



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

Збірник тез доповідей  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

УДК 61(063)

**Актуальні питання теоретичної та практичної медицини** : збірник тез А43 доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 23–24 квітня 2015 року. – Суми : Сумський державний університет, 2015. – 399 с.

**У збірнику подані тези доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання теоретичної та практичної медицини».** Матеріали конференції охоплюють питання експериментальної морфології, патологічної анатомії, теоретичної та профілактичної медицини, а також багатьох напрямів клінічної медицини.

## ЗМІСТ

<b>СЕКЦІЯ І. ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА</b>	<b>СТР.</b>
МЕТАБОЛІЧНИЙ ВПЛИВ ПОГЛІТАЗОНУ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ НА ТЛІ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ <i>Антоняк Богдана</i>	26
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ <i>Анцибор І.С., магістр, Собчишин Н.П., Старків О.І., Греченкова В.А., Заєць Г.В.</i>	26
ОСОБЛИВОСТІ ГЕОМЕТРІЇ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ <i>Асоян І. М.</i>	27
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ <i>Атаман Ю.О., Коломієць О.О., Хорошун О.О.</i>	28
КОРЕКЦІЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ ЗА ДОПОМОГОЮ УРАПІДИЛУ У ОСІБ З ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <i>Атаман Ю.О., Корольчук С.Д.</i>	28
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ <i>Атаман Ю.О., Старків О.І., Горяєва С.Ю., Городиська І.А.</i>	29
КЛІНІКО-АУДИОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У РОБІТНИКІВ ВУГІЛЬНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ З ПРОФЕСІЙНОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ <i>Басанець А.В., Гвоздецький В.А.</i>	30
ПРЕДИКТОРИ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ <i>Безкоровайний А.О.</i>	32
ВПЛИВ ПОМІРНОДІЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПЕРЕБІГ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ <i>Богдан Н.М.</i>	32
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ВЕТЕРАНІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ, ЯК ДОПОМІЖНА ЛАНКА В ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ. СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ. <i>Бокова С.І., Багмет В.В., Старків О.І., Горяєва С.Ю.</i>	33
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПОЄДНАННІ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ <i>Боярський О.О.</i>	34
АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИРОК <i>Висоцька О.О.</i>	35
ВИКОРИСТАННЯ КОРАКСАНА В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ) В ПОЄДНАННІ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС) <i>Винниченко Л.Б., Винниченко К.А.</i>	36
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АСТМА – ХОЗЛ OVERLAP СИНДРОМУ <i>Винниченко Л.Б., Головата Т.Ю.</i>	36
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ ПРИ НАЯВНОСТІ АТОПІЧНОГО ФАКТОРУ <i>Винниченко Л.Б., Небоян С.Б.</i>	37
ВПЛИВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ <i>Винниченко Л.Б., Голубєва Д.Д.</i>	38
ОСОБЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ СТУПЕНЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОРОНКАМИ <i>Гасюк П.А, Радчук В.Б.</i>	38
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛЕПТИНУ З ПОКАЗНИКАМИ АТЕРОГЕННОЇ ДИСЛІПОПРОТЕЇНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ОЖИРІННЯМ <i>Грищан Іванна</i>	39
КОМОРБІДНІСТЬ: У ФОКУСІ ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Діденко Д.В.</i>	40

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <i>Домінас В.М., Чумак О.О., Подорога О.І., Болотнікова Н.В.</i>	40
КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ПОДАГРИЧНИЙ АРТРИТ <i>Доскалюк Б. В., Попович Л. О.</i>	41
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ <i>Єрмоленко Т.С.</i>	42
ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ L-АРГІНІНУ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ <i>Жаркова А.В., Логвинюк Г.О., Гордіна М.А.</i>	42
ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ: СТРАТИФІКАЦІЯ ЧИННИКІВ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ <i>І.П. Мазур, С.І. Сміян, І.І. Білозецький, У.С. Слаба, О.С. Маховська, М.В. Микитів</i>	43
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ ІЗ СЕЗОННИМИ КОЛИВАННЯМИ СЕРЕДНЬОМІСЯЧНИХ ТЕМПЕРАТУР <i>Коваленко Є. Л., Мелеховець О. К., Співак Ж.С.</i>	44
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСІБ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В м.СУМИ <i>Коваленко Є.Л., Мелеховець О.К., Котков В.В., Євдокименко В.І.</i>	45
ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ <i>Коваленко Є.Л., Мелеховець О.К.</i>	47
СЕЗОННА ДИНАМІКА ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ <i>Коваленко Є.Л., Мелеховець О.К.</i>	48
ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ШИЙНОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ <i>Лішневська А.Г.</i>	49
МОЖЛИВОСТІ СОНОГРАФІЧНОГО СКРИНІНГУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ <i>Мелеховець О.К., Пестун І.С., Луценко Д.Ф.</i>	50
ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ АКНЕ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Мелеховець О.К., Радько А.С., Швидун К.О.</i>	50
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ <i>Мелеховець О.К., Жалдак Д.О., Зудіна Т.О., Нечай Г.А.</i>	52
ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ <i>Мелеховець О.К., Холодов Б.І., Прилепа Л.Д., Співак Ж.С.</i>	53
ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ МАШИНОБУДІВНОГО ПІДПРИЄМСТВА ЗА ДОПОМОГОЮ ПАЛЕСТЕЗІОМЕТРІЇ <i>Коленко О.І., Чиняк О.С.</i>	53
ВНЕСОК В.О. БЕЦА В У РОЗВИТОК ВЧЕННЯ ПРО БУДОВУ ТА ФУНКЦІЮ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ <i>Коленко О.І.</i>	54
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Кулібаба В.С., Краснопольська Н.В., Зайцева Т.О.</i>	55
ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВОПЛИНУ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО І/D ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ACE <i>Кушнір О.В., Сидорчук А.Р.</i>	55
ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТОФЛАВІНУ У ЛІКУВАННІ ТОКСИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ <i>Кушнірова А.П., Мариненко Л.В.</i>	56
АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ТА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Кириченко Н.М., Прокопівек М.В.</i>	57
ВПЛИВ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ <i>Кочуєва М.М., Псарьова В.Г., Кириченко Н.М., Ігнатенко Н.А., Гученко І.П.</i>	58

ПОКАЗНИКИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Ковчун А.В.</i>	59
ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА <i>Орловський В. Ф., Кучма Н. Г., Федірко Н. О.</i>	59
ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ АНТАГОНІСТАМИ ВІТАМІНУ К У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ НЕКЛАПАННОГО ПОХОДЖЕННЯ <i>Лаба В.В., Клименко В.О.</i>	60
ПРО МІСЦЕ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ <i>Лаба В.В., Шкандала А.Ю.</i>	61
СТАН ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПІД ВПЛИВОМ ВАЛСАРТАНУ <i>Лаба В.В.</i>	62
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІТЧИЗНЯНОГО ФІТОПРЕПАРАТУ ПЕКТОЛВАН ПЛЮЩ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ <i>Лисенко Ю.В.</i>	62
АЛЬБУМІН ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНОЇ РІДИНИ ЯК МАРКЕР ПОШКОДЖЕННЯ ГЕМАТОЕНЦЕФАЛІЧНОГО БАР'ЄРУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ <i>Личко В.С.</i>	63
СТАТИНИ У ПРОФІЛАКТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ <i>Личко В.С., Конопльова А.Ю.</i>	64
БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА <i>Личко В.С., Паньків І.М.</i>	64
СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ РИТМІЧНОЇ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ В ЛІКУВАННІ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ <i>Личко В.С., Федак А.В.</i>	65
ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО МОДИФІКАЦІЇ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ <i>Матійців Н. С., Єфремова О.О.</i>	66
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ НА МІКРОСПОРІЮ У ДЕЯКИХ КРАЇНАХ СВІТУ ТА В УКРАЇНІ <i>Морозова О. О., Коваленко В. Е.</i>	67
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЖОРСТКОСТІ СУДИННОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА <i>Муренець Н.О., Кучма Н.Г., Щеглюк Л.М.</i>	68
ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЖОРСТКОСТІ СУДИННОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ <i>Щеглюк Л.М., Рязанцева В.М., Морозова О.О.</i>	69
СТАН СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ З ОЖИРІННЯМ ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ АНТАГОНІСТАМИ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ <i>Мірошниченко О.О., Світлична Є.С.</i>	70
ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПОЛІМОРБІДНОСТІ ТА КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ <i>Нестерова Ю. О., Бойчук А. А., Кундій О. А., Чорней К. Г.</i>	70
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОКСОНІДИНУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З РЕФРАКТЕРНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ <i>Ополонська Н.О., Клочков О.Л.</i>	71
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ <i>Ополонська Н.О., Масленников В.В.</i>	72
ОЦІНКА СКОРОТЛИВОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ <i>Орловський В.Ф., Жаркова А.В., Олейніченко Ж.М., Фільчакова М. Г.</i>	73

КОРЕГУВАННЯ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ <i>Орловський О.В., Забіяка І.М., Кліщ О.О.</i>	73
РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГАСТРОПАТІЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ <i>Орловський О.В., Скоропад Ю.І., Сусол Ю.М.</i>	74
ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ АСОЦІАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ <i>Погорєлова О. С., Малиш К.М.</i>	75
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ПРИ АСОЦІАЦІЇ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ <i>Погорєлова О. С., Фендик М.М.</i>	76
РОЗПОДІЛ ГЕНОТИПІВ ЗА С825Т ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА $\beta$ 3-СУБОДИНИЦІ G-ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА <i>Приступа Л.Н., Моїсеєнко І.О.</i>	77
ЧАСТОТА ГЕНОТИПІВ ЗА GLN27GLU ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА $\beta$ 2 – АДРЕНОРЕЦЕПТОРА У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ <i>Приступа Л.Н., Бондаркова А.М., Пабот К.А.</i>	78
ВПЛИВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ВМІСТ ГОМОЦИСТЕЇНУ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ <i>Приступа Л.Н., Грек А.В., Сусол Ю.М.</i>	79
ВИКОРИСТАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ <i>Кочуєва М.М.<sup>1</sup>, Псарєва В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Сухонос В.А.<sup>3</sup>, Ащяулова Г.А.<sup>2</sup>, Гуріна С.Б.</i>	79
ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ <i>Кочуєва М.М.<sup>1</sup>, Псарєва В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Сухонос В.А.<sup>3</sup>, Привалова А.О.<sup>2</sup>, Дичко М.М.<sup>2</sup></i>	80
ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ <i>Распутіна А.В.</i>	81
ЧАСТОТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ЗА ВСЛ1 ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНУ ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА <i>Савченко О.В.</i>	82
ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ <i>Скателова О.О., Логвинюк Г.О.</i>	83
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ ПОДАГРОЮ <i>Сміян С.І., Соліяк О.В.</i>	83
ВПЛИВ ФІТОПРЕПАРАТУ КАНЕФРОН Н НА РІВЕНЬ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ В КРОВІ ХВОРИХ З ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ <i>Сміян С.І., Франчук М.В., Маховська О.С., Задорожна Л.В., Легка Л.Л.</i>	84
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БІСОПРОЛА У ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ <i>Сміянов В.А., Бориц Ю.М.</i>	84
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ <i>Сміянов В.А., Домінас В.М., Безсмерна Р.В., Кириєнко М.В.</i>	85
МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ <i>Сміянова Ю. О., Вільхова І. В.</i>	86
ВПЛИВ ФАКТОРІВ ВИРОБНИЦТВА НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ <i>Сотніков Д.Д., Богма К.В., Зацарна О.М., Медведь О.Л.</i>	87
СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПІДПРИЄМСТВАХ МІСТА СУМИ <i>Сотніков Д.Д., Яровець А.І, Краснощок С.О.</i>	88
ВПЛИВ РІЗНИХ ФАКТОРІВ НА ПРОЯВИ ВТОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ <i>Сотніков Д.Д., Фурман І.М., Левкович М.А.</i>	89
АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ СЕРЕД СТУДЕНТІВ СУМСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ <i>Сотніков Д.Д., Максимова О.С., Сівер М.Ф.</i>	89

ПРО ПОХОДЖЕННЯ СЛОВА «СИФІЛІС» <i>Сулим А.Г., Аль Баїрмані А.Ф.</i>	90
РОЛЬ ОЦІНОЧНИХ ШКАЛ В ДІАГНОСТИЦІ ПСИХІЧНИХ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВІДХИЛЕНЬ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ <i>Теслик Т.П.</i>	91
КЛІНІЧНО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАНІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 <i>Федів О.І., Сіцінська І.О., Волошина Л.О.</i>	92
ЗМІНИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ПРИ ПЕПТИЧНІЙ ВИРАЗЦІ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАНІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 <i>Федів О.І., Сіцінська І.О., Волошина Л.О.</i>	94
ПРЕДИКТОРИ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ <i>Чемерис І.О.</i>	95
ФАРМАКОПУНКТУРА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СІДРОМУ <i>Юрченко А.В., Горох Л.П., Джепа В.В., Юрченко О.П.</i>	96
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ СУДИННОГО ПАРКІНСОНІЗМУ <i>Юрченко О.П., Прилуцька І.С.</i>	97
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЦИТОФЛАВІН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНОГО <i>Юрченко А.В., Яценко А.О., Стороженко А.В.</i>	97
ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ОБРАЗА ЖИЗНИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Воробьёва Е.Ю.</i>	98
ЭТНИЧЕСКАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ И МАРГИНАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЕЖИ <i>Геращенко А.В.</i>	99
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ <i>Гужва Н.Ю.</i>	100
СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Е.А. Кондратюк</i>	101
ПАМ'ЯТИ ФАЙНИ ГРИГОРЬЕВНЫ КОЛЕНКО <i>Коленко О. И.</i>	102
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНА МЕЛАТОНИНА В ТЕРАПИИ ДИССОМНИИ <i>Кохан Е.Н., Черняк А.В., Резниченко Е.К.</i>	102
РОЛЬ СИСТЕМЫ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ <i>Прутиян Т.Л., Шаныгин А.В.</i>	103
ВЛИЯНИЕ МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Руденко Т.А., Липакова Е.Ю.</i>	103
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Степанова Е.В., Фельдман Д.А., Сёмова О.В.</i>	104
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛОБЭКТОМИИ <i>Хабаль А.В.</i>	105
A CASE OF SEVERE FIELD CANCERIZATION IN AN 82-YEAR-OLD IMMUNOSUPPRESSED MAN <i>I.Lata, L.Derevyanko, B.Lytvynenko, P.Petrenko, L.Kirpichova</i>	105
LIPID ABNORMALITIES IN TYPE 1 DIABETES ACCOMPANIED BY HYPOTHYROIDISM <i>Kwaku Owusu</i>	106
ADDITIONAL THERAPY WITH DAPAGLIFLOZIN IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WHO HAVE INADEQUATE GLYCEMIC CONTROL <i>Ejire Jeniffer</i>	107
DYNAMICS OF COGNITIVE FUNCTION IN OLDER PATIENTS AFTER INTRAVENOUS ANESTHESIA <i>Omelchenko-Seliukova A.V.</i>	107



IDENTIFICATION OF ANTI-MOESIN ANTIBODIES IN THE SERUMS OF PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME <i>Popovytch L.O., Doskaliuk B.V.</i>	108
CHOOSING THE NUTRITIONAL INTERVENTION TO OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS <i>Posea M, Dragomir A, Rusu E, Nan R, Draguț R, Popescu H, Radu F, Teodoru I, Hâncu A, Radulian G</i>	108
<b>СЕКЦІЯ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА</b>	
К ПИТАННЮ МОЖЛИВИХ МОДИФІКАЦІЙ ХІМІЧНИХ РЕЧОВИН МІКРОБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПРИ ЇХ ВИКОРИСТАННІ В ПОЖИВНИХ СУМІШАХ <i>Ажар А. В., Кіндя В. І.</i>	111
МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВОНОСНИХ СУДИН ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРІВ В УМОВАХ НОРМИ <i>Білецький Д. П.</i>	111
ВПЛИВ ФАРМЕНТОПАТІЙ НА ДІЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ <i>Білоконь Д.Ю., Чередниченко В.В.</i>	112
ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПЕЧІНКИ ЩУРІВ В НОРМІ ТА ЗА ДІЇ СУБЛЕТАЛЬНОЇ ГІПЕРГІДРІЇ <i>Болотна І.В., Бумейстер Л.В., Киричок А.В., Козлова А.В.</i>	113
ЗМІНИ ВЕЛИЧИНИ МОДУЛЯ ЮНГА ТА ЖОРСТКОСТІ ПОПЕРЕЧНОГО ПЕРЕТИНУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В ДИНАМІЦІ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ <i>Буштрук А.М., Ткач Г.Ф., Сікора В.З.</i>	114
ВПЛИВ СИНБІОТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ НА ВМІСТ ЦИНКУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ <i>Василишин Х.І., Висоцький І.Ю., Левкович М.М., Тверезовський А.В.</i>	115
СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ: ІСТОРІЯ ВІДКРИТТЯ, СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ <i>Васько Л.В., Чекарьова Г., Хомінець Г.</i>	115
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ХІМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕМАЛІ В РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ КОРОНКИ ЗУБА <i>Гасюк П.А., Черняк В.В.</i>	117
СТРУКТУРА ЕМАЛЕВО-ДЕНТИНОЇ МЕЖІ ВЕЛИКИХ КУТНІХ ЗУБІВ У ГЕНДЕРНОМУ ТА ВІКОВОМУ АСПЕКТІ <i>Гасюк П. А., Воробець А. Б.</i>	117
ОСОБЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ СТУПЕНЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОРОНКАМИ <i>Гасюк П.А., Радчук В.Б.</i>	118
ОСОБЛИВОСТІ ЕКСКРЕЦІЇ ЦИНКУ ІЗ СЕЧЕЮ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-го ТИПУ <i>Глуценко Н.В., Кошелєва Н.О.</i>	118
ЛІТЕРАТУРНІ ВІДОМОСТІ ПРО МОРФОЛОГІЮ ШЛУНКА <i>Гула В.І.</i>	119
ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ (СДС) <i>Гуріна С.В., Івахнюк Т.В.</i>	120
РЕПАРАТИВНИЙ ОСТЕОГЕНЕЗ ГУБЧАТОЇ ТКАНИНИ ЩУРІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ НА 14-ТУ ДОБУ ПІСЛЯ НАНЕСЕННЯ ТРАВМИ ЗА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ <i>Гусак Є.В., Гордієнко О.В., Гринцова Н.Б.</i>	121
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО МОРФОЛОГІЮ ЯЗИКА В НОРМІ <i>Давидова Л.М.</i>	121
ПОРУШЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАРОДОНТІ <i>Демкович А.Є.</i>	122
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДОЗОВАНИХ ФІЗІЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ГІПОДИНАМІЇ <i>Дзюба В.С., Орел А.В.</i>	122
ОЦІНКА ЯКОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИН ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ В (ZR-TI) СПЛАВА <i>Зайцева Н.В.</i>	124
ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ НА ТЛІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ <i>Івахнюк Ю.П.; Гуріна С.В.</i>	125
АКТИВНІСТЬ 5-АМІНОЛЕВУЛІНАТСИНТАЗИ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ПРИ ДІЇ L-ТРИПТОФАНУ <i>Інишина Н.М., Масленко А.О.</i>	126

БАКТЕРІОНОСІЙСТВО ЗОЛОТИСТОГО СТАФЛОКОКА, ЯК НАСЛІДОК ІМУНОДЕФІЦИТНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ <i>Карпуть Т.С., Нестеренко С.І.</i>	126
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОСОБЛИВОСТЕЙ БІОРИТМІВ СЛУХУ НА ФІЗИЧНУ І РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ <i>Козиренко О.Ю.</i>	127
ОЦІНКА ЗАГОСННЯ ДЕФЕКТУ ДОГОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ В ЙОГО ПОРОЖНИНУ ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ «chronOS™» МЕТОДОМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ <i>Кореньков О.В., Стороженко А. В., Ваганян А. Г.</i>	129
ВПЛИВ ТЕМПЕРАТУРИ УДАРНОГО СТИСНЕННЯ НА ФІЗИЧНИЙ СТАН І ХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПОЖИВНИХ РЕЧОВИН <i>Кузів О. П., Кіндя В. І.</i>	130
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ПО ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ НА МІКРОСПОРІЮ У ПІВНІЧНО-СХІДНОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ <i>Липовська В.В., Крамар М.О.</i>	130
ВИВЧЕННЯ ПРОТИСУДОМНОЇ ДІЇ ПОХІДНОГО 2-ОКСОІНДОЛІН-3-ГЛЮКСИЛОВОЇ КИСЛОТИ <i>Литвиненко С.С., Масич О.Б.</i>	131
ОСОБЛИВОСТІ ДІЇ НЕОГЕМОДЕЗУ ЗА УМОВ ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ <i>Литвиненко А.С., Цибулько Ю.О.</i>	132
ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ БЛІСКІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ БІОТЕХНОЛОГІЧНОГО КАРОТИНУ <i>Логвінова О.В.</i>	133
СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМИ ЧАСТОЧОК МОЗОЧКА ЛЮДИНИ <i>Мар'єнко Н. І.</i>	133
АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДЕГІДРАТАЦІЇ НА СКЕЛЕТНІ М'ЯЗИ <i>Масленко А.О.</i>	134
СИНТЕЗ ТА ВИВЧЕННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ НАНОЧАСТИНОК СУЛЬФІДУ ЦИНКУ <i>Мешков А.М., Мальцева А.С., Гребеник Л.І., Суходуб Л.Ф.</i>	135
АТРЕЗІЯ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ <i>Миколаєнко Я.О.</i>	135
ПІДШЛУНКОВА ЗАЛОЗА ЯК ОДИН З НАЙЦІКАВІШИХ ОБ'ЄКТІВ СУЧАСНОЇ МОРФОЛОГІЇ <i>Мірошніченко О.В.</i>	136
ANATOMIA - REGINA MEDICINAE EST <i>Окунь Т.</i>	136
ПОПУЛЯЦІЙНІ ЧАСТОТИ ДЕЯКИХ МОНОГЕННИХ ОЗНАК ЛЮДИНИ <i>Осипко Д. В., Чернецький І. В., Смірнов О. Ю.</i>	138
ІНТЕРЛЕКІНИ СЛИНИ ЯК МАРКЕРИ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ <i>Пачевська А.В.</i>	139
ЧУТЛИВІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ КОНДЕНСАТУ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА ТА ПОХІДНОГО 3-ОКСИПРИДИНУ <i>Пирогова К.І., Скрипник М. В.</i>	139
НАРИС ПРО ВКЛАД Д.К. ЗАБОЛОТНОГО У БОРТЬБУ З ХОЛЕРОЮ: СТУДЕНТСЬКИЙ ПЕРІОД НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ <i>Радіонова Д.М.</i>	141
СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ВНУТРІШНЬООЧНІЙ РІДИНІ ПЕРЕДНЬОЇ КАМЕРИ ОКА КРОЛІВ З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ НА ТЛІ ГІПОТИРОЗУ <i>Савчук З.Л.</i>	142
НАНОРОЗМІРНІ БІОМАТЕРІАЛИ ДЛЯ ОРТОПЕДІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ <i>Салогуб А. О.</i>	142
МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ <i>Самохін Є.О.</i>	143
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГЕНЬ ЩУРІВ ЗРІЛОГО ВІКУ ПРИ ДЕГІДРАЦІЙНИХ ПОРУШЕННЯХ ОРГАНІЗМУ <i>Сапожніков О.П., Максимова О.С.</i>	144
УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ У ЛЕГЕНЯХ ЩУРІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ <i>Сапожніков О.П., Максимова О.С.</i>	145
СПІВВІДНОШЕННЯ ВОДНИХ ФРАКЦІЙ В РІЗНИХ ТИПАХ КІСТОК У НОРМІ <i>Свириденко Д.Ю., Юрченко В.Ю., Гусак Є.В., Гордієнко О.В.</i>	145

БІОАКТИВНІ АПАТИТ – БІОПОЛІМЕРНІ МАТЕРІАЛИ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ТКАНИН <i>Смородська О.М</i>	146
НАУКОВА СПАДЩИНА ФРАНЦА НІССЛЯ <i>Сухонос О.</i>	147
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СУДИН СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ІНТОКСИКАЦІЇ СОЛЯМИ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ <i>Тимошенко О.О., Масленко А.О., Ткач Г.Ф.</i>	148
РОЛЬ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ПРАКТИЧНО СПРЯМОВАНИХ ЗНАТЬ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ <i>Удовиченко Б.Я., Коростіль С.О., Гребеник Л.І.</i>	149
КОНСТРУЮВАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРУКТУРОЛОГІЧНИХ СХЕМ ТА ТАБЛИЦЬ У ВИВЧЕННІ АНАТОМІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ <i>Удовиченко Б.Я.</i>	151
МЕТОДИКА ПРЕПАРУВАННЯ СІДНИЧНОЇ ДІЛЯНКИ (REGIO GLUTEALIS) <i>Устянський О. О., Зелений М. Г., Лисун А. Д., Недбай А. С.</i>	151
ЗНАЧЕННЯ ЕПОНІМІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ <i>Филенко Д.М., Ройко В.А.</i>	152
ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СУДИН ПЛАЦЕНТИ ЛЮДИНИ <i>Филенко Д. М.</i>	153
ЕНДОКРИННИЙ МЕТЕЛІК МЕДИЦИНИ <i>Хоменко І.В</i>	154
ВПЛИВ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА МОРФОЛОГІЧНУ БУДОВУ ЛЕГЕНЬ ЩУРІВ <i>Цимбал Н. С., Богданов В. В.</i>	155
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧІНКИ ТА МЕТОДИ ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ <i>Чернецький І.В., Євченко Д.В.</i>	156
РОЛЬ ТФР- $\beta$ ЯК ПОСЕРЕДНИКА У ДІ ДОКСОРУБЦИНУ НА КЛІТИНИ КАРЦИНОМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЛІНІЙ МСF-7(WT) ТА МСF-7(DOX/R) <i>Чорна І. В., Шкандала А.Ю., Репетун А.В.</i>	157
ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ТІЛА СТУДЕНТОК СУМЩИНИ <i>Шепєлев А.Є.</i>	158
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ РАСТРОВОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ ПРИ ВИВЧЕННІ БУДОВИ СЕРЦЯ ЩУРІВ <i>Яркова А.А.</i>	159
ЭЛАСТИЧНОСТЬ МЕМБРАН, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ХИТОЗАНА С РАЗЛИЧНОЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССОЙ <i>Дедкова Е.А.</i>	160
ВЛИЯНИЕ НОВОГО СОЕДИНЕНИЯ L-ЛИЗИНА – «ЛИЗИНИЯ» НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Егоров А.А., Цыс А.В.</i>	161
ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ВИМЕНТИНА В ФИБРОБЛАСТАХ СТРОМЫ ПРОТОКОВОГО РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Лазарук А.В.</i>	162
ВЛИЯНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧЕЛОВЕКА <i>Николаенко Е.Ю.</i>	163
ВЛИЯНИЕ ЙОДИТРОНИНОВ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ЛИЗОСОМАЛЬНОГО ПРОТЕОЛИЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА <i>Отчик А. Е.</i>	163
METHOD FOR DETERMINING THE HOMOGENITY OF AORTIC WALL CALCIFICATIONS <i>I.A. Forkert, P.V. Romanenk<sup>1</sup>, E.V.Husak, S.N.Danilchenko, O.S.Yarmolenko</i>	164
BIOGRAPHICAL SKETCH AND SCIENTIFIC WORK <i>Garbuzova E. A.</i>	165
THE PRODUCTS OF TECHNICAL MICROBIOLOGY - A PROMISING SOURCE OF PROTEIN AND ESSENTIAL AMINO ACIDS <i>Dr. Valeriy Kindya</i>	166
PROSPECTS OF MECHANICAL DISINTEGRATION AS PRETREATMENT METHOD OF NATURAL RAW MATERIAL FOR PRODUCING CAROTENOID PIGMENTS <i>Kindya E.V., Kalinkevich O.V., Kindya V.I.</i>	167

A DEVELOPMENT OF STANDARD CONTENT OF THE MAIN CHEMICAL COMPOUNDS FOR THE PRODUCTION OF WHOLE MILK SUBSTITUTE (WMS) WITH THE INCLUSION OF BIOTECH PRODUCTS <i>Belogubets A.V., Kindya V.I.</i>	168
ANALYSIS OF THE ESTIMATION OF EFFICIENCY AND SAFETY OF HYPNOTIC DRUGS IN ELDERLY PATIENTS <i>Naila al-Khanjari, Roschupkin A.A.</i>	169
AN OUTSTANDING ANATOMIST N. I. PIROGOV <i>Udegchri Omogchene Freeman, Edafedgeme Efe Charreson</i>	169
CHRONOPHARMACOLOGICAL PECULIARITIES OF ANTIOXIDANTS ACTION IN TOXIC LIVER DAMAGE <i>Vysotsky I.Yu., Kachanova A.A., Vysotsky V.I., Serduk Ya.V., Denisova K.R.</i>	170
CHANGES OF THE HEART AT HYPOOSMOLAR OVERHYDRATION <i>Yarmolenko O.S., Chiedozie Uwakwem N.</i>	170
PERIOSTAL REACTION AFTER IMPLANTATION OF B (ZR-TI) AND TI – ALLOYS <i>Zaitseva Nataliia</i>	171
<b>СЕКЦІЯ III. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ</b>	
ІНФОРМОВАНІСТЬ ЩОДО ШЛЯХІВ ПЕРЕДАВАННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФІКУВАННЯ ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ В У СУСПІЛЬСТВІ <i>Антоненко О. А.</i>	174
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ КРИЗЬ ПРИЗМУ ОБРАЗОТВОРЧОГО МИСТЕЦТВА <i>Богма К. В., Зацарна О. М., Медведь О. Л.</i>	174
ЗМІНИ ІНТЕГРАЛЬНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ <i>Болецька Т. О.</i>	175
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С <i>Бороденко А. О., Чемич М. Д.</i>	176
ВПЛИВ ІМУНІЗАЦІЇ НА РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ІНФЕКЦІЯМИ, КЕРОВАНИМИ ЗАСОБАМИ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ <i>Вандик І. В., Рязанцева В. М.</i>	177
МОНІТОРИНГ ВИДОВОГО СКЛАДУ МІКРООРГАНІЗМІВ, ІЗОЛЬОВАНИХ В АКУШЕРСЬКИХ ТА НЕОНАТОЛОГІЧНИХ СТАЦІОНАРАХ <i>Зайцева Т. О.</i>	178
ІМУНОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ ВАГІТНИХ НА НАЯВНІСТЬ ГОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ І ЦМВ-ІНФЕКЦІЇ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Кірсанова О. А., Крупник К. В.</i>	179
ВПЛИВ НСВ-ІНФЕКЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ <i>Коваленко А. І., Кучеренко Д. О., Романчук А. Р., Ільїна В. В.</i>	180
ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ ТА МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТІВ <i>Козько В.Н., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Бережной Б.Ю., Зоц Я.В., Анциферова Н.В., Маркуш Л.И.</i>	181
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПИРОЗУ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Кот А. А., Голуб А. В.</i>	181
ПАТОЛОГІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ З РІЗНИМИ ШЛЯХАМИ ІНФІКУВАННЯ <i>Латик С. В., Мазур Т. С.</i>	182
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ У МІСТІ ЛУГАНСЬКУ <i>Левашова А.І.</i>	183
ОСОБЛИВОСТІ АВТОІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С <i>Лішневська А. Г.</i>	184
КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АНГІН <i>Луговська Ю. В., Чемич М. Д.</i>	185
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ <i>Масленников В. В.</i>	185
ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ПЕРЕБІГ ГРВІ <i>Миронов П. Ф., Шарафулліна А. О.</i>	186

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПЕРЕБІГУ ГРВІ У РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ <i>Перешивайло О. І, Голубнича В. М.</i>	187
ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ УКРАЇНЦІВ ЯК ПЕРШИЙ ЕТАП ВДОСКОНАЛЕННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ <i>Піддубна А. І, Денисенко О. В, Корнєєв С. М</i>	188
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХВОРОБИ, ВИКЛИКАНОЇ ВІРУСОМ ЕБОЛА <i>Свириденко Л. Ю., Фендик М. М., Малиш Н. Г.</i>	189
ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ВІЛ/СНІДі <i>Скоропад Ю. І., Геращенко А. А</i>	190
ІМУНОПРОФІЛАКТИКА – ВАЖЛИВИЙ ЗАСІБ ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ <i>Сорокіна О. О.</i>	191
ЕПІДЕМІОЛОГО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАРЕЄГЕННИХ ЕШЕРИХІОЗІВ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Ушкаленко А. О.</i>	191
КОГНІТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК УСКАДНЕННЯ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ <i>Чайка І. С., Чемич М. Д.</i>	192
МІКРОБІОТИЧНІ АСПЕКТИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ УМОВНОПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ ТА ВІРУСАМИ <i>Чемич О. М., Льїна Н. І., Малиш Н. Г., Холодило О. В., Бєлай Л. В.</i>	193
ПАТОЛОГІЯ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ (ЦМВ-І) <i>Чічірельо-Константинович К.Д.</i>	194
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУЧАСНОЇ БЕШИХИ <i>Шандиба І.О., Льїна Н.І.</i>	194
ЗАБОЛЕВАЄМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛИХОРАДКОЇ ЭБОЛА <i>Пономаренко О.А.</i>	195
CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF HERPESVIRAL DISSEASE IN SUMY REGION <i>Ekuaase Philipp, Ekpechi Nonso</i>	196
<b>СЕКЦІЯ ІV. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ХВОРОБ</b>	
ЗВ'ЯЗОК К121Q-ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕКТОНУКЛЕОТИД ПІРОФОСФАТАЗА/ФОСФОДИЕСТЕРАЗА 1 (ENPP1) З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ У ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ. <i>Грибова І.В., Загребельна А.О., Гарбузова В.Ю., Савченко С.Ю.</i>	198
АНАЛІЗ ВПЛИВУ T2255C ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ВІТАМІН К ЕПОКСИД РЕДУКТАЗИ НА ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШЕМІЧНОГО АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІНСУЛЬТУ. <i>Дубовик Є.І.</i>	198
ВИВЧЕННЯ СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛУ АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА КІСТКОВОГО МОРФОГЕНЕТИЧНОГО ПРОТЕЇНУ-2 (BMP-2) ЗА Ser37Ala ПОЛІМОРФІЗМОМ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ. <i>Максимова О.С., Півень С.М., Гарбузова В.Ю.</i>	199
ОДНОНУКЛЕОТИДНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ А1298С ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ (MTHFR) У ХВОРИХ З ШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ. <i>Матлай О. І., Сухарева В. А., Гарбузова В. Ю.</i>	200
РОЛЬ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ. <i>Олешко Т.Б., Півень С.М., Гарбузова В.Ю.</i>	201
ПОПУЛЯЦІЙНІ ЧАСТОТИ ДЕЯКИХ МОНОГЕННИХ ОЗНАК ЛЮДИНИ. <i>Оситко Д. В., Чернецький І. В., Смірнов О. Ю.</i>	202
ВПЛИВ К121Q ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕКТОНУКЛЕОТИД ПІРОФОСФАТАЗИ/ФОСФОДИЕСТЕРАЗИ 1 НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У КУРЦІВ І ТИХ, ЩО НЕ КУРЯТЬ. <i>Розуменко І.О., Прасол Д.А.</i>	203

ЧАСТОТА АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ЗА T134967G ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ANKH У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ. <i>Розуменко І.О., Гарбузова В.Ю.</i>	204
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ C-1562T ГЕНА MMP-9 НА РОЗВИТОК ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК ЩО МАЮТЬ КІСТОЗНО ЗМІНЕНІ ЯЄЧНИКИ. <i>Савченко І.М.</i>	205
ВПЛИВ КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДИНИ НА РОЗВИТОК АТЕРОСКЛЕРОЗУ З УРАХУВАННЯМ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ. <i>Семенчук О.В., Світличний Р.С., Михайлова Т.І.</i>	206
АНАЛІЗ АСОЦІАЦІЇ ПОЛІМОРФІЗМУ C677T ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ УСКЛАДНЕНИМ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ. <i>Русанов О.В.</i>	207
АСОЦІАЦІЯ BsmI ПОЛІМОРФНОГО ВАРІАНТУ VDR-ГЕНА З ФАКТОРАМИ РИЗИКУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ. <i>Шимко К.А., Обухова О.А.</i>	208
FREQUENCIES OF VKORC1 G3730A GENETIC VARIANTS IN ISCHEMIC ATHEROTHROMBOTIC STROKE PATIENTS. <i>Garbuzova E.A., Dubovyk Ye.I., Ataman O.V.</i>	209
ASSOCIATION TaqI polymorphism of VDR gene in smokers and non-smokers, AMONG PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE. <i>Obukhova O.A.</i>	209
THE DISTRIBUTION OF GENOTYPES FOR THE A69314G POLYMORPHISM TNAP GENE IN THE CONTROL GROUP AND IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME. <i>Rozumenko I.A., Forkert I.A., Garbuzova V.Yu.</i>	210
<b>СЕКЦІЯ V. ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ</b>	
МІТОТИЧНИЙ РЕЖИМ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНЬ БЕЗ ОРОГОВІННЯ <i>Алексєєнко О.О., Чеботар О.В.</i>	212
ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ РЕАКЦІЙ В СУЧАСНІЙ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЖІНОК <i>Бойко А.О., Купрієнко М.М.</i>	212
ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ УТВОРЕННЯ СИНЦІВ УЖИВИХ ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ <i>Будко А.Ю., Резнік А.В., Гура Н.С., Фурда С.П., Панасовська К.О.</i>	214
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПУЛЬПИ ЗУБА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СЕРЕДНЬОМУ КАРІЄСІ У ЩУРІВ <i>Василенко М.В., Васько М.Ю.</i>	215
РЕАКЦІЯ НЕЙРОГЛІЇ КОРИ МОЗОЧКА ЗА УМОВ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СУЛЬФАТІВ МІДІ, ЦИНКУ ТА ЗАЛІЗА <i>Гринцова Н. Б.</i>	216
ПАТОЛОГІЧНА БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ <i>Дяченко М.І.</i>	217
ЕКСПРЕСІЯ БІЛКА S100 I CD68 В ОСТЕОБЛАТОКЛАСТОМІ <i>Дяченко О.О.</i>	217
СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ЗАПАЛЕНЬ ПОСЛІДУ ТА ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ В КОНТЕКСТІ АКТУАЛЬНОСТІ ВИВЧЕННЯ ДАНИХ ПРОБЛЕМ <i>Ліка В.В., Геровська-Ковбасюк О.Б.</i>	218
АМІНО- ТА КАРБОКСИЛЬНІ ГРУПИ БІЛКІВ У ФІБРИНОЇДІ ХОРІАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПРИ ХОРІОНАМНІОНІТІ <i>Ліка В.В.</i>	219
ЕКСПРЕСІЯ БІЛКІВ S100 В ОСТЕОГЕНЕТИЧНИХ КЛІТИНАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІСЛЯ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ <i>Коробчанська А.Б.</i>	219
ПРОЛІФЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ГІГАНТСЬКИХ КЛІТИН <i>Лазненко М.С.</i>	220

