теста с АТР 42 детям I группы и 10 детям II группы была проведена МСКТ органов грудной полости. Патологические изменения в легких, во внутригрудных лимфоузлах, ранее не определяемые стандартными лучевыми методами, выявлены дополнительно у 24 человек (21,6%) из очагов туберкулезной инфекции и у 7 детей (12,5%) из здорового окружения. Детям II группы с отрицательной реакцией на АТР, после исключения локальных изменений, превентивное лечение не назначалось. При этом, ни у одного ребенка не отмечено перехода отрицательной реакции в сомнительную или положительную при контрольном тесте через 3 мес. В то же время, мы не зарегистрировали ни единого случая конверсии ранее положительного теста с АТР в отрицательный через 3-6 мес. превентивной химиотерапии двумя препаратами в обеих группах наблюдения. Вероятнее всего, имеет место «недовыявление» специфического процесса, вследствие низкого охвата детей современными инструментальными методами диагностики.

Заключение: у инфицированных детей частота и интенсивность положительных реакций на АТР выше в очагах туберкулезной инфекции. Комплекс диагностики с применением теста с АТР и лучевых методов (МСКТ) меняет представление об истинной заболеваемости детского населения в сложившейся эпидемической обстановке, что делает его применение своевременным и необходимым.

Савченко Л.В., Хайменова Г.С.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
Внутрішні хвороби та медицина невідкладних станів з дерматовенерологією
(науковий керівник - д.мед.н. Потяженко М.М.)

Значна поширеність ХОЗЛ, недостатня ефективність існуючих методів лікування, а також зростання рівня інвалідизації та смертності серед населення визначають ХОЗЛ, як одну з найактуальніших проблем яка зумовлює необхідність розробки нових, більш ефективних, способів лікування.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність небулайзерного застосування препарату «Декасан» (0,02% розчин декаметоксин) та галотерапії в комплексному лікуванні хворих з інфекційним загостренням ХОЗЛ у порівнянні із традиційною терапією.

Матеріали і методи. В дослідження включено 45 хворих з ХОЗЛ I-II ст., в період інфекційного загострення, які були розподілені на три групи. Середній вік пацієнтів становив $42,5 \pm 5,6$ років. Діагноз встановлювався відповідно до наказів МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. та № 555 від 30.10.2013 р., на підставі скарг (підвищення температури тіла, кашель з слизово-гнійним харкотинням, задишка), даних фізикального огляду, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження (загально клінічного аналізу крові, харкотиння, рентгенографії органів грудної клітки, дослідження функції зовнішнього дихання). 1-ша контрольна група ($n=15$) отримувала базисну терапію, яка включала: левофлоксацин 0,5 г 2 рази на добу, симбікорт 4,5/80 мкг 2 рази на добу, ацетилцистеїн 0,2 г 2 рази на добу, доксофілін 0,4 г 2 рази на день; 2-га група – основна ($n=15$), додатково призначалась небулайзерна терапія 0,02% розчином декаметоксину в дозі 5,0 мл двічі на добу – 10 днів. 3-тя група ($n=15$) додатково до базисної і небулайзерної терапії призначався курс спелеотерапії на 10 днів. Ефективність лікування оцінювалась за динамікою клінічних симптомів ХОЗЛ, змін показників лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження, шкалою MRS.

Результати. До початку лікування всі пацієнти відзначали загальну слабкість, підвищення температури тіла, кашель з мокротинням, задишку. При додаванні до базисної терапії декасану через компресорний небулайзер у хворих на ХОЗЛ відмічалась позитивна тенденція в перебігу захворювання (зменшення кашлю на $3,1 \pm 0,4$ днів раніше, задишки на $2,5 \pm 0,33$ днів), а в третій групі на $2,3 \pm 0,26$ днів та $1,9 \pm 0,2$ ніж у групі порівняння ($p < 0,05$), поліпшувалась якість життя пацієнтів, збільшувалась толерантність до фізичних навантажень. У хворих 3-ї групи відмічено достовірно значне зменшення ступеню обструкції бронхів, про що свідчить збільшення ОФВ1 на 12,3%, а також індексу Тифно - на 11,5%. Тоді як у хворих I групи відмічено збільшення ОФВ1 на 3,9 %, індексу Тифно – на 4,1%, у хворих II групи відмічено збільшення ОФВ1 на 7,3 %, індексу Тифно – на 10,9% ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, запропонована комбінація небулайзерної доставки 0,02% розчину декаметоксину в комплексному лікуванні хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ у поєднанні з галотерапією призводить до статистично значимого покращення клініко-лабораторних показників, зменшення строків лікування і покращення якості життя, попередженню рецидивів захворювання.

Сака А.А., Підвербецька О.В., Поворозник Я.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОРЕАКТИВНОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології*(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л.Д.)*

Актуальність. Туберкульоз – одне з найбільш давніх інфекційних захворювань планети, яке, не зважаючи на усі зусилля сучасної науки, не викорінена у жодній з країн світу. Найбільш вагомим у патогенезі є стан реактивності імунної системи та взаємодія імунокомпетентних клітин.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості імунореактивності при туберкульозі легень за даними літератури.

Результати дослідження. Встановлено, що для туберкульозу характерним є пригнічення Th1 відповіді, що супроводжується зниженням синтезу прозапальних цитокінів (особливо IL-6), за виключенням TNF- α , концентрація якого зростає, а також активація Th2 клітин та, відповідно, підвищення вмісту протизапальних цитокінів (особливо IL-4). Інтенсивність даних змін корелює з важкістю та поширеністю туберкульозного процесу.

Для первинних форм туберкульозу характерно зростання рівня IFN γ та IL-10 у сироватці крові (продукція інтерферону переважає над синтезом інтерлейкіну), а для вторинних форм - дефіцит IFN γ та IL-10 (зниження вмісту інтерлейкіну більш виражене, ніж інтерферону). У хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз дослідники відмічають зниження рівня IL-4 та значне підвищення рівня IL-1, що призводить до посиленого формування сполучної тканини. Хіміорезистентний туберкульоз характеризується найбільш вираженими зрушеннями. Спостерігається гіпосекреція Т-активуючих цитокінів, значно знижені показники проліферативної активності лімфоцитів (CD4+, CD8+, CD20+), низька концентрація IL-8, що порушує міграцію макрофагів до місця запалення, висока продукція протитуберкульозних антитіл та імуноглобулінів класів А, М, G, що говорить про розвиток імунної відповіді по гуморальному типу за недостатності Th1-клітинної ланки.

Висновки. На сучасному етапі туберкульоз характеризується Т-клітинним імунодефіцитом, гуморальним типом імунної відповіді. Хіміорезистентні форми туберкульозу характеризуються більш вираженими імунними зрушеннями що значно ускладнює перебіг захворювання.

Струц С.В., Недибалюк О.В.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА МОЗКОВИХ ОБОЛОНОК У НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

(науковий керівник - к.мед.н. Незгода О.П.)

Актуальність. За останні 10-15 років спостерігається стрімке зростання генералізованих форм туберкульозу, одним з проявів якого є туберкульоз ЦНС та мозкових оболонок, тому виникає потреба у вивченні цієї проблеми в різних регіонах нашої країни, зокрема, у Вінницькій області.

Мета дослідження. Вивчити динаміку захворюваності на туберкульозний менінгіт та менінгоенцефаліт у населення Вінницької області, особливості клінічної симптоматики та наслідки захворювання.

Матеріали та методи. Вивчено історії хвороб 68 пацієнтів, що знаходились на лікуванні у Вінницькому обласному протитуберкульозному диспансері з 2002 по 2013 роки. Аналіз історій хвороб всіх хворих включав клінічні, лабораторні, інструментальні та рентгенологічні дослідження, результати люмбальної пункції та методи нейровізуалізації КТ та МРТ головного мозку.

Результати. За вивчений період (2002-2013) у Вінницькій області захворіло на туберкульоз ЦНС та мозкових оболонок 68 людей. Серед них 3 дитини (0-18 років) та 65 дорослих. Вік пацієнтів варіював від 1 до 72 років, складаючи в середньому 35,7 років. Жінки в структурі хворих склали 30,8%, а чоловіки – 69,2%, відповідно. Серед дітей переважали хлопчики – 66,6%. Найбільша кількість хворих госпіталізована в 2010 році (11 осіб), а найменша в 2003 та 2006 роках (по 3 особи, відповідно). У 42 пацієнтів туберкульоз даної локалізації закінчився летально, що в середньому складає 61,7%.

Середня кількість ліжко-днів склала 79,71 днів. У клітинному складі ліквору переважали лімфоцити. Кількість клітин варіювала від 40 (мінімальна кількість) до 730 (максимальна кількість). Цукор та хлориди були знижені у 91,1% хворих. Резистентність до протитуберкульозних засобів установлена у 6 осіб (8,8%). Збудник туберкульозу виявлено в лікворі різними методами (бактеріоскопія або посів) у 41,1% випадків. Динаміка захворюваності за досліджуваний період окремо для дітей та дорослих була наступною: за перші 6 років (2002-2007 рр.) становила 28 осіб, з них 2 дитини. Останні 6 років (2008-2013 рр.) відзначилися збільшенням кількості госпіталізованих до 40 осіб, з них 1 дитина. Серед переважаючих об'єктивних ознак були головний біль – 21,13%, гіпертермія – 20,19%, симптом Керніга – 19,87%, ригідність потиличних м'язів – 19,25%, симптом Брудзинського – 13,89%, психічні розлади – 5,67% випадків.

Висновки. В умовах напруженої епідемічної ситуації з туберкульозу у Вінницькій області за останні 6 років (2008-2013 рр.) спостерігається підвищення захворюваності на туберкульоз ЦНС та мозкових оболонок у 1,43 рази в порівнянні з попередніми 6 роками (2002-2007рр.) за рахунок збільшення випадків захворювання саме серед дорослих. У клінічній структурі туберкульозу ЦНС найбільш небезпечну форму - менінгоенцефаліт спостерігали у 72% випадків. Серед хворих переважали особи чоловічої статі (69,2 %) як серед дорослих, так і дітей. Для своєчасної діагностики туберкульозного процесу в ЦНС та мозкових оболонках слід враховувати особливості нетипової клінічної симптоматики.

Тимочко Ю.Д., Якимюк А.Д., Бойко А.В.

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ЯК КОМОРБІДНИЙ СТАН У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії і пульмонології

(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л.Д.)

Однією з причин неефективного лікування туберкульозу (ТБ) автори називають порушення всмоктування лікарських препаратів. Синдром мальабсорбції (синдром порушеного всмоктування) - клінічний симптомокомплекс, який виникає внаслідок порушення травно-транспортної функції тонкої кишки та характеризується порушенням абсорбції поживних речовин, вітамінів, мікроелементів та лікарських засобів з шлунково-кишкового тракту. Це розповсюджений коморбідний стан у більшості хворих на туберкульоз, який викликається як інфекцією так і негативним впливом протитуберкульозних препаратів на слизову оболонку шлунка та кишківника. В результаті формується хибне коло: синдром мальабсорбції, зниження всмоктування протитуберкульозних препаратів (ПТП), прогресування туберкульозу.

Мета роботи: визначити ступінь активності специфічного запального процесу при різних клінічних формах хіміорезистентного ТБ, а також, враховуючи недостатню ефективність лікування таких пацієнтів, однією з причин якої є порушення всмоктування лікарських засобів в кишківнику, установити: поширеність та характер ураження органів системи травлення залежно від профілю стійкості до ПТП.

Результати дослідження: По Чернівецькій області серед хворих з хіміорезистентністю, найбільш часто спостерігалась мультирезистентність (стійкість в основному до комбінацій препаратів – HRS та HRSE), стійкість МБТ до HS та стрептоміцину. Проаналізувавши дані клінічних, лабораторних досліджень та ультразвукового дослідження органів черевної порожнини у 20 пацієнтів із хіміорезистентним туберкульозом, виявилось, що порушення функціонування органів системи травлення, в основному з боку гепато-панкреато-біліарної системи у вигляді дифузних змін печінки, інколи її збільшення, а також ознак холесто-панкреатиту зустрічаються серед хворих із монорезистентністю – у 41%, серед пацієнтів із мультирезистентністю у 72% випадків, із полірезистентністю – майже в 90% та в усіх хворих із розширеною стійкістю мікобактерій туберкульозу.

Висновки: гострофазова мобілізації захисних сил організму пацієнтів із хіміорезистентним ТБ супроводжується виснаженням запасів детоксикації та призводить до ряду негативних наслідків, в т.ч. синдрому мальабсорбції, що вимагає відповідної корекції програм лікування.

Умматова Р.Б.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, АКТИВНО ВЫЯВЛЕННЫХ В ГРУППАХ РИСКА И ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Профпедевтика внутренних болезней и фтизиатрии

(научный руководитель - преп. Аджаблаева Д.Н.)

Актуальность. В прежние годы основным методом раннего выявления туберкулёза среди детей и подростков был метод туберкулинодиагностики, однако на сегодняшний день охват ею составляет 0,3% детского населения Республики. В настоящее время большая часть больных туберкулёзом детей и подростков выявляется не всегда своевременно, при обращении в лечебно-профилактические учреждения в связи с заболеванием.

Цель настоящего исследования – сравнительный клинико-рентгенологический анализ впервые выявленного туберкулёза локальных форм туберкулёза органов дыхания у детей, активно выявленных в группах риска и обратившихся за медицинской помощью.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 впервые выявленных больных локальными формами туберкулёза органов дыхания детей в возрасте от 7 до 14 лет. Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 21 (42,0%) больных, у которых заболевание выявлено при цифровом флюорографическом обследовании детей из семейного контакта и групп повышенного риска по туберкулёзу, во 2-ю группу – 29 (58,0%) детей, выявленных при обращении в лечебные учреждения с симптомами воспалительного бронхолегочного заболевания.

Результаты. Среди больных 1-й группы, выявленных при цифровом флюорографическом обследовании, преобладали дети с туберкулёзом внутригрудных лимфатических узлов (90,5%). Первичный туберкулёзный комплекс был выявлен всего у 4,8% детей и плеврит – у 4,8%. Среди больных детей 2-й группы, выявленных при обращении, в структуре клинических форм туберкулёза органов дыхания преобладал туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов (у 58,6%), у 17,2% детей был обнаружен первичный туберкулёзный комплекс, у 13,8% - диссеминированный туберкулёз, у 6,9% детей – плеврит туберкулёзной этиологии. У 1 (3,4%) был выявлен фиброзно-кавернозный туберкулёз. В 1-й группе у 18 (85,7%) из 21 больных заболевание протекало бессимптомно или малосимптомно. В то же время во 2-й группе у 22 (75,9%) из 29 больных течение туберкулёза органов дыхания сопровождалось умеренно выраженными и выраженными интоксикационными и бронхолегочными проявлениями заболевания.

Выводы. Таким образом, с целью раннего выявления туберкулёза органов дыхания среди детей, относящихся к группам повышенного риска по развитию заболевания, рекомендуется проводить цифровое флюорографическое обследование.

Чумак Ю.Ю., Андреева З.Б.

ДИНАМІКА ВМІСТУ ТРОМБОКСАНУ В2 У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, ПОЄДНАНОЇ З ХРОНІЧНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Луганський державний медичний університет, Луганськ, Україна
Внутрішньої медицини з основами пульмонології
(науковий керівник - д.мед.н. Победьонна Г.П.)

Актуальність проблеми. Патогенез бронхіальної астми (БА) та її поєднання з іншими коморбідними станами, зокрема з хронічним неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ), є важливим джерелом наукових досліджень для підвищення ефективності лікування таких хворих.

Мета роботи: вивчити динаміку вмісту тромбоксану В2 у хворих на БА, поєднану з НАСГ, на тлі лікування загострення БА.

Матеріал і методи дослідження. Дослідженню підлягали 68 хворих із БА середньотяжкого перебігу у фазі загострення, серед них НАСГ був діагностований у 29 осіб. Середній вік хворих складав $34,5 \pm 3,2$ років. Вміст тромбоксану В2 у сироватці крові та сечі хворих вивчали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів. Контрольну групу склали 26 практично здорових донорів.

Результати та їх обговорення. Вміст тромбоксану В2 у сироватці крові хворих на БА із НАСГ був вищим за показник здорових майже у 22 рази ($P < 0,001$) та у 2,4 рази, ніж у пацієнтів із БА без НАСГ. Концентрація тромбоксану В2 у сечі хворих із БА, поєднаною з НАСГ, була порівняною з такою у пацієнтів із БА та у здорових осіб. Наприкінці курсу лікування загострення БА, поєднаної з НАСГ, у хворих основної групи вміст тромбоксану В2 в сироватці крові знизився у 1,6 рази ($P < 0,05$), але залишився вищим за норму у 15 разів ($P < 0,001$). У хворих на БА без НАСГ концентрація тромбоксану В2 знизилась у 2 рази, проте, теж залишилась вищою за норму у 7,7 рази.

Висновок. Корекція вмісту тромбоксану В2 є необхідною для підвищення ефективності лікування хворих із БА та з БА, поєднаною з НАСГ, у зв'язку із недостатньо ефективним впливом тільки загальноприйнятих засобів терапії.

Бойко М.Г., Шперно О.Г., Судоплатова К.А., Руденко В.В.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна
фтизіатрії

(науковий керівник - д.мед.н. Бойко М.Г.)

Актуальність проблеми. Туберкульоз - найнебезпечніше інфекційне захворювання на теренах пострадянських країн. Згідно критеріїв ВООЗ в Україні з 1995 року зареєстрована епідемія туберкульозу. Вперше виникнення хіміорезистентності у хворих з рецидивом туберкульозу розглядається через призму психологічного настрою самих хворих. Психологічний стан хворого є однією з передумов формування хіміорезистентного туберкульозу.

Мета. Визначити наскільки важливу роль відіграє психологічний стан хворого на туберкульоз у розвитку хіміорезистентності збудника.

Методи та результати досліджень. Дослідження проводилося в групі хворих з рецидивом туберкульозу, яка складала 30 осіб, що перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні №1 Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру. Проводилися співбесіди з кожним хворим окремо та анонімно анкетування, при цьому хворим пропонували максимально чітко і відверто висловити свої думки щодо власного лікування. Отримані нами результати: 100% опитаних вважали лікування надто тривалим; 70% - забагато таблеток; 65% - «навіщо лікуватися? Нічого ж не болить...»; 82% - побічна дія більша за отриманий ефект.

Висновки. Психологічний аспект формування хіміорезистентності у хворих на рецидив туберкульозу посідає чинне місце поряд з перерваним лікуванням і порушенням режиму лікування. Отже, недостатньо якісно проведена лікарем робота з точки зору психологічного настрою пацієнта на лікування є причиною формування хіміорезистентності в такого пацієнта в 15% випадках. Лікування будь-якої хвороби потребує психологічного налаштування, а особливо такої хвороби як туберкульоз.

Яшан О.В., Продан М.І.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Микитюк О.П. викл. Малкович Н.М.)

Лікування пацієнтів із загостренням atopічного та інфекційно-залежного варіантів бронхіальної астми (БА) залишається не до кінця вирішеним питанням внутрішньої медицини. Відомо, що у хворого на БА розвивається імунодепресивний стан, що характеризується зміненою або спотвореною імунологічною відповіддю на вірусну інфекцію чи алерген. Зокрема, при виникненні гострої вірусної інфекції відбувається продукція ІЛ-4 та ІЛ-5. Наслідком цього є зміна чутливості холінергічних рецепторів, дисрегуляція бета-рецепторів та збільшення ступеню чутливості бронхів до конструктивних впливів.

Тому профілактика та адекватне лікування atopії та гострих респіраторних інфекцій, патогенетична корекція бронхолітичної терапії у згаданій категорії хворих вбачаються надзвичайно важливими.

Патогенетичним високоефективним засобом лікування хворих з atopічним та інфекційнозалежним варіантами загострення БА є монтелукаст. Препарат є антагоністом цис-лейкорієну¹ (цис-ЛТ), що є потужним провокатором бронхоспазму. Міжнародні рекомендації з лікування хворих на БА рекомендують застосовувати антилейкотриєнові препарати для тривалого лікування. Призначення монтелукасту доцільне пацієнтам з персистоючою БА в комплексі з інгаляційними глюкокортикоїдами, оскільки вважається, що інгібітори цис-ЛТ менше ефективні для контролю захворювання порівняно з глюкокортикоїдними інгаляційними засобами. Водночас інгібітори цис-ЛТ є альтернативою глюкокортикостероїдам при трансформації інтермітуючого перебігу БА в персистоючий перебіг.

Ще одна можливість клінічного застосування монтелукасту є у пацієнтів з аспіриновою астмою. Хоча основними засобами патогенетичної терапії у згаданій категорії хворих визнані глюкокортикоїди, монтелукаст та його аналоги є цінним доповненням лікувальної схеми. Клінічні дослідження щодо порівняльної ефективності монтелукасту у пацієнтів аспіриновою БА та у хворих з нормальною переносимістю нестероїдних протизапальних препаратів є досить перспективними, оскільки існує думка, що ефективність інгібіторів цис-ЛТ є генетично детермінованою та залежить від поліморфізму гену, що активує 5-ліпоксигеназу.

Сучасний науковий пошук фокусується іще в одному важливому напрямку: пошук причин резистентності до лікування та варіантів її подолання. З цією метою розроблено і проведено перші вдалі спроби клінічної апробації ряду препаратів із групи моноклональних антитіл (так звана біотерапія). Серед них – омалізумаб (моноклональні антитіла до ІgE), лебрікізумаб (антитіла до Іл-13), MEDI-528 (антитіла до Іл-9), бенралізумаб та тоцилізумаб (моноклональні антитіла до ІЛ-5), анти-Fab-гуманізовані антитіла. Особливістю застосування біотерапії є прицільна дія на специфічну патогенетичну мішень на рівні міжмолекулярних взаємодій за бронхіальної астми; порівняно висока клінічна ефективність і в більшості випадків – добра переносимість.

Яшан О.В., Продан М.І.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Микитюк О.П. к.мед.н. Малкович Н.М.)

Лікування пацієнтів із загостренням atopічного та інфекційно-залежного варіантів бронхіальної астми (БА) залишається не до кінця вирішеним питанням внутрішньої медицини. Відомо, що у хворого на БА розвивається імунодепресивний стан, що характеризується зміненою або спотвореною імунологічною відповіддю на вірусну інфекцію чи алерген. Зокрема, при виникненні гострої вірусної інфекції відбувається продукція ІЛ-4 та ІЛ-5. Наслідком цього є зміна чутливості холінергічних рецепторів, дисрегуляція бета-рецепторів та збільшення ступеню чутливості бронхів до конструктивних впливів.

Тому профілактика та адекватне лікування atopії та гострих респіраторних інфекцій, патогенетична корекція бронхолітичної терапії у згаданій категорії хворих вбачаються надзвичайно важливими.

Патогенетичним високоефективним засобом лікування хворих з atopічним та інфекційнозалежним варіантами загострення БА є монтелукаст. Препарат є антагоністом цис-лейкорієну¹ (цис-ЛТ), що є потужним провокатором бронхоспазму. Міжнародні рекомендації з лікування хворих на БА рекомендують застосовувати антилейкотриєнові препарати для тривалого лікування. Призначення монтелукасту доцільне пацієнтам з персистоючою БА в комплексі з інгаляційними глюкокортикоїдами, оскільки вважається, що інгібітори цис-ЛТ менше ефективні для контролю захворювання порівняно з глюкокортикоїдними інгаляційними засобами. Водночас інгібітори цис-ЛТ є альтернативою глюкокортикостероїдам при трансформації інтермітуючого перебігу БА в персистоючий перебіг.

Ще одна можливість клінічного застосування монтелукасту є у пацієнтів з аспіриновою астмою. Хоча основними засобами патогенетичної терапії у згаданій категорії хворих визнані глюкокортикоїди, монтелукаст та його аналоги є цінним доповненням лікувальної схеми. Клінічні дослідження щодо порівняльної ефективності монтелукасту у пацієнтів аспіриновою БА та у

хворих з нормальною переносимістю нестероїдних протизапальних препаратів є досить перспективними, оскільки існує думка, що ефективність інгібіторів цис-ЛТ є генетично детермінованою та залежить від поліморфізму гену, що активує 5-ліпоксигеназу.

Сучасний науковий пошук фокусується іще в одному важливому напрямку: пошук причин резистентності до лікування та варіантів її подолання. З цією метою розроблено і проведено перші вдалі спроби клінічної апробації ряду препаратів із групи моноклональних антитіл (так звана біотерапія). Серед них – омалізумаб (моноклональні антитіла до ІgE), лебрікізумаб (антитіла до Іл-13), MEDI-528 (антитіла до Іл-9), бенралізумаб та тоцилізумаб (моноклональні антитіла до ІЛ-5), анти-Fab-гуманізовані антитіла. Особливістю застосування біотерапії є прицільна дія на специфічну патогенетичну мішень на рівні міжмолекулярних взаємодій за бронхіальної астми; порівняно висока клінічна ефективність і в більшості випадків – добра переносимість.



Соціальна медицина та організація охорони здоров'я

Social Medicine and Health Organization

Drebit Y.

RESULTS OF VIDAZA ADMINISTRATION AT HOME

UM1 Montpellier University, Paris, France

Hematology

(scientific advisor - prof. Saad A.)

The administration of Vidaza represents an important part of the activity of hospitals hematology services. The profile of tolerance and stability of this product lends itself to a support at home. In our centre, we have implemented a management HAD to patients of acute leukaemia's myelodysplasias or myeloid and who are treated with 5-Aza. This project was launched to a patient demand. We were able to implement this project thanks to the strong activity of the hospital and the motivation of the hospital pharmacy.

We have described the operative mode to define the role of each interlocutor: clinician, nurse coordinating the day hospital, the HAD and hospitable pharmacy. Protocol of preparation and transport chemotherapy has been established. Between January 2012 and June 2012 146 seances have been carried. No unexpected adverse events were reported.

This type of treatment has given satisfaction to all patients who prefer taking a conventional load. The financial impact of this type of treatment was analyzed: decrease in revenue for the hospital day 58 400 Euros. Contribution income for the pharmacy: 7300 Euros. Contribution revenue for the HAD: 17520 Euros ($170 * 146 = 24820$) - ($50 * 146 = 7300$) (preparation of pharmacy). Economics for social security 45260 Euros.

Conclusions. Administration 5 Azacytidine at home under the HAD is feasible for patients with myelodysplasia or acute leukemias. It gives satisfaction to patients. A gradual implementation would be desirable to allow the patients to adapt to the new organization and to reduce the financial impact on hospital day.

Krol B., Swierniak W., DajosKrawczynska K., Skarzynski P.

RESULTS OF HEARING SCREENING PROGRAM IN TADJIKISTAN

Institute of Physiology and Patology of Hearing, Warsaw, Poland

(scientific advisor - prof. Skarzynski H.)

Early detection and treatment of communications disorders in school age children was one of the priority during polich presidency in European Union Council (second half of 2011), in June 2011 during EFAS Conference in Warsaw, European Scientific Consensus was signed. Few years before, The Institute of Physiology and Pathology of Hearing, between provided many screening programs in Poland and other countries.

Our aim was to evaluate, during hearing screening program in school children, level of hearing impairments, central disorders and tinnitus among them and also awareness of parents about problem with hearing among their children.

The study was carried out with Sensory Examination Platform using Pure Tonal Audiometry and questionnaires, special parts for children and parents. Program was dedicated to 143 children, 7-8 years old, from two primary schools from Dushanbe, capitol of Tadjikistan, it was pilot investigation in this country.

Positive results for PTA was 24%, half of them was bilateral hearing loss. There was higher number of positive results than in polish studies. Awareness parents about their children problem was very low.

Investigation on Tadjikistan confirmed necessity this kind of screenings programs, especially due to low parents knowledge. Early detection of hearing disorders among school children allow us early beginning of treatment. We continue that program in other countries and continents.

Krol B., Barylyak R., Ludwikowski M., Skarzynski P.

RESULTS OF PILOT HEARING SCREENING IN SCHOOLCHILDREN IN AZERBAIJAN

Instytute of Physiology and Patology of Hearing, Warsaw, Poland

(scientific advisor - prof. Skarzynski H.)

During 14 years. The Institute of Physiology and Pathology of Hearing, provided many hearing screening programs in few continents. We totally screened around 500000 children.

Our aim was to evaluate level of hearing impairments, central disorders and tinnitus among them and also awareness of parents about problem with hearing among their children. Hearing Screening pilot program was performed in Azerbaijan in October 2013.

Scientist involved in investigation used Pure Tonal Audiometry, Central tests (DDT and GDT) and questionnaires (special parts for children and parents) on Sensory Examination Platform. Program was dedicated to 253 children from Primary School in Baku, capitol of Azerbaijan, from two age groups: 6-7 years old and 12-13 years old.

Positive results for PTA 19,3%. Over 16% of children had to be immediately consulted by otolaryngologist. There was also big number of individuals with cholesteatoma suspicion.

Hearing screening program in school children revealed quite huge problem with hearing among teenagers in Azerbaijan. Early detection of hearing impairments and potential middle ear disorders is crucial for early start of treatment. We continue screenings program in other countries and continents.

Grytsiuk M.I., Navchuk D.I.

STREPTOZOTOCIN MODEL OF DIABETES MELLITUS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Social Medicine and HCO

(scientific advisor - M.D. Grytsiuk M.I.)

Diabetes mellitus is a group of metabolic diseases in which a person has high blood sugar, either because the body does not produce enough insulin, or because cells do not respond to the insulin that is produced. This high blood sugar produces the classical symptoms of polyuria, polydipsia and polyphagia. There are two main types of diabetes mellitus (DM) (T.S.Min, S.H.Park, 2010). Type 1 DM results from the body's failure to produce insulin, and presently requires the person to inject insulin or wear an insulin pump. This form was previously referred to as "Insulin-Dependent Diabetes Mellitus" (IDDM) or "Juvenile Diabetes". Type 2 DM results from insulin resistance, a condition in which cells fail to use insulin properly, sometimes combined with an absolute insulin deficiency. This form was previously referred to as Non Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) or "Adult-Onset Diabetes" (R.Sharma, V.Dave et al., 2013).

Researchers use different animal models for studying DM – chemical, genetic, surgical. Among them streptozotocin is one of the famous chemical model.

The first report of streptozotocin (STZ: N-nitroso derivative of glucosamine) was published in 1963. STZ was used as chemotherapeutic agent for cancer based on its inhibition of DNA synthesis in mammalian and bacterial cells. The biochemical STZ enters the pancreatic cell via a glucose transporter-GLUT2 and causes alkylation acid (DNA). Furthermore STZ induces activation of poly adenosine diphosphate ribosylation and nitric oxide release. As a result of STZ action, pancreatic cells are destroyed by necrosis (N.Sakata, G.Yoshimatsu et al., 2012).

In adult rats, 60 mg/kg is the most common dose of STZ to induce insulin dependent diabetes, but higher doses are also used. The dose of STZ varies depending on the animal species. Usually STZ is administrated intraperitoneally, but intravenous way is possible as well. Single doses below 40 mg/kg in adult mice, STZ given in multiple lowdoses (40 mg/kg, i.v. for 5 days) induces an insulin dependent diabetes that is similar to the autoimmune forms of Type 1 diabetes (Etuk E.U., 2010). Another animal model of Type 2 diabetes has been produced by combination of STZ and NAD administration in adult rats. The rats administered NAD (230 mg/kg) 15 min before STZ (65 mg/kg) has been shown to develop moderate and stable non-fasting hyperglycaemia without any significant change in plasma insulin level. As NAD is an antioxidant which exerts protective effect on the cytotoxic action of STZ by scavenging free radicals and causes only minor damage to pancreatic beta cell mass producing Type 2 diabetes (K.Srinivasan, P.Ramarao, 2007).

Thereby, STZ (applied not only to rats but also many other kinds of mammals including mouse, monkey, and dog) can be useful and easy model for researches for better understanding of the disease mechanisms in much closely similar human situation as well as for discovering newer targets and drugs for the treatment of DM and its complications.

Бідучак А.С., Доманчук Т.І., Макевич Ю.І.

ВИВЧЕННЯ НАЯВНОСТІ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - д.мед.н. Шкробанець І.Д.)

У наш час загальноновизнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних чинників ризику, які сприяють розвитку та прогресуванню цих хвороб, що є науковою базою для профілактики.

Метою дослідження було з'ясувати наявність шкідливих звичок та захоплень у вільний від роботи час серед дорослого населення Чернівецької області.

Було опитано 1656 респондентів віком від 18 років і старше (50,7% – чоловіків та 49,3% – жінок). Анкета містила три види запитань – про ознаки, закриті запитання, відкриті запитання. На запитання „Ви курите?": відповіло „так” – 52,0% чоловіків, 38,2% жінок; а „ні” – 48,0% чоловіків та 61,8% жінок. Отже, шкідлива звичка „курити” притаманна більшості чоловічого населення, проте третина жінок теж призвичаїлися до неї, що надалі може призвести до розвитку захворювань та ускладнень хронічних хвороб.

На запитання „Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?” відповіді були такими: „рідше одного разу на місяць” відповіло 15,2% чоловіків проти 22,1% жінок; один раз на місяць – 20,4% чоловіків, 36,6% жінок; „один раз на тиждень” – 36,8% чоловіків, 19,0% жінок; „майже щодня” – 15,0% чоловіків, 3,7% жінок; „взагалі не вживаю” – 12,6% чоловіків, 18,6% жінок.

Покращити таке становище можна через застосування нового підходу до формування здорового способу життя, а саме на активізацію участі в цьому процесі молоді та дітей. Мова йде про те, щоб дорослі ініціювали таку роботу, а самі діти та молодь підтримували її. Бо від їхньої активності й буде залежати успішність поширення формули: „здоровим бути модно, стильно і красиво”.

На запитання анкети „Ваші захоплення у вільний від роботи час?” респонденти відповіли так: „спорт” – 29,4% чоловіків, 15,0% жінок; „література” – 26,0% чоловіків, 45,7% жінок; „музика” – 18,7% чоловіків, 29,8% жінок; „техніка” – 43,0% чоловіків, жінки технікою не захоплюються; „комп'ютер” – 42,7% чоловіків, 42,2% жінок; „інше” – 22,4% чоловіків, 28,8% жінок. Як бачимо, населення в теперішній час надає перевагу пасивному відпочинку, що надалі може призвести до надлишкової маси тіла, гіпертонії тощо.

На запитання „Чи потребуєте Ви знань з питань здорового способу життя, профілактики різних захворювань?": „так” відповіло 87,1% чоловіків проти 61,5% жінок; „ні” – 12,9% чоловіків проти 38,5% жінок. Більшість респондентів бажають одержувати інформацію про здоров'я, засоби його збереження та зміцнення від лікарів. Отже, отримана від лікаря інформація користується в населення найбільшою довірою.

Висновок. Встановлено, що більшість населення (87,1% чоловіків та 61,5% жінок) потребує знань з профілактики різних захворювань і хоче отримувати їх від лікарів. Це свідчить про необхідність активного втручання медичного працівника у процес виявлення та постійного моніторингу й корекції „шкідливої поведінки” серед населення.

Бальченко О.І.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи

(науковий керівник - д.мед.н. Клименко В.І.)

За даними наукових досліджень 10-15% всіх шлюбів є безплідними. Кількість подружніх пар, які мають проблеми в сфері репродуктивного здоров'я, досягає 1 млн.

В 40-50% випадків причиною безпліддя є патологія репродуктивної системи у одного з подружжя, рідше (5-10% випадків) – у обох. Майже у 80% причиною безплідності жінок є штучне переривання вагітності, кількість якого в Україні за останні 5 років зменшилась більше, ніж у 2 рази та становила у 2012 році 8,5 (на 1000 жінок фертильного віку), але все одно залишається на високому рівні. У 15–25% причиною безпліддя жінок є запальні захворювання органів малого тазу, 60% з яких викликано інфекціями, що передаються статевим шляхом. За даними ВООЗ за останні 20 років кількість інфертильних чоловіків зросла з 30% до 50%. В 30-40% випадків причину безпліддя у чоловіків не можливо встановити (ідіопатичне безпліддя). До захворювань, що призводять до безпліддя чоловіків відносять крипторхізм, гіпоспадію, варикоцеле та інші, а також ендокринні захворювання та генетичні відхилення. Негативний вплив на їх репродуктивне здоров'я мають також шкідливі звички (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків), що призводять до порушень сперматогенезу.

Таким чином, на сьогоднішній день, не зважаючи на розробку та виконання національних програм щодо охорони репродуктивного здоров'я населення України, стан його залишається незадовільним та вимагає нових ефективних шляхів розв'язання проблем його збереження та поліпшення. З цією метою необхідно розробити та впровадити дієву систему контролю за навчанням сімейних лікарів та виконанням їх обов'язків щодо охорони репродуктивного здоров'я сім'ї.

Доманчук Т.І., Верник Р.М.

СТРАТЕГІЇ ДІЙ ЩОДО ПОКРАЩАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗА ЗАКОНОМ ВИЖИВАННЯ ПОПУЛЯЦІЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - д.мед.н. Таралло В.Л.)

Теоретична розробка проблемних питань охорони здоров'я населення і практична реалізація завершених розробок в Україні дистанціюються сьогодні на десятиліття. Причин цьому безліч, але головними постають відсутність гнучких технологій в управлінні здоров'ям населення, відсутність належного досвіду та традицій за браком самостійної національної (територіальної) стратегії в охороні і розвитку здоров'я людей та, відповідно, за суттєвим домінуванням людського чинника у прийнятті рішень.

Орієнтація на відповідні європейські стратегії ВООЗ в даному плані важлива, але в останніх у рішеннях проблем укріплення здоров'я населення закладений системно-комунікаційний підхід, за яким на галузь охорони здоров'я покладають лише невелику частку вирішуваних проблем, головним чином, вузькопрофесійних. Поняття "управління" в охороні здоров'я населення має багато тлумачень. Проте нами воно розглядається виключно "заземлено" – як засіб, як інструмент удосконалення роботи галузі, де власне "управління" (як технологія) підноситься в аспекті "регулювання" – як організаційні заходи, спрямовані на контроль, оцінку і корекцію затвердженої стратегії дій на ґрунті узгодженої інформаційної бази та показників. Доведено, що спрямування чинних оздоровчих заходів і способу життя населення у наведених напрямках поступово призведе до керованого скорочення поширених хронічних хвороб і смертності у всіх статевих вікових групах, отже, і стало збільшення середньої тривалості життя людей.

Запропонована модель дій, які визначають загальні стратегічні напрями покращання здоров'я населення на будь-яких територіях і у будь-який час (рік, період). Це налаштування всіх громад, територій їх мешкання, оздоровчих програм і чинних дій у галузі охорони здоров'я на:

- скорочення на кривині циклу життя I та III періодів (адаптації та дезадаптації) за шкалою довголіття з розширенням меж II періоду (адаптованого існування);
- зменшення всіх вікових показників ризиків здоров'ю і життю, наближення їх значень до "нормативних";
- збільшення величини показників внутрішньої та зовнішньої хворобо- і життєстійкості – провідних інтегральних показників здоров'я населення .

Кардаш Г.В., Марараш Г.Г., Лека М.Ю.

ЧИННИКИ ПОГІРШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - к.мед.н. Кардаш В.Е.)

Загальновідомо, що кризові процеси в суспільстві лягають особливим тягарем на менш захищені прошарки населення, зокрема на селян.

Метою дослідження було вивчити чинники погіршення здоров'я сільського населення України внаслідок артеріальної гіпертензії.

За результатами досліджень причини невдалих результатів антигіпертензивної терапії на селі можна умовно розділити на три великі групи: 1) пов'язані з лікарем (коли лікар не має чіткого уявлення про цілі лікування; складність діючих рекомендацій щодо лікування АГ; діагностичні й лікувальні помилки; брак і / або тенденційна подача сучасної інформації; формальне ставлення до лікувально-профілактичної роботи; коли немає зацікавленості (перш за все матеріальної) у результатах своєї праці);

2) пов'язані з пацієнтом (необізнаність хворих щодо свого захворювання; психологічне несприймання хвороби, виявленої лікарем, коли немає будь-яких скарг; міфи, що укорінилися у суспільній свідомості (наприклад: усвідомлена чи неусвідомлена нелюбов до „хімії“, тобто до штучних лікарських засобів тощо); небажані явища (побічні ефекти під час лікування); нерозуміння або неправильне тлумачення інструкцій лікаря; органічне пошкодження головного мозку, наприклад, порушення пам'яті; недотримання лікарських рекомендацій);

3) пов'язані з суспільством (бідність і зuboжіння органів охорони здоров'я (ОЗ) на селі і більшості сільського населення; слабка фінансова база національної та регіональних програм з профілактики АГ; байдужість суспільства до потреб окремої людини та групи населення; відсутність суспільного контролю за діяльністю посадових осіб держави і, як наслідок, популізм і політиканство чиновників, у тому ж числі від ОЗ.

Перераховані вище причини неефективності заходів антигіпертензивної терапії – вторинної профілактики АГ – тією чи іншою мірою піддаються корекції. На нашу думку, варто звернути увагу на дві причини незадовільних результатів антигіпертензивної терапії, що характерні для села, одна з яких пов'язана з лікарем – відсутність зацікавленості (перш за все матеріальної) у результатах своєї праці, а інша – з хворим – невиконання лікарських рекомендацій, що особливо виражено в сільській популяції.

Для успішного вирішення цієї проблеми необхідно: по-перше, розробити й запровадити систему конкретних медико-соціально-профілактичних заходів щодо АГ на селі та вимагати від лікарів і середнього медперсоналу її неухильного виконання; по-друге, проводити інформаційно-виховну роботу серед сільського населення (СН) щодо профілактики основних неінфекційних захворювань, перш за все АГ, з обов'язковим урахуванням конкретних умов сільської місцевості; по-третє, якомога швидше вирішити соціально-економічні питання села, від яких у цілому залежить якість вторинної профілактики АГ серед СН, і насамкінець удосконалити систему управління кадрами ОЗ на селі, раціонально використовувати наявні фінанси й матеріальні ресурси, створити сучасну систему інформаційного забезпечення.

Ким А.А., Ходжаева С.А., Асатулаев А.Ф., Маматова Н.Т.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Профедвтика внутренних болезней и фтизиатрии

(научный руководитель - преп. Ходжаева С.А.)

В условиях ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди всех заболеваний легких у лиц пожилого и старческого возраста, туберкулез занимает третье место после неспецифической легочной патологии и опухолей легких.

Цель работы. Изучить особенности течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Нами были проанализированы наблюдения течения туберкулеза легких у 41 больных в возрасте от 60-83 лет, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском областном противотуберкулезном диспансере за 2012 год.

Результаты. Среди обследованных больных туберкулез был выявлен впервые у 20 (49%); ранее на учете состояли - 21 (51%). Мужчин было - 25 (61%), женщин - 16 (39%). У наблюдаемых нами больных были отмечены следующие клинические формы: очаговая – у 1 (2.4%); инфильтративная – у 26 (63.4%); диссеминированная – у 7 (17.1%); фиброзно-кавернозная – у 7 (17.1%).

Анализируя клинические проявления болезни, отметим, что у большинства больных были выражены симптомы интоксикации, которые маскировали проявления туберкулеза легких. Слабость была у 30 (73%) пациентов; повышение температуры тела у 20 (49%). Бронхолегочная симптоматика чаще всего проявлялась кашлем у 34 (83%) больных, кровохарканье наблюдалось в 2 (5%) случаях. Жалобы на одышку предъявляли - 20 (49%), на боли в грудной клетке - 15(37%) больных.

В 34 (83%) случаях имел место проморбидный фон, который создавали: сахарный диабет – у 5 (12%); гипертоническая болезнь и ИБС – у 11 (27%); заболевания ЖКТ - у 3 (7%); артриты – у 3 (7%); неспецифические заболевания легких – у 4 (10%); полидефицитные анемии – у 4 (10%); дисциркуляторные энцефалопатии – у 4 (10%) пациентов.

В мокроте микобактерии туберкулеза были обнаружены у 18 (44%) больного, методом простой бактериоскопии.

Вывод. Таким образом, туберкулез легких у лиц пожилого и старческого возраста проявляется острым и подострым течением с выраженной клинической симптоматикой, скрывающейся под маской сопутствующих заболеваний. Это объясняет высокий процент впервые выявленного туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста. Также необходимо обратить внимание на немалый процент выявленных случаев бактериовыделения у больных туберкулезом старших возрастных групп, что представляет эпидемиологическую опасность.

Пилипенко І.В.

ДОСВІД ХІРУРГІЇ В ПЕРІОД ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ХХV З'ЇЗДУ ХІРУРГІВ СРСР

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна,

Соціальної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Голованова І.А.вickl. Фошина А.Б.)

Актуальність. Історія військово-польової хірургії володіє величезними прикладами, які свідчать про те, що її розвиток завжди залежав від прогресу науки з одного боку, а з іншого - накопичений досвід під час організації медичної допомоги пораненим лягав в основу її розвитку. Тому цей період розвитку хірургії є важливим для аналізу становлення медицини взагалі та хірургії зокрема.

Мета. Дослідити підсумки хірургічної роботи під час другої світової війни на теренах Радянського союзу за матеріалами ХХV Всесоюзного з'їзду хірургів. Матеріали та методи. Контент аналіз матеріалів ХХV Всесоюзного з'їзду хірургів. Результати дослідження. З 1 по 8 жовтня 1946 р. в Москві відбувся ХХV Всесоюзний з'їзд хірургів, на якому були підведені підсумки хірургічної роботи під час другої світової війни і намічені шляхи ліквідації наслідків поранень. У доповідях Н.А.Вельямінова, Р.Р.Вредена, В.А.Опеля, Н.Н.Теребинського, А.Б.Арапова були перераховані багаточисельні прорахунки в організації медичної допомоги на фронті і в тилу, вказані способи їх уникнення: підготовка кадрів хірургів, правильна організація передових пунктів, сортування поранених, більш рання профілактична обробка ран для попередження тяжких ускладнень. С.С.Гіргілаві і його співробітники представили результати своїх експериментальних спостережень за гістологічними і фізико-хімічними процесами при загоюванні чистих ран шкіри, очеревини, спинного мозку, селезінки, молочної залози. Був виявлений тісний зв'язок змін сполучної тканини з ацидозом ран і вказана головна причина регенерації тканин в ранах – пошкодження, що викликані загибеллю тканинних клітин. Детально обговорювалося питання про газову інфекцію ран, її збудників, патологічну анатомію, швидкість розвитку, метастази, клініку, профілактику. Невелика кількість доповідей була присвячена пораненням периферійних нервів. Питання переливання крові стали предметом більш широкого обговорення, починаючи з XVI з'їзду. В доповідях ставились завдання організації вивчення переливання крові, підготовка кадрів, донорства, значення консервованої крові, переливання сироватки, трупної крові, про показники і результати переливання при різних захворюваннях, боротьбі з гемолітичним шоком та інше. У доповідях про травматичний шок були висвітлені сучасний стан питання, різновидності шоку, шляхи розвитку, значення реакції центральної нервової системи, зміни проникності судин, біохімічних процесів, а також рекомендувались найбільш ефективні способи лікування.

Висновки. Таким чином, робота хірургів під час другої світової війни сприяла досить інтенсивному її розвитку, які є актуальними і на сьогодні.

Горбаченко Л.А., Савка Р.Ф.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МЕТОД ОЦІНКИ СУКУПНОГО ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНИХ ЧИННИКІВ НА ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ І ПРОВІДНІСТЬ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - к.мед.н. Ясинська Е.Ц.)

При застосуванні методів математичної статистики для оцінки сукупного впливу соціально-культурних чинників на виникнення порушень ритму і провідності серця, якісної ознаки необхідно перетворювати в умовно кількісні. Такі перетворення дуже складні і потребують застосування ЕОМ, крім того, вони не завжди дають бажаний результат.

Мета нашого дослідження полягала у виявленні особливостей сукупного впливу соціально-культурних чинників на виникнення порушень ритму і провідності серця у хворих на ішемічну хворобу серця.

Для виявлення чинників ризику порушень ритму та провідності серця протягом двох років проведено опитування та ретроспективний аналіз медичної документації 440 хворих на ІХС у віці 40-65 років. В основних та контрольних групах відмічена за наявності та відсутності чинників ризику істотна різниця в числі хворих з порушеннями ритму та провідності серця. Для з'ясування зв'язку цієї різниці в розподілі хворих із дією чинників ризику нами застосований метод Хі-квадрат. Цінними для цього методу є те, що його можна впроваджувати для виявлення впливу на захворюваність якісних ознак, розрахувати їх досить прості і не вимагають великого числа спостережень. Обчислення критерію Хі-квадрат проводилось на основі таблиці за формулою, рекомендованою Дж. Є. Юльом та М. Дж. Кенделом. У результаті проведеного дослідження було встановлено достовірний зв'язок між сукупним впливом незначних чинників соціально-гігієнічного характеру та виникненням порушень ритму провідності серця. ($P < 0,05$), що свідчить про наявність у сукупній дії цих чинників потенційованого ефекту, тобто підсилення дії одних складових іншими.

Висновок: для виявлення впливу якісних ознак на виникнення захворювань без перетворення їх в умовно кількісні найбільш ефективним є застосувати метод Хі-квадрат, що в перспективі розширить знання про роль чинників ризику у виникненні порушень ритму та провідності у хворих на ІХС.

Смолякова К.В.

РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНІЙ РОБОТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЩОДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна,

Соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством

(науковий керівник - д.мед.н. Голованова І.А. викл. Юхименко М.І.)

Актуальність теми. 7 липня 2011 року Верховна Рада України ухвалила два закони, які дали старт медичній реформі в Україні, а саме, Закони України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

Мета дослідження. Визначити роль медичного студентського самоврядування у роз'яснювальній роботі серед населення про необхідність проведення реформ у галузі, оскільки населення Полтавщини не завжди розуміє значення змін, які відбуваються у галузі.

Матеріал та методи дослідження. Проведення роз'яснювальної роботи студентами-медиками серед населення Полтавської області про необхідність і значення реформ галузі шляхом анкетування та санітарно-просвітницької роботи. Опитано 536 осіб.

Результати дослідження. На питання «Чи знаєте які зміни відбуваються в системі охорони здоров'я» 69,3 % відповіло «так» відповідно 21,7% – «ні». Знали що таке центр первинної медико-санітарної допомоги 49,2%. Позитивно до реформ, які відбуваються в системі охорони здоров'я віднеслося 42,2%. «В результаті реформування системи охорони здоров'я медична допомога наближається до населення» позитивно відповіло 48,3% опитаних. 84,2 % хотіли б самі обирати лікаря, але не знали механізмів як це можна зробити.

Наступним елементом роз'яснювальної роботи стало обговорення з населенням про зміни, які відбуваються в системі охорони здоров'я. Важливим було те, що тепер кожна людина має право на вільний вибір лікаря. Пояснили, про необхідність написання заяви на ім'я головного лікаря і надали її зразок, зазначивши, що зміна лікаря може здійснюватися не частіше, ніж раз на рік. Студенти на прикладах пояснювали, що Центр первинної медико-санітарної допомоги – це комунальний заклад охорони здоров'я, що надає первинну медико-санітарну допомогу населенню адміністративно-територіальної одиниці, яка входить до сфери обслуговування Центру. До структури центру входить амбулаторія, лікар якої і надає первинну медико-санітарну допомогу.

Висновки. Такий інтерактивний захід мав на відміну від лекції позитивний бік в тому, що населення приймало активну участь у обговоренні і, набуті під час анкетування та дискусії знання, міг передати своїм знайомим чи близьким. Під час роботи волонтерського загону у респондентів змінювалось ставлення до реформи галузі, з'являлось розуміння, що кожна особа бере участь у своєму оздоровленні.

Маслянчук О.О., Андрушак А.В., Старко І.Б.

ОБІЗНАНІСТЬ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - к.мед.н. Навчук І.В.)

Дослідження профілактичної компетенції сільського населення щодо профілактики артеріальної гіпертензії (АГ) є необхідним, тому що захворюваність на АГ набула загрозливого характеру насамперед через несприятливу соціально-економічну ситуацію на селі та низьку обізнаність сільських жителів щодо профілактичних медичних технологій, а також через невміле і недостатнє їх застосування хворими на АГ. Тому особливе значення має впровадження профілактичних медичних технологій серед сільського населення, бо, на нашу думку, успішно вирішити будь-яку проблему медицини сьогодні можливо тільки у профілактичній площині.

Метою нашого дослідження було вивчення обізнаності сільського населення щодо профілактичних медичних технологій артеріальної гіпертензії та їх застосування.

Дослідження проводилося за медико-соціологічним методом з використанням анонімної анкети.

Як свідчать дані опитування, основною причиною звернень хворих на АГ до медичних працівників є підвищення артеріального тиску (АТ) (становить 73,7%). Друге місце займає необхідність консультацій щодо лікування АГ (46,4%). На останньому, третьому, місці – потреба рекомендацій щодо режиму праці, відпочинку, харчування тощо (9,2%).

На підставі результатів проведеного дослідження можна стверджувати, що 75% сільських жителів, хворих на АГ, мають ті чи інші ускладнення від цієї хвороби, оскільки не виконували рекомендації лікаря з лікування та профілактики згаданого захворювання.

Показово також, що 2/3 опитаного населення, хворого на АГ, не володіє знаннями про лікування та профілактику свого захворювання, а 1/3 не має можливості регулярно вживати призначені лікарем ліки, що, на наше переконання, є вагомою причиною зростання захворюваності сільських жителів на АГ.

Зазначимо, що необхідність вивчення обізнаності сільського населення щодо профілактичних технологій АГ є доцільним, тому що такі дані – це основа для їх розробки, удосконалення та впровадження.

Аналіз отриманих даних дає підстави стверджувати, що для успішної профілактики та лікування АГ у сільського населення необхідно, насамперед, створити умови для покращення соціально-економічного стану села, потім забезпечити доступність якісної медичної допомоги, сучасних лікарських засобів та засобів контролю за АТ. Крім того, необхідно чітко визначити відповідальних за систематичний контроль показників АТ у сільських жителів, проведення санітарної освіти й розповсюдження санітарно-просвітницьких матеріалів.

Сухарева В.А.

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ (MTHFR) ЗА ПОЛІМОРФІЗМОМ С677Т В УКРАЇНСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

Медичний інститут Сумського державного університету, Суми, Україна

фізіології та патофізіології

(науковий керівник - д.б.н. Гарбузова В.Ю.)

Актуальність. МТНFR – внутрішньоклітинний фермент, що відіграє ключову роль у метаболізмі фолієвої кислоти. Дефекти у гені, що кодує цей фермент є причиною різних захворювань з широким спектром клінічних симптомів: відставання у фізичному і розумовому розвитку, перинатальна смерть, васкулярні і нейродегенеративні хвороби, діабет, рак та інші. Сьогодні відомо 686 поліморфізмів поодиноких нуклеотидів гена МТНFR, з них близько 20 призводять до порушень функції ферменту. Найбільш вивченим є поліморфізм С677Т (rs 1801133), у результаті якого відбувається перебудова первинної структури білка у сайті зв'язування фолату - заміна аланіну на валін у 222 позиції ензиму. Мутантний алель Т677 поширений в різних популяціях світу з високою гетерогенністю. Статеві особливості розподілу алельних варіантів гена МТНFR за поліморфізмом С677Т практично відсутні.

Мета роботи - визначення частоти алельних варіантів гена МТНFR серед осіб різної статі в українській популяції.

Матеріали і методи. У дослідженні використана венозна кров 124 практично здорових донорів (63,7% чоловіків і 36,3% жінок) у віці від 40 до 83 років. Поліморфізм 4 екзону гена МТНFR визначали методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів (PCR-RFLP). Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS-17. При цьому достовірність відмінностей визначали за χ^2 -критерієм. Значення $p < 0,05$ вважали достовірним.

Результати дослідження. Частота генотипів і алелей за поліморфізмом С677Т гена МТНFR відповідала рівновазі Харді-Вайнберга. Співвідношення генотипів С/С, С/Т і Т/Т серед практично здорових осіб становило відповідно 46,0%, 48,4% і 5,6%. Розподіл генотипів С/С, С/Т і Т/Т серед чоловіків складав 37,97%, 55,70% і 6,33%, а серед жінок відповідно 60,0%, 35,56%, 4,44%. Відмінності у розподілі різних варіантів генотипу між особами чоловічої і жіночої статі статистично достовірні, про що свідчить показник Р, визначений за χ^2 -критерієм Пірсона ($p=0,061$).

Висновки. Серед чоловіків частота осіб-носіїв мінорного алеля (С/Т+Т/Т) більша, ніж серед жінок.

Федак І.П., Андрушак А.В., Старко І.Б.

ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В АСПЕКТІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - к.мед.н. Навчук І.В.)

Якість діагностики, лікування та профілактики абсолютної більшості патологічних станів сьогодні неможливо оцінювати без вимог доказової медицини. Це варто сказати і стосовно стандартизації медичних технологій, які повинні бути найновіші, найефективніші, найбезпечніші й економічно найвигідніші.

Згадані вище чотири постулати визначаються правилами гри клінічної епідеміології, коли застосовуються рандомізовані клінічні експерименти з подвійним сліпим контролем. Варто зауважити, що це надто дорогі експериментальні дослідження, де не тільки віддзеркалені значні витрати, а й певна технологія дослідження, яка без дотримання правового поля здійснюватися не може.

Тому метою нашого дослідження було дослідити та проаналізувати застосування технологій первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у сільського населення в аспекті доказової медицини.

Проаналізувавши дані вітчизняних рандомізованих досліджень і досліджень з двійним сліпим контролем дійшли висновку, що на сьогодні, як тимчасовий підхід, пропонуємо застосовувати принцип визначення параметрів доказовості не у вигляді величин певних критеріїв, а простого методично виправданого порівняння отриманих даних рандомізованих досліджень і досліджень з подвійним сліпим контролем з даними, що частіше трапляються у зарубіжних систематичних оглядах та оглядах з метааналізу.

Зрозуміло, що це не найкращий варіант одержання параметрів доказовості, але він тимчасовий і є виходом із реального стану справ з проведення власних досліджень.

Ми провели науково-інформаційний пошук систематичних оглядів та оглядів з метааналізом і зробили спробу їх оцінити й порівняти з результатами власних досліджень з профілактики артеріальної гіпертензії та інших серцево-судинних хвороб жителів сільського регіону Чернівецької області. Зауважимо, що за правилами доказової медицини отримані нами дані не є антагоністичними стосовно сучасних досліджень. Більше того, у зарубіжній та вітчизняній літературі за правилами доказової медицини комплексна модель профілактики артеріальної гіпертензії не розроблялася.

А розроблена нами комплексна модель первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у сільського населення в аспекті доказової медицини пройшла практичну перевірку в Чернівецькій, Івано-Франківській, Хмельницькій, Рівненській, Волинській областях.

Отже, підхід до аналізу досліджень на тлі рандомізованих, застосований як тимчасовий. Сподіваємося, що будуть час та умови для проведення власних рандомізованих досліджень і порівняння їх даних.

Хорош М.В., Гаркавенко М.О.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОТИВАЦІЇ УСПІХУ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГОЛОВНИХ ЛІКАРІВ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

Соціальної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Голованова І.А.)

Актуальність теми дослідження визначається тим, що ефективна мотивація персоналу є одним з найбільш істотних факторів конкурентоспроможності сучасних організацій. Мотивація - це діяльність, яка активізує колектив підприємства і кожного працюючого і спонукає їх ефективно трудитися для виконання цілей. Мотивація працівників пов'язана із задоволенням фізичних і духовних потреб.

У практичній діяльності мотивація відіграє одну з ключових ролей. Мотивація діяльності буває двох типів: мотивація успіху і мотивація боязні невдачі. У першому випадку дії працівника спрямовані на досягнення максимальних результатів. У другому - прагнення працівника спрямовані на уникнення осуду, невдачі, тобто метою роботи буде уникнути негативного результату, а не прагнення до успіху.

Мета дослідження: визначити рушійні мотиви роботи співробітників практичної охорони здоров'я Полтавської області.

Матеріали та методи. Було проведено анкетування лікарів загальної практики – сімейної медицини міських лікарень міста Полтава: перша група (23 анкети: 7 чоловіків, 16 жінок) і головних лікарів Полтавської області: друга група (25 анкет: 23 чоловіків, 2 жінок). Для оцінки показників мотивації використовувався тест-опитувальник мотивації досягнень А.Мергабяна. За результатами отриманих та проаналізованих даних співвідношення осіб що прагнуть до успіху в обох групах приблизно дорівнює: 13% серед лікарів загальної практики – сімейної медицини міських лікарень і 16 % серед головних лікарів медичних установ області. Однак, співвідношення осіб, основним мотивом у роботі яких є боязнь невдачі, різко відрізняється - 35 % і 12 % відповідно.

Висновки. Виходячи з отриманих результатів видно, що серед лікарів загальної практики – сімейної медицини досить високий показник низької мотивації трудової діяльності. Водночас показник прагнення до успіху є низьким в обох групах.

Рекомендації: для підвищення показників рівня мотивації співробітників керівництву слід звернути увагу на такі моменти: 1.Проміжна оцінка трудової діяльності персоналу. 2.Використання матеріальних і нематеріальних (заохочення, подяка, почесна грамота, записи в трудову книжку та т.і.) методів стимуляції. 3.Впровадження матеріальних заохочень.

Чобан В.Р.

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПРИ ЕКСТРЕНИХ СТАНАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - д.мед.н. Чебан В.І.)

У системі надання медичної допомоги населенню першочерговим завданням є протидія прогресуванню (ускладненню) хвороби, травми, отруєння та інших причин, які призводять до невідкладних станів та загроз для життя людини. Тому в таких випадках здоров'я та життя людини залежить від надання своєчасної та якісної «екстреної медичної допомоги» (ЕМД). Про це йдеться в Урядових нормативних документах (Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» (2005), постанови Кабінету Міністрів «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф» (2001), «Про затвердження державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року», «Про затвердження державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року»). Тому наукове обґрунтування прогресивних технологій стосовно покращання доступності та підвищення якості ЕМД в сучасних умовах формування медичної галузі в Україні є своєчасним, нагальним та особливо актуальним.

Проведений аналіз наукових джерел свідчить, що Програма реформування медичної допомоги не може уникнути оптимізації екстреної медичної допомоги (ЕМД) як життєво важливої і високо затратної (Кошеля І.І., 2010. Слабкий В.Г., 2011). Часто ЕМД визначає ефективність наступних ланок медичної допомоги, є найбільш масовою і наближеною до населення (Лехан В.М., 2011, Яценко Ю.Б., 2011). У програмі реформування медичної галузі особливе місце посідає раціоналізація планування мережі ЕМД. Зокрема, створення регіональних центрів екстреної допомоги, які координують діяльність служб швидкої, невідкладної допомоги, екстреної консультативної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах.

Отже, проведення оптимізації ЕМД, в свою чергу, вимагають науково-практичного підходу (щодо екстериторіальності, інтеграції у єдиний медичний простір, поєднання окремих критеріїв оптимізації, своєчасності, ефективності, відповідності до регіональної ситуації, розселення мешканців, ресурсних можливостей системи охорони здоров'я, можливості адаптації до конкретних умов на місцях тощо), тому даний напрям обираємо за подальше продовження наукового дослідження.



Соціологічні та гуманітарні науки

Sociology and Humanities

Дронь М.Г.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ СВІДОМОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ОКР

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - д.мед.н. Борисюк А.С.)

Професійна свідомість репрезентує характер і рівень професіогенезу, і є необхідною для виконання професійних функцій. Професійна свідомість визначає напрямок і зміст процесу професіоналізації у вищому навчальному закладі. Тож виявлення феноменології, структури, функціонування й формування професійної свідомості багато в чому може визначити концептуальні підходи до підготовки фахівців.

Одним із методів дослідження особливостей становлення професійної свідомості майбутнього фахівця була змодельована нами методика за принципом семантичного диференціала. За переліком запропонованих якостей досліджувані оцінювали рольові позиції („Я до вступу у вищий навчальний заклад”, „Я зараз”, „Я як фахівець”, „Я після навчання у вищому навчальному закладі”, „Професіонал”, „Фахівець-невдаха”), використовуючи уніполярну шкалу від 0 до 5. У факторних просторах, побудованих на основі результатів дослідження студентів спеціальності „Сестринська справа” ОКР „Бакалавр” на вершині градації знаходиться „Професіонал” як збірне поняття, що не узалежене від формального підтвердження кваліфікації (завершення навчання, отримання диплома тощо, об’єднані у рольовій позиції „Я після навчання”) і не є індивідуалізованим, тобто не залежить напряму від високої самооцінки респондента, яка гіпотетично може виявлятися у позиції „Я як фахівець”. Досить віддаленим є розміщення на факторному просторі рольової позиції „Фахівець-невдаха”, що може свідчити про небажання респондентів ідентифікувати себе з цією роллю. Це, на нашу думку, може розглядатись як сукупний результат впливу механізмів психологічного захисту, насамперед заперечення, і самооцінки власних професійних можливостей.

Узагальнення досвіду теоретико-експериментального дослідження професійної свідомості дало можливість визначити основні тенденції становлення і розвитку професійної свідомості медичних сестер: зумовленість змісту становлення професійної свідомості вимогами суспільства; залежність рівня формування професійної свідомості від соціально-культурного та освітнього середовища; зумовленість характеру розвитку професійної свідомості певним рівнем керування цим процесом. Важливо, що процес формування професійної свідомості майбутніх медичних сестер має бути інтегрований у структуру загальної професійної підготовки.

Дячук А.В.

ВПЛИВ ЕМОЦІЙ НА ПРИЙНЯТТЯ ВЛАДНИХ РІШЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Тодоріко А.Д.)

Актуальність дослідження даної теми зумовлена в першу чергу тим, що феномен влади та її прояви в різних сферах суспільного життя є неоднотипними. Один з психологічних аспектів влади полягає в тому, що вона зустрічається там, де людина піддається психологічному впливу, часто людина цього не усвідомлює. Це влада переконання та навіювання. При ефективному функціонуванні політичної влади індивіди підпадають під процедуру «промивання мозку» і частіше за все не мають можливості вибору.

Метою досліджуваної роботи є з’ясування впливу емоцій на прийняття ефективних рішень.

У повсякденному житті люди стикаються з певними обставинами, які викликають, з одного боку інтерес та цікавість, а інші – байдужість чи розчарування. Під впливом емоцій визначається життєдіяльність людини, що відображає її особисту значущість і оцінку зовнішніх і внутрішніх ситуацій. Завдяки емоціям люди усвідомлює свої потреби і предмети, на які вони напрямлені. Яке ж співвідношення емоцій та їх впливу на прийняття ефективних рішень?

Радість – позитивний емоційний стан, політичне рішення, пов’язане з ним, може досить повно задовільнити актуальну потребу;

здивування – емоційна реакція на виниклі обставини, рішення буде не чітко виражене;

гнів – емоційний стан, що є негативний за знаком, прийняте рішення протікає у формі афекту і викликається раптовим виникненням серйозної перешкоди;

страх – негативний емоційний стан, що з’являється при здобутті індивідом інформації про реальну чи уявну небезпеку, рішення буде прийнято на користь тієї людини, яка навіює страх;

розчарування – емоційний стан, пов’язаний із не виправданням надій минулого, рішення прийняті в цьому стані будуть інертними, тому що людина не вірить у краще майбутнє;

презирство – це негативний емоційний стан, що виникає в між особистих взаєминах в наслідок незгоди життєвих позицій, поглядів та поведінки, рішення будуть прийматися на противагу суперникові;

сором – негативний стан, що виражається в усвідомленні людини невідповідності власних думок, вчинків, зовнішності в своїх очах і в очах оточуючих, рішення буде прийнято на благо оточуючих.

Таким чином, рішення – це продукт управлінської діяльності, яке виробляється для вирішення конкретного питання чи проблеми. Потрапляючи під вплив емоцій, людина рідко приймає ефективне політичне рішення. Так як політичні емоції – це форма неусвідомленого сприйняття людиною процесів і явищ у навколишній політичній реальності у вигляді афектних оцінок і реальних явищ.

Жиряда Н.Я.

УКРАЇНА В ЕПІСТОЛЯРНІЙ СПАДЩИНІ Т.Г.ШЕВЧЕНКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра суспільних наук та українознавства

(науковий керівник - к.філ.н. Шутак Л.Б.)

Актуальність дослідження. Особливе місце в історії розвитку літератури займає письменницький епістолярій, який є важливою складовою в дешифруванні духовно-творчої діяльності письменників, інтегральною основою для об'єктивного аналізу естетичних уподобань і займає вагомим місце в процесі освоєння художньої спадщини митців слова. Проникнення в епістолярну лабораторію видатних письменників допомагає краще осмислити їх внутрішній світ, знайти приклади гуманності, дружньої підтримки, вірної й чистої любові чи перейнятися своєрідною специфікою їх мовленнєвого етикету. Аналіз письменницьких кореспонденцій дає підстави говорити про лист як автопортрет, оскільки власне епістоли виявляють у чистому вигляді справжню суть людини, зокрема людини творчої – письменника, митця. Виявляють його уподобання, його святості, не приховуючи відтінків, внутрішніх суперечностей, набагато повніше й автентичніше, ніж інші вияви літературно-публіцистичного висловлювання.

Предметом нашого дослідження став образ України в епістолярній спадщині Т.Г.Шевченка періоду з 1839 по 1849 років.

Мета дослідження – аналіз епістолярної спадщини Т.Г.Шевченка, насамперед образу України.

Основний зміст. Епістолярна спадщина великого Кобзаря мала значний вплив на його сучасників і наступників. Тут знайшли своє безпосереднє вираження філософські та літературно-естетичні погляди письменника. За словами Ж.Ляхової, «це живий голос поета, психологічний портрет митця і людини, і тонкі почуття, яскрава ява і глибока ерудиція, випереджаючи час передбачення і блискучий стиль мови».

Епістолярій Т.Шевченка й сьогодні допомагає краще зрозуміти світоглядні позиції, свідчить про напружену його діяльність. Поет листувався з прогресивними громадськими діячами, вченими, митцями. Серед них – М.Костомаров, П.Куліш, Марко Вовчок, Г. Квітка-Основ'яненко, російський актор М.Щепкін, польський історик і художник Л.Зелеський, учений і фольклорист М.Максимович та інші.

У листах до різних адресатів (1839 – 1849 рр.) Т.Г.Шевченко зрідка порушує актуальні проблеми, пов'язані із суспільно-політичним, культурно-освітнім і літературним життям. В основі його листів – образ людини, який не байдужа доля рідної країни, рідного слова, родини. У листах Т.Г.Шевченка відчувається щира любов до України, вболівання за її долю, прагнення завжди бути на рідній землі, чути рідну мову і далеко від рідного краю, на чужині. Це щире бажання талановитого митця слова, справжнього патріота-українця. Дослідження листів Т.Г.Шевченка дає змогу зрозуміти видатну особистість у добу, в якій він жив, особливості та специфіку тогочасної мови.

Отже, дослідивши лише один із аспектів у епістолярній спадщині Т.Г.Шевченка (1839 – 1849 рр.) – тему України – можемо дійти до висновків, що у листуванні митця відчутне поєднання об'єктивного і суб'єктивного, пережитого і вимріяного. Листи Т.Г.Шевченка слугують засобом пізнання митця не лише як поета, але і як особистості загалом.

Йосипенко В.Р.

РОЛЬ МІФІВ У ФОРМУВАННІ ІМІДЖУ ПОЛІТИКІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Тодоріко А.Д.)

У сучасній політичній науці проблематика даного наукового дослідження є актуальною, це зумовлено з діяльністю політичних лідерів та діячів, що нерозривно пов'язано з формуванням їхнього політичного іміджу, який формується під впливом багатьох обставин: з політичними процесами, що відбуваються в середині країни; на якій стадії розвитку знаходиться політична система держави. Роль політичних міфів у формуванні іміджу політика займає центральне місце, адже вони опираються на політичну культуру та на політичну свідомість людей.

Метою наукової роботи є дослідження впливу політичного міфу на формування іміджу політиків.

Протягом багатьох років роль міфів у соціально-політичному житті країни являлися невід'ємною частиною уявлень людини про світ. Особливістю міфу є те, що він, по-перше, спирається на віру, по-друге, не піддається верифікації, по-третє, є за своєю природою ірраціональним, по-четверте, має вагомий вплив на масову свідомість. Ірраціональна природа міфу знайшла своє відображення у теорії та практиці тоталітарних країн. Прикладом може бути ідеологія надлюдини «Арійця» в Націстській Німеччині, також загальна «зрівнялівка» в Радянському Союзі.

У будь-якому суспільстві є чотири міфи: національного відродження, комуністичний, демократичний і імперський. Наприклад, у США і європейських країнах безумовне лідерство за міфом демократичного розвитку, в Китаї – за комуністичним, в Росії – за імперським, в Україні - міф національного відродження. Політики, які нині намагаються працювати на полі цього міфу, – Юлія Тимошенко, Віктор Янукович, Віктор Ющенко, Арсеній Яценюк.

Можна виділити найголовніше правило міфів – під міфологему повинен бути підібраний відповідний лідер. Поки в сучасній українській історії був тільки один випадок влучення в точку – Віктор Ющенко. Він працював за міфом національного відродження, власне, тому йому і вдалося заручитися підтримкою більшості громадян України та здобути перемогу на Президентських виборах.

Отже, думаю, що політичний міф є потужним фактором консолідації суспільства, а також гарною зброєю у побудові сильної держави, а також і в справі маніпуляції масовою свідомістю. Якщо міф будується на основі минулого, необхідно, щоб міфічна подія зберігала безперервний зв'язок із теперішнім. Але не кожна нація знає, і не кожна хоче згадувати своє минуле. Тому найдієвішим варіантом є міф як проєкт майбутнього – саме тоді він здатний інтегрувати народ навколо національної ідеї.

Правосудько П.М.

ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ СТРЕСУ ТА АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - к.іст.н Зорій Н.І.к.мед.н. Юрценюк О.С.)

Акцентуація характеру - це крайній варіант норми, при якій спостерігається домінування окремих рис характеру і як наслідок – вибіркова вразливість по відношенню до певного роду психогенних чинників, наприклад люди з шизоїдним типом акцентуації характеру впродовж тривалого часу можуть перебувати на самоті без всякого дискомфорту, тоді як перебування в багатолюдних компаніях для них є виснажливим, неприємним.

Вперше термін акцентуації характеру обґрунтував К.Леонгард. Більшість акцентуацій характеру загострюються у підлітковому віці, на що вказував вітчизняний психіатр А.Е.Лічко.

Стрес - неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи. Виражений стресовий стан призводить до загострення акцентуацій характеру.

У зв'язку з цим проводилося емпіричне дослідження зі студентами 1-4 курсів БДМУ з метою вивчення взаємозалежності стресу та акцентуацій характеру. Чинниками, які підвищують виникнення стресових ситуацій у студентів є: вивчення великого обсягу навчального матеріалу, занижена самооцінка, недосипання, недостатнє харчування, міжособистісні конфлікти, взаємовідносини в групі, сім'ї тощо. У студентів першого курсу спостерігаються ознаки дезадаптації, які також є стресогенними чинниками. Актуальність даного дослідження полягає у тому, що загострення акцентуованих рис характеру веде до зменшення стресостійкості, працездатності, соціальної адаптованості, інколи призводить до формування психопатії.

Отже, взаємозалежність стресу і акцентуованих рис характеру призводить до ситуації, коли на тлі сильного і довготривалого стресу або можливо кількох стресових факторів відбувається загострення акцентуацій, останні в свою чергу зменшують стресостійкість. Дане дослідження дозволяє вивчити та систематизувати стресові фактори у житті студентів-медиків та розробити систему корекційних та профілактичних заходів.

Пужанская А.С.

ВНУТРІШНЬОСОБИСТІСНИЙ КОНФЛІКТ ЯК ЧИННИК СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗРІЛОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - д.мед.н. Борисюк А.С.)

Проблема внутрішньоособистісних конфліктів останнім часом набуває неабиякого значення. Зростання кількості конфліктогенних чинників у сучасному житті актуалізує проблему внутрішньоособистісних конфліктів студентської молоді в процесі соціалізації. Внутрішньоособистісний конфлікт розглядаємо як позитивний потенціал у процесі досягнення соціальної зрілості, що дозволяє перейти на якісно новий рівень особистісного та професійного розвитку.

Мета дослідження - дослідити особливості впливу внутрішньоособистісних конфліктів на формування соціальної зрілості студентської молоді. Зважаючи на такі компоненти соціальної зрілості, як потребово-мотиваційний, афективно-оцінний, поведінковий, а також на зміст внутрішньоособистісного конфлікту, у ході дослідження були використані наступні методики: "Рівень співвідношення "Цінності" і "Доступності"" (РСЦД) О.Фанталової, методика визначення локуса контролю Дж. Роттера, методика дослідження самоставлення (МДС) В.Століна та С.Пантелеєва. Дослідженням було охоплено 60 студентів Буковинського державного медичного університету 1, 3, 6 курсів.

Згідно з результатами методики РСЦД кількість студентів із середнім рівнем конфліктності з першого по шостий курс зростає (1 курс - 20%, 3 курс - 50%, 6 курс - 60%) за рахунок зменшення кількості студентів із низьким рівнем внутрішньої конфліктності. Найбільше студентів із високим рівнем внутрішньої конфліктності серед першокурсників, порівняно із студентами третього і шостого курсів. Щодо локуса контролю, то у переважній більшості першокурсників (90%) переважає інтернальний локус контролю, натомість серед студентів 3-го і 6-го курсів - екстернальний (60% і 90% відповідно). Найбільша кількість студентів із адекватним рівнем самоставлення спостерігається серед шестикурсників, із завищеним рівнем самоставлення найбільше студентів-першокурсників (30%), із заниженим рівнем самоставлення найбільше третьокурсників (30%) відповідно до результатів методики МДС В.Століна, С.Пантелеєва.

Отже, наявність внутрішньоособистісного конфлікту впливає на неоднорідний розвиток компонентів соціальної зрілості студентської молоді.

Семака А.В.

ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЬ – НОВИЙ ФЕНОМЕН ХХІ СТОЛІТТЯ

Чернівецький медичний коледж, Чернівці, Україна

Предметна (циклова) комісія соціально-економічних дисциплін

(науковий керівник - викл. Божко І.Г.)

Інтернет-залежність – новий феномен ХХІ століття.

У світі існують різні види залежностей: алкогольна, наркотична тощо. Але з появою нових технологій стали особливо актуальними нові види залежностей, серед яких є інтернет-залежність. Інтернет-залежність - це психічний розлад, нав'язливе бажання підключитися до Інтернету і хвороблива нездатність вчасно відключитися від нього. Багато людей використовують всевітню мережу не тільки для роботи чи пошуку інформації, а як засіб життя. Відповідно до нових діагностичних рекомендацій, інтернет-залежною визнається людина, яка проводить в мережі не менше шістьох годин на день і у якої спостерігався щонайменше один з симптомів залежності. Науковці вважають, що інтернет-залежність згубно впливає на мозок людини.

В даній роботі представлений аналіз фізіологічних і психологічних симптомів інтернет-залежності, її стадій. Визначені причини інтернет-залежності, пов'язані з Інтернетом та конкретно з людиною. Подано аналіз типів інтернет-залежності, серед яких дуже популярною є залежність від он-лайн спілкування. Представлений аналіз результатів соціологічного опитування студентів Чернівецького медичного коледжу Буковинського державного медичного університету, метою якого було дослідження проблеми залежності молоді від Інтернету. Проведене опитування виявило негативні тенденції: значна частина опитаних студентів не може відмовитись від користування Інтернетом, погоджується з твердженнями «Я часто надмірно використовую Інтернет?» та «Часто буває важко вийти з Інтернету?», знаходиться он-лайн більше, ніж планувала, відчуває втому після тривалого перебування в Інтернеті. Ніхто не обмежує час перебування в Інтернеті 71,8% опитаних. 10% студентів визначили 24 години як рекорд безперервного перебування в мережі. Було проведено ще одне дослідження - експеримент, в якому взяли участь підлітки віком 12-18 років. Протягом дня їм заборонялося заходити в Інтернет. В роботі описана їх поведінка під час експериментального дня.

Залежність від Інтернету - реально існуючий феномен. Іноді надмірне захоплення мережею стає причиною серйозних проблем. Безсумнівно, можливість використання Інтернету дуже важлива для кожної сучасної людини. Однак? завжди слід пам'ятати про потенційну небезпеку мережі і розуміти, що реальне життя проходить дуже швидко, якщо сидіти за комп'ютером занадто довго. Розповсюдження явища інтернет-залежності вимагає розробки ефективних методів та засобів, спрямованих на профілактику даного виду залежності.

Федоряк Д.В.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ТИРЕОІДОЛОГІЇ НА ПІВНІЧНІЙ БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - к.мед.н. Зорій Н.І.д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Актуальність. Проблема ендемічного зоба на Північній Буковині існує споконвіку і зумовлена біогеохімічними особливостями регіону.

Метою роботи було на підставі аналізу літературних наукових джерел дослідити історію розвитку тиреоїдології та надання медичної допомоги хворим на йододефіцитні захворювання на Північній Буковині.

Матеріал і методи. Для аналізу історичних аспектів розвитку тиреоїдологічної науки і практики здійснено ретроспективний аналіз наукових літературних джерел з початку ХХ ст. Всього опрацьовано понад 300 робіт, у т.ч. 58 авторефератів дисертацій та 26 монографій.

Результати дослідження. З'ясовано, що перші згадки про поширеність захворювань щитоподібної залози в регіоні припадають на період перебування у складі Австро-Угорської імперії. Зокрема, уродженець міста Czernowitz лікар А.Флінкер протягом 1907-1911 рр. опублікував серію робіт, присвячених особливостям перебігу ендемічного кретинізму в Буковинських Карпатах. З публікацій видно, що зоб і уроджений гіпотиреоз у той час були надзвичайно поширеними серед місцевого населення. Результатом досліджень А. Флінкера стала монографія «Studien über Kretinismus».

Восени 1944 року розпочав свою роботу Чернівецький медичний інститут, який став науково-методичним і лікувально-профілактичним центром Буковини. У Чернівецькій області розгортається велика експедиційно-обстежувальна робота з вивчення поширення і тяжкості зобної ендемії, яка за результатами досліджень була визнана чи не найтяжчою в колишньому СРСР. У 1948 році заснована обласна зобна станція. У 50-60 роки минулого століття велася широка, багатоцільова робота по боротьбі з ендемією зоба та профілактиці цього захворювання.

Під керівництвом провідних вчених інституту створені наукові школи з вивчення ендемічного зоба на Північній Буковині, серед яких професори Ф.А.Баштан (вивчення гігієнічних аспектів ендемічного зоба), Н.М.Шинкерман (дослідження патоморфології зоба на Північній Буковині), М.М. Ковальов (вивчення клініки та розробка хірургічних підходів до лікування вузлових форм зоба). Завдяки потужними спільним зусиллям представників чернівецької школи тиреоїдологів та працівників практичної охорони здоров'я вогнище зобної ендемії на Північній Буковині було практично ліквідовано.

У зв'язку із зростанням поширеності йододефіцитних захворювань внаслідок послаблення впродовж тривалого періоду уваги до цієї важливої медико-соціальної проблеми останніми роками вченими університету активізувалася робота з вивчення тиреопатій в Карпатському регіоні.

Хромюк В.В., Мензак О.В.

ВПЛИВ КРОС-ФОРМАТНОГО НАВЧАННЯ НА ПРОФЕСІЙНИЙ ТА ОСОБИСТІСНИЙ РОЗВИТОК СТУДЕНТІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - к.мед.н. Поліщук О.Ю.викл. Пендерецька О.М.)

Актуальність: необхідність модернізації української освіти вимагає пошуку сучасних та ефективних освітніх технологій за межами традиційного академічного досвіду. Крос-форматне навчання як один із новітніх освітніх форматів довів свою ефективність і популярність серед споживачів освітнього продукту, що й викликає до нього підвищену цікавість.

Мета: визначення ефективності крос-форматного навчання, його сумісності з традиційними освітніми форматами.

Одним із прикладів застосування крос-форматних форм навчання є психологічний інтенсив, що впродовж 8 років проводиться Медико-психологічним центром БДМУ в літній період на базі відпочинку «Здоров'я» в с.Репужинці. В інтенсиві традиційно беруть участь студенти-майбутні медичні психологи, практикуючі фахівці, викладачі тощо.

До участі в даному проекті запрошуються кращі вітчизняні та зарубіжні фахівці в галузі психологічного консультування, психокорекції, психотерапії та психологічних тренінгів.

До програми інтенсиву входить участь в навчально-терапевтичних групах, відвідування тренінгів, лекцій, ворк-шопів. Учасники також мають можливість спілкуватись зі старшими колегами, ділитись досвідом, спостерігати за роботою фахівців, отримуючи таким чином найсучаснішу професійну інформацію, досвід роботи зі складними ситуаціями за допомогою новітніх методик вирішувати власні психологічні проблеми. Все це відбувається у невимушеній атмосфері літнього табору, без тиску й примусу, часто у формі ігор та розваг.

Дослідження проводилося за допомогою усного опитування. Всього було опитано 70учасників інтенсиву. В результаті дослідження було виявлено такі показники :

- 78,6% учасників відзначили, що найціннішим був особистий досвід роботи у терапевтичній та тренінговій групі;
- 14,3% головним досягненням вважають здобуті професійні знання та навички;
- 7.1% найвище оцінили нові знайомства у середовищі фахівців.

Важливою інформацією виявилось зауваження учасників інтенсиву про цінність досвіду за рахунок цікавості та легкості його здобуття, та бажання продовжувати крос-форматне навчання. Особливо відзначалась також важливість формування професійної психологічної спільноти і можливість у такому форматі відчути приналежність до неї.

Отже, за результатами дослідження ми дійшли висновку, що крос-форматне навчання має високу ефективність в професійному та особистісному зростанні студента, підвищує навчальну мотивацію, полегшує професійну адаптацію майбутнього спеціаліста. У поєднанні з традиційною освітою крос-форматне навчання покращує показники засвоєння практичних і теоретичних знань студентами.



Стоматологія ортопедична та хірургічна

Dental and orthopedic surgery

Білійчук М.І., Кузняк Б.В., Кузняк Л.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ ОБТЯЖЕНИХ НАРКОМАНІЄЮ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

(науковий керівник - к.мед.н. Бамбуляк А.В.)

Остеомієліт щелеп являє собою інфекційно-алергічний гнійно-некротичний процес, який розвивається в кістці під впливом як зовнішніх, так і внутрішніх факторів. Одонтогенний остеомієліт щелепи характеризується наступними патоморфологічними змінами: дрібними і великими вогнищами гнійної інфільтрації кісткового мозку, тромбозом судин, гнійним розплавленням тромбів, численними ділянками крововиливів, вогнищами остеонекрозу. Проблема одонтогенного остеомієліту залишається актуальною і привертає увагу науковців та клініцистів. Це пов'язано з неухильним збільшенням кількості хворих на це тяжке захворювання, недостатньою вивченістю його патогенезу, тяжкістю клінічного перебігу, низькою ефективністю сучасних засобів терапії, значною тривалістю періоду непрацездатності, високим відсотком рецидивів та ускладнень, часто з розвитком інвалідності і, насамкінець, з досить високою летальністю, рівень якої не знижується.

Метою нашого дослідження було підвищити ефективність лікування хворих з ураженням щелепно-лицевої ділянки, що вживають наркотичні препарати, зокрема сурогатний психостимулятор «вінт», шляхом застосування внутрішньом'язевих та внутрішньовенних ін'єкцій антибактеріального препарату цефалоспоринової групи, а саме препарату «Зацеф» («ZACEF»), діюча речовина: ceftazidime, для впливу на патогенну мікрофлору вогнища запалення та організму даного виду пацієнтів, шляхом проведення гемосорбції гемосорбентом ГСГД-200 з використанням роликового насоса РН-03, для детоксикації організму даного виду пацієнтів, та гіпербаричної оксигенації в Центрі гіпербаричної оксигенації в Чернівецькій обласній клінічній лікарні.

Гіпербарична оксигенація є вираженням модулятором запального процесу при хронічному остеомієліті. Під дією гіпербаричної оксигенації виникає скорочення судинно-ексудативної фази запалення, що викликає альтеративні і деструктивні процеси у вогнищі, і стимуляцію проліферативної фази, що характеризується переважанням репаративних процесів.

В результаті було отримано покращення кровопостачання і мікроциркуляції в органах і тканинах організму, подальше розповсюдження гнійно-некротичного процесу було призупинено, утворення нових вогнищ некрозу не спостерігалось, кількість токсинів знизилась.

Марущак О.М.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ РІЗНИМИ НЕЗНІМНИМИ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра терапевтичної стоматології

(науковий керівник - к.мед.н. Митченко О.В.)

Об'єм сучасної стоматологічної допомоги надзвичайно широкий. Він обмежений не лише клінічною картиною порожнини рота, але й бажаннями і можливостями пацієнта. Потрібно лише визначитися, що необхідно відновити в першу чергу: незручність при прийомі їжі, естетичний дискомфорт чи порушення мови. І, зіставивши ці всі дані вимоги з умовами порожнини рота, підбирати варіант лікування. Для вирішення кожного з цих завдань існує досить багато варіантів.

Одним з найважливіших рішень більшості проблем, пов'язаних з відсутністю зубів, є імплантація. Оскільки імплантат є ізольованою одиницею, не пов'язаною з останніми зубами, тобто сусідні зуби не обпліюються і залишаються в природному вигляді. Відновлення відсутнього зуба коронкою на імплантаті відтворює безперервність зубного ряду, не викликаючи перевантаження окремих груп зубів, будучи при цьому високо естетичною конструкцією. В разі протезування знімними протезами на імплантах удається добитися у декілька разів кращої фіксації, чим при звичайному знімному протезуванні. На жаль, не завжди без попередньої підготовки можна встановити імплантат, що частенько відкладає час досягнення кінцевого результату. Час приживлення імплантатів складає від трьох до шести місяців, це також відштовхує від даного методу лікування, як і вартість імплантатів, оскільки вона досить висока. Залежно від вибору незнімної ортопедичної конструкції збільшується або зменшується об'єм препарування твердих тканин зубів. Так під штамповані конструкції потрібні видалення мінімального об'єму твердих тканин, для виготовлення металокерамічних конструкцій об'єм препарування зростає на товщину даного керамічного облицювання. Такі протези досить функціональні, не вимагають зняття, займають місце не більше ніж свої зуби. Керамічні реставрації є високо естетичними. Недоліки - обробка зубів, що вимагає в більшості випадків видалення нерва, перевантаження опорних зубів, оскільки вони вимушені окрім свого навантаження, нести ще навантаження відсутніх зубів.

Отже, остаточний вибір незнімних ортопедичних конструкцій лежить в більшості випадків від бажання пацієнта, але слід також пам'ятати, що зловживання показами та протипоказами до застосування ортопедичної конструкції може також призвести до небажаних наслідків.

Рошук О.І.

ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІТІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПАРОДОНТИТУ ПРИ НАЯВНОСТІ ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ТА СУПРОВІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра ортопедичної стоматології

(науковий керівник - д.мед.н. Беліков О.Б.)

Актуальність. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вивченню проблеми метаболізму монооксиду нітрогену (NO), що бере участь в розвитку запальних процесів у гастродуоденальній ділянці та пародонті, залишається не до кінця з'ясованим вплив зубних протезів на нітрозитивний стрес (НС) у хворих на кислотозалежні захворювання (КЗЗ) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) при ураженому пародонті, що зумовлює актуальність даної проблеми.

Метою проведеного дослідження було встановити інтенсивність НС та його значення в розвитку та перебігу запальних захворювань пародонта (ЗЗП) при наявності різних видів зубного протезування в хворих на КЗЗ ШКТ.

Матеріал та методи. Обстежено 60 хворих на КЗЗ ШКТ у фазі загострення з наявними зубними протезами, віком від 33 до 76 років. Пацієнти були розподілені на три групи залежно від конструкційного матеріалу зубних протезів: 1-а група – 20 осіб з металевими протезами (МП), 2-а група – з металокерамічними протезами (МКП), 3-я група – з комбінацією незнімних МП та часткових знімних пластинкових протезів (ЧЗПП). Групу контролю (К) склали 15 осіб з КЗЗ ШКТ з інтактними зубними рядами (ІЗР). У всіх пацієнтів вивчали показники стоматологічного статусу, вміст у ротовій рідині та крові стабільних метаболітів NO (нітритів, нітратів) за методом L.C. Green.

Результати дослідження. У 100% обстежених пацієнтів з КЗЗ виявлено ЗЗП. Зареєстрована значна активність НС у 1-й та 3-й групах: зростання вмісту у крові нітритів/нітратів відповідно у 1,4 та 1,6 раза, порівняно з К групою ($p < 0,05$). У 2-й групі даний показник перевищив контроль на 12,6% ($p < 0,05$). У ротовій рідині кількість нітритів/нітратів збільшилася найбільше також у групах з МП – на 23,0% та 23,6% відповідно, порівняно з особами з ІЗР ($p < 0,05$), у той час як в 2-й групі показники вірогідно не відрізнялися ($p < 0,05$). Даний факт активації НС можна пояснити шкідливим впливом металевих включень протезів, які є потужними індукторами пероксидного окиснення ліпідів, що сприяє розвитку запальних змін як в пародонті, так і в організмі в цілому.

Висновок: Наявність протезів з металевими включеннями та комбінація знімних протезів з незнімними металевими сприяють розвитку запальних змін пародонту, його інфільтрації імункомпетентними клітинами, генерації ними монооксиду нітрогену та підтримання у цій ділянці хронічного запалення, тобто, обтяжує протікання вже наявних та викликає нові структурні та функціональні порушення з боку тканин пародонту в даній категорії пацієнтів.

Симовонюк М.В.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТУ

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

(науковий керівник - к.мед.н. Деркач Л.З.)

Одним із найчастіших ускладнень, пов'язаних з видаленням зуба, є альвеоліт. За даними літератури, це ускладнення виникає в 24-35% випадків. Альвеоліт викликає втрату працездатності хворих, тому проблема має не тільки загально-медичне, а й соціально-економічне значення. Для попередження виникнення альвеоліту, використовують різні методи профілактики і лікування. Враховуючи, що кількість ускладнень після видалення зуба не зменшилась, пошук нових лікувальних і профілактичних засобів продовжується.

Мета дослідження. Покращити перебіг післяопераційного періоду та зменшити тривалість лікування після видаленням зуба.

Матеріали і методи. Нами було проведено видалення 30 зубів у 30 пацієнтів, які були розділені на 2 групи: основну – 16 пацієнтів і групу порівняння – 14 пацієнтів. Усі хворі рандомізовані за віком, статтю і тривалістю захворювання. Під провідниковою анестезією проводили видалення зуба за показами. Пацієнтам основної групи рану рихло закривали препаратом «Альвостаз». Основою препарату являється гемостатична розсмоктуюча губка, просякнута йодоформом, евгенолом, тимолом, лідокаїном, прополісом, кальцію фосфатом, бутипараамінобензоатом. В пацієнтів групи порівняння лунку рихло заповнювали йодоформною турундою. В комплексному лікуванні призначали антибактеріальні протизапальні і протибільові препарати. В основній групі через 2 доби скарг не було. При огляді виявлено незначну колатеральну припухлість тканин в ділянці видаленого зуба, яка при пальпації була безболісною. Експерсія нижньої щелепи в повному об'ємі, безболісна, слизова в ділянці операційного поля звичайного забарвлення, пальпація перехідної складки неболюча або дещо чутлива. Постопераційна рана знову заповнена препаратом «Альвостаз». На 4 день не було потреби в лікувальних заходах. Через тиждень ясна в ділянці рани мали звичайне забарвлення, а рана була заповнена грануляційною тканиною. В групі порівняння на другу добу післяопераційного періоду хворі скаржилися на незначний біль в ділянці рани, слизова була гіперемована, припухла, пальпація перехідної складки в ділянці рани болюча. Вводили йодоформну турунду. На 4-ту добу пацієнти скаржились на неприємні відчуття в ділянці рани. Пальпація слизової в ділянці лунки слабо болючою або чутливою. На 5-7 добу стінки рани покривались молодою грануляційною тканиною, але запальні явища в слизовій оболонці ясен ще зберігались. Через 2 тижні ясна в ділянці рани набували звичайного забарвлення, лунка епітелізувалась. Тривалість післяопераційного періоду пацієнтів групи порівняння склала в середньому 10 днів, тоді як пацієнти основної групи вже на 4-ту добу після оперативного втручання не потребували ніяких лікувальних заходів.

Висновки: 1. Застосування препарату «Альвостаз» покращує перебіг післяопераційного періоду – зменшується інтенсивність та тривалість болювих відчуттів, прискорюється період загоювання рани. 2. За допомогою запропонованого лікування вдвічі зменшується тривалість післяопераційного періоду, що має важливе медичне та соціальне значення.

Соломко В.О.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Днепропетровский Медицинский Институт Традиционной и Нетрадиционной Медицины, Днепропетровск, Украина

Стоматологических дисциплин

(научный руководитель - д.мед.н. Комский М.П.)

Введение. Анализ литературных данных показал, что, несмотря на достигнутые результаты, проблему диагностики и лечения хронического одонтогенного остеомиелита челюстей нельзя считать окончательно решенной.

Цель. Изучить сдвиги показателей клеточного звена иммунитета в процессе лечения хронических форм одонтогенного остеомиелита нижней челюсти (ХООНЧ) традиционным методом.

Материал и методы. Для оценки иммунного статуса больных были использованы моноклональные реагенты. Определяли относительное количество Т-лимфоцитов (фенотипа CD2+CD3+); относительное количество В-лимфоцитов (фенотипа CD22+); активность фагоцитоза. Материалом для исследований служили клетки периферической крови. Обследовано 24 больных с хроническим одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти. Контрольную группу составили 22 практически здоровых людей.

Результаты исследования, их обсуждение У 32,6% обследованных ХООНЧ было выявлено снижение числа Т-лимфоцитов. Фагоцитарная активность нейтрофилов была статистически значимо ниже, в контрольной группе ($p < 0,05$). Через 14 дней после проведения хирургического вмешательства (секвестрэктомии) общепринятая терапия ХООНЧ приводила к возрастанию на данном этапе, по сравнению с исходными показателями количество Т-Лф, оставаясь, однако, значительно ниже, чем у практически здоровых лиц (на 40,1%). Аналогичная картина наблюдалась в отношении В-лимфоцитов. Особое внимание привлекает к себе стабильно высокий уровень «0»-клеток и имеющий тенденцию к дальнейшему росту.

Выводы. У больных с традиционным постоперационным лечением ХООНЧ на 14 сутки наблюдений сохраняются проявления синдрома иммунной недостаточности. Обнаруженный на данном этапе исследований комплекс изменений свидетельствует о наличии вялотекущего воспалительного процесса. В основе указанных сдвигов лежат более глубокие механизмы, например, уменьшение продукции Т-клеточного ростового фактора. Медленная нормализация показателей фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, вероятно, приводит к утяжелению воспалительного процесса и поддержанию аутоиммунных реакций агрессии.



Стоматологія терапевтична

Dental therapeutic

Ахтамо Ш.Д., Шамсиев Р.А., Индиаминова Г.Н., Ахмедова Ф.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРАДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра стоматологии*(научный руководитель - д.мед.н. Кубаев С.Э.)*

Актуальность. В развитии пародонтитов важную роль отводят микробному фактору. Традиционное использование в комплексе лечебных мероприятий антимикробных препаратов не обеспечивает длительного и достаточного эффекта. В этой связи наше внимание привлекли электрохимически активированные растворы- нейтральный анолит (НА) в силу их высокой антимикробной активности и неспособности микроорганизмов приобретать к ним устойчивость.

Цель. Изучение чувствительности микроорганизмов, выделенных из пародонтального кармана (ПК) к НА.

Материалы и методы. В качестве тест-культур использованы культуры пиогенного стрептококка (5 штаммов), золотистого стафилококка (5), энтерококков (3), *Candida albicans* (3), хеликобактеров (2), выделенных из ПК больных с пародонтитами. Характеристика НА pH $6,0 \pm 1,0$, ОВП 700 ± 100 мВ, содержание активного хлора составляло 400 ± 50 мг/л. Из этого раствора с помощью дистиллированной воды готовили 2-кратные разведения (до 3мг/л). Полученные растворы смешивали в соотношении 1:1с микробными взвесями тест-культур (10⁹ микробных тел/мл).

Результаты: Средняя минимальная ингибирующая доза для аэробной флоры, в частности для стрептококков, энтерококков и стафилококков составила $12,9 \pm 0,9$ ДЖ/см². Умеренную чувствительность демонстрировали бактероиды $25,7 \pm 2,2$ ДЖ/см². Изучение действия НА на микрофлору ПК показало, что разведенный в 16 раз (конечная концентрация активного хлора 25 мг/л) он оказывал практически мгновенный бактерицидный эффект при контактировании с микробной взвесью концентрацией 1 млрд. микробных тел/м. НА, разведенный в 32 раза ($12,5$ мг/л) для проявления ингибирующего эффекта, требовал увеличения экспозиции до 1 часа. Таким образом, микроорганизмы, выделяемые из ПК, характеризуются высокой чувствительностью к НА, поэтому его можно применять при лечении пародонтитов (оптимальная концентрация активного хлора 25 мг/л). pH НА составляет 6,0, он при лечении стоматологических заболеваний более физиологичен, чем анолиты, получаемые на обычных электролизерах типа "Эсперо" pH которых не превышает 3,5-4,0 и их использование может вызывать деминерализацию эмали зубов. Выводы: НА ингибирует широкий спектр микрофлоры, выделяемый из ПК что определяет целесообразность его использования при заболеваниях пародонта.

Басіста А.С., Гараніна Т.С., Рожко В.І.

ВИБІР ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра терапевтичної стоматології

(науковий керівник - к.мед.н. Струк В.І.)

Вступ. За даними різних авторів, у хворих на цукровий діабет кандидозний стоматит зустрічається від 25,3% до 80-100%. Це пов'язано з метаболічними та імунологічними порушеннями, зниженням резистентності слизової оболонки порожнини рота, гіпосалівацією, зміною мікробіоценозу порожнини рота, розвитком дисбіозу у даного контингенту хворих. На сьогоднішній день залишаються практично не вивченими питання корекції мікробіоценозу порожнини рота у хворих з кандидозом слизової оболонки порожнини рота на тлі цукрового діабету І типу.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування кандидозу слизової оболонки порожнини рота у хворих на ЦД І типу.

Матеріали та методи дослідження: На базі ендокринологічного диспансеру ОКЛ проведено обстеження 50 пацієнтів з інсулінзалежним цукровим діабетом (основна група). Вік пацієнтів 30-56 років, а давність основного захворювання від 5 до 17 років. В якості контролю оглянуто 28 практично здорових людей аналогічного віку. Для діагностики використовували клінічні методи: збір анамнезу, огляд ротової порожнини, визначення гігієнічного стану; мікробіологічні дослідження: визначення наявності в РП грибів роду *Candida*; бактеріологічні дослідження: виділення та кількісного підрахунку *Candida* з використанням щільного поживного середовища Сабуро та визначення антибіотикочутливості грибів роду *Candida*.

Лікування хворих із кандидозним стоматитом на тлі ЦД І типу (основна група) приводилось за схемою: внутрішньо "Флюконазол" по 1 капс. 1 р/добу - 7-14 днів; "Кларитин" по 1 таб. 1 р/д - 10 днів; "Імунал" по 20 кр. 3 р/д - 14 днів; синбіотик "Бактулін" по 3 таб. на добу протягом 20 днів; вітамінно-мінеральний комплекс "Алфавіт-Діабет" по 1 таб. 3 рази на добу впродовж місяця. Місцеве лікування включало аплікації "Мірамістинової мазі" 1-3 р/д протягом тижня та полоскання порожнини рота лікувально-профілактичним зубним еліксиром "Лізоमुкоїд" (розведеним у 5 разів) після прийому їжі 4-5 разів на добу.

Результати досліджень. Кандидозний стоматит діагностовано у 36 пацієнтів, після ретельного обстеження гострий перебіг зустрічався у 11 хворих, хронічний – у 25 хворих. При гострому перебігу кандидозного стоматиту частіше спостерігалась атрофічна форма, при хронічному – гіперпластична форма. Найчастіше у хворих на ЦД І типу кандидоз СОПР зустрічався у вигляді глоситу та стоматиту. Визначення чутливості грибів роду *Candida* до антимікотиків показало, що найбільш активними протигрибковими препаратами є "Флюконазол" та "Мірамістинова мазь" – $82,3 \pm 10,2\%$;

Позитивний результат лікування в основній групі отриманий у $92 \pm 2,9\%$ випадків, а у групі порівняння – у $69,6 \pm 11,4\%$ випадків. Комплексне лікування за запропонованою схемою дозволило скоротити терміни лікування у хворих в 1,27 разів.

Висновки. Отримані результати досліджень дозволили обрати ефективний спосіб лікування кандидозу СОПР у хворих при ЦД І типу, що включав комплекс медикаментозних засобів протигрибкової, антиоксидантної, протизапальної та імунологічної дії.

Гавалешко О.В.

КЛІНІЧНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ВНУТРІШНЬОКАНАЛЬНИХ ШТИФТІВ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра терапевтичної стоматології

(науковий керівник - к.мед.н. Митченко О.В.)

Більшість авторів вважають, що для того, щоб зберегти зуб після депульпації на тривалий термін, необхідно не тільки провести якісне лікування і obturaцію корневих каналів, але й успішно здійснити постендодонтичну реставрацію. Добре відомо, що в період ендодонтичного лікування, якщо зруйновано більше двох поверхонь зуба, показано використання внутрішньоканальних штифтів. В сучасній стоматологічній практиці серед молодих лікарів стоматологів-терапевтів виникає дилема – які системи внутрішньоканальних штифтів використовувати в практиці. Існують такі сучасні системи внутрішньоканальних штифтів, як: металеві (титанові, сталеві, латунні та ін), скловолоконні, цирконієві, вуглецеві, які застосовуються залежно від конкретної клінічної ситуації.

Фіксація штифтів в корневих каналах зубів є однією з найбільш поширених маніпуляцій в ендодонтії. Штифти, встановлені в кореновому каналі, не сприяють підвищенню міцності кореня, а потрібні тільки для створення додаткової ретенції пломбувального матеріалу. На думку Edelhoff D. (2003), ендодонтична терапія не має значного впливу на фізичні властивості зубів, більшою мірою на їх міцність впливає втрата твердих тканин зуба в результаті препарування і створення порожнини.

На сьогоднішній день проблема повноцінного відновлення коронкової частини зубів терапевтичними методами лікування залишається актуальною проблемою починаючих лікарів стоматологів – терапевтів. З розробкою і впровадженням нових поколінь адгезивів і композитних матеріалів з'явилася можливість удосконалити класичні методи лікування, зміцнити і армувати зуб. В останні роки були змінені показання до застосування внутрішньоканальних штифтів. Застосування штифтів клінічно обгрунтовано в ділянці жувальної групи зубів, при руйнуванні коронкової частини більш ніж на 2/3, так і у фронтальній ділянці, де є морфологічні та функціональні передумови, пов'язані з обмеженим обсягом твердої субстанції зуба і значними навантаженнями.

В даний час встановлено, що волоконні штифти, завдяки фізико-хімічним властивостям, безпечніші по відношенню до тканин зуба, ніж стандартні металеві штифти. Це підтверджується дослідженнями ряду вітчизняних та закордонних авторів, які проводили вивчення віддалених результатів лікування зубів із застосуванням штифтів. У результаті досліджень було встановлено, що в групі пацієнтів, яким реставрація проводилася скловолоконними штифтами, ускладнень було значно менше, причому вони не були пов'язані з використанням штифтів. У групі пацієнтів, яким проводилося лікування металевими штифтами, в 14,5% випадків були виявлені ускладнення, такі як перфорації, розколювання коренів зубів. Причому в 95% випадків повторне лікування цих зубів було неможливим внаслідок даних ускладнень. Використання неметалевих штифтів дозволяє зменшити тиск на стінки кореня і відповідно зменшити ризик його розколу. В даний час реставрації на волоконних штифтах мають високу клінічну надійність.

Индиаминова Г.Н., Ахтамов Ш.Д., Шамсиев Р.А., Ахмедова Ф.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ИРС-19 ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра стоматологии

(научный руководитель - д.мед.н. Кубаев С.Э.)

Актуальность. По данным ВОЗ заболевания пародонта встречаются у 80% детей и почти у всего взрослого населения большинства стран мира. В этой связи наше внимание привлёк препарат ИРС-19 обеспечивающий местную стимуляцию как специфических, так и неспецифических защитных механизмов слизистых оболочек.

Цель исследования. Изучение терапевтической эффективности ИРС-19 у детей с заболеваниями тканей пародонта, в частности при гингивитах.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 30 больных детей с гингивитами в возрасте 11-15 лет, а также обследованы 10 практически здоровых детей аналогичного возраста. Больные были разделены на основную и контрольную группы по 15 детей. В первой контрольной группе проводили традиционный метод лечения, который заключается в ежедневной антисептической обработке полости рта 3% раствором перекиси водорода, раствором фурацилина (1:1000), глазной тетрациклиновой мазью под повязку из водного дентина на 15-20 мин. Больные основной группы после антисептической обработки получали лечение препаратом ИРС-19 в виде ежедневной повязки с 3 дозами препарата на пораженную десну под теплую парафиновую повязку на 15-20 мин. Курс лечения 10 дней.

Результаты исследования. Изучение состояния тканей пародонта показало, что у практически здоровых детей папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) был в пределах нормы у 70% детей и у 30% наблюдалось поражение пародонта легкой степени. В основной группе до лечения катаральный гингивит легкой степени наблюдался у 26,7% детей, а средней тяжести у 73,3%. В контрольной группе гингивит легкой степени наблюдался у 60% детей, а средней тяжести - у 40%. После проведенной нами терапии в основной группе препаратом ИРС-19 РМА у 26,7% было в пределах нормы.

Исламова Н.Б., Шомуродова Х.Р., Шамсиева Ш.Ф., Исмаилов А.Х.

ИЗУЧЕНИЕ КРИСТАЛЛООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ СЛЮНЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра стоматологии*(научный руководитель - д.мед.н. Кубаев С.Э.)*

Оказание квалифицированной стоматологической помощи затруднено при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта, так как эта патология является проявлением фоновой патологии, для выявления которой требуются лабораторные и аппаратные методы обследования.

Цель: определение кристаллообразующей функции ротовой жидкости при наличии или отсутствии фоновой патологии

Состояние кристаллообразования смешанной слюны изучено у 27 студентов в возрасте от 18 до 24 лет. В зависимости от исходного показателя pH ротовой жидкости обследованные были разделены на три группы. В первую группу вошли 8 студентов (26,6%), значение pH ротовой жидкости у которых колебалось от 5,8 до 6,0. У обследованных в анамнезе выявлена эндокринная патология (1), патология почек (1), хронический тонзиллит (2), патология ЖКТ (4). При осмотре полости рта определена аномалия прикуса (4), некариозные поражения (1), отечность и атрофия сосочков языка (4), твердые зубные отложения и патология пародонта (6). Во вторую группу вошли 19 человек (63,4%), водородный показатель ионов у которых колебался в пределах физиологической нормы (6,5-7,0). При обследовании у них выявлены эндокринная патология (2), ЖКТ (7), почек (3), хронический тонзиллит (4), практически здоровыми были трое обследованных. В полости рта патология прикуса определена у 7 обследованных, зубные отложения у 15, патология пародонта у 13, отечность губ и языка у 8 студентов.

При изучении кристаллообразующей функции слюны у студентов нормой считали обнаруженную древовидную форму кристаллов со значительным количеством (5- 10) центров кристаллизации. Водородный показатель ионов у них колебался от 6,5 до 7,0.

При хроническом тонзиллите, выявленном у 10,1% студентов, с pH в пределах от 6,0 до 6,5 наблюдались следующие варианты кристаллов: основной ствол слегка изогнут, мелкие ответвления, неравномерно расположенные относительно друг друга. В обоих вариантах кристаллы умеренно насыщенные.

Патология ЖКТ определена у 36,6% обследуемых, pH ротовой жидкости которых был с разным значением от 5,8 до 7,5. Основной ствол слегка изогнут, ответвления редкие, неравномерные по длине и расположению, местами утолщены. Кристалл слабо насыщен.

Патология почек наблюдалась у 20% студентов и pH колебался от 6,0 до 7,5. Виды кристаллов у данной группы были следующие: основной ствол утолщен, ответвления частые, симметричные по расположению и неодинаковые по длине, умеренно насыщенные.

При эндокринной патологии кристаллы не насыщены, при редком расположении основных стволов ответвления несимметричные, разной длины. Данный вид кристаллов наблюдался у 10,1% студентов и pH от 5,6 до 6,8. У некоторых определено отсутствие кристаллизации.

Таким образом, показатель ионов pH ротовой жидкости при различной соматической патологии не имел определенной закономерности, и его значение в кристаллообразующей функции смешанной слюны требует более детального изучения вопроса. Определение кристаллизации слюны может быть использовано для раннего выявления патологии внутренних органов.

Мороз А.В.

УРАЖЕННЯ ПОРОЖНИНИ РОТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

(науковий керівник - к.мед.н. Годованець О.І.)

Цукровий діабет є актуальною медико-соціальною проблемою для більшості країн світу, оскільки залишається однією із найпоширеніших ендокринопатій.

Згідно даних різних авторів, частота ушкодження слизової оболонки порожнини рота при ендокринних порушеннях коливається від 2 до 80 %.

Цукровий діабет особливо тяжко перебігає у дітей. Його розвиток найчастіше відбувається у віці 3-6 і 11-12 років.

Однак дослідження впливу недостатності інсуліну на функціональний стан твердих тканин зубів, тканин пародонту, біохімічний склад та імунний статус ротової рідини малочисельні.

Саме тому мета дослідження полягає у вивченні стоматологічного статусу в дітей із цукровим діабетом I типу.

Для вирішення поставленої мети було обстежено 30 дітей із цукровим діабетом віком від 12 до 15 років. Контрольні групи склали соматично здорові діти та діти з подібними стоматологічними захворюваннями віком 12-15 років, відповідно по 30 дітей в кожній.

Проведені нами дослідження засвідчують незадовільну гігієну ротової порожнини (середній показник - 1,92) у дітей основної групи. Поширеність карієсу становила 87,5% при інтенсивності ураження 5,17. Аналіз складових частин індексу КПВ показав невелику кількість пломбованих зубів, наявні видалені постійні зуби з приводу ускладненого карієсу. Некаріозні ураження зустрічалися з частотою 41,67% випадків, зубощелепні аномалії – 62,5%. Звертає на себе увагу високий рівень розповсюдженості захворювань тканин пародонта в дітей, хворих на цукровий діабет. У структурі захворюваності переважають запальні процеси у формі хронічного катарального гінгівіту легкого та середнього ступеня тяжкості з скаргою на кровоточивість ясен. Проба Шиллера-Писарева була позитивна в усіх обстежених дітей основної групи. Середнє значення індексу РМА склало 27,34%.

Одержані результати дають змогу зробити висновок про необхідність обов'язкової стоматологічної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет, з першочислою розробкою адаптованих профілактичних програм для них.

Пенішкевич А.Я.

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ, ОБУМОВЛЕНИХ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНІВ IL-1 β ТА VDR У ДОРΟΣЛИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра терапевтичної стоматології

(науковий керівник - к.мед.н. Струк В.І.)

Актуальність. Сучасна концепція захворювання періодонту зазначає, що періодонтит виникає внаслідок взаємодії екологічних (в тому числі бактеріальна інвазія) та генетичних факторів, причому останні відіграють вагомий роль, адже можуть підвищувати ризик розвитку даного захворювання і визначати специфічний, індивідуальний перебіг періодонтиту. Актуальним залишається питання ранньої діагностики хронічних періодонтитів, обумовлених поліморфізмом генів (у даному випадку IL-1 β та VDR), адже їх встановлення допоможе здійснити профілактику періодонтитів, що в подальшому сприятиме збереженню зуба у зубощелепній системі.

Мета. Вивчити оптимальні діагностичні заходи при хронічних періодонтитах з урахуванням поліморфізму генів IL-1 β та VDR.

Матеріали та методи. Огляд фахової медичної літератури, узагальнення та аналіз отриманих даних.

Результати. Окрім загальноклінічних методів обстеження слід особливу увагу звернути і на параклінічні методи.

Для визначення поліморфізму генів IL-1 β та VDR виділяють зразки геномної ДНК з лейкоцитів периферичної крові, стабілізованої за допомогою ЕДТА з наступною ампліфікацією поліморфної ділянки. Використовують метод полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі. Обґрунтування застосування саме цього методу: виключається стадія електрофорезу, скорочується час проведення дослідження, спрощується його процес, знижується ймовірність виникнення помилок.

При встановленні поліморфізму гену VDR, що визначає регуляцію кісткового метаболізму доцільно використання денситометрії для кількісної оцінки щільності кісткової тканини. Аналізуючи сучасні методики, зупиняємось на радіографічній абсорбціометрії, в основі якої лежить принцип радіографічної фотоденситометрії з усуненням недоліків, пов'язаних з товщиною м'яких тканин.

Прицільна рентгенографія дозволяє оцінити: стан періодонтальної щілини; якісні зміни стану кісткової тканини в ділянці верхівки кореня зуба; зміни кореня зуба, зокрема явища гіперцементозу або ж навпаки резорбції цементу.

Для отримання повної діагностичної картини хронічних періодонтитів, обумовлених поліморфізмом генів IL-1 β та VDR доцільно оцінити плазмовий рівень інтерлейкіну 1 β , іонів Ca²⁺ та стан загальної імунореактивності (системної та гуморальної ланок).

Висновки. Діагностика хронічних періодонтитів, що обумовлені поліморфізмом генів IL-1 β та VDR повинна бути комплексною із залученням додаткових методів дослідження.

Яковлева Д.В., Єрошенко А.І.

ПОШИРЕНІСТЬ, СТРУКТУРА ТА АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗІВ ІЗ АУТОІМУННИМ КОМПОНЕНТОМ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

Кафедра гістології, цитології та ембріології,

(наукові керівники - д.мед.н. Єрошенко Г.А., к.мед.н. Гасюк Н.В.)

Актуальність. Своєчасна діагностика дерматозів із аутоімунним компонентом на стоматологічному прийомі спрямована на досягнення позитивних довготривалих результатів, але утруднюється за рахунок ізольованої локалізації ураження тільки на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР). Деякі атипові клінічні форми даних захворювань потребують від клініцистів використання найбільш точних лабораторних методів діагностики для верифікації діагнозу. Існуючі на сьогодні методи лабораторного обстеження у більшості випадків дозволяють уточнити діагноз, але залишається актуальним питання визначення цитоспецифічних змін на ранніх стадіях розвитку патологічних процесів.

Метою нашого дослідження було визначення структури клініко-морфологічних форм дерматозів із аутоімунним компонентом серед населення Полтавського регіону та можливостей цитоспецифічної діагностики на ранніх стадіях захворювання за умов локалізації вогнища ураження тільки на СОПР.

Об'єкти та методи дослідження. Проведений аналіз медичних карт пацієнтів із дерматозами з аутоімунним компонентом, які проходили стаціонарне лікування на базі обласного шкірно-венерологічного диспансеру та осіб, які зверталися за консультацією на кафедру терапевтичної стоматології без встановленого діагнозу. Пацієнтам проведено загальний клінічний стоматологічний огляд та цитологічне дослідження. У всіх хворих на етапі діагностики відповідно було проведено цитологічне дослідження матеріалу, який забраний із елементів ураження. В подальшому матеріал піддавали обробці згідно етапів виготовлення цитологічного препарату.

Результати дослідження. В загальній структурі пухирчатки переважала вульгарна клініко-морфологічна форма. Серед клініко-морфологічних форм червоного плескатоного лишая (ЧПЛ) переважала гіперкератична форма. Відмічена тенденція до омолодження даних нозологій (середній вік хворих 42 роки). Більшість хворих складала жінки. У цитограмах 40% пацієнтів з пухирчаткою на етапі діагностики були відсутні клітини Тцанка. У цитограмах пацієнтів із ЧПЛ склад мазків характеризувався цитоспецифічними змінами епітеліоцитів у вигляді паракератозу.

Яхъязаде Ш.Ш., Хазратов А.И., Ахмедова Ф.А.

ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ САХАРОЗАМЕНТЕЛЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра стоматологии*(научный руководитель - д.мед.н. Кубаев С.Э.)*

После аппликации на зубные ряды растворов кариесогенных углеводов происходит быстрое снижение водородного показателя рН на зубном налете. Это явление имеет значение в прогнозировании кариеса зубов.

Цель работы: изучение активности ферментов, показателей метаболизма белков, углеводов, состояние процессов липопероксидации (ЛПО) в ротовой жидкости (РЖ) и ее антиоксидантной активности (АОА) при воздействии кариесогенных сахаросодержащих продуктов и сахарозаменителей.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 42 практически здоровых студентов, которые были распределены на 3 группы. Этапы исследования: снятие зубного налета; скрининговое определение содержания лактата до и через 15-20 мин. после употребления сахаросодержащих продуктов (1-я группа), а также через 10-15 мин после использования жевательной резинки «Орбит» (2-я группа). Контрольная группа не получала сахаросодержащих продуктов и сахарозаменителей. Использовали спектрофотометрические и фотоэлектроколориметрические. Содержание общего белка (ОБ) определяли методом Лоури. ЛПО и АОА устанавливали с помощью индуцированной пероксидом водорода и ионами железа хемилюминесценции.

Результаты исследования. Скрининговое определение лактата показало, что образование молочной кислоты увеличивалось после употребления сахаросодержащих продуктов.

Жевание резинки Орбит, в которой содержатся сахарозаменители, снижало образование лактата в зубном налете.

У лиц, употреблявших сахаросодержащие продукты, установлено достоверное снижение на 57,8% АОА на фоне активации процессов ЛПО. Отмечалось адаптивное возрастание количества ЦП - основного антиоксиданта.

В 2-ой группе отмечалось возрастание процессов ЛПО и уровня антиоксиданта ЦП в РЖ.

Выявленные нарушения оксидантно-антиоксидантного баланса коррелировали с количественными сдвигами в уровнях ОБ, 1я группа 4,72 0,45; 12,41 0,84; 2-я группа 4,22 0,32АСТ и АЛТ.

Выводы: 1. После употребления сахаросодержащих продуктов, отмечается активация процессов свободнорадикального окисления (СРО) и снижение антиоксидантной защиты. 2. Сахарозаменители не вызывают достоверных сдвигов процессов ЛПО и способствуют повышению содержания ферментов-антиоксидантов в РЖ. 3. Результаты исследования могут быть рекомендованы для неинвазивной оценки в стоматологической практике процессов СРО и метаболизма.



Судова медицина та медичне право

Forensic Medicine and Medical Law

Любеля Ю.В., Андрійчук А.О., Малишев В.В., Скорейко М.М.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ФАЗОВОГО АНАЛІЗУ СКЛОВИДНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра судової медицини і медичного правознавства
(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В.Т.к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Проблема присвячена визначенню давності настання смерті, займає одне з провідних місць в судовій медицині. При її вирішенні практична судово-медична експертиза орієнтується переважно на морфологічні зміни, що визначаються візуально. Однак, точно визначити давність настання смерті на основі зовнішніх ознак, дуже проблематично. Тому на сучасному етапі розвитку судово-медичної науки актуальним є удосконалення та розробка експрес-методів, що дозволять об'єктивно і точно встановлювати час смерті.

Мета роботи. Визначення давності настання смерті за допомогою фазового аналізу скловидного тіла людини.

Матеріал і методи. Проводили забір 40 зразків скловидного тіла трупа людини. В подальшому проводили лазерне опромінення дослідного зразку плоскополяризованим пучком з довжиною хвилі 0,6328 мкм. В результаті отримали зображення тканини скловидного тіла в площині світлочутливої пластинки цифрової камери. У кожній точці вимірювали значення азимутів і еліптичності поляризації, визначали координатні розподіли ступеня поляризації лазерного зображення, обчислювали статистичні моменти 1 - 4-го порядків.

Результати дослідження. Визначені координатні розподіли ступеня поляризації лазерного зображення мазків скловидного тіла трупів при різних термінах від настання смерті. Обчисливши статистичні моменти 1-4 порядків лазерних зображень скловидного тіла людини при різних термінах настання смерті, спостерігалась динамічна зміна всіх показників з чітким кореляційним зв'язком з часом настання смерті.

Висновки. На основі вище вказаного можна зробити припущення щодо перспективності та можливості застосування на практиці способу фазового аналізу скловидного тіла людини з метою визначення давності настання смерті.

Сивокоровська А.С., Павлюкович О.В., Заволович А.Й.

ВИКОРИСТАННЯ КОРЕЛЯЦІЙНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ДВОПРОМЕНЕЗАЛОМЛЮЮЧИХ СТРУКТУР МІОКАРДА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра судової медицини і медичного правознавства
(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В.Т.к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Встановлення гострої коронарної недостатності є складним діагностичним процесом, тому актуальним є пошук більш точних методів для діагностики даного процесу.

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

Матеріали і методи. В якості об'єктів дослідження нами використовувалася дві групи зрізів тканини міокарда товщиною 30 ± 5мкм. Перша група - контрольна (37 зразків), в другу групу входили зрізи міокарда людей померлих внаслідок гострої коронарної недостатності (ГКН) (34 зразків). Дослідження гістологічних зрізів міокарда проводилося у оптичному розташуванні лазерного поляриметра. В основу аналізу координатної структури розподілів еліптичності покладено метод автокореляції. В якості кількісних параметрів, які характеризують автокореляційні залежності обрано: кореляційну площу; кореляційні моменти Q2β і Q4β, які визначають дисперсію та ексцес автокореляційної функції. В основу визначення інформативності даного об'єктивного аналізу з позицій доказової медицини покладено наступні операційні характеристики сили методу: чутливість (Se), специфічність (Sp), точність (Ac), прогностичність позитивного результату (+VP), прогностичність від'ємного результату (-VP).

З одержаних даних експериментальних досліджень кореляційної структури розподілів еліптичності поляризації зразків тканин міокарда впливає об'єктивна можливість достовірної діагностики настання смерті внаслідок гострої коронарної недостатності. Найбільш інформативними виявився кореляційний момент 4-го порядку, що характеризує автокореляційну функцію розподілу значень еліптичності поляризації лазерних зображень зрізів тканини міокарда. Для випадку гострої коронарної недостатності його величини зменшується у два рази. З позицій доказової медицини досліджено інформативність методу кореляційного аналізу структури двоприменезаломлення гістологічних зрізів міокарда померлих двох груп.

Висновки. Знайдено сукупність основних (чутливість і специфічність) і допоміжних (точність, прогностичність позитивного та прогностичність негативного результату) операційних характеристик сили методу на основі застосування кореляційного моменту 4-го порядку мап еліптичності зображень гістологічних зрізів міокарда.



Травматологія і ортопедія

Traumatology and Orthopedics

Abdulkadir A.M., Paliwal S.S., Dusko O.G.

MECHANICAL PROPERTIES OF FIXING DEVICES FOR INTERNAL FIXATION METAEPHYSIAL FRACTURES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Traumatology, Orthopaedics and Neurosurgery and Emergency Medicine

(scientific advisor - M.D. Dudko O.G.)

Actuality. As usual displaced fractures of metaepiphyses of long bones require surgical procedure to achieve precise reduction. To perform internal fixation of bone fragments we need to use a reliable fixing device and the mechanical properties of materials for such devices are essential. Nowadays, usage of metal devices – plates, screws, K-wires are very common, but their high mechanical properties are needed only within the period of fracture healing, and afterwards they can cause such effects as metal corrosion, infection process, 'shielding' effect, fracture of metal device. Within last years scientists are trying to decrease the stiffness of metal devices to values that are average for bone tissue by mean of developing such materials like titanium and zirconium allows with a Young's modulus of 80-100 GPa and 47-50 GPa. But these values are still much higher than values of spongy bone tissue. As alternative methods we can use newest composite polymeric materials, which were developed recently.

The aim was to analyze the range of modern polymeric materials and their mechanical properties and to choose the most suitable for further investigations.

Results and discussion: The mechanical properties of polymeric materials depend not only from the chemical structure but from the technological process, molecular weight, the structure of the material, directions of the fibers (armed material). The variety of polymers includes such materials as polyamide, polyethylene, polyurethane, carbons, polymethylmethacrylate, polyesters. The most suitable, according to the mechanical properties of cancellous bone, is polyglycolide – a dimer of polyglycolic acid (PGA). It's compression strength (263,4 MPa) and tensile strength (122,5 MPa) are more than the strength of bone tissue. It's Young's modulus is almost the same as of the bone tissue (7,1-10,0 GPa). Additional benefit of this polymeric material is its biodegradable properties, so additional surgical procedure to remove the fixing device is unnecessary.

The PGA fixing devices were used for internal fracture fixation of methaepiphysial fractures in 48 patients with good results in 92,6 % of patients and 7,4 % of satisfactory results (20–27 years of follow-up). The results of treatment are comparable with metal osteosynthesis but expenses are much less.

Conclusions. We consider that from all available polymers the mechanical properties of PGA are more suitable for fixation of spongy bone fractures. However it needs some evaluation and research work to handle its biodegradable properties.

Asare B.A., Quansah B.A., Omer R.M., Dudko O.G.

BIOMATERIALS IN ORTHOPEDIC SURGERY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Traumatology, Orthopaedics and Neurosurgery and Emergency Medicine

(scientific advisor - M.D. Dudko O.G.)

Actuality. In our daily orthopedic surgeries, there is a need to use the materials which can be implanted in human organism for the following reasons: to replace the part of bone tissue, to immobilize fracture fragments, to perform arthroplasty, as containers for the slow continuous release of medications in humans' organism. The materials with such properties are called biomaterials and they include a wide range of synthetic or natural substances, which does not cause any negative effect on surrounding tissues or whole organism.

Aim. To review different types of biomaterials and to determine the most suitable and perspective materials for orthopedics and traumatology.

Results and discussion. Biomaterials of natural origin are used for many years. The most common is a spongy bone that is taken from other sites of the same patient, other patients or cadaver and can be used for bone grafting. Biomaterials of synthetic origin have some advantages: the ability to achieve the desired properties needed for some particular aims, they can be produced in big amounts and may be inexpensive. These materials include metal alloys (titanium, zirconium and nitinol), bioinert polymers (polytetrafluoroethylene, carbon composites, polyurithane, polyethylene, polyamid-6, polyamid-6,6, polyamid-6,10, polyamid-11, polyamid-12 (P-12), polymethylmetacrylate).

Polymethylmetacrylate is an artificial adhesive material, which hardens within few minutes and is used for joining artificial implants to the bone tissue. Bioinert material P-12 and bioresorbable material polyglycolic acid (PGA) have been designed by department of orthopedics, traumatology and neurosurgery of Bukovinian state medical university. They have mechanical properties similar to bone tissue. These devices can be used for open reduction and internal fixation (ORIF) fractures in sites that does not undergo intensive physical bearing. High biocompatibility of P-12 was proved in experimental studies on dogs and clinical trials with implantation prosthetic devices of hip and shoulder joints, radial head, and numerous fixing devices for ORIF fractures of different localizations with follow up within 40 years.

Conclusions. For various purposes, different properties of materials are considered. For implants that have to be implanted in human organism for a long period, essential properties are high biocompatibility. For implants with frictional surfaces such property of material as low wearing (as ceramics, cross linked polyethylene and P-12) is essential. The most suitable materials for ORIF are titanium (as highly bioinert) and PGA as bioresorbable material.

Perspectives and further research. The main ways of improvement biomaterial properties are changing of chemical structure, using alloying additions (nitrogen, chrome, etc), changing surface structure (roughness, porosity), creating a transmitting interface between implant and bone tissue to defend from metal corrosion, to manage their osteoconductive and osteointegrative properties.

Ахтамов А.А., Гаффаров А.Н., Карабаев Ш.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра травматологии и ортопедии

(научный руководитель - д.мед.н. Ахтамов А.А.)

Острый гематогенный метафизарный остеомиелит у детей первых месяцев жизни, как правило, протекает с вовлечёнными в воспалительный процесс прилежащих крупных суставов.

Несвоевременная диагностика и неадекватное лечение может послужить причиной генерализации воспалительного процесса и приводит к тяжёлой инвалидизации ребёнка.

Цель: Изучить эффективность хирургической коррекции компонентов тазобедренного сустава у детей с патологическим вывихом бедра.

Материалы и методы: В отделении детской ортопедии в период 2010 года по 2012 года хирургическое вмешательство на проксимальном отделе бедренной кости выложено у 68 пациентов в возрасте от 2 до 12 лет.

В основу работы положен анализ результатов обследования 68 детей.

В качестве показателей используемые для определения тяжести патологии и характера объёма хирургического вмешательства оценивались ацетибулярный угол, угол вертикального наклона впадины, шеечно-диафизарный угол, угол антиверзии, степень смещения проксимального отдела бедра относительно впадины.

Угол необходимой коррекции рассчитывали с помощью меридианов на МСКТ и рентгенологических обследований. Величина угла поворота шейки-головки бедренной кости варьировало в пределах от 15 по 550 в зависимости от величины патологического очага. При выраженных патологических изменениях проксимального отдела бедренной кости выполняли подвертельное варизирующее деторсионная остеотомия. В стадии исхода при неправильно сформированной грибовидной головке, укорочение шейки выполняли вальгизирующие остеотомии.

Результаты: Хороший результат получен у 36 (53%) больных. У них походка не изменена, жалобы нет, сгибание до 1000, отведение и приведение не менее 300.

Удовлетворительный результат получен 24(35%). У больных отмечается укорочение до 1 см, прихрамывание, жалобы на усталость, ограничений движений (сгибание до 1100, отведение до 200).

Неудовлетворительный результат наблюдалось у 8 (12%) больных. У больных укорочение 2-3 см, хромата, боли, контрактуры, значительные функциональные нарушения.

Выводы:

1. Современные лучевые методы диагностики обеспечивают возможность своевременной и достоверной оценки структурной и пространственной патологии сустава.

2. Результат лечения больных зависят от возраста ребёнка и характера предшествующего лечения патологического процесса.

3. С целью своевременной диагностики развития коксартроза больным, после начала осевой нагрузки необходимо проводить контрольное клиническое и рентгенологическое обследование каждые 3-6 месяцев первого года и один раз в год.

Ахтамов А.А., Ишанкулов Ш.З., Пак В.В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра травматологии и ортопедии

(научный руководитель - д.мед.н. Ахтамов А.А.)

Актуальность: Проблема лечения врожденного вывиха бедра у детей до настоящего времени не решена как в отношении сроков, так и в отношении вида оперативного вмешательства. Поэтому внимание ортопедов направлено на поиск новых и совершенствование известных методов хирургического лечения врожденного вывиха бедра.

Цель: Изучить результатов лечения детей младшего возраста с врожденным вывихом бедра.

Материал и методы: В отделении детской ортопедии операция на диспластическом тазобедренном суставе выполнена 88 больным (102 сустава) в возрасте от 2 до 6 лет. 62 больным произведено открытое вправление с корригирующей остеотомией бедра с пластикой крыши вертлужной впадины. В 26 наблюдениях ограничились только остеотомией бедренной кости без открытого вправления головки бедренной кости. Детям в возрасте 2 лет выполнено 16 операций, 3 лет - 22, 4 лет - 32, 5 лет - 20, 6 лет - 12.

В клинике детской ортопедии нами разработан способ формирования собственной связки головки бедренной кости. При разработке способа мы постарались устранить недостатки прототипа и аналогов, уменьшить продолжительность и травматичность операции, обеспечить воссоздание одной и более физиологической связок головки бедренной кости.

Предложенная операция проведена 26 больным (32 сустава) с врожденным вывихом бедра II-III степени при антеторсии, не превышающей 450. Большинство детей оперировано в возрасте от 2 до 5 лет.

После операции фиксации конечности осуществилась в течение 4 недель. Послеоперационное течение гладкое. ЛФК начата через 1,5 месяца, дозированная нагрузка разрешена через 11 месяцев, полная - через год после операции.

Движения в оперированном суставе восстановлены через 3,5 месяца. При осмотре через 4 года жалоб нет, при ходьбе не хромает, симптомы врожденного вывиха бедра слева не определяются. Движения в тазобедренном суставе и сила мышц нормальные. Истинный угол антеторсии через 4 года - 270, истинный шеечно-диафизарный угол - 1210, таким образом, истинный угол антеторсии за 4 года уменьшился на 170.

Выводы: Предлагаемый способ позволяет создать оптимальные условия для сращения связки за счет соединения морфологически однородных структур, обеспечить стабилизацию в вертлужной впадине, а также предупредить компрессию суставных концов в процессе роста ребенка.

Восстановленная круглая связка способствует формированию анатомически нормального шеечно-диафизарного угла и предотвращает развитие патологической антеторсии.

Бабиш Р.В., Сковрон М.В., Новікова І.М.

ПРИЧИНИ НЕСТАБІЛЬНОСТІ НАКІСТКОВОГО МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПОШКОДЖЕНЬ ГОМІЛКОВОСТУПНЕВОГО СУГЛОБУ

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

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - к.мед.н. Ковалишин Т.М.)

Актуальність теми: Закриті пошкодження ділянки гомілково-ступневого суглобу, що супроводжуються його переломом, для успішного результату лікування потребують застосування хірургічного втручання, яке передбачає накістковий остеосинтез із застосуванням металокопункцій, котрі усувають нестабільність дистального тібіо-фібулярного зчленування. На сьогоднішній день для його остеосинтезу в практиці травматологів-ортопедів отримало заслужене визнання застосування довгих гвинтів, введених до великогомілкової кістки через накісткову пластину на малоомілковій кістці. Однак, у деяких пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді наставав перелом металокопункцій. Мета роботи: На основі поглибленого вивчення анатомічних особливостей даної ділянки та власного аналізу існуючих біомеханічних і 3D-кінематичних моделей функціонування компонентів гомілково-ступневого суглобу здорової людини, власного обстеження та вимірювання оцифрованих серійних рентгенограм даної ділянки, на яких зареєстровано також руйнування металокопункцій, огляду самих фіксаторів після їх видалення, нами реалізована спроба виявити причини таких ускладнень. Матеріалом роботи послуговували анатомічні атласи та електронні інтернет-публікації спеціалізованих сайтів, історії хвороб та оцифровані рентгенограми хворих, оперованих у медичних закладах, металокопункції після їх видалення тощо. Результати роботи дозволили зробити попередні висновки про те, що в анатомо-біомеханічному плані гомілково-ступневий суглоб – складна активна багатокомпонентна структура, при механічному пошкодженні якої виникає не лише порушення взаємного розташування раніше цілісного, а й дезорганізація та розлади функціонування, просте механічне усунення яких металокопункціями для остеосинтезу не завжди дозволяє успішно розпочати ранню реабілітацію та досягти бажаного функціонального результату. Щонайменшою причиною згаданих помилок є недостатні знання про ушкоджені компоненти, неадекватний вибір фіксаторів та недотримання правил металоостеосинтезу.

Бондарчук І.В., Голубова Ю.І., Арделян А.О.

БОЛЬОВІ СИНДРОМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ВІСЦЕРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П.Є.)

Актуальність теми. У більшості випадків, больові синдроми поперекового відділу хребта (БСПВХ) розглядаються спеціалістами, як прояви дегенеративно-дистрофічних змін у хребті, оскільки больовий синдром один із найбільш ранніх проявів вертебральної дисфункції. Проте такий підхід є одностороннім і не завжди відповідає істині, а самі результати лікування БСПВХ бажано бути кращими. За даними літератури, у 70-90% пацієнтів больові відчуття в поперековому відділі хребта через деякий час повторюються. У 85% пацієнтів не можна визначити точно патологоанатомічний діагноз, оскільки зв'язок між клінічними симптомами й результатами візуальних досліджень низький. Мета дослідження – покращити результати діагностики та лікування БСПВХ.

Завдання – визначити динаміку тонузу м'язів поперекового відділу хребта, таза та нижніх кінцівок за допомогою методів прикладної кінезіології.

Матеріали та методи. Обстеження у хворих з БСПВХ виконано 50 пацієнтам віком від 20 до 25 років, яким було проведено опитування на визначення болю в спині за опитувальником «Paindetect». Всі пацієнти були поділені на дві групи: основна – 28 і контрольна -22 особи. Проводили м'язеве тестування наступних м'язів – m.qvad. lumborum, m.tensor f. latae, m.ileus psoas, m.qvad. femoris з обох сторін. Визначалися порушення вісцеромоторних взаємозв'язків.

Результати дослідження. У 22 осіб, що склали контрольну групу виявили одностороннє ослаблення тонузу даних м'язів, причиною яких були біомеханічні порушення хребців поперекового відділу хребта, а у 28 пацієнтів основної групи - двобічне зниження тонузу діагностованих м'язів, що трактується як порушення вісцеромоторних взаємозв'язків. Було встановлено дисфункцію товстої кишки, яка призвела до зниження активності вісцеромоторних рефлексів, що проявилася гіпотонією відповідних (асоційованих з органом) м'язів. Основною причиною дисфункції товстої кишки були паразитарна інвазія та дисбактеріоз. Призначена терапія оцінювалася, перш за все, по здатності організму відновити тоногенність гіпотонічних м'язів, а значить і нервової системи. Такий підхід був етіопатогенетичним, оскільки забезпечував ефективну роботу механізмів самовідновлення організму і направлений на оптимізацію здоров'я. Аналіз віддалених результатів показав, що у 96% пацієнтів основної групи, після проведеного лікування, ознаки болю в спині відсутні.