ЕКСПРЕСІЯ ШАПЕРОНУ 90 $\alpha$ ТКАНИНОЮ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Линдін М.С.</i>	221
ПОРУШЕННЯ РЕГУЛЯЦІЇ АПОПТОЗУ ПРИ ПРОГРЕСУВАННІ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Линдін М.С., Мірошніченко М.В., Лютенко І.М.</i>	222
ДОСЛІДЖЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЧЕРВОНОГО КІСТКОВОГО МОЗКУ У СТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ <i>Линдіна Ю.М., Фесюра Г.М.</i>	222
ХАРАКТЕРИСТИКА БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ДОБРОЯКІСНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ <i>Піддубний А.М.</i>	223
ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КАЛЬЦИФІКАТІВ У ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗИ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ ПАТОЛОГІЯХ <i>Резнік А.В., Гапченко А.В.</i>	224
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРІАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ПРИ НОДУЛЯРНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Романюк А.М., Піддубний А.М., Москаленко Р.А., Карпенко Л.І., Івахнюк Т.В., Панасовська К.О.</i>	225
ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ МАРКЕРА ПРОЛІФЕРАЦІЇ КІ-67 У ТКАНИНІ РАКУ МАТКОВИХ ТРУБ <i>Романюк А.М., Гирявенко Н.І., Линдін М.С., Лютенко І.М.</i>	225
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ РЕЦЕПТОРІВ БЛКІВ P53 ТА K167 У ТКАНИНІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЄЮ <i>Романюк А.М., Москаленко Р.А., Карпенко Л.І., Резнік А.В., Гапченко А.В., Мальцева А.С.</i>	226
ВИЗНАЧЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ МАРКЕРУ ОСТЕОПОНТИНУ ЯК ФАКТОРУ БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ПРИ ФОЛІКУЛЯРНІЙ КАРЦИНОМІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Романюк А.М., Москаленко Р.А., Будко А.Ю., Резнік А.В., Гапченко А.В.</i>	227
ЗМІНИ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ СТІНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА УМОВ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ <i>Сікора В.В.</i>	228
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОГЕНЕЗУ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ КЛІТИН ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА УМОВ ВПЛИВУ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ <i>Шкрьоба А.О.</i>	228
АЛКОГОЛЬНА БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЇ ЕКСПЕРТИЗЕ <i>Красковская Т.Ю., Любомудрова Е.С., Сердюк В.В., Козлова Е.А.</i>	229
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА HSP90AA В МУКОЭПИДЕРМОИДНОЙ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ <i>Онищенко А.В., Германчук С.М.</i>	230
УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Тымощук В.С.</i>	231
ПАТОМОРФОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ <i>Хабаль А. В.</i>	231
VERIFICATION OF CORPORA AMYLACEA AMYLOID NATURE VIA POLARIZED LIGHT MICROSCOPY <i>Moskalenko R., Iashchichyn I, Fallah M., Piddubny A.</i>	232
AMYLOIDOSIS IN AORTA WALL AND HEART VALVES AFFECTED BY ATHEROSCLEROSIS <i>Moskalenko R., Iashchichyn I, Chernov E.</i>	233
<b>СЕКЦІЯ VI. ПЕДІАТРІЯ З ДИТЯЧИМИ ІНФЕКЦІЯМИ</b>	
ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ <i>Адаховська А. О., Хіменко Т. М.</i>	235
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ <i>Багмет В.В., Повидиш А.С., Сміян О.І., Мозгова Ю.А.</i>	235
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ <i>Бинда Т. П., Абдуллаєва Н. Ф.</i>	236

ЛЕЙКЕМОЇДНІ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ <i>Богданова Г.В., Загородня А.П., Мінакова Н.Б.</i>	236
ДИСФУНКЦІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ <i>Васильєва О.Г., Кожина Р.К., Сердюк Я.В., Міхно Т.В.</i>	237
ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ <i>Васильєва О.Г., Овечкіна Я.В., Сміян О.І.</i>	238
ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ STEP DOWN ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ <i>Ганін Д.В.</i>	239
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕЖИМУ СТУПІНЧАСТОЇ ПОСЛІДОВНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ <i>Горбась В.А., Хрін Н.В., Бугаєнко В.О., Коломієць Т.Р.</i>	240
ДІЄТОТЕРАПІЯ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ <i>Горовцова М.В.</i>	241
АЛЕРГІЧНІ УРАЖЕННЯ НИРОК У ДІТЕЙ <i>Загородній М.П., Богород О.В., Миронов П.Ф.</i>	241
ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ФОРМУЛИ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У ДІТЕЙ <i>Загородній М.П., Бондаренко В.П., Ковальова Н.Я., Гелих В.В.</i>	242
ПСЕВДОАЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ <i>Загородній М.П., Шабло І.А., Ваганян А.Г.</i>	243
ВПЛИВ МЕДИКАМЕНТІВ НА ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ <i>Загородній М.П., Гапієнко О.І., Романовська Ю.М.</i>	243
ОСОБЛИВОСТІ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В КРИТИЧНИХ СТАНАХ <i>Зінченко К. О., Попова Т. М.</i>	245
ВИВЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПРИЧИН ВІДМОВ ВІД ЩЕПЛЕНЬ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ <i>Коваленко Г. О., Ониськова О.В.</i>	246
ЗНАЧЕННЯ АМІНОТРАНСФЕРАЗ У ДІАГНОСТИЦІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ НАДМІРНІЙ МАСІ ТІЛА ТА ОЖИРІННІ У ДІТЕЙ <i>Козак К.В.</i>	247
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАФЕРОБІОНУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГРВІ <i>Коломієць Т.Р., Горбась В.А., Куропятник Н.П., Хрін Н.В.</i>	247
СТАН ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ КОРУ СЕРЕД ДІТЕЙ М.СУМИ <i>Корнієнко М. О., Кругляк С. І., Татаренко С. Д., Бинда Т. П.</i>	248
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КІР ДІТЕЙ М. СУМИ <i>Корнієнко М. О., Бинда Т. П.</i>	249
ВИЗНАЧЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ШКОЛЯРІВ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ <i>Креховецький Н.В., Зуєнко А.О.</i>	249
ВПЛИВ БРОНХОЛІТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА КАРДІОГЕМОДИНАМІКУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ <i>Креховецький Н.В.</i>	250
ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТА БАЛАНСУ НАТРІЮ ТА КАЛІЮ В БІОСЕРЕДОВИЩАХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ <i>Лобода А.М., доц., Маркевич В.Е., проф., Шищук А.В.</i>	251
ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В КРИТИЧНИХ СТАНАХ <i>Листопад А. О., Попова Т. М.</i>	252
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-го ТИПУ <i>Малиш Е.М.</i>	253
ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ <i>Малиш К. М.</i>	253



РОЛЬ НИРОК У МІКРОЕЛЕМЕНТНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ <i>Маркевич В.Е., Петрашенко В.О., Школьна І., Богданова Г.В., Гапієнко О.І.</i>	254
ВМІСТ НІКЕЛЮ ТА СВИНЦЮ У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД-НОВОНАРОДЖЕНИЙ ЗА НОРМОКСИЧНИХ УМОВ <i>Маркевич В.Е., Швидун К. О.</i>	255
ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ КОМПЛЕМЕНТУ В ДІТЕЙ У ГОСТРИЙ ПЕРІОД МОНО-ВАРІАНТУ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ <i>Мельник Л. І., Сміян-Горбунова К. О., Корнієнко М. О., Лазарева О.С.</i>	256
ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТА ОЖИРІННЯМ <i>Овечкіна Я.В., Бугаєнко В.О., Лазебник О.А.</i>	257
ЗМІНИ СТАНУ КИШКОВОГО БІОЦИНОЗУ В ДІТЕЙ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ НА ФОНІ КОМБІНОВАНОЇ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ <i>Плахута В. А., Ємець О. М., Сміян О. І., Корнієнко М. О., Цюпка І. О.</i>	257
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЧАСТОТИ РОЗВИТКУ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНИХ/ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ (ПВК/ВШК) ІЗ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ПЕРІОДУ РАННЬОЇ ПОСТНАТАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ <i>Редько О.К., Голуб Н.Д., Шелехова В.М., Логоша І.В., Дубровська О.В.</i>	258
ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕКОМБІНАНТНОГО ІНТЕРФЕРОНУ- $\alpha 2b$ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕОНАТАЛЬНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ <i>Редько О.К., Овсяннікова Л.І., Мороз Т.Д., Атрощенко О.В.</i>	258
ЧАСТОТА ЛІМФОПЕНІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ <i>Редько О.К., Шищук А.В., Азаренков А.В.</i>	259
ФАКТОРИЙ РИЗИКУ, КЛІНІЧНА КАРТИНА І НАСЛІДКИ ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩОЇ ФУНКЦІОНУЮЩОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ПРОТОКИ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ <i>Редько О.К., Юсюк Л.А., Орехова Л.В., Богданова Г.В., Мошик О.І.</i>	260
ТОПІЧНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ЛІЗАТИ У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО ТА ТРИВАЛО ХВОРІЮТЬ <i>Романюк О.К., Гончарова Н.Ф., Марченко С.М.</i>	261
ІНФЕКЦІЙНИЙ ТА ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ У ДІТЕЙ <i>Романюк О.К., Кригіна М.І., Слободян Г.І.</i>	261
ВПЛИВ МЕТОДУ РОЗРОДЖЕННЯ НА РАННІ НЕОНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ <i>Сиром'ятнікова К.С., Сміян С. А., Сміян О.І.</i>	262
ІМУНОКОРИГУЮЧА ТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ <i>Січненко П.І.; Бугаєнко В.О., Куропятник Н.П., Хрін Н.В., Ваганян А.Г., Січненко Д.П.</i>	263
ВЕРИФІКАЦІЯ ЗБУДНИКІВ ГРВІ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ М. СУМ ЗА ЕПІДСЕЗОН 2014 РОКУ <i>О. І. Сміян, Є. В. Дмитрова</i>	264
ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ <i>Сміян О.І., Лобода Т.О.</i>	264
СТАН РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ST. AUREUS ПРИ ЛІКУВАННІ ГРВІ НА ТЛІ СТАФІЛОКОККОНОСІЙСТВА У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ. <i>Сміян О.І., Москаленко Ю.О.</i>	265
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ CD4+ ТА CD8+ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ З МОНО-ВАРІАНТОМ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ <i>Сміян-Горбунова К. О., Ємець О. М., Кругляк С. І., Татаренко С.Д.</i>	265
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Спільна І. В., Сміян О.І., Мозгова Ю. А.</i>	266
АНАЛІЗ НЕОНАТАЛЬНИХ ШКАЛ ОЦІНКИ НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДИТИНИ <i>Тарасова І.В., Богданова Г.В., Гапієнко О.І., Мальцева А.С.</i>	267

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ КОБАЛЬТУ, НІКЕЛЮ ТА СВИНЦЮ У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСІЄЮ <i>Тарасова І.В., Касян С.М., Романовська А.А.</i>	268
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ <i>Грахтенберг К.Д.</i>	269
КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ <i>Фендик М.М.</i>	269
ОСОБЛИВОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ ЗА ЗМІШАНИМ ТИПОМ <i>Шарова О.В.</i>	271
ОСНОВНІ СКАРГИ ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ <i>Шарова О.В.</i>	271
ЗНАЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ У ЗАХВОРЮВАНOSTІ НОВОНАРОДЖЕНИХ <i>Юрченко О.П., Павлюк Л.А., Рогаль Л.І.</i>	272
ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ <i>Попов С.В., Лобода Т.Ю.</i>	272
ИСХОДЫ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>Редько Е.К., Фурса А.С., Кузук С.Л.</i>	273
СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Соляник А.О., Грищенко С.А., Должко Н.В.</i>	274
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТКАНЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ <i>Тарасова И.В., Касян С.Н., Даваасурен Хулан</i>	274
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Тетюра Д.В., Билан А.О., Тверезовский А.В., Кора Н.И.</i>	275
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Хабаль А.В.</i>	276
AEROBIC METABOLISM IN PREMATURE NEWBORNS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC LESION OF CNS <i>Aloziem Nnenna Zinnah, Nwokiea Obinna</i>	277
COURSE OF ASPIRATION SYNDROME IN NEWBORN INFANTS <i>Chukwudifu Chibuikem Nwabueze, Mwakinpunda Leila</i>	277
ANAEROBIC METABOLISM IN PREMATURE NEWBORNS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC LESION OF CNS <i>Ezenagu Uchenna Esther, Nnajiofur Jane Oluchi</i>	278
NEUROSPECIFIC ENOLASE – EARLY DIAGNOSTICAL MARKER OF CNS DAMAGE <i>Ekuaase Philip, Mhando Catherine Samwel</i>	279
EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF INHALED STEROIDS IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA <i>Loboda A., Almusa Sami</i>	280
CASE OF ACUTE RHEUMATIC FEVER (ARF) THAT OCCURRED AFTER PRESUMED MACROLIDE FAILURE. <i>Naila Al Khanjary, Gretchen Fridah Grag</i>	280
VERY RARE CASE OF PERSISTENT NEUTROPENIA <i>Tabansi Victor, Tutuola Michael</i>	281
CONTENT OF COBALT IN BIOLOGICAL FLUIDS OF FULL-TERM NEWBORNS AS THE PREDICTOR OF PERINATAL HYPOXIC DAMAGE OF CNS <i>I.V.Tarasova, S.M.Kasyan, Nwokie Obinna</i>	282

THE VIOLATIONS OF NEURO-MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WHO HAVE SUFFERED FROM PERINATAL HYPOXIC DAMAGE OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM <i>I.V.Tarasova, SM.Kasyan, M.L. Radchenko, Akinjolire Oluwagbenga John</i>	282
ATTENTION FUNCTION IN CHILDREN UNDERGOING ENCEPHALOPATHY <i>Tvayedg Naceem Saad Munan</i>	283
<b>СЕКЦІЯ VII. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА</b>	
АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ОСНОВІ АУДИТУ НАСЕЛЕННЯ М. СУМИ <i>Ваглай Ю.С., Масалітін І.М., Любчак В.В.</i>	286
НАДАННЯ УРГЕНТНОЇ ДОПОМОГИ У ЛОР-ВІДДІДЕННІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТНОЇ ЛІКАРНІ ЗА ПЕРІОД З 2009 ПО 2013 РОКИ <i>Вечерська В. О</i>	286
ВЛИЯНИЕ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НЕТИФОИДНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ В УКРАИНЕ <i>Гаврик В.М.</i>	287
ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНИ ТА КРИТЕРІЇ, ЯКІ НА НЕЇ ВПЛИВАЮТЬ <i>Дорошецька Є.В.</i>	288
ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВНЕ НАВЧАННЯ У СИСТЕМІ ФОРМУВАННЯ ЗНАНЬ З ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ <i>Корнієнко М.В., Коломієць Є.В.</i>	288
РОЛЬ ОБМІНУ КАЛЬЦІЮ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ <i>Личко С. О. Михайлова Т. І.</i>	289
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИИ УКРАИНЫ И УЗБЕКИСТАНА ЗА 2014 ГОД. <i>Любчак В.В., Усмонов К. Н., Хасанова Д.А.</i>	290
МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОНОРСТВА <i>Любчак В. В., Карпенко Б.М., Ступницька О.В.</i>	290
АНАЛІЗ РІВНЯ ДОВІРИ ДО ТРАНСФУЗІЙ КОМПОНЕНТІВ ТА ПРЕПАРАТІВ КРОВІ <i>Любчак В.В., Романенко І. М.</i>	291
ПОНЯТТЯ ПРО ЯКІСТЬ ДОНОРСТВА <i>Масленко А.О.</i>	291
АНАЛІЗ РІВНЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДО ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ІЗ СІЛЬСЬКИХ РАЙОНІВ (2012-2013 рр.) <i>Нагорна А.О. Нагорна К.О</i>	292
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ <i>Ольшанська А.</i>	293
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Помогайбо Е.Г., Кузнецова Д.А.</i>	294
СОГЛАСИЕ НА ПОСМЕРТНОЕ ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА <i>Ромашка С.В.</i>	295
ОЦІНКА ПРІОРИТЕТІВ НАСЕЛЕННЯ ПРИ ВИБОРІ МІЖ ПРИВАТНОЮ ТА ДЕРЖАВНОЮ ФОРМАМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНИХ УСТАНОВ <i>Рябокоть О.А.</i>	295
ТЕХНОЛОГІЇ mHEALTH У АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ <i>Сміянов В.А., Тарасенко С.В., Клименко В.О.</i>	296
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУМАРНИХ ПОКАЗНИКІВ ВІДТВОРЕННЯ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПИ <i>Сміянов В.А., ас. Сміянова О.І., Богма К.В.</i>	297
АНАЛІЗ КОМП'ЮТЕРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ <i>Доц. Сміянов В.А., асист. Сміянова О.І.</i>	298
ОГЛЯД СУЧАСНИХ МАРКЕТИНГОВИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ <i>Хоменко Л.М., Любчак В.В.</i>	298

АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ УЧНІВ ПТУ <i>Шевчук К.В.</i>	299
РЕЗУЛЬТАТИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЦНС ЗА ДАНИМИ РЕФЛЕКСОМЕТРІЇ У СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ ПРИ РІЗНИХ РЕЖИМАХ <i>Яценко А.О., Масос Т.В., Михайлова Т.І.</i>	300
ПРИНЦИПИ ДИНАМІЧНОГО ВЗАСМОЗВ'ЯЗКУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І ТРИВОГИ <i>Яценко А.О., Томієза Ш.Ф., Михайлова Т.І.</i>	300
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ЖІНОК <i>Яценко А.О., Чумак О.І., Михайлова Т.І.</i>	301
IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE HYPERTENSION THROUGH THE INTRODUCTION OF INTERNAL AUDIT MECHANISM <i>Krasnopolskaya N., Zaitseva T.</i>	301
FEATURES OF THE HEALTH CARE SYSTEM OF NIGERIA <i>As. Smilianova O.I., Egejuru Christian Chisom</i>	302
RESEARCH OF FACTORS, WHICH INFLUENCE ON DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS OF PATIENTS WITH LUNG CANCER <i>Zinchuk A.M., Levashova A.I., Zinchuk O.G.</i>	303
<b>СЕКЦІЯ VIII. ХІРУРГІЯ</b>	
ТРАНСАРЕОЛЯРНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ. <i>Андрющенко В.В., Лукавенко І.М., Язиков О.В.</i>	306
ЧАСТОТА КОНВЕРСІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ <i>Антоненко О.М., Олісеєнко Д.В., Онищенко М.В., Антоненко І.М.</i>	306
ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ <i>Антоненко О.М., Устименко О.Г., Олісеєнко Д.В., Онищенко М.В., Леонов В.В.</i>	307
ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧАХ <i>Анциферова І. В., П'ятикоп Г. І.</i>	308
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ П'ЯТКОВОЇ ШПОРИ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЇЇ МІСЦЕ У СТРУКТУРІ НЕПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ЛІКУЮТЬСЯ ПРОМЕНЕВИМИ МЕТОДАМИ В УМОВАХ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ. <i>Ашурбєкова В. А., Авраменко А.М., Москаленко Ю. В.</i>	309
ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ <i>Білан А., Тверезовський А., Тетюра Д., П'ятикоп Г. І.</i>	310
МІКРОБІОЦЕНОЗ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК З ТРУБНОЮ ВАГІТНІСТЮ <i>М.В. Бражук, І.О., Баранецька В.К. Кондратюк</i>	311
ПРИЧИНИ НЕВДАЛОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ <i>Головко А.В. Дмитренко Н.О. Дужий І.Д.</i>	312
ВКЛАД УКРАЇНСЬКИХ ВЧЕНИХ В РОЗВИТОК РЕНТГЕНОЛОГІЇ (ДО 170-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ І.П. ПУЛЮЯ) <i>Гриценко А.В. Каретник О.В. Шевченко Ю. Ю.</i>	312
ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДОЇ МОЗКОВОЇ ОБОЛОНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ <i>Дейнека В.М. Потапов О.О.</i>	313
АПРОБАЦІЯ МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ДЕКОМПЕНСОВАНОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ <i>Дейнека В. М., Даниленко І. А.</i>	314
ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ <i>Ємець Н.В.</i>	315
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ <i>Ємець Н.В.</i>	316
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАКТАГЕЛЮ В ПРАКТИЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГА <i>Іконописцева Н.А., Болотна М.А., Чирва С.Л.</i>	316
КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ <i>Змисля І.Ф., Михайленко С.М.</i>	317

МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОТЕРАПІЇ РЕКОМБІНАНТНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ – ЛАФЕРОНОМ <i>Копиця Т.В. к.мед.н., Шкурко О.К. лікар</i>	317
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Зудіна Т.О., Мелеховець О. К., Жалдак Д.О.</i>	318
АУТОДЕРМАЛЬНА ПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ <i>Кащенко Л.Г., Шутка Н.А., Пабот К.А.</i>	319
ГОСТРА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК БІЛАРНОГО ГЕНЕЗУ <i>Кащенко Л.Г., Шутка Н.А.</i>	320
ТЕРМІНИ І УМОВИ ВИНИКНЕННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ СТОМАТОЛОГОМ <i>Кекух В.В. Лахтін Ю.В.</i>	321
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЕРІАРТЕРІАЛЬНИХ СІМПАТЕКТОМІЙ ЗА ЛЕРІШЕМ, ВИКОНАНИХ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ СУБКРИТИЧНИХ ТА КРИТИЧНИХ ІШЕМІЯХ ВНАСЛІДОК ОБЛІТЕРУЮЧОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ДІАБЕТИЧНОЇ АНГІОПАТІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК. <i>Кисляков В.П., Шпірко Я.Г.</i>	321
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ СПАЙКОВОЮ ХВОРОБОЮ ОЧРЕВИНИ <i>Кітченко С. С., Шульга А. А. Ягнюк А. І.</i>	323
РІВНЕНЬ ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ ПЛАЗМИ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА І ГЕНОТИПУ ЗА -675 4G/5G ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА PAI-1 У ХВОРИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ <i>Кмита О.П. Потанов О.О.</i>	324
ЦИТОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕПІТЕЛІЇ ШИЙКИ МАТКИ ЗА УМОВИ УРАЖЕННЯ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ <i>Коблош Н.Д. В.К. Кондратюк</i>	325
ВПЛИВ МЕДИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НАСЕЛЕННЯ НА ПЕРЕБІГ ТА РЕЗУЛЬТАТ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Князькова Поліна, Гресько І. Я.</i>	325
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ L-КАРНІТИН ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ЗАЗНАЮТЬ РЕГУЛЯРНОГО ВПЛИВУ НИЗЬКИХ ДОЗ РАДІАЦІЇ. <i>Костюченко В.В., Новикова О.О. Москаленко Ю. В.</i>	326
ТОРАКОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ <i>Кравець О.В., Юрченко О.П. Дужий І.Д.</i>	327
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН І КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ РІЗНИМИ СПОСОБАМИ <i>Кузів О.П., Кононенко А.Ю. Лахтін Ю.В.</i>	327
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТАЗОВОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА <i>Логвинюк А.О.</i>	328
АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ТА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ <i>Маркович Т. Є, Зарицький О. О</i>	329
НОВІТНІЙ ЛАЗЕР ВІОЛІТЕС-1470 В ЛІКУВАННІ ВХНК <i>Масалітін І.М., Ваглай Ю.С. Бугайов В.І.</i>	329
СИНДРОМ ФІТЦ-Х'Ю-КУРТІСА ЯК ПЕРЕДУМОВА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ. <i>Маюра Н.А., Леонов В.В.</i>	330
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНЕРГЕТИЧНИХ РЕЖИМІВ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ <i>Мелеховець Ю.В., Леонов В.В., Мелеховець О. К.</i>	331
АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ЩО ЗАЗНАЛО РАДІАЦІЙНОГО ВПЛИВУ. <i>Медведь О.Л., Зацарна О.М. Москаленко Ю.В.</i>	332
МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ ЇЇ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ <i>Микитин В.З., Пак В.Я., Ашурбекова В.А.</i>	332
ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКИХ ФЛЕГМОН ШИЇ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ <i>Мисловський І.А., Чередніченко А.І. Сотнікова А.О. Кузів О.П. В.П.Шевченко</i>	333

ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК СУМСЬКОГО РЕГІОНУ <i>Михайленко М.М.</i>	334
ЕМПІЄМА ПЛЕВРИ – ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ <i>Мищенко Ю.О. Дужий І.Д.</i>	335
ПОКАЗИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ <i>Нагорна К.О.</i>	336
УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО І КУЛЬШОВОГО СУГЛОБІВ <i>Нагорна А.О.</i>	337
ЕФЕКТИВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГІПЕРЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДО- ТА МІОМЕТРІЯ <i>Нікітіна І. М., М. Л. Кузьоменська, С.А. Сміян, Д. А. Прасол</i>	338
ПРОФІЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ ШЛЯХОМ РАЦІОНАЛЬНОГО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВІЛ – ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК <i>Нікітіна І.М., Ліповська В.В., Маренцева Л.В, Савченко Б.М.</i>	339
ОЦІНКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ <i>Нарольська А.І., Горбань Н.Є., Пономарьова А.І. В.К. Кондратюк</i>	340
ГІПОТИРЕОЗ ЯК ОДНА ІЗ ПРИЧИН ЕНДОКРИННОГО БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК <i>Новикова О.О., Бойко В.І.</i>	340
ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНИЙ СПЛЕНОЗ, ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ХВОРОБИ ВЕРЛЬГОФА. <i>Олексич Т.В., Улянич В.В. Смородська О.М. Шевченко В. П.</i>	341
ПОРІВНЯЛЬНА ТАКТИКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ ЙОГО УСКЛАДНЕННІ – РЕАКТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ. <i>Олісеєнко Д.В., Антоненко О.М., Шевченко О.О., Чубун Д.В., Леонов В.В.</i>	342
РЕАКТИВНІ ПЛЕВРИТИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ: БІОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ЕКСУДАТУ <i>Олісеєнко Д.В., Антоненко О.М., Шевченко О.О., Чубун Д.В., Леонов В.В.</i>	343
РАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА СПАЙКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК <i>Пак В.Я., Пак С.Я., Юрченко Ю.В.</i>	344
ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ <i>Павленко А.Ю., Потапов О.О.</i>	344
ВИБІР МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА <i>Плахтир Є.А. Томенко А.М.</i>	346
ЗАСТОСУВАННЯ ФАКТОРІВ РОСТУ В ЛІКУВАННІ ОБШИРНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК. <i>Попадинець В.М., Дужий І.Д.</i>	347
ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ВІД ТЯЖКОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ <i>Попович Ю.А., Шевченко О.С Шевченко В.П</i>	348
ЗМІНИ РІВНЯ ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ ПЛАЗМИ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД -675 4G/5G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PAI-1 У ХВОРИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ <i>Потапов О.О., Кмита О.П.</i>	349
КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА КАРТИНА ЗМІН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗАЛЕЖНО ВІД -675 4G/5G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ У ХВОРИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ <i>Потапов О.О., Кмита О.П.</i>	349
ГЛИБОКА РЕНТГЕНОТЕРАПІЯ КІСТКОВОГО ПАНАРИЦІУ <i>Рябокоть О.А</i>	350
ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЄЮ <i>Сахненко А.І., Калашник Н.В</i>	350
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯНЕКРОТИЧНІ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНІ КРОВОТЕЧЕЮ <i>Ситнік О.Л., Шаповал М.М.</i>	351
РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ	353

<i>Ситнік О.Л., Креховецький Н.В.</i> ГОРМОНАЛЬНА ПІДТРИМКА ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ	353
<i>Смоляков Є.Ю., Бабар Т.В.</i> ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ: ВИБІР ЛІКАРЯ АБО ПАЦІЄНТА	354
<i>Сорокіна О.О.</i> ОЦІНКА ЕЛАСТИЧНОСТІ МІОМЕТРИЮ ЯК МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МАТКИ	354
<i>Ольховик В.Л.</i> СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КЛЮЧИЦІ	355
<i>Спаський Р.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЛЕЧОВОГО ЕПІКОНДИЛІТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	355
<i>Степаненко О.С.</i> ЗМІНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ НА ФОНІ ПІДВИЩЕНОГО РОЗУМОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ ЯК ОЗНАКА ДЕЗАДАПТАЦІЇ	357
<i>Сухарев А. Б., Сухарева В.А.</i> ЕМОЦІЙНА СФЕРА ЖІНОК ПРИ ПЕРШІЙ І ПОВТОРНІЙ ВАГІТНОСТІ	357
<i>Сухарев А. Б., Юрченко Ю.В Сухарева В.А</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА У СУЧАСНИХ ЖІНОК	358
<i>Сухарев А. Б. Павленко А.Ю.,</i> АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МІОМИ МАТКИ У МІСЬКИХ МЕШКАНОК	359
<i>Сухарев А. Б, Сміян С.А</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ УСКЛАДНЕНОЇ ПЛЕВРИТОМ	360
<i>Сухарева Вікторія Гресько І. Я.</i> ІСТОРІЯ ПРОТЕЗУВАННЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	361
<i>Томин Л.В., Боженко О.В.</i> ЛІКУВАННЯ ДІАФІЗАРНИХ НЕУСКЛАДНЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОМІЛКИ У ДІТЕЙ	362
<i>Томин Л.В.</i> АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ	363
<i>Франчук У.Я. Маланчук Л.М.</i> ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ОСТЕОПАТІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	363
<i>Хандога В.С., Шевченко Ю. Ю</i> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ "ТІВОРТІН" У ХВОРИХ НА ВЕСТИБУЛОПАТІЮ	364
<i>Хижня Я. В., Юрченко А. В. *,Яровець А.І.,Шакотько С.В</i> НАЙЕФЕКТИВНІШІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ	364
<i>Калашиник Н.В., Хрущ О.І., Харченко Т.О</i> ЗВ'ЯЗОК ВАРІАНТУ РАДИКАЛЬНОЇ МАСТЕКТОМІЇ ТА ПОСТМАСТЕКТОМІЧНОЇ ЛІМФОРЕЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	365
<i>Шевченко В.В., Ващенко О.І., Солодченко М.І. Ващенко І.О, Шевченко В.П.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАЦІЇ ГАРТМАНА У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ	366
<i>Шевченко В.П., Кобилецький М.М., Братушка В.О., Соболев Ю.І., Мисловський І.А., Кобилецький С.М., Шимко В.В., Свістунов О.В., Корж А.О.</i> РІДКИСНИЙ ВИПАДОК ПАТОЛОГІЇ ПУПКОВОГО КАНАТИКУ	367
<i>Овечкін Д.В., Шевченко М.Ю.Дейнеко В.М., Мельник Д.І.</i> ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ БЦЖ-ВАКЦИНАЦІЇ	368
<i>Шевченко М.Ю., Шевченко Ю.Ю., Демеха Н.М., Шарафуліна А.О. Картава Ю.О. Дужий І.Д.</i> ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ЦЕРВІКОМЕТРІЇ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПРИ БАГАТОПЛІДДІ	369
<i>Шищук А.В., Нікітіна І. М.</i> ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ НА ДОНОЗОЛОГІЧНОМУ РІВНІ	370
<i>Шищук А.В</i>	

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ ТАБЕЛЬНИХ ЗАСОБІВ ТРАНСПОРТНОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ <i>Шкатула Ю.В., Бадіон Ю.О</i>	371
ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ <i>Шкільна О.О. Т.В.Супрунова</i>	371
ОЦІНКА СПОСОБІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ДИСПЛАЗІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ <i>Язиков О.В., Леонов В.В., Андрющенко В.В, Лукавенко І.М.</i>	372
ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК МЕТОДОМ ПОЗАВОГНИЩЕВОГО ДОСТУПУ У ДІТЕЙ <i>Яковенко М.В.</i>	373
СЛУЧАЙ ТОТАЛЬНОЇ СПИНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ БЛОКАДИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕННЯ ИЗ НАДКЛЮЧИЧНОГО ДОСТУПА ПО КУЛЕНКАМПУ. <i>Азаренков А. В. ,Портяной Е.Н.</i>	374
ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ <i>Алжумаели Омар</i>	375
НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ СНИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАННІ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. <i>Батиашвили Д.Д., Терещук О.Н.</i>	375
ВЛИЯНИЕ МАЛООБЪЕМНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ НА ВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК. <i>Богма Е. В., Зацарная О. Н., Медведь О. Л., Свириденко Л. Ю.</i>	377
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ <i>Бородай И. С., Кебашвили С.В. Щербина Н. А.</i>	377
НАСКОЛЬКО ВАЖНО ВВЕДЕНИЕ В НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК УКРАИНЫ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА? <i>Денчик Н. С. Калиновская О. И.</i>	378
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ <i>Литвинов И.О., Пискарева А.М., Писаренко Г.Н.</i>	379
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ. <i>Негодуйко В.В. Михайлусов Р.Н.</i>	379
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗІЇ. <i>Савченко Б. А., Суол Ю. Н.</i>	381
СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Савицкая Л.И.</i>	382
ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ <i>Николаенко Р.М., Сумцов Д.Г., * Сумцов Г.А., Павлюк Л.А.</i>	382
ОБ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА МАТОЧНЫХ ТРУБ <i>Сумцов Г. А., Сумцов Д. Г.</i>	383
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ НА БАЗЕ ЦГКБ №1. <i>Хсино Исса;</i>	384
РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ, КАК ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ. <i>Червань И.В. Шушлятина Н.О.</i>	385
ГЛАУКОМА НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ) <i>Цабадзе Т.Н.</i>	386
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА <i>Цверошвили Н.Ю.</i>	387
ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЮНОШЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ ПРИ МИОПИИ <i>Шакотько С. В.</i>	387



АКТУАЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ПО КУРСУ ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ УКРАИНЫ <i>Шищук В.Д., Редько С.И., Ляпа Н.Н.</i>	388
ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Шкатула Ю.В.</i>	389
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КРУПНЫХ КОНКРЕМЕНТАХ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА <i>Шавлакадзе Л.И.</i>	390
SPINAL MANIPULATION <i>Amannullah Waheedullah</i>	391
ULTRASOUND CRITERIA OF THE CERVIX UTERI IN THE DIAGNOSIS OF PRETERM LABOR IN MULTIPLE PREGNANCIES <i>Boyko V.I., Nikitina I.M., Kopytsa T.V</i>	391
THE OSTEOTOMY OF THE KNEE DEFORMATION AFTER GONARTHROSIS (ARTHROSIS OF THE KNEE) <i>Khalid Nazbar, Shalimov I.M.</i>	392
RELATIONSHIP BETWEEN ABNORMAL PLACENTATION AND PREVIOUS CAESAREAN SECTION <i>Корусьа Т. В.,</i>	393
CAUSES OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN NIGERIA <i>Nnamani Chizoba, Anagbani Ikenna V.P.Shevchenko</i>	393
SIMILARITIES AND DIFFERENCES IN BREAST CANCERS BETWEEN BLACK AFRICAN AND WHITE EUROPEAN WOMEN <i>Okoye Chukwuebuca Daniel., Ndossa Annia Ibrahim</i>	394
ADVANTAGES CARBON DIOXIDE LASER IN THE SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL PIGMENTED NEVI <i>Shevchenko V.P.,Konanyhin V.I., Shevchenko V.V.,Vashchenko O.I., Solodchenko M.I.</i>	395
FACTORS AFFECTING THE LOWER RISK OF COLORECTAL CANCER IN NIGERIA. <i>Ubee Terna Jude., Adebisi John Ademayowa, V.P.Shevchenko</i>	395
MODERN APPROACH TO THE TREATMENT JF WOMEN ITH ENDOMETRIAL POLYPS <i>Yusuf Israel, Smiyan S.A., Kuzomenskaya M.L.</i>	396



## СЕКЦІЯ І.

# ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015 року о 10:00

*Місце проведення:* ЛСУ, конференц-зал

*Керівники секції:* д-р мед. наук, проф. **Орловський В. Ф.**;

д-р мед. наук, проф. **Пристапа Л. Н.**,

д-р мед. наук, проф. **Потапов О. О.**

*Секретар:* **Моїсеєнко І.О.**

## МЕТАБОЛІЧНИЙ ВПЛИВ ПІОГЛІТАЗОНУ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ НА ТЛІ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ

*Антоняк Богдана*

*Науковий керівник – ас. Х. А. Москва*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Останніми роками стало відомо, що при гіпотиреозі розвивається інсулінорезистентність. Також часто фіксують такі стани, як порушення толерантності до глюкози, порушення рівнів глюкози натще, підвищення рівня глікованого гемоглобіну при гіпотиреозі. Саме тому виник інтерес до інсулінових сенситайзерів, які підвищують чутливість тканин до інсуліну у хворих на гіпотиреоз з інсулінорезистентністю.