Висновок. Дослідження тонузу скелетних м'язів може бути використано в діагностиці різноманітних систем та органів. Функціональна слабкість м'язів є індикатором функціональної неспроможності цих систем та органів і провокатором больових симптомів у компенсаторно переважаних ХРС та м'язах. Застосування даного методу - м'язевого тестування- дозволило отримати позитивні результати у 96% пацієнтів з БСПВХ.

Бондрабура А.Л., Кміть Н.В.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ В ТРАВМАТОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ ЛШМД М. ЧЕРНІВЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П.Є.)

Актуальність. Ендопротезування кульшового та колінного суглобів на сьогоднішній день є найбільш прогресивним методом хірургічного лікування уражень суглобів різної етіології, котрий швидко розвивається та знаходить все ширше застосування в ортопедичній практиці.

Статистика свідчить, що в середньому щорічно в протезуванні потребують близько 500–1000 хворих та травмованих на 1 млн. населення. Тобто щорічно в нашій країні протезування потребують 25 – 40 тисяч хворих.

Мета роботи. Оприлюднення результатів ендопротезування кульшового та колінного суглобів в травматологічному відділенні ЛШМД м. Чернівці.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історій хвороб 219 хворих, яким було виконано ендопротезування кульшового та колінного суглобів, на базі травматологічного відділення для дорослих ЛШМД м. Чернівці з 2008 по 2013р. Серед обстежуваних груп основну масу склали жінки (62%).

Результати. Проводячи аналіз історій, спостерігається зростання кількості протезувань: 2008р. – 3 (1,5%), 2009р. – 25 (11%), 2010 – 29 (13%), 2011 – 58 (26,5%), 2012р. – 62 (29%), 2013р. – 39 (19%) операцій на рік.

Основними нозологічними одиницями, з приводу яких було проведено ендопротезування кульшового суглобу є: переломи шийки стегнової кістки - 141 (66%), коксартроз III ст., різного генезу - 65 (30%), незрощений перелом - 1 (0,5%), несправжній суглоб шийки стегнової кістки - 2 (1%).

У структурі ендопротезування кульшового суглобу, окремо слід виділити ревізійне ендопротезування внаслідок: міграції тазового компоненту ендопротезу - 4 (2%), розхитування ніжки ендопротезу - 1 (0,5%).

Окремо слід виділити ендопротезування однополюсним ендопротезом «Double Cup» число яких склало – 22 протезування (10,5%), яке застосовувалося в хворих старшої вікової групи із соматичними порушеннями, яким необхідно швидко та якісно виконати оперативне втручання та швидко відновити рухову активність.

Протезування колінного суглобу склало лише 5 (2,3%). Їх причинами були такі захворювання, як: коксартроз колінного суглобу, неправильно зрощений перелом виростків стегнової та великогомілкових кісток.

Розглядаючи вікову структуру протезування, то хворих можна виділити 4 групи: хворі віком 50-60 років – 26 (12%), 60-70р – 82 (37,5%), 70-80р – 97 (44,5%). та більше 80р. – 13 (6%).

В післяопераційному періоді спостерігались такі ускладнення: тромбоемболія легеневої артерії – 2 (1%), нагноєння м'яких тканин та післяопераційний остеомієліт – 3 (1,5%), вивих головки ендопротезу – 6 (3%), перипротезний перелом – 3(1,5%).

Аналізуючи віддалені результати ендопротезування кульшового та колінного суглобів, встановлено що у 86% пацієнтів отримано добрий показник якості життя.

Висновки. Отже, ендопротезування кульшового суглоба на сьогоднішній день є одним з найбільш ефективним методом відновлення функції суглоба у хворих старшого віку при різного роду ушкодженнях та дегенеративно-дистрофічних захворюваннях суглобів, що дозволяє досягти соціальної адаптації хворих більш старшого віку та отримати біля 86% добрих показників якості життя.

Гринчук М.М.

ВИКОРИСТОВУВАННЯ СЕЛЕКТИВНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АНГІОГРАФІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ХВОРИХ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Шутка В.Я.)

Актуальність теми: Цереброваскулярні захворювання займають третє місце з-поміж основних причин загальної смертності у світі. Вони призводять до важких церебральних катастроф, які супроводжуються високим рівнем інвалідності. У Чернівецькій області розповсюдженість цереброваскулярної патології становить 6914,8 та захворюваність 776,6 на 100 000 дорослого населення у рік.

Актуальність впровадження нових методів обстеження та лікування хворих з цереброваскулярною патологією у Чернівецькій області є найгострішою, про що свідчать статистичні дані по захворюваності, розповсюдженості та смертності.

Матеріали і методи: Судинні захворювання головного мозку, як в Україні, так і в інших країнах світу є однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем сучасності. Вони призводять до важких церебральних катастроф, які супроводжуються високим рівнем інвалідності та смертності.

Не дивлячись, на наявність в обласному центрі комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, іноді не уявляється можливим поставити достовірний діагноз та диференціювати між деякими іншими захворюваннями головного мозку. Золотим стандартом в дослідженні судин, залишається рентгенівська ангіографія. На базі обласного кардіологічного диспансеру вперше на Буковині розпочато проведення селективної церебральної ангіографії (ЦАГ). Процедура ЦАГ виконується наступним чином: в ділянці пахової складки проводять прокол стегнової артерії і через спеціальний пристрій (інтродюсор) до дуги аорти проводять діагностичний катетер. По ньому в просвіт досліджуваної артерії вводять рентген контрастну речовину. Таке обстеження дозволяє визначити пошкодження судин (стеноз, аневризму, мальформацію).

Таким чином, було підтверджено діагноз спонтанний субарахноїдальний кроволив (САК) у пацієнта С. 34 роки, адже КТ і МРТ головного мозку не давали достатньої інформації, щодо остаточного діагнозу. Окрім цього, за допомогою селективного ангіо дослідження вертебро-базиллярного басейна справа, було визначено причину спонтанного САК - венозна ангіодисплазія судин правої потиличної доли. Пацієнтка Ж. 55 років звернулась з діагнозом інтрацеребральна кіста лівої скроневої доли нез'ясованого генезу, судомний синдром. Обстеження: КТ, МРТ головного мозку електроенцефалографія, ехоенцефалоскопія. Після проведення ЦАГ було виключено судинний і туморозний генез даної кісти і виставлено діагноз - вроджена церебральна кіста лівої скроневої доли. Хвору скеровано на лікування до невролога-епілептолога.

Результати: За допомогою селективної церебральної ангіографії було встановлено остаточний діагноз, який неможливо було визначити за даними комп'ютерної, магнітно-резонансної томографій, та інших додаткових методів обстеження; церебральна ангіографія залишається методом вибору в дослідженні судин головного мозку, диференціації між деякими іншими захворюваннями центральної нервової системи.

Гриньова В.В., Люта О.Р.

ВПЛИВ ТРЕНУВАНЬ НА СТАН ІМУНІТЕТУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Бірюк І.Г.)

Актуальність теми. За даними літератури фактори, які послаблюють системну ланку імунітету прийнято розділяти на екзогенні та ендогенні. До екзогенних причин необхідно відносити надмірні фізичні навантаження та психоемоційні перевантаження, а до ендогенних - генетичні порушення, гормональні зміни, вогнища хронічної інфекції та грибкові ураження. Екзогенні чинники, безпосередньо пов'язані з тренуваннями. Стан імунітету залежить від обсягу та інтенсивності фізичних навантажень. За відповідності навантаження функціональному стану організму атлета імунітет не падає, а навіть поліпшуються його резервні можливості. Якщо ж навантаження не відповідає можливостям людини, то настає перевтома та перетренованість, послаблюється імунітет і людина починає часто хворіти.

Мета дослідження. Вивчити вплив тренувань на стан імунітету студентської молоді.

Матеріали та методи. Під наші спостереження знаходилося 22 спортсмени чоловічої статі віком 18-21 року, які піддавалися інтенсивним фізичним навантаженням впродовж тренувального процесу. Результати дослідження. Значні за обсягом та інтенсивністю фізичні навантаження примушують активно працювати всі системи організму, в тому числі й ефекторної системи неспецифічного протиінфекційного захисту. У даній групі спортсменів вивчалися показники неспецифічного протиінфекційного захисту - фагоцитоз поліморфноядерних лейкоцитів за загальновідомими імунологічними методами. Фізичні навантаження спортсменів у тренувальному процесі призводили до порушення фагоцитозу поліморфноядерних лейкоцитів, які характеризувалися зниженням на 29,7% їх фагоцитарної активності та на 38,8% - фагоцитарного показника. Порушення фагоцитозу нами спостерігалось на перших етапах захоплення мікроорганізму. Ці порушення були зумовлені зниженням опсонізації мікроорганізмів за рахунок суттєвого (у 2 рази) зниження активності системи комплементу та концентрації (у 2 - 4 рази) природних антитіл.

Висновки. Слід зауважити, що за даними багатьох наукових публікацій, у разі виснаження імунітету у наслідок перетренованості він самостійно не відновлюється. Тому, такі молоді люди потребують негайної консультації у лікаря імунолога з подальшою його корекцією та реабілітацією. До моменту відновлення імунітету повноцінно тренуватися неможливо у зв'язку з тим, що він не може повноцінно адаптувати організм до фізичних навантажень, а також підняти рівень тренованості.

Жураев И.Г., Абдурахмонов У.А., Аширов М.У.

ЛУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОАРТРОЗАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра травматологии и ортопедии

(научный руководитель - д.мед.н. Уринбаев П.У.)

Актуальность работы. Изучение причин несращений и ложных суставов служит для определения приемлемой тактики лечения свежих переломов. По данным ряда авторов при применении консервативного метода лечения неудовлетворительные результаты достигают от 8 до 15% случаев, при применении оперативного метода от 6 до 9% из всего количества оперированных. Псевдоартрозы после лечения диафизарных переломов плечевой кости наблюдаются у 10% пациентов.

Цель работы. На основе анализа результатов хирургического лечения несращений и ложных суставов плечевой кости определить показания к тому или другому методу оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты хирургического лечения несращений и ложных суставов плечевой кости у 28 больных. Мужчин было -15, женщин -13. По возрасту больные распределялись: 18-35 лет - 13, 35-59 лет -13, 60 и старше-2.

У 10 больных были несращение перелома, у 18-ложные суставы. Среди последних у 7 больных ложные суставы имели внутрикостные и накостные фиксаторы. В литературе описано о том, что в 96% случаях ложные суставы связаны с местными причинами: смещение отломков, повреждение надкостницы, нарушение местного кровообращения, интерпозиция мягких тканей, некачественная краткосрочная иммобилизация, наличие микродвижений между отломками, диастаз и пр.

Выводы: Наш анализ хирургического лечения несращений и ложных суставов плечевой кости свидетельствуют о том, что при лечении больных показано.

1) Закрытое наложения аппарата Илизарова, у больных с несросшимися переломами, в том числе с наличием интрамедуллярного штифта;

2) Операция: очищение, фиксация спицами с наложением или без наложения аппарата Илизарова, у больных с надмыщелковым переломом.

3) Интрамедуллярный остеосинтез в сочетании с аппаратом Илизарова.

4) Костная пластинка в сочетании с компрессионным остеосинтезом.

5) Интрамедуллярный остеосинтез (стержнем, тремя спицами), костная пластика, компрессионный остеосинтез.

6) Накостный остеосинтез, серкляжные швы, с применением или без применения костной пластики.

7) Удаление накостного фиксатора, резекция концов отломков, ушивание нерва, интрамедуллярная фиксация спицами, применение аппарата Илизарова.

Зубанов П.С.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Зінченко А.Т.)

Актуальність. Переломи фаланг пальців кисті посідають перше місце серед усіх переломів кісток кисті. Ускладнення при лікуванні переломів фаланг пальців кисті знижують працездатність, а у деяких хворих потребують зміни професії. Особливого підходу в лікуванні потребують скалкові внутрішньосуглобові переломи.

Мета дослідження. Покращення результатів оперативного лікування скалкових внутрішньосуглобових переломів фаланг пальців кисті за рахунок використання сучасних методик, технологій і конструкцій, які скорочують терміни непрацездатності, дають змогу раннього застосування реабілітаційних заходів.

Матеріали та методи. При внутрішньосуглобових скалкових закритих переломах фаланг пальців кисті в деяких випадках, коли консервативна терапія неефективна, застосовується оперативне лікування: відкрита репозиція уламків з остеосинтезом спицями або мініпластинами та гвинтами АО. При цьому частіше використовують дві спиці Кіршнера, які проводять по перехрещених напрямках з попередньою адаптацією співставлених уламків. Але при такому традиційному способі відновлення повної конгруентності суглобових поверхонь не завжди вдається: порівняно часто настає зміщення уламків під час проведення спиць і в післяопераційному періоді. Для усунення цих недоліків нами пропонується спочатку провести співставлення і стабільну фіксацію уламків, які приймають участь в утворенні суглобових поверхонь фаланг з допомогою поперечно проведеної спиці, а потім їх фіксацію звичайним способом - проведення двох спиць в перехрещених напрямках.

Результати дослідження. Прооперовано вищезапропонованим способом 14 хворих з внутрішньосуглобовими переломами фаланг пальців. Середній вік хворих становив 37 років. Чоловіків було - 10 (71,42%), жінок - 4 (28,58%). Побутові пошкодження склали - 9 випадків (64,28%), виробничі - 5 (35,72%). Загоєння післяопераційних ран та зрощення переломів наступило в оптимальні терміни, інфекційних ускладнень не було. У 2 (14,28%) хворих спостерігалися згинальні контрактури пальців кисті, у 12 - (85,72%) отримано добрі анатомічні та функціональні результати.

Висновок. Запропонована методика сприяє більш точному і стабільному співставленню кісткових фрагментів. При цьому, скорочується час фіксації основних кісткових уламків, що позитивно впливає на якість лікування, скорочує його строки і дозволяє в більш ранній період після операції проводити фізіофункціональне лікування і реабілітаційні заходи.

Іванов А.С., Чобан В.Р., Уличный В.И., Татаренко Д.П.

НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Луганський державний медичний університет, Луганск, Україна

Кафедра патофізіології

(науковий керівник - д.мед.н. Казимирко Н.К.)

Понимание патогенетических процессов при ЧМТ значительно углубилось за последние несколько десятилетий, что позволило создать новые препараты, которые оказались достаточно эффективными при лечении ЧМТ в условиях эксперимента.

Установлено, что экзогенно вводимый в посттравматический период прогестерон способен снизить летальность и улучшить восстановление при различных типах экспериментальных центральных поражений мозга у животных, включая гипоксические, ишемические и травматические мозговые модели повреждения. В частности, у животных с экспериментальной ЧМТ, назначение прогестерона в посттравматическом периоде, позволяет уменьшить отек мозга, снизить степень свободно-радикального повреждения и предотвратить нейронную потерю.

Целью работы является изучение влияния прогестерона на клетки головного мозга, как нейропротектора, при терапии ЧМТ, а также влияние его на процессы вторичной гибели нейронов и предотвращения ее.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 66 белых крысах одного возраста и пола (самцы) которым экспериментально была смоделирована тяжелая ЧМТ, путем падения шарика массой 20 грамм с высоты 15 см. в аппарате для моделирования ЧМТ. В последствии все особи были разделены на две группы: основную (включала 45 особей) и контрольную (включала 21 особь).

Первое введение прогестерона составило 1 мг/кг в/м, затем введение осуществляли по 0,5 мг/кг в/м в течении 5 суток. На пятые сутки эксперимента наблюдали выраженное улучшение состояния особей основной группы по сравнению с контрольной, улучшились показатели дыхания и сердечной деятельности. На десятые сутки эксперимента наблюдали переход пяти особей основной группы в вегетативное состояние и гибель пяти особей, остальные животные пошли на поправку и постепенно самостоятельно начали принимать пищу. В контрольной группе десять особей погибло, пять перешли в вегетативное состояние, остальные пошли на поправку. На тридцатые сутки эксперимента было зафиксировано полное выздоровление выживших 30 особей из основной группы, выжившие 6 особей контрольной группы имели отдаленные последствия перенесенной ЧМТ, что во многом затрудняло и ухудшало период их дальнейшей реабилитации.

В эксперименте на животных назначение прогестерона позволяет в посттравматическом периоде уменьшить отек мозга, предотвратить вторичную нейрональную потерю. Назначение прогестерона экспериментальным животным в дозе 200 – 250 мг/сут. в течении 5 дней способствует снижению дозы седативных препаратов, предотвращает нарушение дыхания и гемодинамики в остром периоде, а в дальнейшем улучшает период реабилитации и перехода в вегетативное состояние.

Коба І.Ю.

ДИНАМІКА ЗАГОЄННЯ ПЕРЕЛОМІВ В УМОВАХ ЙОДОДЕФИЦІТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П.Є.)

Актуальність питання. Остеопороз системне захворювання скелета яке характеризується зменшенням маси кістки в одиниці об'єму та порушенням мікроархітектури кісткової тканини. Основним проявом остеопорозу є підвищена крихкість кісток та, як наслідок переломи. За даними ВООЗ близько 35% усіх переломів у жінок та 20% - чоловіків є наслідком остеопорозу. На фоні порушень взаємодії процесів руйнування та синтезу кісткової тканини при остеопорозі є дуже актуальним питання корекції репаративного остеогенезу після перелому.

Мета дослідження. Оцінка репаративної регенерації кістки на фоні йододефіциту, та за умов його корекції.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на 63 білих рендобрендних щурах 3-х місячного віку. Моделювання йододефіциту здійснювали шляхом додавання до питної води перхлорату натрію (1 мг на 100 г живої ваги) 1 міс. Через 1 міс. з початку експерименту, всім щурам виконано транскортикальний дефект у діафізі стегна. Тварин розділено на 3 групи: 1 група - 21 тварина з модельованим гіпотеріозом, яким продовжили введення перхлорату натрію; 2 група - 21 тварина, яким після операції почали введення Йодомарину 100 та селену активного; 3 група - 21 тварина - контрольна група. Щурів виводили з експерименту на 3, 7, 14, 21 добу. Для гістологічного дослідження відбирали фрагменти діафізів стегна з ділянками дефектів.

Результати дослідження. Показано, що через 3 доби після операції у тварин 1 групи, в ділянці дефекту розташовувалася гематома без ознак перебудови. У щурів 2 та 3 груп, під час гістологічного дослідження встановлено, що між товстими фібриновими волокнами знаходилась велика кількість еритроцитів, лейкоцитів, а також залишки зруйнованих клітин. На 7 добу в тварин 2 та 3 груп, ділянка між фрагментами кіркового шару була заповнена сіткою молодих кісткових трабекул та фіброретикулярною тканиною, що межувала з ділянками грануляційної тканини та невеликими залишками кров'яного згустку. Через 14 днів в зоні кісткового дефекту стегнової кістки щурів в усіх групах спостерігалась молода кісткова тканина, фіброретикулярна тканина та невеликі залишки гематоми. Виявлено, що відносна площа кісткової тканини у ділянці дефекту тварин 1 групи була в 1,18 та 1,32 рази меншою в порівнянні з 3 та 2 групами відповідно. На 21 добу в зоні дефекту у щурів 2 та 3 груп мало місце формування кісткової тканини, що з'єднувала краї материнської кістки. Однак у тварин 1 групи, була погіршена якість кістки за рахунок формування мікротріщин, базофілії цементних ліній, підвищення остеоецінарного остеолізу, на що вказували розширені з нерівними контурами лакуни остеоецінів.

Висновки. Отже за умов йододефіциту процеси репарації були сповільнені, а якість регенерату значно знижена. При корекції йододефіцитних станів у пацієнтів з остеопорозом можна значно зменшити тривалість та підвищити якість лікування переломів.

Кизима І.М., Маліневська О.В.

ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ СТУДЕНТІВ-СПОРТСМЕНІВ З БОЛЯМИ В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Циркот І.М.)

У 1973 році вперше японським лікарем Кензо Касе було запропоновано метод кінезіотейпування. Кінезіотейпи, як еластичні клейкі стрічки, виготовлялися з високоякісної бавовни та покривалися гіпоалергічним шаром клею на акриловій основі. Бавовняна основа тейпів дає можливість не порушувати дихання шкіри та випаровування з її поверхні.

Метою дослідження було проаналізувати та узагальнити дані по застосуванню кінезіотейпів у студентів-спортсменів з больовим синдромом у поперековому відділі хребта, визначити покази до кінезіотейпування та оцінити ефективність кінезіотейпування поперекового відділу хребта при двосторонній функціональній гіпотонії m. quadratus lumborum.

Матеріал і методи. На базі кабінету відновного лікування "МедАльтернатива" (м. Чернівці) у 2012-2013 роках було проведено відновне лікування 17 спортсменів із больовими синдромами поперекового відділу хребта. Середній вік хворих був 19,5 років. В основному – це були дівчата 11 (65%) і лише 6 (35%) – хлопці.

Фіксацію поперекового відділу хребта проводили м'язово-фасціальним кінезіотейпом, який моделювали в положенні згинання тулуба по гіпотонічних m. quadratus lumborum У-подібним способом та підсилювали додатковим тейпом (поперечною стрічкою на рівні L4-L5-S1). В середньому фіксація тривала від 5 до 10 днів.

Проаналізувавши причини погіршення загального стану пацієнтів (зменшення рухової активності та збільшення больового синдрому) після релаксуючого масажу спазмованих м'язів та відчутне покращання при фіксації поперекового відділу хребта корсетом або тугим бинтуванням ми отримали одне із клінічних підтверджень правильності наших поглядів на дану проблему. Проте, фіксація корсетом поперекового відділу хребта не завжди була комфортною для пацієнта, а тим більше для спортсменів і людей, які ведуть активний спосіб життя. Зважаючи на вище наведене, ми використовували кінезіотейпи, які мали цілий ряд суттєвих переваг над корсетами і тугим бинтуванням.

Кінезіотейпування посприяло активації мікроциркуляції в шкірі та підшкірно-жировій клітковині, зменшило больовий синдром та відновило функцію гіпотонічного м'язу. На сегментарному рівні вони мали вплив на асоційовані внутрішні органи, що також сприяло активному відновленню студентів-спортсменів. Усі ці якості кінезіотейпів забезпечували створення сприятливих умов для саногенетичних процесів у поперековому відділі хребта. Тому при двосторонній гіпотонії m. quadratus lumborum ми проводили кінезіотейпування поперекового відділу хребта з наступним повторним тестуванням та оцінкою функціонального тону м'язів. У всіх випадках ми отримали відновлення тону m. quadratus lumborum, що свідчило про клінічну ефективність методики. Оцінка функціонального стану м'язів-стабілізаторів поперекового відділу хребта (m. quadratus lumborum) є одним із важливих етапів діагностики та ефективності лікування хворих з болями в поперековій ділянці хребта. Метод мануального м'язового тестування – інформативний засіб контролю за функціональним станом м'язів та периферійної нервової системи.

Миронов Р.А., Марчук И.П., Лях Ю.М.

НЕРВ – СТРУКТУРА ТРЕБУЮЩАЯ БЕРЕЖНОГО ОТНОШЕНИЯ

Луганський державний медичний університет, Луганск, Україна

Кафедра патофизиологии

(научный руководитель - к.мед.н. Шанько В.М.)

Ампутация применялась всегда и во все времена развития человека, не редко это был единственный вариант спасения жизни в эру отсутствия антибиотиков. После произведения этой опасной операции у выживших развивались другие патологические состояния, которые также влекли за собой нарушения качества жизни. Впервые одно из них описано А.Паре, который назвал его фантомными ощущениями или ощущение человеком несуществующей части конечности. Намного позже стало известно, что основной из причин развития фантома является неправильная обработка культы нервного ствола, который просто пересекали, и на проксимальной его части разрастались неврино, которые в дальнейшем и становились одной из причин развития фантомно-болевого синдрома. Способов обработки культы нерва на сегодняшний момент разработано просто предостаточно, но остается открытым вопрос разработки нового инструментария, позволяющего призводить пересечение нервного ствола как с можно меньшим количеством «ступеней» на поперечном сечении нерва и быстрое его отсечении.

Материалом для исследования послужили 20 не востребованных трупов, которым в эксперименте приносили пересечение седалищного нерва при помощи инструмента собственной конструкции. Контрольную группу составили 21 труп, пересечение нерва которым производилось при помощи скальпеля или обычного лезвия бритвы.

Установлено, что при использовании ультра тонкого лезвия для пересечения нервного ствола на площади сечения нерва «ступеней» не образуется, что подтверждается исследованием под микроскопом с увеличением в 10 раз. При использовании лезвия бритвы или скальпеля, поверхность сечения нерва оставалась неровной, с образованием большого количества «ступеней». Также такой способ обработки способствует большей травматизации нервных волокон, что в конечном итоге проявляется развитием неврином. Ультратонкий нож для пересечения нервного ствола, состоит из дуги, в которой расположено лезвие и рукоятки, что позволяет одномоментно и быстро призводить пересечение нерва без дополнительной его травматизации. Лезвие инструмента, в отличие от бритвенного, не подвержено сгибанию и не имеет деформаций и микрозазубрин, что ведет к более точному пересечению нервного ствола.

Использование инструмента для пересечения нерва с ультратонким лезвием, позволит сократить риск образования неврином, а также «ступеней», которые в дальнейшем также могут стать их причиной. При этом уровень травматизации нервного ствола намного ниже.

Новікова І.М., Скворон М.В., Смолинський Е.О.

КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ МНОЖИННІЙ СКЕЛЕТНІЙ ТРАВМІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ З ДОПОМОГОЮ ЛІПІНУ

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

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - викл. Кузь У.В.)

Актуальність. Політравма є надзвичайно тяжкою травмою, закономірним наслідком якої є виникнення травматичної хвороби. Синдром поліорганної недостатності (СПОН) спостерігається у 84,5% хворих з політравмою. В сучасному розумінні СПОН - важка неспецифічна стресова реакція організму, яка виникла внаслідок недостатності двох і більше функціональних систем, характеризується тотальним ураженням всіх органів і систем організму агресивними метаболітами. Характерною особливістю СПОН є невідповідність розвитку ушкодження системи такої глибини, що виникає функціональна та структурна неспроможність органу. Найчастіше у них виникає гостре ушкодження легень. За останні десять років науковців спрямували свої дослідження на вивчення ліпосомальних препаратів, як універсальних мембраностабілізаторів, при різних захворюваннях і патологічних станах.

Мета. Вивчити можливості профілактики виникнення СПОН при множинній скелетній травмі за допомогою Ліпіну в експерименті на дрібних тваринах (щурах).

Матеріали і методи. Дослідження виконали на 45 експериментальних тваринах -дорослих щурах-самцях породи Vistar. Всім тваринам проводили моделювання множинної скелетної травми (МСТ) шляхом відкритої остеотомії обох стегнових кісток в середній третині. Тварин розподілили на 3 групи. У 20 тварин I групи – провели металоостеосинтез (МОС) інтрамедулярними фіксаторами – шплицями. У 20 тварин II групи – виконали МОС інтрамедулярними фіксаторами – шплицями та вводили препарат Ліпін. У 5 тварин III контрольної групи – не проводили жодного лікування МСТ. МОС провели через 3 год після травми. Ліпін вводили внутріочеревину в дозі 50 мг/кг за схемою. Усім тваринам визначили кількісні показники Іл8 в крові і провели цитологічне дослідження вмісту бронхоальвеолярного лаважу.

Результати. Достовірно встановлено, що рівень Іл8 був вищий у тварин III групи в порівнянні з кількісними показниками тварин I та II груп ($p=0,0023$ і $p=0,0014$). В I і II групах достовірної різниці між показниками Іл8 не виявили. Загальна кількість лейкоцитів в респіраторному відділі легень була нижче у тварин I і II груп, в порівнянні з показниками тварин III групи. Окрім того, у тварин I і II груп не виявили достовірної різниці між кількістю лейкоцитів, проте кількість епітеліальних клітин у тварин II групи була достовірно вищою ($p=0,0462$), а кількість епітеліальних клітин з різним ступенем деструкції і недиференційованих клітин - значно менша, ніж у тварин I та III групи ($p=0.00326$).

Висновки. Стабілізація кісткових відламків сприяє зменшенню системної запальної реакції організму при МСК. Ліпін має виражену мембраностабілізуючу дію при МСТ і може застосовуватись для профілактики СПОН, а також для профілактики ускладнень внаслідок МОС так званого «другого удару».

Сирота Б.В., Сирота К.А.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНИМИ АПАРАТАМИ КОСТЮКА В ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П.Є.)

Серед діафізарних переломів довгих кісток – переломи стегнової кістки та кісток гомілки трапляються найчастіше. Переломи стегнової кістки становлять від 10,4 до 23,9% серед усіх переломів довгих кісток та від 13 до 36,3% пошкоджень кісток гомілки. Проблема лікування цих пошкоджень обумовлена великою кількістю невдалих результатів лікування, про що свідчить високий відсоток інвалідності (до 20-30%).

Серед апаратів зовнішньої фіксації вигідно відрізняється від зарубіжних аналогів вітчизняний поліфункціональний стержневий компресійно-дистракційний апарат Костюка, який з 2002 року був впроваджений в практику травматологічної клініки для дорослих лікарні швидкої медичної допомоги та у Центрі травматології та ортопедії м.Чернівці.

Впроваджений пристрій відноситься до односторонніх зовнішніх поліфункціональних фіксаторів на основі стержнів і був застосований при 17 випадках відкритих пошкоджень, 20 – закритих переломах довгих кісток та у 3 випадках остеомієлітичних процесів. Середній вік хворих склав 38,7 років.

За локалізацією переломи розподілялись таким чином: переломи стегнової кістки – 7 (17,5%) випадків, плечевої кістки – 11 (27,5%) випадків, кісток гомілки 21 (52,5%), кісток передпліччя 1 (2,5%).

Переломи були одержані внаслідок: непрямого механізму у 11 хворих, ДТП – 20, падіння з висоти – 5, удар предметом – 4.

За площиною зламу переломи були: гвинтоподібні у 7 хворих, косі – у 10, поперечні – у 3 та багатовідламкові – 19. У всіх хворих спостерігалось зміщення відламків у ширину більше за 1/2 поперечного розміру кістки.

Остеосинтез стержневими апаратами проводився в 8 випадках у першу добу після травми, у 3 до 5 діб, у 19 випадках на 5-12 добу, у 7 пацієнтів – через 2,5-5 місяців після травми. Відкладення виконання остеосинтезу було пов'язано з тим, що пацієнти до поступлення в клініку потребували виведення із стану травматичного шоку або лікувались іншими методами в районних лікарнях.

На нашу думку, апарати Костюка добре зарекомендували себе в клінічній практиці (вони нічим не поступаються зарубіжним аналогам, а по своїм репозиційним властивостям навіть переважають їх) і потребують подальшого широкого впровадження. Від відомих стержневих апаратів даний апарат відрізняється незначною вагою та габаритами, простотою застосування, змогою виконання репозиції відламків в будь – який період лікування. Особливості апарата дозволяють його використовувати для остеосинтезу відкритих та закритих переломів трубчатих кісток кінцівок з мінімальною операційною травмою. Результати, отримані в процесі впровадження даної методики малоінвазивного остеосинтезу показали її високу ефективність, зменшення кількості ускладнень.

Сирота К.А., Сирота Б.В.

БІОХІМІЧНА ОЦІНКА СТАБІЛЬНОСТІ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ БІМПФ-8

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П.Є.)

Вступ. Постійне прагнення до підвищення стабільності фіксації відламків пошкоджених кісток, фізіологічності та анатомічності розробляємих фіксаторів, їх ефективності тощо сприяє появі нових, більш досконалих і зручних конструкцій.

У зв'язку з цим на кафедрі травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинської державного медичного університету (розроблено нове покоління конструкцій для малоінвазивного остеосинтезу – блокуючий інтрамедулярний металополімерний фіксатор восьмої моделі БІМПФ-8

Мета дослідження. Провести оцінку біомеханічної стабільності блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу БІМПФ-8 діафізарних переломів великогомілкової кістки без розсвердлювання кістково-мозкового порожнини.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на препаратах свіжих великогомілкових кісток, вилучених при аутопсії у померлих раптовою смертю внаслідок нещасних випадків. Усі препарати було поділено на три групи по 9 препаратів в кожній: 1 – цілі кістки, 2 – препарати, синтезовані, після поперечної остеотомії нижньої третини діафізу, БІМПФ – 8, 3 – препарати, синтезовані, після поперечної остеотомії нижньої третини діафізу, КМПФ – 3

З кожною групою препаратів проведено дослідження що до оцінки їх деформативності при згині в 4-х напрямках: дорсо-ветральному, ветро-дорсальному, медіо-латеральному, латеро-медіальному. Отримані результати оброблені за методикою статистичної обробки за малими вибірками.

Результати та їх обговорення. Проведені дослідження дозволили провести порівняльний аналіз стабільності фіксації поперечних діафізарних переломів великогомілкових кісток за допомогою КМПФ-3 та БІМПФ – 8, порівнюючи величину виникаючих прогинів у дорсо-ветральному, ветро-дорсальному, медіо-латеральному, латеро-медіальному напрямках з своєрідним умовним еталоном – препаратами цілої непошкодженої великогомілкової кістки.

Лише на підставі комплексної оцінки стабільності остеосинтезу в умовах дії всіх видів простих та складних навантажень можна дати оцінку ефективності застосування певної фіксуєчої конструкції, її можливості використання що до здійснення остеосинтезу того чи іншого виду перелому відповідного рівня локалізації.

Висновки.

1. Оцінка ефективності фіксуєчих конструкцій повинна здійснюватись на основі комплексного підходу, який враховує всі види простих та складних навантажень, а результати біомеханічних досліджень дозволяють визначити шляхи вдосконалення конструкцій фіксаторів.

2. Підтверджено, що при згині усіх груп препаратів в будь-якій площині виникає явище складного опору – косий згин, тобто – деформація препаратів в 2-х площинах: в силовій (в тій, що здійснюється навантаження) та в площині, яка перпендикулярна до неї.

3. Визначено, що при поперечних діафізарних переломах великогомілкових кісток застосування БІМПФ-8 створює умови більш стабільного остеосинтезу, порівняно з КМПФ-3.

Сковрон М.В., Новікова І.М., Бабич Р.В., Смолинський Е.О.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ФІКСАЦІЇ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК У ДРІБНИХ ТВАРИН ПРИ ПОЛІТРАВМІ

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

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - д.мед.н. Сулима В.С.)

Актуальність. Пошкодження кісток, особливо множинне, при політравмі не є причиною смерті, проте, відсутність стабілізації кісткових відламків може спричинити виникнення загрозливих ускладнень, серед яких є поліорганна недостатність (СПОН). Особлива увага вчених прикута до так званого посттравматичного СПОН. Доведена перевага застосування апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ) при множинній скелетній травмі (МСТ), які залишаються «золотим стандартом» остеосинтезу. Експериментальне моделювання – це один з найдоступніших та найважливіших способів проведення наукових досліджень в різних галузях медичної науки, що дозволяє перевірити наукові гіпотези та довести перевагу тих чи інших методів діагностики, лікування та профілактики. Цей метод один з найбільш часто застосовуваних для ортопедичних досліджень.

Мета. Розробити модель фіксації кісток з допомогою АЗФ оригінальної конструкції і довести переваги її при множинній скелетній травмі (МСТ) в експерименті на дрібних тваринах

Матеріали і методи. Дослідження виконали на 20 дорослих експериментальних тваринах шурах-самцях породи Vistar масою 200-250 г. Усім тваринам проводили моделювання МСТ шляхом остеотомії обох стегнових кісток в середній третині. Тварини були розділені на 2 групи. Тваринам I групи після травми проводили фіксацію кісткових фрагментів АЗФ. Тваринам II групи (контрольної) фіксацію не виконували. Остеосинтез провели через 3 год після нанесення пошкодження за допомогою АЗФ власної конструкції. Усім тваринам провели рентгенологічне обстеження. На 3 день після травми в крові усіх тварин визначили кількісні показники ІІІІ, як маркеру СПОН.

Результати. Достовірно встановлено нищий рівень ІІІІ у тварин I групи в порівнянні з тваринами II групи ($p=0,0001$), що свідчить про позитивний лікувальний ефект стабілізації кісткових відламків за допомогою АЗФ. Рентгенологічно підтверджені функціональні можливості запропонованого апарату власної конструкції, які дозволяють ефективно виконати стабілізацію кісткових фрагментів у дрібних експериментальних тварин.

Висновки. Запропонована експериментальна модель фіксації кісткових відламків у дрібних тварин може використовуватись для експериментального моделювання остеосинтезу АЗФ не тільки при політравмі, а й для фіксації при моделюванні кісткового дефекту травматичного, пухлинного або остеомієлітичного походження, тощо. Вищий рівень ІІІІ у тварин з фіксованими переломами доводить ефективність стабілізації кісткових фрагментів при МСК, що сприяє зменшенню системної запальної реакції організму та запобігає виникненню СПОН. Перевагами даної методики є не висока вартість конструкції, простота імплантації та можливість повторного застосування.

Смолинський Е.О., Новікова І.М.

МОЖЛИВОСТІ ТОРЦЕВОЇ ЕКСТРАКЦІЇ ЕНДОПРОТЕЗУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

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

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - д.мед.н. Сулима В.С.)

Актуальність. Найбільш розповсюдженим серед оперативних втручань на опорно-руховому апараті з приводу дегенеративно-дистрофічних уражень великих суглобів є первинне ендопротезування кульшового суглоба. На жаль кількість ускладнень в післяопераційному періоді (нестабільність компонентів ендопротезу або септичні ускладнення) за даними різних авторів складають близько 3-5%. Усунути ці ускладнення можливо шляхом ревізійного ендопротезування. Видалення нестабільних компонентів при нестабільності ендопротезу або при інфекційних ускладненнях виконують двома основними методами: стулковою остеотомією проксимального відділу стегнової кістки або методом торцевої екстракції. Проте між вченими постійно триває дискусія щодо оптимального методу екстракції.

Мета. Вивчити можливості використання методики торцевої екстракції ніжки ендопротезу кульшового суглоба

Матеріали і методи. В ортопедичному відділенні Івано-Франківської ОКЛ протягом 2010-2013 років виконали 227 операцій ендопротезування кульшового суглоба. Внаслідок нестабільності компонентів ендопротезу виконали 7 (1,7%) торцевих екстракцій компонентів ендопротезу з застосуванням оригінального інструментарію.

Результати. Нами розроблено, апробовано та регулярно застосовуємо методику торцевої екстракції ніжки ендопротеза з використанням розробленого та виготовленого оригінального набору інструментів. Набір складається з гачків, доліт, мітчиків різних типорозмірів з уніфікованим кінцевим кріпленням кожного з інструментів до інерційного молотка. Інструменти дозволяють виконати торцеву екстракцію ніжки ендопротезу та фрагментів кісткового цементу з проксимальної частини стегнової кістки з мінімальним руйнуванням цілісності та ослабленням міцності кісткової тканини з метою подальшої ревізійної імплантації ендопротезу. Спостереженням доведено що торцева екстракція ендопротеза є менш травматична в порівнянні з стулковою остеотомією. Це дозволяє зменшити інтраопераційну крововтрату, що прискорює можливість проведення реабілітаційних відновних заходів в післяопераційному періоді. Використання інструментарію є зручним, щадним та надійним при проведенні оперативних втручань. Менш інвазивний характер торцевої екстракції компонентів ендопротезу дозволяє ефективно видалити цементні рештки з кісткового каналу разом зі зміненими оточуючими тканинами.

Висновки. Виконання торцевої екстракції ніжки ендопротезу кульшового суглоба за допомогою набору оригінального інструментарію досягається зменшення травматизації тканин оточуючих ендопротез, що знижує рівень інтраопераційної крововтрати та дозволяє активізувати хворих на 10 ± 2 дня раніше в порівнянні з методикою стулкової екстракції.

Тулюлюк С.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ГІПЕРТИРЕОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П.Є.)

Гормони щитовидної залози стимулюють як формування КТ, так і її резорбцію, не спостерігається результуючої втрати кістки при нетривалому перебігу хвороби. Тривалий перебіг захворювання часто супроводжується втратою трабекулярної і компактної КТ.

Оприлюднити результати аналізу оперативного лікування ПШСК у пацієнтів в умовах гіпертиреозу.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 28 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2012 рік в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці, де їм був проведений остеосинтез шийки стегнової кістки. 28 пацієнтів з варифікованим у анамнезі гіпертиреозом та ймовірним вторинним остеопорозом.

Остеосинтез виконувався фіксаторами: трьома канюльованими спонгіозний гвинтами діаметром 6,5 мм – 16 пацієнтів, динамічним стегновим гвинтом (DHS) - 5 пацієнтів; трьома неканюльованими спонгіозний гвинтами діаметром 6,5 мм – 2; трилопатеви́м цвяхом з діафізарної накладкою – 4 і без діафізарної накладки – 1 пацієнт.

У групах досліджуваних хворих 3 осіб були прооперовані в термін до 24 годин після отримання травми, 13 осіб прооперовані на 2-5 добу, 11 пацієнтам операція проведена на 6-12 добу і 1 хворим операція зроблена в термін більше 12 діб. Мінімальний час з моменту отримання травми до операції склало 21 годину, максимальне - 16 діб, середній ліжко-день до операції склав $5,86 \pm 1,63$ дня.

Результати остеосинтезу в терміни від 1 до 1,5 років нами вивчені у 28 пацієнтів. Зрощення перелому без ускладнень відмічено у 16 оперованих хворих. У 12 прооперованих остеосинтез був проведений трьома спонгіозний канюльованими гвинтами - 75% від числа пацієнтів, у яких застосовувався даний фіксатор, при використанні DHS переломи зрослися у 2 осіб, великими спонгіозний гвинтами - консолідація наступила у 2 пацієнтів. У пацієнтів, яким остеосинтез був зроблений трилопатеви́м цвяхом з діафізарної накладкою і без неї, зрощення не спостерігалось. Середні строки зрощення у пацієнтів до 50 років були $24,6 \pm 1,8$ тижнів, у віці 51-60 років - $25,3 \pm 1,8$ тижнів, 60-77 років - $25,1 \pm 2,5$ тижнів. Ускладнення виявлено у 12 хворих (42,9%). Незрощення з остеолізом головки відзначені у 4 (25%) пацієнтів, з них у 1 остеосинтез був виконаний канюльованими гвинтами, у 2 - трилопатеви́м цвяхом з діафізарної накладкою, у 1 - трилопатеви́м цвяхом. Асептичні некрози з розвитком важкого посттравматичного артрозу - у 4 (14,2%) пацієнтів, з них у 3 пацієнтів остеосинтез був виконаний DHS, а у 1 - канюльованими гвинтами.

Основною причиною ПШСК у хворих з тиреопатіями є вторинний остеопороз. Без адекватної медикаментозної терапії остеопорозу він може погіршити результати хірургічного лікування та сповільнювати терміни консолідації.



Урологія і нефрологія

Urology and Nephrology

Андрухів С.М., Петрик І.В., Вівсьянник В.В., Бейчук Н.Г.

ВМІСТ ПРОСТАГЛАНДИНУ E2 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ З НАЯВНІСТЮ ЕРОЗИВНО – ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Обстежено 113 хворих на ХХН II-III стадії, обумовлену тривалим перебігом хронічного пієлонефриту з наявністю Нр-негативних (та з попередньою ерадикацією цього збудника) ЕВУШ із збереженою секреторною функцією та хворих на ХХН II-III стадії без ЕВУШ. Серед обстежених хворих було 53 чоловіків та 54 жінок у віці від 17 до 70 років. Хворих було розподілено на 4 групи: I групу становили 42 хворих на ХХН II-III стадії без ЕВУШ; II групу – 71 хворих на ХХН II-III стадії з наявністю ЕВУШ до лікування; III групу – 31 пацієнт ХХН II-III стадії з наявністю ЕВУШ через 3 тижні лікування без застосування мукогену; IV – 42 хворих на ХХН II-III стадії з наявністю ЕВУШ через 3 тижні лікування із застосуванням мукогену у комплексній терапії по 1 таб. 3 рази на день за 30 хв. до їжі.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що у хворих I групи рівень ПГЕ2 дещо знижувався у сироватці крові ($920,02 \pm 14,23$ пг/мл), але ці зміни не були вірогідними проти відповідних показників групи здорових осіб ($1050,10 \pm 12,01$ пг/мл) ($p > 0,05$). Динаміка показників II та III груп була однотипною і при її оцінці було виявлено вірогідне зниження вмісту ПГЕ2 сироватки крові (відповідно $520,44 \pm 13,37$ та $632,21 \pm 12,78$ пг/мл) у порівнянні з даними показниками у здорових та I групи хворих ($p < 0,05$). А у пацієнтів IV групи рівень ПГЕ2 крові вірогідно зростав у порівнянні з відповідними даними II та III груп хворих ($839,47 \pm 12,34$ пг/мл) ($p < 0,05$).

Виявлено пряму кореляційну залежність між ПГЕ2 крові та ШКФ ($r = 0,921$). При проведенні морфологічного дослідження СОШ у хворих IV групи, виявлено значне зменшення ознак альтерації епітелію, покращення стану мікроциркуляції.

Отже, результати дослідження динаміки вмісту ПГЕ2 у крові хворих показали, що за наявності ЕВУШ вміст загального ПГЕ2 значно знижений, що окрім дефіциту місцевих факторів захисту сприяє погіршенню, як місцевих процесів мікроциркуляції, так і системних. Недостатній вміст його в організмі сприяє підтриманню запалення, погіршує місцеві процеси регенерації, що супроводжується високим рівнем альтерації ентероцитів та зростанням інтенсивності окислювальної модифікації білків в них. За наявності ЕВУШ зростання вмісту загального ПГЕ2 супроводжується нормалізацією ШКФ та покращенням мікроциркуляції в слизовій оболонці шлунку та дванадцятипалої кишки, що сприяє сповільненню прогресування хронічної хвороби нирок II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки.

Візнюк В.В., Волошинський Д.І.

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник - д.мед.н. Федорук О.С.)

Вступ. У хворих на сечокам'яну хворобу ускладнену пієлонефритом відбувається порушення мікроциркуляції, проникності клітинних мембран, ступінь виразності яких залежить від вихідного стану паренхіми нирки, її функціонального стану. На думку авторів, порушення проникності клітинних мембран сприяє розвитку пієлонефриту навіть за відсутності порушення пасажу сечі. Підтвердженням цього є підвищення вмісту продуктів перекисного окиснення ліпідів.

Мета дослідження. Вивчити зміни показників перекисного окиснення ліпідів у хворих на ускладнену сечокам'яну хворобу.

Матеріал і методи. Дослідження активності системи перекисного окиснення ліпідів проведена у хворих на сечокам'яну хворобу із калькульозним пієлонефритом на 3-4 добу і на 9-10 добу захворювання. Вивчали стан показників перекисного окиснення ліпідів у 30 хворих на СКХ на тлі калькульозного пієлонефриту які лікувалися в урологічному відділі ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги» м. Чернівці. Групу порівняння склали 20 відносно здорових донорів крові і осіб, що знаходилися на обстеженні в урологічному відділенні.

Стан перекисного окиснення ліпідів оцінювали за рівнем: вмісту в крові первинних продуктів ПОЛ – дієнових кон'югатів (ДК) в од. опт. щільн./мг ліпідів (з урахуванням методичних рекомендацій В.Б. Гаврилова, М.І. Мишкорудної, 1983).

Статистичну обробку отриманих даних проводили методом варіаційного аналізу на РС IBM сучасного покоління із визначенням критерію Стьюдента за допомогою стандартного пакета прикладних програм STATISTICA "Statgraphicsplus 7.0" та "BioStat".

Результати дослідження. Аналіз показників активності продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) показав, що у пацієнтів з СКХ ускладненою пієлонефритом посилюються процеси вільно-радикального окиснення ліпідів. Так, рівень первинних продуктів ПОЛ - дієнових кон'югатів підвищувався 3-4 день лікування із $0,381 \pm 0,032$ од. опт. щ./мг ліпідів до $0,576 \pm 0,042$ (51,2%), а на 9 добу рівень їх залишався вищим на 18,4% у порівнянні з вихідними показниками (табл. 1).

Вміст малонового альдегіду (МА) в крові хворих зростав більш інтенсивно. Так, через 3-4 доби лікування, концентрація МА збільшувалася на 68% від вихідного рівня ($0,809 \pm 0,162$ нмоль/мл проти $1,36 \pm 0,137$ нмоль/мл). На 9-10 добу лікування концентрація МА в крові змін не зазнавала.

Слід зазначити, що активність продуктів ПОЛ організму протягом усього періоду лікування збільшувалася, що свідчило про її поступове виснаження. Така динаміка, швидше за все, відображає стресовий та післястресовий стан паренхіми нирки, який викликаний ускладненням сечокам'яної хвороби - пієлонефритом.

Вілігорська К.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ЩАВЕЛЕВОЇ КИСЛОТИ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Актуальність. При популяційних дослідженнях встановлено, що у 3,7% пацієнтів молодого віку (45-53 р.) поряд з гіпероксалуричною нефропатією була присутня клініка респіраторного алергозу. Біохімічні основи, що формують зміни функції органів дихання при порушенні метаболізму оксалату, потребують подальшого вивчення.

Мета. Встановити зміни інтенсивності синтезу щавелевої кислоти і її солей та їх значення у патогенезі прогресування хронічного обструктивного захворювання легень.

Матеріали і методи. В ході дослідження було обстежено 50 пацієнтів з ХОЗЛ та СЧХ, середній вік обстежених склав 54,2 ± 2,5 р, проведений розподіл на три групи: I група склали 25 пацієнтів з СЧХ та ХОЗЛ в анамнезі, II група - 25 пацієнтів без ХОЗЛ. Всім пацієнтам визначались загальний аналіз сечі в динаміці, аналіз крові та сечі на транспорт солей, ультразвукове дослідження (УЗД) нирок, спірографія, аналіз мокротиння.

Результати дослідження. За даними загального аналізу сечі в I групі було виявлено білок 0,061 ± 0,001 г/л, лейкоцити 1,5 ± 5,2 у полі зору, солі — оксалати 15,9 ммоль/добу, в той час як в другій групі ці показники склали білок — 0,045 ± 0,002 г/л, лейкоцити 7,2 ± 0,2 в п/з, солі — урати 11,3 ммоль/добу. Відмічається перевага оксалурії в групі хворих з супутнім діагнозом ХОЗЛ. Вміст щавелевої кислоти в сироватці крові у хворих на ХОЗЛ в фазу загострення становить 1,37 ± 0,06 ммоль / л, в фазу ремісії - 0,95 ± 0,04 ммоль (p < 0,005), а в сечі, при наявній СЧХ, у фазу загострення - 2,9 ± 0,16 ммоль / с, в фазу ремісії - 2,5 ± 0,11 ммоль/24, (p < 0,005) що значно вище, ніж у групи пацієнтів тільки з СЧХ (0,18 ± 0,05 ммоль/24). При аналізі мокротиння у хворих I групи було виявлено формування кристалів оксалату кальцію та підвищення в'язкості мокротиння, в той час як в групі II таких змін не спостерігалось. Згідно даних УЗД нирок конкременти, були наявні в обох групах, з переважною локалізацією навколо ниркових каналців в I групі.

Висновки. 1. У хворих з синдромом обструкції бронхів, зокрема, у хворих на ХОЗЛ були виявлені оксалурія та підвищення рівня щавелевої кислоти в сироватці крові, що сприяє формуванню обструктивного синдрому, шляхом відкладення кристалів оксалатів на слизовій оболонці бронхів. 2. Випадання кристалів оксалату кальцію в респіраторному тракті сприяє виникненню запалення слизових оболонок бронхів.

Волощук І.І.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Безрук Т.О.)

Актуальність. Хронічна ниркова недостатність (ХНН) - стан, що розвивається в результаті прогресуючої загибелі нефронів, як результат практично будь-якого хронічного захворювання нирок. На розвиток і прогресування ХНН може мати вплив ціла низка чинників, зокрема стан серцево-судинної системи.

Мета дослідження. Вивчити частоту артеріальної гіпертензії у хворих із хронічною нирковою недостатністю V ст.

Матеріали і методи. З метою оцінки одного з показників функціонального стану серцево-судинної системи - рівень артеріального тиску - у хворих із хронічною нирковою недостатністю V ст., які перебували на керованому гемодіалізі, обстежено 30 пацієнтів; середній вік у вибірці складав 41,53 ± 6,42 року.

Визначення рівня артеріального тиску (АТ) у пацієнтів проводилося до та після сеансу керованого гемодіалізу. АТ вимірювали осцилометричним методом разових вимірювань автоматичними тонометрами фірми "Microlife", Швейцарія. За оптимальний та нормальний АТ вважали систолічний АТ (САТ) в коридорі < 120-130 мм.рт.ст. і діастолічний АТ (ДАТ) - < 80-85 мм.рт.ст. Якщо рівень САТ коливався в межах 130-139 мм.рт.ст. і ДАТ - 85-89 мм.рт.ст. цей стан розцінювали як передгіпертензію - високий АТ. За артеріальну гіпертензію (АГ) вважали підвищення у хворих САТ до 140 мм.рт.ст. та вище і/або ДАТ до 90 мм.рт.ст. та вище і підтвержене при повторних вимірюваннях АТ (не менше ніж 2-3 рази у різні дні протягом 4 тижнів).

Результати дослідження. В результаті дослідження встановлено, що серед обстежених пацієнтів на ХНН V ст. до сеансу гемодіалізу в 18 (60,0%) хворих визначалася АГ I-II ст. (САТ 140-179 мм.рт.ст. та/або ДАТ 90-109 мм.рт.ст.), у 7 (23,3%) хворих показники АТ були високими та тільки в 5 (16,7%) пацієнтів значення АТ відповідали оптимальному чи нормальному рівням АТ.

У групі хворих із ХНН V ст. і вторинною (ренальною) АГ I-II ст. спостерігався максимальний рівень креатиніну (512,6-1572,0 ммоль/л) у порівнянні із пацієнтами у яких АТ був нижчим (271,1-1054,8 ммоль/л) - ураження органів-мішеней при АГ.

Після сеансів гемодіалізу у пацієнтів із АГ I-II ст. спостерігалось зниження як САТ так і ДАТ, тільки в 10,53% випадків констатувалось підвищення САТ при збереженні попередніх показників ДАТ.

Серед хворих із високим АТ (передгіпертензією) та оптимальним чи нормальним рівнем АТ в 63,64% діагностувалось підвищення САТ при збереженні попередніх показників ДАТ в інших випадках констатувалось зниження САТ і ДАТ.

Висновки.

У пацієнтів із ХНН V ст. і вторинною (ренальною) АГ після проведення гемодинамічного навантаження (сеанси гемодіалізу) спостерігається зниження показників АТ, ймовірно, як наслідок прогресування морфологічних змін - ниркового фіброзу.

Наявність АГ у пацієнта із ХНН слід розглядати як чинник, що суттєво впливає на прогноз основного захворювання та високий або дуже високий ризик ускладнень.

Новиченко С.Д., Воробель В.В.

СКРИНІНГОВЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ З РЕНАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Актуальність. Проведення ультразвукового дослідження нирок в режимі доплерографії ниркових артерій є необхідним для хворих з підвищеним артеріальним тиском (АТ) для підтвердження або виключення нефрогенної артеріальної гіпертензії. На сьогодні відомо, що до 35-40% хворих з артеріальною гіпертензією мають ураження нирок. Реноваскулярна гіпертензія зустрічається у 0,2-5% випадків в загальній групі осіб з підвищеним АТ. Найбільш частою причиною підвищення АТ є ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія (68,2%).

Метою дослідження було оцінити стан нирок та ниркового кровотоку у хворих з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією.

Матеріали і методи: Ультразвукове дослідження (УЗД) проведено у 60 пацієнтів з ренальною артеріальною гіпертензією II ступеня, що лікувалися у нефрологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівці. Артеріальний тиск хворих коливався у межах: систолічний - $169 \pm 0,05$ та діастолічний - $105 \pm 0,05$ мм. рт.ст.

Результати досліджень: у 42 пацієнтів з хронічним пієлонефритом виявлено зменшення розмірів однієї нирки (вторинно зморщена нирка) у 4 осіб, в 4 випадках паренхіма була витончена рівномірно ($7,0 \pm 0,02$ мм), у 5 пацієнтів, що мали тривалий перебіг хронічного пієлонефриту визначалася вторинно зморщена нирка, яка була первинно гіпоплазована. У решти хворих на хронічний пієлонефрит значних змін паренхіми не спостерігалось. У 18 пацієнтів з артеріальною гіпертензією на фоні гломерулонефриту ехогенність ниркової паренхіми була підвищена, порушена кортико-медулярна диференціація, розміри нирок були у межах норми. При проведенні доплерографії ниркових артерій тільки у 48 з усіх досліджених хворих визначався високорезистивний кровотік в сегментарних та дугових артеріях паренхіми, що підтвердило наявність ренопаренхіматозної гіпертензії.

Висновки: отже, дослідження нирок із застосуванням доплерографії ниркових судин допомагає вчасно виявити, наявність ренопаренхіматозної нефрогенної артеріальної гіпертензії, запобігти розвитку ускладнень та прогресування хвороб нирок.

Гафаров Р.Р., Тухтаев Ф.М., Хамроев Г.А., Холбеков Ж.А.

ЧЕТЫРЁХКРАТНЫЙ РЕЦИДИВ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Аллазов С.А.)

Инородные тела уретры и мочевого пузыря у мужчин, особенно у практически здоровых в психическом отношении, тем более многократно, встречаются крайне редко, в связи с чем приводим наше наблюдение. Больной Х., 43 лет, первый раз обращался 17.07.2001 года с жалобами на боли в мочеиспускательном канале, расстройства мочеиспускания. Установлен диагноз: «Инородные тела мочевого пузыря и уретры» и произведена операция. Из мочевого пузыря были удалены три иглы, из внутреннего отверстия уретры - булава. Выписан на амбулаторное наблюдение 24.07.2001 года в удовлетворительном состоянии. 7.12.2002 года обратился повторно с теми же жалобами, что и в предыдущем случае. С его слов на этот раз он вел в мочеиспускательный канал иглы и гвоздь. На обзорной урограмме имеются тени одной иглы в проекции мочевого пузыря, других игл и гвоздей - в задней уретре. Гвоздь, который находился в задней уретре, удален при помощи зажима через наружное отверстие уретры. Иглы удалить, не удалось. Больной отказался от операции и ушел домой. Через три дня больной обратился вновь с жалобами на выраженную дизурию и макрогематурию. Больной оперирован (эпицистостомия), удалены одна игла размером длиной 5 см из полости мочевого пузыря, остальные три иглы такого же размера и один гвоздь длиной 8 см из внутреннего отверстия уретры. 19.12.2002 года больной выписан на амбулаторное наблюдение 15.04.2003 г. больной обратился уже в четвертый раз с жалобами на задержку мочи. 16.04.2003 г. операция - высокое сечение мочевого пузыря. Удалена английская булавка, на одном конце которой образовался камень, размерами 2х3 см. Больной 23.04.2003 г. выписан домой. Интерес данного случая заключается в том, что больной, будучи практически здоровым в психическом отношении неоднократно вводил в мочеиспускательный канал иглы, булавки и гвозди с целью сексуальной стимуляции.

Джабборов Р.Н., Юсупов Т.Ю., Комилов Ш.З., Бобомуродов И.М., Камолов А.А.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОМЕСТНОГО УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1*(научный руководитель - д.мед.н. Шамсиев А.М.)*

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из ведущих мест среди урологических заболеваний во всех регионах земного шара. Ежегодный уровень первичной заболеваемости МКБ составляет 0,1 %. У 11–18 % пациентов с МКБ диагностируют многоместный уролитиаз.

За период с 1990 по 2010 гг. в отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦП было пролечено 286 больных с многоместным уролитиазом. Больные были в возрасте от 9 мес. до 15 лет. Мальчиков было 221 (77,3%), девочек 65 (22,7%). Детей в возрасте до 3-х лет было - 103 (36%), 4-6 лет – 57 (20%), 7-15 лет – 126 (44%).

Комплексное обследование больных включало: общий анализ крови и мочи, биохимическое обследование крови, пробу Зимницкого, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое обследование, обзорную и экскреторную урографию, при необходимости МРТ, КТ и др. Двусторонний уролитиаз выявлен у 121 (42,3%) больных, наличие конкрементов в одной почке и мочевом пузыре отмечено у 64 (22,4%), сочетание камней в почке и мочеточнике с одноименной стороны у 38 (13,29%), камни в почке и противоположном мочеточнике у 25 (8,7%), камни обеих почек и мочевого пузыря у 22 (7,8%), камни обеих почек и одного мочеточника у 16 (5,6%). Во всех случаях был выявлен пиелонефрит, в 22,3% он был обструктивным гнойным. Различная степень гидронефротической трансформации отмечена у 47%, хроническая почечная недостаточность у 63% больных.

Комплексное лечение многоместного уролитиаза включало антибиотикотерапию, инфузионную и дезинтоксикационную терапию. Предоперационная подготовка проводилась индивидуально в зависимости от морфофункциональных изменений и объема оперативного вмешательства. Оперативное лечение проводилось поэтапно. На первом этапе операция проводилась на почке с обструктивными и морфологическими изменениями. При обструктивном гнойном пиелонефрите после удаления камня устанавливалась двупросветная нефростомическая трубка для санации чашечно-лоханочной системы. При отсутствии явлений обструкции первой оперировалась наименее пораженная почка. Почка с солитарным камнем оперировалась первой, если с противоположной стороны имелись коралловидные конкременты. Камни мочеточника находящиеся на стороне оперативного вмешательства, а также камни мочевого пузыря удалялись одномоментно. В 8 (2,8%) случаях была выявлена полная утрата функции почки с необратимыми морфофункциональными изменениями, что явилось показанием к нефруртерэктомии.

Таким образом, при многоместном уролитиазе в первую очередь оперативному вмешательству подлежит почка с более выраженными морфофункциональными изменениями, при явлениях гнойной обструкции целесообразно дренировать чашечно-лоханочную систему. Удаление конкрементов мочеточника во время операции на почке с одноименной стороны, а также камня мочевого пузыря необходимо проводить одномоментно

Захарчук Т.В.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник - д.мед.н. Федорук О.С.)

Актуальність. Рак передміхурової залози (РПЗ) – одна з найважливіших медичних проблем, що стоять перед популяцією чоловіків. Захворюваність на дану патологію становить 21,4%. Незважаючи на високу діагностичну цінність таких методів обстеження як пальцеве ректальне дослідження, визначення у сироватці крові простатоспецифічного антигену, сонографія передміхурової залози, залишається високою частота діагностування інцидентальних захворювань простати. На даний час є актуальною розробка системи дослідження біологічного об'єкту в якій будуть використовуватися чітко визначенні математичні показники, що зробить дане дослідження незалежним від досвіду медичного персоналу

Матеріали та методи. Лазерна поляриметрія – метод, що базується на вимірюванні міри поляризації світла при проходженні його через оптично активні речовини, що дозволяє отримати структурні моделі біологічного матеріалу з високою роздільною здатністю, що забезпечує можливість отримання даних про морфологічну структуру тканини на мікроскопічному рівні. При цьому утворюються двомірні картини зворотнього розсіювання від клітинних структур тканини.

Дослідженню підлягали зразки тканин (біоптати) передміхурової залози хворих з підозрою на РПЗ. Одержані з допомогою даного методу результати підлягали математичній і статистичній обробці. Вивчали наступні показники: середнє значення, середнє квадратичне відхилення, дисперсія, асиметрія, ексцес, з яких найбільш цінними в діагностичному плані були останні два.

Також визначали лінійний дихроїзм нормальних і атипичних клітин передміхурової залози при довжині хвилі $\lambda = 440$ і 800 нм. Було встановлено, що показники достовірно відрізнялися при обох довжинах хвиль, при чому різниця в спектральному діапазоні збільшувалася з ростом тривалості захворювання.

Висновки. Метод діагностично цінний тим, що дає можливість визначення найменших початкових змін морфологічних компонентів тканин на ранніх стадіях канцерогенезу в передміхуровій залозі, що дозволить оцінити не лише поширеність і стадію процесу, але і його давність. Це забезпечить своєчасне виявлення і в подальшому адекватне лікування РПЗ.



Фармакологія

Pharmacology

Bukataru J.S.

THE STUDY OF THE DERIVATIVES OF 2-BENZAMIDE-2-(2-OXOINDOLIN-3-ILIDEN) ACETIC ACID ON THE ANTIHYPOXIC ACTIVITY UNDER THE CONDITIONS OF HYPOBARIC HYPOXIA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Pharmacology

(scientific advisor - M.D. Zamorsky I.)

An important role in the development of various pathological processes belongs to hypoxic conditions. Among the various methods of the correction of hypoxic conditions the greatest interest arouses pharmacological protection with drugs of metabolic action which is aimed at standby energy state support. In consequence of it the question about the development of new drugs with antihypoxic activity emerges.

The aim of the study was the screening of 2-benzamide-2-(2-oxoindolin-3-ilidene) acetic acid derivatives on their antihypoxic activity and identification of the leader compounds.

The study of 24 compounds was carried out on the 200 white nonlinear sexually mature male rats of 180-200 g body weight, aged 3 months under the conditions of acute hypobaric hypoxia. The acute hypobaric hypoxia was simulated in the modified flow pressure chamber by means of imitation of the lifting of rats at a height of 12000 meters. The "ascent" and the "descent" of the animals were carried out at a rate of 50 km/h. The animals were kept on the "high-altitude plateau" up to the moment of the second agonal breath, following which the "descend" on the previous zero height has been done. The investigated substances were administered intraperitoneally in a dose 15 mg/kg 35 minutes before the modeling of hypoxia. The following life time parameters of the animals - loss of posture, time until the appearance of the second agonal breath and time of the posture renewal were fixed.

According to research results the most statistically significant effect among the derivatives of the 2-benzamide-2-(2-oxoindolin-3-iliden) acetic acid have substances under numbers 14 ((Z)-N-(2-(naphthalen-1-ilamino)-2-oxo-1-(2-oxo-1-propylindolin-3-iliden)ethyl)benzamide) and 15 ((Z)-N-(1-(1-methyl-2-oxoindolin-3-iliden)-2-oxo-2-(phenylethylamino)ethyl)benzamide), which increased the lifetime in hypoxia by 59.4% and 67% (p

Вернігора Д.Г.

ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ТЕРАПІЇ БОЛЮ ЗА УМОВ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», Дніпропетровск, Україна
фармакології, клінічної фармакології та фармакоекономіки*(науковий керівник - к.мед.н. Нефьодов О.О.)*

Однією з актуальних патологій нейродегенеративного характеру є розсіяний склероз (РС) - хронічне аутоімунне захворювання, при якому вражається мієлінова оболонка нервових волокон головного і спинного мозку. Захворювання виникає в молодому і середньому віці (15 - 40 років). Особливістю хвороби є одночасне ураження кількох різних відділів нервової системи, що призводить до появи у хворих різноманітних неврологічних симптомів. Морфологічною основою хвороби є утворення так званих бляшок розсіяного склерозу - осередків руйнування мієліну (дем'єлінізація) білої речовини головного та спинного мозку.

На сьогодні найбільш поширена патогенетична та симптоматична терапія розсіяного склерозу. Передумовами її успіху є тривалий курсовий характер, адекватні дози, а також відмова від застосування сумнівних щодо ефективності і сильнодіючих засобів з вираженими побічними ефектами. З метою корекції розсіяного склерозу використовують β-інтерферони, гормони (АКТГ, преднізолон, дексаметазон), імуноглобулін, плазмаферез, вітаміни (токоферол, аскорбінова к-та, рутин, гр.В), антиоксиданти, цитостатики.

Разом з тим, сучасні стандарти вважають біль однією з найбільш значущих проблем, що мають не лише медичне значення, але й надто несприятливі соціально-економічні наслідки. Наявність больового синдрому потребує, як правило, застосування знеболювальних засобів. З клінічної точки зору слід узяти до уваги, що біль різного походження, по-перше, - це найбільш частий синдром, який є ознакою основного захворювання. Біль при розсіяному склерозі може проявлятися у вигляді нейропатичного болю, різних ноцицептивних синдромів, пов'язаних із невралгією трійчастого нерва, м'язово-скелетним та хронічним болем. По-друге, біль у хворих на розсіяний склероз може проявитися як самостійний синдром (головний і зубний біль, мігрень, запальна реакція, спазм тощо).

Традиційно для усунення або послаблення проявів больового синдрому малої та середньої інтенсивності застосовують болезаспокійливі засоби ненаркотичного типу дії. На фармацевтичному ринку широко представлений ряд знеболюючих препаратів, в першу чергу, групою ненаркотичних анальгетиків (ННА). Відомо, що ненаркотичні анальгетики володіють рядом класичних ефектів, таких як протигарячковий, протизапальний, болезаспокійливий та антиагрегантний. Але на тлі позитивної фармакотерапевтичної активності існує маса негативних побічних дій. Саме тому за наявності у хворих на розсіяний склероз власного та/або супутнього больового синдрому, є актуальним питання раціонального і безпечного знеболення з урахуванням базової патогенетичної фармакотерапії експериментальних еквівалентів нейродегенеративних станів.

Гринчишин О.І.

ІНТЕНСИВНІСТЬ НА-ТРАНСПОРТУВАЛЬНИХ СИСТЕМ В ЕРИТРОЦИТАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КОЛІТУ ТА ЗА ВПЛИВУ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна
біологічної хімії

(науковий керівник - к.хім.н. Гринчишин Н.М.)

Актуальність досліджуваної проблеми пов'язана із прогресуючим зростанням захворюваності на виразковий коліт, протікання якого супроводжується порушеннями різних ланок метаболізму, зокрема, розладами клітинних мембранних процесів.

Мета роботи полягала у дослідженні швидкості Na/Li-протитранспорту та Na,K,Cl-котранспорту в еритроцитах щурів за експериментального виразкового коліту та встановлення їх чутливості до впливу блокаторів циклооксигеназ (ЦОГ) індометацину та целекоксибу.

Матеріали та методи. Дослідження проведені на 40 статевозрілих щурах, які були поділені на 4 групи. Перша група - контрольні щурі, які утримувались в стандартних умовах виварію. Друга група - щурі з модельованим виразковим колітом, викликаним одноразовим введенням в пряму кишку 4 % розчину ацетатної кислоти. Третю та четверту групи склали щурі, яким перорально вводили нестероїдний протизапальний блокатор ЦОГ-1/ЦОГ-2 індометацин або селективний інгібітор ЦОГ-2 целекоксиб, відповідно, в дозі 10 мг/кг маси тіла двічі – до формування виразкового коліту і через 24 год після розвитку коліту. Швидкість Na/Li-протитранспорту та Na,K,Cl-котранспорту в еритроцитах визначали за методом De La Sierra, 1988. Вимірювання вмісту Na^+ і K^+ в плазмі крові та еритроцитах здійснювали методом полум'яної фотометрії (Siebers R.W., 1988). Статистичну обробку даних проводили з використанням програми Microsoft Excell.

Результати дослідження. За умов виразкового коліту в експериментальній групі тварин спостерігали підвищення концентрації іонів натрію в еритроцитах на 26,3% ($p \leq 0,05$) та зростання швидкості Na/Li-протитранспорту на 29,8 % ($p \leq 0,05$) порівняно з контрольною групою; концентрація іонів натрію та калію в плазмі істотно не змінювалась, а швидкість Na,K,Cl-котранспорту знаходилась на межі фізіологічного діапазону. Введення індометацину призводило до незначних відхилень швидкості іонних транспортерів (на 11,1 % та 12,1 %, відповідно) порівняно з контрольними тваринами, але не зменшувало площі структурно-геморагічних уражень. Дія селективного блокатора ЦОГ-2 целекоксибу призводила до нормалізації показників вказаних транспортерів та зменшення ульцерогенезу.

Висновки. За умов експериментального коліту у щурів виявили надмірне нагромадження еритроцитами іонів натрію та зміну швидкості іонних транспортерів. Введення целекоксибу щурам на тлі виразкового коліту стабілізує іон-транспортвальні функції еритроцитної мембрани та проявляє виражену цитопротекторну дію порівняно з впливом нестероїдного протизапального препарату індометацину.

Климович К.М.

АНАЛІЗ БЕЗПЕКИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Косуба Р.Б.)

Фармаконагляд (ФН) – державна система збору, наукової оцінки і аналізу інформації про побічні реакції (ПР) і відсутність ефекту (ВЕ) лікарських засобів (ЛЗ) в умовах звичайного їх застосування з метою прийняття відповідних регуляторних рішень щодо зареєстрованих в країні лікарських засобів. Нормативною базою здійснення ФН в Україні є наказ МОЗ України від 27.12.2006р. №898 «Про затвердження порядку здійснення ФН за побічними реакціями ЛЗ дозволених для медичного застосування» зі змінами, внесеними наказом МОЗ України від 29.12.2011р. №1005. Здійснення ФН покладено МОЗ України на ДП "Державний експертний центр МОЗ України".

Мета дослідження. Аналіз даних ФН в Чернівецькій області за 2013 рік.

Матеріали і методи. Проаналізовано звіт Департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту щодо ПР / ВЕ ЛЗ при медичному застосуванні у ЛПЗ в Чернівецькій області за 2013 рік (форма №69).

Результати дослідження та їх обговорення. Усього зареєстровано 293 повідомлення ПР / ВЕ на ЛЗ (КП 137/о), що більше ніж у попередні роки. Найчастіше виникали ПР при застосуванні антимікробних ЛЗ системної дії 39% (115 повідомлень). З них антибіотики 46%, протитуберкульозні засоби 41%. На 2 місці кардіоваскулярні ЛЗ 19% (кордарон, ніфідіпін, актовегін, сіднофарм, інгібітори АПФ), 8 % (22 повідомлення) склали ПР на застосування вітамінних препаратів, 5% (15 повідомлень) ненаркотичні анальгетики і НПЗЗ, місцеві анестетики і спазмолітики по 4%, кровозамінні і перфузійні розчини (3%) та інші ЛЗ (18%). Найбільш часто спостерігаються алергічні реакції - 27% (кропив'янка, набряк Квінке, висипка, анафілактичний шок), диспептичні явища - 16%, гіпертермія (8%), гіпотонія (5%), тахікардія, підвищення АТ (4%), один смертельний випадок - 0,34% після введення біциліну-5 (корпорація "Артеріум", Україна). У 7 випадках зареєстровано відсутність ефективності на 6 ЛЗ (кразим-2 випадки, кларитроміцин, азимед, цефтріаксон, амлодепін, норфлуксацин).

ПР найчастіше спостерігали у пацієнтів віком 50 і більше років (53%), 15-45 років - 42%, 0-14 років – 5%. ПР частіше спостерігалися у жінок (60%) ніж у чоловіків. ПР при застосуванні ЛЗ вітчизняних виробників склали 57% ("Юрія-Фарм" (20%), "Київмедпрепарат" (11%), "Луганський хім. завод" (9%), "БХВЗ" (8%). На ліки іноземних виробників ПР склали 43% - Індія (27%), Німеччина (10%), Угорщина (8%), Франція (7%). ПР, як правило, були очікуваними, лише у 1% - виникали непередбачувані ПР (кокарнід – підняття АТ, едіпозид – підвищення АТ і пінисті виділення з ротової порожнини, левомак – нефротоксичність) на що не було посилань в інструкції до медичного застосування.

Висновки. Лікарі усвідомлюють важливість проблеми нагляду за безпекою ліків, однак зважаючи на останні рекомендації ВООЗ (500 повідомлень / 1млн. населення / рік) робота по впровадженню системи фармаконагляду в регіоні потребує покращення.

Кордунян О.Е., Кушнір О.Ю., Яремій І.М.

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТДЕГІДРОГЕНАЗИ І ПІРУВАТКІНАЗИ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ДІАБЕТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії*(науковий керівник - к.б.н. Яремій І.М.)*

Кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) невинно зростає, а сам діабет "молодшає". Тому, розробка нових підходів до фармакотерапії цього захворювання залишається актуальним на сьогодні питанням. Завданням протидіабетичних препаратів є нормалізування рівня глюкози та сприяння регенерації бета-клітин підшлункової залози, відновлення вторинних порушень обміну речовин. Перспективним у цьому плані є дослідження впливу мелатоніну. Метою роботи було: з'ясувати вплив мелатоніну на рівень базальної глікемії (БГ) в крові, активність глюкозо-6-фосфатдегідрогенази (Г-6фДГ) та піруваткінази (ПП) в еритроцитах крові щурів зі стрептозотоциновим ЦД. Матеріали та методи. Експерименти проведені на статевозрілих самцях безпородних білих щурів масою 0,18 - 0,20 кг. Стрептозотоциновий діабет, викликали шляхом введення щурам 5 %-го розчину стрептозотоцину на цитратному буфері (рН - 4,5) внутрішньовенно з розрахунку 60 мг/кг маси. Дослідних тварин було розділено на групи: 1) контроль; 2) щури з явним ЦД (рівень БГ більший ніж 8,0 ммоль/л); 3) щури з явним ЦД, яким починаючи з 5-ої доби після введення стрептозотоцину впродовж 7-ми діб о 8 00 внутрішньоочередовинно вводили мелатонін з розрахунку 10 мг/кг маси; 4) щури з латентним ЦД (рівень БГ не відрізнявся від контролю); 5) щури з латентним ЦД, яким аналогічно вводили мелатонін. Тварин забивали шляхом декапітації на 12-ту добу експерименту. Згідно отриманих результатів дослідження, введення мелатоніну впродовж 7-ми діб призвело до нормалізації рівня БГ, у групі тварин із явним ЦД, що вказує на гіпоглікемізувальну дію останнього. Активність ферментів Г-6-фДГ та ПК в еритроцитах крові щурів з явним ЦД були на 28% та 25%, відповідно, нижчими ніж в контролі. В еритроцитах крові щурів з латентним ЦД активність Г-6-фДГ була на 22% вищою ніж в контролі, ймовірно, через відсутність гіперглікемії. Введення мелатоніну сприяло нормалізації всіх досліджуваних показників крові щурів. Отже, за умов явного цукрового діабету екзогенний мелатонін нормалізує активність глюкозо-6-фосфатдегідрогенази та піруваткінази в еритроцитах крові щурів, що супроводжується зниженням в крові щурів з явним цукровим діабетом рівня базальної глікемії.

Нечитайло Л.Я., Леськів Х.А.

ВПЛИВ КАДМІЄВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ НА МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СТАТУС ОРГАНІЗМУ ДОСЛІДНИХ ТВАРИН ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

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

Кафедра біологічної та медичної хімії ім. Г.О.Бабенка

(науковий керівник - д.б.н. Ерстенюк Г.М.)

Серед хімічних речовин, які забруднюють об'єкти навколишнього середовища, кадмій та його сполуки займають одне із провідних місць. Кадмій негативно впливає на ряд біохімічних процесів і фізіологічних функцій в організмі, є антагоністом цілої низки життєво важливих мікро- та макроелементів. Особливістю шкідливої дії кадмію є швидке його засвоєння організмом і повільне виведення. Найбільш активно кадмій акумулюється в тканинах печінки та нирок, що зумовлює порушення метаболічних процесів та структурних змін в цих органах. У зв'язку із цим, актуальною залишається проблема пошуку ефективних лікарських засобів для профілактики та корекції наслідків токсичного впливу сполук кадмію. В останні роки особливий інтерес науковців привернула лікарська рослина артишок посівний. Встановлено, що екстракт артишоку виводить із організму токсини, важкі метали, нітрогеновмісні сполуки. Виходячи з цього, метою даної роботи було дослідити вплив препарату «Артишок екстракт – Здоров'я» (АЕЗ) на рівень мікроелементів в тканинах печінки та нирок експериментальних тварин при кадмієвій інтоксикації. Дослідження проводили на білих безпородних щурах-самцях масою 180-200 г. Інтоксикацію дослідних тварин здійснювали протягом 10 днів, а після цього з метою корекції застосовували препарат АЕЗ. Тварин було поділено на три групи: I – інтактні, II – одержували CdCl₂, III – CdCl₂+ АЕЗ. Матеріал забирали на 1-, 14-, 28-у доби після завершення інтоксикації. Концентрацію мікроелементів визначали в тканинах печінки та нирок на атомно-абсорбційному спектрофотометрі.

Результати проведеного дослідження показали накопичення рівня міді в нирковій тканині інтоксикованих тварин на 1-у добу - в 1,8 і 28-у – в 1,4 рази порівняно з інтактними. У печінці рівень міді підвищувався протягом всього експерименту, але найбільшою мірою на 28-у добу (у 2 рази). Дослідження вмісту цинку в нирках показало підвищення його на 24-75%. Рівень цинку в печінці тварин II групи зростав найбільш істотно в ранньому періоді – в 1,2 рази, порівняно з інтактними тваринами. У тварин III групи, які одержували досліджуваний препарат АЕЗ, вже на 14-у добу рівень міді та цинку в тканинах печінки та нирок знижувався порівняно з інтактними тваринами. Проведені дослідження дозволили встановити, що у тварин інтоксикованих хлоридом кадмію, спостерігаються порушення рівня мікроелементів в тканинах печінки та нирок. Корекція виявлених порушень препаратом «Артишок екстракт - Здоров'я» сприяє нормалізації концентрації міді та цинку в тканинах печінки та нирок.

Панасенко Т.О.

КОРЕКЦІЯ СТРЕС-ІНДУКОВАНИХ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЩУРІВ МЕЛАНІНОМ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії
(науковий керівник - д.мед.н. Непорада К.С.)

Психоемоційний стрес відіграє провідну роль в розвитку багатьох захворювань і суттєво впливає на життєдіяльність людини. Меланіни – це полімери фенольних сполук, які володіють радіо-, фотопротекторними, протипухлинними, імуномодельючими, нейролептичними, гепатопротекторними, антиоксидантними властивостями.

Метою роботи було дослідити вплив меланіну на тканини півкуль головного мозку щурів за умов гострого стресу.

Експерименти виконано на 53 щурах лінії Вістар масою 140-220 г з дотриманням біоетичних норм. Евтаназію здійснювали під тіопенталовим наркозом шляхом кровопускання. Меланін («Sigma», США) вводили інтрагастрально одноразово через зонд за 30 хвилин до моделювання гострого стресу у дозі 5 мг/кг. Гострий стрес моделювали за Сельє. В гомогенаті тканин великих півкуль головного мозку визначали загальну активність NO-синтази (NOS) (Hevel I.M., 1991), каталази (Архипова О.Г., 1988), вміст нітрит-аніонів (Hevel I.M., 1991), ТБК-реактивів (Стальная И.Д., 1977), окисно-модифікованих білків (ОМБ) (Дубинина Е.Е., 1995). Результати дослідження обробляли за критерієм Стьюдента.

Встановлено, що в тканинах півкуль головного мозку щурів за умов гострого стресу: вміст ТБК-реактивів, ОМБ та нітрит-аніонів вірогідно збільшувався, активність каталази вірогідно знижувалась, а загальна активність NOS вірогідно підвищувалась порівняно з контролем. За умов попереднього введення меланіну перед моделюванням гострого стресу: вміст ОМБ, ТБК-реактивів, нітрит-аніонів вірогідно зменшувався, активність каталази вірогідно підвищувалась, а загальна активність NOS вірогідно знижувалась порівняно з тваринами, яким моделювали гострий стрес без корекції.

Отже, в патогенезі розвитку стресорних ушкоджень головного мозку щурів має місце дисбаланс в про-антиоксидантній та NO-ергічній системах. Меланін проявляє стреспротекторні властивості за рахунок зменшення вмісту окисно-модифікованих білків, ТБК-реактивів, нітрит-аніонів, підвищення антиоксидантного захисту та зниження активності NOS в тканинах півкуль головного мозку щурів.

Патрабой В.В., Стецик Ю.Р., Ротар Д.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИГРИБКОВИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПІРАЗОЛВІСНИХ СПЛУК З СЕЧОВИННИМ ФРАГМЕНТОМ У ПОЛОЖЕННІ З ПІРАЗОЛЬНОГО ЦИКЛУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра мікробіології та вірусології
(науковий керівник - к.мед.н. Ротар Д.В.)

Актуальність. Інтенсифікація розробки і впровадження нових антимікробних препаратів є одним з ефективних шляхів подолання антибіотикорезистентності мікроорганізмів.

Мета. Виявити протигрибкові властивості синтезованих сполук.

Матеріали і методи. Нами було отримано для дослідження 16 нових піразолвісних сполук з сечовинним фрагментом у положенні 3 піразольного циклу синтезованих на кафедрі медичної та фармацевтичної хімії.

Дослідження класичними методами (двократних серійних розведень, стандартних дисків) не дали можливості ефективно проаналізувати властивості нових органічних сполук через їх водонерозчинність. Нами було апробовано модифіковану методику дослідження водонерозчинних речовин з використанням суспензії досліджуваної речовини на основі гліцериново-желатинового гелю.

Результати досліджень. В результаті досліджень, виявлено, що стосовно дріжджеподібних грибів роду *Candida* (ATCC 885-653), сполука М10 призвела до утворення зони затримки росту діаметром 6,5мм, сполуки М7, 15-16 – 5мм, М2-6, 8-9мм, 11-14 – <5мм, М1 – 1мм.

Проаналізувавши отримані результати, ми вирішили піддати більш детальному вивченню речовину М10, яка проявила непогані показники в об'ємі однієї краплі (12,5мкг), оскільки за методом стандартних дисків застосовують диски з навантаженням антибіотиком від 5 до 25мкг.

Сполука М10 у дозі 50мкг спричинила утворення зони затримки росту *S.albicans* (ATCC 885-653) діаметром 21мм, що робить її перспективною для подальших досліджень, у першу чергу її протигрибкової активності.

Таким чином, проведений експеримент засвідчив фунгіцидні властивості речовини М10, і дав змогу провести діагональ між дозою сполуки М10 та її активністю. Отже, 0,1мл (10мкг) сполуки М10 затримував ріст *S.albicans* (ATCC 885-653) зоною діаметром 7мм, 0,2мл (20мкг) – 7,5мм, 0,3мл (30мкг) - 8мм, 0,4мл (40мкг) – 11мм, 0,5мл (50мкг) – 21мм.

Висновок. Беручи до уваги отримані результати дослідження протигрибкових властивостей піразолвісних сполук з сечовинним фрагментом у положенні 3 піразольного циклу (сполука М 10), можемо рекомендувати їх як перспективні для подальших досліджень.

Савчук В.О., Зеленюк В.Г.

НЕФРОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ СТАТИНІВ НА МОДЕЛІ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗИВНОЇ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фармакології*(науковий керівник - д.мед.н. Заморський І.І.)*

Актуальність роботи. Однією з причин виникнення гострої ниркової недостатності (ГНН) є ішемічно-реперфузивне ушкодження нирок, що часто призводить до летального наслідку. Патогенетичні механізми представлені клітинною адгезією, клітинною інфільтрацією, генерацією вільних радикалів кисню і продукцією прозапальних цитокінів. Статини, пригнічуючи гідроксиметилглутарил-коензим А редуктазу, здатні безпосередньо впливати на механізми запалення та оксидативного стресу та виявляти нефропротекторні властивості, полегшуючи перебіг ГНН.

Мета роботи. Дослідити вплив деяких статинів (аторвастатин, симвастатин) на перебіг ішемічно-реперфузивного ушкодження нирок щурів.

Матеріал та методи дослідження. Експерименти проведено на 40 нелінійних білих щурах-самцях масою 140-180 г. Протягом 3 днів до проведення операції тваринам вводили препарати статинів внутрішньошлунково в 1% розчині крохмалю в дозі 20 мг/кг. Ішемію моделювали під наркозом (етамінал-натрій, 40 мг/кг) після серединної лапаротомії, накладаючи на ниркову ніжку затискач терміном на 75 хв. Функціональний стан нирок тварин вивчали через 24 години після ішемії за умов індукованого діурезу (ентеральне введення питної води в об'ємі 5% від маси тіла).

Результати. Змодельована ішемія з наступною реперфузією призвела до значного порушення функції нирок із розвитком олігоуричної стадії ГНН. Профілактичне введення статинів сприяло збільшенню діурезу, швидкості клубочкової фільтрації та натрійурезу у порівнянні із групою тварин із нелікованою патологією. Завдяки нормалізації екскреторної функції нирок статини зменшували вираженість азотемії. Нефропротекторні властивості уведених препаратів реалізувались також у попередженні летальності (виживаність – 100% ($p < 0,05$)), яка у групі тварин із модельною патологією складала 80,6%, а також зменшенні протеїнурії в середньому у 3,2 рази порівняно із показником нелікованих тварин. Серед досліджуваних препаратів аторвастатин виявляв більш виражений вплив на екскрецію креатиніну, іонів натрію та калію, а симвастатин – на зменшення вмісту білка в сечі.

Висновки. Статини у обраній дозі та режимі введення виявляють нефропротекторні властивості при ішемічно-реперфузивній ГНН, відновлюючи функцію нирок та зменшуючи летальність.

Сухолюток А.Л., Власик К.Л.

ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології*(науковий керівник - викл. Соколенко М.О.)*

Серед причин розвитку набутої резистентності найвагоміше значення має неадекватна антибіотикотерапія: призначення не за показами (понад 80–90% усіх інфекцій, пролікованих антибіотиками, є вірусними), неправильне дозування, короткий курс лікування. Також поширенню резистентності сприяє фальсифікація препаратів. Так, за даними ВООЗ серед виявлених підробок антибіотиків 51% не мали активної речовини, 17% мали неадекватні компоненти, в 11% – концентрація активної речовини була нижчою від зазначеної. Безрецептурний продаж антибіотиків у нашій країні часто призводить до їх надмірного та безвідповідального застосування в неадекватних ситуаціях. Ще однією проблемою є широке використання антимікробних засобів у тваринництві та рослинництві. Встановлено, що в результаті антропогенного забруднення навколишнього середовища відбуваються як кількісні, так і якісні зміни мікробних біоценозів, збільшення числа умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів, зміна їх біологічних властивостей, нових мутацій, і, як наслідок, підвищення їх антибіотикорезистентності.

Стойкі до антибіотиків штами бактерій спричиняють інфекції багатьох органів і систем, у тому числі інфекції сечової системи (ИСС). ИСС займають одне з провідних місць серед інфекційної патології як в амбулаторній практиці, так і в стаціонарі.

Мета роботи - встановлення етіологічної структури та динаміки резистентності до антибактеріальних засобів збудників інфекцій сечової системи у населення Чернівецької області. Завдання: вивчити сезонні закономірності частоти виявлення інфекцій сечової системи (ИСС) серед населення Чернівецької області та дослідити наявність факторів резистентності до антибактеріальних препаратів (АБП) та її динаміку в основній групі збудників ИСС – ентеробактерій.

У результаті досліджень встановлені сезонні закономірності в поширенні ИСС серед населення м.Чернівці та Чернівецької області. Виявлено, що поширеність факторів резистентності до антибіотиків серед етіологічно значимих штамів ентеробактерій виявляє залежність від статі пацієнтів. Встановлено, що серед ентеробактерій поширеність бета-лактамаз розширеного спектру (БЛРС) залежить ще й від родової приналежності штаму. Серед штамів роду *Proteus* підозрілі на продукцію БЛРС зустрічаються у 4-10 разів рідше, ніж серед решти ентеробактерій. Проведені дослідження дають можливість виявити зовнішні та внутрішні фактори розвитку антибіотикорезистентності мікрофлори сечі пацієнтів з підозрою на ИСС.

Таким чином, динаміка факторів резистентності до АБП в етіологічно значимих штамів вимагає постійного моніторингу з метою оптимізації тактики лікування ИСС.

Щудрова Т.С.

ВПЛИВ ОРГАНСПЕЦИФІЧНИХ ПЕПТИДІВ НА АКТИВНІСТЬ СУКЦИНАТДЕГІДРОГЕНАЗИ В НИРКАХ ЩУРІВ ПРИ РАБДОМІОЛІТИЧНІЙ ГОСТРІЙ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Заморський І.І.)

Встановлено, що в 10-40% пацієнтів з рабдоміолізом виникає гостра ниркова недостатність (ГНН), що складає 5-15% у загальній структурі ГНН (Y.S.Chatzizis et al., 2009). Однією з головних ланок розвитку рабдоміолітичної ГНН є розвиток ренальної ішемії зі зниженням продукції аденозинтрифосфату (АТФ) у клітинах ниркових канальців, що веде до прогресування порушень енергетичного обміну. Сукцинатдегідрогеназа (СДГ) є ключовим ферментом циклу Кребса, що пов'язаний з генерацією АТФ, тому зниження її активності вказує на порушення аеробного метаболізму.

Метою роботи є визначення активності СДГ у тканині нирок тварин при розвитку ГНН та застосуванні органоспецифічних пептидів, синтезованих в Санкт-Петербурзькому інституті біорегуляції та геронтології: пептидного екстракту нирок, синтетичних трипептидів нирок Т-31 та Т-35, тетрапептиду епіфізу епіталону.

Матеріали і методи. Досліди проведено на 42 нелінійних білих щурах масою 180-220 г. Тварин було розподілено на 6 груп (n=7): I група – контрольна, II група – ГНН. Тваринам III-VI груп вводили екстракт нирок у дозі 300 мкг/кг, Т-35 у дозі 3 мкг/кг, Т-31 у дозі 3 мкг/кг та епіталон у дозі 7 мкг/кг, відповідно. Досліджувані препарати вводили протягом 7 днів, з наступним моделюванням ГНН шляхом введення 50% розчину гліцеролу в дозі 8 мг/кг. Результати оцінювали на 24 год розвитку ГНН. Активність СДГ в тканині нирок визначали за методом Прохорової М.І. (1982).

Результати дослідження. Розвиток ГНН характеризувався значним (у 4,5 рази) зниженням активності СДГ у тканині нирок порівняно з групою контролю ($p \leq 0,01$). Профілактичне застосування екстракту нирок призвело до достовірного збільшення активності ферменту в 1,7 рази, застосування епіталону збільшило показник у 1,8 рази, порівняно з групою ГНН ($p \leq 0,01$). Значне збільшення активності СДГ спостерігалось при введенні трипептидів нирок: у групі тварин, яким вводили Т-31, активність ферменту збільшилась у 3,4 рази, введення Т-35 призвело до достовірного збільшення активності СДГ у 4 рази ($p \leq 0,01$).

Висновок. Розвиток рабдоміолітичної ГНН супроводжується порушенням стану енергетичного обміну в клітинах нирок, що підтверджується зниженням активності СДГ. Препарати органоспецифічних пептидів достовірно збільшують активність ферменту, що вказує на їх позитивний вплив на стан енергетичного обміну в нирках за умов розвитку рабдоміолітичної ГНН.

Лесь Ю.С., Березова М.С.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ІНДЕКСУ ДЕФОРМАБЕЛЬНОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ III-IV СТАДІЇ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Діабетична нефропатія (ДН) є одним із найсерйозніших мікрovasкулярних ускладнень цукрового діабету (ЦД). Ушкодження нирок, що виникає при ЦД постійно прогресує та призводить до розвитку хронічної ниркової недостатності. Зміни морфофункціонального стану еритроцитів впливають на реологічні властивості крові, а також на різноманітні регуляторні процеси, що забезпечують гемомікроциркуляцію, зокрема у нирках.

Мета дослідження — вивчити особливості індексу деформабельності еритроцитів у хворих на ДН III–IV ст. з супутнім ожирінням під впливом аторвастатину.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 42 хворих на ЦД 1го та ЦД 2го типів віком від 40 до 65 років із тривалістю захворювання 10–15 років. Всіх пацієнтів розподілено на дві групи: до I групи увійшло 20 хворих на ДН III–IV ст. без супутнього ожиріння, до II групи — 22 хворих на ДН III–IV ст. із наявністю супутнього ожиріння. Групу контролю становили 20 практично здорових осіб. Всім обстеженим хворим визначали ЗХС, ТГ, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ. Критеріями включення в дослідження були: $HbA1c \geq 7,0\%$, АТ не більше 140/90 мм рт.ст., $ZXC \geq 5,0$ ммоль/л, XC ЛПНЩ $\geq 3,0$ ммоль/л, $TG > 1,77$ ммоль/л, XC ЛПВЩ $< 1,2$ ммоль/л.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів виявив вірогідну різницю між показниками практично здорових осіб та всіх хворих на ДН III–IV ст. до проведення лікування.

У пацієнтів без наявності супутнього ожиріння, порівняно зі здоровими, спостерігалось вірогідне зниження індексу деформабельності еритроцитів (ІДЕ) ($p < 0,05$). У хворих з ДН за наявності супутнього ожиріння також спостерігалось вірогідне зниження даного показника ($p < 0,05$). У даних пацієнтів із супутнім ожирінням показники ІДЕ були вірогідно нижчими, ніж у хворих, які не мали супутнього ожиріння ($p < 0,05$).

Проведений аналіз динаміки морфофункціональних властивостей еритроцитів у хворих на ДН III–IV ст. із супутнім ожирінням під впливом статинів показав вірогідне покращення показників у результаті тримісячної терапії аторвастатином ($p < 0,05$).

Висновок. Діабетична нефропатія з супутнім ожирінням у пацієнтів із цукровим діабетом 1го, та 2го типів характеризується зменшенням показників індексу деформабельності еритроцитів. Застосування аторвастатину позитивно впливає на динаміку показників мікроциркуляторних порушень у хворих із даною патологією та супроводжується корекцією показників індексу деформабельності еритроцитів порівняно з визначеними показниками до проведеного лікування ($p < 0,05$).

Назарова З.Х., Джумаев Д.Ш., Хасанбаев А.У.

ПСИХОСЕКСУАЛЬНА АДАПТАЦІЯ В СОЦІУМЕ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ СТВОЛОВУЮ ФОРМУ ГИПОСПАДИИ В ДЕТСТВЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - д.мед.н. Атакулов Д.А.)

Несмотря на то, что операция по гипоспадии проводится в раннем возрасте, данный порок и его коррекция могут значительно влиять на самооценку и сексуальное поведение подростка и взрослого мужчины, то есть на качество их жизни.

Нами были обследованы 48 пациентов в возрасте от 14 лет и старше, оперированных за период с 1990 по 2000 год, по поводу стволовой формы гипоспадии. Из них 32 обследованных согласились на проведение тестирования по методикам: SF-36, МИЭФ-5, опросник Плутчика, количественная оценка мужской копулятивной функции.

Анализируя данные, мы пришли к выводу, что у 18 тестированных, что составило 56,3%, не обнаружено никаких существенных изменений в качестве жизни. У остальных 14 (43,7%) пациентов были выявлены некоторые факторы снижающие качество жизни, несмотря на то, что коррекция гипоспадии была выполнена успешно и послеоперационный период протекал без осложнений. Лица старше 20 лет считали своё сексуальное здоровье удовлетворительным. У всех обследованных удовлетворенность в большей степени зависела от субъективных ощущений, чем от анатомических результатов. У 6 пациентов наблюдались затруднения при мочеиспускании. 12 пациентов считали форму своего полового члена ненормальной из-за размеров или наличия рубцов, хотя объективная оценка косметических результатов со стороны исследователей была хорошей. Также была проведена оценка качества жизни пациентов в сравнении со сроками проведения операции. Качество жизни лиц, пластика которых была проведена в возрасте до 4 лет, намного выше, так как ранняя коррекция гипоспадии предупреждает прогрессирующие изменения в пещеристых телах полового члена, устраняет отрицательное воздействие порока на психику ребенка, что имеет большое значение в формировании полноценной личности.

Джумаев Д.Ш., Назарова З.Х., Хасанбаев А.У., Комилов Ш.З., Мустафакулов И.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТВОЛОВЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - д.мед.н. Шамсиев А.М.)

Гипоспадия - один из наиболее распространенных пороков развития полового члена. Встречается в среднем 1:200 новорожденных мальчиков. Проблема лечения гипоспадии, несмотря на довольно длительную историю изучения и большое количество опубликованных работ как в нашей стране, так и за рубежом продолжает оставаться актуальной в детской хирургии. Оперативное лечение гипоспадии относят к сложным задачам пластической хирургии. Операция предусматривает не только полное расправление кавернозных тел, но и создание недостающей части мочеиспускательного канала из собственных тканей ребенка. Тактика лечения гипоспадии выбирается в зависимости от формы порока.

За период с 2000 по 2012 в Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦ педиатрии лечились 184 больных стволовыми формами гипоспадии. Из них 96 (52%) дистально стволовой, 88 (48%) стволовой формы. Дети до 3 лет-52 (28%), 4-7 лет 92 (50%), с 8 до 15 лет было 40 (22%).

При дистально-стволовых формах гипоспадии без искривления полового члена 96 (52%) больным операция проводилась по методу Matheu. Средне и проксимально-стволовых формах гипоспадии с искривлением полового члена 88 (48%) операция проводилась в два этапа. Выпрямление полового члена произведено по Омбредану. Уретропластика по Дюплею произведена через 6 месяцев после первого этапа.

Результаты изучены с 6 месяцев после уретропластики. Уретральные свищи наблюдались после операции по методу Matheu у 3 (3%) больных. У оперированных больных по методу Дюплея такие осложнения наблюдались у 14(16%). Все осложнения устранены оперативным путем. Иссечение уретральных свищей осуществлена по методу Smita. Получены хорошие косметические и физиологические результаты у 182(99%) больных. У 2(1%) больных отмечалось рецидив кожно-уретрального свища.

Таким образом, применяемые нами методики по коррекции стволовых форм гипоспадии дают хорошие результаты при минимальном количестве осложнений.

Нодиров Ш.А., Ишанкулов О.А., Раббимов Д.Н.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - к.мед.н. Юсупов Ш.А.)

Заболевания предстательной железы занимают важное место в урологической практике. Постоянно возрастает обращаемость по поводу заболеваний предстательной железы. В то же время диагностика таких заболеваний, как хронический простатит, рак и доброкачественная гиперплазия предстательной железы представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Таким образом, внедрение рациональных подходов ранней диагностики заболеваний предстательной железы способствует повышению выявляемости заболеваний простаты, таких как доброкачественная гиперплазия предстательной железы, рака и проведению адекватного лечения. Все это способствует повышению качества жизни мужчин, увеличению продолжительности жизни.

Цель: Изучить и обосновать соответствующие подходы для оптимизации ранней диагностики заболеваний предстательной железы в условиях Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: В отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ за период 2003-2013гг. диагностика заболеваний предстательной железы проводилась у 30 больных. Основу диагностики включало клиническое, физикальное и ультразвуковое исследования (УЗИ), определения уровня простатоспецифического антигена (ПСА).

Из обследованных 30 мужчин возраст колебалась от 50 лет и старше 70 лет. Из них в возрасте от 50 до 55 лет было 4 (13,3%), от 56 до 60 лет 4 (13,3%), от 61 до 65 лет 4 (13,3%), от 66 до 70 лет 8 (26,6%), от 70 лет и старше 10 (33,3%). Из 30 больных клинико-лабораторные обследование произведено у 30 (100%), УЗИ произведено у 30 (100%) больных, ректальное исследование у 30 (100%) больных, ПСА у 18 (60%) больных. При определении ПСА у 2 (11,1%) уровень оказался выше нормы, у 16 (88,9%) больных уровень был в пределах нормы. В ходе обследования у мужчин доброкачественная гиперплазия предстательной железы выявлена у 28 (93,3%), рак предстательной железы обнаружен у 2 (6,6%) пациентов. Из них 15 (50%) больным была произведена трансуретральная резекция предстательной железы, 12 (40%) больным произведена чрезпузырная аденомэктомия. 3 (10%) больным оперативное вмешательство не проведено. Из неоперированных, у 1 больного выявлен туберкулез легкого, у 2 больных выявлена ишемическая болезнь сердца. Необходимо отметить важную социально-экономическую значимость представителей этой группы мужчин, которая, имея значительный трудовой потенциал, продолжает оставаться трудоспособной. Кроме того, внедрение рациональных подходов ранней диагностики заболеваний предстательной железы позволяет более широко охватить соответствующие возрастные группы мужчин и приводит к выявлению высоких уровней заболеваемости и распространенности болезней предстательной железы.

Прокипчук І.Р., Чорна І.Й.

ФІТОТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИРОК

Чортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна,

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного профілю

(науковий керівник - викл. Цьомик О.І. викл. Жебрацька А.М.)

В Україні, як і в більшості країн світу, спостерігається щорічне зростання кількості зареєстрованих випадків інфекції сечової системи серед дорослого населення. Серед мікробно-запальних захворювань одним із найчастіших у дорослому віці є пієлонефрит.

Студенти терапевтичного гуртка ЧДМК поставили перед собою мету: вивчити структуру основних захворювань ниркової патології у людей дорослого віку, що мешкають у Чортківському районі, визначити місце фізіотерапії у комплексному лікуванні ниркових патологій, зокрема пієлонефриту.

Для цього гуртківцями було опрацьовано 42 історії хвороб пацієнтів.

Ефективність терапії оцінювали шляхом зіставлення результатів клініко-лабораторних досліджень, звертали увагу на динаміку наступних показників: характер сечового синдрому (лейкоцитурія, еритроцитурія, протеїнурія), гемограма та біохімічні показники крові, динаміку функціонального стану нирок, тривалість лікування в стаціонарі.

Із 42 пацієнтів - 33, в комплексній терапії пієлонефриту отримували Канефрон Н, до складу якого входять: золототисячника трава (*Centaurium umbellatum*, Gentianaceae) 18 мг, любистка лікарського корені (*Levisticum officinale*, Apiaceae) 18 мг, розмарина листки (*Rosmarinus officinale*, Lamiaceae) 18 мг. При використанні в лікуванні Канефрону Н спостерігалось швидше покращення суб'єктивного стану хворих на 3-5-й день прийому препарату. Поліпшувалось самопочуття, апетит, швидше зникла гіпертермія, зменшувалась вираженість інтоксикаційного, больового, диспепсичного та дизуричного синдромів. У пацієнтів, які отримували Канефрон Н, на момент виписки хворих з стаціонару практично зникла кристалурія та лейкоцитурія, а еритроцитурія та протеїнурія були незначними.

Результати лікування хворих цієї групи були оцінені як: 70,5% (29 пацієнтів) як добрі, 12,5% (3 пацієнти) як незадовільні, і 25% (10 пацієнтів) не отримували препарат, і у цих пацієнтів на час виписки еритроцитурія та протеїнурія були вищими.

Таким чином, включення до комплексної терапії хворих з патологією нирок Канефрону Н дозволило значно підвищити ефективність лікування, сприяло більш швидкому згасанню клініко-лабораторних ознак активності захворювання нирок.

При сучасному лікуванні з доповненням фітотерапії захворювань сечової системи у пацієнтів спостерігається позитивна динаміка клінічних проявів і сечового синдрому, нормалізується або покращується функціональний стан нирок.

При застосуванні препарату Канефрон Н відбувається швидке згасання клінічних проявів ураженої сечової системи, нормалізація аналізів сечі.

Впровадження новітніх методів діагностики та ефективних методів профілактики і лікування хвороб нирок дає можливість знизити частоту хронізації та реінфекцій захворювань нирок, зменшити швидкість прогресування хронічної ниркової недостатності, а також значно поліпшити життя пацієнтів.

Роборчук С.В.

**ДИНАМІКА MCP-1 В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ З
УРАЖЕННЯМ НИРОК**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

У даний час доведено ключову роль цитокінів у формуванні та прогресуванні уражень нирок у хворих на ревматоїдний артрит (РА). В літературі активно обговорюються можливості маркерної діагностики в оцінці прогнозу прогресування ураження нирок при даній патології.

Метою дослідження було оцінити діагностичну значимість моноцитарного хемоаттрактантного протеїну (MCP-1) у сироватці крові та сечі в процесі лікування РА.

У дослідження було включено 25 хворих на РА (активність II ст.) та 20 практично здорових осіб. Дослідження проводилось тричі: при поступленні в стаціонар, через 2 тижні комплексного лікування із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) інгібіторів ЦОГ-1 та через 3 місяці. Концентрацію MCP-1 визначали імуоферментним методом набору реактивів «Вектор-Бест». Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Гельсинської декларації перегляду 2008 року.

В результаті дослідження виявлено підвищення досліджуваного цитокіну у крові та сечі хворих при поступленні, що було вірогідним при порівнянні з показниками здорових осіб ($p < 0,05$). Через 2 тижні проведеного лікування вміст MCP-1 зростав у крові хворих у 2 рази ($p < 0,05$), а в сечі хворих у 2,5 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з даними при поступленні. Через 3 місяці концентрація MCP-1 крові та сечі хворих вірогідно знижувалася навіть у порівнянні з відповідними показниками до лікування ($p < 0,05$). Показники MCP-1 корелювали з величиною ШКФ ($r = -0,45$).

Отже, MCP-1 є показником як активності патологічного процесу взагалі, так і маркером ниркового пошкодження при застосуванні інгібіторів ЦОГ-1 у даних пацієнтів.

Степанченко М.С., Степан В.Т., Волошинський Д.І.

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник - д.мед.н. Федорук О.С.)

Гострий пієлонефрит становить актуальну проблему сучасності, що зумовлено труднощами у діагностуванні переходу серозного запалення у гнійне, великою і постійно зростаючою часткою стертих форм захворювання, недосконалістю діагностичних підходів та низькою ефективністю консервативного лікування. Несвоєчасне та неадекватне лікування в кінцевому результаті виливається у прогресування деструктивного процесу в ураженій нирці із наступною втратою функції, розвитком аналогічного процесу у контрлатеральній нирці аж до анурії на фоні токсико- бактеріального шоку. Останнє зумовлює потребу у розробці специфічного та високоефективного лікування пієлонефритів, що супроводжуються порушеннями загального стану.

30 пацієнтів з гострим пієлонефритом, що потребував госпіталізації, було проліковано за пропонованим методом; 10 аналогічних хворих групи порівняння лікували звичайно. Основна група крім загальноприйнятого етіотропного лікування (фторхінолони цефалоспорици), піддавалась дії електричного поля постійного струму на уражену ділянку та отримувала в якості терапії супроводу внутрішньовенну інфузію 1,5% бурштинової кислоти.

Для оцінки ефективності пропонованого методу лікування оцінювали: терміни нормалізації температури, зникнення хворобливих відчуттів, лейкоцитоз та лейкоцитурію, маркери оксидативного стресу та антиоксидантного захисту.

Пацієнтів основної групи лікували наступним чином: вводили левофлоксацин 0,5 (розчин для інфузій) в/в крапельно та одночасно проводили в/м ін'єкцію цефтріаксону 1,0. Після введення половинної дози левофлоксацину створювали електричне поле постійного струму в ділянці ураженого органу з використанням апарату для гальванізації та електрофорезу «Поток-1» шляхом накладання прокладок з електродом зі знаком «+» на поперекову ділянку проекції нирки, із електродом «-» - в ділянку проекції нирки на передню стінку живота (контрлатерально). Середня густина струму 0.025- 0.05мА/см². Експозиція – 60 хв. Відразу після введення левофлоксацину вводили 1,5% розчин бурштинової кислоти (400мл) в/в крапельно. Через 12 годин після вищеприписаної процедури консервативно-фізіотерапевтичного лікування вводився повторно цефтріаксон 1,0 в/м. Час введення двох антибіотиків із внутрішньотканинним електрофорезом – вранці, одного антибіотика – ввечері. Група порівняння отримувала лише консервативне етіотропне лікування, в той же час. Курс стаціонарного лікування становив 7-10 днів.

Показано, що пропоноване лікування сприяло швидшій нормалізації температури та зникненню хворобливих відчуттів. Число лейкоцитів у крові та сечі знижувалося до нормальних показників в основній групі вірогідно раніше в порівнянні з контрольною. Показники оксидантного стресу в динаміці лікування були вірогідно нижчими у хворих основної групи.

Даний метод дозволяє швидше досягнути бажаного ефекту від лікування у порівнянні із стандартною схемою. Останнє сприяє зменшенню часу перебування у стаціонарі та відповідному здешевленню лікування.

Туйчиев А.П., Рахмонов Ш.Б., Богибеков М.М.

ПРИМЕНЕНИЕ ДРИПТАНА В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии №2 и урологии

(научный руководитель - к.мед.н. Шодмонова З.Р.)

Недержание мочи у женщин является одной из важных проблем в урологии, так как имеет важное социальное значение, ухудшая качество жизни пациенток и отягощая их морально-психологическое состояние, влияет на их адаптацию в обществе, а также и на ситуацию в семье пациенток. Эта проблема широко распространена в США и в странах Европы: 34-38% женщин страдают недержанием мочи. Из них 20% в возрасте 20-55 лет, до 35 лет - 15%, после 55 лет - 28%.

Целью настоящей работы было изучение эффективности и переносимости препарата Дриптан при лечении женщин с недержанием мочи.

Нами обследованы 48 пациенток в возрасте от 18 до 69 лет. Ведущими жалобами у всех пациенток были недержание мочи, а также общая слабость, кашель, нарушение сна, сухость во рту. Всем пациенткам проводились общеклинические обследования: сбор анамнеза жизни и заболевания, анализ симптоматики болезни, клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, а также рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек. Больные вели дневник мочеиспускания с одномоментным заполнением ДРИП - теста. С некоторыми пациентками провели PAD – тест, «кашлевой» тест, тест Q – образной трубки и стоп – тест. Также женщины с недержанием мочи осмотрены гинекологом и терапевтом. У 10 пациенток отмечалось urgentное недержание мочи, у 18 – стрессовое, а у 20 – смешанное недержание мочи. Больным назначали Дриптан 5 мг постепенно увеличивая в течение месяца дозу препарата. В первые 10 дней назначали по ½ таблетки 2 раза в день, затем по ½ табл. 3 раза в день в течение тоже 10 дней, а затем по 1 табл. 2 раза в день. Симптоматика анализировалась на 10, 20 и 30 день приёма лекарства. Затем дозировку препарата постепенно уменьшали в обратной последовательности.

Женщинам со стрессовым недержанием мочи на фоне приёма Дриптана назначались седативные, противокашлевые средства и общеукрепляющие средства. Женщинам с urgentным недержанием мочи назначались α-адреноблокаторы, общеукрепляющие средства. Всем наблюдаемым пациенткам рекомендовали проводить гимнастику по Кегелю.

Результаты лечения. У 13 больных признаки недержания мочи уменьшились уже на 3 день приёма лекарственного препарата, а у остальных 25 на 10 сутки. В течение третьей недели лечения у 83 % больных отмечено исчезновение таких жалоб, как императивные позывы, поллакиурия, никтурия, а также непроизвольное выделение мочи. В дневнике мочеиспускания и повторном проведении ДРИП – теста у всех больных отмечалось уменьшение симптомов болезни менее 8 баллов. Наиболее информативными при оценке эффективности проводимого комплексного лечения были данные при заполнении ДРИП – теста, дневника мочеиспусканий, а также проведения стоп – теста и «кашлевого» теста. Таким образом, действие Дриптана начинается уже через 30 мин после приёма препарата, прерывая у женщин, страдающих инконтиненцией мочи, раздражающие нерегулярные импульсы со стороны ЦНС и оказывая прямое расслабляющее действие на мочевой пузырь, приводя к уменьшению симптомов заболевания.

Тухтаев Ф.М., Хамроев Г.А., Холбеков Ж.А.

ЧЕТЫРЕХКРАТНЫЙ РЕЦИДИВ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Аллазов С.А.)

Инородные тела уретры и мочевого пузыря у мужчин, особенно у практически здоровых в психическом отношении, тем более многократно, встречаются крайне редко, в связи с чем приводим наше наблюдение.

Больной Х., 43 лет, первый раз обращался 17.07.2001 года с жалобами на боли в мочеиспускательном канале, расстройства мочеиспускания. Установлен диагноз: «Инородные тела мочевого пузыря и уретры» и произведена операция. Были удалены из мочевого пузыря три иглы, из внутреннего отверстия уретры булавка. Выписан на амбулаторное наблюдение 24.07.2001 года в удовлетворительном состоянии. Больной 7.12.2002 года обратился повторно с такими же жалобами, как и предыдущий раз. С его слов на этот раз он вел в мочеиспускательный канал иглы и гвоздь. На обзорной урограмме имеются тени одной иглы в проекции мочевого пузыря, других игл и гвоздей - в задней уретре. Гвоздь, который находился в задней уретре, удален при помощи зажима через наружное отверстие уретры. Иглы удалить не удалось. Больной отказался от операции и ушел домой. Через три дня больной обратился вновь с жалобами на выраженную дизурию и макрогематурию. Больной оперирован (эпицистостомия), удалены одна игла размером длиной 5 см из полости мочевого пузыря, остальные три иглы такого же размера и один гвоздь длиной 8 см из внутреннего отверстия уретры. 19.12.2002 года больной выписан на амбулаторное наблюдение 15.04.2003 г. больной обратился уже четвертый раз с жалобами на задержку мочи. 16.04.2003 г. операция - высокое сечение мочевого пузыря. Удалена английская булавка на одном конце которой успел образоваться камень, размерами 2x3 см. Больной 23.04.2003 г. выписан домой.

Цюпа І.В.

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СПЕКТРУ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Гараздюк О.І.)

Актуальність теми. Інфекції сечовивідної системи (ИСС) - одне з найпоширеніших захворювань. За частотою вони посідають друге місце після гострої респіраторної вірусної інфекції та домінують у структурі ниркової патології. Ситуація набуває важливого значення, оскільки хвороба вражає працездатне населення, причому жінки хворіють у 2-3 рази частіше чоловіків, переважно у віці 20-40 років. Пієлонефрит, як прояв інфекції верхніх сечових шляхів, зустрічається рідше - на 816,6 на 100 000 населення. Зокрема, за даними Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок, у 2012 році в Україні налічувалося 428172 хворих на дану патологію. Серед збудників інфекцій верхніх сечових шляхів (ИВСШ) переважає грамнегативна флора, що висівається, у середньому, в 80% випадків. За даними M.G.Bergeron (2009), відзначається поступове збільшення частки грампозитивної флори (Enterococci, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus saprophyticus, Corinebacterium).

Мета роботи. Вивчити особливості збудників ИВСШ серед жителів Чернівецької області.

Матеріал і методи. Нами проаналізовано 1543 історії хвороби пацієнтів, які лікувалися в обласній клінічній лікарні м.Чернівці та журнали обліку бактеріологічних методів дослідження сечі за 2011-2012 рік. Для подальшого аналізу відбиралися історії хвороб пацієнтів, у яких із сечі висівався збудник. Таких було відібрано 505 осіб. Далі визначалася частота висівання кожного конкретного збудника.

Результати та їх обговорення. Найчастіше висівалися збудники: Escherichia coli - у 137 пацієнтів (27, 13%), Enterobacter aerogenes - у 65 осіб (12,87%), Enterococcus faecalis - у 55 осіб (10,89%), Staphylococcus epidermidis - у 43 пацієнтів (8,52%), Enterobacter cloacae - у 44 пацієнтів (6,53%). Рідше виявлялися Acinetobacter lwoffii (3,97%), Alcaligenes faecalis (3,28%), Citrobacter freundii (3,37%), Staphylococcus saprophyticus (3,28%) та інші.

Таким чином, дані, одержані нами, відрізняються від аналогічних даних, отриманих у Європейському та Середньоазійському регіонах, що свідчить про відмінності у спектрі збудників верхніх сечових інфекцій у жителів Буковини та потребує подальшого вивчення.

Шодмонова З.Р., Ишанкулов О.М., Гафаров Р.Р., Муродов Ф.Т.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Аллазов С.А.)

В настоящее время острые воспалительные заболевания почек, несмотря на наличие современных методов диагностики и лечения, представляют собой серьезную проблему в урологии. Основным моментом в патогенезе острого пиелонефрита является внезапное нарушение пассажа мочи из верхних мочевых путей, который приводит к лоханочно-чашечной гипертензии и пиелоренальному рефлюксу. Лечение этих больных должно начинаться с восстановления адекватного пассажа мочи из мочевых путей. В зависимости от причины нарушения оттока мочи применяют различные виды ее деривации: катетеризация почечной лоханки, установка стента, перкутанная пиелостомия или нефростомия.

В отделении экстренной урологии под нашим наблюдением находилось 87 больных с острым обтурационным пиелонефритом на разных стадиях заболевания. Из них у 64 больных был обнаружен уrolитиаз: женщин было 29 (45,3%), мужчин - 35 (54,7%). Всем больным в динамике проводилось УЗИ и рентгенологическое исследование. У 14 больных с серозной формой заболевания, сроком до 24 часов при наличии конкремента небольших размеров (диаметр до 1см) с локализацией в нижних отделах мочеточника и при отсутствии выраженных изменений в почечной паренхиме и ее полостной системы проводили уретеролитоэкстракцию петлей Dormia с последующей катетеризацией лоханки почки или установкой стента. При невозможности катетеризации лоханки у 9 больных проведена перкутанная нефростомия под контролем УЗИ.

У остальных больных, при невозможности создания адекватного оттока мочи и дальнейшем развитии заболевания проводили хирургическое вмешательство в виде: уретеролитотомии (18), пиелолитотомии (7), пиелолитостомии (2), нефролитотомии (3) нефролитостомии (5), нефростомии с декапсуляцией почки (4), нефрэктомии (2).

Таким образом, при наличии конкрементов в почке и мочевых путях, нарушающих уродинамику, на ранних сроках заболевания считаем возможным проводить уретеролитоэкстракцию с последующей катетеризацией или установкой стента в почечную лоханку, позволяющий избежать оперативного вмешательства. В других случаях предпочтительней проведение чрескожной пункционной нефростомии, что является менее травматичным вмешательством для своевременного восстановления уродинамики из верхних мочевых путей.

Юсупов Т.Ю., Бобомурадов И.М., Джаббаров Р.Н., Комилов Ш.З., Дониёров Б.Э.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - к.мед.н. Юсупов Ш.А.)

Актуальность. Мочекаменная болезнь является актуальной проблемой урологии детского возраста.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения детей с камнями нижней трети мочеточника.

Материал и методы. В отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра педиатрии проведено эндохирургическое лечение камней нижней трети мочеточника у 24 пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет. Из них до 3х лет 3 (12,5%), с 4 до 7 лет-12 (50%), с 8 до 12 лет-6 (25%) и старше 12 лет-3(12,5%) детей.

Все больные подверглись комплексному урологическому обследованию, включающему общеклинические, клинико-лабораторные, а также визуализирующие методы исследования: ультрасонографию, обзорную и экскреторную урографию.

Результаты и их обсуждения. Показаниями для эндоскопического вмешательства при камнях нижней трети мочеточника, являлось тяжелая степень нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей и отсутствие функции почек или болевой синдром.

Эндоскопическое лечение камней нижней трети мочеточника заключалось: В ретроградной катетеризации мочеточника сверх-гладким проводником диаметром 0,32 на глубину 60-100мм. от его устья с последующей установкой "низкого" трансуретрального мочеточникового стента. Продолжительность вмешательства составляла 15-20 минут. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Длительность трансуретрального дренирования мочевой системы при камнях нижней трети мочеточника составило от 7 до 10 дней.

Использованная тактика позволила купировать болевой синдром в 100% случаев. У 3 (12%) больных удалось выполнить эндоскопическую литоэкстракцию (размер конкремента 8мм). У 8 (33,3%) пациентов после удаления стента наблюдалось самопроизвольное отхождение камней (размеры конкрементов менее 7мм). У 13 (54,1%) больных с размерами конкрементов 10 и 14мм произведено интероперационное стентирование и уретеролитотомия на стенте. Функция почки во всех случаях была восстановлена.

Выводы. Таким образом, разработка и внедрение в клиническую практику эндохирургических методов лечения камней нижней трети мочеточника у детей показало их высокую эффективность.



Фармація

Pharmacy

Cristina C.C., Diug E.M., Calalb T.I., Achim M.A.

THE OPTIMAL RECOVERY OF PHENOLIC COMPOUNDS EXTRACTED FROM CYNARA SCOLYMUS L. CULTIVATED IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

State medical and pharmaceutical university «Nicolae Testemitanu», Kishinev, Moldova

Department of drug technology

(scientific advisor - d.f.n. Diug E.M.)

Introduction. Artichoke *Cynara scolymus* L. is a herbaceous plant, perennial of the family Asteraceae, native to the Mediterranean basin. The latest widespread researches have shown the high health benefits of natural phenolic compounds contained in artichoke and led to the introduction in collection of the Center of Cultivation of Medicinal Plants of of The State Medical and Pharmaceutical University "Nicolae Testemitanu" in 2002 year. The purpose of the study was to identify the most suitable volume of solvent that would assure the maximum extraction of polyphenols and flavonoids from artichoke basal leaves.

Materials and methods. The dry leaves of *C. scolymus* L. was provided from the Centre for the Cultivation of Medicinal plants of The State Medical and Pharmaceutical University "Nicolae Testemitanu". The extracts of artichoke's dry leaves were obtained by ultrasound assisted method with ethanol - 70% as solvent, ultrasound time - 30 min at a temperature of 80°C, ultrasonic power output and pulse mode factor – 100%. The extraction conditions were chosen due to our previous experiments. Effect of solvent volume was studied on 10 solid-to-liquid ratios (w:v) 1:20 g/ml, 1:50 g/ml, 1:100 g/ml, 1:200 g/ml, 1:300 g/ml, 1:400 g/ml, 1:500 g/ml, 1:600 g/ml, 1:700 g/ml, 1:800 g/ml. The total polyphenolic content was determined using the Folin-Ciocalteu method with some modification. Quantitative determination of the total flavonoid content was performed by the spectrophotometric technique indicated by Romanian Pharmacopoeia Xth Ed. (R. Ph. X) for *Cynarae folium*.

Results. The lowest content of polyphenols 33,05 mcg/ml ($\pm 0,97$) and flavonoids 13,30 mcg/ml ($\pm 0,66$) was found to be in 1:20 g/ml extract. By increasing the solvent volume both, total polyphenol and flavonoid content increased significantly: 51,42 mcg/ml ($\pm 0,52$) / 17,48 ($\pm 1,34$) for 1:50 g/ml ratio. From 1:100 to 1:300 g/ml kinetics of extraction of polyphenols and flavonoids have average of polyphenol content 70.15 mcg/ml ($\pm 1,04$) and flavonoids content 28.04 mcg/ml ($\pm 0,78$), respectively, which analyzed with t-test have no statistical significance.

Conclusions. The results of this study showed that solvent volume influence the extraction of chemical constituents from artichoke leaves. The reasonable solvent volume for a economic extraction is 1:100 (w:v).

Бідненко О.С.

СОЗДАНИЕ НОВОГО МЕТОДА ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжє, Україна

Кафедра фармацевтичної хімії

(научний керівник - д.фарм.н. Кучеренко Л.І.)

На сьогоднішній день захворювання серцево-судинної системи займають одно з перших місць во многих странах мира и являются одной из основных причин смертности населения. Такая ситуация создает серьезные проблемы не только отдельным людям и их семьям, но и оказывает неблагоприятное влияние на экономику этих стран, так как от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирают люди трудоспособного возраста. Количество больных, которые страдают такими заболеваниями, возрастает из года в год, и проблема поиска и создания новых эффективных, доступных и безопасных средств для лечения ССЗ и заболеваний нервной системы становится все более актуальной.

Оригинальным препаратом, который был синтезирован сотрудниками кафедры фармацевтической химии Запорожского государственного медицинского университета (ЗГМУ) совместно с НПО «Фарматрон» является «Тиотриазолин». В связи с нехваткой эффективных и безопасных средств для лечения ССЗ и руководствуясь опытом создания препарата «Тиотриазолин», коллективом исследователей кафедры фармацевтической химии ЗГМУ был создан препарат L-лизиний. Целью нашей работы было создание нового метода получения нового оригинального лекарственного препарата L-лизиния ((S)-2,6-диаминогексановой кислоты 3-метил-1,2,4-триазолил-5-тиоацетата).

Получение проводили в лабораторных условиях. Первой стадией является получение водного раствора L-лизина. 40 г L-лизина гидрохлорида растворяют в 295 мл воды очищенной, фильтруют. Фильтрат пропускают через колонку высотой 40 см, диаметром около 4 см и высотой слоя смолы 30 см (анионит марки АВ-17-8 в ОН - форме). Раствор L-лизина гидрохлорида пропускают со скоростью 16-18 мл/мин. Наличие L-лизина определяют нингидриновой пробой каждые 50 мл элюата. Полученный элюат упаривают в вакууме 10 мм рт.ст. при температуре 30°C с содержанием L-лизина в пределах 35%. Выход L-лизина составляет свыше 85% в пересчете на L-лизина гидрохлорид. В дальнейшем из полученного нами продукта (L – лизина основания) в одну стадию была получена субстанция «Лизиний» ((S)-2,6-диаминогексановой кислоты 3-метил-1,2,4-триазолил-5-тиоацетат).

Нами был проведен анализ полученной субстанции следующими методами: ЯМР -, УФ-спектроскопией, ВЭЖХ. Количественное содержание субстанции проводили методом кислотно-основного титрования в неводной среде.

В результате проведенных исследований нами был разработан рациональный способ получения нового оригинального отечественного лекарственного препарата L-лизиния.

Віннічук Р.А., Музика Н.Я., Паламар А.О.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фармації*(науковий керівник - к.фарм.н. Музика Н.Я.)*

Ревматоїдний артрит – це хронічне захворювання, що потребує майже постійного медикаментозного лікування і складає значну частку витрат охорони здоров'я. Він є найбільш розповсюдженою формою захворювання суглобів, яке вражає близько 1% населення, що в Україні складає близько 500 тисяч хворих. Пік початку захворювання припадає на 30-55 років, тобто вражає працездатне населення та може призводити до інвалідності.

Метою роботи було провести фармакоеконімічний аналіз терапії хворих на ревматоїдний артрит та визначити препарат, який з економічної точки зору є найбільш доцільним.

Проведено аналіз споживання лікарських засобів для основної фармакотерапії хворих на ревматоїдний артрит у ревматологічних відділеннях Тернопільської та Львівської обласних клінічних лікарень. Загальний обсяг вибірки становив 1216 історій хвороб та листків лікарських призначень.

У результаті проведених досліджень основних груп лікарських засобів, що використовуються для лікування хворих з даним захворюванням встановлено, що найчастіше використовуються лікарські засоби із наступних фармакологічних груп: НПЗЗ – диклофенак натрію, мелоксикам; ГКС – метилпреднізолон; БПЗП – метотрексат.

При порівнянні тижневого курсу підтримуючої терапії генеричними лікарськими засобами за методом мінімізації витрат, визначено найдешевші лікарські засоби з кожної групи, яка вивчалась: НПЗЗ (диклофенак натрію – Диклоберл-50 табл. кишечн. п/о 50мг № 50 Берлін Хемі АГ, Германія; мелоксикам - Мелоксикам табл. 0,015 г № 20 АТ "Лекхім-Харків", Україна); ГКС: (Метипред табл. 16мг № 30 фл. Метипред табл. 16мг №30 фл. Оріон, Фінляндія); БПЗП (Метотрексат-Оріон табл. 10мг №30 Оріон, Фінляндія).

Таким чином, досліджено, що найменш дорогівартісними країнами-виробниками лікарських засобів, які застосовують у складі фармакотерапії ревматоїдного артриту є Україна та Фінляндія.

Василинчук О.Я., Івашків О.Б., Грозав А.М.

СИНТЕЗ І ПРОТИГРИБКОВА АКТИВНІСТЬ ГІДРАЗОНІВ ТА ТІОСЕМІКАРБАЗОНІВ 4-ХЛОРО-5-ФОРМІЛІМІДАЗОЛІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної і фармацевтичної хімії

(науковий керівник - к.хім.н. Грозав А.М.)

Незважаючи на широкий спектр протимікробних та протигрибкових препаратів, що використовуються у сучасній медицині, проблема створення нових, більш активних сполук цього ряду залишається актуальною. Головними причинами такого стану речей є висока токсичність препаратів та швидкий розвиток резистентності мікрофлори до бактериостатиків, що приводить до зниження ефективності лікування. Тому спрямований синтез сполук, які б мали високу бактерицидну та протигрибкову активність по відношенню до антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів та грибків і низьку токсичність є важливим завданням фармацевтичної хімії.

Загальноприйнятою практикою сучасної методології створення нових лікарських засобів є модифікація відомих препаратів та їх структурних аналогів фармакофорними угрупованнями з метою посилення фізіологічної дії, зниження токсичності або ж забезпечення комплексного впливу комбінованого препарату на субстрат. З урахуванням того, що похідні імідазолу використовуються як протимікробні та протигрибкові препарати (метронідазол, клотримазол), перспективним видавалося вивчення бактерицидної та фунгіцидної активності похідних імідазолів, модифікованих фармакофорними тіосемікарбазонним або гідразонним фрагментами. Для одержання такого роду сполук нами використана реакція 1-арил-4-хлороімідазол-5-карбальдегідів із гідразинами та тіосемікарбазидом.

Гідразони 4-хлороімідазол-5-карбальдегідів із виходами 70-93 %, отримували нагріванням 1-арил-4-хлороімідазол-5-карбальдегідів з гідразинами в етанолі впродовж 2-4 год в присутності оцтової кислоти. Для отримання тіосемікарбазонів застосована конденсація 1-арил-4-хлороімідазол-5-карбальдегідів з тіосемікарбазидом, яка гладко протікає в 80%-ній киплячій оцтової кислоті і приводить до цільових сполук з виходами 80-94%.

Антимікробну активність гідразонів та тіосемікарбазонів 1-арил-4-хлороімідазол-5-карбальдегідів вивчали за допомогою мікрометоду з використанням одноразових полістиролових планшетів і мікротитраторів Такачі. Результати досліджень показали, що протигрибкова активність сполук відносно *Candida albicans* коливається в діапазоні концентрацій 0.245-1.95 мкг/мл. Характер замісників в положенні 1 та 2 імідазольного ядра в цілому суттєво не впливає на величину та вид активності досліджуваних сполук.

Дячков М.В., Михальченко Є.К.

ПОШУК СПОЛУК ПОТЕНЦІЙНИХ АНТИОКСИДАНТІВ В РЯДУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОХІДНИХ 3-АРИЛ(АРАЛКІЛ)КСАНТИНІВ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
Біохімії та лабораторної діагностики

(науковий керівник - д.хім.н. Александрова К.В.)

Відомо, що складовою частиною патогенезу багатьох захворювань, у тому числі і серцево-судинних, є оксидативний стрес, що характеризується збільшенням вмісту активних форм кисню (АФК). АФК приймають участь у багатьох внутрішньоклітинних фізіологічних реакціях, проте в умовах декомпенсації антиоксидантної системи клітини вони стимулюють радикальні реакції з наступним накопиченням проміжних і кінцевих продуктів окислення, що мають токсичну дію. Вільні радикали, що утворюються в надлишковій кількості, агресивно пошкоджують не тільки третинну, але і вторинну та навіть первинну структури білків з їх одночасною інактивацією, що веде до порушення їх ферментативної функції і необоротної деструкції клітинних мембран. Отже, пошук сполук-антиоксидантів здатних до попередження окислювальної модифікації білків (ОМБ) за рахунок зменшення токсичного впливу АФК є актуальною проблемою сучасної медичної науки.

Метою нашої роботи було дослідження антиоксидантної активності (АОА) неописаних в літературі 3-арил(аралкіл)ксантиніл-8-метилтіоацетатних кислот та їх функціональних похідних (солей, естерів, гідрозидів тощо) та встановити деякі закономірності зв'язку «будова-дія».

Активність досліджуваних сполук оцінювали за їх впливом на концентрацію ранніх та пізніх маркерів ОМБ: альдегідфенілгідразонів (АФГ) та кетондинітрофенілгідразонів (КФГ), які характеризують у випадку спонтанної ОМБ ступінь окисної деструкції білкової молекули, а при індукованій ОМБ свідчать про виснаження резервно-адаптаційних можливостей організму. В якості еталону порівняння використовували емоксипін. Ініціацію окислювальної модифікації білка проводили в гомогенаті тканин міокарду нелінійних білих щурів з використанням середовища Фентона.

Проведені дослідження показали, що майже всі синтезовані сполуки проявляли антиоксидантну активність, а деякі за силою АОА перевищували референс-препарат – емоксипін.

Слід зазначити, що на виразність дії досліджуваних сполук впливала природа замісників в положенні 7 та 8. Так, було встановлено, що заміщення гідроксиду карбоксильної групи тіоацетатного фрагменту на естеровий залишок та подальше введення карбонільвмісного замісника в положення 7 ксантинової молекули приводить до збільшення антиоксидантних властивостей, в той же час розгалуження естерового радикалу або його заміщення на гідрозидний та іліденгідрозидні замісники знижує активність.

Результати проведених досліджень показали перспективність подальшого пошуку сполук з АОА серед похідних 3-арил(аралкіл)ксантинів.

Зозуля О.О.

МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ М. УМАНІ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Уманський медичний коледж, Умань, Україна
фармакології

(науковий керівник - викл. Зозуля О.О.)

Актуальність теми. Актуальність питання лікування і профілактики сезонних респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ та грипу) на сучасному етапі зумовлена рядом факторів, насамперед, кількістю хворих. Наприклад, частота випадків ГРВІ за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) дорівнює 1,5 мільярди за рік (а це – кожен третій мешканець планети). Захворюваність на ГРВІ становить 75% інфекційної патології у світі, а під час епідемій – близько 90% усіх випадків. Ці показники тим самим визначають для ГРВІ перше місце у структурі причин високої захворюваності та тимчасової непрацездатності. Окрім того, простежується прямий зв'язок між розвитком хронічної патології серця, легень, нирок та інших органів після перенесеної ГРВІ. В Україні на ГРВІ та грип щорічно хворіють близько 10-14 млн. людей, що становить 25-30% загальної захворюваності.

Метою даної роботи було дослідити обсяги продажу противірусних засобів в місті Умань Черкаської області за грудень 2013-лютий 2014 року, а також вплив чинників на обсяги продажу.

Результати було отримано в головних офісах аптек по м. Умань «Ліки Сервіс» та «Фармація». Проведено опитування серед покупців про причини купівлі тих чи інших препаратів.

Висновки. За результатами дослідження по обсягах продажу противірусних засобів Амізон та Анаферон – 26% та 28% відповідно; Інтерферони (Назоферон, Лаферон, Віферон, Інтерферон α) – 31%, Гропрінозин менше 10%; інші препарати (ремантадин, оксолін) – менше 5%.

За опитуванням покупців на їх вибір вплинули: призначення лікаря (53%), реклама (31%), поради близьких та знайомих (16%). З огляду на результати нашого дослідження, можна визначити пріоритетні фактори впливу на формування попиту на певні противірусні препарати.

Корчак Л.В., Бабій О.В., Мельник Л.Д.

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕОПАРАМЕТРІВ ТА БІОФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного
, Вінниця, Україна
фармацевтичних дисциплін
(науковий керівник - к.мед.н. Андрієвський І.Ю.)

Від реологічних параметрів лікарських форм залежать споживчі властивості: зручність застосування та дозування, стійкість до розшарування, вивільнення діючих речовин з основи гелю. Зручність та легкість нанесення мазі на шкіру та слизові оболонки у пацієнта асоціюється з тими зусиллями, яких він додає для розподілу певної кількості мазі по поверхні слизової оболонки. Цей процес відбувається під час зсуву в'язко-пластичного матеріалу в ротаційному віскозиметрі, а зусилля, яке докладає пацієнт – це напруга зсуву, яка характеризує опір, який чинить матеріал до деформацій зсуву при певній швидкості та визначається інструментально.

Мета дослідження. Вивчення структурно-механічних властивостей гелевих основ та біофармацевтичних показників для подальшої розробки стоматологічного гелю.

Матеріали та методи дослідження: гелі з водними витягами кори дубу та листя кропиви дводомної, які виготовлені на різних гелевих основах. Вміст біологічно-активних речовин у водних витягах визначали спектрофотометричним методом згідно НТД. Осмотичну активність гелевих основ - методом діалізу через напівпроникну мембрану, вологоутримуючу здатність – гравіметричним методом, в'язкість гелів – на ротаційному віскозиметрі «Реотест -2», термолабільність та колоїдостійкість згідно ГОСТ 29188.3-91, рН водних витягів зразків гелів - потенціометричним методом, ступінь вивільнення лікарських речовин з основ – методом дифузії через напівпроникну мембрану.

Результати дослідження. З метою вибору оптимального складу носія були виготовлені експериментальні зразки гелевих основ, які підібрані за даними літературних джерел та проведених біофармацевтичних, фізико-хімічних досліджень. Визначена оптимальна концентрація натрій карбоксиметилцелюлози (NaКМЦ) – 2%. Доведено, що досліджувані зразки гелю мають нен'ютонівський тип течії з пластичними та тиксотропними властивостями.

Висновки. Вивчення реопараметрів гелю дозволяють прогнозувати їх стабільність протягом тривалого часу зберігання. Для подальших досліджень відібрано зразок гелю на основі NaКМЦ, який має задовільні споживчі, структурно-механічні та фізико-хімічні властивості і відповідає вимогам нормативної документації.

Кучер Т.В., Мерзлікін С.І.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ОГЛЯД ОБҐРУНТУВАННЯ ХІМІКО-ТОКСИКОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ГЛІПІЗИДУ

ДВНЗ «Національний фармацевтичний університет», Харків, Україна
токсикологічної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Мерзлікін С.І.)