**Мета.** З'ясувати вплив піоглітазону на вуглеводний обмін та інсулінорезистентність у хворих на гіпотиреоз.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 32 пацієнти, серед яких 26 жінок і 6 чоловіків. Хворих було розділено на 2 групи: I група (15 осіб) протягом 3 місяців перебувала на замісній терапії левотироксином, II група (17 осіб) протягом 3 місяців приймала комбіновану терапію левотироксину з піоглітазоном. У пацієнтів визначали концентрації тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (вТ<sub>4</sub>), глюкози натще, інсуліну та глікованого гемоглобіну (HbA<sub>1c</sub>); обчислювали індекс НОМА-IR.

**Результати.** У I-ій групі на тлі монотерапії зафіксовано зниження концентрації ТТГ (від  $40,21 \pm 3,18$  до  $3,52 \pm 0,28$  мМО/л,  $p < 0,001$ ), вТ<sub>4</sub> на початку дослідження визначався на рівні  $1,89 \pm 0,07$  нг/дл, після проведеного лікування вірогідно підвищився до  $3,14 \pm 0,06$  нг/дл ( $p < 0,05$ ). З боку вуглеводного обміну, при порівнянні вихідних та кінцевих даних, вірогідних змін не було виявлено по жодному з показників. У II-ій групі в результаті комбінованої терапії вірогідно знизився ТТГ від  $39,54 \pm 3,02$  до  $3,57 \pm 0,15$  мМО/л ( $p < 0,001$ ), рівень вТ<sub>4</sub> підвищився від  $1,95 \pm 0,06$  нг/дл до  $3,32 \pm 0,08$  нг/дл ( $p < 0,05$ ). У I та II групах концентрація HbA<sub>1c</sub> не перевищувала норму та зміни були недостовірними. Рівні глюкози коливалися у рамках норми, проте у II-ій групі вірогідно знизилися у порівнянні з початковими (від  $6,15 \pm 0,09$  до  $5,91 \pm 0,08$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). При аналізі рівнів інсуліну помічено вірогідні зміни у II-ій групі при порівнянні початкових ( $15,94 \pm 0,57$  мМО/л) та кінцевих ( $12,80 \pm 0,35$  мМО/л) даних ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Додаткове призначення піоглітазону до монотерапії левотироксином хворим на гіпотиреоз із наявною інсулінорезистентністю супроводжувалося зниженням рівня глюкози та інсуліну натще. Наслідком цих змін було відповідне зниження індексу НОМА-IR, який є маркером інсулінорезистентності.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

*Анцибор І.С., магістр, Собчишин Н.П., Старків О.І., Греченкова В.А., Засць Г.В.*

*Науковий керівник - д.мед.н., доц. Деміхова Н.В.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини;*

*Сумський обласний клінічний госпіталь для ІВВ*

Найбільш поширеним, важким і несприятливим ускладненням ішемічної хвороби серця (ІХС) залишається хронічна серцево-судинна недостатність (ХСН), яка є частим супутником хворих на цукровий діабет 2 типу. Тому вивчення патогенетичної спільності цукрового діабету (ЦД) і серцево-судинних захворювань у хворих на ЦД при наявності ХСН є важливим напрямком медичних досліджень.

**Мета:** визначення особливостей клінічного перебігу ХСН у хворих з ІХС за наявності супутнього цукрового діабету 2 типу.

**Матеріали дослідження.** Обстежено 55 пацієнтів з проявами ХСН II-III функціонального класу (ФК). Середній вік обстежених -  $60,76 \pm 1,11$  років. Середній рівень

індексу маси тіла –  $29,45 \pm 0,64$  кг/кв.м. За фактом наявності ЦД 2-го типу всі 55 хворих на ІХС, які мали ознаки ХСН, були розподілені на дві групи:

- 1) група А - 31 пацієнт на ІХС з проявами ХСН,
- 2) група В - 24 хворих з ІХС і проявами ХСН, із супутнім ЦД 2-го типу.

Усім хворим проводилося комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних і додаткових методів дослідження.

**Результати.** У хворих найбільш частими скаргами були: виражена загальна слабкість – 55 чоловік (100%); задишка при фізичному навантаженні – (100%), набряки нижніх кінцівок – (100%), важкість в області правого підбер'я - 36 осіб (65,45%), тахікардія – 40 осіб (72,72%), нічний кашель - 39 осіб (70,90%). У 38 пацієнтів (69,09%) відзначали больовий синдром. У пацієнтів групи В додаткові скарги: сухість в роті - 20 осіб (83,33%), часте сечовиділення - 18 осіб (75,0%), спрага - 17 осіб (70,83%). У 45,83% (11 осіб) групи відмічено кардіалгію, що купувалася седативними засобами.

Наявність артеріальної гіпертензії (АГ): група А – 70,96% (22 особи, з них чол.-10, ж.-12), група В – 87,5% (21 особа, з них чол.-9, ж.-12).

Показники індексу маси тіла (ІМТ). Група А: норма – 45,16% (14 осіб), ожиріння 1 ступеню – 45,16% (14 осіб), ожиріння 2 ступеню – 9,67% (3 особи), ожиріння 4 ступеню – 0. Група В: норма – 16,66% (4 особи), ожиріння 1 ступеню – 66,66% (16 осіб), ожиріння 2 ступеню – 50% (12 осіб), ожиріння 3 ступеню – 20,83% (5 осіб), ожиріння 4 ступеню – 12,5% (3 особи).

Результатом поєднаного перебігу ІХС та ЦД 2 типу стала наявність порушення ритму та провідності за даними ЕКГ: фібриляцію передсердь діагностовано у 25 % хворих групи В проти 9,68 % хворих групи А, екстрасистолічна аритмія зустрічалась у 8,3 % хворих групи проти 6,45 %, АВ блокада – у 4,17 % хворих проти 16 %, блокада лівої гілки пучка Гіса – у 8,3 % проти 3,22 % відповідно.

**Висновки.** Наявність даних скарг значно погіршувала стан хворих групи В і свідчила про поєднання у даних пацієнтів коронарного атеросклерозу і діабетичної дистрофії міокарда.

У хворих на ІХС з супутнім ЦД2 достовірно частіше діагностувалася АГ (87,5 % проти 70,96 % у групі співставлення), при цьому АГ у жінок виявлялася в 1,3 рази частіше, ніж у чоловіків. Частота ожиріння у хворих групи В різко зростає порівняно з гр. А (83,33% та 54,83% відповідно).

Аналіз даних ЕКГ спокою показав, що у хворих групи В достовірно частіше порівняно з хворими гр. А спостерігалися порушення ритму та провідності: на 15,32% - фібриляція передсердь; на 1,85% - екстрасистолічна аритмія; на 5,08% - блокада лівої гілки пучка Гіса відповідно. А-V блокада спостерігалася частіше у хворих групи В на 11,83% на відміну з хворими гр. А.

Таким чином, аналізуючи наведені вище дані, найбільш обтяжливий вплив на клінічний перебіг ІХС відбувається за наявності супутнього ЦД 2 типу, що дозволяє оцінювати діабет як фактор ризику розвитку та прогресування ХСН.

## ОСОБЛИВОСТІ ГЕОМЕТРІЇ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

*Асоян І. М.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра терапії та нефрології*

**Мета роботи.** Визначення структурних особливостей міокарда лівого шлуночку (ЛШ) при хронічній серцевій недостатності (ХСН) у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2).

**Матеріали та методи.** Обстежено 37 хворих на ЦД 2 та ХСН I-IV ФК (NYHA). Контроль – 15 здорових осіб. Ехокардіографія проводилась на апараті "Ultramark-9 ATL" (USA).

**Результати та обговорення.** Гіпертрофію міокарда виявлено у 28 хворих (75,6%), з них концентрична (КГТ) спостерігалась у 19 (51,3%), а ексцентрична гіпертрофія (ЕГТ) у 9 (24,3%). Ці зміни в основному відбулися за рахунок збільшення: кінцево-діастолічного та

систоличного об'ємів на 47,7% ( $135,5 \pm 5,4$ ,  $p < 0,001$ ) та 63,5% ( $62,8 \pm 3,9$ ,  $p < 0,001$ ), індексу маси міокарда лівого шлуночка на 55,2% ( $141,4 \pm 5,9$ ,  $p < 0,001$ ).

**Висновки:** нормальна геометрія та КГТ спостерігалися головним чином при I-II ФК та характеризувались діастолічною дисфункцією за типом порушення релаксації (70,7%,  $p < 0,01$ ), а при ЕГТ (III і IV ФК) приєдналися порушення скорочувальних властивостей міокарда.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

*Атаман Ю.О., Коломієць О.О., Хорошун О.О.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Відомо, що гіпертонічна хвороба є одним з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи, особливо у осіб похилого віку. Її поява значно погіршує прогноз виживання таких хворих, супроводжується збільшенням витрат на лікування та частоти госпіталізацій до стаціонару. Разом з тим, можливий бессимптомний перебіг гіпертонічної хвороби, а в роботах деяких авторів вказується на існування «робочого» артеріального тиску, при якому самопочуття хворих є найліпшим.

**Метою** нашого дослідження було вивчення якості життя хворих з есенціальною артеріальною гіпертензією.

**Матеріали та методи.** До дослідження було включено 80 пацієнтів, середній вік склав  $68,5 \pm 5,6$  років. Хворі були розподілені на дві групи: основну та порівняльну. Основну групу склали 40 пацієнтів, з нормальним рівнем артеріального тиску, порівняльну – 42 особи з гіпертонічною хворобою, серед останніх у 15 осіб реєструвалася артеріальна гіпертензія II ступеню, а у 27 – III ступеню. Якість життя визначалася шляхом добровільного анкетування пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36.

**Результати дослідження** показали, що у хворих на гіпертонічну хворобу достовірно гіршими були показники, що характеризують фізичне благополуччя. У них спостерігалася зниження фізичної активності, зокрема об'єму повсякденного навантаження, був вищим ступінь обмеження виконання роботи, такі хворі швидше втомлювалися, їх в більшій мірі турбував больовий синдром. Все це не могло не вплинути, на оцінку загального стану здоров'я хворими, в основній групі вони були гіршими. Однак в групі показників, що характеризують психологічний стан хворих (життєздатність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування та психологічне здоров'я) достовірних відмінностей виявлено не було. На нашу думку, вони залежали від іншої супутньої патології, поширеної у цього контингенту осіб – наявності гострих процесів, порушень опірно-рухового апарату, іншої серцево-судинної та цереброваскулярної патології тощо.

Таким чином, нами виявлено, що наявність гіпертонічної хвороби погіршує якість життя таких хворих, переважно за рахунок показників, що характеризують фізичне благополуччя. Це зумовлює необхідність проведення ретельної корекції артеріального тиску у межах нормальних значень.

## КОРЕКЦІЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ ЗА ДОПОМОГОЮ УРАПІДИЛУ У ОСІБ З ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

*Атаман Ю.О., Корольчук С.Д.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

*Сумський обласний клінічний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни*

Кризові підвищення артеріального тиску є особливо небезпечними у осіб з серцевою недостатністю (СН), оскільки до скоротливої дисфункції додається значне перевантаження опором. Останній фактор може викликати появу гострих проявів СН, найчастіше серцевої

астми та набряку легенів. При виникненні таких ускладнень важливо досягти швидкого але керованого зниження артеріального тиску (АТ) з метою своєчасного попередження мозкової або коронарної гіперперфузії, а також усунення супутніх, часто найбільш небезпечних для життя пацієнта, проявів гострої СН. Зазначене зумовлює актуальність пошуку препаратів, які б одночасно швидко та ефективно знижували АТ, корегували гострі ускладнення та покращували б якість життя пацієнтів.

**Метою** дослідження було вивчення ефективності корекції гіпертонічних кризів за допомогою урапідилу у осіб з СН.

**Матеріали і методи.** Всього обстежено 50 пацієнтів з діагностованими гіпертонічними кризами і гострою СН, середній вік яких склав  $78 \pm 4,3$  років, період спостереження – 3 доби. Ступінь СН оцінювався за Killip. Всім хворим проводилося внутрішньовенне введення 25-50 мг урапідилу (ебрантилу) на добу та інша терапія згідно стандартів надання медичної допомоги. Поряд з клінічним обстеженням проводилося визначення ряду біохімічних показників крові, добове моніторування АТ та ЕКГ. Показниками ефективності препаратів були: час настання, тривалість та ступінь зниження АТ, власне корекція гострих проявів СН, досягнення стійкої стабілізації стану хворого.

**Результати та їх обговорення.** Антигіпертензивний ефект у вигляді достовірного зниження систолічного артеріального тиску у досліджуваних хворих в середньому досягався через 20 хвилин, діастолічного АТ - через 40 хвилин від початку терапії, при цьому ступінь зниження АТ не перевищував 25% від початкового рівня. Зниження артеріального тиску супроводжувалося редукцією симптомів гострої серцевої недостатності, зокрема після проведеного лікування в усіх випадках вдалося купувати гостру СН, досягти збільшення толерантності до фізичного навантаження та перевести хворих на підтримуючу стандартну терапію.

**Висновок.** Отримані результати свідчать про високу ефективність урапідилу (ебрантилу) при гіпертонічних кризах, що супроводжуються гострою серцевою недостатністю.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

*Атаман Ю.О., Старків О.І., Горяєва С.Ю., Городиська І.А.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

*Сумський обласний клінічний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни*

За даними епідеміологічних досліджень, артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з основних факторів ризику неалкогольних жирових уражень печінки. Викликані такими ушкодженнями порушення функціонування печінки можуть виявляти себе появою астеновегетативного, диспептичного, абдомінального синдрому у варіантах болів або дискомфорту в правому підребр'ї, збільшенням розмірів печінки, селезінки. Слід зазначити, що для стеатозу печінки характерним є субклінічний перебіг, а біохімічні ознаки цитолізу та мезенхімально-запальних не розвиваються. Для лікування АГ з неалкогольним стеатозом печінки (НСП) патогенетично виправданим є призначення гепатопротекторів з мембраностабілізуючою, антиоксидантною, імуномодулюючою та ангіопротекторною дією.

**Мета дослідження.** Дослідити особливості лікування АГ у осіб з НСП за допомогою гепатопротектора антраль.

**Матеріали та методи.** Всього було досліджено 40 хворих на АГ та НСП. Середній вік пацієнтів склав  $74 \pm 6,54$  років. Усім хворим додатково до базової антигіпертензивної терапії додатково призначався вітчизняний гепатопротектор антраль в дозуванні 600 мг/день. Час спостереження за пацієнтами складав  $16 \pm 3,2$  днів. Про ефективність обраної терапії робили висновок на підставі оцінки рівня ранкового артеріального тиску (АТ), клінічної картини,

оцінки якості життя (опитувальник SF-36) на початку та після завершення курсу стаціонарного лікування.

**Результати та їх обговорення.** Середній рівень ранкового систолічного АТ був поступово знижений з  $172 \pm 9,5$  мм рт. ст. до  $127 \pm 7,5$  мм рт. ст., а діастолічного – з  $84 \pm 6,5$  мм рт. ст. до  $72 \pm 5,6$  мм рт. ст. Усіма хворими було відмічено покращення самопочуття: зменшилися інтенсивність та частота головних болів, ступінь головокружіння, астеновегетативні прояви та дискомфорт в правому підребр'ї. При оцінці якості життя встановлено, що у досліджуваних пацієнтів достовірно покращувались більшість показників, що характеризують якість життя, зокрема найбільше покращення відмічено при оцінці рольового емоційного функціонування з  $41,7 \pm 5,8$  балів до початку лікування, проти  $75,8 \pm 6,0$  балів після 16 днів стаціонарного лікування.

**Висновок.** Пацієнти з АГ та НСП потребують особливого підходу до лікування. Зокрема, ефективним та патогенетично виправданим є застосування гепатопротектору антраль в комплексній терапії.

### КЛІНІКО-АУДИОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У РОБІТНИКІВ ВУГІЛЬНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ З ПРОФЕСІЙНОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ

*Басанець А.В., Гвоздецький В.А.*

*ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», відділ професійних захворювань*

Проблема діагностики субклінічних та ранніх форм професійної сенсоневральної приглухуватості (ПСНП) зберігає велику медичну і соціальну актуальність. На жаль, в Україні діагностика цього захворювання знаходиться на низькому рівні по ряду причин, серед яких можна виділити організаційні (потребує уточнення класифікація професійної СНТ та її узгодження з європейськими стандартами); недостатніми можливостями діагностичної бази (при проведенні періодичних медичних оглядів не завжди використовується навіть тональна аудіометрія); не всі профпатологічні комісії мають можливість використовувати сучасні методи оцінки функції центральних і периферичних відділів слухового аналізатора; неякісна диспансеризація груп ризику; соціальна незахищеність працюючих (страх втратити роботу у зв'язку з встановленням профзахворювання, що створює проблему «пізніх» звернень пацієнтів) та інші.

**Мета роботи** – дослідження змін в показниках аудіометрії у робітників шумових професій вугільної промисловості з професійною сенсоневральною приглухуватістю.

**Матеріал і методи:** на базах ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» та ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» було обстежено 100 хворих (віком від 32 до 50 років «шумових» професій (вугільна промисловість) з професійними сенсоневральними порушеннями слуху (шумового генезу) зі стажем роботи 15-30 років. До аналізу не входили хворі, які перенесли нейроінфекцію, черепно-мозкову травму, а також ті, що мали виражену патологію серцево-судинної системи, тяжкі соматичні та інфекційні захворювання або контакт з радіацією. В якості контрольної групи обстежено 15 здорових нормальночуючих осіб.

Слухова функція досліджувалась на тони в області 0,125-8 та 9-16 кГц, тобто в конвенціональному і розширеному діапазонах частот в екранованій та звукоізольованій камері, де рівень шуму не перевищував 30 дБ, за допомогою клінічного аудіометра АС-40, фірми «Interacoustics» (Данія).

Результати оцінювались з використанням методів варіаційної статистики. Розраховувались середнє арифметичне значення показників – величина (М) та його помилка ( $\pm m$ ), а також коефіцієнт достовірності різниці (t). Достовірність отриманих результатів оцінювали по таблиці критеріїв Ст'юдента.

**Результати:** Перед інструментальним обстеженням всі пацієнти проходили ретельний отоларингологічний огляд, з детальним збором анамнезу. Рівні шуму на робочих місцях обстежених шахтарів коливаються від 81 до 101 дБа.

Найбільш часто обстежені шахтарі (100%) скаржилися на зниження слуху, порушення розбірливості мови (6%), шум у вухах або голові (54%). Більшість робітників вугільної промисловості скаржилися на часті головні болі (90%), у 24% випадків їх турбували запаморочення, 42% відзначали періодичне серцебиття і відчуття дискомфорту в області серця, 72% хворих був підвищений артеріальний тиск, у решти тиск був лабільним з тенденцією до підвищення. Частина обстежених (30%) відзначала підвищену дратівливість, стомлюваність, порушення сну.

При проведенні отоскопії у всіх пацієнтів було виявлено деяке потовщення барабанних перетинок, їх тьмяність. Відзначалась деяка згладженість розпізнавальних контурів і вкорочення світлового рефлексу. При проведенні передньої риноскопії у обстежених відзначався набряк слизової оболонки порожнини носа або її сухість, у 25% був діагностований вазомоторний риніт, а у 18% - хронічний субатрофічний ринофарингіт.

За даними порогової тональної аудіометрії досліджуваних хворих, які піддавалися впливу шуму на рівні  $(89,83 \pm 3,31)$  дБа, спостерігалось найбільш виражене зниження слухової чутливості до тонів з частотою понад 4 кГц, що є характерним для сенсоневральної приглухуватості шумового генезу. Показники чутливості до тонів з частотою 4 кГц у шахтарів основних професій становили  $(39,15 \pm 5,35)$ , в області 6 і 8 кГц становили  $(40,90 \pm 5,36)$  та  $(42,65 \pm 5,39)$  дБ, а у пацієнтів з групи контролю  $(7,34 \pm 0,67)$ ,  $(7,51 \pm 0,98)$  та  $(7,99 \pm 0,76)$  дБ, відповідно ( $p < 0,01$ ). В області 0,125; 0,25 та 0,5 кГц пороги слуху на тони знаходилися у обстежуваних нами осіб в межах норми і становили, відповідно,  $(7,65 \pm 2,91)$ ;  $(8,07 \pm 2,97)$  та  $(9,39 \pm 3,18)$  дБ, що достовірно не відрізнялось від показників у контрольній групі ( $p > 0,05$ ). Також слід зазначити, що частина обстежуваних не сприймала тони в області 6 кГц та 8 кГц частот, тобто спостерігався так званий "обрив". Відповідно відсоток "обриву" слуху, становив 2% та 4%.

Результати аналізу даних дослідження слуху на тони в розширеному діапазоні частот (9-16 кГц) свідчать про те, що значна частина обстежуваних не сприймала тони в області частот на тони 9 кГц, 10 кГц, 11,2 кГц, 12,5 кГц, 14 кГц, 16 кГц, відповідно, відсоток становив 8%, 7%, 20%, 32%, 70%, 73%. Було встановлено, що у осіб з ПСНП спостерігається достовірне ( $p < 0,01$ ) підвищення порогів слуху на тони по всьому досліджуваному діапазону частот (9-16 кГц) порівняно з нормою. Найбільш виражене зниження слуху на тони мало місце в області 10 кГц, 11,2 кГц, 12,5 кГц, 14 кГц та 16 кГц, яке, становило:  $63,37 \pm 5,45$ ;  $67,23 \pm 5,73$ ;  $69,88 \pm 6,13$ ;  $71,8 \pm 8,94$ ;  $71,59 \pm 9,61$  дБ відповідно.

**Висновки:** Дані проведеного дослідження дозволяють рекомендувати метод аудіометрії в повному обсязі для діагностики ранніх проявів СНП професійної етіології у робітників, що підпадають під вплив шуму в умовах виробництва. Вважаємо за доцільне проведення дослідження слуху у зазначеній категорії не тільки в звичайному (0,125-8) кГц діапазоні частот, а й розширеному (9-16) кГц, звертаючи увагу на частоти (12,5; 14 і 16) кГц. В якості об'єктивної ознаки ранніх стадій розвитку ПСНП, крім зниження слуху на 4 кГц, частота 16 кГц може розглядатися як одна із найбільш показових при оцінці слуху у працівників шумових професій, особливо при відсутності інших змін в розширеному діапазоні частот.



## ПРЕДИКТОРИ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

*Безкоровайний А.О.*

*Науковий керівник: доцент, доктор мед. наук Атаман Ю.О.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Відомо, що кожен третій дорослий чоловік в Україні потерпає від гіпертонічної хвороби. Якщо в 1999 році показник поширеності артеріальної гіпертензії складав 9,7%, то в 2012 році він досяг 32%. З метою зниження частоти гострих та хронічних серцево-судинних катастроф, у світі активно розробляється концепція вивчення факторів (предикторів), що статистично достовірно збільшують вірогідність розвитку ураження органів-мішеней, зокрема серцевої недостатності. Останнє зумовлює актуальність та наукову новизну досліджень, що заплановані нами для проведення.

**Мета:** Провести огляд літератури та з'ясувати, які прогностичні ознаки (предиктори) серцевої недостатності існують у пацієнтів з АГ, і, на підставі отриманих даних, визначити основні шляхи їх корекції.

**Матеріали і методи:** Проведено огляд 67 літературних джерел, 34- англійською, 15 – російською, 18- українською мовою. Для пошуку матеріалів використовувалася пошукова система PubMed.

**Результати та їх обговорення.** Згідно даних літератури виявлено, що основними предикторами СН у пацієнтів з АГ є міокардіальна дисфункція, інтерстиційний фіброз міокарда, підвищення показників активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, антиагрегаційною активністю судинної стінки, надмірна маса тіла, генетичні детермінанти. Також окремо б хотілося відзначити спосіб прогнозування ризику виникнення серцевої недостатності у хворих на гіпертонічну хворобу шляхом ехокардіографічного обстеження пацієнтів. Зокрема, індекс ризику можливого розвитку серцевої недостатності прямо пропорційний товщині задньої стінки лівого шлуночка в діастолу, товщині міжшлуночкової перетинки в діастолу, але обернено пропорційний кінцево-діастолічному розміру лівого шлуночка.

**Висновки.** Появу серцевої недостатності при артеріальній гіпертензії можливо прогнозувати орієнтуючись на виявлення численних предикторів. В числі таких факторів, при клінічному обстеженні можна виявити тільки надмірну вагу тіла, для встановлення інших потрібно проводити ехокардіографічні, молекулярно-генетичні та лабораторні обстеження.

## ВПЛИВ ПОМІРНОДІЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПЕРЕБІГ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

*Богдан Н.М.*

*Науковий керівник: Якименко О.О., з.д.н.і т. України, д.мед.н., проф., зав. каф.*

*Пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії*

*Одеський національний медичний університет*

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії*

В теперішній час деформуючий остеоартроз (ДОА) стає все більш актуальним захворюванням, загалом 15 % осіб віком понад 60 років хворіють на ДОА. Приєднання метаболічного синдрому (МС) до деформуючого остеоартрозу створює умови перенавантаження для функціонування осьових суглобів. Що є однією з основних причин передчасної втрати працездатності та інвалідизації населення.

**Метою дослідження** є визначити вплив помірnodіючих препаратів на перебіг деформуючого остеоартрозу на тлі метаболічного синдрому.

**Матеріали та методи.** До дослідження було залучено 20 пацієнтів, що страждають ДОА та МС, індекс маси тіла (ІМТ) понад 25 кг/м<sup>2</sup>., із них 12 жінок та 8 чоловіків, віком від 50 до 75 років, що склали групу спостереження. До групи порівняння увійшли пацієнти (20 осіб)

з деформуючим остеоартрозом та з ІМТ до 25 кг/м<sup>2</sup> такої ж статі та вікової категорії. Всім хворим групи спостереження проводилася терапія помірнодіючими препаратами в продовж двох років: сполученням хондроїтину та глюкозаміну сульфату у вигляді препарату «Артрон-комплекс» фірми Vitrum тричі на день; бісфосфонати у вигляді препарату «Алендра» 1 раз на тиждень та НПЗП у вигляді препарату «Німесил» двічі на добу. При навантаженні постійне носіння наколінників. Хворим контрольної групи проводилося лікування НПЗП та терапія глюкозамін сульфату у вигляді препарату «Артифлекс». До та після лікування всім хворим проводили спеціальне анкетування, оцінку больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), рентгенологічні дослідження суглобів, вимірювання кутоміром рухливості суглобів та ультразвукова остеоденситометрія.

**Результати дослідження.** У групі спостереження після першого року лікування повільно діючими препаратами спостерігалася позитивна динаміка: значно зменшився больовий синдром, рентгенологічно суглобова щілина не змінювалася у висоті, за даними остеоденситометрії – перехід із зони остеопорузу в зону остеопенії. В контрольній групі після проведеного лікування було наступне: больова реакція за шкалою ВАШ помірно вираженості, щільність кісток не змінилася, а суглобова щілина мала прояви звуження. Отже, застосування помірнодіючих препаратів є ефективним у хворих, що страждають деформуючим остеоартрозом на тлі метаболічного синдрому, тому як їх дія спрямована на уповільнення темпів прогресування ДОО і покращення якості життя хворих.

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ВЕТЕРАНІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ, ЯК ДОПОМІЖНА ЛАНКА В ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ. СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ.**

*Бокова С.І., Багмет В.В., Старків О.І., Горяєва С.Ю.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

В сучасному світі, з його стрімким розвитком та тенденцією до зростання психологічної напруги, важливим є вивчення особливостей якості життя хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), зокрема, стабільну стенокардію напруги (ССН). Особливо це актуально для осіб похилого та старечого віку, оскільки перебіг основного захворювання у них зазвичай ускладнений поліморбідною патологією. За даними авторів, у осіб старше 60 років діагностують 4 і більше патологій, які негативно впливають на загальний стан здоров'я, можуть ускладнювати перебіг основного захворювання та сприяти розвитку смерті і потребують відповідного лікування.

За даними ВООЗ, рівень летальності від ІХС становить близько 7 млн осіб щорічно і прогнозовано збільшиться вдвоє до 2020 р. Особлива увага приділяється пацієнтам старшим за 65 років, оскільки у них вищий розвиток ускладнень. Також на вказану категорію припадає ¾ смертей при ІХС. Саме тому лікарю важливо знати деталі психоемоційної та фізичної складової їх життя, оскільки це допоможе своєчасно відкоригувати лікування та попередити розвиток небажаних ускладнень.

Вікові зміни організму, супутня патологія і особливості її лікування, погіршення психологічного стану – все це може негативно впливати на якість життя пацієнтів літнього віку і суттєво ускладнювати перебіг ІХС.ССН. Тому метою нашого дослідження стало вивчення показників якості життя у осіб похилого та старечого віку, хворих на ІХС.ССН II-III ФК.

В дослідженні взяло участь 19 хворих на ІХС.ССН, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному та терапевтичному відділеннях СОКГВВ взимку 2015 року. Основний контингент представлений учасниками бойових дій в Другій Світовій війні – 18 чоловік (94,74%), а також 1 особа – дитина Другої Світової війни (5,36%). Вік обстежених був від 70 до 93 років, середній вік склав 81 рік. За основний метод взято анкетування пацієнтів за допомогою тесту Seattle Angina Questionnaire (SAQ), який широко використовується в світі

для оцінки якості життя у хворих на стенокардію. Пацієнтам було запропоновано відповісти на запитання, згруповані у 5 шкал, які характеризують найбільш важливі аспекти ІХС: обмеження фізичних навантажень (Physical limitation, PL), стабільність нападів (Angina stability, AS), частота нападів (Angina frequency, AF), задоволеність лікуванням (Treatment satisfaction, TS), ставлення до хвороби (Disease perception, DP). Отримані відповіді підраховано та оцінено згідно запропонованим у тесті формулам.

При аналізі отриманих результатів встановлено значну обмеженість фізичних навантажень 40% і нижче, зокрема, щоденних звичайних для пацієнтів дій, у 84,21% (16) осіб, з яких 62,50% (10) осіб – це пацієнти з ускладненим перебігом основного захворювання. Загальний показник склав 37,8% і є надто низьким. Можливо, це є наслідком поєднання вікових змін організму, ускладненого перебігу основного захворювання, поліморбідного стану. Всі учасники дослідження були пенсіонерами без додаткового навантаження та заробітку, тому щоденна рутинна робота є для них не тільки фізіологічною необхідністю, але й психосоціальною можливістю залишатися активним в межах віку, особливо, зважаючи на те, що 52,63% (10 осіб) з обстежених не перебувають в шлюбі з різних причин і є самотніми.

За шкалою, що характеризує стабільність нападів, встановлені середні значення 65,25%, що може свідчити про відносно стабільний перебіг основного захворювання.

Лише 21,05% (4) особи охарактеризували зростання частоти нападів в діапазоні від 40% до 20%, решта – вище за 60%. Середній показник всіх обстежених становив 59%, що також вказує на більш стабільний стан за основною патологією.

Задоволеність лікуванням у всіх пацієнтів була в межах від 61,25% до 90%, в середньому 80,37%, що позитивно характеризує якість надання медичної допомоги хворим.

Показник Disease perception лише в 1 особи був дещо вищим і становив 67%. Решта пацієнтів мала від 50% до 17%, в середньому 35,90%. Це може свідчити про вкрай негативне ставлення до хвороби, що завдає фізичних та психічних страждань і може стати причиною летального наслідку.

Отримані результати анкетування пацієнтів є допоміжною ланкою в лікуванні, оскільки характеризують особливості перебігу захворювання та відповідність призначеної терапії.

Таким чином, проведене дослідження вказало на важливість вивчення особливостей якості життя у хворих на ІХС.СН II-III ФК похилого і старечого віку та довгожителів, оскільки це може покращити його лікування та прогноз і, як наслідок, перебіг захворювання.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПОЄДНАННІ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

*Боярський О.О.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Журавльова Л.В., к.мед.н., доцент Цівенко О.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра внутрішньої медицини №3*

*м. Харків, Україна*

На сьогодні хронічний панкреатит (ХП) та супутня патологія гастродуоденальної зони все частіше зустрічаються разом. Через це виникає питання про особливості перебігу ХП у поєднанні з кислотозалежними захворюваннями та методами їхньої діагностики.

**Мета дослідження** – оптимізація діагностики хронічного панкреатиту з супутньою патологією гастродуоденальної зони.

**Матеріали та методи дослідження:** обстежено 47 хворих на хронічний панкреатит у фазі загострення (29 чоловіків та 18 жінок). Середній вік складав  $49 \pm 2,5$  роки. Для верифікації діагнозу проводились клінічні, біохімічні дослідження, копрологічне дослідження, визначали рівень прозапальних цитокінів та фекальної еластази-1, ЕГДС, УЗД органів черевної порожнини. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб.

**Результати:** У всіх хворих у фазу загострення хронічного панкреатиту визначено помірне зниження фекальної еластази-1 до 100-150 мгЕ/1г кала, достовірне підвищення

інтерлейкінів (ІЛ) ІЛ 1 $\beta$  та 8 в порівнянні з контролем ( $p < 0,05$ ), тенденція до підвищення рівня фактору некрозу пухлини (ФНП- $\alpha$ ). У 29 хворих (61,9%) спостерігалась патологія гастродуоденальної зони, з них у 46,2% визначені виразки шлунку та/або дванадцятипалої кишки, в 23% - ерозії, у 30,8% - гастродуоденіт. В період загострення ХП у хворих з супутнім гастродуоденітом та ерозіями шлунку та/або дванадцятипалої кишки рівні ІЛ 1 $\beta$ , 8 та ФНП- $\alpha$  були помірно підвищені ( $p < 0,05$ ), з супутньою виразковою хворобою було виявлено різке підвищення рівня ІЛ 1 $\beta$ , 8 та ФНП- $\alpha$  ( $p < 0,001$ ).

**Висновки:** Результати дослідження дозволяють рекомендувати визначення в крові прозапальних цитокінів ІЛ 1 $\beta$ , 8 та ФНП- $\alpha$  можливо для оцінки ступеню важкості ХП. Визначення в плазмі прозапальних цитокінів ІЛ 1 $\beta$ , 8 та ФНП- $\alpha$  поряд з фекальною елестазою-1 дозволяє виявляти ранні форми ХП, оцінювати ступінь важкості, наявність супутніх уражень гастродуоденальної зони, прогнозувати перебіг захворювання.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИРОК

*Висоцька О.О.*

*Науковий керівник – Бокова С.І.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Протягом останнього десятиліття в Сумській області, як і в цілому по Україні, спостерігається значне зростання рівня ниркових захворювань. За даними МОЗ України, станом на січень 2014 року майже 1,2 млн. жителів країни потребували нефрологічної допомоги. У світі аналогічні показники значно зросли і розглядаються, як пандемія. Такий стан непокоїть медичне суспільство, оскільки також зростають і показники ускладнень, викликаних основним захворюванням, що суттєво погіршує його перебіг, лікування і прогноз.

При хронічних захворюваннях нирок (ХЗН) однією з найперших реагує серцево-судинна система. Вже відомо, що синдром артеріальної гіпертензії (АГ) посідає в структурі їх ускладнень одне з ключових місць, особливо при хронічній нирковій недостатності. Він є основною причиною ризику розвитку ішемічної хвороби серця і цереброваскулярних ускладнень, які на 88,1% визначають рівень смертності від хвороб системи кровообігу. На теперішній час поширеність АГ в Україні досягає близько 12 млн чоловік, що складає 31% від дорослого населення. Серед хворих, що отримують, замісну ниркову терапію методом програмного гемодіалізу, АГ діагностується в 60–80% випадків, а іноді може досягати й 100% в популяції.

Згідно сучасної класифікації всіх гіпертензій, під нирковою гіпертензією зазвичай розуміють АГ, що патогенетично пов'язана із захворюваннями нирок. Це найбільша за чисельністю група серед вторинних гіпертензій, які складають близько 5% від числа всіх хворих, що страждають на АГ. За сучасними уявленнями, зв'язок між нирками і АГ, постає у вигляді хибного кола, в якому нирки є одночасно пусковим механізмом для розвитку артеріальної гіпертензії і органом-мішенню її дії. Захворювання нирок викликають підвищення артеріального тиску, а його високі цифри, у свою чергу, прискорюють втрату функції патологічно зміненої нирки. АГ спричиняє компенсаторну перебудову міокарда, яка виявляється в його гіпертрофії: потовщенні стінок, зміні розмірів та форми лівого шлуночка. Це положення виправдовує необхідність постійного чіткого контролю артеріального тиску у хворих на хронічну ниркову недостатність з метою гальмування темпів прогресування АГ.

Показник розвитку серцево-судинних ускладнень, зокрема АГ, при ХЗН залишається стабільно високим. Це вносить відповідні корективи в лікування, потребує значних фінансових ресурсів та суттєво погіршує прогноз. Отже очевидним є необхідність більш детального вивчення особливостей перебігу АГ при ХЗН.

## ВИКОРИСТАННЯ КОРАКСАНА В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ) В ПОЄДНАННІ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)

*Винниченко Л.Б., Винниченко К.А.*

*Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Лікування тахікардії, що досить часто має місце у хворих на ХОЗЛ в поєднанні із ІХС, викликає певні труднощі у клініцистів. Призначення бета-адреноблокаторів, що традиційно використовується у разі ізольованої ІХС, має певні обмеження у хворих на ХОЗЛ. Згідно з даними літератури протиішемічний препарат Кораксан покращує роботу серця за рахунок зменшення частоти серцевих скорочень та, відповідно, зменшення потреби міокарду в кисню.

Тому **метою** нашої роботи було вивчити дію протиішемічного препарату Кораксану ФМ Серв'є у хворих з поєднаною патологією – ХОЗЛ + ІХС на показники функції зовнішнього дихання й оцінити потребу в нітратах на тлі лікування.

**Матеріали і методи:** обстежено 40 хворих з поєднаною патологією: ХОЗЛ II ст. в поєднанні із ІХС: стабільною стенокардією напруги II –III ФК, що супроводжувалась тахікардією. Вік хворих - від 51 до 72 років, серед яких 13 жінок та 27 чоловіків. Усі хворі були розділені на 2 групи: 1-а група – 19 хворих, які отримували стандартну терапію: нітрати, інгібітори АПФ, статини, селективний  $\beta$ -2 агоніст симбікорт турбухалер 160/4,5 мкг двічі на добу. В 2-й групі 21 особа, крім вище зазначеної терапії приймала Кораксан по 5 мг 2 р/д близько 1 місяця.

**Результати:** в 2-й групі з використанням Кораксану результати лікування були дещо кращими, знизилась частота ангінозних нападів з  $5,4 \pm 0,3$  до  $1,2 \pm 0,2$  вже протягом 1-го тижня в порівнянні з результатами 1-ї групи (з  $5,8 \pm 0,3$  до  $2,8 \pm 0,2$ ); число серцевих скорочень (через місяць лікування) зменшилось з 92 до 70 в 2-й та з 90 до 78 в 1-й групі. Приріст  $ОФВ_1$  (через місяць лікування) в обох групах був невеликий: в 1-й – 3,8%, в 2-й – 4,3%, проте, суб'єктивне відчуття задишки, що визначалось в балах по 5-та бальній шкалі, значно зменшилось у пацієнтів 2-ї групи в порівнянні з першою (з 3,8 до 1,8 та з 3,7 до 2,5 відповідно).

**Висновки:** у хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ, що мають тахікардію, Кораксан сутт'єво зменшив ЧСС, кількість нападів стенокардії та суб'єктивне відчуття задишки.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АСТМА – ХОЗЛ OVERLAP СИНДРОМУ

*Винниченко Л.Б., Головата Т.Ю.*

*СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Останніми роками науковці звернули увагу на те, що деякі пацієнти з бронхіальною астмою (БА) або хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), не можуть бути однозначно кваліфіковані, як ті, які мають один з перерахованих синдромів на основі визначень закладених в найбільш загальноприйнятих міжнародних керівних документах, тобто GINA і GOLD. Аналіз таких випадків показав, що вони являють собою змішаний фенотип з комбінацією симптомів астми та ХОЗЛ.

В літературі є дані про те, що БА при тривалому перебігу може призводити до ремоделювання дихальних шляхів і частково необоротному обмеженню швидкості повітряного потоку. Як правило, такі пацієнти мають тяжкі порушення функції зовнішнього дихання але зі збереженою нападаподібністю задухи. Загострення при синдромі перекриття Астма-ХОЗЛ (СПАХ) спостерігаються частіше та тривають довше ніж при ізольованій БА.

**Мета дослідження.** Проаналізувати частоту виникнення та особливості перебігу Астма-ХОЗЛ overlap синдрому (СПАХ).

**Матеріали і методи.** Проаналізовано історії хвороби 92 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні КУСМКЛ № 1 з грудня 2013р. по листопад 2014р. з приводу загострення Бронхіальної астми.

**Результати.** Ретроспективно були проаналізовані історії хвороб 92 пацієнтів віком від 18 до 74 років, середній вік -  $44,48 \pm 2,37$  років. В ході дослідження було встановлено, що 15,2% (14) хворих мають синдром перекриття Астма-ХОЗЛ (критерієм відбору були наступні показники: постбронходилататійний ОФВ1 < 80% від належного, ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% та позитивний бронходилататійний тест - збільшення ОФВ1  $\geq 12\%$  після прийому 4 доз по 100 мкг сальбутамолу – всього 400 мкг). Проведений аналіз загального запального синдрому у хворих на ізольовану БА та у хворих зі СПАХ шляхом оцінки показників периферичної крові. Встановлено, що підвищена кількість лейкоцитів частіше спостерігалась при поєднанні БА та ХОЗЛ на відміну від ізольованої БА (у 64,3% - 9 пацієнтів та у 26,9% - 21 пацієнта відповідно). Лейкоцитарний індекс інтоксикації Рейса перевищував норму у 71,4% (10) пацієнтів зі СПАХ, та у 53,8% (42) пацієнтів з БА. Прискорення ШОЕ спостерігалось при СПАХ у 21,4% (3) хворих, при ізольованій БА у 17,9% (14). Переважну більшість пацієнтів із Астма-ХОЗЛ overlap синдромом становили чоловіки 64,3% (9). Щодо вікового розподілу, то 57,1% (8) пацієнтів - це особи старші від 55 років, 28,5% (4) – особи від 35 до 55 років та 14,3% (2) – хворі, молодші від 35 років.

**Висновки.** Таким чином встановлено, що близько 15% хворих на БА мають перехресний синдром з ХОЗЛ. У таких хворих спостерігається більш виражений загальний запальний синдром: частіше спостерігається лейкоцитоз, прискорення ШОЕ та підвищення лейкоцитарного індекса інтоксикації Рейса порівняно з пацієнтами, що страждають на ізольовану БА. Більшість хворих зі СПАХ становлять чоловіки віком старше від 55 років.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ ПРИ НАЯВНОСТІ АТОПІЧНОГО ФАКТОРУ

*Винниченко Л.Б., Небоян Є.Б.*

*Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Патогенез ХОЗЛ багатогранний та недостатньо вивчений. Відомо, що atopічний фактор досить часто спостерігається при бронхіальній астмі і має значний вплив на її перебіг, проте невідомо щодо його частоти та впливу на перебіг ХОЗЛ – питання, вивчення якого було метою даної роботи. В пульмонологічному відділенні КУСМКЛ №1 протягом 2011-2012 рр. обстежено 214 хворих на ХОЗЛ середнього і тяжкого ступеня віком від 37 до 78 років. Майже 19% (40 пацієнтів) обстежених мали atopічний фактор і склали першу групу. Пацієнтами другої групи були хворі на ХОЗЛ без atopічного фактору. Пацієнтам проводили базисне обстеження, що включало загальноклінічні дослідження, у тому числі дослідження ФЗД, вираженість задишки та респіраторних симптомів (кашлю, виділення мокротиння) по шкалам. Оцінювали також частоту загострень протягом 2-х років та вплив інгаляційних кортикостероїдів (ІКС) на перебіг загострень.

**За результатами нашого дослідження** незалежними факторами, що асоціюють з atopією були: чоловіча стать (OR: 2,21; 95% CI: 1,46–3,32), надмірна вага/ожиріння (OR: 1,41; 95% CI: 1,03–1,94) та молодий вік (OR: 0,98; 95% CI: 0,95–0,98). Atopічний фактор асоціював з більшою інтенсивністю кашлю (OR: 1,71; 95% CI: 1,26–2,34) та більш інтенсивним виділенням мокротиння (OR: 1,48; 95% CI: 1,11–2,05), але не з показниками функції зовнішнього дихання (об'єму форсованого видиху за 1-у секунду). Хворі на ХОЗЛ з наявним atopічним фактором, мали більшу частоту загострень протягом 2-х років (OR: 1,80, 95% CI: 1,05–3,09,  $p = 0,038$ ), в порівнянні з тими, що не мали atopічного фактору. Проте тривалість загострення у таких пацієнтів внаслідок використання ІКС була значно коротшою (OR: 1,87, 95% CI: 1,11–3,36,  $p = 0,02$ ) в порівнянні з пацієнтами, що не мали фактору atopії.

**Висновки.** Отже за даними нашого дослідження хворі на ХОЗЛ з atopічним фактором в більшій мірі були чоловіками, з надмірною вагою і молодшого віку в порівнянні з тими, що не мали фактору atopії в анамнезі. Atopічний фактор у хворих на ХОЗЛ асоціював із підвищенням частоти загострень ХОЗЛ. Тривалість загострення у пацієнтів на ХОЗЛ в поєднанні з atopічним фактором, що лікуються ІКС було значно коротше.

## ВПЛИВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

*Винниченко Л.Б., Голубєва Д.Д.*

*Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Бронхіальна астма (БА) та гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є захворюваннями, які патогенетично пов'язані, впливають на перебіг одне одного та значно погіршують наших в життя пацієнтів при поєднанні обох патологій

**Метою** нашої роботи було виявлення особливостей клінічного перебігу БА у поєднанні з ГЕРХ.

**Матеріали та методи.** Обстежені 142 хворих на БА, 94 (66,2 %) жінок та 48 (33,8 %) чоловіків. Середній вік 47,62р.  $\pm$  10,5 років. Стаж БА - 11,2  $\pm$  3,7 років.

**Результати.** За даними наших досліджень у 34,5% (49) хворих БА поєднувалася з ГЕРХ. В анамнезі у пацієнтів з суміжною патологією - БА + ГЕРХ (40,8%) переважали поєднання респіраторних та диспептичних симптомів таких як: печія (89,84% - 44 пацієнти), відрижка повітрям (75,5 – 37 осіб), біль за грудиною (20,4% - 10 осіб), тяжкість в епігастральній ділянці (65,3% - 32 осіб), гіперсаливація під час сну (71% - 35 пацієнтів), кашель на тлі диспепсії (81% - 40 осіб), посилення задишки після прийому їжі, що стимулює симптоми ГЕРХ (48,9%- 24 осіб). У 85,7% (42) пацієнтів з поєднаною патологією спостерігаються нічні симптоми ГЕРХ, а рефлюкс – асоційовані симптоми БА відмічаються у 57,1% (28) пацієнтів. Погіршення стану у хворих на БА в 71% (35) пацієнтів співпадало з виникненням патологічних уражень органів шлунково-кишкового тракту, особливо з рефлюкс - езофагітом (91,2%- 45 пацієнтів) та ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (36,7%- 18 осіб). Кила стравохідного отвору діафрагми діагностована у 34,% (17) хворих на БА та ГЕРХ. У 51,0% пацієнтів з суміжною патологією мало місце тяжкі форми рефлюкс-езофагіту – В та С. В більшій мірі така патологія спостерігається у хворих з середньо-тяжким (32,6%-16 осіб) і тяжким перебігом БА (51,0% - 25 осіб).

**Висновки.** За даними наших досліджень у 34,5% хворих на БА мала місце ГЕРХ. У 83,7% пацієнтів з суміжною патологією відзначався середньо-тяжкий і тяжкий перебіг БА III-IV ст.. В свою чергу більше 50% пацієнтів з суміжною патологією мали тяжку форму рефлюкс-езофагіту – В та С. Отримані дані свідчать про необхідність дослідження шлунково-кишкового тракту у хворих на БА та проведення адекватної антисекреторної терапії для успішного лікування не тільки ГЕРХ але й БА.

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ СТУПЕНЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОРОНКАМИ

*Гасюк П.А, Радчук В.Б.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», кафедра ортопедичної стоматології*

Останнім часом в клініці ортопедичної стоматології широкого поширення набули металокерамічні конструкції зубних протезів, що володіють високими механічними властивостями і хорошою естетикою в плані імітації природних зубів, керамічне покриття індіферентне до тканин порожнини рота.

**Метою** дослідження стало удосконалення ортопедичних методів профілактики та лікування ускладнень шляхом створення конструкції металокерамічної коронки, що запобігає виникненню гальванозу.

Запропонована конструкція металокерамічної коронки для профілактики гальванозу, складається з суцільнолитого металевго каркасу з нанесеним на нього облицювальним керамічним шаром, край металевго каркасу коронки виконують віддаленим від краю уступу на 1-1.5мм, а облицювальний керамічний шар коронки на рівні краю металевго каркасу виконують на ширину уступу і повністю заміщають метал в ділянці уступу, ізолюючи

металевий каркас від контакту з ротовою рідиною, що забезпечує запобігання виникнення гальванічних струмів та профілактику виникнення гальванозу.

Така конструкція металокерамічної коронки для профілактики гальванозу дає можливість повністю ізолювати металевий каркас від контакту з ротовою рідиною, забезпечує запобігання виникнення гальванічних струмів, і, як результат, виникнення гальванозу та підвищує ступінь ефективності протезування.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛЕПТИНУ З ПОКАЗНИКАМИ АТЕРОГЕННОЇ ДИСЛІПОПРОТЕЇНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ОЖИРІННЯМ**

*Грищан Іванна*

*Науковий керівник – ас. Г. І. Суслик*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра ендокринології*

**Актуальність.** Жирова тканина є джерелом біологічно активних речовин, які беруть участь в патогенезі цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2-го типу) та асоційованих з ним порушень жирового обміну. Важливе місце серед них посідає лептин. Досі зостається відкритим питання про взаємозв'язок лептину та атерогенної дисліпопротеїнемії у хворих на ЦД 2 типу з ожирінням.

**Метою** роботи було дослідити особливості вмісту лептину та показники ліпидограми крові у хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням та виявити можливий взаємозв'язок даного гормону з наявністю атерогенної дисліпопротеїнемії.

**Матеріали і методи.** Обстежено 18 хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням, 12 пацієнтів з ЦД 2-го типу без ожиріння, 15 пацієнтів з ожирінням без ЦД. Досліджувані групи були репрезентативними по віку та тривалості захворювання ( $p > 0,05$ ). Контроль – 10 здорових людей.

ЦД 2-го типу діагностували відповідно до рекомендацій European Diabetes Policy Group і рекомендацій ВООЗ (2011 р.) Ожиріння – при  $ІМТ > 30 \text{ кг/м}^2$ . Рівень лептину визначали імуноферментним методом, ліпопротеїди крові – методом електрофоретичного розподілу на папері у клінічній лабораторії Львівського обласного ендокринного диспансеру. Для дослідження взаємозв'язку між кількісними ознаками застосовували ранговий коефіцієнт Спірмена ( $r$ ).

**Результати.** Виявлено, що у групі хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням вміст ЗХС, ЛПНЩ та ТГ є найвищим, а концентрація ЛПВЩ – найнищою в порівнянні з показниками ліпопротеїдів у крові пацієнтів інших груп.

Проведений кореляційний аналіз у групах дослідження виявив наявний сильний позитивний взаємозв'язок між концентрацією лептину та вмістом ЛПНЩ ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,01$ ) та негативний середньої сили взаємозв'язок між лептином та ЛПВЩ ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,01$ ) у групі хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням.

**Висновки.** У хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням спостерігається найвищий вміст в крові лептину та ЗХС, ТГ, ЛПНЩ, а концентрація ЛПВЩ є найнижчою.

У хворих на ЦД 2-го типу з ожирінням виявляється сильний позитивний кореляційний зв'язок між лептином та ТГ, ХС ЛПНЩ і негативний середньої сили кореляційний зв'язок між лептином і ХС ЛПВЩ.



## КОМОРБІДНІСТЬ: У ФОКУСІ ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Діденко Д.В.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини*

*Науковий керівник: Распутіна Л.В., д.м.н., проф. каф. пропедевтики внутрішньої медицини*

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) мають спільні ланки патогенезу та взаємообтяжуючий вплив, що значно утруднює курацію хворих за умов їх поєднаного перебігу.

**Мета роботи:** вивчення особливостей перебігу ІХС при поєднанні з ХОЗЛ серед пацієнтів, що лікувались в кардіологічному відділенні міської лікарні.

**Матеріали і методи.** Вивчено клініко-інструментальні параметри серед хворих, що мали поєднання ІХС та ХОЗЛ (1 група, n=96) та хворих на ІХС без ХОЗЛ в анамнезі (2 група, n=48). Оцінювали ступінь задишки за шкалою mMRC, добуве моніторування ЕКГ проведено на апараті DiaCarb (Київ).

**Результати.** За 6 міс 2014 р. проліковано 96 (9,45%) хворих з діагнозом ІХС та супутнім ХОЗЛ. Провідним симптомом захворювання у 79 (82%) пацієнтів була задишка, за шкалою mMRC - (2,62±0,07) балів. При порівнянні результатів добового моніторування ЕКГ встановлено, що в 1 групі відмічалась достовірно більша загальна кількість шлуночкових екстрасистол, відповідно, 286 (25;450) та 115 (100,124), (p>0,05). У пацієнтів 1 групи достовірно частіше виявляли надшлуночкові порушення ритму, відповідно у 74 (77%) в 1 групі та у 22 (52,4%) в 2 групі. Встановлено, що сумарна тривалість епізодів ішемії міокарда за добу була вірогідно більшою серед хворих, що мали поєднання ІХС і ХОЗЛ (p=0,013).

**Висновок.** Відмічається зростання кількості хворих з коморбідною патологією, серед них суттєве значення має поєднання ІХС та ХОЗЛ, що становить 9,45%. У хворих із поєднаною патологією достовірно частіше виявлено порушення ритму, що можуть впливати на прогноз.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Домінас В.М., Чумак О.О., магістр, Подорога О.І., Болотнікова Н.В.*

*Науковий керівник – д. мед. н., доц. Деміхова Н.В.*

*КУ «Сумська міська клінічна лікарня №1», Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з актуальних проблем пульмонології. ХОЗЛ характеризується не тільки ураженням легень, а й значними системними ефектами. При ХОЗЛ спостерігається значна коморбідність. Особливе місце займає поєднання ХОЗЛ та цукрового діабету, оскільки обидва захворювання розвиваються в другій половині життя. Поширеність поєднання ХОЗЛ та ЦД у госпіталізованих хворих в останні роки у середньому становить 9,1 %. Досить часто діагноз ЦД встановлюється саме у стаціонарі. Про гіподіагностику ХОЗЛ в амбулаторних умовах також свідчить той факт, що у хворих на ЦД, що залучені до диспансерної групи, діагноз ХОЗЛ встановлено в поодиноких випадках, що не відповідає реальному епідеміологічному показнику поширеності цього захворювання. В даний час ЦД розглядається як один з провідних факторів ризику тяжкого перебігу ХОЗЛ.

**Мета дослідження.** Визначити особливості перебігу ХОЗЛ у поєднанні з цукровим діабетом.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 34 історій хвороб хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні КУСМКЛ № 1 з 2014 по 2015 рр. з приводу ХОЗЛ та ЦД та 30 історій хвороб хворих на ХОЗЛ без супутньої патології. Для дослідження використовувалися клінічні (збір анамнезу, скарг, фізикальне обстеження), лабораторні, інструментальні (спірометрія, електрокардіографія) методи.

**Результати дослідження.** Поєднаний перебіг ХОЗЛ і ЦД спостерігали у 19 жінок та 15 чоловіків. Середній вік хворих жінок склав 59,6 р., чоловіків – 62,4 р.

Середній показник ОФВ<sub>1</sub> за даними спірометрії у хворих на ХОЗЛ та ЦД за стадіями захворювання склав: I – 82,67 %, II - 58,89 %, III - 41,79 % відповідно. У хворих контрольної групи показники ОФВ<sub>1</sub> склали 84,4%, 71,6% та 47,1% відповідно. Загострення ХОЗЛ у хворих з ЦД три і більше разів на рік спостерігалось у 14 (41,1%) хворих, тоді як у контрольній групі у 4 (13,3%). У хворих на ХОЗЛ у поєднанні з цукровим діабетом виявлена виражена схильність до бронхоспазму в порівнянні з хворими на ХОЗЛ. Так, гіперреактивність бронхів спостерігалася у 30 (88,2%) у групі хворих на ХОЗЛ із супутнім цукровим діабетом і у 18 (60,0%) хворих на ХОЗЛ.

За даними ЕКГ у хворих на ХОЗЛ із супутнім цукровим діабетом частіше виявлялися гіпертрофія правого шлуночка і метаболічні зміни в міокарді. В основній групі у 11 (32,35) % хворих виявлялася гіпертрофія правого шлуночка, в групі порівняння - у 4 (13,3%) хворих.

При проведенні фібробронхоскопії у хворих основної і групи порівняння виявлено дифузний ендобронхіт у 30 (88,2 %) і 24 (80,0 %) хворих відповідно. Дихальна недостатність (ДН) в залежності від РаО<sub>2</sub> частіше зустрічалася у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з цукровим діабетом. В цілому ДН в залежності від РаО<sub>2</sub> виявлено у 32 (94,1%) хворих основної групи, а у групі порівняння – у 20 (66,6 %) осіб. ДН I ст. виявлено у 21 (61,7%) хворих основної групи і у 17 (56,7%) пацієнтів з групи порівняння. ДН II ст. виявлено у 10 (29,4 %) хворих основної групи, у групі порівняння - у 3 (10,0%) хворих. ДН III ст. визначалася у 2 (5,9%) хворих основної групи і у 1 (3,33, %) пацієнта з групи порівняння.

**Висновки.** Таким чином, встановлено, що у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ЦД у порівнянні з хворими на ХОЗЛ більш виражені клінічні прояви ураження легень, у першу чергу задишка, серцева недостатність за правошлуночковим типом, більш часті загострення ХОЗЛ. Дихальна недостатність у хворих ХОЗЛ на фоні ЦД зустрічається частіше на 26,1% та має більш тяжкий перебіг.

## КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ПОДАГРИЧНИЙ АРТРИТ

*Доскалюк Б. В., Попович Л. О.*

*Науковий керівник – к.мед.н., доц. Ю.В. Дельва*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології*

*ім. Є. М. Нейка*

Подагра — це хронічне запальне захворювання, що пов'язане з порушенням сечокислового обміну, і відкладенням уратів у тканинах організму, що клінічно характеризується рецидивуючими нападами гострого артриту і утворенням подагричних тофусів. Проте зміни в організмі хворих подагрою не обмежуються лише патологією суглобів. Мають місце ряд інших позасуглобових проявів захворювання.

**Мета.** Дослідити системний вплив подагри на організм людини.

**Матеріали та методи.** Нами було проведено ретроспективне дослідження, в ході якого було опрацьовано історії хворіб 28 хворих на подагричний артрит, що перебували на лікуванні в ревматологічному відділенні ОКЛ м. Івано-Франківська. Всі хворі – чоловіки, віком від 28 до 65 років. Хвороба у всіх досліджуваних була розцінена за сучасними діагностичними критеріями хвороби як первинна метаболічна подагра. Тривалість захворювання коливалася від 2 до 25 років.

**Результати.** З'ясовано, що практично у всіх пацієнтів – (26 випадків з 28-ми обстежених - 92,5%) відмічалось стійке підвищення артеріального тиску. Визначено, що у 7 хворих (25%) спостерігається стан передожиріння, ще у 15 пацієнтів (53,6%) ожиріння I ступеню та у 6 (21,4%) – ожиріння II ступеню (згідно із значеннями індексу маси тіла (ІМТ) пацієнтів).

Сечокам'яна хвороба була виявлена у 9 хворих (32,2%), при чому у 3 пацієнтів конкременти в сечовивідних шляхах були значними за розмірами. В загальних аналізах сечі у 13 хворих (46,4%) спостерігалася лейкоцитурія, протеїнурія, мікрогематурія, солі уратів, фосфатів, оксалатів.

Рівень клубочкової фільтрації (КФ) склав в середньому у обстежених хворих  $71,5 \pm 12,7$  мл/хвил/  $1,73 \text{ м}^2$ , при чому початкове або помірне зниження КФ було виявлено у 19 з них (67,8%).

**Висновки.** Отже, зважаючи на результати досліджень, пацієнтів з подагрою потрібно розглядати як контингент високого ризику розвитку коморбідних патологій. Саме тому своєчасне встановлення діагнозу, раннє і раціональне призначення лікування не лише самого захворювання, але й супутніх патологій має безпосереднє клінічне і соціальне значення для пацієнта.

## ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

*Єрмоленко Т.С., магістрант*

*Науковий керівник – д. м. н., проф. Приступа Л.Н.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Тривожно-депресивні розлади можуть бути як причиною, так і наслідком серцево-судинного захворювання, зокрема, ішемічної хвороби серця (ІХС). Враховуючи таке становище, важливим є визначення стану психоемоційної сфери хворих на ІХС та розроблення лікувально-реабілітаційних програм медико-психологічної спрямованості.

**Мета дослідження:** вивчити вплив тривожно-депресивних розладів на перебіг стабільної стенокардії напруги.

**Матеріали та методи:** обстежено 60 осіб із діагнозом «ІХС. Стабільна стенокардія напруги II-III ФК». Згідно наказу МОЗ №436 від 03.07. 2006 року виставлено діагноз, проведено базисне лікування. Пацієнти були розподілені на дві групи. Хворі першої групи отримували базисне лікування, другої – крім базисного отримували протитривожну терапію. Якість життя оцінювали за Сіетльським опитувальником стенокардії (SAQ). Для детального вивчення психічного стану застосовували Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), опитувальник Спілбергера-Ханіна. Статистичні методи.

**Результати.** Досліджуючи психологічний стан хворих на ІХС виявлено вихідні підвищені значення ситуативної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна ( $p < 0,05$ ) та клінічно виражену тривогу і субклінічно виражену депресію за Госпітальною шкалою тривоги та депресії ( $p < 0,05$ ).

При кореляційному аналізі показника якості життя за Сіетльським опитувальником стенокардії виявлена вірогідна негативна кореляція з рівнем тривоги ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,01$ ), депресії ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,01$ ) за опитувальником HADS; вираженістю ситуативної ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,01$ ) та особистісної тривоги ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,01$ ) за опитувальником Спілбергера-Ханіна.

Вставлено, що із збільшенням віку пацієнтів посилюються фізичні обмеження ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,01$ ), збільшується частота стенокардії ( $r = +0,42$ ;  $p = 0,05$ ) і знижується якість життя, обумовлена захворюванням ( $r = -0,42$ ;  $p = 0,01$ ).

**Висновки.** Виявлено, що в групі хворих на ІХС без медикаментозної корекції тривожно-депресивних розладів були більше виражені фізичні обмеження, вища частота та інтенсивність ангінозних болей і нижча якість життя.

## ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ L-АРГІНІНУ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ

*Жаркова А.В., Логвинюк Г.О., Гордіна М.А.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра сімейної медицини*

У теперішній час значної актуальності набуло дослідження L-аргініну як основного субстрату для NO-синтази - фермента, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах.

Незважаючи на визначеність факторів ризику ішемічної хвороби серця (ІХС), використання базисних схем лікування, захворюваність та смертність від даної патології займає перше місце серед населення України. Визначення додаткових факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань та використання нових схем лікування є актуальною проблемою.

**Метою** даного дослідження було вивчити ефективність застосування незамінної амінокислоти L-аргініну, як основного донатору оксиду азоту, у комплексному лікуванні ІХС стабільної стенокардії напруги.

**Матеріали та методи.** У нашому дослідженні було обстежено 42 хворих на ІХС стабільну стенокардію напруги (ССН) II-III функціонального класу віком 49–73 роки з них 26 чоловіків та 16 жінок, середній вік становив  $(60,6 \pm 1,09)$  роки. Залежно від схем лікування хворих було розподілено на 2 групи. Динаміку якості життя хворих на стенокардію оцінювали за Сіетльським опитувальником, толерантність до фізичного навантаження за допомогою велоергометрії (ВЕМ).

**Результати дослідження.** Пацієнти обох груп були зіставними за віком, гендерним складом та біохімічними показниками. У пацієнтів II групи, що отримували L-аргінін на фоні базисної терапії ІХС ССН спостерігалось збільшення часу виконання фізичного навантаження до розвитку депресії сегмента ST і/або нападу стенокардії майже на 2 хвилини, що вказує на наявність антиішемічного ефекту. Даний показник збільшився на 23,8% (до лікування -  $6,4 \pm 0,88$ , після лікування -  $8,4 \pm 0,72$ ), на відміну від пацієнтів I групи, що отримували лише базисну терапію ІХС, у яких час виконання навантаження збільшився лише на 5,6% (до лікування -  $6,7 \pm 0,35$ , після -  $7,1 \pm 0,61$ ). Спостерігалось збільшення потужності виконання ВЕМ у пацієнтів I та II груп, більш динамічне у хворих, що отримували комплексне лікування, на 5,6% (до лікування -  $67,3 \pm 3,18$ , після -  $71,3 \pm 3,15$ ) та 14,5% (до лікування -  $65,5 \pm 3,09$ , після лікування -  $76,6 \pm 3,04$ ) відповідно, але достовірної різниці за даним показником знайдено не було. Також не було виявлено достовірних змін важливого показника толерантності до фізичного навантаження – подвійного добутку у пацієнтів обох груп, незалежно від схеми лікування. У результаті проведеного дослідження встановлено зростання суб'єктивної оцінки якості життя у хворих, що отримували L-аргінін у доповнення до базисної терапії ІХС. Зокрема поліпшились показники за шкалами Сіетльського опитувальника стабільності перебігу стенокардії, відмічалось зменшення частоти нападів стенокардії (до лікування -  $62,7 \pm 2,95$ ;  $59,1 \pm 2,73$  у I та II випадках відповідно; після лікування -  $71,9 \pm 2,14$ ;  $77,1 \pm 2,23$ ), поліпшилось ставлення до хвороби (до лікування -  $56,2 \pm 2,16$ ;  $55,6 \pm 1,99$ ; та після -  $60,4 \pm 2,32$ ;  $65,8 \pm 1,93$ ) та зріс показник задоволеності лікуванням (до лікування -  $68,4 \pm 1,64$ ;  $67,9 \pm 1,81$ ; після лікування -  $75,7 \pm 1,55$ ;  $80,1 \pm 2,53$ ), порівняно з пацієнтами, що отримували лише базисну терапію ІХС ССН.

**Таким чином**, за результатами проведеного дослідження, застосування L-аргініну сприяє зростанню показників толерантності до фізичного навантаження, а саме часу виконання навантаження ВЕМ, а також відмічено позитивний вплив на якість життя, за критеріями Сіетльського опитувальника, хворих на ІХС ССН.

### ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ: СТРАТИФІКАЦІЯ ЧИННИКІВ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ

*І.П. Мазур<sup>1</sup>, С.І. Сміян<sup>2</sup>, І.І. Білозецький<sup>2</sup>, У.С. Слаба<sup>2</sup>, О.С. Маховська<sup>3</sup>, М.В. Микитів<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

<sup>2</sup>ДВНЗ "Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України",

<sup>3</sup>КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня"

<sup>4</sup>КУ ТОР "Тернопільський обласний наркологічний диспансер"

Ключові слова: ревматоїдний артрит, генералізований пародонтит, остеопороз.

Проблема взаємозв'язків і взаємообтяження ГП і РА зумовлена активацію імунзапальних маркерів активності запального процесу, які присутні за умови обох

захворювань, а при поєднанні створюють хибне коло патологічних реакцій, що в свою чергу має несприятливий вплив на перебіг як одної так й іншої недуги.

**Мета і завдання дослідження.** Встановити взаємозв'язки між перебігом генералізованого пародонтиту (ГП) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) та віковими, гендерними параметрами, маркерами системного запалення і остеопорозом (ОП).

**Матеріали і методи.** Обстежено 115 пацієнтів з РА, яким проводили стандартне обстеження для встановлення діагнозу ГП, оцінку активності РА (СРП, РФ, АТ до ЦЦП) та стан мінеральної щільності кісткової тканини.

**Результати.** Оцінка поширеності ГП пацієнтів різного віку свідчила про суттєвий вплив віку ( $K=0,2720$ ,  $\chi^2=29,61$ ,  $p<0,05$ ), жіночої статі ( $OR=3,66$ ,  $p=0,03$ ) наявності менопаузи ( $OR=5,17$ ,  $\chi^2=4,91$ ,  $p=0,0267$ ) на ступінь важкості ГП при РА. За параметрами РА вірогідно значущими констатовані: рентгенологічна стадія ( $K=1,6914$ ,  $\chi^2=1144,44$ ,  $p<0,001$ ), наявність АТ до ЦЦП ( $OR=4,69$ ,  $\chi^2=4,75$ ,  $p=0,0293$ ), серопозитивність за РФ ( $OR=4,29$ ,  $\chi^2=4,75$ ,  $p=0,0178$ ). Встановлений сильний зв'язок між рівень TNF- $\alpha$  слини ( $r_{bs}=0,74$ ,  $t=8,28$ ,  $p<0,01$ ), крові ( $t=3,21$ ,  $p=0,0021$ ) і серопозитивністю РА. Наявність системного остеопорозу має значущий ( $OR=20,72$ ,  $\chi^2=8,80$ ,  $p=0,0030$ ) вплив на ризик формування несприятливого перебігу ГП.

**Висновки.** Прогресування ГП за умов РА має несприятливий перебіг у пацієнтів після 45 років і у жінок, особливо, які знаходяться в постменопаузі і за прогресування стадії РА. Вагомими чинниками важкості ГП в даній популяції пацієнтів є наявність АТ до ЦЦП і РФ, що збільшує ризик несприятливого перебігу в 3,9 рази ( $RR=3,93$ ) і в 2,5 рази ( $RR=2,54$ ) відповідно. Хворі на РА з остеодіфіцитними станами в 3,8 рази ( $RR=3,82$ ) частіше страждають на патологію пародонту, ніж пацієнти з РА та нормальними показниками МЩКТ.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ ІЗ СЕЗОННИМИ КОЛИВАННЯМИ СЕРЕДНЬОМІСЯЧНИХ ТЕМПЕРАТУР

*Коваленко Є. Л., Мелеховець О. К., Співак Ж. С.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології,  
Сумська обласна клінічна лікарня*

Одна з основних якостей людського організму – ритмічність функціонування. Кожна фізіологічна система людини циклічна в часі. На сьогодні відомо про циркануальні, інфрадіальні, циркадні ритми. Одна з ключових систем, яка регулює гомеостаз – ендокринна. В науковій медичній літературі є численні публікації про сезонні зміни гормонів Щитоподібної залози (ЩЗ), але багато результатів дослідження суперечать один одному. Вивчення регіональних особливостей сезонних коливань тиреоїдних гормонів і знаходження зв'язку між даними змінами та температурними факторами допоможе покращити лікування хворих з патологією ЩЗ.

**Мета роботи** – дослідити наявність залежності середніх рівнів тиреоїдних гормонів від температурних факторів серед жителів Сумського регіону

**Задачі роботи.** Провести аналіз сезонних середнього рівня тиреоїдних гормонів за 2012-2014 роки. Дослідити коливання середньомісячних температур за 2012-2014 роки. Провести кореляційно-регресивний аналіз з метою знаходження залежності тиреоїдного статусу від сезонних коливаннями середньомісячних температур.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз сезонного коливання загально-популяційних рівнів тиреотропного гормону (ТТГ), вільного трийодтироніну (Т3 віль.), вільного тирозину (Т4 віль.). Рівні гормонів визначалися методом імуноферментного аналізу на автоматичному імунологічному аналізаторі VIDAS. Мультипараметричні автоматичні імуноаналізатори моделей VIDAS побудовані на технології ELFA (ензим-пов'язаний імунофлуоресцентний аналіз). Дана технологія дозволяє визначати аналіти з високою чутливістю (що перевищує на кілька порядків чутливість ІФА) і дозволяє значно

знизити час проведення аналізу. VIDAS об'єднує ІФА конкурентного типу з вимірюванням флуоресценції кінцевого продукту. Прилад працює за допомогою готових твердофазних систем-укладок стрипів. Стрипи містять всі реагенти, необхідні для проведення аналізу. Не потрібно ніяких інших витратних матеріалів і додаткових реагентів. Всі параметри приладу калібровані відповідно до результатів радіоімунного аналізу.

Контингент дослідження: 5000 осіб, що звернулися до лабораторії з 2012 по 2014 роки. Рівень тиреоїдних гормонів визначався в межах референтних величин. Середньомісячна температура за 2012-2014рр. отримано з архіву метеорологічної станції № 33275 (Суми) через інтернет-ресурс «Лаборатория метеотехнологий» (<http://www.meteolab.ru>). Статистична обробка отриманих даних здійснена методом кореляційно-регресивного аналізу.

**Результати.** При дослідженні тиреоїдного статусу серед жителів м. Суми та Сумської області за 2012-2014 роки відмічається сезонне коливання рівня Т3 віль. Загальнопопуляційний рівень Т3 віль. у 2012 році мав максимальні показники в серпні (4,75пмоль/л) та жовтні (4,76пмоль/л), а мінімальні у лютому (4,13пмоль/л). У 2013 році характерний сезонний розподіл із максимальним показником в травні (4,92пмоль/л), високими рівнями в червні-липні (4,76 пмоль/л та 4,75пмоль/л відповідно), мінімальним в січні (3,99пмоль/л) та додатковим зимовим піком у грудні (4,41пмоль/л). У 2014 році максимальні рівні Т3 віль. відмічалися в червні (4,74 пмоль/л), а мінімальні в січні (4,42 пмоль/л). При проведенні кореляційного аналізу залежності річних коливань тиреоїдних гормонів від температури отримані наступні результати:

- Між рівнем ТТГ та середньомісячною температурою статистично достовірних залежностей не знайдено ( $p > 0.05$ ). Між рівнем Т3 віль. та середньомісячною температурою у всіх досліджуваних роках знайдено прямий зв'язок з високою силою за шкалою Чеддока. Коефіцієнти кореляції між середнім рівнем Т3 віль. та середньомісячною температурою за 2012, 2013, 2014 роки склали відповідно ( $r$ ) = 0,657, ( $r$ ) = 0,725, ( $r$ ) = 0,789. Статистична значимість виявленої залежності в 2012 становила ( $p < 0.05$ ), в 2013 та 2014 - ( $p < 0.01$ )
- Між рівнем Т4 віль. та середньомісячною температурою статистично достовірних залежностей не знайдено ( $p > 0.05$ ).

**Висновок.** Таким чином, виявлене існування прямої залежності між середнім рівнем Т3 віль. та температурним фактором серед жителів Сумського регіону. На нашу думку її можна пояснити периферичним утворенням та обміном вільного Т3, а саме зменшенням його споживання на підтримання температури тіла в більш теплі місяці, або збільшенням утворення реверсивного Т3 віль. із зниженими калоригенними властивостями.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСІБ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В м. СУМИ

*Коваленко Є.Л., Мелеховець О.К., Котков В.В., Євдокименко В.І.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології,  
Сумська міська клінічна поліклініка № 3*

Останні час смертність від хвороб системи кровообігу в Україні у 2–4 рази вища, ніж у розвинутих країнах світу. Згідно з офіційною статистикою МОЗ України на серцево-судинні захворювання (ССЗ) припадає 65,8% усіх смертей у країні, в той час як у Європі цей показник становить 37,5%. Загрозливим предиктором судинних катастроф є гіпертонічні кризи. Вивчення частоти гіпертонічних кризів у популяції дає змогу оцінити ефективність лікування артеріальної гіпертензії. Впровадження урядом України програми «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою» (далі «Пілотний проект») з 2012 року мало на меті покращити забезпечення ліками хворих на ССЗ.