Актуальність: основою лікування цукрового діабету (ЦД) 2 типу є застосування пероральних антидіабетичних засобів (АДЗ) різних хімічних груп. Зокрема, похідних бігуаніду (метформін), сульфонілсечовини (ПСС – глібенкламід, гліклазид, гліпезид, глімепірид), глінідів (репаглінід), тіазолідиндіонів (піоглітазон) та ін. Препарати ПСС є провідною групою ринку АДЗ – близько 30 % в країнах СНД. Пожиттєве застосування, зростаюча кількість хворих на ЦД (260 млн. у світі, 2 млн. в Україні), побічні дії, комбінована терапія з іншими АДЗ, доступність в аптечній мережі (безрецептурний відпуск) – фактори токсикологічної небезпеки неконтрольованого застосування ПСС. Гліпезид виробляється в багатьох країнах під різними торговими назвами (Глюкотрол, Мінідіаб, Метагліп та ін.). У джерелах вітчизняної наукової літератури про побічні ефекти препарату висвітлено стисло та відсутні дані про гострі отруєння з летальними наслідками.

Метою досліджень було проведення інформаційного огляду для розширення даних про перелік побічних ефектів, виявлення випадків отруєння гліпезидом, а також методів хіміко-токсикологічного аналізу (ХТА) на препарат.

Матеріали та методи: програма STATISTICA.

Результати дослідження: кількість зареєстрованих випадків отруєнь гліпезидом згідно даних веб-сайтів FDA (Food and Drug Administration) та patientsville.com в період 2008-2012 рр. становить 707. Зокрема, в країнах Європи – 22, Північної Америки – 651, Азії – 33, Південної Америки – 1. Серед них 63 летальних, з яких 21 – суїциди. Летальні випадки отруєнь в основному зумовлені передозуванням препарату та розвитком серцево-судинних ускладнень: інфаркту міокарда, ішемічної хвороби, гіпертонії, серцевої недостатності, атеросклерозу. При застосуванні гліпезиду в терапевтичних дозах можливий розвиток побічних реакцій з боку нервової системи – запаморочення, втома, тривога, головні болі, безсоння, сонливість, з боку ендокринної системи – коливання рівня глюкози в крові, гіпоглікемія, зниження ваги. Побічними ефектами з боку шкіри є висип, сверблячка, набряки, синці та тріщини, а з боку органів зору – нечіткість зору, короткозорість, далекозорість. Систематичних хіміко-токсикологічних досліджень біологічного матеріалу на гліпезид у доступній літературі не виявлено.

Висновки: результати проведеного інформаційного огляду свідчать про доцільність розробки методик ХТА гліпезиду.

Левіч С.В., Шкода О.С.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕНДОТЕЛІОПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ ВОДОРОЗЧИННИХ СОЛЕЙ 3-АРИЛ(АРАЛКІЛ)-8-МЕТИЛКСАНТИНІЛ-7-АЦЕТАТНИХ КИСЛОТ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
Біохімії та лабораторної діагностики

(науковий керівник - д.хім.н. Александрова К.В.)

Серцево-судинні захворювання широко розповсюджені і посідають перше місце серед причин інвалідизації та смертності населення. В їх патогенезі провідна роль відводиться ендотеліальній дисфункції (ЕД). ЕД розглядається як предиктор артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, хронічної серцевої недостатності тощо.

Важливим маркером ЕД є гіпергомоцистеїнемія, яка є результатом порушення метаболізму гомоцистеїну та може привести до цілого ряду несприятливих біологічних ефектів (пошкодження ендотелію, збільшення проліферації клітин гладкої мускулатури судин, стрес ендоплазматичного ретикулуму, порушення біосинтезу холестерину та триацилгліцеридів, апоптоз ендотеліальних клітин тощо).

Згідно з даними літератури, похідні 3-арил(аралкіл)ксантинів проявляють різноманітні фармакологічні властивості, в тому числі антиоксидантні, що обумовило можливість їх використання в якості кардіо- та нейропротекторів. Слід зазначити, що дослідження ендотеліопротективної дії похідних ксантину практично не проводились.

Метою нашої роботи був пошук сполук – потенційних ендотеліопротекторів, що здатні зменшувати гіпергомоцистеїнемію серед водорозчинних солей 3-арил(аралкіл)ксантинілу-7-ацетатних кислот.

Для моделювання гіпергомоцистеїнемії до інкубаційного середовища (гомогенат тканин головного мозку щурів) у токсичній концентрації (100-500 мкмоль) вносили ферум (II) динітрозолюний комплекс із цистеїном (DNIC). Після внесення до інкубаційного середовища ініціюючих агентів, зразки інкубували протягом 60 хв при температурі 37 °С. Паралельно з інтактною і контрольною пробами ставили пробу з додаванням ініціюючих агентів та досліджуваних сполук (у концентраціях 10-3 моль/л, 10-6 моль/л та 10-9 моль/л) або еталону порівняння (N-ацетилцистеїну). Про активність 3-арил(аралкіл)ксантинілу-7-ацетатів судили за зниженням концентрації у пробах маркеру ендотеліальної дисфункції – гомоцистеїну, концентрацію якого визначали ензиматичним методом з використанням набору «LaChema».

Дослідження ендотеліопротективної активності показало, що 3-арил(аралкіл)-8-метилксантинілу-7-ацетати у всіх досліджуваних концентраціях знижують гомоцистеїну та за силою дії перевищують еталон порівняння N-ацетилцистеїну. Також було встановлено, що на активність сполук впливає як природа замісників в 3-му положенні, так і солеутворююча основа. Дослідження в даному напрямку продовжуються.

Лучків Н.Ю.

АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСТІ CENTAUREA CARPATICA FORC

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
гістології, цитології та ембріології ДВНЗ «ІФНМУ»

(науковий керівник - викл. Лучків Н.Ю.)

Відомо, що вільні радикали, які постійно генеруються в усіх живих організмів, призводять до так званого «оксидативного стресу». Для запобігання розвитку такої реакції можуть бути використані природні антиоксиданти, зокрема, поліфеноли, що містяться у рослинній сировині. В зв'язку з цим, метою нашого дослідження було проведення оцінки антиоксидантних властивостей такого цікавого виду, як Centaurea carpatica Forc. (Волошка карпатська), сировина якої багата на поліфенольні сполуки.

Для дослідів використовували суху рослинну сировину: листки та квіти волошки карпатської, зібрані в Українських Карпатах. Загальний вміст поліфенольних сполук у рослинній сировині визначали титриметричним методом Левенталю (Державна Фармакопея України, 2004). Загальну антиоксидантну активність витяжок визначали колориметричним методом (Prieto, 1999).

В результаті досліджень встановлено, що спиртові витяжки даної рослинної сировини характеризуються вищою антиоксидантною активністю та здатністю відновлювати окислені сполуки, ніж відповідні водні. Так, антиоксидантна активність водних витяжок з квітів є нижчою за таку для витяжок з листків (10,0 ± 0,8 та 4,1 ± 0,3 мг-екв аскорбінової кислоти на г сухої маси відповідно). Спиртові витяжки вказаної сировини характеризувались вищою антиоксидантною активністю, ніж водні і становили 46,7 ± 5,0 та 46,3 ± 7,6 мг-екв аскорбінової кислоти на г сухої маси відповідно.

Антиоксидантні властивості рослинної сировини досліджували також шляхом визначення здатності водних і спиртових витяжок відновлювати окисне залізо. Встановлено, що водні витяжки на основі квітів проявляють вищу відновлювану здатність, ніж витяжки на основі листків (25,4 ± 1,0 та 20,4 ± 1,0 мг-екв аскорбінової кислоти на г сухої маси відповідно). Спиртові витяжки на основі вказаної сировини характеризувалися суттєво вищою відновлюваною здатністю, ніж водні загалом. Зокрема, спиртові витяжки на основі листків проявляли вищу відновлювану здатність за такі з квітів (247 ± 36 та 116 ± 24 мг-екв аскорбінової кислоти на г сухої маси відповідно).

Отже, спиртові витяжки з досліджуваної сировини волошки карпатської проявляють суттєво вищу загальну антиоксидантну активність та здатність відновлювати окислені сполуки, ніж відповідні водні.

Нименко А.Р.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ СТАНДАРТИЗАЦИИ ТАБЛЕТОК

Запорізький державний медичний університет, Запорожье, Украина,

Кафедра фармацевтической химии

(научный руководитель - д.фарм.н. Кучеренко Л.И.к.фарм.н. Моряк З.Б.)

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из первых мест в мире по инвалидизации населения. На сегодняшний день реализуется множество лекарственных средств (ЛС) для лечения ИБС, но наше внимание привлек один из новых отечественных препаратов для лечения сердечно - сосудистой патологии таблетки "Тиодарон", в состав которых входят два действующих вещества, а именно амиодарон и тиотриазолин, в соотношении (2:1). Согласно методик контроля качества (МКК) анализ действующих веществ, в препарате проводят методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЖХ). Этот метод кроме преимуществ имеет ряд недостатков, а именно, в лабораториях контроля качества чаще всего отсутствует соответствующая аппаратура, поэтому целью нашего исследования является оптимизация методов стандартизации таблеток "Тиодарон".

Материалы и методы: таблетки "Тиодарон", фармакопейные стандартные образцы (ФСО) амиодарона и тиотриазолина, тонкослойная хроматография (ТСХ).

Результаты: ТСХ является одним из простейших методов, который используется для стандартизации активных фармакологических образцов. Этим методом проводят как идентификацию, так и количественное определение. В связи с этим, нами была разработана методика качественного определения тиотриазолина методом ТСХ. Для этого нами были использованы: порошок растертых таблеток, ФСО, пластинка "Сорбфил ПТСХ-АФ-В", подвижная фаза (вода и ацетон в соотношении (2:50)). Время хроматографирования 1 час, а время проявления в йодной камере составляет 10 мин.

Вывод: разработаны доступные высокочувствительные, высокоэффективные методы идентификации и количественного определения амиодарона и тиотриазолина в таблетках "Тиодарон".

Паламар А.О., Івашків О.Б., Костишин Л.В., Островська І.В.

ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармації

(науковий керівник - викл. Паламар А.О.)

Поширеність серцево-судинних захворювань серед населення України останнім часом зросла в 3 рази, а рівень смертності збільшився на 45%. За статистичними даними через серцеву патологію щороку помирає понад 500 000 українців. Зокрема, на артеріальну гіпертензію страждає близько 26 % людей, і цей показник з кожним роком продовжує збільшуватись, охоплюючи різні вікові категорії населення. Окрім цього, гіпертензія є одним із основних факторів ризику інсульту, інфаркту міокарда, серцевої недостатності, аневризми артерій, захворювання периферичних артерій та є частою причиною хронічного захворювання нирок. Актуальність використання лікарських рослин в складі терапії серцево-судинних захворювань не викликає сумніву. При правильному поєднанні лікарських рослин терапевтичні можливості збільшуються, тому доцільним є використання лікарської рослинної сировини для профілактики та курсової терапії захворювань серцево-судинної системи.

Метою роботи став аналіз лікарських рослин, які застосовують в комплексному лікуванні захворювань серцево-судинної системи.

Результати досліджень показали, що серед лікарських рослин найчастіше в кардіології використовують такі, що містять кардіоглікозиди (види наперстянки, горицвіт весняний, бобівник трилистяний), які мають здатність підсилювати силу серцевих скорочень, зменшувати частоту серцевих скорочень, підвищують збудливість міокарда та зменшують швидкість проведення імпульсів по провідній системі серця. Помірною гіпотензивною дією володіють кропива собача, сухоцвіт багновий, глід, синюха блакитна, шоломниця байкальська, горобина чорноплідна. Спазмолітична дія зумовлена наявністю в сировині флавоноїдів, кумаринів та алкалоїдів (барвінок малий, аніс, глід, материнка, м'ята перцева, ромашка, фенхель та хміль). Антисклеротична дія забезпечується присутністю в сировині речовин, здатних знижувати рівень холестерину у крові та посилювати виведення з жовчю попередників його синтезу у печінці. Важливим є зміцнення стінки судин з допомогою флавоноїдів та токоферолу. Цими властивостями володіють суниця лісова, льон звичайний, цибуля, часник.

Таким чином, на сьогоднішній день є велика кількість лікарських рослин, сировина яких є перспективною для подальшого вивчення та створення на її основі фітопрепаратів для фармакотерапії хворих із захворюваннями серцево-судинної системи.

Рибалкін М.В., Стрелець О.П., Стрельников Л.С.

ОБГРУНТУВАННЯ ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМУ ТА ЧАСУ КУЛЬТИВУВАННЯ ГРИБІВ РОДУ КАНДИДА

ДВНЗ «Національний фармацевтичний університет», Харків, Україна
біотехнологія*(науковий керівник - д.мед.н. Філімонова Н.І.)*

Сьогодні людство переживає епідемію опортуністичних інфекцій, серед яких мікозам належить одне з провідних місць. Частіше збудниками мікозів є представники роду кандидіда. Одним з напрямків боротьби з кандидозною інфекцією є розробка імунобіологічних препаратів для профілактики та лікування кандидамікозів. До цих препаратів належать вакцини, до складу яких входять антигени грибів роду кандидіда, найрозповсюдженішими з яких є *Candida albicans* та *Candida tropicalis*. Тобто для розробки кандидозної вакцини необхідно визначити оптимальну температуру та час культивування грибів роду кандидіда.

Метою даної роботи було обґрунтування оптимального часу та температури культивування грибів роду кандидіда.

Матеріали та методи. Культивування грибів роду кандидіда проводили на матрасах з агаром Сабуро при температурі від 17 до 35 градусів Цельсія тривалістю від 2 до 14 діб. Культивувати грибів роду кандидіда більше 14 діб недоцільно, оскільки культура починає старіти та втрачати свої антигенні властивості. Одержані культури змивали 25 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Для визначення кількості клітин грибів в суспензії підраховували їх у камері Горяєва.

Встановлено, що перші 4 доби відбувається активний ріст клітин грибів роду кандидіда при всіх температурних режимах. Починаючи з 6 - 8 доби і далі кількість клітин грибів поступово стає константою і майже не змінюється. Необхідно відзначити, що при температурі 25 градусів Цельсія кількість клітин перестає змінюватися на 6 добі, при інших температурах це відбувається дещо пізніше.

Юрченко Д.М., Субачова Т.І.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ КСАНТИНІЛ-7-АЦЕТАТНИХ КИСЛОТ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
Біохімії та лабораторної діагностики*(науковий керівник - д.хім.н. Александрова К.В.)*

Стрімкий ріст рівня захворюваності на туберкульоз легень у всіх куточках світу, полі- та мультирезистентність мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, недостатня ефективність існуючої терапії робить проблему пошуку нових малотоксичних лікарських засобів, безперечно, актуальною. ВООЗ оголосила туберкульоз хворобою глобального масштабу. Згідно з світовою статистикою щорік в усьому світі від туберкульозу помирає більше 2 млн. людей. Таким чином, важливим питанням сучасної світової системи охорони здоров'я людини є синтез нових бактерицидних та бактериостатичних препаратів, які б мали виражену протитуберкульозну активність, низьку токсичність та мінімум побічних ефектів.

Відомо, що похідні ксантину володіють широким спектром біологічної активності – протизапальної, анальгетичної, бронхолітичної тощо. Продовжуючи дослідження біологічної дії похідних ксантиніл-7-алканових кислот, було цікавим вивчити у них даний вид активності. Комп'ютерний прогноз за допомогою доступних он-лайн програм встановив, що синтезовані похідні ксантиніл-7-алканових кислот з високою вірогідністю будуть активними відносно штаму *M. tuberculosis*.

Для дослідження протитуберкульозної активності було відібрано ряд функціональних похідних (ксантиніл-7-ацетатні кислоти, алкілові естери 8-R-ксантиніл-7-ацетатних кислот, а також бензиліденгідразида 8-R-ксантиніл-7-ацетатних кислот). Туберкулостатичну активність досліджували в Запорізькому обласному клінічному тубдиспансері, на мікобактеріях туберкульозу людського типу штаму H37Rv, чутливого до антимікобактеріальних препаратів групи ГНК, отриманого з музею живих культур державного науково-дослідного інституту стандартизації і контролю медичних біологічних препаратів імені Л. О. Тарасевича. Досліди проводили *in vitro* методом серійних розведень Каретті на твердому живильному середовищі Левінштейна-Йенсена з визначенням мінімальної інгібуючої концентрації, згідно з методикою, описаною в наказах. Як параметр активності визначали розмір зони, що займає штам мікобактерій туберкульозу після інкубації.

Проведені дослідження з пошуку сполук з антимікобактеріальною активністю підтвердили прогноз програми PASS та показали перспективність похідних ксантиніл-7-ацетатних кислот в якості протитуберкульозних засобів. Отримані дані дали змогу встановити певні закономірності взаємозв'язку «структура-активність».

Ющишена О.В.

ВСТАНОВЛЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ УМОВ ЕКСТРАКЦІЇ ДЛЯ СИРОВИНИ VITEX AGNUS-CASTUS L. I V. CANNABIFOLIA SIEB

ДУ "Інститут фармакології та токсикології НАМН України", Київ, Україна

Державна лабораторія з контролю якості лікарських засобів

(науковий керівник - д.фарм.н. Цуркан О.О.)

Вітекс священний (*Vitex agnus-castus* L.) та вітекс коноплевидний (*V. cannabifolia* Sieb.) здавна використовуються в народній медицині країн Сходу для лікування порушень з боку жіночої репродуктивної системи, на ринку також існують стандартизовані препарати та фізіологічно активні продукти з плодів вітексу священного. Як альтернативна рослинна сировина плодам *V. agnus-castus* L. нами було запропоноване листя цих рослин.

Метою нашої роботи був пошук оптимальних параметрів приготування настоек з досліджуваних видів.

Об'єктами дослідження були висушене листя вітексу священного та вітексу коноплевидного, заготовлене в період цвітіння.

З метою визначення оптимального екстрагенту, а також співвідношення сировина-екстрагент для забезпечення повноти вилучення діючих речовин нами були виготовлені настойки з модулем екстракції 1:5, 1:10, 1:20. У якості екстрагенту застосовували водно-спиртові суміші з вмістом 30, 50, 70 та 90% спирту етилового. Експериментальні зразки настоек готували методом мацерації з динамізацією методом ультразвукової екстракції. Отримані вищенаведеним способом витяги відстоювали не менше 2 діб при температурі не вище 10 °С до одержання прозорої рідини та фільтрували від домішок, що випадково потрапили, через друк-фільтри. Профільтровані витяги ретельно перемішували і стандартизували. Оскільки одним із найголовніших класів біологічно активних речовин в сировині вітексу священного та вітексу коноплевидного є іридоїди, в отриманих настойках визначали кількісний вміст суми іридоїдів. Дослідження здійснювали спектрофотометричним методом в перерахунку на аукубін після реакції з гідроксиламіном та феруму (III) хлоридом.

Результати досліджень показали, що екстрагентом, яким досягається найкраща екстракція суми іридоїдів з листя вітексу священного та вітексу коноплевидного, є 70% спирт етиловий при співвідношенні сировини і екстрагенту – 1:10. У настойці вітексу коноплевидного, приготовленій таким способом, сумарний вміст іридоїдів склав 2,58 мг/г, у настойці вітексу священного — 2,62 мг/г.

Таким чином, встановлені оптимальні параметри приготування настоек з листя вітексу священного та вітексу коноплевидного.



Хірургія

Surgery

Davlatov S., Ismailov A., Suyunova M., Saidov S.

NEW METHOD OF PLASMAPHERESIS IN THE TREATMENT OF CHOLEMIC ENDOTOXICOSIS

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

(scientific advisor - prof. Kurbaniyazov Z.)

Introduction. In obstructive jaundice severe cholemic endotoxiosis associated with increased level of metabolites develops and it requires an active detoxication of the body. One of effective methods of active detoxication is plasmapheresis, which has detoxifying and immunocorrecting effect. Besides there is loss of plasma proteins in plasmapheresis up to 40%, which requires additional introduction of the donor protein preparations.

The aim of the study. To improve the results of surgical treatment of patients with cholemic endotoxiosis by an improved method of discrete plasmapheresis using NaClO and ozonation.

In order to find effective methods of detoxication we used the improved method of plasmapheresis in SamSMI since 2001 in treatment of cholemic endotoxiosis. We have applied a new method of autoplasm recovery using the improved method of discrete plasmapheresis. Being convinced of its sufficient detoxication we solved the question of the possibility of reinfusion of autoplasm as plasma-substituting medium during a subsequent session of programmed plasmapheresis.

Material and methods. Basis of clinical studies were 217 patients with obstructive jaundice of benign origin and with various malignant tumours of hepatopancreatoduodenal zone. All patients underwent surgical interventions with the goal of elimination of obstructive jaundice and its complications. The major indication for use of the improved method of discrete plasmapheresis was cholemic endotoxiosis of II – III degree with concentration of serum bilirubin levels above 200 mmol/l, leucocytic index of intoxication (LII) 45 units and molecules of the average growth 0.46 units. The results of the study. After the first session of the improved method of discrete plasmapheresis decrease of bilirubin levels to 10-12% was noted in most patients in the preoperative period. MAG and LII indicators decreased to 29 - 31%, 42 - 45% respectively. After the third session these figures decreased at 45 - 65%. It should be noted that after removing the course of obstructive jaundice, these figures on the background of the improved method of discrete plasmapheresis normalized by 3 - 4 days after surgery in most patients.

Conclusions. Thus, an improved method of discrete plasmapheresis in combined treatment of cholemic endotoxiosis in patients with obstructive jaundice at the stages of surgical treatment appeared to be effective and having good prospects, that allows to perform surgical interventions in optimal conditions, reduce the need for donor protein preparations, reduce the risk of possible immune reactions and the risk to be infected with viruses of hepatitis B and C, human immunodeficiency virus, cytomegalovirus, herpes virus.

Emmanuel O., Oleksandr B.

SURGICAL TREATMENT OF NEUROTROPHIC ULCERS FOR DIABETIC FOOT SYNDROME PATIENTS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Surgery and Urology

(scientific advisor - Ph.D. Oleksandr B.)

Neuropathy is the most significant risk factor for diabetic foot ulcers and is present in over 80% of patients with diabetes and foot lesions. All aspects of nerve function including the motor fibres to the intrinsic muscles of the foot are affected. With the loss of function, the toes become drawn up into a claw-foot position, creating points of increased pressure or friction beneath the metatarsophalangeal joints, over the dorsum of the toes or at the tip of the toes. Autonomic dysfunction also results in the shunting of blood through direct arteriole-venule passages, reducing the extent of tissue perfusion. The decreased awareness of sensation and nerve-induced deformity predispose the diabetic foot to ulceration by causing imbalances in the tendons that shift the load-bearing areas to unprotected parts of the plantar surface. In the absence of a neuro-inflammatory response, infection may occur without the patient being alerted by the usual clinical signs of inflammation. A further risk factor for foot ulceration in the diabetic patient is the presence of Charcot neuroarthropathy. The neurovascular dysfunction results in destruction of bone and joints. In the early stage, there is an acute inflammatory process with fragmentation and destruction of the bone, visible on x-ray, and the foot is warm, red, and swollen.

Surgical therapy has several aims. The main goal is control deep infections, with the hope of saving the limb. This accomplished by drainage of any pus, frequent debridement of all dead tissues, skin flapping or skin grafting, exostectomy.

Prior to main stage of neurotrophic ulcer anaplerosis, sanative necrectomy, fibrotic thickening chemical lysis and bacterial elimination with the help of 10% isobetadin were performed. Under conduction block anesthesia (2.5% Longocaine) a foot skin cellulocutaneous flap with subcutaneous tissue was dissected. After placing the tissues onto the defect zone, separated loop Donati suture was performed, stiches were removed after 14 days. The suggested method allowed to decrease period of treatment for patients with the said pathology by three times.

A simple surgical procedure may also be the quickest and most effective treatment option if ulceration does occur. However, patients with diabetes are highly unlikely to request corrective surgery and it is the duty of all clinicians involved in their care to be aware of the possible benefits of early surgical intervention.

Arziyev I., Kushmuradov N., Mardanov B., Suyunova M.

MINIIMAL INVASIVE SURGICAL METHOD FOR TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

(scientific advisor - prof. Kurbaniyazov Z.)

Since (from 1998 till current days) in the surgical department of the hospital of SSMI has been introduced a video assisted operation. This introduction will be cause change to certain surgical procedures in hydatid disease of liver and lungs. During 1996-1998 years, before introduction video assisted operation 69 patients with plural EL were operated traditionally by using laparotomic accesses. Echinococectomy (EE) using minimal invasive surgery has been performed from 2010 to 2012 for 76 patients with plural EL. In total (n=145).

Diagnosis by ultrasonography has important place in the detection of the disease. CT examination has been used in 5 cases. After using traditional laparotomic accesses in the surgical treatment 69 patients founded by us the followings: traumatism of approach, late activity of patients, prolonged and frequent anesthetization, long hospitalization period (more than 11 days) and cosmetics defects. Postoperative complications such as suppuration of cyst (n=4), cystobiliar fistula (n=3), rupture of cysts to biliary tracts (n=2), rupture in abdominal cavity (n=1) were found out in 9 patients. Recurrence of disease exposed in 8 patients. After introduction video assisted operation different variants of EE were applied to 76 patients depending on size, localization and condition of cysts. Only in 9 patients laparoscopic EE from the liver has been performed. But, in these cases conversion has been performed in 3 patients with transfer to minilaparotomy. 67 patients received of EE from the liver through minilaparotomic approach using "Mini-assist" instruments. Shortcoming of this method is difficulties performing the operation, with the cysts located on inaccessible segments of the liver. There were no complications in the postoperative period. The patients stay in the hospital after such operations was 5.8 ± 1.4 days. So, single cysts, till 15 cm in diameter, with localization in the II,III,IV,V segments and partially in the VI segment, can be removed through minilaparotomic approach. It should be noted that after minimal invasive surgery activity of patient was in 6-12 hours after operation and they don't need long and frequent anesthetization.

Patel S., Prajapati N., Shah S.

A NEW METHOD FOR MODELING OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Surgery

(scientific advisor - Ph.D. Maksymyuk V.)

Modeling of acute pancreatitis - one of the complex and unresolved issues of Experimental Surgery. This is due to the variety and variability of alteration factors contributing to the initiation of autocatalytic process in the tissues of the pancreas, and compound pathogenetic mechanisms involved in the development of local adaptation responses.

During the last decades, number of experimental models of acute pancreatitis has been developed in a variety of animals: 1) immunological 2) induced secretory 3) induced by diet, 4) induced by pancreatic duct ligation, 5) induced by administration of various substances in pancreatic ducts, 6) microvascular.

However, many researchers suggest that agents that are most commonly used for the induction of acute pancreatitis in experimental animals (tserulin, cholindeficient and ethionine supplemented diet, etc.), provide initiation of only some pathogenetic links. Therefore, there is a generally accepted view that none of the proposed experimental models explain a perfect production of the clinical course of acute pancreatitis and may be used only for the study of certain specific phenomena that are characteristic for this disease.

In this regard, we have worked out a new way of modeling acute pancreatitis (application № u 2011 08099), the essence of which is as follows. Experimental animals under combined intravenous anesthesia performed laparotomy (rat, rabbit, pig, dog or other). In areas adjoining the pancreas to the bowel wall, by careful dissection of tissue using optical equipment, selection is made: biliopancreatic duct ligation and fully bonded ligature. Then immediately, in the thick tissue of the pancreas, in its whole extent, injection of solution of bile trypsin is done. To do this 4-5 Fine needle injection solution specified in the parenchyma of all parts of the pancreas at the rate of 0.4-0.5 ml / kg. Abdomen sutured tightly.

A method for acute pancreatitis has its justification. Bold biliopancreatic duct ligation and fully bonded ligature ensure adequate long-term production of intraductal hypertension. The introduction of a solution of bile trypsin in parenchyma of all parts of the pancreas provides early production of autocatalytic total defect of tissues. The combined use of duct ligation and intrapancreatic injection of the solution of bile trypsin provides the initiation of acute pancreatitis by combined simultaneous effects on the pancreas, which are most common etiologic factors.

In developed modeling method, we tested acute pancreatitis in 19 white rats. Laboratorial, macro- and micromorphological studies show that, using the proposed method of modeling the development of acute pancreatitis provides total autocatalytic destructive lesions of pancreatic gland, signs of which largely correspond to the signs of the course of acute destructive pancreatitis in the clinic.

Rakhmanov K., Raxmatova L., Saidmuradov K., Azimov R.

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MAJOR BILE DUCT INJURIES

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

(scientific advisor - prof. Kurbaniyazov Z.)

During the period of 2000-2009 years. observed in 72 patients with iatrogenic injuries of MBD. According to our data MBD injury occurred in 28 patients (0.51%) in 5521 cholecystectomy (CE). Of them after laparoscopic cholecystectomy (LCE) – 20, CE through minimal access - 6, CE through laparotomic access - 2. 44 patients came from other hospitals: after LCE – 7, CE through minimal access - 2, CE through laparotomic access - 35. Operation for acute cholecystitis performed in 52 patients for chronic - at 20. In 14 patients (personal observation) revealed injury to the MBD. intraoperatively (the appearance of bile in the surgical wound). In 58 patients (14 of them his own observations, 44 came from other hospitals) revealed damage to the MBD in the early postoperative period (1-8 days).

Because of the high, narrow-diameter duct, inflammatory - infiltrative changes in the second stage of reconstructive surgery with 24 patients. Of these 5 patients were admitted with liver failure and severe degree of the first stage of external drainage of biliary tract (2 - PTCS, 3 -THD). Reconstructive surgery performed the second stage: HepJA on Ru in 2 cases Frame drainage of Pradera - Smith, in a 3 - to Seypol - Kurianu. BiHepJA on THCD in 5 cases; HepJA by Roo on\THCD - 12; HepDA - 2.

Results and discussion. With the boundary wounding GC in 11 patients after reconstructive surgery strictures in the late postoperative period were not observed. After reconstructive surgery at the intersection and the excision of the hepatic duct satisfactory result was observed in 34 patients: HepJA on Ru (27), BiHepJA on Ru (6) and in one case after HepDA (patient history underwent resection of gastric B-II). Unsatisfactory results were observed in 5 cases, after HepDA developed clinical cholangitis and stricture of the anastomosis. After applying the BBA in all patients and in 5 patients after removal of ligatures and the drainage of the hepatic duct in the period from 6 months to 1.5 years developed stricture of the duct, and they performed reconstructive surgery: HepJA on THCD in 13 cases, without HepJA THCD- 1 HepDA - 1. 2 (2.7%) patients died, which came from other hospitals after attempting to restore the hepatic ducts on a background of peritonitis.

Conclusions. At the intersection, and excision of the MBD performance recovery operations and in which is formed by the damaged duct fistula with the duodenum affects treatment outcomes. In identifying the total damage to the hepatic duct shows HepJA. Reconstructive surgery is indicated only when the boundary is damaged ducts. In identifying damage MBD in the immediate postoperative period, against a background of peritonitis bile outflow useful first step to restrict external drainage of bile ducts. Reconstructive surgery is desirable to perform after decrease in inflammatory - infiltrative process.

Sah S., Sydorчук A., Patel S.

INCREASING EFFICACY OF SURGICAL TREATMENT OF PURULENT NECROTIC PROCESSES OF SOFT TISSUES UNDER LOCAL APPLICATION OF ADSORBED ANTIBACTERIAL DRUGS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Surgery

(scientific advisor - Ph.D. Sydorчук R.)

Background: Microbial contamination of chronic wounds plays an important role in prevention of healing and development of complications. Existing approaches for decontaminating of chronic wounds lack efficacy. Objectives: The aim of the study is to study the effectiveness of local use of the combined form of adsorbed antibacterial drug in the surgical treatment of purulent necrotic processes of soft tissues. Methods: Study covers 45 patients with various chronic wounds and trophic ulcers in the phase of exudation (post-thrombophlebitis disease, peripheral arteries atherosclerosis and diabetic foot syndrome). Drug composition containing gentamicin sulfate, polymethylsiloxan and coordination compound of zinc with L-tryptophan was topically used in research group patients for local treatment once daily covering the whole wound area with thin layer of powder. Microbiological methods included determination of species composition of aerobes and anaerobic flora, cultivation and study of microorganisms' population levels in wound's biofilms. Results: Microbial spectrum dominated by Gram-positive cocci (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *Streptococcus* spp.). Pathogens were presented by members of other taxonomic groups, including the Enterobacteriaceae family; in single cases, anaerobic bacteroides and peptostreptococci were found. The total number of species in both groups of patients at the time of hospitalization were similar – 28 strains of different taxonomic groups. Treatment in research group dramatically reduced microflora population levels: *E. coli* by 35,6%, *P. aeruginosa* by 39,5%, *S. aureus* by 45,1%, *S. epidermidis* by 24,3%. Population levels of these pathogens become significantly lower than in the control group ($P < 0.001-0.005$).

Conclusion: Local application of sorbent and antibiotic compositions in the local treatment of purulent necrotic processes of soft tissue allows achievement of elimination or significant inhibition of pathogenic and conditionally pathogenic microorganisms from wound surfaces, thus creating conditions for faster healing.

Taneja K.

PROTECTIVE EFFECT OF QUERCETIN ON ORGANS DURING SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of General Surgery
(scientific advisor - Ph.D. Rotar O.)

Hypothesis. Quercetin decreases the organ injuries caused by multiple organ failure during severe acute pancreatitis.

Introduction. The pathogenic course taken by severe acute pancreatitis is determined by the level of oxidative stress in the body. Severe free radical injuries to organs result in multiple organ failure (MOF), which accounts for the leading cause of mortality in severe acute pancreatitis. Quercetin, a bio-flavonoid, is known to have anti-inflammatory and antioxidant activity hence its protective effects during SAP have been studied in this paper.

Purpose. To investigate effects of quercetin administration on free radical injuries and antioxidant activity during SAP.

Methods. SAP was induced in 100 Wistar rats by injecting them with L-arginine solution (50 mg/100g) intraperitoneally. 10 rats were labeled C group (Control Group) and 10 Q Group (Quercetin Group). C group was infused with 50mg/kg of normal saline solution, while Q group with 50mg/kg of Quercetin, immediately after SAP induction. The changes in pro- and anti-oxidative status in all organs have been investigated during first 72 hours of SAP.

Observations. In C group, during 12-48 h of SAP, internal organs of rats exhibited 40-55% lower normal, values ($p < 0,05$) of reduced glutathione and catalase, malone dialdehyde and diene conjugates increased twice ($p < 0,05$). In Q group, reduced glutathione and catalase concentrations improved by 18-27% compared to C group. Concentration of Malone dialdehyde and diene conjugates significantly decreased ($p < 0,05$). Histological examination revealed that normalization of oxidative stress diminished organ injuries of pancreas and small intestine. Conclusion. Quercetin infusion decreased organs injury during severe acute pancreatitis.

Агура Г.Д.

ДІАРЕЯ ЯК ПРОВІДНИЙ СИМПТОМ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
кафедра хирургии №2
(науковий керівник - к.мед.н. Муравйов П.Т.)

Діарея є частим наслідком порушення роботи одного з найбільш багатофункціональних органів травної системи - підшлункової залози (ПЗ).

Метою нашої роботи було визначити частоту розвитку діареї при захворюваннях ПЗ в періопераційному періоді та підходи до її корекції.

З 2008 по 2013 р. було прооперовано 117 пацієнтів (82 чоловіків (70 %) і 35 жінок) з приводу захворювань ПЗ. Враховуючи діагностичний алгоритм, який охоплює загальноприйняті інструментальні та лабораторні дослідження, ми розподілили всіх пацієнтів на 3 групи: 57 хворих (48,7 %) на рак ПЗ - 1 група; 48 (41 %) на хронічний панкреатит - 2 група; 12 (10,3 %) на МЕН - 3 група. У першій групі пацієнтів спостерігалася гіпергастринемія і гіпоацидний стан, у другій - гіперацидний стан, у третій - гіпергастринемія, що супроводжувалася гіперацидним станом. Для усунення патологічних зрушень в організмі в передопераційному періоді проводилася консервативна терапія всім хворим з діареєю, тобто 66 пацієнтам (56,4 %): з МЕН склали 12 хворих (10,3 %); з хронічним панкреатитом - 48 (41 %); з раком ПЗ - 6 (5,1%).

Були виконані такі оперативні втручання: панкреатодуоденальна резекція всім хворим на рак ПЗ - 57 (48,7 %) і хворим на хронічний панкреатит - 14 пацієнтам (11,9 %); операція Бегера - 18 хворим на хронічний панкреатит; операція Фрея - 11 хворим на хронічний панкреатит; поздовжня панкреатоеюностомія - 5 хворим на хронічний панкреатит; дистальна резекція хвоста ПЗ - 8 хворим на МЕН, а тіла ПЗ - 4 хворим на МЕН. У післяопераційному періоді діарея спостерігалась у 33,8 % випадків усіх прооперованих способом панкреатодуоденальної резекції, тобто у 24 пацієнтів (20,5 % загальної кількості); після операції Бегера - у 4 (3,4 %); Фрея - у 3 (2,6 %); після поздовжньої панкреатоеюностомії - у 2 (1,7%).

Загальна кількість хворих з постопераційною діареєю склала 33 пацієнта (28,2 %). Враховуючи вищевикладені результати, можна зробити висновок, що поряд з консервативною терапією хірургічне лікування знижує частоту появи симптому діареї в 2 рази.

Аскарров П.А., Юлдашев Ф.Ш., Рахматова Л.Т., Сулханов А.О., Сайдуллаев З.Я.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ «МАЛЫХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1*(научный руководитель - к.мед.н. Курбаниязов З.Б.)*

Проведен анализ результатов хирургического лечения 28 больных «малыми» повреждениями желчных протоков в период 2010 – 2013 гг. Из них у 5 несостоятельность культи пузырного протока, у 23 повреждения желчных протоков в ложе желчного пузыря. У всех этих больных клиника «малых» повреждений желчных протоков проявилось клиникой желчеистечения в раннем послеоперационном периоде. Для оценки дебита послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006). Патогенетически обоснованным методом лечения послеоперационного желчеистечения является декомпрессия билиарной системы.

При истечении желчи I степени (по L. Morgenstern) по дренажу или отграниченных скоплениях жидкости в проекции ложа желчного пузыря не более 5 см по данным УЗИ, а также при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии симптомов раздражения брюшины и изменений в анализе крови у 14 (50%) больных (после МЛХЭ, ТХЭ и у 2 больных после ЛХЭ) придерживались тактики активного динамического наблюдения с обязательным ультразвуковым контролем. Инвазивных вмешательств в таких ситуациях, как правило, не требовалось. Желчеистечение прекращалось самостоятельно на 2-5 сутки после операции. Санация и дренирование подпеченочной области выполнено 9 (32,8%) больным, пункция биломы под контролем УЗИ 2 (7,1%) больным. Желчеистечение из культи пузырного протока после холецистэктомии, потребовавшее декомпрессии ЖП, развилось у 3 (10,7%) больных.

Результаты исследования. Эффективность проводимого лечения «малых» повреждений желчных протоков оценивалась нами на основании прекращения поступления желчи дренажу брюшной полости. Состояние брюшной полости оценивали при контрольных ультразвуковых исследованиях. У 26 (92,8%) из 28 больных отмечен положительный эффект. В 1 (3,6%) случае выполнить декомпрессию желчных протоков эндоскопическими методами осуществить не удалось, что было связано с воспалительно – инфильтративными изменениями устья Фатерова соска из-за острого панкреатита. Больной был оперирован с удовлетворительным результатом в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. У 1 (3,6%) больной после ЭПСТ наблюдали кровотечения из слизистой двенадцатиперстной кишки, которая была купирована коагуляцией слизистой.

В отдаленном послеоперационном периоде 19 (67,8% из 28) больных в течении 2 лет находились под нашим наблюдением, явлений постхолецистэктомического синдрома не отмечали.

Выводы. УЗИ является начальным методом диагностики послеоперационного желчеистечения. При желчеистечении I степени, отсутствии признаков раздражения брюшины и симптомов интоксикации необходимо придерживаться тактики активного динамического наблюдения. При желчеистечении II-III степени показано повторное вмешательство – лапароскопия, лапаротомия.

Бабажанов А.С., Салохиддинов Ж.С., Хаитов Л.М., Даминов Ф.А., Суюнова М.Х.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - к.мед.н. Курбаниязов З.Б.)

Нами в клинике СамГосМИ было прооперировано 37 больных диффузно-токсическим зобом. Первая группа включала 18 больных, которым была произведена субтотальная тиреоидэктомия. Вторую группу составляли 19 больных, которым была произведена тотальная тиреоидэктомия.

Подготовка больных к операции в обеих группах производилась по стандартной методике включающей применение тиреостатиков, седативных препаратов, β-адреноблокаторов и за 2 недели до предполагаемого оперативного вмешательства произведение дублирования щитовидной железы путем дачи препаратов йода. Все больные шли на операцию в состоянии гипотиреоза.

Обе оперируемые группы были идентичны в отношении степени увеличения щитовидной железы и пола пациентов.

Методика субтотальной тиреоидэктомии не отличалась от общепринятой. Оперативное вмешательство заканчивалось сохранением около 8 граммов паренхимы щитовидной железы в области верхнего полюса левой доли железы. Проведенный как ближайшего, так и отдаленного анализа послеоперационных осложнений, у данной группы больных, показал, что рецидив диффузно-токсического зоба наблюдался в 2 (11,1%) случаях, гипотиреоз был зафиксирован также в 2 (11,1%) случаях. Транзиторный гипопаратиреоз наблюдался в одном случае.

Во второй группе больных при проведении тотальной тиреоидэктомии, при всей тщательности выполнения операции, все-таки оставалось от 2 до 3 граммов паренхимы щитовидной железы примыкающей к трахее. Анализ результатов показал, полное отсутствие рецидива диффузно-токсического зоба у данной группы больных, что касается гипотиреоза, то он был зафиксирован в 3 (15,7%) случаях. В 1 случае гипотиреоз был тяжелой степени и в 2 - средней тяжести. Кроме этого в 2 случаях в данной группе больных наблюдался транзиторный гипопаратиреоз. Данным больным была произведена медикаментозная коррекция гипотиреоза в послеоперационном периоде.

Таким образом, мы пришли к заключению, что оставление 2-3 граммов паренхимы щитовидной железы, как в области трахеи, так и в других отделах ложа щитовидной железы в большинстве случаев замещает функцию всей щитовидной железы. Также нет большой необходимости при проведении тотальной тиреоидэктомии добиваться полного удаления всей паренхимы щитовидной железы, и существует возможность оставление от 2 до 3 граммов без опасения возникновения рецидива заболевания.

Басюк К.А.

ОБГРУНТУВАННЯ ТРАНСАНАЛЬНОЇ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ДЕАРТЕРІАЛІЗАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Бродовський С.П.)

Геморой залишається одним із найпоширеніших захворювань людини, розповсюдженість якого складає 115 – 120 чоловіків на 1000 дорослого населення.

В залежності від ступеня збільшення гемороїдальних вузлів і розвитку дистрофічних процесів в утримуючому фіброзно – м'язовому каркасі виділяють 4 ступені геморою. При першому ступеню найхарактернішими проявами є кровотечі без виходу вузлів за зубчасту лінію при дефекації. При другому ступеню вузли виходять (з кровотечею або без неї), але самостійно вправляються. Особливістю 3 ступеня є необхідність ручного вправлення гемороїдальних вузлів при випадінні. Четвертий ступінь характеризується постійним випадінням вузлів і неможливістю їх вправлення в анальний канал. Мета лікування геморою - припинення виділення крові і випадіння вузлів. Консервативна терапія ефективна в більшості випадків у пацієнтів з I –II ступенем хронічного геморою. Приблизно до 30% пацієнтів, у яких діагностовано геморой потребують хірургічного лікування. Перевагами традиційних хірургічних втручань, зокрема найбільш розповсюдженої гемороїдектомії за Мілліганом – Морганом є радикальність і висока ефективність. Однак, недоліками слід вважати досить виражений больовий синдром після операції і тривалу трудову реабілітацію. Малоінвазивні оперативні втручання (склеротерапія, інфрачервона фотокоагуляція, латексна лігування, кріотерапія) мають певні позитивні сторони, однак не є радикальними і потребують багаторазових використань.

Трансанальна гемороїдальна деартеріалізація (ТГД) як альтернативний метод хірургічного лікування геморою в даний час набула широкого застосування. Наш невеликий досвід складає 19 операцій. Вік оперованих хворих – 20-46 років. Чоловіків було 10 (53%), жінок 9 (47%). III ступінь геморою був у 13 хворих. У 4 хворих з IV ступенем ТГД доповнена видаленням великих гемороїдальних вузлів за Мілліганом – Морганом, оскільки пексія слизової оболонки не давала видимого ефекту під час операції. У всіх хворих в анамнезі були рецидивуючі кровотечі, у більшості хворих раніше відмічалась клініка тромбозу гемороїдальних вузлів. Протипоказанням до проведення ТГД є наявність гострих запальних захворювань прямої кишки та параректальної клітковини. В більшості випадків операції проводились під спинномозковою анестезією. Після закінчення ТГД в анальний канал вводили мазевий тампон. В окремих хворих відмічався доволі виражений, але не тривалий больовий синдром. На наступний день після ТГД більшість хворих оцінювали свій стан як задовільний, проявляли фізичну активність. Ускладнення у вигляді підслизових гематом були у 1 хворого (5%). Середній термін стаціонарного лікування склав 4,5 днів. В терміни через 1 рік після операції контрольний огляд провели у 15 хворих. Всі вони оцінюють результати операції як добрі. Таким чином ТГД є ефективним малоінвазивним методом хірургічного лікування геморою.

Москалюк В.І., Васкул В.М.

МОДИФІКОВАНА ФОНОЕНТЕРОГРАФІЯ В ПРОГНОЗУВАННІ, ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Проблема вірогідної оцінки моторно-евакуаторної функції кишечника у хірургічних хворих, яким виконані оперативні втручання на порожнистих органах травлення, є досить актуальною, оскільки частота післяопераційних ускладнень, пов'язаних з порушенням скоротливої здатності кишечника на сьогодні залишається досить високою. Об'єктивність діагностичних заходів при цьому має першочергове значення для адекватного лікування та реабілітації таких хворих у післяопераційному періоді. Для діагностики порушень скоротливої здатності кишечника як у до- так і післяопераційному періодах використовуються методи, що базуються на суб'єктивному обстеженні хворого та об'єктивній оцінці порушень перистальтичних шумів, яка не буде ідентичною у випадках фізикального обстеження різними дослідниками і не дасть можливості оцінки кількісних параметрів перистальтики. Окрім того, ці методи не здатні забезпечити порівняльну оцінку моторно-евакуаторної функції кишечника в динаміці.

Нами розроблений метод оцінки моторно-евакуаторної функції кишечника, суть якого полягає у визначенні кількісних параметрів перистальтичної хвилі в різних відділах черевної порожнини. В основі методу лежить запис фоноентерографічних перистальтичних шумів за допомогою спеціального пристрою, розшифровка яких проводиться за допомогою програми Sound Forge Pro 10. Оцінку моторно-евакуаторної функції проводимо за визначенням кількості перистальтичних хвиль впродовж хвилини, параметрів максимальної та мінімальної амплітуди хвилі, її протяжності, швидкості наростання та затухання.

Проведені обстеження у 16 хворих з хірургічною патологією дозволили об'єктивно оцінити моторно-евакуаторну функцію кишечника у післяопераційному періоді. На фоноентерограмах хворих без післяопераційних порушень скоротливої здатності кишечника впродовж перших трьох діб після операції зареєстровано поступове збільшення амплітуди та кількості перистальтичних шумів, скорочення проміжків між хвилями. У групі хворих, у яких після операції розвинувся парез кишечника, фоноентерографічне дослідження дозволило спрогнозувати гіпомоторні порушення кишечника ще до появи клінічних ознак післяопераційної кишкової непрохідності. Раннє застосування комплексу заходів, направлених на відновлення скоротливої здатності кишки, дало змогу ефективно відновити її моторно-евакуаторну функцію, попередивши розвиток післяопераційного парезу кишечника.

Таким чином, розроблений метод об'єктивної оцінки моторно-евакуаторної функції кишечника дає можливість не тільки вірогідно визначити наявність перистальтичних хвиль, а й визначити їх кількісні параметри, виявити порушення моторно-евакуаторної функції кишечника, у динаміці контролювати ефективність проводимого лікування. Неінвазивність методики, висока її інформативність дозволяють рекомендувати розроблений спосіб оцінки моторно-евакуаторної функції кишечника у практику.

Грищенко А.Б., Плегуца І.М., Дугаєва С.М., Саратов Л.С., Сидорчук А.Р.

ТРАВМАТИЧНА ХВОРОБА: ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФІЧНОГО ПРОТИІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХИСТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії*(науковий керівник - к.мед.н. Плегуца О.М.)*

Актуальність теми. У системі резистентності організму поряд з специфічними факторами імунної системи діють неспецифічні стимулюючі та ефекторні механізми.

Метою даного дослідження було визначити зміни факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту хворих на травматичну хворобу.

Матеріали та методи. Дослідження охоплює 52 хворих на різні форми травматичної хвороби (ТХ), віком 18-69 років (37,91±4,28). Контрольну групу склали 16 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання, не пов'язані з патологією скелетно-м'язової системи. Усі хворі основної групи були розподілені на 3 групи відповідно тяжкості стану. У хворих на травматичну хворобу нами вивчені абсолютні і відносні кількості О-лімфоцитів, які забезпечують нагляд за зміненими власними клітинами, та їх найбільш активну субпопуляцію – природних кілерів, а також інші компоненти (фагоцитарну систему, активність системи комплементу, титр природних антитіл) неспецифічної системи протиінфекційного захисту.

Результати дослідження. Результати дослідження. У пацієнтів контрольної групи, яким проведені операції, не пов'язані зі скелетно-м'язовою патологією, знижується фагоцитарна активність поліморфноядерних лейкоцитів на 15,37%, а інтенсивність фагоцитозу (фагоцитарний показник) – на 63,07%, що засвідчує про порушення фагоцитозу на перших етапах. Відмічається порушення фагоцитозу, і на заключних етапах: НСТ-спонтанний у пацієнтів знижений на 32,6%, а стимульований пірогеналом – на 23,44%. Потенційний резерв бактерицидної активності фагоцитуючих клітин у пацієнтів, яким виконувалися оперативні втручання, не пов'язані зі скелетно-м'язовою патологією, також занижений на 13,87%. Зниження захоплюючої здатності фагоцитозу, з нашої точки зору, можливо пояснити недостатньою опсонізацією об'єкту фагоцитозу, яка у повній мірі залежить від концентрації природних антитіл (пониження на 17,75%), а також від активності системи комплементу, яка понижена у 3 рази.

Висновки. Зниження перерахованих показників фагоцитозу засвідчує про зменшення ефективності не тільки фагоцитарної ефективності, бактерицидної активності фагоцитуючих клітин, а також гуморальних факторів і механізмів неспецифічної резистентності на 7,67%.

Гресько М.І., Величко А.О.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
кафедра хірургії*(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М.М.)*

У 361 хворих на гострий перитоніт проведено ретроспективний аналіз кількісних і якісних параметрів проявів захворювання до операції (за історіями хвороб) та їх відповідність даними протоколів операцій за період 2002-2012 років. Серед них було чоловіків - 237(65,6%), жінок - 124(34,4%), віком від 23 до 82 років (середній вік - 54,61±4,63 роки).

За причинами виникнення перитоніту розподіл хворих був наступним: унаслідок гострого апендициту в 67 хворих (18,6%), гострий деструктивний холецистит – 78 хворих (21,6%), гострий деструктивний панкреатит – 53 хворих (14,7%), перфоративна виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки – 39 хворих (10,8%), патологія кишечника (непрохідність, перфорація, тощо) – 52 хворих(14,4%). У 25 хворих перитоніт ускладнював післяопераційний період (6,9%), решта пацієнтів набули перитоніт внаслідок травм (24 – 6,6%) або гінекологічної патології (33 – 9,1%). Інтраопераційно перитоніт розцінено як розлитий в 31% хворих, дифузний в 39%, місцевим не відмежованим у 17%, відмежованим – у 13% випадків. Летальність складала 9,1%. За ступенем тяжкості перебігу 127 хворих було з II ступенем тяжкості; 96 хворих - III А ступенем і 138 хворих - III Б ступенем. Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgraphics" та "Excel 7.0". Встановлено, що дуже важко діагностувати хірургічні захворювання у осіб похилого віку та у хворих з супутніми системними захворюваннями. У них також спостерігається збільшення частоти ускладнень що можна обґрунтувати наступними чинниками: має місце зміна клінічного перебігу хвороби; наявність суттєвих відмінностей клінічної маніфестації хірургічних захворювань; стертість клінічних проявів запальних процесів та їх невідповідність вираженості морфо-функціональним змінам в тканинах і органах; спотворення лабораторних показників, в першу чергу, лейкоцитарної формули крові. А це в свою чергу призводить до наступних наслідків: діагностичних помилок; неадекватності лікувальних заходів; зростання частоти ускладнень; зростання летальності; подовження строків лікування; Отримані результати вказують на те, що ранню діагностику хірургічних захворювань та її об'єктивізацію можна підвищити шляхом розширення показів до використання діагностичних відеолапароскопій, які переходять у лапароскопічні або лапаротомні оперативні втручання.

Гринчук А.Ф.

ПРОГНОЗУВАННЯ І ДІАГНОСТИКА РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Гринчук Ф.В.)

Проблема ефективного прогнозування та ранньої діагностики післяопераційних ускладнень (ПОУ) в абдомінальній хірургії залишається невирішеною. Серед причин цього – відсутність специфічних клінічних і лабораторних маркерів, складність наявних прогностичних шкал.

Мета. Дослідити ефективність нових методів прогнозування і діагностики ПОУ.

Матеріали і методи. Дані медичних карт стаціонарних хворих 56 хірургічного профілю, прооперованих з приводу абдомінальної патології. Математична обробка даних шляхом розділення опуклих оболонок гіперплощиною. Моніторинг оптичної густини плазми венозної крові (ОГПВК) 148 хворих у післяопераційному періоді.

Результати дослідження. При аналізі клінічних і лабораторних показників в якості маркерів наявності ускладнень відібрали найбільш інформативні (за Кульбаком) ознаки та додавали їх до досягнення необхідного рівня значущості $\alpha=0,05$. Заданий рівень значущості було досягнуто при використанні 4-х ознак: часу рекальцифікації (ЧР), гематокриту (Гт), Мангаймського перитонітного індексу (МПІ), класу супутньої патології (СП). Одержали наступне правило для прогнозування: Якщо $114,8 \cdot \text{ЧР} + 840,8 \cdot \text{МПІ} - 346,0 \cdot \text{Гт} + 1363,2 \cdot \text{СП} - 13531,6 > 0$ прогнозуємо ускладнення

Якщо $114,8 \cdot \text{ЧР} + 840,8 \cdot \text{МПІ} - 346,0 \cdot \text{Гт} + 1363,2 \cdot \text{СП} - 13531,6 < 0$ прогнозуємо відсутність ускладнень. Чутливість методики становила 96,4%.

Проведений моніторинг ОГПВК виявив, що у хворих з інтраабдомінальними ПОУ параметри показника діагностично значуще змінювались. При цьому такі зміни передували клінічній та лабораторній маніфестації ПОУ. Чутливість методу становила 87%.

Висновки. Досліджений метод прогнозування виникнення післяопераційних ускладнень є простим у застосуванні та високочутливим.

Моніторинг оптичної густини плазми венозної крові у хворих із збільшеним ризиком розвитку післяопераційних ускладнень дозволяє вчасно їх діагностувати, а, відтак, вживати відповідних заходів.

Дрімач С.М., Дудко Т.О., Білик О.В., Гуцуляк А.В., Кропатницький М.А.

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ТА ПАРАВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ ЛОКАЛЬНОМУ ВАРИКОЗІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник - к.мед.н. Білик О.В.)

Оперативне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок супроводжується тривалим періодом непрацездатності, не завжди задовільними клінічними та косметичними результатами. Тому актуальним залишається пошук методів оптимізації лікувального процесу з максимальним косметичним ефектом.

Ендовенозне лазерне лікування варикозної хвороби (ЕВЛК) - це внутрішньосудинне використання лазерної енергії, що призводить до оклюзії зміненої вени без її анатомічного видалення. Теплова енергія, яка генерується під час лазерної обробки просвіту вени, викликає спазм вени, термічний опік ендотелію і стінки судини, термокоагуляцію, тромбування з наступним фіброзним переродженням судини.

Мета: покращити результати лікування хворих на варикоз, шляхом використанням ЕВЛК.

Лікування варикозу лазером - це операція без єдиного розрізу, проводиться пункційно під місцевою анестезією та ультразвуковим контролем. При операціях використовуються унікальні технології контролю безпеки лазерного випромінювання. Суть методики полягає у впливі лазерного випромінювання на венозну стінку. Вена пунктується голкою через яку проводиться лазерний світловід з наступним "випалюванням" лазерним променем. При необхідності можлива паравазальна коагуляція для повної оклюзії вени і її перфорант. По закінченні ЕВЛК нога бинтувалась еластичним бинтом або одягались в компресійні панчохи. У місця великих варикозних вузлів додатково укладалися латексні подушечки або ватні валики. Згодом коагульована вена заміщується сполучною тканиною. Після ЕВЛК не спостерігалось нагноєнь, гематом та інших післяопераційних ускладнень. Враховуючи малу травматичність та місцеве знеболення, вже через годину пацієнти могли самостійно покинути клініку, а увесь реабілітаційний період скоротився до 3 днів. За методикою проліковано 12 хворих. Рецидиву варикозу впродовж року не виявлено.

Висновки. Переваги застосування лазера : відсутність спінальної або загальної анестезії, відмінний естетичний ефект за рахунок відсутності анестезії, не потрібно госпіталізації, сама процедура займає 30-40 хвилин і не вимагає подальшого медичного контролю, низька травматичність дозволяє здійснювати лікування варикозу вен одночасно на обидві кінцівки, після операції мінімальні дискомфортні відчуття, ні синців, ні гематом, мінімальна кількість діагностованих післяопераційних ускладнень, відновлювальний період після лазерного лікування вен проходить дуже швидко. Можливість використання в амбулаторних умовах будь-якого рівня. Ендовенозна лазерна коагуляція - найсучасніший, ефективний, безболісний і недорогий метод лікування варикозу. Ефективність методу ЕВЛК досягає 98 %.

Гирла Я.В., Жилик Н.В., Музика А.П.

НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Патологія щитоподібної залози займає визначне місце у структурі захворювань ендокринної системи. Успіх лікувальної тактики даної категорії пацієнтів залежить не тільки від точної діагностики наявності та характеру вогнищевих змін у тканині щитоподібної залози, а й від її функціонального стану.

У літературі описано цілий ряд доступних методів дослідження гормонального гомеостазу, які є досить складними, довготривалими та дорогавартисними. Тому пошук нових, більш простих й доступних методів діагностики функціонального стану щитоподібної залози є аргументованим й відповідає потребам сьогодення.

До таких слід віднести оптичні методи: метод лазерної кореляційної спектроскопії плазми крові, спекрофотометричні та поляриметричні методи, опис яких в літературі практично відсутній.

Наведені результати досліджень спектрів поглинання плазми крові у видимій та інфрачервоній ділянках спектру з використанням методики сферичного фотометра і спекрофотометричного комплексу «Spectrum IR75», свідчать про можливість використання цих спектрів для диференційної діагностики функціонального стану щитоподібної залози на доопераційному етапі, а також для контролю за ефективністю лікування в різні терміни післяопераційного періоду.

Кольорові спектри поглинання плазми крові досліджувалися на ІЧ-спекрофотометрі для 11 хворих на різні форми гіпертиреїдного зоба і 10 хворих на вузлові еутиреїдні форми зоба, як до-, так і у різні строки після операції. В якості контролю служили досліджені спектри пропускання плазми крові шести донорів.

На отриманих діаграмах встановлено, що досліджені спектри по кількості смуг поглинання, суттєво відрізняються між собою для різних форм гіпертиреїдного зоба порівняно із його еутиреїдними формами: у випадку гіпертиреозу кількість смуг поглинання більше ніж у спектрах плазми крові донорів, а у випадку вузлового еутиреїдного зоба, навпаки – менше.

У післяопераційному періоді, в процесі лікування, кількість смуг поглинання у випадку гіпертиреїдних форм зоба поступово зменшується, наближаючись до показників донорів, а у випадку вузлових форм еутиреїдного зоба ця кількість залишається незмінною.

Козловська І.М.

КОМПЛЕКСНА ХІМІЧНА СФІНКТЕРОТОМІЯ ПРИ ТРІЩИНАХ ПРЯМОЇ КИШКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник - д.мед.н. Іфтодій А.Г.)

Анальні тріщини є одним із найпоширеніших проктологічних захворювань. Трансформація гострої анальної тріщини в хронічну зазвичай розвивається на тлі стійкого спазму внутрішнього анального сфінктера (ВАС), зняття якого і є ключовою проблемою в загоєнні тріщини. Лікування хронічної тріщини прямої кишки в даний час характеризується все більш частим використанням не хірургічних методів впливу на тонус ВАС ("хімічна сфінктеротомія"), що забезпечують зняття сфінктероспазму, впливаючи на основний патогенетичний механізм формування тріщини.

Мета: оптимізація лікування хронічних анальних тріщин шляхом обґрунтування та впровадження в практику нових методів хімічної сфінктеротомії.

Матеріали та методи: проведено обстеження та лікування 34 пацієнтів з хронічними анальними тріщинами з 2010 по 2013 роки. Всі хворі були поділені на 2 групи: основна група (18 пацієнтів) – де проводили внутрішньотканинний електрофорез із розчином «Діоксизоль®-Дарниця» (Україна) густиною струму 0,01–0,05 мА/см² протягом 60 хвилин; контрольна група (16 пацієнтів) – де застосовувалися блокатори кальцієвих каналів та донатори NO (нітрати). Тонус сфінктера вимірювали сфінктерометром ProMedico (Німеччина).

Результати та обговорення: чітко простежується тенденція значно швидшого загоєння анальних тріщин при використанні запропонованого нами методу лікування анальних тріщин – на 13,92±1,47 добу, порівняно з контрольною групою (34,24±2,83 доби). Також відмічено швидке зменшення больового синдрому після 10 сеансів гальванізації з 6,4 балів до 0,9 балів. Показники болю нижче 2 балів у контрольній групі досягаються лише після 5–8 тижнів лікування. Одночасно зі зменшенням больового синдрому спостерігали й нормалізацію тонусу ВАС.

Застосування розробленого нами алгоритму лікування анальних тріщин призводить до підвищення ефективності консервативного лікування, в 4,7 рази скорочує термін лікування та в 2,6 рази пришвидшує загоєння дефекту анодерми.

Висновки: запропонований метод комплексного лікування хронічних анальних тріщин етіопатогенетично обґрунтованим електрофорезом із розчином «Діоксизоль®-Дарниця» забезпечує стійку хімічну сфінктеротомію, тим самим розриваючи основні патогенетичні механізми розвитку даної патології, забезпечуючи швидку й тривалу нормалізацію тонусу ВАС. Зняття спазму останнього та больового синдрому забезпечує швидке загоєння хронічного дефекту анального каналу.

Коноваленко І.А.

ВИБІР СУДИННОГО ДОСТУПУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОДІАЛІЗУ

Запорізька медична академія післядипломної освіти, Запоріжжя, Україна
Трансплантології та ендокринної хірургії з курсом серцево-судинної хірургії
(науковий керівник - к.мед.н. Русанов І.В.)

Актуальність: За даними ВООЗ Цукровий діабет входить до переліку головних причин смерті у світі (1,4 млн. чол. у 2011 р.) Хронічна ниркова недостатність (ХНН), що розвивається внаслідок термінальної діабетичної нефропатії є однією з найголовніших причин смерті серед пацієнтів, які хворіють на цукровий діабет 1 та 2 типів. Пацієнти з ХНН, що отримують лікування хронічним гемодіалізом зазвичай мають наявну серцево-судинну недостатність (ССН), діабетичну ангіопатію, що підкреслює актуальність проблеми вибору судинного доступу проведення гемодіалізу. з те що більшість пацієнтів мають наявну серцеву ня хронічного гемодіалізу.

Мета: Обґрунтування необхідності удосконалення існуючих методів для здійснення доступу при проведенні хронічного гемодіалізу у хворих на цукровий діабет 1,2 типів з ХНН.

Матеріали та методи: Робота виконана на базі відділення трансплантації та хронічного гемодіалізу КУ ЗОКЛ ЗОР та кафедри госпітальної хірургії ЗДМУ, кафедри трансплантології та ендокринної хірургії з курсом серцево-судинної хірургії ЗМАПО. Проведено аналіз 52 хворих на цукровий діабет (жінки 25 (48,08%), чоловіки 27 (51,92%), ускладнений ХНН, що отримували гемодіаліз за період з 2007-2013 рр. віком від 16 до 68 років, середній вік 38±1,2 років. У групі включення цукровий діабет 1 типу мав місце у 14 пацієнтів (26,92%), цукровий діабет 2 типу у 38 (73,08%).

Результати: Виконано артеріовенозні фістули (АВФ) у ділянці зап'ястя у 2 пацієнтів (3,85%), АВФ у зоні «анатомічної табакерки» у 1 пацієнтів (1,92%), АВФ у зоні «ліктової ямки» у 24 (46,15%), аутовенозний артеріо-артеріальний шунт (АААШ) у 25 пацієнтів (48,08%). АААШ сформований між променевою та променевою артеріями (Пр. та Пр. А) у 6 пацієнтів (24%), плечовою та променевою (Пл. та Пр. А) - у 14 (56%), плечовою та ліктовою артерією (Пл. та Лік. А) у 1 (4%), шунтуванням з перерозподілом кровообігу (ШПК) у 4 (16%) пацієнтів.

Гарний результат був отриманий при проведенні АААШ між Пр. та Пр. А у 3 пацієнтів (13%), Пл. та Пр. А - у 12 (48%), Пл. та Лік. А у 1 (4%), ШПК у 4 (16%) пацієнтів;

Задовільний результат був отриманий при проведенні АААШ між Пр. та Пр. А у 2 (8%) пацієнтів з та Пл. та Пр. А - у 1 (4%) пацієнта;

Незадовільний результат отриманий у 1 пацієнта (4%) з АААШ між Пр. та Пр. А та Пл. та Пр. А - у 1 (4%) пацієнта.

Висновки: Причиною прогресування ССН у хворих на хронічному гемодіалізі є недостатня та надлишкова функція АВФ. Таким чином АААШ Пл. та Пр. А у «зоні ліктової ямки» за типом «кінець у бік» може бути рекомендованим до використання при проведенні гемодіалізу у пацієнтів з ХНН при цукровому діабеті. Добрий результат при використанні даного виду доступу було визначено у 85,71% випадків його використання, з практично повною відсутністю прогресування ССН.

Красовський М.В., Красовська І.Г.

ЗМІНИ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ХВОРИХ НА ТРАВМАТИЧНУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна,
Кафедра загальної хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Сидорчук Р.І.к.мед.н. Плегуца І.М.)

Досліджено у порівняльному аспекті зміни гуморальної ланки імунітету постраждалих з травмами скелетно-м'язової системи різного ступеня тяжкості.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження охоплює 52 хворих на різні форми травматичної хвороби, віком 18-69 років (37,91±4,28). Контрольну групу склали 16 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання, не пов'язані з патологією скелетно-м'язової системи (неускладнені пахвинні герніотомії, венекзери, тощо). Серед контингенту обстежених переважали чоловіки – 32(61,5%), жінки склали меншість – 20 осіб(38,5%).

Результати дослідження та їх обговорення. Першим етапом дослідження стало визначення впливу планового оперативного втручання, не пов'язаного із скелетно-м'язовою системою на показники гуморальної ланки системного імунітету. Практично за всіма показниками, які характеризують гуморальну ланку системного імунітету, у хворих групи порівняння, в яких виконувались планові оперативні втручання, не пов'язані з скелетно-м'язовою системою, спостерігали імунні порушення різного ступеня вираженості (I-III). Зокрема, високо вірогідно зменшувалась відносна кількість В CD 22+ лімфоцитів, відповідно зменшувався лейко-В-клітинний індекс. Це, своєю чергою привело до вірогідних змін інтегральних показників, незважаючи на недостовірні зміни імуноглобулінів. Майже вдвічі зростала концентрацій циркулюючих імунних комплексів. При цьому значення дисперсії, як по вибірці, так і по генеральній сукупності показало суттєву варіабельність показника та його індивідуальні особливості.

Таким чином, навіть планове оперативне втручання у практично здорових осіб призводило до суттєвих змін гуморальної ланки імунної відповіді, більшість із яких слід розцінювати, як імунні порушення. Порівняння даних, отриманих у постраждалих з ТХ легкого ступеня тяжкості (без клінічних проявів) з результатами, отриманими у хворих, які перенесли планові оперативні втручання, показує, що у них (постраждалих з ТХ легкого ступеня) є помірні порушення клітинної ланки імунітету. Вірогідно зростала концентрація Ig M та Ig A, пов'язані з цим інтегральні індекси, а також ЦІК. Таким чином, рівень імунних порушень за показниками гуморальної ланки імунітету розцінювався загалом, як помірний (I-II ступені), а за показником лейко-В-клітинного індексу, взагалі був аналогічний тому, який визначався у хворих групи порівняння.

Результати дослідження змін гуморальної ланки імунної відповіді хворих на травматичну хворобу середнього ступеня тяжкості (з помірними клінічними проявами) показали, що порушення гуморальної ланки системного імунітету також були більш вираженими.

Висновки. У всіх хворих на ТХ спостерігаються порушення гуморальної ланки системи імунітету. Операційна травма справляє негативний вплив на показники гуморальної ланки імунітету, що слід враховувати при виборі лікувального підходу у хворих на ТХ.

Липка В.Т., Якимчук П.М., Андрухів С.М.

КОРОНАРНЕ ШУНТУВАННЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна, Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
хірургії,

(наукові керівники - к.мед.н. Судус А.В., к.мед.н. Войтів Я.Ю.)

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інфаркт міокарду є одними з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи. Починаючи з 1997 року, для хірургічного лікування ІХС застосовується черезшкірна транслімінальна коронарна ангиопластика, що полягає у дилатації стенозованих ділянок артерії спеціальним балонним катетером. Проте частота рестенозів при цьому досить велика, і потребу в повторній ангиопластичі через рік, мають до 40% хворих.

Коронарне шунтування показане перед ендovasкулярним оперативним лікуванням у випадку протяжного стенозу коронарної артерії (більш 20 мм); при комбінованому ураженні вінцевих судин та стовбура лівої коронарної артерії. Вперше на території України операція ревааскуляризації міокарду шляхом маммарнокоронарного шунтування була виконана у 1964 році вітчизняним кардіохірургом В.І. Колосовим. Прийнята зараз в усьому світі техніка аорткоронарного шунтування, що забезпечує відновлення адекватного коронарного кровотоку, була запропонована італійським кардіохірургом R.Favaloro (1968 р.). Операція полягає у накладанні анастомозу між аортою і ділянкою коронарної артерії нижче місця звуження чи оклюзії. Таким чином створюється шунтування (обхід) кровотоку від аорти до коронарної артерії, минаючи стенозовану ділянку судини. Втручання проводять на зупиненому серці під контролем апарату штучного кровообігу. В якості шунтів використовується автотрансплантанти: внутрішня грудна артерія, велика та мала підшкірна вена, променева артерія.

Летальність при прямій ревааскуляризації міокарда становить від 1 до 3%. Більше 95% шунтів ефективно функціонують впродовж 5 років, 90% - 10 років і 50% шунтів більше 20 років.

Лудчак Н.Ю., Неміш І.Л.

ОЦІНКА ЗМІН ЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ ПЛАЗМИ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Максимюк В.В.)

Діагностика різних форм гострого панкреатиту та його ускладнень є однією з найбільш складних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. Діагностична вірогідність існуючих на сьогодні лабораторно-інструментальних методів не перевищує 80 %, що у ряді випадків призводить до діагностичних помилок, і як наслідок, до неадекватного лікування. Це робить актуальним пошук нових, інформативних діагностичних параметрів.

Мета роботи: вивчити особливості змін спектрів люмінесценції плазми венозної крові у хворих на гострий деструктивний панкреатит, на основі чого розробити нові інформативні методи його діагностики.

Обстежено 25 практично здорових донорів (1 група) та 61 хворий, серед яких на гострий деструктивний холецистит – 15 (2 група), перфораційні гастродуоденальні виразки – 13 (3 група), гострий деструктивний панкреатит – 33 (4 група).

З метою оцінки інформативності фотолюмінесцентної діагностики проводили визначення спектрів люмінесценції плазми венозної крові, шляхом її опромінення монохроматичним лазерним променем, джерелом якого служив аргонний лазер ЛГН-503, що випромінює на довжині хвилі 458 нм із потужністю 200 мВт.

У результаті проведення порівняльного аналізу у хворих другої, третьої та четвертої груп виявлено характерні відмінності спектрального розподілу пікових значень інтенсивності флуоресценції. Зокрема, при гострому деструктивному холециститі максимальні параметри спостерігались на довжині хвилі $\lambda=470$ нм, при перфораційних гастродуоденальних виразках – на довжині хвилі $\lambda=468$ нм, а при гострому деструктивному панкреатиті - на довжині хвилі $\lambda=466$ нм. Тобто, у хворих четвертої групи найбільша інтенсивність флуоресценції зміщувалась у більш короткохвильовий діапазон.

Одержані результати склали підґрунтя для напрацювання нового способу люмінесцентної діагностики гострого деструктивного панкреатиту діагностична чутливість якого у нашому дослідженні становила 90,1%, діагностична специфічність – 83,3%, діагностична точність – 88,2%, діагностична ефективність – 86,7%.

Висновки:

1. Пікові значення інтенсивності флуоресценції плазми крові здорових донорів відмічаються на довжинах хвиль $\lambda=474-475$ нм.

2. У хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини максимальні значення інтенсивності флуоресценції плазми зміщується у короткохвильовий діапазон.

3. При гострому деструктивному панкреатиті визначається характерний пік значень інтенсивності флуоресценції на довжині хвилі $\lambda=466$ нм.

Михайлова А.К.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
кафедра хірургії №2*(научный руководитель - д.мед.н. Запорожченко Б.С.)*

Актуальность: Несмотря на интенсивное развитие малоинвазивных технологий и снижение травматичности оперативных вмешательств, частота развития спаечной болезни составляет 55-70 %.

Цель: Определение алгоритма диагностики и лечения пациентов с осложненной спаечной болезнью органов брюшной полости путем усовершенствования консервативного и оперативного лечения как при малоинвазивных, так и при традиционных хирургических вмешательствах на органах брюшной полости.

Материалы и методы: В хирургическом отделении кафедры хирургии №2 ОНМедУ, по поводу осложненной спаечной болезни органов брюшной полости (СБОБП) с 2008 по 2013 гг. получили лечение 124 больных. Возраст больных составил от 24 до 81 года. Диагностический алгоритм включал общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследований. 33 (26,6%) пациента ранее были оперированы лапароскопическим методом, 91 (73,4%) - лапаротомным методом.

Результаты: У 124 больных была диагностирована острая спаечная кишечная непроходимость. Всем больным тотчас после госпитализации проводилось консервативное лечение, благодаря которому в 15 (12%) случаях явления непроходимости разрешились. Остальные 109 (88%) больных были оперированы: 27(24,7%) - лапароскопически, 82 (75,3%) - открытым методом. Больным, оперированным лапароскопически, в послеоперационном периоде применяли дозированную оксиперитонеум и антиоксидантную терапию. Рецидив СБОБП наблюдался у 1 (3,7%) пациента. У 43 (52,4%) из 82 оперированных открытым методом, применяли методику дозированного пневмоперитонеума, антиоксидантную терапию и аппликации "Мезогеля". Рецидив у 4 (9,3%) больных. 39 (47,6%) пациентам из 82, применяли только антиоксидантную терапию. Рецидив наступил в 9 (23%) случаях.

Выводы: Применение дозированного оксиперитонеума, антиоксидантной терапии и интраоперационных аппликаций "Мезогеля" удалось существенно снизить рецидив развития СБОБП.

Неміш І.Л., Лудчак Н.Ю.

ЗМІНИ ОПТИЧНОЇ ГУСТИНИ ПЛАЗМИ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Максимюк В.В.)

Актуальність: Загальновідомо, що запорукою успішного лікування будь-якого захворювання є своєчасно встановлений, правильний діагноз. У зв'язку з різноманітністю варіантів можливого клінічного перебігу гострого панкреатиту, важливого значення набувають питання високовірогідної діагностики. Це робить актуальним пошук нових, інформативних діагностичних параметрів.

Мета: вивчити особливості змін оптичної густини плазми венозної крові у хворих на гострий панкреатит, на основі чого розробити нові інформативні методи його діагностики.

Матеріали та методи: На клінічній базі кафедри хірургії Буковинського державного медичного університету обстежено 30 здорових донорів та 73 хворих на різні хірургічні захворювання органів черевної порожнини, яких розділяли на 4 групи. Першу групу склали практично здорові донори. До другої та третьої груп увійшли хворі на неструктурні форми гострого апендициту (19 хворих) та гострого холециститу (17 хворих). Четверту групу склали 37 пацієнтів на гострий панкреатит. У всіх хворих проводили дослідження спектрів поглинання плазми венозної крові у діапазоні довжин хвиль 255–320 нм з наступним визначенням оптичної густини. При виконанні роботи дотримувались загальноприйнятих світових та вітчизняних норм здійснення досліджень у галузі біології та медицини, а саме: положеннями Гельсінської декларації з прав людини, Ванкувської конвенції про біомедичні дослідження (1979,1994) та інших законодавчих актів, що діють на території України. Усі хворі давали письмову згоду на здійснення розробленого плану обстеження.

Результати дослідження: На підставі даних, отриманих при дослідженні спектрів поглинання плазми венозної крові встановлено, що як у донорів, так і у хворих на гострий апендицит, гострий холецистит та гострий панкреатит, максимальне значення оптичної густини плазми (ОГП) має місце на довжині хвилі $\lambda=280$ нм. При оцінці кількісних показників встановлено, що у здорових донорів ОГП складала $0,57\pm 0,004$ од і була вірогідно нижчою ($P<0,05$), ніж у хворих 2-ої, 3-ої та 4-ої груп - $0,59\pm 0,006$ од, $0,61\pm 0,004$ од та $0,64\pm 0,005$ од відповідно. У результаті проведення порівняльного аналізу кількісних величин ОГП між хворими другої, третьої та четвертої груп встановлено, що величина спектру поглинання плазми венозної крові у хворих на гострий панкреатит в середньому складала $0,64\pm 0,005$ од і була вірогідно вищою ($P<0,05$), ніж у хворих на гострий апендицит та гострий холецистит - $0,59\pm 0,006$ од та $0,61\pm 0,004$ од відповідно. Це свідчить про можливість використання оцінки ОГП для діагностики гострого панкреатиту.

Висновки: Таким чином, проведені дослідження свідчать, що визначення оптичної густини плазми на довжині хвилі $\lambda=280$ нм є інформативним методом діагностики гострого панкреатиту, який характеризується простотою виконання і може бути рекомендований до широкого клінічного застосування у хірургічних стаціонарах різного рівня.

Нестерчук А.П., Москалюк О.П., Курка С.В.

КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ РОЗРОБЛЕНОГО СПОСОБУ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології*(науковий керівник - д.мед.н. Шкварковський І.В.)*

Актуальність. Пахвинні грижі займають вагомe місце в структурі захворювань населення, складаючи до 80% всіх видів гриж живота. Результати традиційного оперативного лікування пахвинних гриж визнані незадовільними через високий рівень рецидивів. Застосування алотрансплантатів та сучасних методів герніопластики дозволило зменшити кількість рецидивів гриж до 3-14%.

Метою дослідження стало вивчення ефективності способу алопластики пахвинних гриж, що передбачає розмежування імплантата й сім'яного канатика.

Матеріал і методи. На базі хірургічного відділення №1 лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці прооперовано 41 хворого за запропонованою методикою (патент України на корисну модель № 60210) – основна група. Контрольну групу склали 44 хворих, прооперованих за методом I.L. Lichtenstein.

Результати дослідження. Відновлення базової активності та працездатності в контрольній групі склали $4,48 \pm 1,75$ дб та $26,21 \pm 3,94$ дб відповідно. Дані показники були порівняно меншими в основній групі і склали $3,12 \pm 1,21$ дб та $22,21 \pm 3,54$ дб відповідно. Серед ускладнень післяопераційного періоду в контрольній групі відмічено: сероми у 4 (9,08%) випадках, у 2 (4,54%) – гематоми, ще в 6 (13,62%) випадках спостерігали інфільтрат післяопераційної рани. У 5 (11,35%) випадках хворі відмічали наявність парестезій, а відчуття стороннього тіла відмічалось у 6 (13,62%) хворих. Рецидив грижі виник в 2 (4,54%) хворих. Ускладнень в осіб основної групи не було. Післяопераційний ліжко-день становив $2,90 \pm 0,66$ дб в основній та $5,84 \pm 1,12$ дб – в контрольній групі.

Доплерографічне дослідження кровотоку по тестикулярних артеріях до операції показало, що збережений кровотік мав місце у 30 (73,17%) хворих основної групи, та у 32 (72,72%) – групи контролю. Через 3 місяці після операції в основній групі збережений кровотік спостерігався у 35 (85,36%) хворих. Натомість в групі контролю даний показник погіршувався і становив – 30 (68,18%) хворих. Об'єм яєчка на ураженій стороні до операції становив $18,51 \pm 0,36$ см³ в контрольній та $18,21 \pm 0,29$ см³ – в основній групі. Через 3 місяці після операції об'єм яєчка в хворих контрольної групи становив $18,41 \pm 0,28$ см³. Даний показник був достовірно вищим в осіб основної групи і становив – $20,81 \pm 0,38$ см³ ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, відсутність контакту імплантата з елементами сім'яного канатика зменшує вплив запальних реакцій на структури пахвинного каналу та репродуктивні органи, що прискорює реабілітацію пацієнтів, позитивно впливає на кровообіг в яечку.

Олійник О.В.

МЕТОДИ ДЕТОКСИКАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
кафедра хірургії №2*(науковий керівник - д.мед.н. Запорожченко Б.С.)*

Актуальність. Незважаючи на великий арсенал сучасних методів дослідження, диференціальна діагностика механічної жовтяниці (МЖ) складна, а пізнє виявлення справжньої причини її призводить до значної затримки виконання необхідного хірургічного втручання. Описано безліч захворювань, перебіг яких ускладнюється розвитком МЖ. Найбільш часті з них – холедохолітіаз, пухлини жовчних протоків та підшлункової залози, хронічні запальні захворювання підшлункової залози.

Метою дослідження було встановлення алгоритму лікувально-діагностичної тактики стосовно пацієнтів із синдромом МЖ, визначення оптимального обсягу хірургічних втручань залежно від їх стану.

Матеріал та методи. В клініці хірургії №2 ОНМедУ за останні чотири роки з приводу МЖ було проліковано 254 хворих. Вік хворих склав від 24 до 82 років. Всім хворим з діагностичною метою проводилися загально клінічні, лабораторні, інструментальні дослідження, визначався рівень специфічних онкомаркерів. Холедохолітіаз було встановлено у 116 (45,7%) хворих, рак великого дуоденального соску – у 20 (7,9%), рак голівки підшлункової залози – у 70 (27,6%), стенозуючий папіліт – у 12 (4,7%), хронічний індуративний панкреатит – у 36 (14,1%).

Результати та висновки. Лікування розпочиналося з інфузійної, детоксикаційної, спазмолітичної, метаболізм-корегуючої терапії. Хворим, яким передбачалось виконання оперативного втручання, на тлі значної гіпербілірубінемії на етапі підготовки виконували лапароскопічну холецистостомію 18 (7%), чрезшкірну чрезпечінкову холангіостомію – 28 (11%) хворим. Таким хворим застосовувався мембранний плазмаферез. Хворим з холедохолітіазом виконували холецистектомію 42 (36,2%), зовнішнє дренивання холедохи 56 (48,3%), ендоскопічну папілосфінктеротомію 18 (15,5%). У хворих на хронічний панкреатит операція Бегера виконана у 14 (39%), Фрея у 6 (17%). Панкреатодуоденальну резекцію за власно розробленими методиками – 70 (27,6%) при пухлині голівки підшлункової залози, та 16 (44%) – хворим на індуративний панкреатит. Летальність складала 3,1%.

Висновки. Така тактика підготовки хворого та об'єм хірургічного втручання при синдромі МЖ дозволили суттєво знизити показники летальності, а також кількість ускладнень.

Пиптюк В.О., Василюк С.М., Геращенко С.Б.

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ФОРМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ В УМОВАХ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
хірургії*(науковий керівник - д.мед.н. Василюк С.М.)*

Захворюваність на цукровий діабет у всіх країнах світу впродовж останніх років має виражену тенденцію до збільшення. Ця проблема привертає увагу спеціалістів багатьох медичних галузей. Лікування гнійно-некротичної форми синдрому діабетичної стопи (СДС) залишається одним із найважливіших питань сучасної медицини, оскільки є загрозливим для життя, виникає у 25 % хворих, і є основною причиною госпіталізації, інвалідизації, смертності.

Мета дослідження: покращення результатів комплексного хірургічного лікування хворих з гнійно-некротичними ураженнями СДС, попередження реампутацій, зниження термінів перебування хворих у стаціонарі, покращення якості життя шляхом вибору оптимальних методів ощадної ампутації та непрямой ревазуляризації шляхом катетеризації нижньої надчеревної артерії на стороні ураження, остеоперфорації великогомілкової кістки з врахуванням змін кістково-суглобового апарату та м'яких тканин стопи.

Проводилася оцінка стану гемодинаміки нижніх кінцівок на основі кольорового дуплексного сканування, комп'ютерної контрастної артеріографії. Кісткова структура вивчалася за допомогою спіральної комп'ютерної томографії (КТ) для визначення щільності кісткової тканини та ступеня її деструкції, та наступної її морфологічної оцінки.

Вперше вивчено взаємозв'язок комп'ютерно-томографічної структури кісток стопи при гнійно-некротичній формі СДС і проведено порівняльну характеристику з їх морфологічною картиною. Вперше у хворих з гнійно-некротичними ураженнями СДС буде встановлена діагностична цінність КТ оцінки кістково-суглобового апарату стопи та її периферичного кровопостачання, що дозволить по новому оцінити вибір рівня ощадної ампутації стопи.

Рахманов К.Э., Рахматова Л.Т., Давлатов С.С., Зайниев А.Ф., Саидмуродов К.Б.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1*(научный руководитель - к.мед.н. Курбаниязов З.Б.)*

Материалы исследования. Проведен факторный анализ результатов хирургического лечения 278 больных образованиями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ с 2006 по 2013 год.

Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу.

Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 (2,5%) пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 (28,8%) больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли щитовидной железы, их составило 190 (67,6%) пациентов.

Технические сложности были у 47 больных увеличением щитовидной железы IV – V степени (по О.В. Николаеву) с гиперстеническим телосложением, где длительность операции превышал на 1 – 1,5 часа.

Результаты. Проанализированы следующие факторы, которые повлияли на результат операции: опыт хирурга, телосложение больного, функциональное состояние, патоморфологическая форма и степень увеличения щитовидной железы. Частота осложнений на щитовидной железе во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством операции выполняемых им в год. Транзиторный парез возвратного нерва и гипопаратиреоз наблюдали у 5 (1,8%) и у 3 (1,1%) больных соответственно. У 1 (0,3%) больного неадекватно скорректированного гипертиреоидного статуса до операции произошел тиреотоксический криз в раннем послеоперационном периоде, который благоприятно купировался консервативно.

В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных, легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6, средней степени тяжести гипотиреоз у 8, гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3). У 2 (0,7%) больных гиперстеников с узловыми образованиями щитовидной железы IV – V степени наблюдали рецидив узлового зоба в течении 3 лет.

Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Ахмедов Г.К., Кан С.А.

ПУТИ УСТРАНЕНИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - к.мед.н. Курбаниязов З.Б.)

Клинический материал составили 322 больных с вентральными грыжами оперированные в хирургическом отделении клиники СамМИ с 2005 по 2013 гг. Из них 73 больных в возрасте от 35 до 70 лет с сопутствующим ожирением III-IV степени и наличием выраженного кожно-жирового фартуха. Основную группу составили 48 больных, которым выполнено грыжесечение с абдоминопластикой, а в контрольную группу вошли 25 больных с грыжесечением без абдоминопластики. Всем больным проводилась антропометрия, у 52 больных отмечалось III степень, а у 21 – IV степень ожирения.

Оперативное лечение больных в контрольной группе заключалась в пластике грыжевого дефекта аутоканями и протезирующими материалами по показаниям по методике onlay, inlay и sublay.

В основной группе особенностью операции явилось включение комбинированной абдоминопластики, т.е. пластика грыжевого дефекта с протезирующими материалами и дерматолипидэктомия. После обработки операционного поля на кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа «якоря» (разрез по Fleisch), окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно – жировую складку. Затем, после разреза кожи и подкожного жирового слоя до апоневроза избыточная складка по рисунку удалялась, выделялся грыжевой мешок. Края кожно – жировых лоскутов широко отсепаровывались кнаружи и кверху. Всем больным в основной группе было выполнено протезирование грыжевого дефекта. 19 больным в основной группе, выполнялась реконструкция передней брюшной стенки с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, которой достигается увеличение объема брюшной полости. После завершения герниопластики с абдоминопластикой над апоневрозом оставляли дренажную перфоративную трубку, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже и дренировали по Редону.

Результаты. У 6 больных контрольной группы отмечен компартмент-синдром, в одном с летальным исходом. У 9 (36%) больных наблюдали местные осложнения (инфильтрат у 1, гематома у 1, серома у 2, лимфоррея у 3 и нагноение раны у 2). В отдаленном послеоперационном периоде у 2 (8%) больных этой группы наблюдали рецидив грыжи. В основной группе осложнения были у 3 пациентов (6,25%), нагноение послеоперационной раны у 1 больного, инфильтрат в области послеоперационной раны у 2.

Таким образом, наибольшее количество осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество м-стных осложнений после операции отмечено в основной группе больных. В результате выполнения герниопластики без натяжения с абдоминопластикой компартный синдром в основной группе не развился.

Рудий О.О., Войтів Я.Ю.

ПРИСТРІЙ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ ТЕХНІКОЮ НАКЛАДАННЯ ШВІВ ТА ЗАВ'ЯЗУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ВУЗЛІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Накладання швів та зав'язування хірургічних вузлів є одним з основних елементів будь-якої операції. Кожен хірург повинен добре володіти декількома основними способами зав'язування вузлів та робити це швидко і надійно. За час операції хірургу іноді доводиться в'язати 300-500 вузлів. Помилка в зав'язуванні хоча б одного з них може призвести до розвитку післяопераційних ускладнень, а іноді, і до смерті хворого. Однак, навчальних тренажерів, на яких можна відпрацювати техніку накладання швів та зав'язування хірургічних вузлів вітчизняна промисловість не випускає, хоча потреба в таких пристроях очевидна.

Метою нашої роботи було створення пристрою для оволодіння технікою накладання швів та зав'язування хірургічних вузлів, який би дозволив навчати та відпрацювати техніку в стандартизованих умовах з можливістю об'єктивної кількісної оцінки.

Напрацьований нами пристрій складається з двох частин: перша - тренажерний блок для накладання швів та зав'язування хірургічних вузлів, який включає в себе дві стрічки з еластичного матеріалу фіксовані у формі трикутника, які використовуються для відпрацювання накладання швів. Зростаюча відстань між стрічками відображає різну ступінь натягу тканин при їх з'єднанні.

Друга частина представлена двома системами порожнистих еластичних трубок різного діаметру, котрі з'єднані з вимірювальним блоком у вигляді скляних трубок, градуйованих у міліметрах водного стовпчика. Трубки та вимірювальний блок заповнені рідиною до нульової відмітки калібровочної шкали. Під час зав'язування хірургічного вузла сила натягу нитки по системі порожнистих трубок передається на вимірювальний блок, сила прикладена при зав'язуванні вузла кількісно відображається на шкалах, градуйованих у міліметрах водного стовпчика.

Величина тиску, що виникає при зав'язуванні вузла, буде залежати від сили натягування нитки, діаметру трубки, її еластичності, є попередньо заданою і не повинна змінюватись при накладанні другого вузла. Це дозволяє виробити відповідні навички при зав'язуванні вузла на різних структурах та з різною силою.

Напрацьований пристрій для оволодіння технікою накладання швів та зав'язування хірургічних вузлів, забезпечує максимальну реалістичність при відпрацюванні методик накладання швів та зав'язування хірургічних вузлів, з можливістю об'єктивної кількісної оцінки їх виконання.

Смаглій Н.І.

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВРОСЛИМ НІГТЕМ У ЧОРТКІВСЬКІЙ ЦКРЛ ЗА 2009-2012 РІК

Чортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю

(науковий керівник - к.б.н. Хома С.М.)

Вступ. Врослий ніготь (оніхокриптоз) – патологічний процес, при якому нігтьова пластина врослає у бічну частину нігтьового валу.

Врослим нігтем страждає половина жителів земної кулі: і жінки, і чоловіки, і навіть діти.

Матеріали і методи. Проаналізувавши кількість звернень з приводу врослого нігтя, виявили, що у Чортківську центральну районну комунальну лікарню, за період часу із 2009 по 2012 рік, звернулося за медичною допомогою 186 пацієнтів, у хірургічне відділення стаціонару 58 (31,2 %) пацієнтів та хірургічного кабінету поліклініки 128 (68,8 %) пацієнтів. Вік пацієнтів складав: від 5 до 11 років – 27 (14,5 %) пацієнтів, від 12 до 20 років – 138 (74,2 %) пацієнтів, від 21 року і старші – 21 (11,3 %) пацієнтів.

При порівнянні із попередніми роками (2005 по 2008 рр. – 173 хворих) захворюваність на оніхокриптоз зросла на 7 %. Хворіють переважно діти від 13 до 20 років.

Результати дослідження та їх обговорення. У 75,6 % врослий ніготь виник при надмірному зрізанні нігтів та неправильному підборі взуття, а у 24,4 % призвели інші причини. Проаналізувавши звернення хворих за стадіями, ми виявили, що найбільше спостерігалось пацієнтів з II та III стадіями, що складає 150 (80,6 %) пацієнтів. Після госпіталізації 25 (13,4 %) хворим проводилося консервативне лікування, всім іншим 161 (86,6 %) хворим оперативне лікування.

Консервативне лікування передбачало:

- щоденну гігієну стоп;
- при огрубій шквірі потрібно чищення стопи пемзою або спеціальною теркою для ніг;
- нанесення на стопи після миття спеціального крему;
- звернутися до лікаря за професійною допомогою при прогресуванні запального процесу.

Басюк К.А., Смольницька А.О.

РАДІОХВИЛЬОВА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Бродовський С.П.)

В центрі малоінвазивної та ендоскопічної хірургії виконано 34 гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля «Surgitron™» у хворих з комбінованим гемороєм. Серед них - 24 хворих чоловіки і 10 жінок. Вік хворих коливався від 25 до 65 років. Всім хворим в обов'язковому порядку проводили огляд перианальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректومانоскопію, колоноскопію/іригографію, УЗД внутрішніх органів, ФОГК, загальноклінічні аналізи. Оперативні втручання виконували під спинно – мозковою анестезією розчином меркаїну чи бупівікаїну

Після обробки операційного поля та прямої кишки під пальцевим контролем верхівку внутрішнього гемороїдального вузла захоплювали затискачем Люера з тракцією вузла до низу. При цьому судинна ніжка і основа вузла чітко визначалися. Окремим вікриловим вузловим швом на атравматичній голці відступивши до 0,8-1 см проксимальніше прошивали та двічі перевязували слизову анального каналу з судинною ніжкою, попередньо зробивши насічку слизової радіохвильовим скальпелем в режимі «різання та коагуляція». Сам вузол прошивали в основі під зажимом обвивним швом, послаблюючи бранші затискача та одночасно зав'язуючи шов. Гемороїдальний вузол відсікали в режимі «різання». В усіх випадках спостерігали надійний гемостаз. У випадках коли внутрішній вузол відповідав IV стадії перевагу надавали окремим вузловим швам при прошиванні основи вузла. Затискачем Аліса захвачували верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, підтягуючи проксимальніше, що давало можливість кращій візуалізації судинної ніжки та основи останнього. Окаймляючим розрізом в режимі «різання та коагуляція» розсікали слизову в основі та поздовжнім – по ходу судинної ніжки. За допомогою, в переважній більшості, тупфера або радіохвильового скальпеля в режимі «коагуляція» відсепарували основу вузла та судинну ніжку від оточуючих тканин. Судинну ніжку прошивали вузловим вікриловим швом на атравматичній голці, зтягуючи проксимальніше та відсікаючи в режимі «різання». Дефект слизової анального каналу поновлювали вузловими швами, підтягуючи анодерму проксимальніше та формуючи заплату. Завершували операцію контролем гемостазу та мазевим тампоном в прямій кишці.

Слід відмітити, що гемороїдектомія з використанням радіохвильового скальпеля проходила в умовах значно меншої кровоточивості тканин, порівняно з типовою гемороїдектомією. В ранньому післяопераційному періоді ні в одному випадку не було зареєстровано кровотечі, значно менше турбував больовий синдром, реактивні явища в ділянці операції були помірнішими. Тривалість ліжко-дня в середньому було 8-9 днів. Хворі були під наглядом в термін від 1 до 6 місяців. Ні в одному випадку після гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля не виявлено ускладнень і рецидивів захворювання.

Имамов Д.А., Турсунов С.Э., Файзуллаев Ф.С., Хамидов С.А.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - д.мед.н. Шамсиев А.М.)

Как известно, Узбекистан расположен в одном из пяти мировых эндемических зон эхинококкоза. Ежегодно в нашей стране выполняются более 4,5 тыс операций по поводу эхинококкоза. При этом удельный вес детей в общей структуре больных эхинококкозом в Узбекистане составляет 20,4%, из них до 52% детей поступают в клинику с осложненными формами заболевания. Крайне высоким остается частота рецидива эхинококкоза после оперативного лечения.

380 больных с эхинококкозом печени мы разделили на три группы в зависимости от периода вмешательства. В 1998-2001 гг. - контрольная группа из 136 детей - остаточную полость обрабатывали традиционным способом. Группу сравнения составили 118 пациентов, оперированные в 2002-2005 гг., у которых мы начали применять 100% глицерин и ушивание остаточной полости по методу клиники. В основной группе из 126 больных использовали такие новшества, как горячий глицерин, УЗНЧ, топический минидоступ, видеоэндоскопическая ревизия труднодоступных остаточных полостей, интраоперационную видеомикроскопию промывных вод из остаточной полости, ушивание остаточной полости по методу клиники, послеоперационную химиотерапию албендазолом.

В хирургии эхинококкоза у детей с 2006 г. мы начали широко применять «топический минидоступ», осуществляемый максимально над проекцией выявленной кисты. Этот разрез нами был использован у 91 больного основной группы. И подреберные и срединные минидоступы при необходимости можно расширить в любую из сторон в зависимости от интраоперационной находки. При использовании топических минидоступов мы широко прибегаем к мобилизации печени путем рассечения соответствующих связок органа.

По сравнению с контрольной группой частота послеоперационных осложнений снизилась с 18,4% до 4,0% - почти в 5 раз. Значительно меньше стали встречаться такие осложнения, как нагноение остаточной полости (снижение в 8 раз), нагноение лапаротомной раны (в 2 раза), образование желчных свищей (в 3 раза), сошли на нет поддиафрагмальные абсцессы.

В отдаленном периоде после операции обследованы 345 детей. При обработке остаточной полости раствором формалина частота рецидива составляет 31%, при переходе на обработку глицерином этот показатель снижается в два раза. А после обработки горячим глицерином под контролем интраоперационной видеомикроскопии промывных вод, дополненной послеоперационной химиотерапией удается свести к нулю частоту рецидива заболевания.

Совершенствование выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, техники выполнения хирургического вмешательства, способов антипаразитарной обработки фиброзной капсулы, повышение надежности ушивания остаточных полостей, снижение травматичности хирургического доступа и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, позволили существенно улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения.

Войтів Я.Ю., Улянiвський В.С.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) як ускладнення оперативного втручання є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Післяопераційні вентральні грижі посідають друге місце після пахвинних гриж і складають 20 - 22 % від загальної кількості гриж. Збільшення останніми роками кількості пацієнтів із ПВГ вимагає від хірургів пошуку новітніх технологій і зміни традиційних поглядів у розв'язанні цієї проблеми. За даними літератури, висока частота ускладнень і рецидивів ПВГ пов'язана із застосуванням традиційних методик автопластичного закриття дефектів методом натягнення тканин, які здебільшого є дегенеративно зміненими, що зумовлює згодом неспроможність швів, утворення сером, гематом і нагноєння ран. З огляду на це, більшість хірургів все частіше надає перевагу застосуванню сучасних полімерних матеріалів для алопластичного закриття грижових воріт у лікуванні пацієнтів із ПВГ, що посприяло зниженню загальної частоти рецидивів до 5-8%.

Нами ретроспективно проаналізовано методи операційних втручань та результати хірургічного лікування 230 хворих з ПВГ в хірургічному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні. Вік пацієнтів коливався від 30 до 89 років. Чоловіків було 44 (19,2%), жінок – 186 (80,8%). Більшість (82,6%) склали ПВГ з середньою локалізацією грижового дефекту.

Згідно SWR-classification (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999) ПВГ було розподілено на малі (до 5 см в поперечнику) – у 32 (14,1%), середні (5-10 см) – у 126 (54,7%), великі (10-20 см) – у 45 (19,5%), гігантські (більше 20 см) – у (11,7%).

Вибір тактики лікування ПВГ принципово визначали: ширина грижових воріт, локалізація грижі, розміри діастазу прямих м'язів живота, об'єм органів, що розміщуються поза межами черевної порожнини, рівень внутрішньочеревного тиску. Отже, для кожного пацієнта приймалось індивідуальне рішення.

При малих (W1 – дефект<5 см) та середніх (W2 – дефект 5-10 см) післяопераційних вентральних грижах частіше використовували автопластичні методики (Мейо, Сапезко) та операції з розташуванням сітчастих алотрансплантантів поверх апоневрозу ("onlay").

При великих (W3 - дефект>10 см) та гігантських (W4 - дефект>20 см) післяопераційних вентральних грижах перевагу надавали розташуванню протезу "sublay" (ретромускулярно чи преперитонеально) та "inlay" (пластика дефекту черевної стінки протезом без його закриття тканинами апоневрозу). Всі операції з використанням сітчастих алотрансплантантів завершували дренажуванням ложа сітчастих імплантантів і підшкірної жирової клітковини з використанням вакуумної аспірації (дренажі Редона).

Отже, правильний вибір способу операційного лікування потребує індивідуального підходу до кожного конкретного хворого, а належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

Чернишова Д.М., Білик О.В., Мудрик Н.Я., Райляну С.І., Циріль В.М.

ВИКОРИСТАННЯ ПОСТІЙНОГО ЕЛЕКТРИЧНОГО СТРУМУ, УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ ТА ВАКУУМУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГАЗОВОЇ ГАНГРЕНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник - к.мед.н. Білик О.В.)

Актуальність теми. Не зважаючи на значні досягнення сучасної хірургії, питання, пов'язані з лікуванням газової гангрені потребують подальшого пошуку. Газова гангрена (ГГ) є гострим специфічним запально-некротичним процесом, який відрізняється особливо важким перебігом, інтоксикацією, інвалідизацією та летальністю 20-50%. Основними причинами виникнення ГГ є масивні пошкодження м'яких тканин з розчавленням, краш синдромом, вогнепальні поранення, пошкодження шкірних покривів в ано-ректальній зоні, травматичні ампутації кінцівок, кримінальні аборти, сторонні тіла, тощо.

Метою нашої роботи було вдосконалити методи лікування ГГ із застосування таких фізичних факторів як: постійний електричний струм, ультразвукової кавітації та вакууму.

Дослідження проводились на базі хірургічного відділення №1 ЛШМД. Всього було включено 18 пацієнтів з ГГ різної локалізації. Контрольну групу склали 10 пацієнтів, які лікувались загальноприйнятими методами до 2010 року. В дослідну групу ввійшли 8 хворих, яким після розкриття гнійно-некротичних ділянок проводився внутрішньотканинний електрофорез антибіотиків, ультразвукова кавітація для санації ран і порожнин та накладення вакуумних пов'язок з подальшим зашиванням дефектів окремими вузловими швами.

Висновки. Запропоновані методи дали змогу скоротити строки лікування на ГГ у 2,5 рази, запобігти летальності та досягти значно кращого косметичного ефекту в зв'язку з відмовою від загоєння ран вторинним натягом. Дані методики є простими, дешевими, не мають вікових обмежень та особливих протипоказів. Їх можна використовувати і в хірургічних стаціонарах районного та обласного рівнів.

Чечельницкая И.С.

ОПТИМАЛЬНІ АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ТА ЗНАЧЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

кафедра хирургии №2

(науковий керівник - к.мед.н. Муравьёв П.Т.)

Актуальність. Синдром діабетичної стопи – найчастіше ускладнення цукрового діабету. Згідно статистики 8 – 10 % хворих на діабет мають дане ускладнення.

Мета роботи. Знизити летальність при синдромі діабетичної стопи та визначити значення консервативної терапії в лікуванні даного ускладнення.

Матеріали і методи. Ми проаналізували алгоритми лікування 96 хворих на цукровий діабет з синдромом діабетичної стопи за 2008 – 2013 рр. З них хворі на ішемічну форму – 77%, нейропатичну – 14 % та змішану - 9 %. Переважали жінки - 68%, чоловіки склали - 32%.

В діагностичний алгоритм входили такі дослідження: ретельний збір анамнезу, огляд ніг, оцінка неврологічного статусу, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну, загальний аналіз сечі, доплерографія, рентгенографія уражених кінцівок та в деяких випадках комп'ютерна томографія. Всі дослідження виконувались в динаміці.

Результати дослідження. Всім хворим після госпіталізації виконувалась потужна терапія, в яку входили: цукрознижуюча терапія (при наявності інфекційних ускладнень, гіперглікемії та ішемічній формі необхідна інсулінотерапія), антибактеріальна терапія, новокаїнові блокади (куповання больового синдрому), препарати, що поліпшують периферичний кровообіг (препарати простагландину Е – алпростан, вазопростан), розвантаження стопи та місцева терапія.

Хворим з ішемічною формою проводилися інфузії Вазопростану або Алпростану.

Пацієнтам з інфекційними ускладненнями синдрому діабетичної стопи виконувались малі хірургічні втручання (розтин, дренажування) або фотодинамічна терапія.

З 37 хворих, які отримали потужну та своєчасну консервативну терапію та були проведені малі хірургічні втручання, 36 мали позитивну динаміку. 1 хворий помер від інфаркту міокарда. Летальність складає 2.7%.

При неефективності консервативної терапії хворим виконувались щадні резекційні втручання. До яких відносяться екзартикуляції уражених пальців, ампутації за Лісфранком (вичленення стопи в заплесно-плесневому суглобі) та Шопаром (ампутация стопи по лінії поперечного предплесневого суглоба). Летальність цієї групи складає 7.9%

При запущеній формі запального процесу виконувались високі ампутації верхньої треті гомілки чи нижньої треті стегна. В даній групі летальність становила 19.0%.

Висновки. Своєчасна та адекватна консервативна терапія та малі хірургічні втручання дозволяють знизити відсоток летальності на 11.1%.

Чечельницька І.С.

ОПТИМАЛЬНІ АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ТА ЗНАЧЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
кафедра хірургії №2*(науковий керівник - к.мед.н. Муравйов П.Т.)*

Актуальність. Синдром діабетичної стопи – найчастіше ускладнення цукрового діабету. Згідно статистики 8 – 10 % хворих на діабет мають дане ускладнення .

Мета роботи. Знизити летальність при синдромі діабетичної стопи та визначити значення консервативної терапії в лікуванні даного ускладнення.

Матеріали і методи. Ми проаналізували алгоритми лікування 96 хворих на цукровий діабет з синдромом діабетичної стопи за 2008 – 2013 рр. З них хворі на ішемічну форму – 77%, нейропатичну – 14 % та змішану - 9%. В діагностичний алгоритм входили такі дослідження: ретельний збір анамнезу, огляд ніг, оцінка неврологічного статусу, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну, загальний аналіз сечі, доплерографія, рентгенографія уражених кінцівок та в деяких випадках комп'ютерна томографія. Всі дослідження виконувались в динаміці.

Результати дослідження. Всім хворим після госпіталізації виконувалась потужна терапія, в яку входили: цукрознижуча терапія , антибактеріальна терапія, новокаїнові блокади, препарати, що поліпшують периферичний кровообіг, розвантаження стопи та місцева терапія. Хворим з ішемічною формою проводилися інфузії Вазапрантану, Аллпростану. Пацієнтам з інфекційними ускладненнями синдрому діабетичної стопи виконувались малі хірургічні втручання або фотодинамічна терапія. З 37 хворих, які отримали потужну та своєчасну консервативну терапію та були проведені малі хірургічні втручання, 36 мали позитивну динаміку. Летальність склала 2.7%. При неефективності консервативної терапії хворим виконувались щадні резекційні втручання. До яких відносяться екзартикуляції уражених пальців, ампутації за Лісфранком та Шопаром. Летальність цієї групи склала 7.9%. При запущеній формі запального процесу виконувались високі ампутації верхньої треті гомілки чи нижньої треті стегна. В даній групі летальність становила 19.0%.

Висновки. Своєчасна та адекватна консервативна терапія та малі хірургічні втручання дозволяють знизити відсоток летальності на 11.1%.

Эгамбердиев А.А., Хужамов О.Б., Кан С.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - к.мед.н. Курбаниязов З.Б.)

При любом способе аллопластики несмотря на инертность синтетического материала вокруг него развивается тканевая реакция, сопровождающаяся выделением большого количества серозного экссудата, и формируются длительные персистирующие серомы.

Для устранения этого осложнения аллопластики мы предлагаем использовать оригинальную, разработанную нами, методику. Под семенной канатик подводили трансплантат. Поперечную фасцию подшивали к латеральному краю имплантата по всей окружности. Дистальное наружное кольцо имплантата по краям подшивали к надкостнице симфиза и лонного бугорка. Затем накладывали шов на верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Первое введение иглы проводили на 1,5 см от края апоневроза, затем проводили иглу через края мышц и верхнего края аллотрансплантата этой же иглой опять выполняли вкол у самого края апоневроза с выколом на 1см от края. Таких швов накладывали в количестве 4-5. На нижней лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота накладывали такие же швы в количестве 4-5, т.е. вкол на 1см от края апоневроза с захватом нижнего края аллотрансплантата, опять вкол у самого края апоневроза с выколом на 0,5 см от края. Семенной канатик укладывали на образованный желобок. Передняя стенка искусственного пахового канала осуществлялась вторым аллотрансплантантом, которая фиксировалась на верхний и нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота.

В хирургическом отделении клиники СамМИ с 2010 по 2013 гг. выполнено 184 паховых герниопластик из переднего доступа с использованием сетчатого протеза. 103 операций выполнили с созданием искусственного пахового канала по предложенной нами методике. Эти пациенты составили основную группу (ОГ). 81 пациенту группы контрольного сравнения (ГКС) было произведено традиционная герниопластика по методу Лихтенштейна. В ОГ отмечено два осложнения (1,9%) — инфильтрат в области послеоперационных швов. Рецидивов грыжи в сроки до 2 лет не было. В ГКС имелось 8 (9,9%) ранних послеоперационных осложнений. В 4 случаях отек мошонки, в 3 случаях отмечена подкожная серома и в 1 случае — гематома. Рецидивов грыжи не отмечено.

Таким образом, представленная техника герниоаллопластики при паховых грыжах направленная на снижение травматичности и уменьшение ранних послеоперационных раневых осложнений, может быть использована в широкой практике.

Давлатов С.С., Юлдашов П.А., Рахманов К.Э., Кан С.А., Ахмедов Г.К.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра хирургии № 1

(научный руководитель - к.мед.н. Курбаниязов З.Б.)

В хирургическом отделении клиники СамМИ по поводу варикозной болезни хирургическому лечению подвергнуты 186 больных за период 2010 по 2013 год. В первую группу включено 117 больных, а во вторую 69 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в возрасте от 22 до 54 лет.

Оперативное лечение в первой группе выполнялось с использованием принципов миниинвазивной флебохирургии. Для ликвидации устьевого недостаточности выполняли кроссэктомию. Через мини доступ обнажали устье большой подкожной вены с проведением флебэкстрактора до нижней трети голени и выполняли операцию Бебкокка с одновременной эластической компрессией. При наличии перфорантной недостаточности выполняли операцию Коккета через минидоступ. Операцию завершали косметическими швами на все раны. Через 2 – 3 дня на оставшиеся варикозно расширенные вены проводили 1 – 2 сеанса склеротерапии.

Всем больным второй группы было выполнено хирургическое лечение традиционными методами, которая включала ревизию сафено-фemorального соустья, кроссэктомию, удаление большой подкожной вены, перевязку и пересечение перфорантных вен.

Результаты. Общее количество больных, у которых наблюдались осложнения в раннем послеоперационном периоде, составляло в первой группе 1,7%, а во второй 10,1%. В первой группе наблюдались такие осложнения как парестезии, во второй группе наблюдались дополнительно такие осложнения как гематома и лимфорей. Анализ болевой чувствительности позволяет заключить, что применение малоинвазивных методик у пациентов 1 группы достоверно уменьшает болевые ощущения в раннем послеоперационном периоде. Более того, снижение травматичности вмешательства в целом благоприятно влияет на восприятие, пациентом болевых ощущений, приводя к снижению выраженности боли. Через 2 недели после оперативного вмешательства боли не беспокоили 98,3% пациентов 1 группы и лишь 30,4% пациентов 2 группы.

В отдаленные сроки после операции сохранялись осложнения неврологического характера в виде парестезий, которые наблюдались в 17 случаев во 2 группе (24,6%). В течение трех месяцев после изолированной кроссэктомии у 3 пациентов 2 группы развилось варикозное расширение ранее неизмененных вен, которое успешно ликвидировано склеротерапией.

При сравнении косметического результата после операции, лучшие результаты наблюдались в первой группе, что выражалось в меньшем количестве разрезов. При сравнительной оценке результатов лечения видно, что хирургическое лечение с помощью традиционных методик обладает большей травматичностью и большим количеством осложнений.

Выводы. Применение миниинвазивных методов хирургического лечения больных с варикозной болезнью выгодно отличается малой травматичностью, косметичностью, радикализмом и экономической выгодой.



- Симпозіум -

- Symposia -

Agyemang E.A.

STUDENTS REPRESENTATIVE COUNCIL – A MODE OF GROOMING FUTURE LEADERS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Psychology and Sociology
(*scientific advisor - c.i.n. Bureiko N.M.*)

The Students Representative Council (SRC) is a representation of students who seek the welfare and wellbeing of all students in an educational institution. It is the legitimate mouthpiece of all students in the institution. The SRC liaises with the school authorities and stakeholders to safeguard the rights, interests and welfare of the student body.

In Ghana the SRC among the most high educational institutions has a big say in decisions taken by stakeholders which concern the running of the institution and also the students. The SRC has meetings and discussions from time to time with the stakeholders and decision makers of the educational institution to draw their attention to the needs of the students. In some cases the SRC even goes to the point of granting financial aid to needy but brilliant students.

The SRC has a governance structure made up of Executive, Judicial and Parliamentary councils. The Executive Council is like the Executive arm of government in a democracy. It consists of the President, Vice-President, Treasurer and General Secretary who are all elected by the entire student body. The President then has the power to nominate members like the Public Relations Officer, Welfare Chairman, Transport Commissioner among others to help in the smooth running and implementation of policies. The Parliamentary Council consists of representatives from each of the departments of study, halls of residence, International Students' Association, Womens' Commission and also Graduate Students' Association. The Parliament deliberates on issues and formulates policies, approves appointees of the President and also checks the activities of the Executive Council. The Judicial Council comprises Judicial Committee and Legal Affairs Committee. They adjudicate on matters in their jurisdiction.

The SRC serves as a platform for unearthing, developing and nurturing the talents of individuals. It serves as a means through which students interact with stakeholders of educational institutions concerning their welfare and ways of improving upon the educational system. The SRC grooms individuals for higher positions in the future. Most politicians, managers and chief executive officers of today were all active members of the SRC. The SRC serves as a medium through which we can groom individuals for leadership positions in the future. Through the SRC students are groomed, harness their talents and are equipped with skills that will enable them to hold the leadership mantle in the society in the future.

Amudzi E.E.

THE NECESSITY OF STUDENT LEADERSHIP IN THE TERTIARY INSTITUTION (GHANA'S CASE)

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Psychology and Sociology
(*scientific advisor - c.i.n. Bureiko N.M.*)

The world has always wanted to improve all spheres of life and leadership subject is not an exception. Leadership is described as process of social influence in which one person can enlist the aid and support of others in the accomplishment of a common task. Student leadership serves as a platform to groom tomorrow's leaders into competent and responsible leaders to meet the needs of the society. The initial leadership features are developed during basic or primary education, very often on the background of the relations formation between pupils without a teacher's interfering.

Student unions in tertiary institutions are classical examples of students' administrating leadership roles. Student leadership in its entirety does not only seek to groom the individuals but also helps in dissemination of information from the school authorities to the whole student body. The student leaders have the opportunities of having meetings with the school authorities to give suggestions or bring the pleas of the entire school before the heads.

Student unions in different countries have different forms of operation as well as goals. In Ghana, for instance, there are two different forms of students' self-governing and self-organization with two main functions:

1) student representative councils. Their main purpose is representing the whole student body at meetings with the school authorities and reporting back to the students the details of the meetings. Thus student representative councils serve as a bridge between the school authorities and the rest of the students.

2) student unions of the major political parties in the country. Such unions give the students the opportunities to form the links or networks with prominent leaders with good moral standings. This unions also provide the platform to start learning the intricacies of political rudiments.

Student leadership is a topic of a great significance and requires thorough attention and research in order to provide the practical implementation of the concepts of student leadership and self-governing. As it empowers the students and gives them a voice as well as guarantees the platform to unearth their innate leadership skills.

Dotse S.S.

“A DOWN TO EARTH” LEADER

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Psychology and Sociology
(*scientific advisor - c.i.n. Bureiko N.M.*)

One of the most respected and successful political leader in Ghana Jerry John Rawlings came to power following a coup d'etat in 1979. In less than two years, he again overthrew the civilian government and took charge of the country. On the 31 December 1981, J.Rawlings took over office and was a military ruler until 1991 when majority of the citizens made their cry for democracy heard and he formed a National Commission for Democracy, empowered to hold regional debates and formulate some suggestions for a transition to multi-party democracy. There was a need to change the governing of the country, as dictatorship limited the rights and freedoms of citizens. In democratic governance, there is rule of law that protects and guarantees the rights and freedoms of citizens. Within few months, the commission released a report recommending multi-party system and election. In 1992, an election adjudged “free and fair” was held and won by Rawlings. It's important to emphasize that Ghana's democracy is still improving since that historical event. J.Rawlings was re-elected in 1996 and ruled another 4 years.

Jerry John Rawlings as both a military and a civilian ruler has always been devoted to his own ideas and that of the society and believing in them. He was a very active president, present at construction sites and sometimes even physically helped in the construction of roads, railways, schools, factories and other infrastructural development going on at the time. He was quite a young man and also a soldier, so he was physically strong. His ideologies of developing education, promoting peace, enhancing the health sector, providing electricity and portable water through out the country, improving the economy and guaranteeing good stable international relations were the values that characterized him as a leader. After ten years of military rule, he resigned from the army and became a civilian. Then he initiated the drafting of a new constitution that is currently the constitution of Ghana.

Rawlings is a peace loving man; even though he started as a dictator he ended up bringing democracy to the country. In his tenure of office, he had a beautiful relationship with the people. He often goes to public places to have close interactions with the people. The official visits of the U.S. President Bill Clinton and the GB Queen Elizabeth II to Ghana demonstrated not only the leadership qualities of Rawlings who managed to organize the negotiations with the leading countries, but – what is of a great significance – proved Ghana's presence on the political world map. The current government in power – the National Democratic Congress (N.D.C.) – was founded by Rawlings and he still has an impact on the political life of Ghana thanks to his political charisma, political will and leader's features.

Master V.K.

FUNDAMENTALS OF SELF – GOVERNING IN INDIA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Psychology and Sociology
(*scientific advisor - teacher Todoriko A.D.*)

As the poets, geniuses, scientist, artists and the personalities of great heightening virtues are all born and never made is the “Law of Nature”. The qualities of leadership like compassion, vision, intuitive talents, foresightedness, missionary love for flaternity, patriotism and a pleasure of national spirit are all born qualities as they are the qualities of inner consciousness and inner being. The education, the professional training and academic programming to this effect can help the students to bring forward such qualities of self governance and to make lives greater. Students besides their studies, consciously concentrate on such great personalities of the world and select any one of them as ones own Role Model to generate ones own self governance and qualities of leadership in any walks of life they are destined or they are committed to. A student's self-governance or student's union is a student organization at high schools, colleges and universities. It is a form of showing of the inner leadership qualities. Every country has its own student's self-governance unions. Depending on the country the purpose, assembly, method and implementation of the group might vary.

Concerning India, the largest democratic country with the maximum number of the youth has developed a complete tradition of student politics dating from the era of “Congress Party” domination. Student unions are organized both within universities, like the Student Council of IISc and across universities, but affiliated with political parties, as in the case of ABVP, NSUI, SFI, etc. The activist unions include the Delhi University Students Union.

All India Law Students' Association or (AILSAs) is one such students and lawyers who are dedicated to the promotion of welfare of law students all over India. AILSA provides students with opportunities to interact with legal professionals in international arena. The organization's activities include academic conferences, publications, the global coordination of student organizations, seminars, providing free legal aid Non political student association in India. The major student's self-governing organizations in India include “Akhil Bhartiya Vidhyarthi Parishad”, “All India Students Association”, “National Students Union of India”, “Students Federation of India” and “All India Democratic Students Organization”.

The Delhi University Students Union is the umbrella student organisation at the University of Delhi. It is a representative body of students from most Delhi University Colleges and Faculties. Several of the office bearers of DUSU have gone on to hold public office at the State and Centre level. DUSU elections are considered the most high profile student union elections in the country as they provide an opportunity to enter directly into local and national politics.

These were the glimpses of the Student's self governing unions which work for welfare of themselves as well as society.

Minthah C.C.

THE IMPACT OF YOUTH ORGANIZATIONS ON THE YOUTH

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Psychology and Sociology

(scientific advisor - c.i.n. Bureiko N.M.)

Youth organization is a group of people usually between the ages of 10 to 24 years with common objectives, goals and purpose. It has structures and principles, rules and conditions that governs their activities and their day to day movements. The youth participation in such organizations is the process through which young people acquire the cognitive, social and emotional skills and abilities required to navigate life (the physical, social, and emotional processes which occur during the adolescent period, from ages 10 until 24 years)

During adolescence, young people experience profound physical changes, rapid growth and development, and sexual maturation, in addition to psychological and social changes. This often leads to issues with personal identity, sense of self, and emotional independence. In an attempt to cope with the complex changes and challenges of development, youth may engage in behaviours considered to be experimental and risky. Due to this, several important public health and social problems either begin or peak during these years including homicide, suicide, substance use and abuse, sexually transmitted infections, and teen and unplanned pregnancies.

Addressing the positive development of young people can decrease these problems by facilitating their adoption of healthy behaviours and helping to ensure a healthy transition into adulthood. It helps young people to achieve their full potential as the best way to prevent them from engaging in risky behaviours.

There are many variations of this approach but important constructs included in all variations are promoting a sense of safety; providing appropriate structures; creating supportive relationships; providing opportunities to belong; providing positive social norms; giving youth responsibilities and meaningful challenges; and providing opportunities for skill building. One of the hallmarks of the positive youth development movement is that it is built on a foundation of scientific research.

In addition, youth development programs typically work through existing social organizations rather than focusing on individual counselling. For example, youth development interventions may focus on youth in families, schools, churches, sports or youth-serving organizations (e.g., 4-H, Boy/Girl Scouts, Boys and Girls Clubs of America) or work through formal mentoring or apprenticeship programs. In addition, positive youth development programs typically recognize contextual variability in youths' experience and in what is considered "healthy" or "optimal" development for youth in different settings or cultures.

Navadia D.D.

ADOLF HITLER: FROM LEADER TO DICTATOR

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of Psychology and Sociology

(scientific advisor - c.i.n. Bureiko N.M.)

Leadership is a quality which determines the ability of a person to lead a group of people in a right direction. Leader is also responsible for creating a manner in a society. Leadership is a work of great responsibility. Some of the most famous people are the example of practicing leadership in positive direction like Abraham Lincoln, Mahatma Gandhi, Nelson Mandela, Julius Caesar.

A person is not a leader by birth, the qualities and the way of influencing people makes a leader. A leader comes from a crowd with a common interest of people. A single decision made by a leader can have a great effect on a group of people sharing common notions, either in positive or in negative direction. Leader is the one who "knows the way, goes the way and shows the way" – John C Maxwell. As far as history is concerned, we would like to focus on Adolf Hitler. Although despised through the world, Adolf Hitler was one of the most famous and greatest leaders of all time. The way he created and organized the development of country, has become the role model for other leaders. This quality of attracting people by giving speech was mastered by him during his childhood. People were influenced by his way of giving speeches. The speeches would directly touch people's heart. He added such words and phrases that would directly hit the sentiments and emotions of people in his favor.

As power makes people blind, history is evident that sometimes people having powers may misuse it. The same happened with Adolf Hitler, he became no more a leader, but a dictator. He started his journey as leader but ended as a notorious dictator. There is a vast difference between dictatorship and leadership. The cruelest face of human was shown by him. Dictator is a person who makes a decision in his favor, and a leader makes a decision in favor of people, because he/she carries the same sentiments as people have.

As we see today, it is quite possible to find a leader becoming a dictator. This practice does not belong to democracy and is not accepted by people. In my opinion, a leader has to be so democratic that all the decisions made by him should comprise the interest of people and the whole nation. The leader must fulfill all his promises and duties towards the people who laid their trust on him/her. The leader is a worth leader, but the leader must not act beyond their limits. The limits crossed by Adolf Hitler caused his demise. Leaders are made by people, dictators are made by themselves.

Okoh P.P.

YOUTH ORGANIZATIONS AND THEIR ROLE IN YOUTH DEVELOPMENT: IAESTE – A CASE STUDY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Psychology and Sociology
(scientific advisor - c.i.n. Bureiko N.M.)

IAESTE – International Association for the Exchange of Students for Technical Experience – is an independent, non-political, non-profit student exchange organization. The Association was founded in January 1948 at Imperial College in London where representatives from ten European countries agreed on the initiative. It has now expanded to over 80 countries worldwide. The Association comprises General Conference, Board, General Secretary and National Committees.

The National Committees comprise member countries and are composed of people representing academic, industrial and student issues and interests. The General Secretary is elected by members to coordinate the daily administration of the association and is a member of the Board. The Board implements policies and directives approved by the General Conference. It is composed of four elected members and the General Secretary and together they initiate activities in line with the association's policy framework and are responsible for the day to day management of the association. The General Conference is the highest and most powerful arm of the organization. It is composed of one delegate from each full member country and they elect the General Secretary and the Board.

IAESTE exists to bridge the gap between people of different colour, race and regions of the world and to offer technical expertise to students before they enter the job market. This serves to better equip the youth to be able to harness their talent and also carve a niche for themselves in today's competitive world. This aim of IAESTE is achieved through the operation of a high quality training exchange program between members thereby promoting the technical and professional development of members and also deepening international understanding and solidarity amongst students, academic institutions, employers and the wider community. To achieve all these goals the association has teams like the Global Support Team which works in tandem with the National Committees to implement the strategic policies and directives given by the General Conference.

IAESTE is among numerous local and international youth organizations that are helping young people in diverse ways to harness the talents, develop and better themselves and also equip them with skills and technical expertise that is in high demand in today's competitive global village.

Іващенко М.М., Плющ П.П.

ПРАВОВА ОСНОВА ФУНКЦІОНУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Державний вищий навчальний заклад "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди", Переяслав-Хмельницький, Україна
Історичний факультет

(науковий керівник - д.іст.н. Потяпенко Я.О.)

Першим нормативно-правовим актом, що передбачив право створювати органи студентського самоврядування у вищих навчальних закладах (далі – ВНЗ) був Закон України "Про освіту" від 23 березня 1991 року, який визнавав громадське самоврядування, у тому числі і студентське (у ст. 6, 16, 17 закладено принципи, визначення та права органів самоврядування закладів освіти). У 1996 році було прийнято Положення про державний вищий заклад освіти (затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 5 вересня 1996 року), яким визначено мету, завдання, структуру органів студентського самоврядування. Незважаючи на те, що згодом з'явилось досить прогресивне Положення про студентське самоврядування у вищих навчальних закладах, затверджене Міністерством освіти і науки України від 3 квітня 2001 року, Закон України "Про вищу освіту", від 17 січня 2002 року (ст. 38 «Студентське самоврядування» та ст. 37, що визначає необхідність затвердження положення про студентське самоврядування вищим колегіальним органом громадського самоврядування вищого навчального закладу), відображає ті ж норми, які у 1996 році були передбачені у Положенні про державний вищий навчальний заклад. Слід відзначити, що незважаючи на прийняття цих документів, зокрема Закону України «Про вищу освіту», у законодавстві не було чіткої визначеності всіх аспектів діяльності органів студентського самоврядування. Загалом розвиток студентського самоврядування в Україні характеризується тривалими пошуками щодо законодавчої урегульованості діяльності цих органів. Позитивні зрушення на цьому шляху були досягнуті у 2010 р. з прийняттям нової редакції ст. 38 Закону України «Про вищу освіту», в якому було конкретизовано напрями та функції діяльності органів студентського самоврядування.

Регулювання студентського самоврядування вищого навчального закладу може визначатись і його Статутом. Однак, відсутність такого регулювання не є аргументом відносно того, що у цьому закладі не може бути створене студентське самоврядування, оскільки Закон України має вищу юридичну силу і він передбачає право на студентське самоврядування.

Студентське самоврядування у ВНЗ діє на основі Положення про студентське самоврядування, яке згідно Закону України "Про вищу освіту" ухвалюється вищим органом студентського самоврядування – загальними зборами студентів (конференцією) студентів ВНЗ.

Але все ж таки, законодавче врегулювання є недостатнім, досить суперечливим і не сприяє становленню реального студентського самоврядування. Відсутність належного законодавства перетворює студентське самоврядування на "квазіфункціонуючий", а швидше існуючий інститут без реальних повноважень, змісту, визнання, фінансування. Сьогодні у Верховній Раді України зареєстровано декілька проектів змін до Закону України "Про вищу освіту" щодо студентського самоврядування, проте законодавець залишається пасивним до визначення правового статусу і надання належної основи для функціонування студентського самоврядування в нашій державі.

Бейсюк Б.Б.

ПУБЛІЧНИЙ ВИСТУП ЯК КОМУНІКАТИВНИЙ ЗАСІБ ДОСЯГНЕННЯ УСПІХУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - к.іст.н Бурейко Н.М.)

Спілкування в кожному конкретному випадку має свій відповідний формат і призначення. У XXI столітті дедалі частіше постає одна із найпоширеніших проблем соціально-психологічного характеру – відсутність «живого» спілкування, яке у постіндустріальному суспільстві витісняється досягненнями глобалізованого світу – інформаційно-цифровими технологіями. Хоча ролі останніх применшувати не варто, однак саме «живе» спілкування є основною формою досягнення гармонійного розуміння між людьми. Метою нашого дослідження є проаналізувати особливості публічного виступу як однієї із заборук досягнення успіху, з огляду на його диференційовані етапи – підготовку, власне виступ та аналіз його ефективності та результативності.

Давньогрецький філософ Сократ одного разу сказав: «Заговори, щоб я тебе побачив». Ці слова якомога краще підтверджують актуальність пропонованого дослідження. Основна мета будь-якого оратора – зробити так, щоб його слова сформували його позитивний образ із подальшим досягненням окреслених (чи то прихованих) цілей виступу. Для цього використовується цілий набір інструментів, який допомагає доповідачу реалізувати задумане та максимально ефективно досягти успіху.

Основою будь-якого виступу є його структура. Перед початком виступу необхідно продумати кожен частину свого тексту: вступ, основну частину (у сучасній літературі – «головний меседж»), закінчення. Важливо усвідомити, що виклад матеріалу не повинен бути сухим і монотонним, це не подобається аудиторії. Успіх виступу буде залежати від вдалого поєднання у тексті виступу наступних елементів: фактичного матеріалу, теоретичного, іноді навіть і гумористичного. Особливу увагу варто приділити першим фразам свого публічного виступу, саме цей час буде найбільше сприйнятий цільовою аудиторією. На першому етапі звернення повинен прозвучати основний зміст всього тексту сказаного. Саме тому формулювання перших сказаних речень повинно бути одним із пріоритетів виступу. Для вдалого початку можна використати цитати, які будуть стосуватися теми та зможуть підкреслити наголос і вміло розставити акценти всього виступу. Варто використовувати тільки ті цитати, які належать відомим людям, яскраві й образні, або ж такі, що напевно знайдуть відгук саме у тої аудиторії, на яку розрахований виступ (Дж. Х'юмс, 2012). Треба також бути готовим до часткового корегування змісту виступу в разі гострої необхідності, реагувати на аудиторію та відчувати її настрій.

Отже, публічний виступ є одним із важливих інструментів у житті людини, який допомагає виходити на нові горизонти. Ідеальний публічний виступ є постійним зразком, до якого потрібно йти власним шляхом, клопіткою працею, самовдосконаленням і нарощуванням досвіду. Цілком очевидно, що публічна промова має багато складників, кожен з яких є важливим і необхідним. Людина, яка поєднує всі частини вдалого виступу, стає блискучим оратором та лідером, здатною впливати на широкий загал.

Віннічук Р.А.

РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У РОЗВИТКУ ФІЗКУЛЬТУРИ І СПОРТУ В БУКОВИНСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - викл. Куліш Н.М.)

Розвиток фізкультури та спорту у вищих навчальних закладах – це запорука здоров'я його студентів та повноцінна реалізація в майбутній професійній діяльності. Одним з головних завдань у цьому напрямку є залучення студентів до масового спорту та участі у різноманітних спортивно-масових і оздоровчих заходах. Саме на вирішення таких завдань спрямована співпраця законодавчих та виконавчих органів студентського самоврядування і спортивного клубу Буковинського державного медичного університету (БДМУ). Студентська рада (виконавчий орган БДМУ) активно долучається до діяльності спортивного клубу університету на всіх етапах його роботи, зокрема планування всіх заходів проводиться на спільних засіданнях спортивного клубу та спортивно-оздоровчої комісії Студентської ради. Кожного навчального року в студентських групах обираються відповідальні за проведення спортивно-оздоровчої роботи, з яких згодом формується спортивний актив курсів та факультетів, а також спортивно-оздоровчої комісії Студентської ради. Таким чином утворюється стійка взаємодія між студентським самоврядуванням та тренерським складом спортивного клубу з числа викладацького складу. Члени комісії входять до складу оргкомітетів всіх спортивно-масових заходів, які проводяться впродовж навчального року.

На засіданнях Студентської ради систематично заслуховуються питання щодо популяризації фізкультури і спорту в студентському середовищі, а також надається інформація про діяльність секцій спортивного клубу БДМУ. Активісти студентського самоврядування беруть участь в організації та проведенні спортивних змагань між групами, переможці цих змагань формують команди курсів та збірні команди університету, які представляють університет на різноманітних змаганнях. Також з ініціативи студентського самоврядування організовуються змагання у студентських гуртожитках. Залучення великої кількості студентів-медиків до участі у спортивних змаганнях та створення конкуренції мотивує учасників до вищих спортивних досягнень та формує установку на здоровий спосіб життя. Співпраця зі студентською радою в організації спортивних заходів покращує роботу спортивного клубу університету, розвиває у студентів організаторські та спортивні здібності.

Герус О.І.

АНАЛІЗ СВІТОВОГО ДОСВІДУ ФІНАНСУВАННЯ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Національний університет водного господарства та природокористування, Рівне, Україна
облік і аудит

(науковий керівник - викл. Зінкевич О.В.)

Українська держава, ставши на шлях наближення до європейських цінностей, приєднавшись до Болонського процесу, демократизуючи вищу школу задекларувала сприяння та підтримку студентського самоврядування. У ньому вбачається один із шляхів розбудови громадянського суспільства.

Для виявлення недоліків, помилок та ефективного їх вирішення у діяльності студентського самоврядування України, пропонуємо проаналізувати досвід європейських країн у сфері студентського самоврядування.

Взагалі, відмінності українського студентського самоврядування та європейського є досить значними, тому ми зупинимось на такому важливому аспекті як фінансування ОСС, з яким в Україні проблемно.

В Румунії немає стандартної схеми фінансування студентського самоврядування. За законом ОСС повинні фінансуватися університетами, і є багато випадків успішної співпраці студентів та адміністрації, коли університет повністю підтримує студентську організацію, забезпечуючи приміщення, адміністративні кошти, відрядження, оплату телефонних переговорів, витрати на утримання офісу.

Німеччина має федеральну державну систему, кожен із 16 штатів має свою освітню політику і відповідає за імплементацію болонських приписів та створення демократичних умов для функціонування органів студентського самоврядування на своїй території. Оскільки існування органів студентського самоврядування у більшості штатів передбачено законом, їм дозволено отримувати фінансування від студентів, яких вони представляють.

Суттєвою особливістю органів студентського самоврядування в Польщі є їх потужна матеріальна база і фінансово-правова незалежність від адміністрації навчального закладу. Річний бюджет органів студентського самоврядування, наприклад, Варшавського університету становить близько 200 тисяч доларів на рік.

Отже, проаналізувавши вище згадане можна дійти висновку, що найбільша проблема студентського самоврядування України - це брак прийнятної законодавчої бази. До того ж гостро постає питання невизначеного юридичного статусу органів студентського самоврядування (ОСС), що не дає права вступати в цивільні відносини. Важлива для незалежності органів проблема - відсутність достатніх фінансових можливостей для реалізації завдань та виконання власних функцій. Таким чином, на відміну від іноземних "колег", українські органи студентського самоврядування найчастіше стають фінансово залежними від адміністрації ВНЗ, або ж від місцевої влади. Але ж погодьтеся, фінансова незалежність - це запорука свободи та самостійності дій. Проте, щоб якнайшвидше та результативніше вирішити ці питання, потрібно особливу увагу звернути на досвід ОСС європейських країн. І використовувати його таким шляхом, щоб залучати представників органів студентського самоврядування до міжнародних конференцій та програмах обміну, які присвячені вирішенню наявних проблем студентського самоврядування, дослідити більш детально досвід у організації діяльності студентського самоврядування, зокрема його фінансування.

Говорнян С.Л.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

З розвитком сучасних технологій відкриваються нові горизонти у використанні та інтеграції ІКТ в діяльності органів студентського самоврядування, підвищує ефективність роботи виконавчих органів студентського самоврядування.

Наразі найбільше веб-сайтів органів студентського самоврядування мають формат інформаційних сторінок з одностороннім зв'язком. Створення і впровадження форумів та персональних блогів дасть змогу двостороннього контакту зі студентами. Проведення онлайн-опитувань, обговорення нагальних питань студентського життя покращить впровадження інноваційних змін з метою забезпечення комфортних умов в процесі навчання у ВНЗ, а також забезпечить інформаційно-аналітичний розвиток органів студентського самоврядування. Підвищення інформаційно-правового багажу студентів можна реалізувати за допомогою створення та підтримки розділів "питання-відповідь" на сайті студентського самоврядування – це дасть можливість студентам швидко отримувати довідку про свої права та обов'язки, що є основною метою діяльності студентського самоврядування. Створення відео-журналу на сайті студентського самоврядування забезпечить умови надання інформації студентам останніх новин та подій. Онлайн-трансляції та записи засідань виконавчих органів студентського самоврядування забезпечать відповідальність їхніх членів та розуміння кожного студента про роль і значення законодавчих та виконавчих органів студентського самоврядування і таким чином збільшить кількість студентів-активістів.

Перспективним є впровадження програмного забезпечення онлайн-офісу "Feng Office" – це дасть змогу членам студентської ради більш злагоджено та оптимально виконувати свої обов'язки завдяки сервісам персонального інформаційного менеджера та Groupware.

Сьогодні найбільш популярними з поміж студентів є комунікація в соціальних мережах. Важко уявити сьогодення студента без них, тому впровадження соціальних груп та акаунтів в мережах "В контакте", "Facebook", "Twitter" дасть змогу не тільки збільшувати розмір учасників, а також інформувати студентів новинами та оголошеннями, проводити моніторинг інтересів та потреб сучасного студентства.

Висновки. Отже, впровадження ІКТ у діяльність органів студентського самоврядування дасть можливість не тільки реалізувати захист прав і інтересів осіб, які навчаються у вищому навчальному закладі, а й максимально забезпечить включення всіх студентів в систему органів студентського самоврядування.

Жебчук Р.Л.

ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА МОЛОДІЖНИХ НАУКОВИХ ТОВАРИСТВ

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, Чернівці, Україна
фінанси та кредит

(науковий керівник - асп. Жебчук Р.Л.)