**Мета дослідження** – оцінити ефективність реалізації національної програми «Пілотний проект» на основі даних про надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією в м. Суми за 2012-2014рр.

**Задачі роботи.** Провести аналіз виїздів бригад Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги до хворих з гіпертонічними кризами за 2012-2014 роки. Оцінити динаміку виникнення ГК на фоні проведення державної програми «Пілотний проект».

**Матеріали та методи.** Використані архівні дані Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги за 2012-2014 роки. Було опрацьовано 28115 протоколів виїздів бригад швидкої медичної допомоги до хворих з діагнозом гіпертонічний криз. Здійснено статистичну обробку отриманих даних за допомогою однофакторного дисперсного аналізу.

**Результати.** За 2012 рік було здійснено 8774 виїзди до хворих з діагнозом ГК. З них 1784 (20,3%) до чоловіків, 6990 (79,7%) до жінок. За 2013 рік виконано 9954 виїзди до хворих з діагнозом ГК, 2088 (20,9%) до чоловіків та 7866 (79,1%) до жінок. За 2014 відповідно здійснено 9387 виїздів. З них 1947 (20,7%) до чоловіків, 7440 (79,3%) до жінок. В 2013 році здійснено на 1180 (11,8%) виїздів більше, ніж у 2012 році. В 2014 кількість виїздів скоротилася на 570 у порівнянні з 2013 роком, але все одно була більшою на 613 виїздів у порівнянні з 2012 роком. Таким чином можна зробити висновок, що незважаючи на старт державної програми «Пілотний проект» у 2012 році відбувалося зростання кризового перебігу артеріальної гіпертензії у вигляді ГК. У 2014 році була помічена позитивна динаміка до зменшення кількості ГК. На нашу думку, відсутність очікуваного результату у 2013 році можна пояснити недостатньою поінформованістю населення, лімітованим переліком діючих речовин, які прописані у програмі відшкодування та відсутність сталих комбінацій антигіпертензивних препаратів. Останні аргументи не задовольняли як хворих, так і лікарів. У 2014 році було здійснено перегляд політики відшкодування коштів за препарати, введено препарати, які містили комбінації антигіпертензивних препаратів, що підвищило комплаєнс (1 день - 1 таблетка), був підвищений рівень поінформованості пацієнтів. Дані заходи призвели до зменшення кількості виїздів швидкої допомоги по причині ГК у 2014 році на 576 (6%) у порівнянні з 2013 роком. З 2012 року в м. Суми почала діяти постанова КМУ № 340-2012-п від 25.04.2012 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою». Державою були визначені індикатори оцінки реалізації Пілотного проекту на етапі призначення лікарських засобів у закладі охорони здоров'я та на етапі відпуску лікарських засобів з аптечного закладу (наказ МОЗ № 964 від 11.11.2013р.). Всі вони стосувалися контролю наявності препаратів в аптеках, кількості виписаних та кількості реалізованих рецептів. З медичних критеріїв проекту враховували лише кількість нововиявлених осіб з гіпертонічною хворобою та кількість пацієнтів з гіпертонічною хворобою, які потребують призначення лікарських засобів, включених до Пілотного проекту. Щодо індикаторів реалізації у вигляді кінцевих цільових точок дії програми: зменшення кількості гіпертонічних кризів, інфарктів міокарда, інфарктів головного мозку, смертності від серцево-судинних захворювань, у постанові КМУ матеріали відсутні.

**Висновок.** Проведене порівняння статистичних даних свідчить про збільшення випадків кризового АГ в 2013 році в порівнянні з 2012 на 11,8% (1180 випадків), незважаючи на дію Пілотного проекту. В 2014 році ситуація дещо покращилася в порівнянні з 2013 роком на 6% (576 випадків), але залишилася гіршою, ніж у 2012 році на 6,5% (613 випадків). Гендерний розподіл виїздів залишався однаковий у процентному співвідношенні протягом 2012-2014рр.

## ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ТИРЕОЇДНОГО СТАТУСУ

Коваленко Є.Л., Мелеховець О.К.

Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Вплив соціальних факторів на перебіг гіпертонічної хвороби давно відомий лікарям і хворим. Емоційні стреси запускають каскад патофізіологічних механізмів, які впливають на міокард та стінку судини. Оскільки підвищення рівня гормонів щитоподібної залози є компенсаторним механізмом, який вмикається у відповідь на стрес, то вивчається їх роль в патогенезі серцево-судинних захворювань, зокрема гіпертонічних кризів (ГК). Емоційні стреси індивідуальний фактор, але останні події на фоні масових вбивств в Україні 2013-2014 років дають змогу судити про вплив соціального фактора в національних масштабах. Вивчення дії вказаних факторів на здоров'я жителів м. Суми дозволить краще планувати лікувальні та реабілітаційні заходи.

**Мета роботи** – оцінити вплив соціального фактора («Революція гідності») на частоту гіпертонічних кризів та тиреоїдного статусу населення м. Суми.

**Задачі роботи.** Провести ретроспективний аналіз виїздів бригад Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги до хворих з гіпертонічними кризами за 2012-2014 роки. Дослідити середні рівні тиреоїдних гормонів серед жителів м. Суми за 2012-2014 роки. На основі отриманих даних зробити висновки про вплив соціальних факторів на перебіг гіпертонічної хвороби та тиреоїдного статусу.

**Матеріали та методи.** Використані журнали виїздів бригад Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги за 2012-2014 роки та дані з журналів реєстрації аналізів та їх результатів по визначенню рівнів тиреоїдних гормонів за допомогою автоматичного імунологічного аналізатора VIDAS за 2012-2014 роки. Мультипараметричні автоматичні імуноаналізатори моделей VIDAS побудовані на технології ELFA (ензим-пов'язаний імунофлуоресцентний аналіз). Дана технологія дозволяє визначати аналіти з високою чутливістю (що перевищує на кілька порядків чутливість ІФА) і дозволяє значно знизити час проведення аналізу. VIDAS об'єднує ІФА конкурентного типу з вимірюванням флуоресценції кінцевого продукту. Прилад працює за допомогою готових твердофазних систем-укладок стрипів. Стрипи містять всі реагенти, необхідні для проведення аналізу. Не потрібно ніяких інших витратних матеріалів і додаткових реагентів. Всі параметри приладу калібровані відповідно до результатів радіоімунного аналізу. Середні рівень Т4 вкл. вираховувався серед осіб, що зверталися в лабораторію з 2012 по 2014 рр., з виключенням показників поза межами норми.

**Результати.** При дослідженні виїздів бригад Сумської станції швидкої медичної допомоги до хворих з гіпертонічними кризами за 2012-2014 роки в моменти піку загострення політичної та надзвичайної ситуації («Революція гідності») протягом грудня 2013- лютого 2014 років виявлено значне підвищення частоти ГК в порівнянні з попередніми роками.

Кількість виїздів бригад у 2012 році: грудень - 868, січень - 677, лютий – 936. В 2013 році: грудень - 972, січень - 939, лютий – 871. В 2014 році: грудень - 829, січень - 1045, лютий – 911.

Таким чином, у грудні 2013 кількість ГК була більшою, ніж у грудні 2012 та 2014 рр. (на 104 та 143 відповідно). У січні 2014 кількість ГК було більше, ніж у січні 2012 та 2013 рр. (на 365 та 106 відповідно). У лютому 2014 кількість ГК була меншою, ніж у лютому 2012( на 25), але більшою, ніж лютому 2013 (на 40).

При дослідженні тиреоїдного статусу виявлене збільшення середнього рівня вільного тироксину ( далі Т4 вкл.) з грудня 2013 по лютий 2014 року.

Середній рівень Т4 вкл. у 2012 році: грудень – 10,91 пмоль/л, січень – 12,37 пмоль/л, лютий – 12,41 пмоль/л. В 2013 році: грудень – 14,15 пмоль/л, січень – 10,37 пмоль/л, лютий - 10,63 пмоль/л. В 2014 році: грудень – 14,2 пмоль/л, січень – 14,43 пмоль/л, лютий – 14,46 пмоль/л.



**Висновки.** Таким чином, при дослідженні впливів соціальних факторів на жителів м. Суми була виявлена залежність між екстремальними емоціональними подразниками (діяли на жителів м. Суми з грудня 2013 по лютий 2014) та кількістю гіпертонічних кризів і рівнем  $T_{4\text{віль.}}$ , що підтверджує загальнонаціональний масштаб трагедії під час Революції гідності.

## СЕЗОННА ДИНАМІКА ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ

*Коваленко Є.Л., Мелеховець О.К.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики*

**Гіпертонічний криз (ГК)** — часте і небезпечне ускладнення гіпертонічної хвороби. Результатом гіпертонічного кризу може стати гостра серцева недостатність (набряк легенів), інсульт, інфаркт міокарда, що представляють пряму загрозу життю і здоров'ю людини. Гіпертонічний криз дуже небезпечний для хворих з вже існуючими хворобами серця і головного мозку, такими, як ішемічна хвороба серця, атеросклероз судин головного мозку. Оскільки при цих захворюваннях звужені і крихкі судини особливо схильні до пошкодження під час гіпертонічного кризу. Не менш небезпечний гіпертонічний криз для пацієнтів середнього віку, у яких серцево-судинна система ще не адаптувалася до раптових перепадів тиску. У них найбільш часто гіпертонічний криз ускладнюється розвитком інсультів. Причин, які провокують виникнення гіпертонічних кризів досить багато. Однією із причин загострення перебігу артеріальної гіпертензії (далі АГ) є стресовий фактор. Гормони щитоподібної залози виконують важливу роль в довготривалій стресовій адаптації організму. Вивчення впливу кліматичних факторів та гормонального статусу на перебіг АГ залишається актуальним питанням у кардіології.

**Мета роботи** – оцінити зв'язок сезонних коливань у виникненні ГК та рівнем тиреоїдних гормонів.

**Задачі роботи.** Дослідити загально-популяційні рівні тиреоїдних гормонів серед жителів м. Суми за 2012-2014 роки. На основі отриманих даних зробити висновки про наявність сезонної динаміки у виникненні ГК та їх взаємозв'язків з коливаннями рівнів тиреоїдних гормонів.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз виїздів бригад Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги до хворих з гіпертонічними кризами за 2012-2014 роки. Використані архівні дані Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги за 2012-2014 роки та дані з журналів реєстрації аналізів та їх результатів по визначенню рівнів тиреоїдних гормонів за допомогою автоматичного імунологічного аналізатора VIDAS за 2012-2014 роки.

**Результати.** При дослідженні виїздів бригад Сумської станції швидкої медичної допомоги до хворих з гіпертонічними кризами за 2012-2014 роки відмічаються виражені сезонні коливання кількості ГК.

У 2012 році на зимові місяці припадає 2481 (28,3%) випадків ГК, весняні – 2169 (24,7%), літні – 1902 (21,7%), осінні – 2222 (25,3%). Найбільша кількість викликів припадає на лютий 936 (10,66%), найменша на липень – 607 (6,92%). Загалом викликів – 8774.

У 2013 році на зимові місяці припадає 2782 (27,9%) випадків ГК, весняні 2534 (25,5%), літні – 1991 (20%), осінні – 2647 (26,6%). Найбільша кількість викликів припадає на листопад 993 (9,98%), найменша на червень – 646 (6,92%). Загалом викликів – 9954.

У 2014 році на зимові місяці припадає 2785 (29,7%) випадків ГК, весняні – 2379 (25,3%), літні – 1812 (19,3%), осінні – 2411 (25,7%). Найбільша кількість викликів припадає на лютий 911 (9,7%), найменша на липень – 646 (5,83%). Загалом викликів – 9387.

При дослідженні середніх рівнів тиреоїдних гормонів за 2012-2014 роки виявлена сезонна залежність у коливанні середнього рівня вільного трийодтироніну (далі Т3 віль.). У 2012 році максимальні рівні Т3 віль. відмічалися в липні – серпні (4,7 пмоль/л та 4,75 пмоль/л відповідно), мінімальні в лютому (4,13 пмоль/л).

У 2013 більш високий рівень ТЗ віл. спостерігався у весняно-літній період з максимумом в травні та червні (4,92 пмоль/л та 4,76 пмоль/л відповідно), нижчі річні показники виявлено в осінньо-зимовий період з мінімумом у січні та листопаді (3,99 пмоль/л та 4,11 пмоль/л відповідно).

У 2014 році більш високий рівень ТЗ віл. спостерігався у літній період з максимумом в червні (4,74 пмоль/л), нижчі річні показники виявлено в зимовий період з мінімумом у січні та лютому (4,42 пмоль/л та 4,43 пмоль/л відповідно).

**Висновки.** Таким чином, була виявлена залежність кількості випадків ГК серед жителів м. Суми із сезонами року. Максимальна кількість виїздів бригад швидкої допомоги до хворих з гіпертонічним кризом припадає на зимовий період, мінімальна на літній ( $p < 0.05$ ). Разом із тим виявлено пряму кореляційну залежність коливання середнього рівня ТЗ віл. серед жителів м. Суми із сезонами року ( $r = 0,724$ ). Максимальні рівні ТЗ віл. спостерігаються у весняно-літній період, мінімальні в осінньо-зимовий ( $p < 0.05$ ). На основі проведеного виявлено, що рівень ТЗ віл. впливає на кризовий перебіг артеріальної гіпертензії. На основі проведеного дослідження зроблені висновки про доцільність контролю за хворими з поєднанням АГ та гіпотиреозу з метою попередження кризового перебігу АГ.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ШИЙНОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ

*Лішневська А.Г., студ.*

*Науковий керівник – д.м.н., проф. Потапов О.О.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

**Мета:** оцінка ефективності фізичних вправ на розтягнення та укріплення м'язів шийного відділу хребта для попередження больового синдрому у хворих остеохондрозом.

**Матеріали та методи:** опитування хворих та оцінка історій хвороб хворих неврологічного стаціонару з діагнозом остеохондроз шийного відділу хребта I, II, III стадії, оцінювання ефективності спеціально підібраних фізичних вправ (5 вправ на розтягнення хребта та 5 на укріплення м'язів шийного відділу) для попередження виникнення больового синдрому.

**Результати:** на першій стадії остеохондрозу, коли хворі скаржилися на швидку втомлюваність та дискомфорт в шийному відділі хребта, при щоденному виконанні вправ для розтягнення хребта та укріплення м'язів шийного відділу на протязі наступного місяця у жодного пацієнта больовий синдром не виник. На другій стадії, коли відмічалось виникнення локального больового синдрому (скарги на головні болі в шийно-потиличній області, головокружіння), та третій стадії (синдром вертебральної артерії, корінцевий синдром, біль по всій спині, рухові та чутливі порушення кінцівок), після купірування больового синдрому за схемою НПЗП+спазмолітики на протязі 10 днів, призначалися аналогічні фізичні вправи. На протязі наступного місяця у 83% хворих, що мали II стадію, та 50% пацієнтів з III стадією (у яких ще не сформувалась спинномозкова грижа), больовий синдром повторно не виник. У всіх хворих відмічалось поліпшення загального стану: підвищення працездатності та покращення сну.

**Висновок:** за рахунок того, що виникнення остеохондрозу шийного відділу хребта та відповідних симптомів (в тому числі й болу) провокується зниженням тону м'язово-зв'язкового апарату, то попередити чи відстрочити виникнення болу можна за допомогою вправ, що спрямовані на укріплення м'язів хребта. А ефективно відновити еластичність хрящової тканини можна за допомогою вправ, що спрямовані на розтягнення міжхребцевих хрящів, внаслідок покращення їх забезпечення киснем та поживними речовинами, що також є однією з причин остеохондрозу.

## МОЖЛИВОСТІ СОНОГРАФІЧНОГО СКРИНІНГУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

*Мелеховець О.К., Пестун І.С., Луценко Д.Ф.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Ревматоїдний артрит - системне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням дрібних суглобів за типом ерозивно - деструктивного поліартриту неясної етіології зі складним аутоімунним патогенезом. Аналіз епідеміологічних досліджень свідчить про підвищення рівня серцево - судинної летальності при РА у порівнянні із загальною популяцією на 60% і відсутності тенденції до її зниження. Серцево-судинна захворюваність (ССЗ) серед хворих на РА складає 13%, що співставимо з хворими на цукровий діабет 2 типу (12%) та значно перевищує загально популяційну статистику (5%). При наявності вираженого атеросклерозу сонних артерій мають місце більш тяжкі порушення ритму серця, частіше виявляється больова та безбольова ішемія міокарда. Хворі РА з вираженим атеросклерозом мають високий ризик смерті від ССЗ за шкалою SCORE.

**Мета роботи** – виявлення прогностичної значимості сонографічного маркера атеросклерозу – товщини комплексу інтима - медіа для попередження прогресування кардіоваскулярних ускладнень у хворих на ревматоїдний артрит.

**Матеріали і контингент дослідження.** В дослідження включено 78 хворих з верифікованим діагнозом сіропозитивний ревматоїдний артрит (M05), 0-2 ступенів активності. В залежності від тривалості захворювання пацієнти були розподілені на дві групи - 1-ша група - 38 осіб з тривалістю РА до 5 років, 2-га група – 40 осіб з тривалістю РА від 5 до 15 років. За віком та статтю групи відмінностей не мали. Для діагностики атеросклеротичного ураження судин та оцінки ризику кардіоваскулярних судинних ускладнень використовувалось визначення товщини комплексу інтима - медіа (ТКІМ) сонних артерій за допомогою ультразвукового дослідження з високим розрішенням на апараті Toshiba за методикою Maheswaran B. et al., 1995.

**Результати.** В першій групі у 82% хворих ТКІМ відповідав віковій нормі, клінічні прояви атеросклерозу були відсутні, тоді як в 2-гій групі лише у 40% хворих ТКІМ залишався в межах норми. Клінічні прояви були встановлені у 15% (6 осіб). Також було встановлено підвищення цього показника всеред цих хворих 2-ої групи в середньому на 0,25 мм у порівнянні з середньостатистичною ТКІМ у 1-шій групі.

18 % хворих 1-ої групи мали потовщення ТКІМ з відповідною наявністю клінічних проявів у 3 хворих. В 2-гій групі 60% хворих з ТКІМ > 0,9 наявність клінічних проявів атеросклерозу було встановлено у 15 осіб.

Отримані дані свідчать про прогресування атеросклеротичних змін у хворих на РА: при тривалості захворювання до 5 років клінічні прояви визначались у 7,8% осіб, при тривалості більш за 5 років – у 37 % незалежно від віку хворих.

Морфологічні зміни при сонографічному дослідженні хворих на РА були виявлені у 18% осіб 1-ої групи, що свідчить про прогностичне значення цього показника для ранньої діагностики, оцінки прогнозу перебігу РА та попередження його ускладнень.

**Висновки.** Таким чином, доведена необхідність визначення традиційних факторів кардіоваскулярного ризику та проведення сонографічної оцінки ТКІМ у всіх хворих на ревматоїдний артрит з метою профілактики атеросклеротичних ускладнень.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ АКНЕ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Мелеховець О.К., Радько А.С., Швидун К.О.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Найбільш розповсюдженим захворюванням шкіри серед пацієнтів сімейного лікаря є акне. Хронічний рецидивуючий перебіг хвороби призводить до обтяження психо-соматичної

патології, з приводу якої пацієнти знаходяться під наглядом у лікаря загальної практики. Незважаючи на те, що в пубертатному періоді близько 80% підлітків мають акне різного ступеню тяжкості, а в середньому віці цей відсоток складає близько 40%, клініко-діагностичні стандарти для первинної ланки медичної допомоги не розроблені в жодній країні світу. Спеціалізована дерматологічна допомога концентрує свою увагу переважно на тяжких формах акне. Але останнім часом зростає як поширеність акне juveniles (підліткові акне) – до 90%, і акне adultorum (вікові акне) – до 54%, так і середній вік хворих з акне – з 26,5 років до 40,5 років (G. Dummond-Wallon et al.). Тому можливість лабораторного скринінгу даного захворювання та призначення етіопатогенетично обґрунтованої терапії в практиці сімейного лікаря в умовах реформування сучасної медицини набуває все більшого значення.

**Мета:** покращити ефективність лікування акне шляхом введення в практику сімейного лікаря діагностичного скотч-тесту.

**Матеріали і контингент дослідження.** Основними методами топічної діагностики дерматологічних захворювань є дерматоскопія, епідермальний соскоб з мікроскопією, гістологічне дослідження шкіри, мікробіологічне дослідження. Мікробіологічне дослідження в сучасній діагностиці акне має другорядне значення, тому що за даними багатьох центрових досліджень основними збудниками інфекційного запалення в будь-якому разі є *Propionibacterium acnes* або *Staphylococcus epidermidis*. Соскоб гладкої шкіри виконується шляхом соскрібання скальпелем епідерміса з ураженої ділянки для мікроскопічного дослідження. До проведення тесту пацієнтам пропонується залишити шкіру лица без очищення протягом доби. Отриманий матеріал розміщується на предметному склі та обробляється калійним лугом. Модифікація цього тесту з використанням клейкої стрічки Scotch 3M<sup>R</sup> дає можливість отримати матеріал для мікроскопії без зовнішнього пошкодження епідермісу та без додаткової домашньої підготовки пацієнта та без болювого стресу. При мікроскопії візуалізуються пластини злушеного епідермісу з сапрофітними або патологічними мікроорганізмами. Мікроскопія проводилась з використанням мікроскопу «Carl Zeiss Microscope Standart».

**Результати.** В дослідження було включено 48 осіб з діагнозом акне. Розподіл за клінічними варіантами перебігу: папульозна форма була діагностована у 18,8%; папуло-пустульозна – 22,9%; вузловато-кістозна – 35,4%, індуративна – 22,9%. У віковому аспекті акне tarda виявлено в 4% осіб; акне juveniles – у 96% осіб. За статтю переважали жінки – 75%, тоді як чоловіки склали 25% обстежених. За ступенями тяжкості – 58,3% осіб мали тяжкий перебіг акне, 22,9% – середньої важкості та 18,8% легкий перебіг хвороби.

Хворі були розподілені на дві групи в залежності від ступеню тяжкості – 1-ша група (n = 20) – особи з акне легкого та середнього ступеню тяжкості, 2-га група (n = 28) – особи, що мали тяжкий перебіг.

За результатами скотч-тесту в 1-шій групі у 40% (8 осіб) було виявлено *T. rubrum* та *T. mentagrophytes*, в 20% (4 особи) – кліщ *Demodex folliculorum*, *Demodex brevis* на різних стадіях розвитку. В 2-й групі у 57% (16 хворих) виявлялось поєднання обох збудників, в 35,7% (10 осіб) – виявлено тільки дерматофіти, 7,3% (2 особи) – *Demodex brevis*.

В більшості випадків як в 1-й, так і в 2-й групах було виявлено дерматофітії, що свідчить про наявність мікозу гладкої шкіри обличчя як однієї з основних причин причини акне, тоді як традиційні тести звертають прицільну увагу на діагностику шкірних кліщів.

**Висновки.** Таким чином, використання епітеліального скотч-тесту в практиці сімейного лікаря надає можливість диференціювати дерматофітії, візуалізувати демодексних кліщів та їх проміжні стадії розвитку від личинки до німфи та половозрілої особи. Методика проведення тесту є неінвазивною, не потребує спеціальної підготовки, може проводитись в амбулаторних умовах та не має побічних ефектів. Оцінка виду та розповсюдженості мікроорганізмів в досліджуваних пробах дозволяє розробити адекватну схему патогенетичного лікування даної форми акне, оцінити прогноз перебігу захворювання.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

*Мелеховець О.К., Жалдак Д.О., Зудіна Т.О., Нечай Г.А.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології,  
Сумська міська клінічна лікарня № 4*

Останнім часом у світі зростає зацікавленість проблемою неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), що з одного боку пов'язано з широкою розповсюдженістю цього захворювання, а з іншого – накопиченням значної кількості фактичного матеріалу про патогенетичні механізми розвитку. НАЖХП — це поліетіологічний дифузний дисметаболічний процес, що триває понад 6 місяців та передбачає жирову дистрофію гепатоцитів із гістіолімфоцитарною інфільтрацією печінкових часточок, гіперплазією перисинусоїдальних зірчастих клітин та фіброзом зі збереженням архітекτονіки печінки. НАЖХП в індустріально розвинутих країнах реєструється у 20–35 % дорослого населення; у жінок віком понад 40 років жирова дистрофія печінки спостерігається в 75 % випадків. Щорічно внаслідок росту випадків ожиріння та цукрового діабету 2 типу виникають два нових випадки НАЖХП. За даними дослідження NHANES III (Third National Health and Nutritional Examination Survey) поширеність жирової дистрофії печінки становить до 16 % випадків у пацієнтів із нормальною масою тіла та до 76 % — у хворих із ожирінням. Дисліпідемія виявляється у 20–80% хворих НАЖХП. Дисліпідемія, яка спостерігається при гіпотиреозі, характеризується підвищенням в сироватці крові рівня ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), що зумовлено зниженням вмісту рецепторів ЛПНЩ у печінці і, внаслідок цього, до зменшення печінкової екскреції холестерину (ХС) і, далі, до підвищення рівня ЛПНЩ і ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), багатих апо-В-ліпопротеїнами.

**Мета дослідження** – оцінити ступень розвитку НАЖХП та дисліпідемії у хворих на гіпотиреоз.

**Матеріали та контингент досліджуваних.** В дослідження було включено 54 особи з синдромом гіпотиреозу незалежно від етіологічного фактору його розвитку. Для оцінки ступеня розповсюдженості НАЖХП при гіпотиреозі, хворі були поділені на 2 групи. До першої групи увійшли хворі з компенсованим та субкомпенсованим гіпотиреозом – 28 чоловік, до другої групи – 26 пацієнтів з декомпенсованим гіпотиреозом. Визначались загальний холестерин (ЗХ), тригліцериди (ТГ), гамма - глутамілтрансфераза (ГГТ), лужна фосфатаза (ЛФ), аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ), загальний білірубін, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) за загальноприйнятими методиками. Всім хворим було проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП).

**Результати досліджень.** В обох досліджуваних групах було виявлено збільшення рівнів загального холестерину та тригліцеридів, хоча пацієнти 2 – ї групи мали більше відхилення від норми (у 1 – ї групи рівень ЗХ складав  $6,2 \text{ ммоль/л} \pm 1,4 \text{ ммоль/л}$ , рівень ТГ –  $3,1 \pm 0,6 \text{ ммоль/л}$ , у пацієнтів 2 – ї групи рівень ЗХ –  $7,3 \pm 1,2 \text{ ммоль/л}$ , рівень ТГ –  $3,2 \pm 0,8 \text{ ммоль/л}$ ).

При проведенні УЗД ОЧП у 11 (39,2 %) пацієнтів 1–ї групи був виявлений жировий стеатогепатоз, тоді як пацієнти 2–ї групи мали в 100% випадків закінчення жирового стеатогепатозу при УЗ-дослідженні. При проведенні тесту ФіброМакс у пацієнтів 2–ї групи були виявлені наступні стадії розвитку фіброзу печінки: F0 – F1 – 13 хворих (50%), F1 - F2 – 6 пацієнтів (42,4%), F3 – 2 пацієнти (7,6%)

**Висновки.** НАЖХП у хворих на гіпотиреоз є проявом метаболічного дисбалансу внаслідок недостатнього забезпечення тиреоїдними гормонами. Виявлено залежність між ступенем тиреоїдного дефіциту (стадія декомпенсації) та ступенем лабораторних та морфологічних змін. Тому вивчення особливостей перебігу гіпотиреозу на фоні НАЖХП може покращити діагностику, забезпечити адекватну корекцію вже існуючих метаболічних порушень та забезпечити запобігання подальшого прогресування захворювань.

## ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ

*Мелеховець О.К., Холодов Б.І., Прилепа Л.Д., Співак Ж.С.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики  
внутрішніх хвороб та ендокринології,*

*Сумська обласна клінічна лікарня*

Порушення репродуктивної функції може бути обумовлено широким колом патологічних процесів, серед яких ендокринне безпліддя стоїть на другому місці (29%) після трубно-перитонеальної патології. Гіпотиреоз – найчастіша причина ендокринного безпліддя і раннє виявлення з раціональним лікуванням веде до майже повного відновлення репродуктивної функції. Досить часто основні симптоми гіпотиреозу, такі як ожиріння, гіподинамія, гірсутизм, виходять на передній план у хворих, маскуючи цим самим інші симптоми хвороби. Тоді як такий симптом як безпліддя стає скаргою лише у тих пар, які звертаються до лікаря. Актуальним є раннє виявлення і ретельна діагностика всіх симптомів, що повинна проводитися всім хворим на гіпотиреоз.

**Метою** проведення дослідження була рання діагностика гіпотиреозу у жінок, які мали патологію репродукції.

**Матеріали та контингент досліджуваних.** Було обстежено 40 жінок та проаналізовано дані 100 амбулаторних карт, які знаходилися на обліку з діагнозом ендокринне безпліддя.

**Результати досліджень.** Серед обстежених у 28 жінок (70%) було діагностовано гіперпролактинемію, 20 жінок (50%) страждали на ожиріння 1 ступеню, 2 жінки (5%) мали гірсутний синдром. Поєднання симптомів спостерігалось у 24 жінок (60%), а саме: ожиріння і гіперпролактинемія 20 жінок (50%), гіперпролактинемія і гірсутизм 1 жінка (2,5%), ожиріння і гірсутизм 1 жінка (2,5%). Всі три симптоми були присутні у 7 жінок (17,5%). При проведенні лабораторних досліджень у 40 хворих виявили гіпотиреоз (середній ТТГ > 8,0 мкЕд/мл). Всім жінкам було призначено замісну терапію препаратами L-тироксину з динамічним контролем тиреоїдного статусу. Після проведеного лікування була досягнута компенсація гіпотиреозу і 34 жінки завагітніли.

**Висновки.** Таким чином, отримані дані свідчать про обов'язковий скринінг гіпотиреозу при плануванні вагітності та раннє комплексне лікування.

## ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ МАШИНОБУДІВНОГО ПІДПРИЄМСТВА ЗА ДОПОМОГОЮ ПАЛЕСТЕЗІОМЕТРІЇ

*Коленко О.І., Чиняк О.С.*

*Сумський державний університет,  
КУ "Сумська міська клінічна лікарня № 4".*

Сучасні умови виробництва характеризуються інтенсивним впровадженням механізованого інструменту, обладнання та транспорту. Наслідком цього є постійне збільшення контингенту осіб, що контактують з вібрацією, яка в певних умовах може представляти небезпеку для здоров'я працюючих.

Палестезіометрія є якісним методом дослідження вібраційної чутливості, а також високоінформативним методом діагностики невропатій вже на початкових стадіях патологічного процесу. При проведенні попередніх та періодичних медичних оглядів осіб, що мають вплив дії виробничої вібрації, обов'язково проводиться дослідження вібраційної чутливості.

Дослідження вібраційної чутливості проводилось на базі, відділення профілактичних оглядів 4 міської клінічної лікарні за допомогою приладу «Вібротестер-МБН» ВТ-02-1. Оцінка показників вібраційної чутливості проводилась методом порівняння результатів обстеження робітника з показниками рівнів вібраційної чутливості практично здорової людини, отриманих при дослідженні на тому ж приладі. Зважаючи на загальновідомий факт вікового зсуву рівнів вібраційної чутливості, оцінка результатів дослідження обов'язково проводилась з урахуванням віку досліджуваного (пацієнта) по двох вікових градаціях.

За даними палестезіометрії порушення вібраційної чутливості виявлено у 3% працівників зі стажем роботи до 5 років; 6,5% працівників зі стажем роботи до 10 років; 19,33% працівників зі стажем роботи більше 10 років. Під час встановлення діагнозу враховувалися конкретні умови праці робітників, професійний стаж роботи, час контакту і параметри дії локальної вібрації, інші негативні та небезпечні виробничі чинники, що впливали на організм робітника. За необхідністю проводили інші нейрофункціональні дослідження.

Відмічено, що найбільш часто порушення вібраційної чутливості спостерігалися у робітників таких професій: котельник, слюсар механозбірних робіт, коваль, стерженщик, обрубник.

За підсумками проведення профілактичних оглядів в 2013 році 28 осіб було направлено на консультацію з підозрою на професійне захворювання (вібраційну хворобу) до лікаря-профпатолога і обласного невропатолога, та надалі для вирішення питання зв'язку захворювання з професією у Харківський науково-дослідний інститут гігієни праці і професійних захворювань.

## **ВНЕСОК В.О. БЕЦА В У РОЗВИТОК ВЧЕННЯ ПРО БУДОВУ ТА ФУНКЦІЮ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

*Коленко О.І., доцент*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Минулого року виповнилося 180 років з дня народження видатного українського вченого Володимира Беца, а також 140 років знаменній події, що змінила уявлення про анатомічну будову центральної нервової системи – відкриттю гігантських пірамідних клітин або «клітин Беца». Незрівняний внесок у світову анатомію та гістологію обезсмертило ім'я людини, яка була віддана до кінця не тільки науці, але й Батьківщині. Пройшовши шлях від студента до професора кафедри анатомії київського медичного інституту, він зберіг людяність, скромність і порядність. Це був талановитий фізіолог, хімік та морфолог. Широке коло інтересів цього вченого ніяк не перешкоджало його роботі, а навпаки стало підставою для багаточисленних досягнень науки Беца, науки України. Також Володимир Олексійович ніколи не розривав зв'язки з клінікою і працював неврологом-консультантом.

Більша частина його діяльності була присвячена вивченню анатомії та гістології центральної нервової системи, макро- та мікроанатомії головного мозку. Саме Володимир Олексійович у 1874 році відкрив гігантські пірамідні клітини у п'ятому шарі кори передцентральної звивини, які було названо клітинами Беца, і які є морфологічним субстратом рухового центру, що регулює діяльність скелетних м'язів. Отже, Володимир Олексійович став засновником вчення про морфологічні основи динамічної локалізації функцій в корі півкуль великого мозку.

Слід зазначити, що В.О. Бец був першим, хто вирішив займатися вивченням однієї з найстаріших структур нервової системи – амонієва рога, яка досить часто виконує роль епілептогенного вогнища. Крім вищезазначеного великою заслугою стала унікальна багатотисячна систематизована колекція препаратів головного мозку, яка була удостоєна низки нагород і отримала світове визнання завдяки оригінальним методикам виготовлення, запропонованих автором. Справжнім вінцем наукової діяльності видатного українського вченого стало видання «Атласа человеческого мозга». Володимир Олексійович довів необхідність друку цього видання саме на Батьківщині та виконав титанічну роботу з виготовлення фотознімків.

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Кулібаба В.С., магістр, Краснопольська Н.В., студ.5 курсу, Зайцева Т.О., студ.5 курсу  
Науковий керівник – д. мед. н., доц. Деміхова Н.В.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – захворювання, що характеризується не повністю зворотним обмеженням прохідності дихальних шляхів, яке зазвичай прогресує і пов'язане з запальною відповіддю легень на шкідливі подразники (частки пилу, гази інші агресивні агенти), переважно у зв'язку з тютюнопалінням. За спостереженням медиків різних країн в останній час відмічено неухильне зростання кількості людей хворих на хронічний обструктивний бронхіт та хронічну астму з фіксованою бронхообструкцією (за деякими авторами), які згідно з МКХ–10 розглядаються як одна нозологічна форма – ХОЗЛ. Хронічна серцева недостатність (ХСН) - складний клінічний синдром, викликаний структурними чи функціональними порушеннями наповнення шлуночків чи викиду крові (АССF/АНА, 2013). Хронічне обструктивне захворювання легень та ХСН є патологіями, які зустрічаються у значній кількості пацієнтів по всьому світі. Так, наприклад, 14 мільйонів жителів США хворіють на ХОЗЛ, та ще 5 мільйонів на ХСН. Поєднання вище зазначених патологій у практиці лікаря є не рідкістю, а повсякденною проблемою, яка ускладнює лікування та значно погіршує подальший прогноз.

**Мета роботи.** Дослідити аспекти лікування пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та ХСН.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих, та проведено спостереження під час лікування у КУ СМКЛ №1 та Л.-Долинській ЦРЛ за 2014-2015 рр. (27 медичних карток).

**Результати.** За результатами оброблених даних встановлено, що з досліджуваних пацієнтів 78% пацієнтів – чоловіки, 22% жінки. Пацієнти старше 40 років становили 93%. У даних пацієнтів в лікуванні ХСН використовували: предуктал 4%, івабрандин 4%, молсидомін у 7%, інгібітори АПФ – у 85%, в поєднанні з цими препаратами також використовували сечогінні та препарати групи сартанів.

У більшості пацієнтів, які використовували інгібітори АПФ, не відмічено будь-яких побічних явищ. Суб'єктивно майже 90% пацієнтів після проведеного лікування поєднаної патології відчули суттєве покращення, у частини з них це покращення підтверджено за допомогою спірометрії.

**Висновки.** Згідно оброблених даних та проведених спостережень відмічено покращення об'єктивного стану пацієнтів з ХОЗЛ та ХСН. У цієї групи пацієнтів відзначено покращення загального стану за відсутності будь-яких побічних дій. Використання інгібіторів АПФ у хворих з ХОЗЛ та ХСН відносно безпечне і покращує загальний подальший прогноз.

## ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВОПЛИНУ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО І/Д ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА АСЕ

*Кушнір О.В., Сидорчук А.Р.*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна*

*Кафедра гігієни та екології*

**Мета.** Встановити доплерографічні особливості показників кровоплину у верхній мезентеріальній артерії (ВМА) та їх зміни під впливом вуглеводного навантаження (ВН) у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) залежно від І/Д поліморфізму гена ангіотензин-перетворювального ферменту (АСЕ).