Розглядаючи будь-яку сферу життя суспільства бачимо, що відносини, які виникають між суб'єктами обов'язково повинні відбуватись в чітко окреслених межах. Адже саме заздалегідь відомі «правила гри» є основою для ефективної взаємодії та подальшого взаємного розвитку членів суспільства. Водночас, саме існування чітких норм робить можливим існування відповідальності за їх порушення.

Ведучи мову про відносини, які виникають між ВНЗ і молодіжними (студентськими) науковими та самоврядними об'єднаннями варто зазначити, що дану сферу відносин частково регулюють закони України «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про наукову і науково-технічну діяльність» також статутні документи ВНЗ та положення про орган студентського самоврядування (далі - ОСС). Так, в ст. 38 ЗУ «Про вищу освіту» зазначається, що «у вищих навчальних закладах та їх структурних підрозділах діє студентське самоврядування, яке є невід'ємною частиною громадського самоврядування відповідних навчальних закладів.» Фактично ця норма (ст.38) є єдиною законодавчою підставою для функціонування ОСС. Водночас, загальновідомо, що закон потребує існування механізму його впровадження в життя. Зазвичай дане реалізується за рахунок системи підзаконних актів, створення яких є надзвичайно необхідним сьогодні для подальшого розвитку ОСС. Адже без них стає майже не реальною реалізація норм закону, зокрема, забезпечення участі ОСС в управлінні ВНЗ, створення належної матеріально-технічної бази для діяльності, фінансування заходів, що організовуються ОСС.

Водночас, хочемо звернути увагу на те ще сьогодні в нашій державі існує проблема законодавчого забезпечення діяльності молодіжних наукових товариств. Фактично відсутні законодавчі акти, які б визначали місце наукових товариств молоді в системі вищої освіти. Результатом цього стає відсутність системності та послідовності в підготовці наукової еліти країни. Адже сьогодні ми маємо наукову діяльність школярів (МАН) та «дорослу» науку (НАН), а ланку, яка має поєднувати зазначені складові системи наукової підготовки на сьогодні законодавцем обділено увагою.

У зв'язку з цим, в умовах переазавантаження всіх систем суспільних відносин в країні вважаємо за необхідне створення законодавчих актів по забезпеченню діяльності студентського самоврядування та молодіжних наукових товариств. Створення механізмів імплементації законодавчих норм в практику діяльності системи освіти нашої держави та подальшого удосконалення вже існуючих нормативно-правових актів з урахуванням позиції студіюючої молоді.

Закрутько А.О.

ВОЛОНТЕРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра суспільних наук та українознавства

(науковий керівник - к.філ.н. Шутак Л.Б.)

Волонтерська діяльність – це надання допомоги тим, хто перебуває в складних життєвих обставинах; це взаємодія між людьми для спільного вироблення нових шляхів подолання труднощів, що виникають внаслідок проблем сімейного чи соціального характеру. Волонтерами стають лише небайдужі люди, здатні співпереживати, допомагати у скрутній ситуації, прийти на допомогу в будь-який час, окрім цього, волонтерський рух – це можливість навчання та розвитку впродовж життя.

Волонтерський рух виник у 1859 році. В Україні волонтерство з'явилося на початку 90-х років ХХ століття, а офіційно його визнано Постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 2003 року, якою також затверджено «Положення про волонтерську діяльність у сфері надання соціальних послуг».

Розвиток волонтерського руху та волонтерська діяльність – одна з важливих ланок виховної роботи сучасного навчального закладу. В Україні існує давня традиція суспільної праці, взаємодопомоги, піклування про ближнього тощо.

Студенти та викладачі Буковинського державного медичного університету – небайдужі люди, саме тому організують та беруть активну участь у великій кількості благодійних акцій, приурочених до вшанування пам'ятних дат, святкування державних та релігійних свят.

Кожного року проводяться благодійні акції до дня Св. Миколая. Студенти з кураторами відвідують дітей у дитячих будинках, щоб дати їм трохи тепла, любові й ласки, яких їм так бракує. Напередодні дня інвалідів студенти-волонтери відвідують будинки престарілих та геріатричні пансіонати. Нерідко студенти-волонтери організують збір коштів на потреби важко хворих чи тих, кому вкрай необхідна допомога.

Вважаємо, що волонтерський рух – це діяльність, що дуже нагадує роботу лікаря, адже й у справжнього волонтера, й у лікаря головним життєвим кредо є слова: негайно прийди на допомогу тому, хто її потребує.

Закутній Т.О.

ОСОБОЛИВОСТІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ (НА ПРИКЛАДІ БДМУ)

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Осипенко В.А.)

Студентське самоврядування – це сфера діяльності молоді, де формуються активна життєва позиція та практичний досвід, що є неocenними в майбутній професійній сфері. Система студентського самоврядування в БДМУ почала формуватися одразу після проголошення незалежності України. Студентський деканат - виконавчий орган студентського самоврядування в Чернівецькому медичному інституті. У 90-х роках у Чернівецькому медичному інституті студентська профспілка організувала поселення в гуртожитки, побут та дозвілля студентів, студентський деканат займався організацією навчання та різноманітними формами позааудиторної діяльності студентів та суспільно-корисної праці. Студентський деканат організував роботу старост курсів та груп, допомагав адаптуватися до роботи в нових соціально-економічних та політичних умовах, що згодом дозволило їм успішно працювати в системі виконавчих органів студентського самоврядування.

23 березня 1991р. був прийнятий Закон України "Про освіту" (зі змінами від 19.01.2010р.), де закладено визначення органів та прав студентського самоврядування, Положення про державний вищий заклад освіти від 5 вересня 1996р., Типове положення про органи студентського самоврядування від 3 квітня 2001р., Закон України "Про вищу освіту" від 17 січня 2002р. і наказ Міністерства науки і освіти України „Про затвердження положення про студентське самоврядування у вищих навчальних закладах”, Положення про студентське самоврядування в БДМУ (2000р. із подальшим внесенням змін та доповнень).

Попри зазначену нормативно-правову базу, більше ніж за 20 років існування, студентське самоврядування так і не змогло досягти значного рівня розвитку, необхідного для повноцінної участі студентів у процесах управління вищою освітою.

Одним з основних системних недоліків розвитку студентського самоврядування в Україні є відсутність з боку суб'єктів освітніх відносин стратегічного бачення розвитку студентського самоврядування. Саме ця невизначеність викликає майже всі інші проблеми студентського самоврядування.

Україна приєдналася до Болонського процесу, і це означає, що всі принципи Болонського процесу є обов'язковими і для України. Згідно з Паризьким ком'юніке, студентство – партнер в управлінні вищою освітою. На зустрічі міністрів освіти в Празі було зазначено: «...що залучення студентів як компетентних, активних і конструктивних партнерів у створенні і формуванні Європейського простору вищої освіти потрібне і бажане. ...що студенти повинні брати участь і впливати на організацію і зміст освіти в університетах та інших вищих навчальних закладах».

В Україні вперше запропоновано Стратегію розвитку органів студентського самоврядування ВНЗ України на 2011-2021 рр., яка має на меті об'єднати зусилля активістів органів студентського самоврядування, активістів громадських організацій та представників органів державної влади для того, щоб до 2021 року побудувати ефективно діючу систему органів студентського самоврядування всіх рівнів.

Затурець О.О.

ОСОБИСТІСНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО ЛІДЕРА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Осипенко В.А.)

В процесі професійної підготовки студента — майбутнього лікаря - спеціаліста формуються певні професійно важливі якості, що визначають рівень прояву ключових особистісних характеристик, серед яких чільне місце займає комунікативна компетентність. Значний внесок в розвиток теорії комунікації внесли сучасні психологи (О.О.Бодалев, Б.Д.Паригін, В.І.Панфьоров, А.А.Реан, та ін.), а також зарубіжні вчені (М.Аргайл, Дж.Боулбі, Дж.Брунер, М.Хофман та ін.).

Для успішної реалізації лідер студентського середовища повинен обов'язково володіти комунікативною компетентністю. Комунікативна компетентність – це не просто навички застосування мовних і немовних засобів у конкретному контексті та ситуації спілкування, вміння ефективно впливати на співбесідника, а й уявлення про діяльну мету свого мовлення, усвідомлення комунікативного сенсу спілкування, інтелектуальна готовність до прийняття мотивованого рішення про закінчення висловлювання.

Метою дослідження є обґрунтування необхідності комунікативної компетентності студентського лідера та визначення сфер використання цієї компетентності при роботі зі студентами та адміністрацією навчального закладу.

Під професійною компетентністю студентського лідера розуміють особистісні можливості, які дозволяють йому самостійно й ефективно реалізувати необхідні завдання ОСС. Комунікативна компетентність особистості розкривається у відношенні до людей, до самого себе, особливостей взаємостосунків між людьми, вмінні контролювати та регулювати свою поведінку, доводити, грамотно аргументувати свою позицію і проявляється у вмінні моделювати особистість співрозмовника, домагатися реалізації комунікативної, тобто продуктивно виходити із конфліктної ситуації.

В більшості ситуацій знаходять застосування п'ять основних груп комунікативних вмінь: а) візуально і фізично чуйна поведінка, чутливість слухача до повідомлень співрозмовника і конгруентність вираження певної реакції; б) вміння спонукати інших повідомляти інформацію, що в свою чергу включає використання мовчання, мінімальне підбадьорювання і випитування; в) вміння повідомляти інформацію — саморозкриття, зворотній зв'язок і формулювання висновків; г) вміння використовувати комунікацію для зміни поведінки інших осіб — оцінка, вимога і порада; д) вміння, пов'язані з вирішенням спільних проблем — прийом комунікації і вирішення проблем для знаходження прийнятних рішень.

Необхідність підвищення комунікативної компетентності студентів, за допомогою формування у них індивідуально-психологічних та особистісних якостей у тренінгу, сприяє покращенню соціально-психологічного клімату в студентському середовищі і дозволяє використовувати набуті навички для лікарської професії в майбутньому. Перспективними напрямками подальших наукових досліджень можуть стати моніторинг розвитку комунікативної компетентності студентів-медиків (носіїв лідерських якостей) та її удосконалення в процесі професійної адаптації випускників.

Йосипенко В.Р.

Я-КОНЦЕПЦІЯ ПОЛІТИЧНОГО ЛІДЕРА (НА ПРИКЛАДІ ТОНІ БЛЕРА)

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Тодоріко А.Д.)

Актуальність досліджуваної роботи зумовлена тим, що на становлення особистості як лідера впливають різні зовнішні і внутрішні фактори.

Метою дослідження є з'ясування впливу фізичних, психологічних чинників на становлення та розвиток політичної кар'єри політичного лідера на прикладі Тоні Блера.

Дослідженням даної теми займалися такі вчені З.Фрейд, А. Адлер, Г.Аласуеел, А.Джордж. Політичний лідер в будь-якій ситуації з деякими виключеннями веде себе у відповідності до власної поведінкової Я- концепції. Поведінка якого залежить від того з ким і як він себе позиціонує, як лідер себе порівнює, у взаємодії з оточенням. Тобто Я- концепція політичного лідера – це пізнання людини тим, ким вона є в суспільстві. Існує декілька аспектів Я – концепції: Я-фізичне, Я-сексуальне, Я-сімейне, Я-соціальне, Я-психологічне, Я-конфліктне.

Фізичне Я – це уявлення політичного лідера про свій стан здоров'я, фізичної сили і слабкості. Політичний лідер повинен бути здоровим, щоб це не перешкоджало його діяльності. Сексуальне Я – це уявлення політика, про свої претензії і можливості в цій сфері. Вчені відмічають, що президентом сучасної демократичної держави не може стати людина нетрадиційної орієнтації. Перш за все ці нахили закрили б йому шлях до великої політики не залежачи від його лідерських якостей. Сімейне Я - є дуже важливим аспектом особистості політика. Сім'я в якій виховується та розвивається людина і являється точкою відліку становлення політичного лідера. Деякі особистості долають свої дитячі травми і конфлікти, а інші - ні, і стають лідерами переносять фрустрації свого дитинства на своє оточення в країні і світі. Соціальне Я – це поведінка лідера в суспільстві, те наскільки він та його думки є незалежними чи піддається він впливу оточення. Психологічне Я - являє собою внутрішній світ, мрії, бажання, страхи політичного лідера. Конфліктне Я – уявлення політичного лідера в своїх можливостях до подолання конфліктів, пошуку нових рішень для виходу з ситуації. Лідер повинен бути наділений достатнім рівнем знань та інтелекту, щоб зрозуміти проблему, самовпевнений при прийнятті політичних рішень, щоб передати цю впевненість іншим і вийти з конфліктної ситуації.

Таким чином, досліджуючи аспекти Я - концепції політичного лідера, встановлюється тип політичного лідера, сутнісні ознаки, вплив внутрішніх та зовнішніх факторів на соціальну та персональну картину його становлення, взаємовідносини лідера та його оточення, реалізація його інтересів при прийнятті політичних рішень та основні мотиви «стати» політичним лідером.

Мислицька Г.О.

УЧАСТЬ У МІЖНАРОДНИХ ПРОЕКТАХ У СИСТЕМІ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Наука не стоїть на місці, з кожним роком у світі збільшується кількість інформації, яка потребує вивчення з метою використання в різних сферах нашого життя. Але, якщо поширення інформації в сучасному світі не є проблемою, то оволодіння студентами нових навичок в сучасних умовах, потребує якісних умов їх формування та практичного застосування. Саме тому в Європі та інших країнах світу започатковані міжнародні проекти з академічного обміну студентами, які спрямовані на засвоєння інноваційних та інформаційних технологій, що в свою чергу дає можливість студентам досконало оволодіти практичними навичками майбутнього фаху та обміняти досвідом.

Студентське самоврядування є своєрідним лакмусовим папірцем для визначення того, чи є молодь споживачем, чи навпаки активним учасником суспільного життя. Студентське самоврядування є соціальною моделлю, де основним принципом є різноманітність форм взаємодії об'єктів та суб'єктів навчально-виховного процесу, метою яких є підготовка до самостійної діяльності з урахуванням потреб та вимог учасників процесу. Маючи такий різносторонній вплив на свідомість молоді, студентське самоврядування має можливість поширювати інформацію та залучати студентів до різноманітних міжнародних проектів. Безперечно такий обмін досвідом між студентами різних країн піднімає престиж ВНЗ та дає змогу майбутнім спеціалістам самовдосконалюватися, як в професійному так і в особистому плані.

Можливість внесення нових ідей, набуття досвіду та започаткування нових традицій, запозичених у інших навчальних закладів і сформовані учасниками міжнародних програм, в подальшому зіграють вирішальну роль у розвитку студентського самоврядування, зокрема міжнародної діяльності. У зв'язку з цим основне завдання виконавчих органів студентського самоврядування є забезпечення найвищого рівня поінформованості студентів щодо участі в міжнародних проектах.

Відповідно до опитування студентів ми прийшли до висновку, що вони знають про існування міжнародних проектів, але більшості не сформована мотивація для участі в них, або не володіють достатньою інформацією.

Висновки. Отже, недостатня поінформованість з боку виконавчих органів студентського самоврядування, невпевненість у своїх можливостях та відсутність мотивації у студентів стримують потенційно активну молодь і не дають можливості для подальшої самореалізації.

Мосійчук В.П.

З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В БУКОВИНСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Студентське самоврядування – сфера діяльності молоді, де формується активна життєва позиція та практичний досвід, що є неоціненними в майбутній професійній сфері. В структурі студентського самоврядування формується майбутня еліта української нації. І хоча студентське самоврядування в Україні починає свій розвиток з кінця 90-х років, його вплив на становлення демократичних традицій та політичної культури, є суттєвим в Україні.

Система студентського самоврядування в БДМУ формується відразу після проголошення незалежності України. Студентський деканат (СД) – назва виконавчого органу студентського самоврядування в тоді ще Чернівецькому медичному інституті. На відміну від тодішніх вищих навчальних закладів, де студентська профспілка була своєрідним негативним зразком радянського минулого, в Чернівецькому медичному інституті саме профспілки зіграли вирішальну роль у формуванні і становленні студентського самоврядування. У 90-х роках у ЧМІ студентська профспілка організувала поселення в гуртожитки, побут та дозвілля студентів. СД займався організацією навчання та різноманітними формами позааудиторної діяльності студентів та суспільно-корисної праці. Саме в цей період СД організує роботу старост курсів та груп, адаптує їх до роботи в нових соціально-економічних та політичних умовах, що згодом дозволяє їм успішно працювати в системі виконавчих органах студентського самоврядування. Студентами активістами студентського самоврядування та профспілок вперше в історії студентського молодіжного руху організовано проведення республіканських фестивалів студентської пісні. З ініціативи СД вперше в академії проведенні змагання з надання першої медичної допомоги. Команда БДМА у 1999 році брала участь у Європейському чемпіонаті з першої допомоги під егідою Червоного Хреста у м. Венеція (Італія). Згодом студенти БДМА були першими організаторами Студентської республіки на теренах Буковини (2000р.).

Саме в цей період виникає ідея створення першої студентської газети «Гіппократик», в якій символічно втілено концепцію «дітей» Гіппократа.

З організацією нових факультетів та спеціальностей реорганізовано виконавчі органи студентського самоврядування – Студентський деканат в Студентську раду, на факультетах створені студентські деканати.

Студентські активісти університету брали активну участь у створенні Чернівецького міського студентського парламенту та Студентського Парламенту Буковини і були їхніми першими керівниками, а також активно пропагували поширення досвіду з розвитку студентського самоврядування не тільки в м. Чернівцях, але й Україні.

Завдяки студентським ініціативам різних років визначилися нові напрямки розвитку студентського самоврядування: інформаційно-правова робота, міжнародні зв'язки, нові форми спортивно-масової роботи, активно проводяться різноманітні акції «Милосердя».

Островська Н.А.

СТУДЕНТСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЯК ОДИН З ЕЛЕМЕНТІВ РОЗВИТКУ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського, Кременец, Україна

Циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки

(науковий керівник - к.мед.н. Мазур П.Є.)

Студентське самоврядування є важливим фактором розвитку суспільства, виявлення потенційних лідерів, вироблення у них навичок управлінської та організаторської роботи з колективом, формування майбутньої еліти нації.

З метою забезпечення виконання студентами своїх обов'язків та захисту їх прав, сприяння гармонійному розвитку особистості студента, формуванню у нього навичок майбутнього організатора, керівника у вищих закладах освіти функціонує студентське самоврядування.

Основні завдання органів студентського самоврядування Кременецького медичного училища імені Арсена Річинського:

- забезпечення і захист прав та інтересів студентів;
- забезпечення виконання студентами своїх обов'язків;
- сприяння навчальній, науковій та творчій діяльності студентів;
- створення необхідних умов для проживання і відпочинку студентів, різноманітних студентських гуртків, товариств, об'єднань, клубів за інтересами;
- сприяння проведенню серед студентів соціологічних досліджень;
- організація співробітництва із студентами інших вищих закладів освіти і молодіжними організаціями;
- участь у вирішенні питань міжнародного обміну студентами;
- сприяння працевлаштуванню випускників.

Студентське самоврядування необхідне студентству, тому що це – практична школа для тих, хто бажає спробувати себе у ролі керівника, адміністратора, лідера. Організація студентського самоврядування – це можливість реалізовувати суспільно значущі проекти, що підуть на користь усій студентській громаді. Його можна сміливо назвати однією з перших сходинок до громадянського суспільства, коли громада висуває своїх лідерів та вчиться контролювати їхні дії.

Студентське самоврядування є важливим фактором розвитку і модернізації суспільства, виявлення потенційних лідерів, вироблення у них навичок управлінської та організаторської роботи з колективом, формування майбутньої еліти нації.

Пальчикова Я.О.

ОСОБИСТІТЬ У СИСТЕМІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Розглядаючи феномен студентського самоврядування як систему “внутрішніх” та “зовнішніх” відносин, ми завжди повертаємося до питань ефективності студентського самоврядування як цілісного організму управління, а також скеровуємо увагу на роль кожного окремого суб’єкта у підвищенні цієї ефективності.

Людина, як істота соціальна, потрапляючи у середовище з певною моделлю взаємовідносин, намагається відповідно до внутрішніх інтенцій зайняти місце у цій системі, набути відповідного статусу. Від сили цих інтенцій та їхньої природи залежить рівень зусиль, які суб’єкт докладе задля досягнення цієї мети.

Система, що продукує критерії оцінок і нормативних потреб, врешті зіштовхується з проблемою: з’являється категорія суб’єктів, що під ці норми не потрапляють. Найпростішим виходом з такої ситуації є своєчасна елімінація “небажаного” контингенту. Цим послуговувалися століттями – достатньо пригадати кілька форсованих “чаювань” інтелігенції в умовах Крайньої Півночі. Такий метод у сучасних умовах виявляється недоцільним, а його застосування вказує на незрілість системи та її нездатність оперувати власним потенціалом.

Сучасна теорія управління все більше опирається не на систему в цілому, а на окремого індивіда. Саме тому виникла стійка інтеграція знань, що досліджують поведінку людини у царину принципів керування. Найуживанішими у сфері управління є теорії головних психологічних шкіл: психоаналізу, біхевіоризму, гуманістичної психології.

В управлінні проблема мотивів, стимулів і людських потреб вперше була порушена Адамом Смітом, який вважав, що людьми керують егоїстичні мотиви. Також це питання досліджував Фредерік-Вінслоу Тейлор, який стверджував, що робітниками керують тільки інстинкти задоволення фізіологічних потреб, тому щодо них можна використовувати елементарні стимули.

Проте, вивчення проблеми особистості та її ефективності переважно в межах психології, не впливало на управлінську практику. Ситуація почала змінюватися в 30-ті роки ХХ ст. у США разом із виникненням гуманістичної теорії управління. Принципи застосування мотивації як стимулу суб’єктів виокремили англійські вчені М. Вудкок та Д. Френсіс. Вони стали визначальними для всіх систем управління, що очікують високої активності від своїх членів. Ці ж положення є доцільними і в організації студентського самоврядування, оскільки вони позитивно впливають на ефективність кожного залученого студента, реалізують наявний потенціал, заохочують інших студентів до діяльності. Тому слід виокремити ці напрямки: 1. сприятливі умови, 2. винагорода (не фінансова), 3. почуття безпеки пов’язане з діяльністю, з визнанням, повагою оточення, належністю до групи, 4. особистісний розвиток і ріст, 5. розвинутий зворотний зв’язок між елементами органів студентського самоврядування, 6. виконання цікавих та достатньо складних завдань.

Паранюк Ю.Д.

РОЛЬ ВОЛОНТЕРСТВА У ФОРМУВАННІ СОЦІАЛЬНОЇ СВІДОМОСТІ СТУДЕНТІВ

Чернівецький медичний коледж, Чернівці, Україна

навчально-виховна робота

(науковий керівник - к.філ.н. Стрижаковська О.С.)

Всі, хто обрав професію медичного працівника впродовж всієї діяльності обов’язково присвятить частинку себе волонтерському руху, хоча б в одному з його багатогранних проявів. Палітра прояву волонтерського духу починається, перш за все, з милосердя, з духовних якостей кожної людини, особистості, оскільки постійно необхідно бути готовим не на словах, а на ділі допомогти тим, хто цього потребує. У доповіді розглядаються основні положення волонтерського руху, його напрямки та значення волонтерства у соціумі. Робиться акцент на виховання молоді майбутнього. Робота студентського парламенту коледжу розвивається у двох напрямках, основним з яких є волонтерський рух, адже сьогодні як ніколи, волонтерство є нагальною потребою кожного молодіжного осередку. В доповіді презентуються основні напрямки цього важливого аспекту та конкретні дії студентського парламенту:

Майбутні медики, які з самого початку свого навчання сприяють розвитку волонтерства у Чернівецькому медичному коледжі завжди відчувають плече допомоги та розуміння з боку адміністрації та викладацького складу коледжу.

- започаткування джерела ініціатив щодо проведення низки благодійних заходів;
- проведення просвітницької роботи;
- донорська активність;
- співпраця з благодійними організаціями міста та області (благодійним фондом „Майбутнє України”, міським товариством інвалідів, регіональним центром професійної реабілітації інвалідів тощо);
- адресна матеріальна допомога;
- відвідування геріатричних пансіонатів області.

Квітесенцією доповіді є те, що робота у даному напрямку сприяє розвитку і збереженню честі та гідності у людських стосунках, вчинках і в професії.

Рибарчук А.В.

ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ В СИСТЕМІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Ефективність розбудови суверенної, демократичної, соціальної і правової держави прямо пропорційно залежить від рівня громадянської зрілості та свідомості студентської молоді. Сучасна система освіти України направлена на створення необхідних умов для самореалізації особистості студентів, формування у них організаторських навичок, лідерських якостей, відповідальності за результат своєї праці.

Ефективний лідер – це не одинока зірка, яка випромінює яскраве світло і по-царському дарує його людям. Справжні лідери усвідомлюють себе об'єктами управління: лідерство – процес двох векторний, це вплив взаємовідносин у процесі взаємодії, що ґрунтуються на особистісних характеристиках, де простежується факт домінування і підкорення. Нині студентському самоврядуванню на засадах лідерства відводиться провідна роль у вирішенні цілої низки завдань, а саме: соціалізації студентської молоді, формування в неї активної громадянської позиції, організаторських навичок і професійних компетенцій. При цьому найбільш ефективним шляхом формування лідерських якостей у системі студентського самоврядування є Школа лідерів, що функціонує при виконавчих органах студентського самоврядування, своєю чергою це дає можливість сформувати конкурентно спроможних лідерів в процесі проведення виборів до студентського самоврядування, а також отримати навички певного виду діяльності, наприклад прес-секретаря, фінансового менеджера, організатора, адміністратора заходів тощо.

Отже, підкреслюючи значення лідерства в системі студентського самоврядування можна виділити наступні аспекти: студентське самоврядування формує лідерів українського суспільства, формує еліту нації; самоврядування дає змогу студенту, як і кожному громадянину, бути почутим, участь у органах студентського самоврядування дає молодій людині відчуття того, що вона є громадянином Української держави, створює можливості реалізувати себе як обдаровану і талановиту особистість. Участь у роботі студентського самоврядування дає можливість сформувати організаторські вміння та навички, привчає молодого громадянина Української держави відповідально виконувати свої обов'язки та покладені на нього завдання.

Романюк І.Г.

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА РОЗВИТОК ВОЛОНТЕРСЬКОГО РУХУ В УКРАЇНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Сучасний європейський соціум, зважаючи на темп життя, який постійно прискорюється, створив умови відособленості людини, ізоляції від навколишнього світу. На цьому тлі утворився добровільний рух людей як альтернативний спосіб взаємодії з реальністю – волонтерський.

Волонтерство – це особливий погляд на життя, світогляд, який ввібрав в себе все найцінніше, створене філософами, видатними громадськими діячами, представниками духовенства за останні кілька століть. Існує припущення, що волонтерський рух виник на Заході, а першими волонтерами були самаритяни, які приходили на допомогу всім стражденим. В історії волонтерського руху 1859 – рік народження волонтерства як суспільного руху, коли почали створюватися перші волонтерські організації. Осіб, які працювали у цій сфері, називали громадськими діячами, альтруїстами, добровольцями тощо. Але часи змінювалися, змінювалася і назва, тож зараз таких людей ми називаємо волонтерами (волонтер (от лат. voluntarius - добровільно).

Таким чином, волонтери – це люди, які працюють на добровільних засадах у сиротинцях, притулках, школах-інтернатах і будинках для літніх людей, вони доглядають хворих та допомагають старшим людям. Варто зазначити, що волонтерство - це не справа виключно молоді, цим займаються люди будь-якого віку, різних професій та прошарків суспільства.

Волонтерство може бути корисним досвідом для студента, для набуття певних навичок майбутньої професійної діяльності, найчисельнішою групою волонтерів, які працюють у соціальній сфері, є учнівська та студентська молодь. Участь молодих людей у волонтерському русі дає їм змогу зробити особистий внесок у розв'язання соціальних проблем, випробувати свої можливості, беручи участь у проектах і програмах соціальної спрямованості. До прикладу, Ельський університет (Нью-Хейвен, Англія) пропонує студентам безліч можливостей займатися добровільно роботою з надання сервісних послуг в місті. Багато студентів Еля під час навчання і літніх канікул, стають волонтерами і працюють за кордоном, а також студенти мають можливість працювати волонтерами Ель-Нью-Хейвен лікарні, яка має довгу історію співпраці із Ельським університетом. В самому університеті створені волонтерські програми для студентів-волонтерів відповідно до сфери діяльності. Оксфордські волонтери допомагають людям в різних країнах Європи, в тому числі і в Україні. За підтримки програми «Волонтери ООН в Україні», створене Українське товариство університету Оксфорд. Програма також сприяє розвитку молодіжного лідерства, налагодженню міжнародного партнерства.

Висновки: Отже, саме участь у волонтерському русі дає можливість молодим людям бути самодостатніми, відчувати себе причетними до участі в державних справах та благодійності. На основі проведеного анкетування, яке було здійснено між студентами, можна побачити необізнаність та відсутність волонтерських навичок, низьку залученість студентів та громадян України до благодійної діяльності, що пояснюється несформованістю культури доброчинності в суспільстві.

Рябокін А.Г.

СТУДЕНТСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ЯКОСТЕЙ ЛІДЕРА

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра суспільних дисциплін

(науковий керівник - викл. Сидоренко С.В.)

Питання самоврядування вузівської молоді нині як ніколи актуальне, саме тому останнім часом так багато уваги приділяється студентському самоврядуванню. Функції самоврядування різноманітні: це соціальний захист молоді, прагнення студентів до самореалізації, самовираження, а також розвиток їх комунікативних, організаційних потреб, прагнення бути в контакті з суспільством. Раціонально організоване студентське самоврядування, де, не застосовуючи психологічного тиску на особистість з метою формування її для виконання певної соціальної ролі, забезпечується спрямована соціалізація студентів під час навчання у вищому навчальному закладі. Сьогодні склались протиріччя між суспільною потребою в розвитку студентського самоврядування, потребою самих студентів і реальним станом та його впливом на ідеї та ідеали студентського соціуму. Що собою представляє студентське самоврядування та яким чином воно впливає на самореалізацію студентів?

Безумовно, студентське самоврядування слід віднести до тих інтерактивних процесів, завдяки яким відбувається соціалізація студентської молоді. Студентське самоврядування є своєрідним лакмусовим папірцем для визначення того, чи є молодь, студентство споживачем, чи активним учасником суспільного життя. Головна мета діяльності органів полягає передусім у створенні умов самореалізації молодих людей в інтересах особистості, суспільства і держави. Впровадження студентського самоврядування у вищих навчальних закладах є конкретною реалізацією громадянських прав студентів, формування у них почуття відповідальності, вміння вирішувати соціальні, економічні та культурноосвітні проблеми. Водночас студентське самоврядування є дієвою формою самовиховання. Уряд ВНЗ ставить перед собою такі завдання:

1. Сприяння у навчальній, науковій діяльності студентів.
2. Створення різноманітних гуртків, товариств, об'єднань.
3. Організація співтовариства зі студентами інших навчальних закладів і молодіжними організаціями.
4. Участь у роботі керівних органів діяльності університету.

Характерним явищем є й те, що студентське самоврядування дуже часто не користується авторитетом серед студентів, а відсоток студентів, які нічого не знають про діяльність, а власне, й про існування такої організації, в деяких вищих навчальних закладах сягає 40-50%. Разом з тим, участь у діяльності органів студентського самоврядування — це чудова нагода здобути навички в професійних справах, реалізуватися в цікавих для себе заходах, здобути досвід у спілкуванні, випробувати себе як лідера та керівника.

Себа В.В.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ

Національний університет водного господарства та природокористування, Рівне, Україна

трудова ресурсів і підприємництва

(науковий керівник - викл. Самолюк Н.М.)

Одним із стратегічних напрямків розвитку вищих навчальних закладів є створення об'єднань молодих науковців. Метою діяльності яких є всебічне сприяння розвитку наукової, винахідницької, організаторської та творчої діяльності студентів, залучення талановитої молоді до наукових досліджень, організація участі студентів у конкурсах студентських наукових робіт, студентських олімпіадах, наукових конференціях; розвиток наукових зв'язків з навчальними закладами.

Одним із проявів розвитку молодіжної науки є Студентське наукове товариство (СНТ) - добровільна, молодіжна громадська організація, яка утворена з ініціативи студентів навчальних закладів і діє з метою координації, організаційного та науково-методичного забезпечення роботи з обдарованою молоддю, створення сприятливих умов для розвитку та реалізації творчих здібностей студентів, залучення їх до активної науково-дослідної, пошукової діяльності в процесі навчання у вищому навчальному закладі, участі у вирішенні актуальних науково-педагогічних, гуманітарних та науково-технічних проблем. Зазвичай, СНТ є структурним підрозділом навчальних закладів, на базі яких вони створюються.

Саме таке товариство у 2013 році створено в навчально-науковому інституті економіки, менеджменту та права (ННІЕМП) Національного університету водного господарства та природокористування. Основними нормативними документами, які регулюють діяльність СНТ ННІЕМП є Положення та Закон України «Про вищу освіту».

СНТ здійснює свою діяльність згідно з чинним законодавством та керується такими принципами, як: добровільність, рівноправність усіх членів та гласність у роботі, колегіальність та самоврядування для розвитку наукової творчості студентів, органічний зв'язок навчання та науково-дослідної роботи. Варто зазначити, що в НУВГП, а також і в інших навчальних закладах, де діють Студентські наукові товариства, основні завдання визначаються самими учасниками, які зазначаються у Положенні.

Учасники СНТ представляють кандидатів та подають пропозиції до Вченої Ради університету, ректорату та інститутів (факультетів) на отримання іменних стипендій і премій, а також пошук та залучення меценатів. Студентське наукове товариство підтримує і бере участь у наукових заходах, що проводяться інститутами (факультетами) Університету. СНТ надає допомогу в організації та проведенні на базі Університету та Інститутів Днів студентської науки, Днів кар'єри, олімпіад і конкурсів, конференцій, надає деканатам інформацію про участь студентів у наукових конференціях за межами Університету та Інститутів.

Участь у роботі Студентського наукового товариства є ключ до самореалізації та втілення у життя ідей, які сприяють розвитку студентів, як багатограних, творчих і цілісних особистостей.

Семенова К.В.

АСЕРТИВНІСТЬ ЯК ОСОБИСТІСНО-ПСИХОЛОГІЧНА ОСОБЛИВІСТЬ СТУДЕНТСЬКОГО ЛІДЕРА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Осипенко В.А.)

В сучасному суспільстві людина знаходиться у центрі різноманітних взаємозв'язків. Взаємодія з іншими людьми відбувається ще з народження у сім'ї, навчальному закладі, неформальному спілкуванні тощо. Можливість і здатність особистості відстоювати свої власні позиції і інтереси є однією з необхідних передумов повноцінного життя кожної людини і студентського лідера зокрема.

Особливістю вищої медичної освіти є те, що основний акцент зроблений на теоретичній і практичній підготовці, подальшому отриманні лікарської професії, створенні умов для досягнення відповідної медичної компетентності та професіоналізму

Однією з важливих характеристик студентського лідера, на наш погляд, є асертивність як особистісно-психологічна особливість. Асертивність – передбачає, що людина повинна самостійно приймати рішення і нести відповідальність за їх наслідки.

Асертивність в психології розуміють як «уміння, здібність людини впевнено і з гідністю відстоювати свої права чи точку зору, не зневажаючи прав інших»

В науковій літературі асертивна поведінка розглядається як оптимальний, конструктивний спосіб міжособистісної взаємодії (В.Каппоні, Е.Солтер), що включає впевненість у собі, конструктивність при вирішенні проблем, повагу до інтересів інших, відповідальність за свої вчинки.

Концепція асертивності ввібрала в себе ключові положення гуманістичної психології (А.Маслоу, К.Роджерс), а також трансактного аналізу (Е.Берн).

Скоропляс С.В.

РЕАЛІЗАЦІЯ ЗАВДАННЯ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В СИСТЕМІ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Осипенко В.А.)

Студентське самоврядування - це форма самоорганізації студентів, механізм представництва й відстоювання своїх прав, можливість самореалізації. Саме студентське самоврядування покликане захищати права студентів і бути їхнім представником в адміністраціях вузів. Самоврядування базується на тих принципах, що й демократія: меншість підкоряється більшості, формальна рівність, вільний вияв інтересів, загальноприйняті права і обов'язки, поєднання елементів представництва і прямого волевиявлення.

Студентське самоврядування - це молодь, яка прагне вирішувати свої проблемні питання самостійно, але за підтримки адміністрації. Це студенти, які мають активну позицію в житті власного навчального закладу та в особистому житті.

Відповідно до закону України „Про вищу освіту” у вищих навчальних закладах створюються органи студентського самоврядування, перелік завдань яких є достатньо чітко окресленим, проте не прописано механізми реалізації даних завдань.

Сьогодні ОСС часто вирішують питання, які зовсім не стосуються інтересів студентства, забуваючи про їх основну роль в студентстві. Саме вони повинні стати на захист студентів, адже їх рішення мають дорадчий характер. Спостереження свідчить, що самоврядування не завжди поліпшує соціально-психологічний клімат у студентському середовищі. Перш за все, існує проблема неналежного законодавчого оформлення та, відповідно, необхідність удосконалення нормативно-правової бази. Згідно з існуючим законодавством права участі студентського самоврядування в розв'язанні питань, що стосуються вищої освіти, є лише декларативними, а порівняно з аналогічними правами професійних спілок - дуже обмеженими. Така юридична незахищеність студентських самоврядних органів не дає можливості реалізувати завдання ОСС.

Є ще одна, не менш важлива для незалежності органів проблема: - відсутність достатніх фінансових можливостей для реалізації завдань та виконання власних функцій. Таким чином, органи студентського самоврядування найчастіше стають фінансово залежними від адміністрації ВНЗ, або ж від місцевої влади, що не може не позначатись на діяльності ОСС. Досягнутий рівень самоврядування в Україні ще не у повній мірі відповідає якісним параметрам, проте удосконалення нормативно-правової бази з цього питання, на наш погляд, міг би наблизити Україну до реально правової і соціальної держави.

Сокальський В.В.

ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИЧНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ МОЛОДІ В ПОЛІЕТНІЧНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Павлюк О.І.)

Політична ідентичність сучасного молодого покоління є важливим питанням на даному етапі розвитку українського суспільства, оскільки саме молодь забезпечує майбутнє держави. На даний момент це питання є не достатньо вивченим і потребує детального мультидисциплінарного підходу. Варто зазначити, малодослідженою є тематика поліетнічності та політичної ідентичності молоді. Політична ідентичність формується в результаті механізму політичної ідентифікації, який в свою чергу є частиною процесу соціалізації і залежить від безлічі факторів об'єктивного і суб'єктивного характеру.

Розрізняють чотири етапи політичної соціалізації:

1. Політизація – утворення перших уявлень про світ політики.
2. Персоналізація – сприйняття влади персоніфікується.
3. Ідеалізація – політичним фігурам присвоюються певні якості.
4. Інституційний – створення уявлень про інститути влади.

Велику роль у формуванні політичної ідентичності відіграє етнічна ідентичність. Етнічна ідентичність – усвідомлення особистістю своєї приналежності до певного етносу. Етнічність має абсолютно очевидний зв'язок з політикою, її можна розглядати як специфічний політичний ресурс, який цілком природно нерідко використовується різними політичними силами для досягнення своїх політичних цілей і є потужним політичним ресурсом. Основними типами етнічної ідентифікації є:

- Нормальна – потреба в ідентифікації залежить від особи.
- Етнодомінуюча – етнічним цінностям надається перевага.
- Агресивно-фанатична – через абсолютізацію етнічних інтересів особа спроможна до будь яких дій.
- Індиферентна – особа байдуже ставиться до етнічної ідентичності.
- Нігілістична – індивід ставить скептично до будь-яких етнічних цінностей.

Нинішні особливості етноструктури населення України дають підстави визначити три основні регіони: Західний, Центральний і Південно-Східний. Для кожного з них характерні свої мовні уподобання, певні регіональні відмінності в оцінці подій і явищ історичного минулого українського народу, політичних орієнтаціях тощо. Ці особливості впливають на процес політичної ідентифікації жителів цих регіонів і знаходять відображення у результатах виборів.

Таким чином, етнічність є складним і багатоаспектним утворенням, що являє собою соціальну рефлексію етнічної сфери суспільних відносин. Етнічність має великий вплив на процес політичної ідентифікації соціальних суб'єктів. Тому завданням держави в поліетнічному суспільстві є інтеграція складових його етнічних груп і спільнот в єдине громадянське співтовариство, формування загальногромадянських цінностей та ідеалів при одночасному збереженні культурного плюралізму всередині цього соціального організму.

Стойка О.В.

СПІВПРАЦЯ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ ВНЗ З ГРОМАДСЬКИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Співпраця органів студентського самоврядування ВНЗ з громадськими організаціями є дуже важливою. Адже метою молодіжних громадських організацій є здійснення і захист прав і свобод та задоволення політичних, економічних, соціальних, культурних та інших спільних інтересів. Громадські організації дозволяють молодим людям розкрити та розвинути свій лідерський потенціал для того, щоб вони здійснили позитивний вплив на суспільство.

Однією з громадських організацій, яка представляє та захищає науково-освітні, трудові, соціально-економічні та інші права студентства є Національний студентський союз. Основними завданнями організації є: захист прав та представництво спільних інтересів студентської молоді; сприяння об'єднанню діяльності органів студентського самоврядування вищих навчальних закладів України; представництво позицій своїх членів перед центральними органами державної влади України; реалізація міжнародних та всеукраїнських програм; сприяння міжнародному співробітництву в галузі вищої освіти, соціального забезпечення, культурного дозвілля молоді. З метою реалізації своїх завдань НСС у встановленому законодавством порядку: представляє та захищає законні інтереси та позиції своїх членів у державних органах; може надавати студентам різнобічну допомогу й підтримку; надає молоді просвітні, культурні, освітні, наукові послуги; бере участь в організації наукової, інформаційної та освітньої діяльності, проводить теоретичні та науково-практичні конференції; вносить пропозиції до органів державної влади і управління, органів місцевого самоврядування. Ще однією організацією, яка має на меті сформувати та підготувати молодь до дорослого життя є «Студентська республіка», яка ставить перед собою наступні завдання: формування у студентської молоді навичок громадської участі через моделювання політичних процесів у ході проведення програми; залучення нових активістів до організованого молодіжного руху; сприяння розвитку студентського самоврядування; популяризація надсучасних форм змістовного дозвілля молоді; здійснення діалогу між молоддю різних регіонів України; обговорення актуальних проблем сьогодення в державі. AIESEC- це глобальна, неполітична організація, керована студентами ВНЗ. Проект - основний вид діяльності AIESEC, який дає учасникам організації можливість проявити себе на різних позиціях, отримати актуальний досвід роботи, змінити світ навколо себе на краще. А для людей, які співпрацюють організацією, це - можливість познайомитися з людьми з інших країн, розвинути себе та інших. Міжнародна організація AIESEC представлена у 124 країнах світу. На національному рівні партнерами вже є більше як 40 ВНЗ, які представляють різні регіони України. Організація AIESEC в Україні надає змогу студентам та молодим спеціалістам на практиці застосовувати теоретичні знання і вміння, які вони здобувають в університеті. AIESEC співпрацює з університетами переважно в рамках Міжнародної програми обміну.

Треумова С.І.

СТУДЕНТСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЯК ОДИН ІЗ ЕЛЕМЕНТІВ РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)

(науковий керівник - к.мед.н. Треумова С.І.)

Для гармонійного розвитку особистості студента, формування у нього навичок майбутнього організатора, керівника вищих навчальних закладів (ВНЗ) створюються органи студентського самоврядування. Вони перетворюються із підструктури ВНЗ на самостійні організації та являються одним із елементів розвитку громадського суспільства, становлення Української державності. Завдання студентського самоврядування полягає в тому, щоб допомогти студентам, аспірантам в науковій, професійній та громадській роботі, налагодженні побуту, дозвілля, відпочинку, захисту їх інтересів та узгодження з інтересами ВНЗ та Держави. В Україні в 90-х роках ХХ на початку ХХІ століття сформувалась нова функціонально ефективна система органів студентського самоврядування (сенат, парламент, старостат, студентська навчальна (наукова) частина, студентські деканати, ради, тощо). Воно є демократичним інститутом, формою виховання студіючої молоді. Успішна розбудова Української держави, гармонійний розвиток суспільства залежить від виховання у студентській молоді моральних якостей: цілеспрямованості, самосвідомості, любові до народу, прагнення до волі України, цивілізованості, демократичності, активної життєвої позиції кожного молодого громадянина України. Студентська молодь – це ядро української інтелігенції, оновлений інтелектуальний генофонд нації. Завдяки студентському самоврядуванню можна створити певну життєздатну систему, яка могла б працювати на майбутнє суспільство, стала б “центром його кристалізації”. Для цього має бути забезпечена нова якість спеціалістів, які поєднують у собі професійну і ідейно-політичну зрілість, гідність та суспільну відповідальність. Освіта – головний показник інтелектуального, культурного, економічного розвитку суспільства, держави. Без цього студентська молодь не зможе досягти якісної професійної підготовки, ні вступити до Європейського Союзу. Тут надзвичайно гостро відчувається дидактичне протиріччя, яке полягає в прагненні молодих людей до самостійної навчальної, наукової та творчої діяльності та невміння самостійно працювати і мислити. Подолання цього протиріччя є одним із елементів розвитку громадського суспільства.

Таким чином, становлення студентського самоврядування значно впливає на розвиток громадського суспільства, на шлях в майбутнє – Слова Б. Коба зворушують душу, сповнюють її неймовірною радістю та вірою: “Життя прийдешніх має бути кращим. Здійсниться не вві сні, все наяву. Бо того варті ми і діти наші”. І в цьому провідна роль відводиться студентському самоврядуванню – студентській молоді.

Хомко Б.О.

З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Ідея студентського самоврядування сформувалась паралельно з виникненням вищої школи, зокрема в часи заснування університетів середньовічної Європи. Впродовж розвитку освітньої системи термін “університет” більше мав відношення до студентського колективу, аніж до викладачів. У країнах Західної Європи вже в першій половині ХІХ ст. громадська діяльність студентів стала однією зі складових частин суспільно-політичного життя. Студентське самоврядування в Російській імперії бере початок з другої половини ХІХ-поч. ХХ ст. Студенти не тільки вирішували питання, пов’язані з навчанням, але мали безпосередній зв’язок із задоволенням суспільних інтересів. Для цього були створені різноманітні студентські об’єднання, які на початку ХХ ст. стали вагомим ланкою громадсько-політичного руху.

З приходом радянської влади створилась така впливова молодіжна організація як комсомол. Основним завданням комсомолу було збереження інтернаціональних, революційних, бойових і трудових традицій Комуністичної партії Радянського Союзу (КПРС). Студенти брали участь у міжнародному русі прогресивного студентства, направлені на авторитет і поширення комуністичної ідеології.

З розпадом СРСР комсомол втратив свою ідеологічну цінність і студенти були вимушені знайти нову форму об’єднання для самореалізації та повноцінної участі в житті університетів. За час незалежності України студентське самоврядування набуває нових форм. Зокрема, відповідно до Закону України «Про вищу освіту», ст.38. в кожному навчальному закладі функціонує студентське самоврядування, діяльність якого направлена на реалізацію різноманітних завдань студентської громади вищого навчального закладу, головним з яких є захист прав та інтересів студентів. Це засвідчує новий якісний рівень самоврядування, підвищує увагу до законодавчих ініціатив у сфері освіти, науки та молодіжної політики. Суттєве значення для розвитку студентського самоврядування має Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про вищу освіту” щодо питань студентського самоврядування” 2010 року. Він закріплює основні положення участі студентів в організації управління університетами. Отже, студентське самоврядування впродовж всієї історії реалізує своє основне завдання – об’єднання студентів з метою реалізації прав та свобод студентства.

Юзько В.О.

МІЖНАРОДНА ПРОГРАМА АКАДЕМІЧНОЇ МОБІЛЬНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - викл. Зорій Н.І.)

Академічна мобільність студентів та викладачів є однією з засадничих умов здобуття сучасної європейської освіти. Навчання, стажування та дослідницька робота за кордоном збагачує особистий досвід людини, надає їй можливість дізнатися більше про інші моделі здобуття освіти, розширює коло контактів та спілкування і поглиблює знання іноземних мов.

ERASMUS MUNDUS - це освітня програма Європейського союзу, створена в 2004 році, яка спрямована на активізацію міжнародного співробітництва та підвищення мобільності серед студентів, викладачів, науковців. Програма названа на честь видатного голландського вченого Еразма Роттердамського (1465-1536 рр.), який багато мандрував Європою, навчався та працював у різних університетах і майже 500 років тому зрозумів переваги мобільності та міжнародного співробітництва в сфері освіти та навчання. Латинське слово «mundus» означає «світ» і відображає глобальну та міжкультурну орієнтацію програми.

Програма Еразмус Мундус є відповіддю на виклики, що постають перед сучасною системою вищої освіти: підготовка громадян Європи до життя в глобалізованому багатокультурному суспільстві, яке ґрунтується на якості знань та принципах європейської освіти. Метою даної програми є розвиток співробітництва Європейського союзу з іншими країнами в сфері вищої освіти – набуття сучасного досвіду за Болонською системою навчання через організацію обміну студентами та викладачами (освітньо-кваліфікаційний рівень – бакалавр, магістр та доктор наук).

Програма ERASMUS MUNDUS - це можливість для талановитої та енергійної студентської молоді пройти навчання у виші-партнері в межах певного консорціуму.

Зміст

Акушерство та гінекологія

Berbets A.M., Adjei B.T., ObroAdibo N.A. POSTPARTUM BLEEDING IN GHANA (A REVIEW)	2
Ashish D. THE INFLUENCE OF PYELONEPHRITIS COMPLICATIONS ON COURSE OF PREGNANCY AND LABOR	2
Bakun O.V., Kopelchuk A.Y., Gaydash J.I. PECULIARITIES OF HYSTEROSALPINGOGRAPHY USAGE	3
Hadi A.A. VITAMIN D DEFICIENCY DURING PREGNANCY	3
Nachah A., Bakun O. PECULIARITIES OF IMMUNE STATUS IN WOMEN WITH INFERTILITY	4
Pushkashu A., Karliychuk E. ASSESSMENT OF CLINIC EFFECTIVENESS OF REHABILITATION MEASURES TO RENEWAL REPRODUCTIVE FUNCTIONS IN WOMEN WITH MISSED MISCARRIAGES IN ANAMNESIS	4
Victor J.G. THE PHENOMENON OF UNEXPECTED BIRTH AND ANALYSIS OF ITS CAUSES, CONDITIONS, COMPLICATIONS AND RESOLUTIONS IN CLINICAL HOSPITAL NR 1, CHIȘINĂU, REPUBLIC OF MOLDOVA	5
Андрухів С.М. ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБНОГО БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ	5
Антофійчук Т.М. ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕГАТНОГО СТАНУ КРОВІ У ЖІНОК З ВИКИДНЕМ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ	6
Бакун О.В., Шкарутяк А.Є., Бандура С.М. ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ПРИ ДЕЯКИХ СТАНАХ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	6
Бендера Т.І. ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	7
Гошовська А.В., Березовська Т.І., Ковач О.М. ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ	7
Березовська Т.І., Антимис О.І. ЕТИОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	8
Бойчук Р.Р., Волощук І.І. КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ЕРОЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ	8
Бондарчук І.В., Голубова Ю.І., Арделян А.О. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧОЮ ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОСТАТЕВОГО ТРАКТУ	9
Бранюк С.В., Чобан В.В. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ	9
Величук Ж.Я. ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ (ЦИТОМЕГАЛОВІРУС)	10
Бербець А.М., Волинська М.В., Попадюк Т.І. УСКЛАДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГОВОГО АКТУ В ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЗАГРОЗУ ВИКИДНЯ В І ТРИМЕСТРІ	10
Волошинович Н.С. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ І ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДВІЙНЕЮ	11
Волошинович Н.С. АНАЛІЗ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ У ВАГІТНИХ ДВІЙНЕЮ	11

Воронецька Ю.В., Митринюк Н.Ф.	
АЛЬТЕРНАТИВА КОРЕКЦІЇ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ	12
Гайдук Я.О.	
ПРОБЛЕМИ САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	12
Глуха М.О., Захарук Х.М., Ткач М.В., Тимочко Ю.Д.	
РЕЗУЛЬТАТИ КАРІОТИПУВАННЯ ЖІНОК З АНЕМБРІОНІЄЮ В АНАМНЕЗІ	13
Кіцанюк І.Ю., Гляйх Л.І., Гошовська А.В.	
ОРГАНОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ В ПЛАЦЕНТАРНОМУ КОМПЛЕКСІ У ЖІНОК З ПРОЯВАМИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ	13
Горбулевич Х.П., Гошовська А.В.	
ВПЛИВ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З RH – НЕГАТИВНИМ ТИПОМ КРОВІ	14
Гринчук А.Ф.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ	14
Касімова О.С., Гуцал О.С., Бакун О.В.	
ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІБРОМІОМИ МАТКИ	15
Дейнека С.О., Пікулович Х.С.	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ РЕЦЕДИВУЮЧОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ	15
Дзюба А.В.	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ	16
Добрянська М.Д.	
АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ УРОГЕНІТАЛЬНИМ МІКОПЛАЗМОЗОМ	16
Дроздовська Л.Я., Сухолотюк А.Л.	
ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК, ХВОРИХ НА МІОМУ МАТКИ, МЕШКАНОК ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	17
Дубик Л.В.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕЗУС-КОНФЛІКТУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	17
Дяк К.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЇ У II – III ТРИМЕСТРАХ У ВАГІТНИХ З БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ	18
Дяк К.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У РОДІЛЬ З БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ	18
Жилик Н.В., Партем Н.І.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ КАНДИДОЗОМ	19
Закутній Т.О.	
ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ МАЛИХ ТЕРМІНІВ	19
Каліновська К.М., Захарчук Т.В.	
ОЦІНКА СТАНУ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО ТА ПЛОДОВОГО КРОВООБІГУ У ВАГІТНИХ З ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОПЛЕРОМЕТРІЇ	20
Калинюк І.І., Мазур Н.А., Семеняк А.В.	
ЧАСТОТА ОЖИРІННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	20
Ким В.О., Рахімова Г.Ә.	
ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЖИВОТА У БЕРЕМЕННЫХ	21
Кисилиця С.О., Демчук Ю.М.	
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КАНДИДАМІКОЗУ	21
Кміть Н.В., Бербець А.М.	
ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ, ВИКЛИКАНИХ ТРИХОМОНІАЗОМ, ЗА ДОПОМОГОЮ ДЕЗМІСТИНУ	22

Коломійчук Н.М. ОСОБЛИВОСТІ МОРФОМЕТРІЇ ПЛАЦЕНТ ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДАХ У ВАГІТНИХ	22
Говорнян С.Л., Войтко М.Я., Костирко В.О. КОЛОНІЗАЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІХВИ ПРИ УРОГЕНІТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ	23
Коцаба О.М., Шкурашівський В.В., Пайонк М.П., Сучко К.О. ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОМОСОМНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЕМБРІОНІВ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ	23
Лека М.Ю. КОМПЛЕКСНА ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ПЛОДА ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ	24
Малиш М.Я., Пшиборовська А.Р., Гавриньова О.О. ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЦИТОЗУ ПІХВИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК	24
Митринюк Н.Ф., Воронецька Ю.В. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ	25
Бербець А.М., Муржак О.І., Точенюк О.В. СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ, ФІБРИНОЛІЗУ І ПРОТЕОЛІЗУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ	25
Олійник М.Г., Бакун О.В., Басюк К.А. ВПЛИВ УСКЛАДНЕНЬ ПІЄЛОНЕФРИТУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ	26
Остапчук К.В. МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ	26
Підручняк Д.Б., Волошук І.І. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	27
Піліпяк К.А., Косар Т.В. ПАПІЛОМАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ВАГІТНИХ	27
Павликівська Г.І., Сучеван А.Г. РОЗВИТОК ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ	28
Пустильна С.В., Ліцевич Н.І., Скурту Н.Д., Дюрк М.П. ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ТЛІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ	28
Пєдуре В.С., Опалко І.Ю., Бурлак А.М. ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТНИХ МИКРОБНИХ АССОЦІАЦІЙ У БЕРЕМЕННИХ С УГРОЗОЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННИХ РОДОВ	29
Сандулеса Л.В., Боклач Я.В. ВІКОВИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ	29
Сваричевський М.О., Бойко В.В. SEX-ТРАНСМІСИВНА ІНФЕКЦІЯ ТА РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ ЖІНОК	30
Семененко Н.Ю., Віщак Н.В. ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АНЕМБРІОНІЇ ЗА АНАМНЕСТИЧНИМИ ДАНИМИ	30
Слижук О.І. АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ МАСИВНИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ІЗ ПЕРЕДЛЕГЛИВІСТЮ ПЛАЦЕНТИ	31
Соколова І.І., Соколов Б.В. СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ, СПРИЧИНЕНИХ НЕСПЕЦИФІЧНОЮ МІКРОФЛОРОЮ	31
Стеців О.В., Грицай Я.О., Приймак С.Г. ЗАСТОСУВАННЯ ЛОНГІДАЗИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ	32
Ісаченко П.Л., Ташлицька М.В., Приймак С.Г. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	32

Ткачук П.В. УСКЛАДНЕННЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ	33
Урбанович М.Д., Грекул Н.А. ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ КОМПЛЕКСНИХ ПРЕПАРАТІВ У ВАГІТНИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	33
Фочук Н.Ю., Фочук М.Ю. АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї	34
Хащова Н.В., Зуб Р.О. ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я СЕКСУАЛЬНО АКТИВНОЇ МОЛОДІ	34
Чудік С.А. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ФЛУОМІЗИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ	35
Шамсиева М.Ш., Пученкина В.В. ВУЛЬВОВАГИНИТЫ У ДЕВОЧЕК ПРЕПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА	35
Шерстобітова О.В., Бакун О.В. ВПЛИВ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЦИТОКІНІВ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ	36
Юзько В.О., Андрієць А.В., Бабенчук І.О. ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНО-ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ ТА ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ	36
Якимчук П.М., Гошовська А.В., Мельничук А.В. ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ЗА ДАНИМИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ	37
Якимчук О.М., Бойчук Ю.Б. НОВІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК	37
Анестезіологія та інтенсивна терапія	
Рибарчук А.В., Іванов О.С., Некрилов А.О., Некрасов Ю.І. КОНЦЕПЦІЯ СОМАТО-СЕНСОРНОЇ ПАМ'ЯТІ, ЯК ГОЛОВНИЙ АСПЕКТ ПРОФІЛАКТИКИ ФАНТОМНО-БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ	39
Діка Е.А. ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ БРОНХОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ОБСТРУКТИВНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	39
Аникин І.А., Клевакина Е.Ю. С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕИН В ДІАГНОСТИКЕ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА	40
Нечитайло О.Ю., Бігунець В.С., Сав'юк В.В. СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХІРУРГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	40
Павлова Т.С., Воротинцев С.І. ВИБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗІЇ В ЗАВИСИМОСТІ ОТ ТИПА КРОВООБРАЩЕННЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	41
Рибарчук А.В. ВМЗНАЧЕННЯ ГРУПИ РИЗИКУ ЗА РИЗИКУ ЗА РОЗВИТКОМ ТУР-СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХІРОВОЇ ЗАЛОЗИ	41
Ткачук М.М., Андрущак А.В. ЗАСТОСУВАННЯ АКУПАНУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНТРА- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРЕМОРИ В УРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ФОНІ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ	42
Чудновский А.А., Стадник А.Д., Гончаров А.Б. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОКСЕМИИ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АУТО-, АЛЛОПЛАСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	42
Біологічна та біоорганічна хімія	
Кузик Л.Г., Купчанко К.П. ЦИРКАДІАННІ РИТМИ АКТИВНОСТЕЙ АЛЬФА-АМИЛАЗИ У РОТОВІЙ РІДИНІ	44

Ісаєва М.М., Колабська А.В., Кушнір О.Ю., Яремій І.М. ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ МАЛОНОВОГО АЛЬДЕГІДУ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ З АЛОКСАНОВИМ ДІАБЕТОМ ЗА УМОВ ЦІЛОДОБОВОГО ОСВІТЛЕННЯ	44
Ленська Н.М., Давидова Н.В. ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ ТА SH-ГРУП В КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	45
Холмурадова Д.К. МЕТОДИКА ВИДЕЛЕННЯ ИЗ ОТХОДОВ ШЕЛКОВОДСТВА ФИТОЛА И НА ЕГО ОСНОВЕ ВИТАМИНА Е	45
Савчук О.О., Кушнір О.Ю., Яремій І.М. ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ДІАБЕТОМ	46
Гастроентерологія	
Parastivuk E. NEW PERSPECTIVES IN TREATMENT OF CHRONIC ALCOHOLIC HEPATITIS	48
Moskaliuk I.I., Patel P.P. SERT-GENE POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME	48
Ахмедов І.А., Султонов І.І. КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	49
Бігунець В.С., Олігорська А.А., Тимків В.В. ЗМІНИ ДОБОВОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА СУПРОВІДНОЮ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ І ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	49
Вівсянник В.В., Зуб Л.О., Ілюшина А.А., Заболотна Т.В. ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ІІ-ІІІ СТАДІЇ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	50
Величко А.О., Гресько М.І., Гебура М.М., Антонів А.А. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ПАЦІЄНТІВ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ ТА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ	50
Присяжнюк В.П., Гавриньова О.О., Присяжнюк І.В. УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ	51
Гайдей Д.С., Юркевич О.З., Красовська Г.Ф., Мельник М.В., Горбатюк І.Б. МОРФОЛОГІЧНІ ФОРМИ ХОЛЕСТЕРОЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА	51
Голубова Ю.І., Бондарчук І.В., Бобик М.П. ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСТОНІЄЮ	52
Рудик Н.В., Горбатюк І.Б., Дідур О.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ РОЗУВАСТАТИНУ ТА МОСАПРИДУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ХОЛЕСТЕРОЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА ІЗ СУПРОВІДНИМИ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯМ	52
Дем'янович П.В., Кургун М.М., Гебура М.М., Антонів А.А., Величко А.О. ВПЛИВ ТРИМЕБУТИНУ МАЛЕАТУ НА ПЕРЕБІГ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З СУПРОВІДНИМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	53
Деренько Л.В., Гурницький А.Е. ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	53
Телекі Я.М., Оліник О.Ю., Дрозд В.Ю. АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ: ЗВ'ЯЗОК З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ	54

Захарчук Т.В., Каліновська К.М. ВПЛИВ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ	54
Коломійчук Н.М., Горбатюк І.Б., Камінський М.І. ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ РОЗУВАСТАТИНУ, МОСАПРИДУ ТА УРСОДЕЗОКСИХОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ ПРИ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	55
Міськова Н.Л., Мінтянська І.О., Бачук-Понич Н.В. ІМБИР У КЛІНІЧНІЙ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ	55
Мандрик О.Є., Дрозд В.Ю. ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕНСИВНОСТІ ФІБРОЗООУТВОРЕННЯ У ПЕЧІНЦІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ	56
Мандрик О.Є., Макевич В.І., Макевич Ю.І. КЛІНІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИГЛІЦЕРИДІВ	56
Мирзаева Д.А., Таирова З.К. КЛИНИЧЕСКИЕ И КОПРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСБАКТЕРИОЗА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	57
Хомік І.П., Онуфреїв О.Є., Гарасим З.С., Грещук А.М., Горбатюк І.Б. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОКІНОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МОТОРИКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ХОЛЕСТЕРОЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА ІЗ КОМОРБІДНИМИ ІХС ТА ОЖИРІННЯМ	57
Підручняк Д.Б., Коцаба О.М., Гасько Г.В., Юрчук Я.Д. ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	58
Паранюк Н.І., Поважна Н.Р. ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	58
Савченко М.О. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ	59
Сарафінчан М.Ф. АНАЛІЗ КОНЦЕНТРАЦІЇ ЛІПІДНИХ КОМПОНЕНТІВ ЖОВЧІ ПРИ ХОЛЕСТЕРОЗІ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	59
Сафрюк А.О., Чимпой К.А. ПОКАЗНИКИ ПОРТАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА РІВНЯ ФАКТОРА ВІЛЛЕБРАНДА ЗА НАЯВНОСТІ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ	60
Фочук М.Ю., Фочук Н.Ю. КЛІНІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, ОЖИРІННЯМ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТ У ПОРІВНЯННІ ІЗ ІЗОЛЬОВАНИМ НАСГ	60
Хомко Б.О., Паліброда Н.М. ВПЛИВ ТРИОВІТУ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ	61

Гігієна та екологія

Wojciechowski M. USAGE OF SUPPLEMENTS WITH LUTEIN AMONG THE SICK AND VULNERABLE TO ILLNESS OF AGE RELATED MACULAR DEGENERATION	63
Вітюк М.В. ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ КРОВІ ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	63

Йосипенко В.Р.	
ПРИЧИНИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ	64
Липка В.Т., Андрієвська К.М., Пустовіт І.О.	
ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО ВПЛИВУ ДИМЕТОАТУ ТА НІТРАТУ НАТРІЮ НА ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ ТА МАСУ ТІЛА У ТВАРИН З РІЗНИМИ ТИПАМИ АЦЕТИЛЮВАННЯ	64
Гладкий С.І., Мельник Д.С., Іванчук О.В.	
КОМП'ЮТЕР: ПОМІЧНИК У РОБОТІ ЧИ ЗАГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВ'Я?	65
Мельник І.І., Бабій О.В., Дубінська О.А., Ермощенко С.А.	
ПРОБЛЕМА ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	65
Резніков Ю.П.	
ВПЛИВ СОНЯЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	66
Савчук В.О.	
ПОТЕНЦІЙНА НЕБЕЗПЕКА ВПРОВАДЖЕННЯ БІОТЕХНОЛОГІЙ	66
Сидорчук А.Р., Іринчина К.А.	
ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА AGTR1 ТА ВАЖКІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЯК ЕНДОГЕННІ ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСБІОЗУ КИШЕЧНИКА	67
Стецик Ю.Р., Тимчук Ю.Ю., Боданюк О.А., Фундюр Ю.В.	
ОСОБЛИВОСТІ СПОЖИВАННЯ ПИТНОЇ ВОДИ СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ	67
Цуманець І.О., Шкрібляк У.В.	
ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ – ВИБІР МІЖ «СМАЧНО» ТА «КОРИСНО»	68
Цуманець І.О., Шкрібляк У.В.	
ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ – ВИБІР МІЖ «СМАЧНО» ТА «КОРИСНО»	68
Чура О.В., Калакайло А.В., Гураль М.М.	
МОНІТОРИНГ ВЖИВАННЯ ЧІПСІВ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ	69

Дерматологія та венерологія

Гулей Л.О., Бобик М.П.	
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ТОПІЧНИХ ЗАСОБІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	71
Кадельник Л.О.	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО АЛЕРГОДЕРМАТОЗУ ТА ІНВАЗІЇ LAMBZIA INTESTINALIS	71
Ревенко Ж.А., Бігунець В.С.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО І ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ	72
Ревенко Ж.А., Коновалець І.В., Головач Т.О.	
ПЕРЕВАГИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ	72
Степан Н.А., Карвацька Ю.П., Суховерська О.Б.	
СТАН ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ОКИСНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ	73

Дитяча хірургія

Іринчина К.А., Данилюк М.О.	
ПЕРВИННА ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РАН ЛИЦЯ У ДІТЕЙ	75
Андрейко М.Р., Кіріяк В.Г., Красовський М.В.	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ДОЛІХОСІГМИ	75
Бабич О.С., Заїка Л.В., Васильєва Л.Я.	
КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ДІТЕЙ З ПЕРИТОНІТОМ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗУ	76
Варварич І.Ю.	
КРІОТЕРМОДЕСТРУКЦІЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ У ДІТЕЙ	76
Джураєв К.Д., Курбанов Г.Т., Турсунов С.Э.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ	77

Заїка Л.В., Васильєва Л.Я., Бабич О.С. ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ ПРИ ПЕРИТОНІТАХ У ДІТЕЙ	77
Мельник М.В., Красовська Г.Ф. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОЛІХОСИГМ ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ЕНКОПРЕЗОМ У ДІТЕЙ	78
Польської Є.В., Романюк І.О. ДУОДЕНАЛЬНА НЕПРОХІДНІСТЬ, ЯКА ВИКЛИКАНА КІЛЬЦЕПОДІБНОЮ ПІДШЛУНКОВОЮ ЗАЛОЗОЮ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	78
Раббимов Д.Н., Нодиров Ш.А., Темиров Ф.Т., Атаханов М.М. РЕЗУЛЬТАТИ ЛЕЧЕННЯ ОСТРОВОЗНИКШЕЙ КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У ДТЕЙ	79
Чорненький А.В., Каминская М.О., Мишук Е.Б., Бондаренко В.С., Кравченко В.В. ОСОБЕНОСТИ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШОГО ВОЗРАСТА	79
Юсупов Ф.Ч., Саидов М.С., Рузиев Д.А., Джураев К.Д. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНИХ И ВЫСОКИХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ	80
Ендокринологія	
Adjei B. IDENTIFICATION OF HIGH RISK DIABETIC INDIVIDUALS TO OPTIMISE STRATEGIES FOR PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES	82
Dixit A. DIAGNOSTIC VALUE OF ANTITHYROID ANTIBODIES IN CASE OF THYROID DISEASES	82
Popova I., Moskaluk I. THE EFFECTIVENESS OF METEOSPAZMIL IN PATIENTS WITH THYROTOXICOSIS AND IRRITATED BOWEL SYNDROME	83
Valodara R. DIAGNOSTICS AND PROGNOSTICATION OF ALLERGIC DISORDERS DEVELOPMENT IN CASE OF GRAVES' DISEASE	83
Ільченко М.М., Ілюшина А.А. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 1	84
Качоровська О.Р., Васильчук Р.І., Ілюшина А.А. ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АЗІ-АТОР У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ	84
Білоока Ю.В. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД КОМПЕНСАЦІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ	85
Витвицька І.М., Білоус І.І. “ЛАКТОВІТ-ФОРТЕ” В ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2	85
Гляйх Л.І., Ілюшина А.А. ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ АДРЕНОГЕНІТАЛЬНОГО СИНДРОМУ ТА СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	86
Гриців О.М., Лукіянова І.М., Ілюшина А.А. ВИДОВИЙ СКЛАД ТА ПОПУЛЯЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ	86
Жиряда Н.Я., Іринчина К.А., Волошин В.В. ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕПІФІЗА НА ПОКАЗНИКИ ФІБРИНОЛІТИЧНИХ І ПРОТЕОЛІТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ТКАНИНАХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ РІЗНОЇ СТАТІ	87
Захарук Х.М., Петрик І.В., Абрамова Н.О., Ілюшина А.А. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ОБМІНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ В СИРОВАТЦІ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ	87