**Матеріал і методи.** Обстежено 35 хворих на ЕАГ І-ІІІ стадій тяжкості (середній вік – 53,2±8,7 року) з використанням загальноклінічних, генетичних, доплерографічних, статистичних методів досліджень.



**Результати.** Встановили вірогідне зростання діаметру ВМА та зменшення периферійного опору (ПО) за індексом Gosling у хворих на ЕАГ ІІ на 21,05% ( $p=0,033$ ) і 15,8% ( $p=0,048$ ) відповідно; збільшення усередненої за часом максимальної швидкості кровоплину (ТАМХ) у пацієнтів із ЕАГ ІІ-ІІІ на 27,3% ( $p=0,02$ ) і 29,3% ( $p=0,031$ ), зокрема, носіїв D-алеля гена ACE на 28,3% ( $p<0,05$ ) і 20,2% ( $p=0,054$ ). На фоні проби з ВН спостерігали вірогідне зменшення ТАМХ у хворих на ЕАГ ІІ-ІІІ, носіїв DD-генотипу у 1,4-1,9 разу ( $p<0,05$ ) та зростанням ПО у носіїв D-алеля у 1,2-1,6 разу ( $p\leq 0,05$ ).

**Висновки.** Погіршення кровоплину у ВМА опосередковано свідчить про ішемічні зміни в даному судинному руслі у пацієнтів із ЕАГ ІІ та ІІІ стадій, схильність до яких зростає за наявності у індивідуальному генотипі хворих D-алеля гена ACE.

## ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТОФЛАВІНУ У ЛІКУВАННІ ТОКСИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

*Кушнірова А.П., Мариненко Л.В.*

*Науковий керівник – к.мед.н. Юрченко А.В.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

**Актуальність теми.** Однією з найбільш актуальних проблем сучасної неврології, що займають особливе місце серед захворювань периферичної нервової системи, є полиневропатії. Полиневропатії з переважно затяжним та часто важким перебігом супроводжуються стійкими функціональними дефектами, що приводять до обмеження або повної втрати працездатності. Однією з найрізноманітніших груп є полиневропатія при екзогенних інтоксикаціях, яка може бути викликана отруєнням алкогольною продукцією, лікарськими препаратами, недоброякісною їжею та промисловими токсинами і хімікатами.

**Мета.** Вивчити ефективність Цитофлавіну при лікуванні токсичної полінейропатії.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходились 28 хворих (чоловічої статі) на токсичну полінейропатію, які перебували на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні, на базі якої проводилось дослідження. Більшість хворих належали до вікової групи 35-55 років. Критерієм залучення пацієнтів у дослідження була наявність типових скарг і клінічних ознак дистальної симетричної полінейропатії: порушення чутливості, периферичні паралічі, больовий синдром та інші вегето-судинні розлади. Хворі були обстежені лабораторно, клініко-неврологічно, нейрофізіологічно, консультовані суміжними спеціалістами. Дослідну групу склали 15 осіб. Їм проводилась базисна терапія, доповнена Цитофлавіном по 10 мл 2 рази на добу внутрішньовенно крапельно з розчином 0,9% натрію хлориду протягом 7-10 днів. Пацієнти контрольної групи (13 хворих) отримували тільки базисну терапію.

**Результати.** Динаміка інтенсивності клінічних проявів нейропатії оцінювалася на 10-й день від початку лікування (після закінчення внутрішньовенної терапії) та через 1 місяць. В результаті дослідження було виявлено, що у 83% (12 хворих), які в комплексному лікуванні отримували метаболічний антиоксидант Цитофлавін відмічалось зменшення об'єктивних показників перебігу токсичної полінейропатії, спостерігалась більш швидка регресія неврологічної симптоматики та позитивна динаміка ЕНМГ. Динаміка покращення стану пацієнтів, які в комплексній терапії не отримували Цитофлавін, була значно повільніша.

**Висновки.** Отже, дослідження довели раціональність і ефективність Цитофлавіну в комплексному лікуванні хворих на токсичну полінейропатію. Його ефективність підтверджена зменшенням суб'єктивних і об'єктивних проявів полінейропатії. Подальші дослідження у даному напрямку дозволять оцінити віддалені результати клінічного застосування препарату Цитофлавін.

## АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ТА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Прокопiшек М.В.<sup>1</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Сумська обласна клінічна лікарня

<sup>2</sup>Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Хвороби органів травлення (ХОТ) є серйозною проблемою в Україні, які займають 3-тє місце у структурі хронічної захворюваності населення країни, 5-тє – у структурі причин госпіталізації та смерті, 7-тє та 8-тє – у структурі первинного виходу на інвалідність та тимчасової непрацездатності відповідно.

**Мета роботи.** Проаналізувати поширеність та захворюваність на ХОТ в Сумській області за 2013-2014 роки.

**Матеріали і методи дослідження.** Аналіз поширеності і захворюваності на ХОТ проводили не прямим методом за офіційними показниками Центру медичної статистики МОЗ України, даними управління охорони здоров'я Сумської області з використанням методів структурно-логічного аналізу та клініко-статистичного.

**Результати.** Поширеність ХОТ на 100 тисяч дорослого населення у Сумській області за рік зросла статистично не значуще: у 2013 році склала 17148,60 випадків, у 2014 році – 17311,66 випадків. Порівняно з показником 2006 року поширеність ХОТ зросла в Україні більше ніж на 11%. Захворюваність на ХОТ у Сумській області зросла у 2014 році на 12% порівняно з 2013 роком, але була на 2,5% нижче, ніж в Україні.

Поширеність на виразкову хворобу (ВХ) по області у 2014 році зросла на 10% порівняно з 2013 роком та перевищила на 3,5% показник в Україні. Захворюваність на ВХ по області знизилась з 184,17 випадків у 2013 році до 167,67 на 100 тисяч дорослого населення у 2014 році. Поширеність гастродуоденіту в області за рік майже не змінилась, захворюваність на цю патологію зросла в 2014 році по області майже на 2%, але на 3,6% була нижчою, ніж в Україні. За рік спостережень зросла в області поширеність гастроєзофагальної рефлексної хвороби на 1,5% і на 5,4% порівняно з показником в Україні. Поширеність хвороб кишківника і очеревини в області в 2014 році зросла з 588,98 випадків до 602,25 на 100 тисяч дорослого населення, але на 19,6% була нижчою ніж в Україні; захворюваність на цю патологію збільшилась на 12% та на 3,6% перевищила показник в країні. За рік знизилась поширеність неспецифічного виразкового коліту в області на 2%, захворюваність – в 1,7 рази, але статистично значущо від показників у 2013-2014 років в Україні не відрізняється. Поширеність цирозу печінки у 2014 році в області зросла на 4% порівняно з 2013 роком, але на 28,2% перевищила показник країни 2014 року. За останні три роки в області спостерігається зниження захворюваності на хронічні гепатити з 66,9 випадків до 64,87 на 100 тисяч дорослого населення, проте поширеність цієї хвороби не уклінно зростає, але цей показник у 2014 році в Україні перевищує такий в області на 10,3%.

За останній рік відмічається зростання смертності від ХОТ з 61,6 випадків до 65,6 на 100 тисяч населення, в т.ч. смертність в працездатному віці зросла з 45,8 до 54,6 на 100 тисяч працюючого населення. 62,7% хворих померли від хвороб печінки і жовчного міхура, 3,2% - від ВХ, 4,5% - від хвороб підшлункової залози, 4,8% - від захворювань кишківника, 24,8% - від інших ХОТ.

**Висновки:** Структура поширеності та захворюваності на ХОТ в Сумській області статистично значущо не відрізняється від показників в Україні у цілому, окрім показників, що стосуються цирозу печінки та хвороб кишківника. Низька виявляємість хронічних гепатитів при високій захворюваності на цирози печінки і високій смертності від цирозів диктує необхідність покращення медичної допомоги на усіх рівнях обстеження цих пацієнтів. Зниження поширеності і захворюваності хвороб кишківника в Сумській області можна пояснити слабким матеріальним забезпеченням районних лікарень, у яких не проводиться ірігоскопія, фіброколоноскопія та біопсія.

## ВПЛИВ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Кочуєва М.М.<sup>1</sup>, Псарьова В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Ігнатенко Н.А.<sup>2</sup>, Гученко І.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Наявна при метаболічному синдромі (МС) гіперінсулінемія та інсулінорезистентність призводить до збільшення активності ферментів, що розщеплюють тригліцериди жирової тканини, збільшенню у крові вільних жирних кислот (ВЖК), їх накопиченню в цитоплазмі гепатоцитів і розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НЖХП). НЖХП починаючись зі стеатогепатозу може трансформуватися в стеатогепатит і цироз. При МС і НЖХП у сироватці крові значно підвищується рівень проатерогенних ліпідів, що асоціюється з ризиком прогресування серцево-судинної патології. Тому в комплексне лікування хворих з асоціацією МС і НЖХП було включено цитопротектор – есенціальні фосфоліпіди (ЕФЛ).

**Ціль:** дослідити функціональний стан печінки та динаміку показників ліпідного обміну: загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) та аланінамінотрансферази (АЛАТ) і аспартатамінотрансферази (АСАТ) у пацієнтів з асоціацією МС і НЖХП.

**Матеріали і методи:** обстежено 47 хворих. МС діагностований згідно критеріїв ВООЗ (1999). Діагноз НЖХП встановлювався при наявності стеатоза печінки, виявленого при ультразвуковому дослідженні або комп'ютерній томографії в умовах відсутності надлишкового вживання етанолу. Усім хворим проведені загальні клінічні і лабораторні обстеження. Ультразвукове дослідження проводили на сканері «ULTIMA RA» з функцією еластографії (фірми «РАДМІР», Україна). Показник жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга (МЮ) в кілопаскалях (кПа). Усі пацієнти приймали базове лікування: інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту або сартан, аторва- або розувастатин, за показниками метформін. В залежності від схеми лікування хворі були поділені на групи: I (n=25) – пацієнти, які отримували лише базове лікування, II (n=22) – хворі, які з вище зазначеним лікуванням отримували ЕФЛ 1800 мг на добу. Показники оцінювали до та через місяць лікування. Пацієнти були репрезентативні за статтю, віком, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 25 практично здорових. Статистична обробка проводилась з використанням пакету програм Statistica for Windows версії 6.0.

**Результати:** до лікування в усіх пацієнтів концентрація ЗХ була збільшена в 4,2 рази ( $p<0,001$ ), ЛПНЩ – в 3,2 рази ( $p<0,001$ ), ТГ майже в 6 разів ( $p<0,001$ ), АЛАТ - в 1,5 рази ( $p<0,05$ ), АСАТ – в 2,8 рази ( $p<0,001$ ) в порівнянні зі здоровими.

Через місяць від початку лікування відбулося статистично недостовірне зменшення ехогенності паренхіми печінки, що оцінюється візуально ( $p>0,05$ ). Динаміка показників жорсткості паренхіми печінки у пацієнтів I групи знизилась на 12,34%, а у хворих II групи на 20,64% і вірогідно різнилась між групами ( $p_{I-II}<0,05$ ). ЗХ залишався вищим, ніж у здорових, але у хворих II групи він був в 1,8 рази нижчим, чим у пацієнтів I групи ( $p_{I-II}<0,05$ ). Рівень ЛПНЩ також залишався підвищеним у хворих обох груп у порівнянні зі здоровими, але у пацієнтів II групи він був у 2,4 рази нижчим, ніж у хворих I групи ( $p_{I-II}<0,01$ ). Рівень ТГ під впливом терапії знизився максимально у пацієнтів II групи: майже у тричі в порівнянні з показником до лікування ( $p<0,001$ ) і в 1,7 рази порівняно з показником у I групі ( $p_{I-II}<0,05$ ). Рівень АЛАТ у хворих II групи не відрізнявся від показнику здорових і був в 1,6 рази нижчим, ніж в I групі, тоді як у пацієнтів I групи АЛАТ залишався майже таким як і до лікування ( $p_{I-II}<0,05$ ). АСАТ у хворих II групи в 1,3 рази був вищим, ніж у здорових, а у пацієнтів II групи він збільшився в 3,1 рази в порівнянні зі здоровими ( $p<0,05$ ).

**Висновки:** включення ЕФЛ до комплексного лікування хворих на МС в поєднанні з НЖХП призводить до більш суттєвого зниження жорсткості паренхіми печінки, що вказує на зменшення ступеню гепатозу та зменшення ЗХ, ЛПНЩ, ТГ і трансаміназ.

## ПОКАЗНИКИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Ковчун А.В.*

*Науковий керівник – професор, д.м.н. Л.Н. Приступа*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

**Актуальність:** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є четвертою за значимістю причиною смертності в усьому світі, але за прогнозами, стане третьою в 2020 році або навіть раніше.

ХОЗЛ традиційно розглядається як одна з найважливіших причин поліцитемії. Підвищення вмісту еритроцитів і посилення гематокриту у хворих на ХОЗЛ пояснюється прогресуючою дихальною недостатністю і розцінюється як компенсаторна реакція еритропоезу у відповідь на хронічну гіпоксію. Однак роботи з дослідження стану еритропоезу при ХОЗЛ свідчать про неоднозначність виявлених порушень - їх механізми складні і виходять за рамки звичного для клініцистів і який здавався облігатним для хворих еритроцитозу.

В нещодавно виконаних дослідженнях з'ясовано, що анемія також зустрічається доволі часто у хворих на ХОЗЛ. Основною причиною анемії при ХОЗЛ є системне запалення при якому сироваткові цитокіни та хемокіни порушують нормальний процес еритропоезу. Крім того, активація медіаторів запалення може стимулювати виробництво гепсидину, поліпептиду, який є основним регулятором позаклітинного гомеостазу заліза і, як вважають, відіграє ключову роль у розвитку анемії хронічних захворювань.

**Мета:** З'ясувати частоту анемії та поліцитемії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

**Матеріали та методи:** На базі Сумської обласної клінічної лікарні було проаналізовано 112 історій хвороб пацієнтів (67 чоловіків та 45 жінок), які знаходилися на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні з діагнозом «Хронічне обструктивне захворювання легень» у період з 1.08.2014 по 20.12.2014 рр.. В дослідження були включені історії хвороб пацієнтів віком від 35 до 50 років з середньотяжким та тяжким перебігом захворювання.

**Результати та їх обговорення:** В результаті проведеного аналізу було визначено, що лише у 9 пацієнтів (8%) відзначалася поліцитемія (з них 5 – чоловіки (55,5%), 4 – жінки (45,5%)). Анемія була виявлена у 21 хворого (18,7%), з них жінок – 15 (71,4%), чоловіків – 6 (28,6%). Анемія легкого ступеня була наявна у 76,1% хворих, у інших 23,9 % – спостерігалась анемія середнього ступеня важкості.

**Висновки:** Анемія, у хворих на ХОЗЛ, зустрічається значно частіше ніж поліцитемія. Необхідне подальше вивчення механізмів розвитку анемії при хронічному обструктивному захворюванні легень, можливого зв'язку між анемією, тяжкістю захворювання та вираженістю запалення.

## ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

*Орловський В. Ф., Кучма Н. Г., Федірко Н. О.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) виявляється у всіх вікових групах і може прогресувати до фіброзу та цирозу печінки. У хворих з ожирінням розповсюдженість різних форм НАЖХП значно вища ніж в загальній популяції та за даними літератури може сягати 93%. Серед багатьох факторів та механізмів, котрі можуть сприяти розвитку та прогресуванню жирової інфільтрації печінки, одними з головних є інсулінорезистентність, гіперінсулінемія та вісцеральне ожиріння.

**Мета роботи:** дослідити показники ліпідного спектру у хворих з НАЖХП залежно від індексу маси тіла (ІМТ).

**Матеріали та методи:** Було обстежено 103 пацієнти з верифікованою НАЖХП. Діагноз встановлювався на основі лабораторних та інструментальних методів обстеження. Пацієнтам проводили визначення ІМТ за формулою Кетле – вага (кг) / зріст (м)<sup>2</sup>. Всі пацієнти були розділені на три групи залежно від ступеню ожиріння: I група (ІМТ 30,0 – 34,9 кг/м<sup>2</sup>) – 27 пацієнтів, II група (ІМТ 35,0 – 39,9 кг/м<sup>2</sup>) – 45 пацієнтів, III група (ІМТ > 40,0 кг/м<sup>2</sup>) – 31 пацієнт. Усім пацієнтам проводили оцінку ліпідного профілю, що включав визначення загального холестерину (ЗХС), триацилгліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та індексу атерогенності (ІА) за загальноприйнятими методиками.

**Результати.** В ході дослідження отримані наступні показники ліпідного профілю: ЗХС (I група – 5,9±2,25, II група – 6,3±3,01, III група – 6,7 ±2,13), ТГ ( I група – 2,2±0,98, II група – 2,6±1,12, III група – 3,1±0,92) ЛПВЩ ( I група – 0,97±0,151, II група – 0,99±0,232, III групи – 0,94±0,192), ЛПНЩ ( I група – 3,2±0,31, II група – 3,4±0,35, III група – 3,5±0,32), ЛПДНЩ ( I група – 2,2±0,21, II група – 2,3±0,29, III група – 2,5±0,19), ІА ( I група – 5,9±0,51, II група – 6,1±0,53, III група – 6,4±0,34). Достовірне (p < 0,05) підвищення рівнів ЗХС, ТГ та ІА було у пацієнтів II та III в порівнянні з I групою. Статистично достовірної різниці ЛПВЩ, ЛПНЩ та ЛПДНЩ між групами зафіксовано не було.

**Висновок.** У хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки зі збільшенням ІМТ зростають рівні загального холестерину, триацилгліцеридів та індексу атерогенності.

## ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ АНТАГОНІСТАМИ ВІТАМІНУ К У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ НЕКЛАПАННОГО ПОХОДЖЕННЯ

*Лаба В.В., Клименко В.О.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Антагоністи вітаміну К є одними з найбільш вживаних антифібринових засобів в лікуванні і профілактиці тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ). Рідше нами використовувались засоби з коротким періодом піврозпаду (сінкумар) і переважно користувалися препаратами з довгим періодом піврозпаду – кумадин (варфарин).

**Метою роботи** було виявлення причини неадекватного лікування варфарином з метою профілактики ТЕУ у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) і постійною формою фібриляції передсердь (ФП).

### **Матеріали і методи дослідження.**

Обстежено 20 пацієнтів з ІХС і постійною формою ФП у віці 55-75 років. Хворі отримували стандартну терапію: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), бетаблокатори, діуретики, статини. Всі пацієнти потребували тривалої антитромбінової терапії, і в якості основного засобу був призначений варфарин. Під час підбору дози періодично визначали міжнародний норма індекс (МНІ) який потрібно підтримувати в межах 2,0-3,0. Профілактику ТЕУ оцінювали за шкалою CHA<sub>2</sub> DS<sub>2</sub>-VASc, а прогноз геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLFD.

### **Результати досліджень.**

При повторному обстеженні через 3 місяці рівень МНІ досягав цільових значень 2,0-3,0 (в середньому 2,52 ± 0,2) тільки у 8 (40%) пацієнтів. Середня добова доза варфарину складала 5 мг. Одному пацієнту препарат було відмінено в перші 2 тижні у зв'язку з геморагічним ускладненням (макрогематурія) на мінімальній дозі 2,5 мг. У інших 11 пацієнтів значення МНІ складало в середньому 1,40 ± 0,16. Встановлено, що 6 пацієнтів самостійно зменшили дозу препарату; 2 пацієнти приймали антибіотики з приводу супутніх захворювань, 2 пацієнти проводили малі хірургічні втручання, 1 пацієнт не дотримувався режиму харчування.

**Висновки:** 1. Реальна профілактика ТЕУ за допомогою варфарину можлива при умові жорсткого контролювання цільових рівнів МНІ. 2. Неконтрольоване лікування варфарином

частіше веде до ризику тромбоутворень (недостатня доза); рідше до ризику кровотеч (надмірна доза).

## ПРО МІСЦЕ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

*Лаба В.В., Шкандала А.Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Фібриляція передсердь (ФП) є найбільш поширеним хронічним порушенням ритму серця, яке трапляється у 1-2 % людей в загальній популяції. ФП у 5 разів збільшує ризик розвитку інсультів і кожен п'ятий випадок його обумовлений цією аритмією.

Ішемічні інсульти на фоні ФП часто фатальні, а ті пацієнти що виживають, зазвичай, залишаються з більш вираженою інвалідністю, через наслідки інсульту та більш схильні до повторних інсультів, ніж пацієнти, у яких гостре порушення мозкового кровообігу виникають з інших причин. Як наслідок, ризик смерті від інсульту, обумовлений ФП вдвічі вище, а вартість лікування такого пацієнта зростає в 1,5 рази.

**Метою дослідження** було вивчення охоплення, переносимості і ефективності антитромботичної терапії госпіталізованих хворих ФП що перебували на власній курації протягом поточного року.

### **Матеріали і методи дослідження.**

Було проаналізовано 144 історії стаціонарних хворих кардіологічного відділення обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення, що перебували на лікуванні в 2014 році. Всім хворим проводилося в комплексі діагностично-лікувальних заходів електрокардіографічне, лабораторно-біохімічне, а пацієнтам з ФП і ехокардіографічне обстеження. Остання група склала 26 чоловік, які і відібрані для більш детального вивчення.

### **Результати дослідження і їх обговорення.**

Частка пацієнтів з ФП склала 26 (18%), з них з персистуючою – 14 (53,8%) і постійною – 12 (46,2%) від усієї групи ФП. Чоловіків було 24 (92,3%), що порівну розділилися, а жінок – 2 (7,7%) – з персистуючою формою.

Супутня АГ реєструвалась у 6 (23%), а перенесений інфаркт міокарда у 5 (19,2%). Органічним субстратом в усіх випадках був коронарний атеросклероз і дифузний кардіосклероз різного ступеня прояву. Профілактику тромбемболітичних ускладнень оцінювали за шкалою CHA<sub>2</sub> DS<sub>2</sub>-VAS, а прогноз геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLED.

Оральні антикоагулянти (ОАК) – варфарин, фенілін, рівараксабан отримувало 20 (76,9%) пацієнтів, з них переважав варфарин у 18 випадках і по одному – інші два антикоагулянти. 6 (23,1%) пацієнтів отримували ацетилсаліцилову кислоту, в одному випадку з причини непереносимості ОАК, і в 5 із-за відсутності прямих показів до їх використання.

Переносимість антитромботичної терапії була задовільною. Пацієнти з  $\geq 2$  балів за шкалою CHA<sub>2</sub> DS<sub>2</sub>-VASc отримували варфарин з коригованим дозуванням, спрямованим на досягнення міжнародного нормалізаційного індексу (МНІ) в діапазоні 2,0-3,0 або протромбінового індексу (ПТІ) в межах 40-60 %. Контроль МНІ проводиться в половини хворих.

**Висновки:** 1. ОАК в корегованих дозах є достатньо ефективними засобами і такими, що добре засвоюються. 2. Контроль МНІ є бажаним, а при його неможливості ПТІ є обов'язковим. 3. Пацієнти з протипоказаннями, непереносимістю ОАК і малим ризиком тромбоемболічних ускладнень можуть отримувати антитромбоцитарну терапію ацетилсаліциловою кислотою у дозах 75-150 мг на добу.

**ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПІД ВПЛИВОМ ВАЛСАРТАНУ***Лаба В.В.**Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА-II) є високоефективними засобами першої лінії лікування артеріальної гіпертензії як в якості монотерапії, так і при комбінованому застосуванні. Їх кардіо- і нефропротекторна дія, а також позитивний вплив на мозковий кровообіг науково і практично доведені.

**Метою дослідження** було вивчити ефективність впливу валсартану на добовий профіль артеріального тиску (АТ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) I-II ст.

**Матеріали і методи дослідження.**

Добове моніторування АТ вивчено у 20 хворих осіб чоловічої статі на АГ II ступеня важкості, до лікування, через 3 та 6 місяців після лікування. Контрольну групу становили 10 практично здорових людей. Стартова доза валсартану становила 80мг/добу протягом перших двох тижнів з поступовим титруванням до 160мг/добу. Використовували засоби різних виробників, з них ВАЗАР – 8 пацієнтів, вальсакор і ванатекс по 4, діокор і діован – по 2.

**Результати дослідження і їх обговорення.**

При проведенні аналізу показників добового моніторингу АТ до лікування відзначали підвищення як систолічного рівня (САТ) –  $146,4 \pm 7,8$  мм рт. ст., так і діастолічного (ДАТ) –  $90,0 \pm 3,6$  мм рт. ст. артеріального тиску. Через 3 місяці лікування валсартаном відмічали зниження АТ до  $136,2 \pm 6,2$  та  $82,2 \pm 3,2$  мм рт. ст. та нормалізацію показників через 6 місяців у межах відповідно  $128,4 \pm 5,8$  та  $78,2 \pm 3,8$  мм рт. ст. Додатково реєстрували варіабельність САТ з  $17,0 \pm 0,8$  до  $15,2 \pm 0,7$  мм рт.ст. через 3 міс. та до  $14,4 \pm 0,66$  мм рт. ст. – через 6 міс.; ДАТ – відповідно з  $11,6 \pm 0,58$  до  $11,2 \pm 0,52$  та  $10,6 \pm 0,48$  мм рт. ст. Побічної дії лікування не реєстрували.

**Висновок.** Валсартан є сучасним високоефективним засобом досягнення цільових рівнів АТ у хворих на АГ I- II стадії, 2 ступеня.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІТЧИЗНЯНОГО ФІТОПРЕПАРАТУ ПЕКТОЛВАН ПЛЮЩ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ***Лисенко Ю.В.**Науковий керівник: доцент, доктор мед. наук Атаман Ю.О.**Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

**Мета дослідження.** Дослідити клінічну ефективність вітчизняного фітопрепарату Пектолван Плющ у пацієнтів різних вікових груп з гострими запальними захворюваннями дихальних шляхів, які супроводжуються малопродуктивним кашлем.

**Пацієнти та методи.** Нами було проведено відкрите дослідження з дотриманням державних стандартів надання якісної медичної допомоги хворим на базі поліклінічного відділення Лебединської ЦРЛ. У дослідженні взяло участь 200 пацієнтів: 150 дорослих (середній вік – 20,83 років) і 50 дітей (віком від 1 року до 6-ти - 12 пацієнтів, старше 6 років - 38), які мали подібну клінічну картину респіраторної інфекції, що протікала з катаральними явищами, ознаками інтоксикації, лихоманкою та приступоподібним малопродуктивним кашлем, і які звернулись у перші дні застуди. Ступінь тяжкості захворювання дозволяв проводити лікування у амбулаторних умовах. У складі комплексної фармакотерапії згідно показів хворим було призначено препарат Пектолван Плющ у рекомендованій віковій дозі. Курс терапії тривав 7-10 діб. Оцінка ефективності лікування проводилась на 3-й, 5-й і 7-й день від початку спостереження на основі динаміки клінічних симптомів захворювання: проводились огляд пацієнтів, фізикальні і лабораторні дослідження, при необхідності – рентгенологічні і функціональні методи. Всі дані вносились у амбулаторні картки пацієнтів, а також у протоколи дослідження з послідуочим їх аналізом. Результати лікування відповідали оцінкам «Відмінно» (повністю зникли клінічні симптоми ГРЗ і кашлю), «Добре»

(дозволялось збереження рідкого кашлю), «Задовільно» (до 7 доби - позитивна динаміка клінічних симптомів, але вони ще зберігались) і «Незадовільно» (відсутність позитивної клінічної динаміки).

**Результати.** У всіх пацієнтів було досягнуто хорошого клінічного ефекту. Комплексна терапія ГРЗ, що включала Пектолван Плющ, сприяла швидкій позитивній динаміці характеру кашлю: на 3 добу від початку лікування у 91 % хворих кашель став більш продуктивним, що свідчило про покращення реологічних властивостей харкотиння. У 76 % пацієнтів на 5 добу суттєво зменшилась частота кашлю. Через тиждень кашель зберігався лише у 11 % піддослідних. Відповідно, у 89 % пацієнтів на 7 добу лікування результат відповідав оцінці «Відмінно». Ефективність препарату Пектолван Плющ як муколітика і експекторанта підтверджувалась також і аускультативними даними: до 7 доби у більшості пацієнтів хрипи у легенях не прослуховувались.

**Висновки.** Проведене дослідження показало, що призначення Пектолвану Плющ пацієнтам різних вікових груп у перші дні ГРЗ при сухому і малопродуктивному кашлю сприяло скороченню тривалості кашлю, покращенню реології харкотиння і дренажних функцій бронхіального дерева, що свідчить про високу терапевтичну ефективність даного препарату.

## АЛЬБУМІН ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНОЇ РІДИНИ ЯК МАРКЕР ПОШКОДЖЕННЯ ГЕМАТОЕНЦЕФАЛІЧНОГО БАР'ЕРУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

*Личко В.С., асистент, к. мед. н.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Розвиток енергетичного дефіциту в умовах тромбозу церебральних судин запускає ряд патологічних реакцій, таких як оксидативний стрес, ексайтотоксичність, лактат-ацидоз. При цьому відбувається пошкодження ендотеліоцитів, базальної мембрани судин та інших клітин нейроглії, які є головними структурними елементами гематоенцефалічного бар'єру (ГЕБ).

Мета роботи полягала у вивченні функціонального стану ГЕБ за даними альбуміну в цереброспинальній рідині (ЦСР) хворих на ішемічний інсульт (ІІ). Було обстежено 121 хворого на дану патологію віком від 46 до 75 років (середній вік склав  $64,4 \pm 0,9$  років). Визначення концентрації альбуміну в ЦСР проводилося імуноферментним методом з використанням тест-системи «Альбумін-ІФА» виробництва ТОВ НВЛ «Гранум» (Україна).

Отримані дані показали, що вже з перших годин розвитку ІІ спостерігається різке зростання рівня альбуміну в ЦСР до  $0,404 \pm 0,32$  г/л порівняно з контрольними значеннями, що свідчить про гостру дисфункцію та дезорганізацію ГЕБ. У динаміці лікування відмічено достовірну тенденцію до ще більшого підвищення рівня альбуміну в ЦСР на 10-у добу захворювання ( $0,439 \pm 0,11$  г/л).

Встановлено, що рівні альбуміну в лікворі чітко підвищуються зі зростанням ступеня тяжкості хворих, що свідчить про інтенсивність ураження ГЕБ. Проведений аналіз коливань рівнів альбуміну показав деякі вікові особливості – у пацієнтів на ІІ віком від 40 до 59 років фіксувалися достовірно нижчі значення альбуміну порівняно з групою хворих 60-79 років, що, можливо, пояснюється виснаженням із віком транспортних систем ГЕБ.

Таким чином, альбумін ЦСР у хворих на гостру церебральну ішемію може бути маркером пошкодження ГЕБ, що свідчить про ступінь його дисфункції.



## СТАТИНИ У ПРОФІЛАКТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ

*Личко В.С., асистент, к. мед. н.*

*Конопльова А.Ю., лікар-інтерн*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Цереброваскулярна патологія (ЦВП) є однією з основних причин захворюваності, інвалідності та смертності в Україні. Близько 40 % населення країни має ознаки ЦВП. Щорічно в Україні фіксується 120-130 тис. інсультів. Основною причиною їх є церебральний атеросклероз, що зустрічається з найбільшою частотою у чоловіків у віці 50-60 років та у жінок старше 60 років.

Метою дослідження було вивчення впливу тривалого застосування статинів (аторвастатину) на динаміку атеросклеротичного процесу в магістральних артеріях голови.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 74 пацієнта (39 жінок і 35 чоловіків) віком від 49 до 75 років (середній вік  $64,8 \pm 7,65$  років). Всі пацієнти знаходилися на амбулаторному лікуванні в поліклініці. Гіпертонічною хворобою страждали 62 (83,8 %) особи, ІХС – 69 (93,2 %), інфаркт міокарда перенесли 3 (4,1 %) пацієнта, ознаки недостатності мозкового кровообігу були виявлені у 62 пацієнтів (83,8 %), цукровий діабет 2 типу – у 11 (14,9 %). Всім хворим було проведено ультразвукову доплерографію судин шиї та голови.

В результаті проведеного дослідження були отримані дані, що тривале (протягом одного року) застосування аторвастатину в малій терапевтичній дозі 10 мг/добу призводило до стабілізації атеросклеротичного процесу, відсутності негативної динаміки когнітивних функцій головного мозку, вираженості загальнономозкової симптоматики, а також до зниження частоти виникнення порушень мозкового кровообігу.

У пацієнтів із атеросклеротичним ураженням сонних артерій на тлі застосування аторвастатину 10 мг / добу стабілізація атеросклеротичного процесу в сонних артеріях була достовірно більш вираженою, ніж у групі пацієнтів, у схему лікування яких не були включені статини.

Таким чином, тривале застосування аторвастатину (навіть у малій терапевтичній дозі) для профілактики атеросклерозу магістральних судин голови достовірно знижує ризик виникнення гострих ускладнень.

## БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

*Личко В.С., асистент, к. мед. н.*

*Паньків І.М., студ. 4-го курсу*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Хвороба Альцгеймера (ХА) – нейродегенеративне захворювання, що характеризується накопиченням у тканинах мозку сенильних бляшок і нейрофібрилярних клубків. Це найбільш поширена причина деменції у світі, яка виявляється у людей старше 65 років. Загальносвітова захворюваність на 2014 рік оцінювалася в 26,6 млн. осіб, а до 2050 року число хворих може зрости вчетверо. Середня тривалість життя після встановлення діагнозу становить близько 7 років, менше трьох відсотків хворих живуть більше 14 років. Зважаючи на високу соціальну значущість проблеми ХА, з'являється необхідність в застосуванні додаткових методів діагностики, що дозволять покращити її ще на початкових етапах хвороби і тим самим підвищать ефективність лікування. Одним із таких методів може стати визначення біохімічних маркерів ХА.

Основним компонентом сенильних бляшок є бета-амілоїдний пептид (А $\beta$ ) – продукт протеолізу білка попередника амілоїду (APP), а ключовими нейротоксичними пептидами є А $\beta$ 40 і А $\beta$ 42. Тому сьогодні дані пептиди розглядаються як потенційні біологічні маркери ХА.

Клінічно діагноз ХА ставиться в результаті аналізу аутопсійного матеріалу по наявності в тканинах мозку сенильних бляшок, що містять нерозчинні  $\beta$ -амілоїдні пептиди, і нейрофібрилярних клубків, які складаються з гіперфосфорильорованного  $\tau$ -білка (для цього використовують ПЕТ-сканування з введенням в організм Пітсбургського складу В (Pittsburgh compound B, PiB), який накопичується в мозку, вказуючи на відкладення  $\beta$ -амілоїду). У лікворі хворих із ХА спостерігається зниження рівня А $\beta$ 42 порівняно з контрольною групою без ознак деменції. Це зниження можливо пов'язане з акумуляцією амілоїдогенних пептидів в амілоїдних бляшках в мозку. Показано також, що об'єктивним маркером хвороби може бути вміст  $\beta$ -амілоїду або  $\tau$ -білка в лікворі.

Враховуючи наведені дані, можна зробити висновок про доцільність і необхідність застосування представлених біохімічних маркерів для своєчасного підтвердження діагнозу ХА.

## СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ РИТМІЧНОЇ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ В ЛІКУВАННІ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

*Личко В.С., асистент, к. мед. н.*

*Федак А.В., студ.4-го курсу*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

У зв'язку із значним відсотком некурабельних захворювань неврологічного профілю і високим ступенем інвалідизації після перенесених станів (інсульт, травма та ін.) вкрай актуальним є вирішення питання відновлення втрачених функцій. У сучасній медицині все більш широке поширення набуває транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) – метод, що дозволяє неінвазивно стимулювати кору головного мозку за допомогою коротких магнітних імпульсів.

В останнє десятиріччя в клінічну практику увійшла нова технологія – ритмічна ТМС (рТМС) – вид ТМС, при якій генерується відразу серія імпульсів частотою від 1 до 100 Гц. Використовується два основні режими рТМС: низькочастотна стимуляція (<1 Гц), що знижує активність зон головного мозку, на які здійснюється вплив і високочастотна стимуляція (> 5 Гц), навпаки, їх активує.

Теоретичне обґрунтування використання неінвазивної стимуляції мозку при реабілітації після інфаркту головного мозку (ІМ) полягає в можливості даної методики змінювати збудливість окремих регіонів кори. Відомо, що у хворих із ІМ значною мірою змінюється взаємовідношення первинної моторної кори (М1), премоторної кори (РМС) і додаткової моторної кори (SMA) обох півкуль. Змінюючи збудливість цих областей, стає можливим впливати на перебіг нейропластичних процесів, які відбуваються в зоні ішемії.

На сьогодні обговорюється вплив неінвазивної стимуляції мозку на 3 основних симптоми ІМ: моторний дефіцит, афазію і просторове ігнорування. Основною стратегією є збільшення збудливості ураженої півкулі й / або зниження збудливості неуразеної.

Значна сукупність досліджень дозволила групі Європейських експертів присвоїти застосуванню низькочастотної стимуляції зони М1 неуразеної півкулі у пацієнтів у ранньому відновному періоді ІМ клас доказовості В і рівень С – високочастотної стимуляції зони М1 ураженої півкулі для хворих у гострій і підгострій стадіях захворювання. На даний час ще недостатньо даних і великих досліджень для однозначного твердження про ефективність рТМС у мовній реабілітації після ІМ.

Таким чином, на сьогоднішній день переконливо доведена ефективність рТМС у хворих із ІМ, що дозволяє рекомендувати використання її в практичній роботі. Але залишається досить значна кількість невирішених питань, які потребують подальших досліджень.

## ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО МОДИФІКАЦІЇ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

*Матійців Н. С., магістр, Єфремова О.О.\**

*Науковий керівник – доц. Деміхова Н.В.*

*Сумський державний університет*

*\*Белгородський Державний університет*

В Україні близько 12 млн. населення страждає на артеріальну гіпертензію. За поширеністю серцево-судинної патології в Україні АГ становить - 41%. Таким чином, питання про раннє виявлення та адекватне лікування цієї патології є особливо актуальними. Для пацієнта найбільш важливим є збереження та поліпшення якості життя, як найбільш значущого інтегративного показника фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проблема ефективного контролю артеріального тиску (АТ) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) потребує створення у них мотивації до системного прийому гіпотензивних препаратів та корекції супутніх факторів ризику. Ефекти модифікації способу життя можуть бути еквівалентними медикаментозній терапії АГ. Однак, основним недоліком є низький рівень дотримання дієтичних рекомендацій: зменшення вживання алкоголю та відмова від паління; зниження маси тіла та підтримка її на належному рівні; регулярного виконання фізичних навантажень.

**Мета.** Оцінити частоту виявлення факторів ризику у хворих на АГ та їх прихильність до лікування, та засад здорового способу життя на амбулаторно-поліклінічному етапі.

**Задачі роботи.** Провести аналіз частоти виявлення факторів ризику в залежності від їхньої прихильності до лікування. Оцінити якість життя хворих на АГ за допомогою опитувальника SF-36. Розробити на основі отриманих результатів рекомендації, щодо ведення хворих з артеріальною гіпертензією, спрямовані на впровадження модифікації здорового способу життя і корекцію виявлених факторів ризику.

**Матеріали та методи.** Обстежено 48 хворих на АГ, які звернулись в поліклінічне відділення віком з 47-55р. Пацієнтам шляхом анкетування була надана можливість визначити у себе фактори ризику. Оцінювались такі фактори як паління, вживання алкоголю, характер харчування, об'єм фізичних навантажень, спадкова схильність. Усім обстежуваним був розрахований ІМТ), проводилось визначення загального холестерину, глюкози, загального аналізу крові та сечі, статистична обробка даних.

**Висновки.** За результатами анкетування було виявлено, що спадкова схильність відзначена у 16,6% (8хв.); палять - 30,2%(14хв.); мають недостатню фізичну активність 75%(36хв), ІМТ>25 кг/м<sup>2</sup> спостерігався у 45% (22 хв.); рекомендацій щодо дієтичного харчування не дотримувались 68,6% (33 хв.), улюбленими продуктами були названі смажене жирне м'ясо та кондитерські вироби. Поєднання двох та більше факторів ризику спостерігалось майже у половини хворих. Також близько 15% опитаних хворих оцінювали стан свого здоров'я як відмінний і вважали рекомендації щодо впливу на фактори ризику передчасними.

На основі проведеного дослідження можна підсумувати, що у пацієнтів на АГ виявлена низька прихильність до засад здорового способу життя, що обумовлює необхідність модифікації факторів ризику, проведення профілактики серцево-судинних ускладнень.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ НА МІКРОСПОРІОУ У ДЕЯКИХ КРАЇНАХ СВІТУ ТА В УКРАЇНІ

*Морозова О. О., Коваленко В. Е., студенти 5 курсу*

*Керівник — Сулим А.Г., асистент*

*Сумський державний університет*

*Кафедра нейрохірургії та неврології з курсом психіатрії, наркології, дерматовенерології,  
професійних хвороб, клінічної імунології, алергології*

У сучасній дерматологічній практиці грибкові захворювання посідають одне з провідних місць, не поступаючи за кількістю жодному дерматозу. За різними оцінками, на частку мікозів припадає від 37 до 42% від усіх хвороб шкіри. Найбільш актуальною серед грибкових хвороб є мікроспорія, яка зустрічається на всіх континентах (за винятком Антарктиди). Відповідно до превалюючого ареалу проживання і способу передачі, дерматофітів прийнято поділяти на антропофільних, зоофільних та геофільних. Поширення більшості антропофільних і деяких зоофільних видів географічно обмежена, тоді як геофільних збудників виявляють практично повсюдно. До антропонозних збудників мікроспорії належить *Microsporum Audouinii*. Наприкінці 19-го на початку 20-го століття *M. Audouinii* був основним збудником мікроспорії на території США та Західної Європи. З часом його поширеність знизилася. Але в бідних районах Африки (особливо в Центральних та Західних) *M. Audouinii* залишається основним збудником. Із високою частотою захворювання реєструється в усіх країнах світу, у тому числі в Європі, а також у центральній частині Азії, у Північній Америці. Ще один антропофільний збудник – *M. ferrugineum* – поширений в країнах Азії, Африки; він також зустрічається у країнах Західної Європи. *Microsporum gypseum* – геофільний гриб, який реєструється переважно в сільській місцевості в країнах з традиційно розвинутим сільським господарством. Є поодинокі повідомлення про культуральне виділення цього збудника з вогнищ ураження в Узбекистані, Туреччині.

Найбільш поширеним із зооантропонозних збудників мікроспорії є *Microsporum canis* (*lanosum*), який розповсюджений по всьому світу.

І хоча головні грибкові патогени можуть бути розділені відповідно за географічною локалізацією, етнічним зв'язком та хронологічною поведінкою, слід констатувати, що імміграція, глобалізація, вимушене переміщення осіб та туризм впливають на епідеміологічний характер поведінки збудників.

Мікроспорія відноситься до числа найбільш поширених дерматофітій, посідаючи друге місце після мікозів стоп і кистей. У більшості країн Європи (особливо в країнах Середземноморського регіону, а також межуючими з ними Австрії, Румунії, Німеччині та Польщі) переважна кількість випадків мікозів волосистої частини голови спричинена *M. canis*.

У Європі за останні роки, поряд із помірним збільшенням частоти дерматофітій, визначається зміна основних збудників. За даними Європейської конфедерації медичної мікології, в 37,9% випадків збудником захворювання виявився *M. canis*, а у 10,8% випадків був виділений *M. Audouinii*. *M. canis* залишається основним збудником у Німеччині, де кількість зоофільних агентів значно перевищує виділення антропофільних грибів (81,2% проти 18,8%). В Австрії гриб *M. canis* більш ніж в 90% випадків є етіологічним агентом, що викликає мікоз волосистої частини голови. У Словенії домінантним збудником мікозів волосистої частини голови в 91,1% випадків також був гриб *M. canis*, в Італії – у 90,5 % випадків. У Голандії відбулося відродження випадків, спричинених *M. Audouinii* в результаті, як вважається, збільшення числа мігрантів з країн Африки. У Греції у переважній більшості (84,5%) пацієнтів також був виділений *M. canis*, у 1,2% випадків зареєстрований геофільний збудник *M. gypseum*. У міських районах Великобританії переважає *M. Audouinii* і *M. rivalieri*. Виникнення інфекцій також статистично пов'язують з етнічними групами, що походять із Африки. У Боснії та Герцеговині зоофільні дерматофіти (91,8 %) переважали над антропофільними (7,2 %). *Microsporum canis* був виділений найбільш часто (90,4 %).

На сучасному етапі розвитку України спостерігається тенденція до підвищення захворюваності на мікроспорію. Якщо порівнювати дані минулих років, то в 1999 р. цей

показник складав 28,2 випадки на 100 тис. населення, а у 2013р. – 46,3, Захворюваність міського населення порівняно більша, ніж сільського (60% та 40%). Зараження майже в 90% відбувається після контакту з тваринами. Частіше хворіють діти віком від 4 до 15 років. Прослідковується чітка сезонність з піком у серпні-вересні. Відношення ураження волосистої частини голови до гладкої шкіри складає 75% на 25%. Найчастішим збудником мікроспорії в нашій державі виявляється *M. canis*, приблизна його частка 90-95%. Порівняння стану захворюваності на мікроспорію в Україні та інших країнах свідчить про важливість заходів по боротьбі із цим мікозом, аби досягти стандартів охорони здоров'я країн Євросоюзу.

### ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЖОРСТКОСТІ СУДИННОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА

*Муренець Н.О., Кучма Н.Г., Щеглюк Л.М.*

*Сумський державний університет*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Доведено, що неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) супроводжується наявністю субклінічного запалення в організмі, одним із компонентів якого є розвиток ендотеліальної дисфункції.

Зважаючи на це, метою нашого дослідження було дослідження показників жорсткості судинної стінки у пацієнтів із НАЖХП в залежності від рівня С-реактивного білка (СРБ).

**Матеріали і методи:** Було обстежено 44 пацієнта, які були розподілені на 2 групи. I групу склали 20 пацієнтів із нормальним рівнем СРБ (< 3мг/л), II – 24 хворих з рівнем СРБ від 3 до 10 мг/л. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб без жирової інфільтрації печінки за даними УЗД. Хворі в зазначених групах були репрезентативні за віком та статтю. СРБ визначали високочутливим імунотурбодиметричним методом з використанням наборів “Beckman Coulter” (США) за методикою виробника (чутливість 0,15 мг/л). НАЖХП визначали за даними УЗД. Показники жорсткості судинної стінки, а саме, центральний пульсовий тиск (РРС), центральний індекс аугментації (АІс) вимірювали неінвазивним шляхом, використовуючи діагностичну систему SphygmoCor аналізуючи пульсову хвилю на променевої артерії.

**Результати дослідження:** У першій групі АІс перевищував норму у 10% пацієнтів, тоді як у другій групі відповідно у 53,8%. РРС у пацієнтів I групи перевищує показники групи контролю у 15%, проте у всіх пацієнтів знаходиться у межах довірчого інтервалу. Тоді, як у II групі у 76,9% пацієнтів даний показник вищий у порівнянні із контрольною групою та у 50% виходить за межі довірчого інтервалу.

**Висновки:** Показники жорсткості судинної стінки гірше у пацієнтів із наявністю субклінічного запалення в організмі. Відповідно, пацієнти із НАЖХП та підвищеними рівнями СРБ мають більш виражений серцево-судинний ризик.

### ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЖОРСТКОСТІ СУДИННОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

*Щеглюк Л.М., Рязанцева В.М., Морозова О.О.*

*Науковий керівник – к. мед. н., доцент Муренець Н.О.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

На теперішній час ожиріння є однією з найбільш пріоритетних та соціально значимих проблем медицини, що пов'язано із високим розповсюдженням його в популяції, а також із ризиком розвитку серцево-судинних катастроф. Зважаючи на те, що печінка відіграє ключову роль в обміні ліпідів, порушення її функції, а саме розвиток неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) є важливим компонентом ожиріння. Відомо, що вісцеральне ожиріння індукує виникнення хронічного запалення в організмі, одним із компонентів

якого є розвиток ендотеліальної дисфункції.

Зважаючи на це, метою нашого дослідження було вивчення показників жорсткості судинної стінки у пацієнтів із ожирінням без НАСГ та з наявною даною патологією печінки.

**Матеріали і методи:** Було обстежено 56 пацієнтів, які були розподілені на 2 групи. I групу склали 26 пацієнти із ожирінням, II - 30 хворих із ожирінням та підтвердженим НАСГ. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. НАСГ визначали за даними УЗД та підвищенні рівнів сироваткових трансаміназ (не вище 4-х норм). Вимірювали індекс маси тіла (ІМТ), показники якого оцінювали згідно рекомендацій ВООЗ. Дослідження вмісту загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) проводили ензиматичним колориметричним методом за допомогою наборів реактивів „Олвекс діагностикум” (Росія). Вміст ХС в складі ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) визначали за формулою W. T. Friedewald. Концентрацію ХС в складі ЛПДНЩ визначали по значенню співвідношення ТГ/2,22. Показники жорсткості судинної стінки, а саме, центральний пульсовий тиск (РРС), центральний індекс аугментації (АІс) вимірювали неінвазивним шляхом, використовуючи діагностичну систему SphygmoCor аналізуючи пульсову хвилю на променевої артерії.

**Результати дослідження:** В обох групах хворих показники жорсткості судинної стінки є вищими за відповідні вікові норми й показники в контрольній групі. У першій групі АІс перевищував норму у 32% пацієнтів із середнім перевищенням 39%, тоді як у другій групі відповідно у 46%, а середнє перевищення склало 52,7%. РРС у пацієнтів I групи перевищує показники групи контролю у 41%, проте у всіх пацієнтів знаходиться у межах довірчого інтервалу. Тоді, як у II групі у 96% пацієнтів даний показник вищий у порівнянні із контрольною групою та у 45% виходить за межі довірчого інтервалу.

**Висновки:** Показники жорсткості судинної стінки погіршуються при поглибленні метаболічних порушень у пацієнтів із ожирінням та НАСГ. Відповідно, пацієнти із НАСГ на тлі ожиріння мають більш виражений серцево-судинний ризик.

## СТАН СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ З ОЖИРІННЯМ ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ АНТАГОНІСТАМИ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ

*Мірошниченко О.О., Світлична Є.С.*

*Науковий керівник – к.м.н., доцент Псарьова Валентина Григорівна*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

**Мета дослідження:** дослідити структурно-функціональні зміни серця та судин у хворих гіпертонічною хворобою з ожирінням та оцінити терапевтичну еквівалентність антагоністів кальцієвих каналів лерканидипіну (леркамен) та амлодипіну (норваск) в комплексному лікуванні артеріальної гіпертензії.

**Матеріали та методи:** в дослідження включені 58 пацієнтів жіночої та чоловічої статі у віці від 41 до 58 років з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії II ступеня (рівні АТ < 180/110 мм рт.ст., але не менше 159/99 мм рт.ст.) з ожирінням (ОЖ) I ступеня (ІМТ від 30 кг/м<sup>2</sup> до 34,9 кг/м<sup>2</sup>), розвиток якого відбувся на фоні наявної ГХ, тобто не раніше, аніж через 3 роки після встановлення діагнозу ГХ. Діагноз ГХ встановлювався у відповідності з рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії по діагностиці і лікуванню артеріальної гіпертензії (АГ). Абдомінальне ОЖ встановлювали по критеріям Міжнародної Федерації Діабету (IDF, 2005). Хворі були розподілені на 2 групи, перша – 27 хворих, друга – 31 хворий. Обидві групи протягом 4 тижнів отримували стандартну терапію, що включала інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) – лізиноприл (лізиноприл-ратіофарм, Teva, Ізраїль) в добовій дозі 10-30 мг, препарат із групи статинів – аторвастатин (сторвас, Ranbaxy, Індія) в добовій дозі 10 мг, ацетилсаліцилову кислоту (АСК) (кардіомагніл, Nyscomed, Австрія)

в добовій дозі 75 мг. Першій групі до базисного лікування включали лерканидипін (леркамен, Berlin-Chemie, Німеччина) в добовій дозі 10-15 мг, а другій – амлодипін (норваск, Heinrich Mack Nachf. GmbH & Co KG для Pfizer International Inc., Німеччина/США) в добовій дозі 5-10 мг. Статистична обробка даних проводилася з використанням пакету програм обробки даних загального призначення Statistica for Windows версії 6.0.

**Результати дослідження:** при оцінці геометричної моделі серця у відповідності до критеріїв, запропонованих європейськими рекомендаціями по веденню пацієнтів з АГ 2013 р., виявлено найбільше розповсюдження концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (КГ ЛШ). У досліджуваної групи на фоні переваги КГ у 12,08% мала місце ексцентрична гіпертрофія ЛШ, в 1,72% випадків нормальна геометрія і концентричне ремоделювання ЛШ. Параметри структурно-функціонального стану серця хворих ГХ і ОЖ демонстрували відсутність дилатації камер серця та збільшення товщини стінок ЛШ, індексу відносної товщини стінок (ІВТС) та індексу маси міокарда (ІММ). Всі пацієнти характеризувались збільшенням товщини інтими-медії (ТІМ) сонних артерій (СА), ШПХ СА, ШПХ БА, а також вираженим зниженням ЕЗВД плечових артерій, що свідчило про наявність ознак ремоделювання судин. На фоні лікування лерканидипіном (леркамен) систолічний АТ (САТ) знизився з  $165,7 \pm 2,1$  мм рт.ст. до  $138,8 \pm 1,5$  мм рт.ст., діастолічний АТ (ДАТ) з  $95,4 \pm 1,2$  мм рт.ст. до  $87,1 \pm 1,5$  мм рт.ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) незначно збільшилася: з  $74,1 \pm 1,7$ /хв. до  $77,8 \pm 2,2$ /хв. Лікування амлодипіном (норваск) призвело до зниження САТ з  $166,3 \pm 2,1$  мм рт.ст. до  $135,3 \pm 2,0$  мм рт.ст., ДАТ – з  $95,2 \pm 1,5$  мм рт.ст. до  $84,6 \pm 1,0$  мм рт.ст., ЧСС збільшилася з  $74,0 \pm 1,6$ /хв. до  $79,1 \pm 7,7$ /хв.. Таким чином, досягнення цільового рівня АТ спостерігалось у пацієнтів обох груп.

**Висновок:** При ожирінні для задоволення метаболічних потреб вимагається більш високий хвилинний об'єм серця при будь-яком рівні АТ, а судинний опір у хворих з ожирінням може бути нижче, ніж в нормі, в чому і полягає його «парадоксальний» захисний вплив на органи-мішені. Тому у лікуванні артеріальної гіпертензії у пацієнтів з ожирінням перевага повинна надаватися препаратам, які знижують периферичний судинний опір. Враховуючи терапевтичну еквівалентність лерканидипіну (леркамен) та амлодипіну (норваск) в досягненні цільових цифр АТ, що підтверджена нашим дослідженням, обидва препарати можуть бути рекомендовані до застосування у хворих на ГХ з ожирінням.

## ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПОЛІМОРБІДНОСТІ ТА КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

*Нестерова Ю. О., Бойчук А. А., Кундій О. А., Чорней К. Г.*

*Науковий керівник: кандидат медичних наук, доцент Волошина Лариса Олександрівна  
Буковинський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини*

ОА є одним з найбільш поширених вік-залежних захворювань, яке діагностується у 15% населення світу та у 65% припадає на вік старше 60 років. Світові дослідження демонструють, що у половини хворих з артритом є АГ, 20% - ССЗ, 14% - ЦД 2-го типу. З віком зростає кількість та вираженість хронічних захворювань та коморбідність. Розповсюдженість коморбідності складає від 69% у хворих молодого віку, до 93% у пацієнтів середнього віку і до 98% - у людей старшої вікової групи.

**Мета роботи.** Дослідити вікові та гендерні особливості формування поліморбідності у хворих на остеоартроз І-ІІ стадії, здійснити аналіз їх взаємовпливу.

**Матеріал і методи.** Проведено аналіз 124 карт стаціонарного хворого пацієнтів з остеоартрозом І-ІІ стадії, які лікувалися в ревматологічному відділенні в ОКЛ м.Чернівці впродовж 2014 року. Серед досліджуваного контингенту переважали жінки (8,4:1,6), віковий діапазон коливався від 43 до 70 років, середній вік хворих  $57,1 \pm 5,3$  роки. Всі супутні захворювання у обраного контингенту верифіковані за допомогою інструментальних та лабораторно-біохімічних методів дослідження.

Встановлено, що переважаючою патологією у досліджуваного контингенту були поєднані ССЗ: ІХС –66,13% хворих та АГ - 38,71% осіб, що вказує на коморбідність цих захворювань. Поєднані хвороби ШКТ виявлені у 33,87% хворих, серед яких ураження гепатобіліарної системи склало 18,55%, а ШКТ –23,39%. Серед діагностованої ендокринної патології переважав ЦД - у 11,29% та у 14,52% пацієнтів виявлено патологію ЩЗ з явищами клінічного чи маніфестного гіпотиреозу. Кількість супутніх хвороб у хворих зростала з віком, із значним переважанням ССЗ та захворювань ШКТ. Зазначені захворювання різною мірою ускладнювали реалізацію комплексного лікування та погіршували її ефективність. Серед пацієнтів з ОА до 60 років переважали жінки, проте після 60 років помітним є зростання артриту й у чоловіків. Слід зазначити, що з віком зростала вираженість та важкість клінічних проявів коморбідної патології.

**Висновок.** На клінічні прояви, перебіг та результати лікування хворих на ОА з I-II стадії впливають вік, стать пацієнта та вік-залежне зростання поліморбідності та коморбідності пацієнта з переважанням ССЗ.

**Перспективу подальших досліджень** вбачаємо у поглибленому вивченні патогенетичних зв'язків ОА та коморбідних захворювань.

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОКСОНІДИНУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З РЕФРАКТЕРНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Ополонська Н.О., Клочков О.Л.*

*СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Добре відомо, що захворювання нирок патогенетично тісно пов'язані з есенціальною або вторинною артеріальною гіпертензією, і навпаки, при прогресуванні захворювань нирок практично завжди виникає важко контрольована гіпертензія. Резистентність до лікування у хворих з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) в значній мірі пов'язана з затримкою натрію і рідини, що супроводжується підвищенням внутрішньосудинного об'єму. Найважливішим фактором прогресування ХНН незалежно від її етіології залишається артеріальна гіпертензія (АГ). У більшості хворих ХНН та АГ виявляється рефрактерність до антигіпертензивної терапії. Через це ряд препаратів, що знижують артеріальний тиск (АТ), протипоказаний за рахунок кумуляції лікарських засобів при переважанні їх ниркової елімінації. Медикаментозне лікування моксонідіном, агоністом центральних ІІ-імідазолінових рецепторів, є перспективним, оскільки препарат впливає на механізми, залучені в розвиток АГ у даної категорії пацієнтів. Таким чином, дана проблема залишається відкритою та потребує всебічного вивчення.

**Метою дослідження було** вивчення ефективності моксонідіну у пацієнтів із рефрактерною АГ та ХНН.

**Матеріали та методи.** Обстежено 32 хворих на хронічну хворобу нирок, серед яких було 18 чоловіків і 14 жінок віком від 24 до 67 років. Причиною ХНН у 14 хворих був цукровий діабет, у 13 обстежуваних – хронічні гломерулонефрити і пієлонефрити, у 5 хворих – гіпертонічна хвороба. У 4 пацієнтів спостерігалася хронічна ниркова недостатність І ступеня, ХНН ІІ ступеня – 17 і ХНН ІІІ ступеня – у 11 хворих. Показниками ефективності препаратів вважали ступінь зниження АТ та тривалість антигіпертензивного ефекту. Отримані дані оброблялися статистичними методами за допомогою програми «STATISTICA® for Windows 6.0».

**Результати та їх обговорення.** Пацієнти були розподілені на дві групи: І групу склали 16 хворих, які приймали препарати 1-го ряду в цільових дозах (фозіноприл, амлодипін, торасемід); ІІ групу – 16 пацієнтів, яким до основної антигіпертензивної терапії був призначений моксонідин в дозі 0,4 мг на добу. На фоні проведеної терапії в І групі цільові значення АТ досягнуті у 62% пацієнтів, у ІІ групі – у 87% пацієнтів. При аналізі показників САТ у пацієнтів І групи спостерігалася зменшення на 16,2% ( $p < 0,05$ ), ДАТ знижувався на



10,9% ( $p < 0,05$ ), а у пацієнтів II групи САТ знижувався на 25,4% ( $p < 0,05$ ), а ДАТ на 15,3% ( $p < 0,05$ ). Лікування моксонідіном добре переносилося. Після чотирьох місяців лікування моксонідіном спостерігалася тенденція до зменшення креатиніну та збільшення швидкості клубочкової фільтрації.

**Висновки.** Результати даного дослідження свідчать про те, що призначення моксонідину до антигіпертензивної терапії у пацієнтів з рефрактерною АГ при ХНН є ефективним і безпечним способом контролю АГ, тому його можна розглядати у даних пацієнтів як препарат вибору.

## ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

*Ополонська Н.О., Масленніков В.В.*

*СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Перебіг та прогноз хворих із фібриляцією передсердь залежать від багатьох показників і перш за все захворювання, на тлі якого розвинулося дане порушення ритму, наявності факторів тромбоемболічного та геморагічного ризиків, повноти та адекватності медикаментозної терапії. Відомо, що фібриляція передсердь асоціюється з підвищенням смертності (загальної, серцево-судинної, раптової), ризиком інсульту та системної тромбоемболії, серцевої недостатності, гострого коронарного синдрому, погіршенням якості життя. Враховуючи, що існують етнічні відмінності хворих із фібриляцією передсердь за нозологією, на тлі якої розвивається порушення ритму, супутньою патологією, наявністю факторів ризику, викликає інтерес проведення проспективного спостереження за пацієнтами, що мають дане захворювання.

**Метою дослідження було** визначення клініко-анамнестичних факторів, що впливають на розвиток інфаркту міокарда у хворих із неклапанною формою фібриляції передсердь.

**Матеріали та методи.** У процесі дослідження було обстежено 100 пацієнтів, серед яких 64 чоловіків (64%), 35 жінок (35%), середній вік яких –  $63,05 \pm 0,87$  року. Період спостереження тривав 12 місяців. У якості кінцевих точок розглядали розвиток інфаркту міокарда. При цьому оцінювали прогностичне значення таких показників: вік, стать, клініко-анамнестичні дані пацієнта, анамнез захворювання, фактори ризику. З метою виявлення зв'язку між показниками використовували багатофакторний регресійний аналіз з розрахунком стандартизованих регресійних коефіцієнтів – Бета та звичайних регресійних коефіцієнтів – В. Коефіцієнти регресії вважали статистично вірогідними при значенні  $p < 0,05$ . Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програми «STATISTICA® for Windows 6.0».

**Результати та їх обговорення.** До I підгрупи увійшло 5 (5%) хворих, у яких був зареєстрований інфаркт міокарда, II підгрупу становили 95 (95%) пацієнтів без несприятливих серцево-судинних подій за означений період спостереження.

Аналіз отриманих даних залежно від статі виявив, що в групі хворих, які перенесли інфаркт міокарда питома вага жінок була достовірно більшою, порівняно з пацієнтами без несприятливих серцево-судинних подій ( $p < 0,05$ ). У свою чергу не виявлено достовірних відмінностей у пацієнтів з інфарктом міокарда та без нього, у залежності від різних форм фібриляції передсердь: пароксизмальної, персистуючої та постійної.

Для оцінки характеру зв'язку клініко-анамнестичних показників у хворих на фібриляцію передсердь із розвитком виникнення інфаркту міокарда був проведений покроковий регресійний аналіз. Під час багатофакторного аналізу було виявлено, що розвиток інфаркту міокарда у хворих на фібриляцію передсердь вірогідно і незалежно від інших чинників пов'язаний з наявністю серцевої недостатності III функціонального класу за NYHA ( $p < 0,01$ ), а також перенесеного інсульту / ТІА в анамнезі ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Вищезазначені дані анамнезу та клінічних проявів підтверджують багатофакторну природу фібриляції передсердь. Виявлення чинників, що сприяють розвитку

несприятливих серцево-судинних подій, може суттєво знизити частоту ускладнень у хворих на фібриляцію передсердь.

## ОЦІНКА СКОРОТЛИВОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*Орловський В.Ф., Жаркова А.В., Олейніченко Ж.М., Фільчакова М. Г.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра сімейної медицини*

Цукровий діабет (ЦД) одне з найпоширеніших захворювань із неухильною тенденцією до зростання. За даними ВООЗ, частота його в середньому коливається від 1,5 до 3-4%, значно зростаючи в розвинутих країнах світу (до 5-6%). При цьому майже 90% припадає на хворих із ЦД 2 типу. У структурі ендокринних захворювань ЦД займає близько 60-70%. Тепер у світі налічується майже 150 млн. хворих на діабет, в Україні – до 1 млн. Справжня захворюваність є значно більшою, оскільки в кожного другого-третього хворого ЦД не діагностований. Зростання захворюваності, тяжкі інвалідизуючі наслідки, особливо серед працездатного контингенту населення, висока летальність призвели до того, що ЦД увійшов до тріади хвороб, які є найчастішою причиною інвалідизації та смертності людей (атеросклероз, рак, власне ЦД). ВООЗ констатує, що ЦД зумовлює підвищення смертності в 2-3 рази і скорочує тривалість життя на 10-30%.

**Мета:** оцінити показники скоротливої функції міокарду лівого шлуночка у хворих цукровим діабетом 2 типу.

**Матеріали і методи:** було обстежено 60 хворих цукровим діабетом 2 типу у віці від 55 до 78 років (середній вік 62,5 роки). Пацієнти були розподілені на дві групи: 1) пацієнти, які мали в анамнезі інфаркт міокарді не раніше ніж 6 місяців тому; 2) пацієнти без інфаркту міокарду в анамнезі. Контрольну групу склали пацієнти з ішемічною хворобою серця без супутнього цукрового діабету у віці від 48 до 79 років (середній вік 59,8 роки). Всім хворим було виконано ультразвукове дослідження серця. Оцінювались такі параметри: кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка, фракція викиду лівого шлуночка, трансмітральний кровотік, швидкість раннього діастолічного наповнення, швидкість пізнього діастолічного наповнення. Розраховувалось відношення швидкості раннього та пізнього діастолічного наповнення.

**Результати:** було виявлено, що відношення швидкості раннього і пізнього діастолічного наповнення у хворих цукровим діабетом 2 типу ( $0,75 \pm 0,03$ ) достовірно нижчі у порівнянні з показниками контрольної групи ( $1,68 \pm 0,07$ ) ( $p < 0,001$ ). При цьому не було встановлено достовірних відмінностей між показниками трансмітрального кровотоку у хворих після перенесеного інфаркту міокарду та хворих у котрих не було інфаркту в анамнезі. Фракція викиду у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу ( $63,64 \pm 1,44\%$ ) суттєво не відрізнялась від контрольної групи ( $65,75 \pm 1,63\%$ ). Також не було виявлено значної різниці між показниками кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка у хворих на цукровий діабет 2 типу ( $50,5 \pm 0,74$  мм) та контрольною групою ( $47,25 \pm 1,04$  мм).

**Висновки:** в результаті проведеного аналізу було встановлено, що у хворих на цукровий діабет 2 типу, поєднаний з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією виявлена діастолічна дисфункція лівого шлуночка.

## КОРЕГУВАННЯ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Орловський О.В., Забіяка І.М., Кліщ О.О.*

*Сумський державний університет,  
кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Серед коморбідних станів у хворих на ревматоїдний артрит (РА) одним із найрозповсюджених виступає анемічний синдром. Частіше за все анемія пов'язана із

дефіцитом заліза. Тривалий перебіг нелікованої анемії навіть легкого ступеня, погіршує якість життя та сприяє зниженню їх працездатності. У зв'язку з цим актуальним є фармакологічна корекція анемії та вивчення впливу нормалізації рівня гемоглобіну на перебіг РА.

**Мета:** вивчити вплив нормалізації рівня гемоглобіну на перебіг РА у пацієнтів із супутньою залізодефіцитною анемією.

**Методи дослідження.** Обстежено 28 пацієнтів на РА віком від 26 до 62 років. У 21 (75%) хворих зареєстровано анемію легкого ступеня тяжкості (рівень гемоглобіну —  $108,6 \pm 4,8$  г/л), у 7 (25%) – середнього ступеня (рівень гемоглобіну –  $92,2 \pm 3,2$  г/л). Усі пацієнти отримували метотрексат у середній дозі  $8,6 \pm 2,6$  мг/тиж у поєднанні з фолієвою кислотою. Стероїдні гормони (метипред) приймали 18 хворих (64%) у середній дозі –  $10,2 \pm 3,8$  мг/добу. Нестероїдні протизапальні препарати приймали за вимогою. Для корегування анемії призначали сульфат заліза (залежно від ступеню тяжкості – від 100 до 300 мг/добу елементарного заліза) до нормалізації рівня гемоглобіну ( $\geq 120$  г/л). Після нормалізації показників периферичної крові терапію продовжували ще протягом 3 міс у дозі 100 мг/добу для відновлення депо заліза в організмі.

Для дослідження пацієнтів використовували аналіз скарг, об'єктивний огляд хворих з оцінкою уражених суглобів, визначення якості їх життя (з використанням ВАШ – візуально-аналогової шкали та індексу DAS-28 – Disease Activity Score), інструментальні та лабораторні дослідження (з визначенням таких показників активності РА як ШОЕ (мм/год) та СРБ (мг/дл)). Обстеження проводилися на початку дослідження та через 3 міс підтримувальної терапії. Обробку результатів виконували на персональному комп'ютері з використанням Microsoft Excel.

**Результати і обговорення.** Встановлено, що більш висока активність РА, з урахуванням рівня СРБ, індексу DAS28 та ВАШ супроводжувалася більш значимим зниженням рівня гемоглобіну. У пацієнтів зі супутню анемією, незважаючи на нормалізацію рівня гемоглобіну за допомогою препаратів заліза, об'єктивні дані активності РА достовірно не змінилися, в той час як через 3 міс підтримувальної терапії хворі відмічали істотне зменшення кількості болючих суглобів, інтенсивності болю в них і тривалості ранкової скрутості.

Є дані, що в основі анемічного синдрому в даному випадку істотне значення має імуніопорядкований механізм з включенням клітинних і гуморальних ланок з розвитком так званого «функціонального» дефіциту заліза. Тому роль патогенетичних чинників анемії потребує подальшого вивчення.

**Висновки.** У 64% хворих на РА виявлено анемічний синдром. Використання сульфату заліза у дозі від 100 до 300 мг/добу у хворих на РА в із супутньою анемією протягом 3 місяців зумовлює нормалізацію рівня гемоглобіну, зменшення кількості болючих суглобів, інтенсивності болю, та поліпшенням якості життя пацієнтів ( $p < 0,05$ ).

## РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГАСТРОПАТІЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

*Орловський О.В., Скоропад Ю.І., Сусол Ю.М.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) широко застосовують у комплексному лікуванні хворих на ревматоїдний артрит (РА). Іноді це передбачає тривалий безперервний прийом препарату. Прийом НПЗП супроводжується підвищеним ризиком гастродуоденальних побічних ефектів, перше місце серед яких посідають дистрофічні й запальні зміни слизової оболонки травного каналу. Гастродуоденальна токсичність НПЗП пояснюється пригніченням синтезу цитопротекторних простагландинів, опосередкованих циклооксигеназою (ЦОГ) 1-го типу, таких як простагландин  $E_2$  і простагландин. Селективні інгібітори ЦОГ 2-го типу

викликають менш виражені гастродуоденальні ушкодження, ніж неселективні НПЗ, які пригнічують одночасно ЦОГ-1 і -2, однак повністю не вирішують проблеми. Як відомо, НПЗП-гастропатія розвивається не у всіх пацієнтів, які застосовують для лікування ці препарати протягом тривалого часу. Це можна пояснити так званим феноменом адаптації слизової оболонки шлунка до токсичної дії НПЗП. Згідно з рекомендаціями Американської колегії гастроентерологів та положеннями Маастрихту IV, пацієнтам групи високого ризику рекомендовано застосовувати селективні блокатори ЦОГ-2 з інгібіторами протонної помпи (ПП). Рання діагностика і профілактика ерозивно-виразкових уражень, індукованих НПЗП, є однією з актуальних проблем сьогодення.

**Мета:** дослідити особливості перебігу НПЗП -індукованої гастропатії у хворих на РА, які протягом тривалого часу (>1 міс) приймали НПЗП, та оцінити тактику прогнозування і лікування пацієнтів препаратами з різним ступенем селективності, а також, ефективність застосування у комплексній терапії ПП.

**Методи дослідження.** Обстежено 48 хворих на ревматоїдний артрит (РА), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні СОКЛ в період з вересня по грудень 2014р. Для дослідження пацієнтів використовували аналіз скарг, даних анамнезу, об'єктивний огляд хворих, загальноклінічні лабораторні інструментальні (езофагогастродуоденоскопія) дослідження. Критеріями діагнозу НПЗП-гастропатії слугували ураження слизової оболонки (СО) гастродуоденальної зони, які виявлено ендоскопічно на фоні прийому НПЗП >1 міс, відсутність захворювань ШКТ в анамнезі.

Із НПЗП у комплексному лікуванні лікуванні застосовували 150 мг 1 раз на добу (32 пацієнта – група I) та ревмоксикам — 15 мг 1 раз на добу (16 пацієнтів - група II). Усім хворим після виявлення гастропатій призначався омепразл 20мг 2 разі на добу. Обробку результатів виконували на персональному комп'ютері з використанням Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Ерозивно-виразкові ураження діагностовано у 30 пацієнтів (62,5% від загальної кількості). Серед хворих, які приймали диклофенак у 16 пацієнтів (73%) діагностовано помірно виражений поверхневий гастрит II ступеня активності, та у 6 пацієнтів поверхневий гастрит I ступеня активності (27%). Серед хворих, які використовували ревмоксикам лише у 2 пацієнтів (25%) виявлено гастрит II ступеня і, у 6 пацієнтів гастрит I ступеня і (75%). При контрольному огляді пацієнтів, який проводився через 1 місяць від призначення омепрозолу, явища гастриту I ступеню було діагностовано у 4 хворих (18%), які у комплексному лікуванні щоденно використовували диклофенак.

**Висновки.** Нами не виявлено статистично-значимих відмінностей між статтю та віком пацієнтів. Для прогнозування виникнення НПЗП-гастропатії хворим, які отримують НПЗП необхідно проводити ендоскопічне обстеження шлунка в ранні терміни лікування. Хоча диклофенак є золотим стандартом при лікуванні ревматичних хвороб, при використанні селективних інгібіторів ЦОГ-2 зменшується ризик виникнення НПЗП-індукованої гастропатії. ПП є ефективним засобом профілактики ерозивно-виразкових уражень.

## ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ АСОЦІАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Погорелова О. С., Малиш К.М.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

У теперішній час накопичується все більше даних про те, що хронічне персистуюче системне запалення, присутнє при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ), вносить свій вклад у патогенез атеросклерозу і серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на ХОЗЛ.

**Метою дослідження** було вивчення особливостей лабораторних та спірографічних показників, рівня СРБ у хворих на ізольоване ХОЗЛ та при його асоціації із ішемічною хворобою серця (ІХС).