Кравцова К.С., Данилюк М.О., Васильєва Л.Я. СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИНОЛІТИЧНИХ І ПРОТЕОЛІТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ТКАНИНАХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ЗА АДАПТАЦІЇ ДО ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ	88
Лупашко М.О. СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ТЕРЕНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	88
Yaкутуyuk A., Marchuk Y. NEW ASPECTS IN DIAGNOSTICS OF CHOLELITHIASIS BY PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS COMBINED WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2	89
Клицунова Ю.А., Мартыненко А.В., Демиденко Н.О. ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕЙРОПАТИИ	89
Рахманов К.Э., Гозибеков Ж.И., Саидмурадов К.Б., Холбутаев О.И. ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	90
Свідрак І.М., Гуленко О.С., Білоус І.І. "СТЕАТЕЛЬ" В ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ ГЕПАТОПАТІЇ	90
Сирота К.А., Сирота Б.В., Коваль Г.Д. ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ НА ВМІСТ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1В, ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН - А І ТРАНСФОРМУВАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ - В У КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКУ	91
Москалюк І.І., Совінська В.Ю. ДИНАМІКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБА ЗІ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ	91
Топорівська О.В., Топорівська І.В., Ковалик Т.І. ОЖИРІННЯ - ФАКТОР РИЗИКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	92
Усиков А.С. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА ПАРАМЕТРЫ М-ОТВЕТА СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ БЕЛЫХ КРЫС	92
Федоряк Д.В. ОСОБЛИВОСТІ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ АЛЮМІНІЄВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	93
Загальна і медична психологія та педагогіка	
Korotash I.F., Slyvka N.O., Rybak O.Y. STUDYING UKRAINIAN AS A FOREIGN LANGUAGE	95
Rybak O.Y., Slyvka N.O., Korotash I.F. THE INCIDENCE OF CYBER ADDICTION IN STUDENTS	95
Ільченко М.М. ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ ПІДЛІТКІВ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	96
Самець О.І. ДІЯЛЬНІСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕОРІЇ ОСОБИСТОСТІ	96
Скоропляс С.В. ОСОБИСТІСНА РЕФЛЕКСІЯ У ФОРМУВАННІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ	97
Імунологія та алергологія	
Антофійчук Т.М. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ПРИ ПОЛІНОЗІ	99
Макарчук В.А., Мартинюк К.С. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯВІРУСНИМ СИНДРОМОМ ВТОМЛЮВАНOSTІ	99
Мартинюк К.С., Макарчук В.А. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОЇ, ФАГОЦИТАРНОЇ ЛАНОК ІМУНІТЕТУ ТА ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯВІРУСНИМ СИНДРОМОМ ВТОМЛЮВАНOSTІ	100

Ілюшина А.А., Познякевич Б.Р., Слижук О.І., Горбулевич Х.П., Мартинюк Т.М. МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ДИСБАКТЕРІОЗУ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ	100
Рудик Н.В. СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ	101
Інфекційні хвороби	
Agyarko R.R., Adjei B.T. CONTEMPORARY EPIDEMIOLOGY AND EVALUATION OF DIFFERENT CONTROL MEASURES OF PARASITIC INVASION CAUSED BY PLASMODIUM	103
Omari P.S., Oliynyk Y.V. BOTULISM: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF DIFFERENT TYPES AND POSSIBLE DIAGNOSTICS PITFALLS	103
Васкул Н.Я. ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	104
Гебура М.М. ВАКЦИНАЦІЯ – СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ	104
Гуцуляк А.В. МЕХАНІЗМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ПРИНЦИПИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ	105
Захарчук Т.В., Каліновська К.М. УРАЖЕННЯ ПЛОДА ПРИ TORCH – ІНФЕКЦІЯХ У ВАГІТНИХ	105
Мотовиляк К.Р., Кміть Н.В. ВІРУС ЕБОЛА - «КОЛЕГА» ВІЛ	106
Дейнека С.О., Пікулович Х.С., Ахтемійчук О.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГРИП ТА ІНШІ ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ В ЕПІДЕМІЧНИЙ СЕЗОН ЗА 2010-2012 РОКИ	106
Сивокоровська А.С. ПРОБЛЕМА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В УКРАЇНІ	107
Сович Х.П. ГЕНЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РИБАВІРИН-ІНДУКОВАНОЇ ГЕМОЛІТИЧНОЇ АНЕМІЇ В ХОДІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С	107
Джураева К.С., Эрназаров А.М. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ГОРОДЕ САМАРКАНДЕ	108
Эргашева М.Я., Ярмухамедова Н.А., Хаятова Н.А. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	108
Кардіологія і ревматологія	
Abras M., Ochisor V., Mihalache G., Grib A. GLUCOSE METABOLISM FEATURES AND INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME WITH OR WITHOUT CORONARY ARTERY DISEASE	110
Aissaoui A. THE USE OF TRANS-ESOPHAGEAL ELECTRO-CARDIO STIMULATOR FOR DETERMINATION OF CORONARY RESERVES IN PATIENT WITH NON – Q MYOCARDIAL INFARCTION	110
Goje R.I., Slyvka N.O. RISK FACTORS OF SOMATOFORM AUTONOMIC DYSFUNCTION IN STUDENTS	111
Manyo G.K., Adjei B.T., Adejor A.O., Malkovych N.M. USE OF TETRAPLEURA TETRAPTERA (PREKESE) IN TREATMENT OF OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	111
Omer B.M., Hilowle A.M. EFFECT OF INHIBITOR OF ANGIOTENSIN TRANSFORMING ENZYME ENALAPRIL MALEAT IN TREATMENT OF ISCHEMIC DISEASE OF HEART	112
Sirat I.A. THE STRESS TEST IS THE BASE OF VERIFICATION OF THE MYOCARDIAL ISCHEMIA	112

Todorova E.P., Arsova R.C., Goranova Z.K., Zaekov N.L. INFLUENCE OF PSYCHO-EMOTIONAL STRESS ON HLB BLOD TEST	113
Атаманюк В.В., Ілюха М.С. ДО ПИТАННЯ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ У СПОРТСМЕНІВ	113
Бельзецька М.І., Лукашевич І.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОПРЕПАРАТУ «ТРИНЕФРОН» У ХВОРИХ НА СЕЧО-КИСЛИЙ ДІАТЕЗ	114
Бойко А.В., Кацитадзе І.Ю. ПОРІВНЯННЯ АНТИАРИТМІЧНИХ ЕФЕКТІВ ТЕРАПІЇ ІВАБРАДИНОМ ТА БІСОПРОЛОЛОМ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ	114
Віщак Н.В., Горбатюк І.Б. ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ „МАГНЕ-В6” НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ	115
Вацеба М.О. ПОРУШЕННЯМ ОБМІНУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ОЖИРІННЯ ТА ПОДАГРУ	115
Вовчок М.О. ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ – ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ СТРЕС-ТЕСТІВ	116
Волошинська К.О. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК В ПЕРІОД ПЕРИМЕНОПАУЗИ	116
Гайдич Л.І. ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІІ СТАДІЇ З РІЗНОЮ ЦИРКАДІАННОЮ СТРУКТУРОЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ	117
Горбаченко Л.А., Кавуля Г.Г., Поворозник Я.Ю. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	117
Гуйванюк І.І. ОСОБЛИВОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ ВИРАЖЕНОСТІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ	118
Гуцуляк А.В., Каушанська О.В. ЗАСТОСУВАННЯ КВІНАПРИЛУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	118
Драпалюк І.О., Капусняк М.С., Назар О.М. ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЗА ІНДЕКСОМ РУФ'Є У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ	119
Руснак І.Т., Клемешев В.І., Паневник Т.Р. СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я	119
Ковальчук М.К., Яковенко В.С., Бачук-Понич Н.В. ІМУНОТОН ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ	120
Корконішко О.І., Семененко Н.Ю., Хмільовська Н.В., Сивак Т.В. АРИТМОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЗГІДНО РЕЄСТРУ ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ	120
Кулачек В.Т., Шкарутяк А.Є., Горбулевич Х.П., Гавриш Л.О. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	121
Кульбіда І.І., Глубоченко О.В. ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ З ПРОТИЗАПАЛЬНИМ І ЦИТОСТАТИЧНИМ ЕФЕКТАМИ: АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ В РЕВМАТОЛОГІЇ	121
Литвинюк А.В. СТАН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2	122
Макевич Ю.І., Макевич В.І. ПОРУШЕННЯ ФАЗИ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ШЛУНОЧКІВ У СПОРТСМЕНІВ	122
Маковійчук Ю.М. МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ	123

Маркевич В.В.		
ЗАСТОСУВАННЯ ГІНГГО БІЛОБИ, ГЛОДУ ТА ПУЕРАРІЇ ДВОЛОПАТЕВОЇ У КОМПЛЕКСІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ		123
Мухиддинов А.И., Арипов С.А., Мирзаев Р.С.		
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЛИЗИНОПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ		124
Мухиддинов А.И., Хасанжанова Ф.О.		
КЛИНИКО ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЛИЗИНОПРИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИЕ ДИЛАТАЦИОННЫЙ КАРДИОМИОПАТИИ		124
Хасанжанова Ф.О., Мухиддинов А.И., Арипов С.А., Мирзаев Р.С.		
КОРРЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИБС И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ		125
Навчук Д.І.		
ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ		125
Хребтій Г.І., Нагородний О.В.		
ВПЛИВ НАДЛИШКУ МАСИ ТІЛА НА ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ		126
Наимова Х.А., Маматкулов И.А.		
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ		126
Новицька О.З.		
ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ, РІВЕНЬ ІНСУЛІНУ ТА ШВИДКІСТЬ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2		127
Пастернак Н.І., Залявська О.В.		
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНОГО АРТРИТУ ПРИ НАЯВНОСТІ ЕКСПРЕСІЇ АНТИГЕНУ HLA-B27		127
Пастернак Н.І., Топорівська О.В.		
ТРИВОЖНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ		128
Пелип Б.М.		
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЦИРКАДНОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ З ТИПОМ ГЕОМЕТРІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ		128
Потапчук А.О., Сакура М.В., Полянська О.С.		
САТУРАЦІЯ КИСНЮ ЯК МАРКЕР ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ		129
Пуняк С.Р., Карпик К.О.		
ОКРЕМІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ		129
Пушкашу А.В.		
УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ВАГІТНИХ		130
Срібна О.Ю., Пясецький Р.І.		
ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЛІТИКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА		130
Рибак О.Я., Короташ І.Ф.		
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ		131
Рибарчук А.В., Залявська О.В., Ухач Д.Ю.		
МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ		131
Руснак І.Т., Романко Т.Р.		
ПІДҐРУНТЯ ДЛЯ ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ		132
Романова В.О., Романов М.О.		
ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІЮ ЯК КРИТЕРІЙ ПРОГРЕСУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ		132
Сидорчук А.Р., Лукашевич І.В.		
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ АСОЦІАЦІЇ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ ТА ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ACE (I/D) І ENOS (T894G) У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ		133

Скулінець Т.К. ВІДНОШЕННЯ МАКСИМАЛЬНИХ ШВИДКОСТЕЙ – КІЛЬКІСНИЙ ПОКАЗНИК ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ	133
Хребтій Г.І., Слепенюк Н.В. СЕРЦЕВО-СУДИННИЙ РИЗИК У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА	134
Таирова З.К., Мирзаева Д.А. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	134
Тоиров Д.Р., Султонов И.И. ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	135
Тоиров А.Э., Абдушукурова К.Р. ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ	135
Хамраева Н.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	136
Хамраева Н.А. ДЕПРЕССИЯ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	136
Хасанжанова Ф.О., Мирзаев Р.С., Арипов С.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ ИБС	137
Хруник Л.М., Задорожна М.А., Гузик Н.В., Волошинська К.О. ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ У ЖІНОК В МЕНОПАУЗІ	137
Гулага О.І., Цурік О.Ю., Цахнів В.Ю. ПРОТЕОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА	138
Шваб А.М., Залаявська О.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ КРОВІ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	138
Швец Н.В., Ілащук Т.О., Малкович Н.М. ХАРАКТЕРИСТИКА СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	139
Шкарутяк А.Є., Урбанович Р.Д., Козма В.К. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИ ПІД ВПЛИВОМ БІОЛОГІЧНИХ МІКРОВІБРАЦІЙ	139
Эргашова М.М., Султонов И.И. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ НА ЭВОЛЮТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	140

Клінічне медсестринство

Антонюк Л.О. УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	142
Бачу М.І., Морозевич Л.О. КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА У ДІТЕЙ	142
Морозевич Л.О., Бачу М.І. ГЕНЕАЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ	143
Осипчук Д.К. ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ	143
Слободян І.В., Друцул-Мельник Н.В. УЛЬТРАЗВУКОВІ МАРКЕРИ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ	144

Медична біологія

Aboagye E.S., Lomakina Y.V. DERMATOGLYPHIC AS AUXILIARY METHOD FOR DIAGNOSIS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN	146
Kobevka V., Schumko N. THE FEATURES OF THE CHRONORHYTHMS STRUCTURE OF EXCRETORY KIDNEY FUNCTION UNDER THE HYPOFUNCTION OF THE PINEAL GLAND	146

Shraddha N.N., Kazemirska M.A., Gromyk O.O. MELATONIN IN PLANTS	147
Бай К.Ю., Шумко Н.М. ЕКОЛОГО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РИДИНИ СИНЦЕВІ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРИРОДНОГО ПАРКУ "ПРИП'ЯТЬ-СТОХІД"	147
Ванз'як О.А., Громик О.О. АНТРОПОМЕТРИЧНІ ТА КАРДІОРЕСПІРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ	148
Василова О.І., Ломакіна Ю.В. ФІТОТЕРАПІЯ РОСЛИНАМИ БУКОВИНИ ПРИ ХВОРОБАХ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ	148
Власова К.В. ЗМІНА ЦИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ НЕЙРОНІВ СУПРАОПТИЧНИХ ЯДЕР ГІПОТАЛАМУСА ЩУРІВ В УМОВАХ ПОСТІЙНОЇ ТЕМРЯВИ	149
Закрутько А.О. ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ НА ЦИРКАДНІ ХРОНОРИТМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	149
Якимюк А.Д., Каземірська М.А. ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ КАРІОТИПУ У РОСЛИН	150
Карнась Н.О., Кривчанська М.І. ФІТОПРОФІЛАКТИКА РОСЛИНАМИ БУКОВИНИ	150
Булик Р.Є., Кишкан П.Я. ХРОНОРИТМИ ЕКСКРЕТОРНОЇ ТА ЙОНОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЙ НИРОК У ЩУРІВ ЗА УМОВ БЛОКАДИ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДИНІВ	151
Кочерова Е.А., Шейко Е.А. ВЛИЯНИЕ L-ТИРОКСИНА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА ПАРАМЕТРЫ М-ОТВЕТА В СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЕ БЕЛЫХ КРЫС	151
Максимчук В.В., Кривчанська М.І. КОРЕЛЯТИВНА ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ТРИВАЛІСТЮ ФОТОПЕРІОДУ ТА НИРОКВИМ ДЕСИНХРОНОЗОМ	152
Нестеровська О.А. ВПЛИВ МОДИФІКАЦІЇ ФОТОПЕРІОДУ НА СТАН СУПРАХІАЗМАТИЧНИХ ЯДЕР ГІПОТАЛАМУСА БІЛИХ ЩУРІВ	152
Олендр Н.Я. ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ ТЕРИТОРІЙ М. ТЕРНОПІЛЬ ЗА СИНЕКОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ АРАНЕОКОМПЛЕКСІВ	153
Павел А.Д. КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК	153
Сумарюк Б.М. ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ НІТРАТІВ У ОВОЧАХ ТА ФРУКТАХ, ВИРОЩЕНИХ У РІЗНИХ РАЙОНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	154
Трифаненко А.М. ПІДБІР МЕЛАТОНІНВІСНИХ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН БУКОВИНСЬКИХ КАРПАТ	154
Швед К.В. МІНІРНК – КРИХІТНІ РЕГУЛЯТОРИ З ВЕЛИЧЕЗНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ	155
Шустик О.Р., Шустик М.Р. КОРОСТА: НЕСТЕРПНИЙ СВЕРБІЖ І ПРОСТЕ НАРОДНЕ ЛІКУВАННЯ	155
«Медицина і філологія»	
Войко Т. KLOCHKOVA – FONDATEUR DE L'ÉCOLE DE TUBERCULOSE EN BUCOVINE	157
Bronskich S., Geschko N. SEMANTIC-DISCURSIVE ANALYSIS OF ADJECTIVES IN COMMERCIAL NAMES	157
Gumenna M. VOLODYMYR MYKOLAYOVYCH KRUTSIK, THE REMARKABLE UKRAINIAN SCIENTIST	158
Kordunyan O., Makovska O. GEORGII KALYNA'S SCIENTIFIC HERITAGE	158

Melnyk D. VASYL FEDOROVYCH BOYECHKO	159
Mykhalchuk K. THE OUTSTANDING TRAUMATOLOGIST I.M.RUBLENYK	159
Pokalska Y. DER HERAUSRAGENDE BÜRGER CZERNOWITZ – SAMSON OLENA ILARIONIVNA	160
Sagan I. VIKTOR KORNIYOVYCH TASHCHUK	160
Shuryhaylo A., Kiranchuk V. NINA MYHAYLIVNA SOLOVYOVA	161
Stepanets M. PROKOPCHUK VIACHESLAV SAVYCH, A GREAT MAN AND PROMINENT SCIENTIST	161
Stoyka O. OLEXII DEMIANOVYCH YUHYMETS, A GREAT RECTOR AND PROMINENT SCIENTIST	162
Voloschina C. HONORED DOCTOR OF UKRAINE - PROFESSOR OLEKSANDR IVANOVYCH VOLOSHYN	162
Yavdoschnjak C. YAKIV DAVYDOVYCH KIRSHENBLAT	163
Yuzyak K. TURKEVYTSCH MYKOLA HERVASIYOVYTSCH IST WISSENSCHAFTLER, LEHRER UND HUMANIST	163
Zapotochna L., Orobchuk D. MYSLYTSKYI VALENTYN FRANTSOVYCH, A FAMOUS PATHOPHYSIOLOGIST AND SCIENTIST	164
Zhyryada N. VOLODYMYR IVANOVYCH PRONIAIEV	164
Kudla G., Nesterak L. FOUNDATORS OF BIOLOGICAL SCIENCES. I.F. MESHCHYSHEN	165
Maksimischin V. KULACHEK FEDIR GRYGOROVYCH, A FAMOUS SCIENTIST AND SURGEON	165
Malinevska O. PROMINENT SCIENTIST-ANATOMIST, TALANTED TUTOR-MYKOLA HERVASIIOVYCH TURKEVYCH	166
Masliy N., Butnaru M., Avramenko G. A PROMINENT SCIENTIST OF BUKOVINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY	166

Морфологія

Andriychuk A., Kurikeru M., Kaprosch A., Stroich M. FEATURES OF ADRENAL BLOOD SUPPLY AT THE END OF ONTOGENETIC FETAL PERIOD	168
Cazacu E., Munteanu A., Garstea I., Cerbadji A., Coslet S. HISTOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF VARIOUS LOCALIZATION OF ENDOMETRIOSIS	168
Gavrylova A., Kaprosch A., Stroich M., Andriychuk A. FEATURES OF ADRENAL VENOUS SYSTEM ARCHITECTONICS IN LATE TERM FETUSES	169
Mularczyk M. ANTHROPOMETRIC FINGER LENGTH RATIO (2D:4D) IN DISEASES	169
Pronyayev D., Rurak O. PERINATAL ANATOMY OF THE INTERNAL FEMALE GENITAL ORGANS	170
Stroich M., Kurikeru M., Gavrilova A., Andriychuk A. TOPOGRAPHICAL AND ANATOMICAL FEATURES OF THE ADRENAL GLANDS AT THE END OF THE ONTOGENETIC FETAL PERIOD	170
Іванюк Я.Т., Товкач Ю.В. ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ	171
Андрієць В.М. МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВАД СЕРЦЯ	171

Андрунишин В.С., Лаврів Л.П. РОЗВИТОК ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ В ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ	172
Ахмедов А.И. АДРЕНЕРГИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ СОСУДОВ КОЖИ КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ	172
Ахмедова С.М. СТРОЕНИЕ МИОКАРДА ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ КРЫСЫ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ	173
Бурденюк Ю.О. ФІЗИОЛОГІЧНА АТРЕЗІЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	173
Вітенко О.Я., Черкавська А.О., Гримайло Н.А. ТИПОВА І ВАРІАНТНА БУДОВА ПРЯМОЇ КИШКИ	174
Вріщ О.М., Урсов М.В., Вишнякова О.А. ЗМІНА КІСТКОВОЇ ОСНОВИ ТАЗА ПІД ЧАС ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ	174
Гідора С.В. МОРФОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	175
Гаджиева А.У. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТРАПЕРИКАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЛЫХ ВЕН	175
Гаджиева А.У., Хамидова Ф.М. ВЛИЯНИЕ ЭТИЛОВОГО СПИРТА НА СТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУР УСТЬЕВОГО ОТДЕЛА КАУДАЛЬНОЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ КРЫС	176
Галичанська О.М., Куфтяк В.В., Попадюк Т.І., Крушельницький І.І. АТИПОВА ТОПОГРАФІЯ ЗАГРУДНИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДА 10 МІСЯЦІВ	176
Остаф Н.П., Гнатюк А.Я., Кізіма М.В. ЗНАЧЕННЯ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОСТУДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СТУДЕНТІВ КОЛЕДЖУ	177
Зайнчковська Н.М., Мишковська Т.В. РОЗВИТОК ЗОРОВОГО НЕРВА В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	177
Вирбицька С.В., Кашперук І.С. ГІСТОАРХІТЕКТОНІКА МІХУРОВО-СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ПЛОДІВ ТРЕТЬОГО ТРИМЕСТРУ	178
Кізіма І.М. МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРОК	178
Колесник В.В., Тимочко Ю.Д., Хомко Б.О. ВИКОРИСТАННЯ ТРИВИМІРНИХ МОДЕЛЕЙ БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ДОСЛІДЖЕННЯХ ВЕНТРИКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ	179
Косован Д.М. МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СЕРЦЯ. ШУНТУВАННЯ ТА СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ СУДИН СЕРЦЯ	179
Кривецький І.В., Нарсія В.І. РОЗВИТОК ПЕРВИННИХ ЯДЕР СКОСТЕНІННЯ В ХРЕБЦЯХ ЛЮДСЬКИХ ЕМБРІОНІВ, ПЛОДІВ І НОВОНАРОДЖЕНИХ	180
Маліневська О.В. УЗД-КАРТИНА ВНУТРІШНІХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ В НОРМІ І ДЕЯКИХ ПОШИРЕНИХ ПАТОЛОГІЯХ	180
Малик Ю.Ю., Пентелейчук Н.П. ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНО РОЗТАШОВАНИХ СТРУН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ЛЮДИНИ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕТОДОМ СПЕКТРАЛЬНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ	181
Малик Ю.Ю. БУДОВА АНОМАЛЬНО РОЗТАШОВАНИХ СТРУН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ЛЮДИНИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ МЕТОДОМ СВІТЛОВОЇ МІКРОСКОПІЇ	181
Войтко М.Я., Мельник Д.С., Соловянчик О.В., Мельник А.Є. ГІСТОАРХІТЕКТОНІКА МІХУРОВО-СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА РАННІХ ПЛОДІВ	182

Нітеш С.С. ЕМБРИОГЕНЕЗ СЕЧО-СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЛЮДИНИ	182
Нестерук С.О. ОСОБЛИВОСТІ ВІКОВОЇ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЕЧОВОГО МІХУРА	183
Орипова А.Ф. МОРФОЛОГИЯ ИНТРАМУРАЛЬНОГО НЕРВНОГО АППАРАТА ТОЩЕЙ КИШКИ ПЛОДОВ КРОЛИКОВ, ПОДВЕРГНУТЫХ ВЛИЯНИЮ ПЕСТИЦИДОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	183
Орипова А.Ф., Орипов Ф.С. МОРФОЛОГИЯ ИНТРАМУРАЛЬНОГО НЕРВНОГО АППАРАТА ТОЩЕЙ КИШКИ ПЛОДОВ КРОЛИКОВ, ПОДВЕРГНУТЫХ ВЛИЯНИЮ ПЕСТИЦИДОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	184
Панькевич М.В., Іваніцький А.В. ОСОБЛИВОСТІ МОРФОГЕНЕЗУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ	184
Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю., Агазаде Л.М. МАКРО- І МІКРОСКОПІЧНА БУДОВА СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАННИХ АПАРАТІВ СЕРДЕЦЬ ПЛОДІВ	185
Пентелейчук Н.П., Мілевська О.А. МОРФОЛОГІЧНІ ТА ПОЛЯРИЗАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН СЕРДЕЦЬ ПЛОДІВ	185
Проняев Д.В. АГЕНЕЗІЯ МАТКИ	186
Проняев Д.В., Топор О.Д. ПЕРИНАТАЛЬНИЙ АНГІОГЕНЕЗ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО СЕГМЕНТА	186
Процак Т.В., Панькевич М.В., Сенів Н.В., Іваніцький А.В. МОРФОГЕНЕЗ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ УПРОДОВЖ 5-ГО ТА 6-ГО МІСЯЦІВ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЕРІОДУ РОЗВИТКУ	187
Процак Т.В., Бруневич Е.Г., Лінська А.О., Лісна О.І. РЕНТГЕНАТОМІЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ	187
Процак Т.В., Дзьоба І.В., Кожухар А.В., Сліжук М.Я. ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ	188
Соловей М.М., Гораш Є.В. ДИНАМІКА РОЗВИТКУ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ПЛОДІВ ТРЕТЬОГО ТРИМЕСТРУ	188
Стельмах В.В. ЕМБРИОГЕНЕЗ ТА ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ВАД СЕРЦЯ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	189
Флуєраш О.А., Проняев Д.В. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПЛОДОВ	189
Юрчик Д.С., Руснак В.Ф., Бойчук О.М. ВАДИ РОЗВИТКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА	190

Неврологія

Kubias J. THE COMPARISON OF THE INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE RESULTS OF SUBTHALAMIC DEEP BRAIN STIMULATION IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OF OLOMOUC, THE CZECH REPUBLIC	192
Антимис О.І. ВПЛИВ ГІРУДОТЕРАПІЇ НА СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ	192
Балог Д.Т., Савка Р.Ф., Навчук Д.І. КІНЕЗОТЕРАПІЯ ПРИ КИЛАХ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО РІВНЯ	193
Бойчук Н.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФЕНОТРОПІЛУ ПРИ ВЕГЕТАТИВНІЙ ДИСТОНІЇ	193

Горін К.В., Жуковський О.О. ЗМІНИ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ У ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ	194
Маслянчук О.О., Комаровський І.С., Федак І.П. ЗАСТОСУВАННЯ НООТРОПІВ В ЛІКУВАННІ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ, ЯКА ОБУМОВЛЕНА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	194
Лукіянова І.М., Філіпець О.О. ДИНАМІКА ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ІПІДАКРИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАСЛІДКАМИ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	195
Новикова Л.В., Кузнецов А.А. ПОЛУШАРНІЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ПОВТОРНОГО МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА	195
Патрабой В.В., Зорій І.А. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ КРОВІ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ З КЛІНІЧНО-ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ	196
Сучеван А.Г., Павликівська Г.І., Кривецька І.І. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕЙРОТРОФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ КОРТЕКСИНОМ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ	196
Шваб А.М., Кривецький І.В. КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ	197
Шмырина К.В., Мавлянова З.Ф. ПРИМЕНЕНИЕ ПРАПАРАТА МИРТАЗАПИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН	197

Онкологія

Білик І.С. НОВІТНІ МЕТОДИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	199
Бобик М.П., Куфтяк В.В. СПЛЕНОМЕГАЛІЯ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ	199
Бондаренко В.С. ВЛИЯНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	200
Крочун А. РОЛЬ ФАКТОРОВ И ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	200
Кузьменко В.О., Колеснік О.П., Часовських А.І. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПОВНОЇ СИСТЕМАТИЧНОЇ МЕДІАСТИНАЛЬНОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ НА РАННІХ СТАДІЯХ РАКУ ЛЕГЕНЬ	201
Юрина С.В. ФАКТОРИ РИЗИКУ РАКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ЇХ РОЛЬ У ПРОГНОЗІ ВИНИКНЕННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ	201

Оториноларингологія

Krol B., Tomanek E., Panasiewicz A., Skarzynski P. COCHLEAR IMPLANTATION IN USHER SYNDROME PATIENTS	203
Калашник Ю.М., Бережна А.В. ДО ПИТАННЯ ПРО КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ СЕРЕДНІХ ОТИТІВ	203
Исакова Ю.Н., Хушвакова Н.Ж., Сафарова Н.И., Нуралиев У.К. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	204
Хамракулова Н.О., Исхакова Ф.Ш., Алиева А.Б., Абдухамидов С.М. ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИИ	204
Ковальчук Л.І., Чернокур О.А. ЛІКУВАННЯ ПАПІЛОМАТОЗУ ГОРТАНІ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНТЕРФЕРОНУ	205

Насырова Д.З., Хушвакова Н.Ж., Сафарова Н.И. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОФАРИНГИТА	205
Обидов Д.У., Хушвакова Н.Ж., Сафарова Н.И. ВЛИЯНИЕ ТОПИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	206
Сафарова Н.И., Исхакова Ф.Ш., Элмурадолов Н.Г., Хусенов И.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИОКСИДОНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	206
Свідрак І.М., Шопулко О.А. МЕДИЧНА ТА ДЕОНТОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА РЕЦИДИВІВ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ У ДІТЕЙ	207
Сафарова Н.И., Хамракулова Ф.Г., Обидов Д.У. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА	207
Хушвакова Н.Ж., Хамрокулова Н.О., Таджикиева Н.К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.	208
Офтальмологія	
Берназ О.В. КОСОГЛАЗИЕ ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	210
Варварыч И.Ю. НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПТИЧЕСКОГО НЕВРИТА	210
Корконішко О.І. РЕФРАКЦІЙНІ МАРКЕРИ ДВОБІЧНОГО УРАЖЕННЯ ЗОРОВИХ НЕРВІВ ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ	211
Наконечний Д.О. РОЛЬ ПАТОЛОГІЇ РЕФРАКЦІЇ В РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО БЛЕФАРИТУ	211
Патологічна анатомія	
Іліка В.В., ГеровськаКовбасюк О.Б. ОБГРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ МОРФОЛОГІЧНОГО ВИВЧЕННЯ ХОРІОАМНІОНІТУ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ЗА ДАНИМИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	213
Бесединська О.В. МОРФОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПЕРИФЕРІЙНИХ НЕРВІВ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ НЕЙРОПАТІЇ	213
Гарвасюк О.В. ОБГРУНТУВАННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ЗА СТАТИСТИЧНИМИ ДАНИМИ ПО ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	214
Іліка В.В., Земсков В.О. ФЕТОПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ	214
Лазарук О.В., Котюха Л.М. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РОЗМІРОМ ПЕРВИННОЇ ПУХЛИНИ ТА РІВНЕМ ЕСТРОГЕНУ У ПАЦІЄНТОК З ІНВАЗИВНИМ РАКОМ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	215
Майкан А.І. ПОРУШЕННЯ ТРОФОБЛАСТИЧНОЇ ІНВАЗІЇ В АСПЕКТІ МОРФОГЕНЕЗУ ЕКСТРАХОРИАЛЬНИХ ПЛАЦЕНТ	215
Мунтяну А.И. МАСТОЦИТЫ, МАКРОФАГИ В АНГИОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	216
Пужанська А.С., Шендерюк О.П. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ПЕРЕРИВАННІ ВАГІТНОСТІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ	216
Савчук А.Ю. РОЛЬ ТЕЛОМЕРАЗИ В РОЗВИТКУ ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	217

Фельдман Д.А., Плітень О.М., Мирошниченко М.С. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАЗАЛЬНОЇ МЕМБРАНИ БАГАТОШАРОВОГО ПЛОСКОГО ЕПІТЕЛІУ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ЦЕРВІКАЛЬНИХ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЯХ ТА РАКУ ШИЙКИ МАТКИ	217
Шендерюк О.П., Земляк О.Я. СТАН ПЛАЦЕНТИ ТА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ПОСЛІДУ	218
Іліка В.В., Шершньова В.В. ХОРИОАМНІОНІТ ПРИ ІНШИХ СУПУТНИХ ПАТОЛОГІЯХ ВАГІТНИХ	218
Щуцький М.А., Бурбела А.А., Попович А.І. ПАТОМОРФОЛОГІЯ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ	219
Гарвасюк О.В., Юрчук М.М. СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ЩОДО ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПО ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА М.ЧЕРНІВЦІ ЗА 2010-2012 РОКИ	219

Патофізіологія

Cuzjo N., Tishchenko S., Hilyanchuk V. CURRENT METHODS OF STUDYING OF THE PROLIFERATIVE ACTIVITY OF CARDIOMYOCYTES IN EXPERIMENTS	221
Danukalo M., Fedotova M. EVALUATION OF INFORMATIVENESS OF DETERMINING OF THE IGF-1 LEVEL IN PREPUBESCENT BOYS WITH EXCESS BODY WEIGHT	221
Meera S.I., Choubey K.I., Dmitrenko R.R. EFFECTS OF THE PINEAL GLAND ON PRO- AND ANTIOXIDATIVE BIOMARKERS OF GINDIVAL AREA IN THE IMMATURE MALE ALBINO RATS	222
Говорнян С.Л. ОКРЕМІ ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ НОВОНАРОДЖЕНИХ	222
Гошовська Н.А., Свереда Г.О., Антонів Н.В. ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПОКСИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ФОНІ ПОПЕРЕДНЬОГО ВВЕДЕННЯ ПОХІДНИХ ТІАЗОЛІДИНУ	223
Рудницька Л.Р. РЕАКЦІЯ КАТЕХОЛАМІНІВ ОКРЕМИХ СТРУКТУР МОЗКУ СТАРИХ ЩУРІВ НА ІШЕМІЧНЕ ТА ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНЕ ПОШКОДЖЕННЯ	223
Свереда Г.О., Гошовська Н.А., Вілюра В.В. ВПЛИВ ГІПОКСИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ОРГАНІЗМ ЩУРІВ ЗА УМОВ ПОПЕРЕДНЬОГО ВВЕДЕННЯ ПОХІДНИХ ТІАЗОЛІДИНУ У СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЇХ ІНДЕКСІВ	224
Соловянчик О.В., Говорнян С.Л., Мельник А.Є., Бойко Т.Я. ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ХРОНОРИТМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІЙ НИРОК ЗА УМОВ ГІПОФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	224
Степанченко М.С., Стеців О.В., Владиченко К.А. МЕТОД РОЗДІЛЬНОГО ОТРИМАННЯ СЕЧІ З КОЖНОЇ НИРКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПІЄЛОНЕФРИТІ У ЩУРІВ	225
Харченко К.О., Семененко Н.Ю., Семененко В.В. ЦИРКАДІАННА ОРГАНІЗАЦІЯ КИСЛОТНОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК	225
Харченко А.О., Семененко В.В. ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕНЬ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА УМОВ ГІПЕРФУНКЦІЇ ПІНЕАЛЬНОЇ ЗАЛОЗИ	226

Педіатрія

Andriychuk D., Andriychuk T. IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS OF ULCER DISEASE IN CHILDREN	228
Vlasova O., Ortemenka Y., Fochuk M., Fochuk N. INFLUENCE OF SOME FACTORS ON CYTOLOGICAL COMPOSITION OF SPONTANEOUS AND INDUCED SPUTUM IN SCHOOL-AGED CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA	228

Godwin S.D. INDICATORS BRONCHIAL HYPERSENSITIVITY IN SCHOOL AGE CHILDREN WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA	229
Sofe M., Garas M. THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SEVERE PERSISTENT BRONCHIAL ASTHMA ATTACK IN SCHOOLCHILDREN WITH DIFFERENT PHENOTYPES OF AIRWAY INFLAMMATION	229
Авазова Т.А. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	230
Антофійчук Т.М., Білоус Т.М. АНАМНЕСТИЧНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ВИХІДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ	230
Ахмеджанова Н.И. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	231
Ачилова Ф.А. СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ	231
Дрозд В.Ю., Белашова О.В. ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЕФЕКТОРНИХ КЛІТИН У ВЕРИФІКАЦІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ В ДІТЕЙ	232
Хусанов Б.Н., Бабаева Н.Т. РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ	232
Пахольчук О.П., Вакула Д.А. ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ В ТЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	233
Шерстобітова О.В., Гарас М.Н., Сіладі Й.Й., Донська Т.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАХВОРЮВАННЯ	233
Белоус Т.М., Григола Е.Г., Билык Г.А. МОНИТОРИНГ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ФИЗИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	234
Нечитайло Д.Ю., Буряк О.Г., Заболотна І.Е. ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ШКОЛЯРІВ З НЕФРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	234
Буряк О.Г., Нечитайло Д.Ю., Заболотна І.Е. НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ЯК ЧИННИК РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	235
Кабилова З.Т., Хамидова А.Б. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	235
Караматуллаева З.Э., Абдухамитова М.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «НАРИНЭ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНВАЗИВНЫМИ ДИАРЕЯМИ	236
Ярмухамедова Н.А., Комилов О.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ВИФЕРОН-1» У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КОРИ	236
Міхеева Т.М., Нечитайло Д.Ю. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГОВОЇ ОЦІНКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ШКОЛЯРІВ	237
Міхеева Т.М., Нечитайло Д.Ю. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АВТОМАТИЧНИХ ТОНОМЕТРІВ ПРИ СКРИНІНГОВІЙ ОЦІНЦІ АТ У ДІТЕЙ	237
Сажин С.І., Мельник М.В. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ТА СПІРОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ РАНЬОГО ПОЧАТКУ В ДІТЕЙ	238

Васкул Н.Я., Мислицька Г.О., Сажин С.І. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОЦІНКИ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	238
Мислицька Г.О. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРСИСТУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ДИТИНСТВА У ДОРΟΣЛИЙ ВІК У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	239
Олексієнко Б.О., Лукзен В.Б. МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЇЇ СИСТЕМНІ НАСЛІДКИ В НОВОНАРОДЖЕНИХ У КРИТИЧНИХ СТАНАХ	239
Перижняк А.І. ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА УМОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ	240
Расулова Н.А. ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ	240
Семань-Мінько І.С. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ НЕМОВЛЯТ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	241
Сиромятнікова К.С. ДЕЯКІ ЗМІНИ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ, ТА СПОСОБИ ЇХ УСУНЕННЯ	241
Скуляк А.В. ФЕНОТИПОВА НЕОДНОРІДНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ ЯК ПІДСТАВА ДЛЯ ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	242
Книжницька Т.М., Тарнавська С.І. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ	242
Троян Ю.В., Козмачук В.В., Гарас М.Н. ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВИЯВЛЕННІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ	243
Тухтаєв У.Ф. КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ПОДРОСТКОВ	243
Гарасим З.С., Хомік І.П., Шахова О.О. ОЦІНКА РИЗИКУ ВТРИМАННЯ ТА ВТРАТИ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ	244
Чербу А.В., Нікітіна А.А. ПОШИРЕНІСТЬ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ НОВОСЕЛИЦЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2012-2014 РОКИ	244
Шевченко Н.О. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ БІОТРАНСФОРМАЦІЇ КСЕНОБІОТИКІВ GSTT1 ТА GSTM1 ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ШКОЛЯРІВ	245
Шеремет В.В. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НЕМОВЛЯТ ПРИ ГРУДНОМУ ВИГОДОВУВАННІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	245
Шерстобітова О.В., Гарас М.Н. СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ РІЗНОЇ ТЯЖКОСТІ	246
Шкрібляк У.В., Молокус І.В. СКЛАДОВІ КОМПОНЕНТИ ГРУДНОГО МОЛОКА ЯК НАЙБІЛЬШ СУТТЄВІ ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК ДИТИНИ В РАНЬОМУ ВІЦІ	246
Рустамова Ш.А., Вафокулова Н.Х., Ярмухамедова Н.А. МИКСТ ВАРИАНТЫ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	247

Психіатрія і наркологія

Diacova O., Seweryn M., Kolarczyk A., Stetsiv O., Stepanchenko M. DEPRESSION AMONG MEDICAL STUDENTS FROM COUNTRIES OF CENTRAL AND EASTERN EUROPE	249
--	-----

Борисенко В.В. ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЗАПОЙНЫМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	249
Герасименко Л.О. ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	250
Захарчук С.В. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО (ЕМОЦІЙНОГО) ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА ЛІКАРІВ-ОРДИНАТОРІВ	250
Хомяк О.В., Студеникіна Т.О., Камнева А.В. МЕЛОКСИКАМ ТА АНТИДЕПРЕСАНТИ: ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ДЕПРЕСІЇ	251
Ніколенко Г.С. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ТА РІВНІВ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	251
Обезюк В.С., Стасишена О.В. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ	252
Пульмонологія і фтизіатрія	
Adzhablaeva D.N. DETECTION OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS	254
Adzhablayeva D.N. NEW APPROACHES TO DETECTION OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS IN CHILDREN OF HIGH RISK GROUPS	254
Aidoo F.M., Patience D.M., Opopu E.A. THE NEW POSSIBILITIES OF IMMUNOREHABILITATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT DIABETES MELLITUS TYPE II	255
Іванов О.С., Твардовський А.М., Цапко Г.В. ПИТАННЯ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СПОНДИЛІТУ	255
Абдиева Г.А., Рофиев М.Ш., Исаметдинова З.С. ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	256
Бевз А.А., Підвербецька О.В. КЛІНІЧНО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	256
Благовісний А.С., Діхтяренко В.О. ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ НА ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ	257
Бойко О.П., Герман А.О. ІМУНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	257
Бойко Д.М., Бойко М.Г., Чорнуха В.Л., Страшко Є.Ю., Бойко О.С. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ - ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	258
Волошина М.В. ЗАСТОСУВАННЯ «ГЕЛОМІРТОЛУ-ФОРТЕ» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	258
Джуракулов Р.И. СОСТАВ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ МЕНИНГИТОМ	259
Калаптуровська О.С., Хайменова Г.С. СПЕЦИФІЧНІСТЬ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК	259
Камінська М.С., Семянів І.О. ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ	260
Косминя М.О., Паліброда Н.М., Чимпой К.А. ОЦІНКА СТАТУСУ ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ	260

Гопко О.Ф., Криворучко І.Г. ФАКТОРИ РИЗИКУ УРАЖЕННЯ ЕЛАСТИЧНОСТІ СУДИН У ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	261
Кулинич І.О., Федченко В.А. СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ ЗА 2013 РІК В ПОРІВНЯННІ З РОЗПАЛОМ ЕПІДЕМІЇ 1995 РОКУ	261
Полякова Ю.В. ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНОГО ТЕСТА С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ	262
Савченко Л.В., Хайменова Г.С. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ	262
Сака А.А., Підвербецька О.В., Поворозник Я.Ю. ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОРЕАКТИВНОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	263
Струц С.В., Недибалюк О.В. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА МОЗКОВИХ ОБОЛОНОК У НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	263
Тимочко Ю.Д., Якимюк А.Д., Бойко А.В. СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ЯК КОМОРБІДНИЙ СТАН У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ	264
Умматова Р.Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, АКТИВНО ВЫЯВЛЕННЫХ В ГРУППАХ РИСКА И ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	264
Чумак Ю.Ю., Андреева З.Б. ДИНАМІКА ВМІСТУ ТРОМБОКСАНУ В2 У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, ПОЄДНАНОЇ З ХРОНІЧНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ	265
Бойко М.Г., Шперно О.Г., Судоплатова К.А., Руденко В.В. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	265
Яшан О.В., Продан М.І. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	266
Яшан О.В., Продан М.І. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	266

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я

Drebit Y. RESULTS OF VIDAZA ADMINISTRATION AT HOME	268
Krol B., Swierniak W., DajosKrawczynska K., Skarzynski P. RESULTS OF HEARING SCREENING PROGRAM IN TADJIKISTAN	268
Krol B., Barylyak R., Ludwikowski M., Skarzynski P. RESULTS OF PILOT HEARING SCREENING IN SCHOOLCHILDREN IN AZERBAIJAN	269
Grytsiuk M.I., Navchuk D.I. STREPTOZOTOCIN MODEL OF DIABETES MELLITUS	269
Бідучак А.С., Доманчук Т.І., Макевич Ю.І. ВИВЧЕННЯ НАЯВНОСТІ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	270
Бальченко О.І. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї	270
Доманчук Т.І., Верник Р.М. СТРАТЕГІЇ ДІЙ ЩОДО ПОКРАЩАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗА ЗАКОНОМ ВИЖИВАННЯ ПОПУЛЯЦІЇ	271
Кардаш Г.В., Марараш Г.Г., Лека М.Ю. ЧИННИКИ ПОГІРШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	271

Ким А.А., Ходжаева С.А., Асатулаев А.Ф., Маматова Н.Т. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.	272
Пилипенко І.В. ДОСВІД ХІРУРГІЇ В ПЕРІОД ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ХХV З'ЇЗДУ ХІРУРГІВ СРСР	272
Горбаченко Л.А., Савка Р.Ф. ІНФОРМАЦІЙНИЙ МЕТОД ОЦІНКИ СУКУПНОГО ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНИХ ЧИННИКІВ НА ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ І ПРОВІДНІСТЬ СЕРЦЯ	273
Смолякова К.В. РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНІЙ РОБОТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЩОДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	273
Масляничук О.О., Андрущак А.В., Старко І.Б. ОБІЗНАНІСТЬ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	274
Сухарева В.А. СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ (MTHFR) ЗА ПОЛІМОРФІЗМОМ С677Т В УКРАЇНСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ	274
Федак І.П., Андрущак А.В., Старко І.Б. ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В АСПЕКТІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	275
Хорош М.В., Гаркавенко М.О. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОТИВАЦІЇ УСПІХУ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГОЛОВНИХ ЛІКАРІВ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	275
Чобан В.Р. ПРО НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПРИ ЕКСТРЕНИХ СТАНАХ	276
Соціологічні та гуманітарні науки	
Дронь М.Г. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ СВІДОМОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ОКР	278
Дячук А.В. ВПЛИВ ЕМОЦІЙ НА ПРИЙНЯТТЯ ВЛАДНИХ РІШЕНЬ	278
Жиряда Н.Я. УКРАЇНА В ЕПІСТОЛЯРНІЙ СПАДЩИНІ Т.Г.ШЕВЧЕНКА	279
Йосипенко В.Р. РОЛЬ МІФІВ У ФОРМУВАННІ ІМІДЖУ ПОЛІТИКІВ	279
Правосудько П.М. ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ СТРЕСУ ТА АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ	280
Пужанская А.С. ВНУТРІШНЬОСОБИСТІСНИЙ КОНФЛІКТ ЯК ЧИННИК СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗРІЛОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	280
Семака А.В. ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЬ – НОВИЙ ФЕНОМЕН ХХІ СТОЛІТТЯ	281
Федоряк Д.В. ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ТИРЕОІДОЛОГІЇ НА ПІВНІЧНІЙ БУКОВИНІ	281
Хромюк В.В., Мензак О.В. ВПЛИВ КРОС-ФОРМАТНОГО НАВЧАННЯ НА ПРОФЕСІЙНИЙ ТА ОСОБИСТІСНИЙ РОЗВИТОК СТУДЕНТІВ	282

Стоматологія ортопедична та хірургічна

Білійчук М.І., Кузник Б.В., Кузник Л.В. ЗАСТОСУВАННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ ОБТЯЖЕНИХ НАРКОМАНІЄЮ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	284
--	-----

Марущак О.М. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ РІЗНИМИ НЕЗНІМНИМИ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ	284
Рощук О.І. ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІТІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПАРОДОНТИТУ ПРИ НАЯВНОСТІ ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ТА СУПРОВІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКА	285
Симовонюк М.В. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТУ	285
Соломко В.О. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	286
Стоматологія терапевтична	
Ахтамо Ш.Д., Шамсиев Р.А., Индиаминова Г.Н., Ахмедова Ф.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРАДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	288
Басіста А.С., Гараніна Т.С., Рожко В.І. ВИБІР ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ	288
Гавалешко О.В. КЛІНІЧНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ВНУТРІШНЬОКАНАЛЬНИХ ШТИФТІВ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ	289
Индиаминова Г.Н., Ахтамов Ш.Д., Шамсиев Р.А., Ахмедова Ф.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ИРС-19 ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ	289
Исламова Н.Б., Шомуродова Х.Р., Шамсиева Ш.Ф., Исмаилов А.Х. ИЗУЧЕНИЕ КРИСТАЛЛООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ СЛЮНЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	290
Мороз А.В. УРАЖЕННЯ ПОРОЖНИНИ РОТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ	290
Пенішкєвич А.Я. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ, ОБУМОВЛЕНИХ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНІВ IL-1B ТА VDR У ДОРΟΣЛИХ	291
Яковлева Д.В., Єрошенко А.І. ПОШИРЕНІСТЬ, СТРУКТУРА ТА АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗІВ ІЗ АУТОІМУННИМ КОМПОНЕНТОМ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ	291
Яхъязаде Ш.Ш., Хазратов А.И., Ахмедова Ф.А. ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ САХАРОЗАМЕНТЕЛЕЙ	292

Судова медицина та медичне право

Любеля Ю.В., Андрійчук А.О., Малишев В.В., Скорейко М.М. ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ФАЗОВОГО АНАЛІЗУ СКЛОВИДНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ	294
Сивокоровська А.С., Павлюкович О.В., Заволович А.Й. ВИКОРИСТАННЯ КОРЕЛЯЦІЙНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ДВОПРОМЕНЕЗАЛОМЛЮЮЧИХ СТРУКТУР МІОКАРДА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	294

Травматологія і ортопедія

Abdulkadir A.M., Paliwal S.S., Dusko O.G. MECHANICAL PROPERTIES OF FIXING DEVICES FOR INTERNAL FIXATION METAEPIPHYSIAL FRACTURES	296
Asare B.A., Quansah B.A., Omer R.M., Dudko O.G. BIOMATERIALS IN ORTHOPEDIC SURGERY	296
Ахтамов А.А., Гаффаров А.Н., Карабаєв Ш.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	297

Ахтамов А.А., Ишанкулов Ш.З., Пак В.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА	297
Бабич Р.В., Сковрон М.В., Новікова І.М. ПРИЧИНИ НЕСТАБІЛЬНОСТІ НАКІСТКОВОГО МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПОШКОДЖЕНЬ ГОМІЛКОВОСТУПНЕВОГО СУГЛОБУ	298
Бондарчук І.В., Голубова Ю.І., Арделян А.О. БОЛЬОВІ СИНДРОМИ ПОПЕРИКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ВІСЦЕРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ	298
Бондрабура А.Л., Кміть Н.В. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ В ТРАВМАТОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ ЛШМД М. ЧЕРНІВЦІ	299
Гринчук М.М. ВИКОРИСТОВУВАННЯ СЕЛЕКТИВНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АНГІОГРАФІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ХВОРИХ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	299
Гриньова В.В., Люта О.Р. ВПЛИВ ТРЕНУВАНЬ НА СТАН ІМУНІТЕТУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	300
Жураев И.Г., Абдурахмонов У.А., Аширов М.У. ЛУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОАРТРОЗАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	300
Зубанов П.С. ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ КИСТІ	301
Иванов А.С., Чобан В.Р., Уличный В.И., Татаренко Д.П. НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	301
Коба І.Ю. ДИНАМІКА ЗАГОЄННЯ ПЕРЕЛОМІВ В УМОВАХ ЙОДОДИФІЦИТУ	302
Кизима І.М., Маліневська О.В. ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ СТУДЕНТІВ-СПОРТСМЕНІВ З БОЛЯМИ В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА	302
Мионов Р.А., Марчук И.П., Лях Ю.М. НЕРВ – СТРУКТУРА ТРЕБУЮЩАЯ БЕРЕЖНОГО ОТНОШЕНИЯ	303
Новікова І.М., Сковрон М.В., Смолинський Е.О. КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ МНОЖИННІЙ СКЕЛЕТНІЙ ТРАВМІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ З ДОПОМОГОЮ ЛІПІНУ	303
Сирота Б.В., Сирота К.А. МАЛОІНВАЗИВНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНИМИ АПАРАТАМИ КОСТЮКА В ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК	304
Сирота К.А., Сирота Б.В. БІОХІМІЧНА ОЦІНКА СТАБІЛЬНОСТІ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ БІМПФ-8	304
Сковрон М.В., Новікова І.М., Бабич Р.В., Смолинський Е.О. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ФІКСАЦІЇ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК У ДРІБНИХ ТВАРИН ПРИ ПОЛІТРАВМІ	305
Смолинський Е.О., Новікова І.М. МОЖЛИВОСТІ ТОРЦЕВОЇ ЕКСТРАКЦІЇ ЕНДОПРОТЕЗУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА	305
Туллюк С.В. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ГІПЕРТИРЕОЗУ	306

Урологія і нефрологія

Андрухів С.М., Петрик І.В., Вівсяник В.В., Бейчук Н.Г. ВМІСТ ПРОСТАГЛАНДИНУ E2 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ІІ-ІІІ СТАДІЇ З НАЯВНІСТЮ ЕРОЗИВНО – ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	308
Візнюк В.В., Волошинський Д.І. ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ	308

Вілігорська К.В.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ЩАВЕЛЕВОЇ КИСЛОТИ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	309
Волощук І.І.	
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	309
Новиченко С.Д., Воробель В.В.	
СКРИНІНГОВЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ З РЕНАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	310
Гафаров Р.Р., Тухтаев Ф.М., Хамроев Г.А., Холбеков Ж.А.	
ЧЕТЫРЁХКРАТНЫЙ РЕЦИДИВ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	310
Джаббаров Р.Н., Юсупов Т.Ю., Комилов Ш.З., Бобомуродов И.М., Камолов А.А.	
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОМЕСТНОГО УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ	311
Захарчук Т.В.	
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	311
Лесь Ю.С., Березова М.С.	
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ІНДЕКСУ ДЕФОРМАБЕЛЬНОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ІІІ-ІV СТАДІЇ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ	312
Назарова З.Х., Джумаев Д.Ш., Хасанбаев А.У.	
ПСИХОСЕКСУАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ В СОЦИУМЕ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ СТВОЛОВУЮ ФОРМУ ГИПОСПАДИИ В ДЕТСТВЕ	312
Джумаев Д.Ш., Назарова З.Х., Хасанбаев А.У., Комилов Ш.З., Мустафакулов И.М.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТВОЛОВЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ	313
Нодиров Ш.А., Ишанкулов О.А., Раббимов Д.Н.	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	313
Прокіпчук І.Р., Чорна І.Й.	
ФІТОТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИРОК	314
Роборчук С.В.	
ДИНАМІКА МСР-1 В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ З УРАЖЕННЯМ НИРОК	314
Степанченко М.С., Степан В.Т., Волошинський Д.І.	
УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ	315
Туйчиев А.П., Рахмонов Ш.Б., Богибеков М.М.	
ПРИМЕНЕНИЕ ДРИПТАНА В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН	315
Тухтаев Ф.М., Хамроев Г.А., Холбеков Ж.А.	
ЧЕТЫРЕХКРАТНЫЙ РЕЦИДИВ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	316
Цюпа І.В.	
РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СПЕКТРУ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	316
Шодмонова З.Р., Ишанкулов О.М., Гафаров Р.Р., Муродов Ф.Т.	
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	317
Юсупов Т.Ю., Бобомуродов И.М., Джаббаров Р.Н., Комилов Ш.З., Дониёров Б.Э.	
ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ	317

Фармакологія

Bukatari J.S.	
THE STUDY OF THE DERIVATIVES OF 2-BENZAMIDE-2-(2-OXOINDOLIN-3-ILIDEN) ACETIC ACID ON THE ANTIHYPOXIC ACTIVITY UNDER THE CONDITIONS OF HYPOBARIC HYPOXIA	319
Вернігора Д.Г.	
ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ТЕРАПІЇ БОЛЮ ЗА УМОВ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ	319
Гринчишин О.І.	
ІНТЕНСИВНІСТЬ НА-ТРАНСПОРТУВАЛЬНИХ СИСТЕМ В ЕРИТРОЦИТАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КОЛІТУ ТА ЗА ВПЛИВУ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ	320

Климович К.М. АНАЛІЗ БЕЗПЕКИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	320
Кордунян О.Е., Кушнір О.Ю., Яремій І.М. ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТДЕГІДРОГЕНАЗИ І ПІРУВАТКІНАЗИ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ЩУРІВ ЗІ СРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ДІАБЕТОМ	321
Нечитайло Л.Я., Леськів Х.А. ВПЛИВ КАДМІЄВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ НА МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СТАТУС ОРГАНІЗМУ ДОСЛІДНИХ ТВАРИН ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	321
Панасенко Т.О. КОРЕКЦІЯ СТРЕС-ІНДУКОВАНИХ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЩУРІВ МЕЛАНІНОМ	322
Патрабой В.В., Стецик Ю.Р., Ротар Д.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИГРИБКОВИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПІРАЗОЛВМІСНИХ СПОЛУК З СЕЧОВИНИМ ФРАГМЕНТОМ У ПОЛОЖЕННІ З ПІРАЗОЛЬНОГО ЦИКЛУ	322
Савчук В.О., Зеленюк В.Г. НЕФРОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ СТАТИНІВ НА МОДЕЛІ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗИВНОЇ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	323
Сухолотюк А.Л., Власик К.Л. ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	323
Щудрова Т.С. ВПЛИВ ОРГАНСПЕЦИФІЧНИХ ПЕПТИДІВ НА АКТИВНІСТЬ СУКЦИНАТДЕГІДРОГЕНАЗИ В НИРАХ ЩУРІВ ПРИ РАБДОМІОЛІТИЧНІЙ ГОСТРІЙ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ	324
Фармація	
Cristina C.C., Diug E.M., Calalb T.I., Achim M.A. THE OPTIMAL RECOVERY OF PHENOLIC COMPOUNDS EXTRACTED FROM CYNARA SCOLYMUS L. CULTIVATED IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA	326
Бідненко О.С. СОЗДАНИЕ НОВОГО МЕТОДА ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА	326
Віннічук Р.А., Музыка Н.Я., Паламар А.О. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	327
Василинчук О.Я., Івашків О.Б., Грозав А.М. СИНТЕЗ І ПРОТИГРИБКОВА АКТИВНІСТЬ ГІДРАЗОНІВ ТА ТІОСЕМИКАРБАЗОНІВ 4-ХЛОРО-5-ФОРМІЛІМІДАЗОЛІВ	327
Дячков М.В., Михальченко Є.К. ПОШУК СПОЛУК ПОТЕНЦІЙНИХ АНТИОКСИДАНТІВ В РЯДУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОХІДНИХ 3-АРИЛ(АРАЛКІЛ)КСАНТИНІВ	328
Зозуля О.О. МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ М. УМАНІ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ	328
Корчак Л.В., Бабій О.В., Мельник Л.Д. ДОСЛІДЖЕННЯ РЕОПАРАМЕТРІВ ТА БІОФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ	329
Кучер Т.В., Мерзлікін С.І. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ОГЛЯД ОБҐРУНТУВАННЯ ХІМІКО-ТОКСИКОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ГЛІПІЗИДУ	329
Левіч С.В., Шкода О.С. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕНДОТЕЛІОПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ ВОДОРОЗЧИННИХ СОЛЕЙ 3-АРИЛ(АРАЛКІЛ)-8-МЕТИЛКСАНТИНІЛ-7-АЦЕТАТНИХ КИСЛОТ	330
Лучків Н.Ю. АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСТІ CENTAUREA CARPATICA PORC	330

Нищенко А.Р.

ОПТИМИЗАЦІЯ МЕТОДОВ СТАНДАРТИЗАЦІИ ТАБЛЕТОК 331

Паламар А.О., Івашків О.Б., Костишин Л.В., Островська І.В.

ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ 331

Рибалкін М.В., Стрілець О.П., Стрельников Л.С.

ОБГРУНТУВАННЯ ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМУ ТА ЧАСУ КУЛЬТИВУВАННЯ ГРИБІВ РОДУ КАНДІДА 332

Юрченко Д.М., Субачова Т.І.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ КСАНТИНІЛ-7-АЦЕТАТНИХ КИСЛОТ 332

Ющишена О.В.

ВСТАНОВЛЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ УМОВ ЕКСТРАКЦІЇ ДЛЯ СИРОВИНИ VITEX AGNUS-CASTUS L. I V. CANNABIFOLIA SIEB 333

Хірургія

Davlatov S., Ismailov A., Suyunova M., Saidov S.

NEW METHOD OF PLASMAPHERESIS IN THE TREATMENT OF CHOLEMIC ENDOTOXICOSIS 335

Emmanuel O., Oleksandr B.

SURGICAL TREATMENT OF NEUROTROPHIC ULCERS FOR DIABETIC FOOT SYNDROME PATIENTS 335

Arziyev I., Kushmuradov N., Mardanov B., Suyunova M.

MINIIMAL INVASIVE SURGICAL METHOD FOR TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS 336

Patel S., Prajapati N., Shah S.

A NEW METHOD FOR MODELING OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS 336

Rakhmanov K., Raxmatova L., Saidmuradov K., Azimov R.

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MAJOR BILE DUCT INJURIES 337

Sah S., Sydorчук A., Patel S.

INCREASING EFFICACY OF SURGICAL TREATMENT OF PURULENT NECROTIC PROCESSES OF SOFT TISSUES UNDER LOCAL APPLICATION OF ADSORBED ANTIBACTERIAL DRUGS 337

Taneja K.

PROTECTIVE EFFECT OF QUERCETIN ON ORGANS DURING SEVERE ACUTE PANCREATITIS 338

Агура Г.Д.

ДІАРЕЯ ЯК ПРОВІДНИЙ СИМПТОМ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ 338

Аскарров П.А., Юлдашев Ф.Ш., Рахматова Л.Т., Сулханов А.О., Сайдуллаев З.Я.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ «МАЛЫХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ 339

Бабажанов А.С., Салохиддинов Ж.С., Хаитов Л.М., Даминов Ф.А., Суюнова М.Х.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ 339

Басюк К.А.

ОБГРУНТУВАННЯ ТРАНСАНАЛЬНОЇ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ДЕАРТЕРІАЛІЗАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ 340

Москалюк В.І., Васкул В.М.

МОДИФІКОВАНА ФОНОЕНТЕРОГРАФІЯ В ПРОГНОЗУВАННІ, ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКУ 340

Грищенко А.Б., Плегуча І.М., Дугаєва С.М., Саратов Л.С., Сидорчук А.Р.

ТРАВМАТИЧНА ХВОРОБА: ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФІЧНОГО ПРОТИІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХИСТУ 341

Гресько М.І., Величко А.О.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ 341

Гринчук А.Ф.

ПРОГНОЗУВАННЯ І ДІАГНОСТИКА РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ 342

Дрімач С.М., Дудко Т.О., Білик О.В., Гуцуляк А.В., Кропатницький М.А.

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ТА ПАРАВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ ЛОКАЛЬНОМУ ВАРИКОЗІ НИЖНІХ КІНЦІВОК 342

Гирла Я.В., Жилик Н.В., Музика А.П. НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	343
Козловська І.М. КОМПЛЕКСНА ХІМІЧНА СФІНКТЕРОТОМІЯ ПРИ ТРИЩИНАХ ПРЯМОЇ КИШКИ	343
Коноваленко І.А. ВИБІР СУДИННОГО ДОСТУПУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОДІАЛІЗУ	344
Красовський М.В., Красовська І.Г. ЗМІНИ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ХВОРИХ НА ТРАВМАТИЧНУ ХВОРОБУ	344
Липка В.Т., Якимчук П.М., Андрухів С.М. КОРОНАРНЕ ШУНТУВАННЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	345
Лудчак Н.Ю., Неміш І.Л. ОЦІНКА ЗМІН ЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ ПЛАЗМИ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ	345
Михайлова А.К. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	346
Неміш І.Л., Лудчак Н.Ю. ЗМІНИ ОПТИЧНОЇ ГУСТИНИ ПЛАЗМИ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	346
Нестерчук А.П., Москалюк О.П., Курка С.В. КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ РОЗРОБЛЕНОГО СПОСОБУ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ	347
Олійник О.В. МЕТОДИ ДЕТОКСИКАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ	347
Пиптюк В.О., Василюк С.М., Геращенко С.Б. КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ФОРМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ В УМОВАХ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА	348
Рахманов К.Ә., Рахматова Л.Т., Давлатов С.С., Зайниев А.Ф., Саидмуродов К.Б. ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	348
Рахманов К.Ә., Давлатов С.С., Ахмедов Г.К., Кан С.А. ПУТИ УСТРАНЕНИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ	349
Рудий О.О., Войтів Я.Ю. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ ТЕХНІКОЮ НАКЛАДАННЯ ШВІВ ТА ЗАВ'ЯЗУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ВУЗЛІВ	349
Смаглій Н.І. ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВРОСЛИМ НІГТЕМ У ЧОРТКІВСЬКІЙ ЦКРЛ ЗА 2009-2012 РІК	350
Басюк К.А., Смольницька А.О. РАДІОХВІЛЬОВА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ	350
Имамов Д.А., Турсунов С.Ә., Файзуллаев Ф.С., Хамидов С.А. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	351
Войтів Я.Ю., Улянівський В.С. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ	351
Чернишова Д.М., Білик О.В., Мудрик Н.Я., Райляну С.І., Циріль В.М. ВИКОРИСТАННЯ ПОСТІЙНОГО ЕЛЕКТРИЧНОГО СТРУМУ, УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ ТА ВАКУУМУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГАЗОВОЇ ГАНГРЕНИ	352
Чечельницькая І.С. ОПТИМАЛЬНІ АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ТА ЗНАЧЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ	352
Чечельницька І.С. ОПТИМАЛЬНІ АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ТА ЗНАЧЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ	353

Эгамбердиев А.А., Хужамов О.Б., Кан С.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.	
ОПТИМИЗАЦИЯ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ	353
Давлатов С.С., Юлдашов П.А., Рахманов К.Э., Кан С.А., Ахмедов Г.К.	
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	354
- Симпозіум -	
Agyemang E.A.	
STUDENTS REPRESENTATIVE COUNCIL – A MODE OF GROOMING FUTURE LEADERS	356
Amudzi E.E.	
THE NECESSITY OF STUDENT LEADERSHIP IN THE TERTIARY INSTITUTION (GHANA’S CASE)	356
Dotse S.S.	
“A DOWN TO EARTH” LEADER	357
Master V.K.	
FUNDAMENTALS OF SELF – GOVERNING IN INDIA	357
Minthah C.C.	
THE IMPACT OF YOUTH ORGANIZATIONS ON THE YOUTH	358
Navadia D.D.	
ADOLF HITLER: FROM LEADER TO DICTATOR	358
Okoh P.P.	
YOUTH ORGANIZATIONS AND THEIR ROLE IN YOUTH DEVELOPMENT: IAESTE – A CASE STUDY	359
Іващенко М.М., Плющ П.П.	
ПРАВОВА ОСНОВА ФУНКЦІОНУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ	359
Бейсюк Б.Б.	
ПУБЛІЧНИЙ ВИСТУП ЯК КОМУНІКАТИВНИЙ ЗАСІБ ДОСЯГНЕННЯ УСПІХУ	360
Віннічук Р.А.	
РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У РОЗВИТКУ ФІЗКУЛЬТУРИ І СПОРТУ В БУКОВИНСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	360
Герус О.І.	
АНАЛІЗ СВІТОВОГО ДОСВІДУ ФІНАНСУВАННЯ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ	361
Говорнян С.Л.	
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ	361
Жебчук Р.Л.	
ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА МОЛОДІЖНИХ НАУКОВИХ ТОВАРИСТВ	362
Закрутько А.О.	
ВОЛОНТЕРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ	362
Закутній Т.О.	
ОСОБОЛИВОСТІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ (НА ПРИКЛАДІ БДМУ)	363
Затурець О.О.	
ОСОБИСТІСНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО ЛІДЕРА	363
Йосипенко В.Р.	
Я-КОНЦЕПЦІЯ ПОЛІТИЧНОГО ЛІДЕРА (НА ПРИКЛАДІ ТОНІ БЛЕРА)	364
Мислицька Г.О.	
УЧАСТЬ У МІЖНАРОДНИХ ПРОЕКТАХ У СИСТЕМІ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ	364
Мосійчук В.П.	
З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В БУКОВИНСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	365

Островська Н.А. СТУДЕНТСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЯК ОДИН З ЕЛЕМЕНТІВ РОЗВИТКУ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА	365
Пальчикова Я.О. ОСОБИСТІТЬ У СИСТЕМІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ	366
Паранюк Ю.Д. РОЛЬ ВОЛОНТЕРСТВА У ФОРМУВАННІ СОЦІАЛЬНОЇ СВІДОМОСТІ СТУДЕНТІВ	366
Рибарчук А.В. ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ В СИСТЕМІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ	367
Романюк І.Г. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА РОЗВИТОК ВОЛОНТЕРСЬКОГО РУХУ В УКРАЇНІ	367
Рябокін А.Г. СТУДЕНТСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ЯКОСТЕЙ ЛІДЕРА	368
Себа В.В. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ	368
Семенова К.В. АСЕРТИВНІСТЬ ЯК ОСОБИСТІСНО-ПСИХОЛОГІЧНА ОСОБЛИВІСТЬ СТУДЕНТСЬКОГО ЛІДЕРА	369
Скоропляс С.В. РЕАЛІЗАЦІЯ ЗАВДАННЯ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В СИСТЕМІ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ	369
Сокальський В.В. ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИЧНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ МОЛОДІ В ПОЛІЕТНІЧНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	370
Стойка О.В. СПІВПРАЦЯ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ ВНЗ З ГРОМАДСЬКИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ	370
Треумова С.І. СТУДЕНТСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЯК ОДИН ІЗ ЕЛЕМЕНТІВ РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА	371
Хомко Б.О. З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ	371
Юзько В.О. МІЖНАРОДНА ПРОГРАМА АКАДЕМІЧНОЇ МОБІЛЬНОСТІ	372



II МІЖНАРОДНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

Шановні студенти та молоді вчені!

У березні – квітні 2015 року на базі Буковинського державного медичного університету
відбудеться щорічний

II Міжнародний медико-фармацевтичний конгрес студентів і молодих вчених - BIMCO.

В рамках наукового форуму відбудуться пленарні та секційні засідання, навчально-практичні
майстер-класи, лекції відомих вчених з актуальних проблем медицини та фармації.

Студентське наукове товариство та Рада молодих вчених Буковинського державного
медичного університету щиро запрошують Вас взяти участь у конгресі.

Форми участі у конгресі:

1. Усна доповідь і публікація тез.
2. Стендова доповідь і публікація тез.
3. Публікація тез.
4. Вільний слухач.

Робочі мови конгресу:

українська, російська, англійська.

Детальна інформація та реєстрація на сайті:

<http://bim.co.ua>