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз), 3 група – здорові особи. Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі на ХОЗЛ 3 ст., 2а підгрупу склали хворі на ІХС та ХОЗЛ 2 ст., пацієнти 2в підгрупи страждали на ІХС і ХОЗЛ 3ст. Всім хворим оцінювали результати клінічного аналізу, ліпідів крові, проводилося спірографічне дослідження. Статистична обробка здійснювалася за допомогою t-критерію для непарних вибірок після визначення нормальності розподілу даних за допомогою одно вибіркового критерію Колмогорова-Смірнова. Достовірною різницю між вибірками вважали при рівні  $p \leq 0,05$ .

**Результати.** Підвищення рівню гемоглобіну та еритроцитів у 1в та 2в групах хворих у порівнянні із контролем можна пояснити компенсаторним еритроцитозом у відповідь на гіпоксію, що виникає у хворих на ХОЗЛ. Виявлене підвищення рівня загального холестерину (ЗХ) у пацієнтів 2 групи (а, в підгрупі) у порівнянні із контролем на 34,8% ( $p=0,007$ ) і 31,1% ( $p=0,037$ ) і на 20,8% ( $p_1=0,02$ ) та 22,6% ( $p_1 \leq 0,001$ ) порівняно із 1 групою (а і в) відповідно. Ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ) достовірно були вищими у пацієнтів 1в підгрупи на 27,5% ( $p=0,006$ ) у порівнянні із контролем, і в обох підгрупах 2 групи на 64% ( $p=0,01$ ) і 81,8% ( $p=0,001$ ) порівняно із здоровими особами контрольної групи, і на 46,7% ( $p_1=0,005$ ) та 42,8% ( $p_1=0,003$ ) порівняно із пацієнтами 1а і 1в підгруп. В нашому дослідженні виявлено, що рівні СРБ збільшувались зі зростанням бронхіальної обструкції і наявності коморбідної патології. Отримані показники ФЗД у пацієнтів обох досліджуваних груп достовірно відрізнялися від контролю. Так показник FEV1 у пацієнтів 1а та 2а груп коливався в середньому в межах  $68 \pm 1,3$  -  $72 \pm 1,9\%$ , у пацієнтів 1в та 2в групи –  $44,5 \pm 2,4$  та  $40,3 \pm 1,2\%$  відповідно. Подібні зміни виявлені при аналізі FEV1/FVC: у пацієнтів 1 групи він нижчий за контроль на 12,0% ( $p=0,014$ ) і на 16,2% ( $p=0,013$ ), у хворих 2 групи (підгрупа а і в відповідно) – відповідно на 13,5% ( $p=0,0064$ ) і 18,1% ( $p=0,0026$ ). Зниження показника FEV1/FVC при поєднанні ХОЗЛ із ІХС було недостовірним у порівнянні з ізольованим ХОЗЛ.

**Висновки.** Таким чином, виявлені зміни (підвищення рівню СРБ, дисліпідемія, еритроцитоз) асоціюються із зниженням показників ФЗД, що свідчить про взаємообтяжування коморбідних патологій.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ПРИ АСОЦІАЦІЇ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Погорєлова О. С., Фендик М.М.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Частота, із якою зустрічається ішемічна хвороба серця (ІХС) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) коливається за даними різних авторів від 50% до 64%. Згідно даних популяційних досліджень, у хворих на ХОЗЛ ризик серцево-судинної смерті вищий у 2-3 рази і складає приблизно 50% від загальної кількості смертельних випадків. Паралельний перебіг ХОЗЛ та ІХС підкоряється закону взаємного обтяження.

**Метою дослідження** була оцінка якості життя хворих на ХОЗЛ та при його асоціації із ІХС.

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз). Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі

на ХОЗЛ 3 ст., 2а підгрупу склали хворі на ІХС та ХОЗЛ 2 ст., пацієнти 2в підгрупи страждали на ІХС і ХОЗЛ 3ст. З метою клінічної оцінки перебігу ХОЗЛ, оцінки якості життя пацієнтів використовувалися опитувальники САТ і mMRC. Статистична обробка здійснювалася за допомогою t-критерію для непарних вибірок після визначення нормальності розподілу даних за допомогою одно вибіркового критерію Колмогорова-Смірнова. Достовірною різницю між вибірками вважали при рівні  $p \leq 0,05$ .

**Результати.** Вивчення показників якості життя за допомогою САТ-тесту показало: за питання, що стосуються стиснення в грудній клітці, впевненості поза домом, сну найменша кількість балів у пацієнтів 1а групи, а відповідно і якість життя за цими показниками у них вища. Пацієнти 1в групи мають більшу кількість балів, а відповідно і гіршу якість життя через наявність кашлю, виділення мокротиння, задишку. Показники енергії та сну прогресивно підвищуються при прогресуванні стадії ХОЗЛ. У пацієнтів 2в групи якість життя гірша за показниками кашлю, виділення мокротиння, стиснення в грудній клітці, задишки, повсякденної діяльності та енергії. За даними опитувальника mMRC, в усіх пацієнтів із ХОЗЛ кількість балів перевищувала 2. При цьому, у хворих на ХОЗЛ 3 ст. (група 1в) в середньому кількість балів становила  $2,7 \pm 0,05$ , що свідчить про погіршення якості життя через виражену задишку під час незначного фізичного навантаження. При асоціації ХОЗЛ та ІХС частина пацієнтів відмічала наявність задишки в стані спокою, що значно обмежувало їх фізичну активність, тобто вони отримали максимальну кількість балів за опитувальником mMRC. Відсоток пацієнтів із максимальною оцінкою становив 23,08 % при ХОЗЛ 2 ст. + ІХС 2 та 36,4 % при ХОЗЛ 3 ст. + ІХС. Загалом, поєднання ІХС призводить до зростання середніх балів за опитувальником mMRC при ХОЗЛ 2 ст. (група 2а) на 26,08% ( $p=0,04$ ) та при ХОЗЛ 3 ст. (група 2в) на 25,92% ( $p=0,032$ ).

**Висновки.** Таким чином, незалежно від стадії ХОЗЛ, якість життя хворих погіршувалася за наявності серцево-судинної патології.

### РОЗПОДІЛ ГЕНОТИПІВ ЗА С825Т ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА β3-СУБОДИНИЦІ G-ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

*Пристапа Л.Н., Моїсеєнко І.О.*

*Сумський державний університет*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Серцево-судинні захворювання залишаються найважливішою медико-соціальною проблемою багатьох країн світу. За даними ВООЗ, щорічні втрати від серцево-судинних захворювань становлять 17,5 млн людських життів. При цьому смертність від ІХС займає перше місце у світі. В Україні смертність від хвороб системи кровообігу залишається однією з найвищих серед європейських країн, становлячи 66,6% в структурі загальної смертності. За статистичними даними ВООЗ, інфаркт міокарда (ІМ) займає одне з перших місць серед захворювань серцево-судинної системи і супроводжується високою смертністю, призводить до тимчасової або постійної втрати працездатності, знижуючи, таким чином, трудові резерви суспільства. Факторами ризику ІМ є артеріальна гіпертензія (АГ), гіперхолестеринемія або дисліпідемія, цукровий діабет та куріння. Дослідження останніх років показали генетичну схильність до ІМ. Виявлено ряд генетичних варіацій, асоційованих із ІМ: поліморфізми генів ангіотензинперетворюючого ферменту (I/D ACE), ангіотензиногену (T+31C ATG), ангіотензину II (A1166C AGTR1), ендотеліальної NO-синтази (G894T eNOS), фактору некрозу пухлини альфа (G-308A TNF  $\alpha$ ), 5,10-метилентетрагідрофолатредуктази (677C→T MTHFR) та ін. Так, за даними іноземних дослідників відомо, що С825Т поліморфізм гена β3-субодиниці G-протеїну асоційований з виникненням ІМ, а саме носії Т алелю мають підвищений ризик виникнення некрозу міокарда.

**Мета дослідження.** Дослідити розподіл генотипів за С825Т поліморфізмом гена GNB3 у хворих на АГ з перенесеним ІМ та визначити ризик виникнення даного захворювання.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 67 хворих на АГ з перенесеним ІМ. Використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. Контрольна група включала 50 практично здорових осіб. Визначення С825Т поліморфізму гена GNB3 проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з подальшим аналізом рестрикційних фрагментів (матеріал дослідження – венозна кров). Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програми SPSS 21.

**Отримані результати.** Серед обстежених хворих було виявлено 19 гомозигот за С алелем (28,4%), 39 гетерозиготи С/Т (58,2%) та 9 гомозигот за патологічним Т алелем (13,4%). Частота С та Т алелів складала 28,4% та 71,6% відповідно. У контрольній групі був наступний розподіл: 28 гомозигот за С алелем (56%), 19 гетерозигот (38%) та 3 гетерозиготи за патологічним Т алелем (6%). Частота С алелю становила 56%, а Т алелю – 44%. Носії С алелю мають ВШ=0,45; 95% ДІ=0,26–0,79, тоді як носії Т алелю мають ВШ=2,22; 95% ДІ=1,26–3,92,  $p=0.005$ . Таким чином, серед хворих на АГ з перенесеним ІМ частота С/Т, Т/Т генотипів та Т алелю вища порівняно з контрольною групою. Ризик виникнення ІМ у носіїв Т алелю в 2,2 рази вищий, ніж у носіїв С алелю.

**Висновки.** Встановлено, що у хворих на артеріальну гіпертензію з перенесеним інфарктом міокарда частота генотипів С/Т, Т/Т та Т алелю за С825Т поліморфізмом гена GNB3 вірогідно вища, ніж в групі контролю. Ризик виникнення інфаркту міокарда асоційований з Т алелем.

### ЧАСТОТА ГЕНОТИПІВ ЗА GLN27GLU ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА $\beta_2$ – АДРЕНОРЕЦЕПТОРА У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

*Приступа Л.Н., Бондаркова А.М., Пабот К.А.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

**Актуальність.** Згідно даних іноземних авторів доведено, що існує безпосередній зв'язок між БА та поліморфізмом Gln27Glu гена  $\beta_2$ -адренорецептора (ADRB2), але гендерні особливості носять суперечливий характер.

**Метою** нашого дослідження було визначення частоти генотипів Gln27Glu за поліморфізмом гена ADRB2 у хворих на БА залежно від статі.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 188 хворих із легкою, середньою та тяжкою персистуючою БА у віці від 18 до 70 років. Діагноз був встановлений на основі рекомендацій GINA (2011) та Наказу МОЗ України №128 19.03.2007р. Контрольну групу склали 87 практично здорових осіб без алергопатології та необтяженим алергічним анамнезом.

Визначення алельного поліморфізму 1-го екзону гена ADRB2 Gln27Glu (rs1042714) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Статистичну обробку даних проводили за допомогою SPSS – 21.

**Результати:** У хворих на БА залежно від статі генотипи за Gln27Glu поліморфізмом гена ADRB2 розподілились наступним чином: Gln27Gln генотип був у 58,8% жінок, у 41,2% чоловіків; Gln27Glu генотип – у 67,6% та 32,4%, Glu27Glu генотип – у 54,8% та 45,2% відповідно ( $p = 0,2$ ). Отже, генотипи Gln27Glu за поліморфізмом гена ADRB2 зустрічаються практично з однаковою частотою серед жінок та чоловіків.

**Висновки:** Не встановлено гендерних відмінностей у розподілі генотипів за Gln27Glu поліморфізмом гена ADRB2.

## ВПЛИВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ВМІСТ ГОМОЦИСТЕЇНУ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

*Пристуна Л.Н., Грек А.В., Сусол Ю.М.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Одним з важливих несприятливих чинників перебігу гострого коронарного синдрому (ГКС) є підвищений рівень гомоцистеїну (Гц) крові – гіпергомоцистеїнемія (ГГц). Особливого значення цей фактор набуває у пацієнтів із гострими формами ішемічної хвороби серця (ІХС), оскільки цей контингент хворих є найбільш уразливим з огляду на прогноз виживання, працездатності та ризик повторних серцево-судинних подій. Вважається, що атерогенна дія Гц реалізується завдяки ушкодженню ендотелію, активації судинно-тромбоцитарного гемостазу, проліферації гладеньком'язових клітин, окисній модифікації ліпопротеїнів низької густини, ендотеліально-лейкоцитарним взаємодіям. Зважаючи на дані ефекти Гц доцільною є корекція його вмісту у хворих на ГКС.

**Мета.** Оцінити вплив базової терапії на вміст Гц плазми крові хворих на ГКС.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 31 хворого на ІХС із проявами ГКС та помірною ГГц (вміст Гц > 12 мкмоль/л), які проходили лікування в Комунальному закладі Сумської обласної ради «Сумський обласний кардіологічний диспансер». Діагностику та лікування ГКС проводили згідно Наказу № 436 МОЗ України (2006р.). Групу контролю склали 20 відносно здорових осіб. Дослідження концентрації Гц виконувалося в клініко-діагностичній лабораторії МЦ «Флорис» на початку лікування, через 1 та 3 місяці. Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS – 17.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що концентрація Гц плазми крові в групі контролю становила 9,2 (6,5-14,8) мкмоль/л, а у хворих на ГКС до початку лікування була 13,8 (12,1-19,9) мкмоль/л. У пацієнтів із базовим лікуванням ГКС відмічається зниження концентрації Гц плазми крові через 1 місяць спостереження на 13 % (12 (10,5-17,3) мкмоль/л) порівняно із вихідним рівнем ( $P < 0,001$ ), а через 3 місяці на 23,9 % (10,5 (9,3-15,8) мкмоль/л) відповідно, ( $P < 0,001$ ).

**Висновок.** Згідно отриманих результатів нашого спостереження базова терапія ГКС сприяє зниженню концентрації Гц до межового рівня, що зумовлює необхідність її додаткової корекції.

## ВИКОРИСТАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

*Кочуєва М.М.<sup>1</sup>, Псарєва В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Сухонос В.А.<sup>3</sup>, Ащаулова Г.А.<sup>2</sup>, Гуріна С.Б.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Харківська медична академія післядипломної освіти*

<sup>2</sup>*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

<sup>3</sup>*Сумська міська клінічна лікарня № 3*

Артеріальна гіпертензія (АГ) і ожиріння (Ож) мають спільні нейрогуморальні та нейроендокринні патогенетичні механізми, які реалізуються у прогресуючому ремоделюванні серця, що проявляється порушенням його геометрії і призводить до розвитку серцевої недостатності та судинної стінки, що сприяє виникненню фатальних серцево-судинних ускладнень. Есенціальні фосфоліпіди (ЕФЛ) сприяють активації мітохондральних ферментів внутрішньоклітинного дихання і синтезу вазодилатуючих ендотеліальних факторів, нормалізації процесів окислювання, що дозволяє використовувати їх в якості універсальних цитопротекторів.

**Ціль дослідження:** вивчити вплив різних схем лікування на структурно-функціональний стан серця і судин у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з Ож.

**Матеріали і методи:** обстежено 102 хворих ГХ II стадії, 2 ступеню в поєднанні з Ож I і II ступеню (індекс маси тіла (ІМТ) від 30 до 39,9 кг/м<sup>2</sup>) з наявністю хронічної серцевої недостатності не вище II функціонального класу за даними тесту 6 хвилинної ходи. Групу порівняння склали 25 практично здорових (ІМТ до 25 кг/м<sup>2</sup>), репрезентативних за статтю і



віком. Ультразвукове дослідження серця проводили на сканері «ULTIMA PA» (фірми «РАДМІР», Україна). Ступінь ендотеліязалежної вазодилатації плечових артерій (ЕЗВД) визначали за допомогою тесту реактивної гіперемії. Товщину комплексу інтима-медіа (ТІМ) у сонних артеріях (СА) визначали на 2 см проксимальній біфуркації загальної СА, швидкість пульсової хвилі (ШПХ) в СА досліджували W-Trask-методом, ШПХ в брюшній аорті (БА) - з використанням фазованого датчику з частотою 2-4 МГц. Дослідження проводились до і після лікування через 12 тижнів. Усі хворі отримували базове лікування: лізиноприл 10-30 мг на добу, леркандипін 5-15 мг на добу, аторвастатин 10 мг на добу, ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу. Пацієнти були поділені на групи: I групу (n=53) склали хворі, які отримували тільки базову терапію; II групу (n=49) – пацієнти, яким в комплекс з вище зазначеним лікуванням було включено ЕФЛ 1800 мг на добу. Статистична обробка проводилась з використанням пакету програм Statistica for Windows версії 6.0.

**Результати:** через 12 тижнів лікування цільові рівні систолічного і діастолічного тиску були досягнені у 100% хворих на ГХ з Ож I ступеню та у 80% пацієнтів з Ож II ступеню. В обох групах відбулось вірогідне збільшення медіан співвідношення пікових швидкостей раннього і пізнього наповнення шлуночків серця і зниження часу ізоволюмічного розслаблення лівого шлуночка (ЛШ), часу сповільнення потоку раннього діастолічного наповнення ЛШ, кінцевого діастолічного тиску в ЛШ, середнього тиску в легеневій артерії ( $p < 0,05$ ). Знизилась медіана інтегрального показнику діастолічного наповнення ЛШ E/e у пацієнтів I групи на 6,48%, а у хворих II групи – на 15,91% ( $p_{I-II} < 0,05$ ), що свідчить про більш виражене покращення умов діастолічного наповнення ЛШ при нормальній релаксації міокарда у пацієнтів II групи. Суттєвої динаміки медіан товщини стінок ЛШ, розмірів і об'ємів порожнин серця, маси міокарду ЛШ виявлено не було, однак медіани індексу маси міокарда мали тенденцію до зниження у хворих обох груп. ТІМ СА, ШПХ в СА і БА суттєво не змінювались в обох групах пацієнтів ( $p > 0,05$  для усіх показників). ЕЗВД в результаті лікування збільшилась у хворих I групи на 8,87% , а у пацієнтів II групи – на 12,7%, але у хворих II групи вона була в 1,4 рази вищою ( $p_{I-II} < 0,05$ ).

**Висновки:** використання препаратів базового лікування призводить до досягнення цільового рівню артеріального тиску лише у пацієнтів з ГХ в поєднанні з Ож I ступеню. Використання ЕФЛ призводить до більш суттєвої позитивної динаміки показників діастолічної функції серця та ЕЗВД.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

*Кочуєва М.М.<sup>1</sup>, Псарєва В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Сухонос В.А.<sup>3</sup>, Привалова А.О.<sup>2</sup>, Дичко М.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

<sup>3</sup>Сумська міська клінічна лікарня № 3

Ожиріння (Ож) на теперішній час набуло характер епідемії як в Україні так і в усьому світі, що призвело до збільшення осіб з коморбідними станами, а саме поєднанням артеріальної гіпертензії і Ож та суттєвого підвищення ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у цієї категорії хворих.

**Ціль дослідження:** вивчити вплив дотримання режиму харчування і фізичної активності на структурно-функціональний стан серця, судин, печінки у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з Ож.

**Матеріали і методи:** обстежено 102 хворих ГХ II стадії, 2 ступеню в поєднанні з Ож I і II ступеню (індекс маси тіла (ІМТ) від 30 до 39,9 кг/м<sup>2</sup>) з наявністю хронічної серцевої недостатності не вище II функціонального класу за даними тесту 6 хвилинної ходи. Групу порівняння склали 25 практично здорових (ІМТ до 25 кг/м<sup>2</sup>). Хворі були порівнянні за статтю, віком, тривалістю і перебігом захворювання. Ультразвукове дослідження проводили на сканері «ULTIMA PA» з функцією еластографії (фірми «РАДМІР», Україна). Показник

жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга (МЮ) в кілопаскалях (кПа). Ступінь ендотеліязалежної вазодилатації плечових артерій (ЕЗВД) визначали за допомогою тесту реактивної гіперемії. Дослідження проводились до і після лікування через 12 і 20 тижнів. Впродовж перших 12 тижнів усі хворі отримували базове лікування: лізиноприл 10-30 мг на добу, леркандипін 5-15 мг на добу, аторвастатин 10 мг на добу, ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу на фоні суворого дотримання режиму їжі (чотириохкратне вживання їжі, обмеження солі до 3 г на день, контроль складу харчового раціону, зниження добового калоражу до 1800 ккал.), підвищення фізичної активності (щоденна хода в максимально прийнятному темпі впродовж 40-50 хвилин) і повного виключення алкоголю. Пацієнти були поділені на групи: I групу (n=53) склали хворі, які отримували тільки базову терапію; II групу (n=49) – пацієнти, яким в комплекс з вище зазначеним лікуванням було включено есенціальні фосфоліпіди 1800 мг на добу. З 13-ї по 20-й тиждень терапії частина хворих продовжувала вживати базисні препарати і суворо дотримуватися режиму їжі та фізичної активності – III група пацієнтів (n=45), друга частина пацієнтів продовжувала вживати ліки, але режимних заходів суворо не дотримувалась – IV група хворих (n=57). Статистична обробка проводилась з використанням пакету програм Statistica for Windows версії 6.0.

**Результати:** на 20-й тиждень лікування 100% досягнення стабільного цільового рівню артеріального тиску було досягнуто лише у III групі пацієнтів. Маса тіла (МТ) у хворих I групи знизилась на 2,88%, у пацієнтів II групи – на 2,91%, III групи – на 5,43%, IV групи – на 3,33%, але у хворих III групи цей показник був максимальним ( $P_{III-IV} < 0,01$ ). ЕЗВД в результаті лікування на 12-му тижні збільшилась у хворих I групи на 8,87%, у пацієнтів II групи – на 12,7% ( $p_{I-II} < 0,05$ ), на 20-му тижні у хворих III групи цей показник підвищився максимально на 16,47% проти 3,36% у пацієнтів IV група ( $P_{III-IV} < 0,01$ ). Співвідношення E/e на 12-му тижні лікування знизилось у пацієнтів I групи на 6,48%, у пацієнтів II групи на 15,91% у порівнянні з показником до лікування, але у хворих II групи він був майже в 2,5 рази вищим ( $p_{I-II} < 0,01$ ), на 20-му тижні терапії співвідношення E/e у пацієнтів III групи перевищувало показник IV групи хворих в 2,3 рази ( $P_{III-IV} < 0,01$ ). МЮ у хворих I групи знизився на 11,45%, у пацієнтів II групи – на 19,58%, III групи – на 11,11%, IV групи – на 2,29% у порівнянні з показником до лікування ( $p < 0,05$ ), але максимального покращення показнику жорсткості печінки вдалося досягти у пацієнтів II і III груп ( $p_{I-II} < 0,01$ ;  $P_{III-IV} < 0,01$ ).

**Висновки:** суворе дотримання режиму харчування і фізичної активності на фоні медикаментозного лікування хворих на ГХ II стадії з Ож I і II ступеню впродовж 20 тижнів призводить до більш статистично значущого зниження МТ, жорсткості паренхіми печінки, вираженої позитивної динаміки діастолічного наповнення лівого шлуночка серця і функціонального стану ендотелію в порівнянні з динамікою зазначених показників хворих, які не дотримувалися режиму харчування і фізичної активності.

## ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

*Распутіна А.В.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини*

Якість життя (ЯЖ) це ступінь комфортності людини, як всередині себе, так і в рамках суспільства, інтегральний показник, що відображає ступінь адаптації людини та можливість виконання нею звичних функцій, що відповідають його соціально-економічному положенню. На разі актуальною залишається проблема вивчення параметрів ЯЖ у хворих інфарктом міокарда (ІМ) залежно від різних схем лікування.

**Мета:** вивчення параметрів ЯЖ у хворих ІМ, котрим проводилось хірургічне або консервативне лікування.

**Методи та матеріали:** було проведено анкетування 30 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні міської клінічної лікарні №1 м. Вінниці.

Всі хворі знаходились на лікуванні з діагнозом гострий ІМ. Всіх обстежених було розділено на дві групи в залежності від того, яке лікування отримували ці пацієнти. І група (15 хворих) - було проведено коронарографію та ургентне стентування інфарктзалежної коронарної артерії, середній вік ( $55,6 \pm 6,68$ ) років, серед них було 11 (73,3%) чоловіків, середній вік ( $54,3 \pm 7,25$ ) років, жінок - 4 (26,7%), середній вік ( $59,3 \pm 2,99$ ) років. В ІІ групі (отримували традиційне лікування згідно протоколу надання медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда) - 15 хворих, середній вік ( $65,3 \pm 2,94$ ) років, серед них 8 (53,3%) чоловіків, середній вік ( $65,5 \pm 2,93$ ) років, 7 (46,7%) жінок, середній вік ( $65,1 \pm 3,18$ ) років. Анкетування проводили на 7-8 добу перебування хворого в стаціонарі. Всім хворим було проведено опитування за допомогою адаптованого українською мовою міжнародного опитувальника ЯЖ MOS SF-36.

**Результати:** В І групі найвищим був показник роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності ( $82,21 \pm 16,7$ ), що свідчить про те, що ці пацієнти не відмічають ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. А найнижчим був показник якість життя порівняно з попереднім роком ( $26,67 \pm 11,2$ ), що характеризує значне погіршення самопочуття в порівнянні з минулим роком. В ІІ групі найвищий параметр ЯЖ був соціальна активність ( $45 \pm 9,5$ ), що характеризує високу соціальну активність пацієнтів. А найнижчим показником були роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності ( $3,33 \pm 6,53$ ), тобто велика роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності. У хворих І групи відмічається більша фізична активність ніж у хворих ІІ групи ( $p \leq 0,001$ ).

**Висновки:** Отже, аналіз параметрів ЯЖ показав, що серед пацієнтів, котрим проводились коронарографія та стентування показники, які характеризують фізичний, психічний та загальний тонус були значно вищими, від таких у хворих, що отримували консервативне лікування.

## ЧАСТОТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ЗА ВСІ1 ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНУ ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА

*Савченко О.В.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

**Мета дослідження.** Дослідити частоту ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) залежно від генотипу за Вс11 поліморфізмом гену глюкостероїдного рецептора.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 161 хворого на РА старше 40 років з використанням клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Діагноз РА встановлено на основі діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (1987, 2010). При встановленні діагнозу ІХС керувались наказом № 436 МОЗ України. Вс11 поліморфізм 2-го екзону визначали методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів за Fleury I. et al. (матеріалом дослідження була венозна кров). Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програми SPSS 17.

**Результати.** Із обстежених хворих на РА виявлено 76 осіб без ІХС (47,2%) – І група, та 85 – у поєднанні із ІХС ( 52,8%) – ІІ група. І групу склали: 25 (55,6%) гомозиготних осіб за С алелем (С/С), 36 (45,6%) гетерозиготних (С/Г) та 15 (40,5%) гомозиготних осіб за G алелем (G/G). Серед пацієнтів ІІ групи було: 20 (44,4%) – із генотипом С/С, 43 (54,4%) – із генотипом С/Г та 22 (59,5%) – із генотипом G/G. За розподілом генотипів у групах хворих на РА не було встановлено вірогідної відмінності за  $\chi^2$  критерієм Пірсона ( $p=0,4$ ).

**Висновки.** Отже, можна зробити висновок, що за розподілом генотипів серед хворих на РА без ішемічної хвороби та у поєднанні з нею не існує статистично значимої відмінності.

## ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ

Скателова О.О., студ. 4-го курсу, Логвинюк Г.О., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – доц. Деміхова Н.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Кількість вагітних та породіль, які хворі на цукровий діабет невпинно зростає, що пов'язують з урбанізацією та погіршенням економічної ситуації в Україні. З одного боку, вагітність обтяжує перебіг захворювання, ускладнюючи нормальний внутрішньоутробний розвиток плода, що вимагає постійного спостереження за станом вагітної. З іншого, цукровий діабет є причиною різноманітних акушерських патологій.

Тому, **метою** нашої роботи стало дослідити вплив цукрового діабету на вагітність, пологи та післяпологовий період.

**Матеріали і методи:** Для ретроспективного аналізу було досліджено історії хвороб 18 жінок, котрі страждали на цукровий діабет.

**Результати дослідження** Декомпенсація цукрового діабету та обтяжений акушерський анамнез було виявлено у 13 вагітних (72%). Серед екстрагенітальних захворювань провідне місце займало ожиріння (54%). Багатоводдя зустрічалось у 62% жінок, у 70% - великий плід. Аналіз перебігу пологів показує, що передчасні пологи спостерігалися у 82 % пацієнток, в 100% випадків це були індуковані пологи. Показаннями до дострокового розродження в терміни до 35 тижнів стали декомпенсація ЦД, внутрішньоутробне страждання плода; у пізніші терміни – наростаюче багатоводдя, важка форма гестозу. Шляхом операції кесаревого розтину були розроджені 12 жінок (9 з них достроково, у зв'язку з декомпенсацією). Пологи через природні пологові шляхи були обтяжені слабкістю пологової діяльності та необхідністю проведення реанімаційних заходів (30% дітей). Тому всім жінкам дітородного віку необхідно проводити комплексну підготовку до вагітності, задля попередження декомпенсації цукрового діабету; своєчасну госпіталізацію в ендокринологічні, акушерські стаціонари, розродження в оптимальний термін та спосіб.

**Висновки.** Отже, ми можемо зробити висновок з даної роботи, що успішне вирішення проблеми цукрового діабету та вагітності залежить від її раціонального планування, дотримання цільових параметрів глікемічного контролю при лікуванні цукрового діабету, спільного спостереження ендокринолога та акушер-гінеколога.

## ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ ПОДАГРОЮ

Сміян С.І., Соліяк О.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сміян С.І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

Кафедра внутрішньої медицини №2

м.Тернопіль

Ожиріння є патологічним станом який ускладнює перебіг багатьох захворювань. Яскравим прикладом цього є подагра.

**Мета.** Обстеження подагричних хворих на предмет виявлення у них ожиріння.

**Матеріали і методи.** За час проведення дослідження було обстежено 110 хворих чоловічої статі, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ».

**Результати.** Аналіз отриманих даних свідчить, що середній вік хворих- 44±0,14 років. При обстеженні встановлено, що за індексом маси тіла спостерігали наступні зміни: з нормальною масою тіла було лише 7% хворих, з надмірною масою тіла налічувалось 17% пацієнтів, ожиріння I ступеня було присутнє у 44%, ожирінням II ступеня у 24%, з ожирінням III ступеня було 8% хворих.

**Висновки.** Ожиріння різного ступеня виявлено у 93% подагричних хворих, що радимо враховувати при виборі тактики лікування та призначенні дієтичного харчування.

## ВПЛИВ ФІТОПРЕПАРАТУ КАНЕФРОН Н НА РІВЕНЬ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ В КРОВІ ХВОРИХ З ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ

*Сміян С.І., Франчук М.В., Маховська О.С., Задорожна Л.В., Легка Л.Л.  
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського  
кафедра внутрішньої медицини №2  
КЗ ТОР Тернопільська університетська лікарня  
ревматологічне відділення*

Патогенез подагричної нефропатії пов'язаний з гіперпродукцією сечової кислоти (СК) та дисбалансом між процесами канальцевої секреції та реабсорбції уратів. Саме тому актуальним є попередження розвитку нефролітіазу при подагрі та глибше вивчення даного стану.

**Метою** дослідження було визначити вплив Канефрону Н на рівень СК в крові у хворих на подагру.

**Матеріали і методи.** Обстежено 20 хворих на хронічний подагричний артрит з сольовим діатезом нирок. Середній вік пацієнтів становив  $48,9 \pm 5,21$  років. В процесі дослідження хворі були розподілені на дві групи за методом лікування: I – отримували стандартну гіпоурикемічну терапію (аллопуринол 300 мг/день) в поєднанні з фітопрепаратом Канефрон Н; II – стандартну терапію. Тривалість спостереження склала 1 місяць.

**Результати дослідження та обговорення.** Встановлено, що після проведеного лікування середнє значення рівня СК в крові пацієнтів першої групи становило –  $(0,436 \pm 0,081)$  ммоль/л, а у хворих, які отримували модифіковане лікування –  $(0,359 \pm 0,138)$  ммоль/л. Загалом, досягнення цільового рівня СК в крові було констатовано у 90% пацієнтів I групи і у 20% II групи.

**Висновок.** Додавання Канефрону Н до стандартної гіпоурикемічної терапії аллопуринолом дозволяє більш ефективно досягнути цільового рівня сечової кислоти в крові хворих на подагру.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БІСОПРОЛА У ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

*Сміянов В.А., Борщ Ю.М.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра сімейної медицини*

На сьогодні актуальність дослідження ефективності використання різних гіпотензивних засобів та їх комбінацій для лікування артеріальної гіпертензії обумовлена широтою розповсюдженості, постійним збільшенням захворюваності і високим рівнем інвалідності серед населення.

**Метою** нашого дослідження було дослідити ефективність бісопрололу у лікуванні артеріальної гіпертензії.

**Матеріали і методи:** До дослідження було залучено 35 хворих на артеріальну гіпертензію віком 45–69 років з них 20 чоловіків та 15 жінок, середній вік становив  $(58,6 \pm 1,03)$  роки. Усі хворі лікувалися на базі Глухівської ЦРЛ з серпня по жовтень 2014 року.

**Результати дослідження:** Під час аналізу медичних карток було виявлено, що досягнення цільового рівня систолічного та діастолічного артеріального тиску при використанні монотерапії бісопролола спостерігалось у 26 хворих (74,3%). Інші 9 хворих (25,7%) для досягнення цільового рівня артеріального тиску мали необхідність у застосуванні допоміжних антигіпертензивних засобів, таких як амлодипін або лізиноприл. За час лікування гіпертензивні кризи та інші ускладнення зареєстровані не були.

**Висновок:** Бісопролол є достатньо ефективним і безпечним антигіпертензивним засобом як монотерапії, так і при комбінованому застосуванні.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

*Сміянов В.А., Домінас В.М., Безсмерна Р.В., Кирієнко М.В., магістр  
Сумський державний університет, КУ «Сумська міська клінічна лікарня №1»*

Цукровий діабет (ЦД) займає основне місце в структурі ендокринних хвороб і третє місце після серцево-судинної та онкопатології серед захворювань неінфекційної природи. Згідно з даними, опублікованими на сайті МОЗ України, в Україні діагноз «цукровий діабет» має понад 1,3 млн. осіб, із них понад вісім тисяч – діти. ЦД і його ускладнення посідають одне з лідируючих місць серед причин смертності та інвалідності населення. До кінця не вивченими є взаємозв'язок ЦД з морфологічними та функціональними змінами в міокарді на фоні артеріальної гіпертензії (АГ) та діабетичної нефропатії (ДН).

**Мета:** вивчення особливостей взаємозв'язку цукрового діабету з морфологічними та функціональними змінами в міокарді на фоні артеріальної гіпертензії та діабетичної нефропатії.

**Матеріали та контингент дослідження:** обстежено 60 хворих на ЦД 1 та 2 типу у віці від 25 до 75 років. Тривалість захворювання від 1 до 31 року. В цю групу увійшли хворі на ЦД 1 та 2 типу з ДН III ст., АГ 1-2 ст. I-II ст. Визначали основні біохімічні показники, сечова кислота, сечовина, креатинін, ШКФ, у сечі визначали добова протеїнурія, вимірювали АТ для відбору хворих для дослідження. Проводили ЕКГ та Ехо-КС дослідження.

**Результати.** Серед 60 хворих з АГ 1-2 ст. та I-II ст. порушення функції ЛШ були виявлені у 49 хворих (82%), морфологічні зміни міокарду лівого шлуночка (ЛШ) були виявлені у 53 хворих (88%). Пацієнти були розподілені на 3 групи: 1 група (20 чол.) – хворі на ЦД з ДН III ст. та АГ 1-2 ст. I-II ст. з тривалістю захворювання на ЦД менше 10 років. Серед них порушення функції ЛШ виявлено у 17 осіб. З них зниження ФВ ЛШ у 2 осіб та порушення діастолічної функції (ДФ) ЛШ ( $E/A < 1,0$ ) у 16 хворих, що в середньому склало  $0,72 \pm 0,02$ . Морфологічні зміни міокарду ЛШ виявлені у 18 чол. у вигляді гіпертрофії ЛШ. У 2-х з них показники пограничні з нормою. При цьому враховувалась товщина міокарду задньої стінки ЛШ та перегородки на ЕхоКС та ознаки гіпертрофії міокарда ЛШ на ЕКГ. Також виявлено розширення лівих відділів серця у 16 обстежених.

До 2 групи (20 чол.) увійшли хворі на ЦД з ДН III ст. та АГ 1-2 ст. I-II ст. з тривалістю захворювання на ЦД більше 10 років. Серед них порушення функції ЛШ виявлено у 18 осіб. З них зниження ФВ ЛШ у 1 особи та порушення ДФ ЛШ ( $E/A < 1,0$ ) у 18 хворих, що в середньому склало  $0,70 \pm 0,02$ . Морфологічні зміни міокарду ЛШ виявлено у 19 хворих у вигляді гіпертрофії ЛШ. При цьому враховували товщину міокарду задньої стінки ЛШ та перегородки на ЕхоКС, а також ознаки гіпертрофії ЛШ на ЕКГ. Також виявлено розширення лівих відділів серця у 18 обстежених.

3 групу – контрольна група – склали 20 пацієнтів з АГ 1-2 ст. I-II ст. без ЦД. Серед них порушення функції ЛШ виявлено у 14 осіб. З них зниження ФВ ЛШ у 2 осіб та порушення ДФ ЛШ ( $E/A < 1,0$ ) у 14 хворих, що в середньому склало  $0,76 \pm 0,02$ . Морфологічні зміни міокарду ЛШ виявлені у 16 осіб у вигляді гіпертрофії ЛШ. Також виявлено розширення лівих відділів серця у 14 обстежених.

**Висновки.** Отримані результати ЕКГ та ЕхоКС свідчать про те, що вираженість порушень функції ЛШ у хворих з АГ залежить від тривалості захворювання на ЦД, що пов'язано з ремоделюванням міокарду при ЦД. Проблема потребує подальшого детального вивчення з розробкою оптимальних методів лікування хворих з даною патологією.

## МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Сміянова Ю. О., аспірант, Вільхова І. В., доцент

Сумський державний університет,

Львівський Національний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) - одна з провідних проблем сучасної медицини з-за значного поширення та з-за місця, яке вона займає у передчасній інвалідизації та в структурі загальної смертності. Значні темпи зростання захворюваності, великі економічні витрати держави, спрямовані на лікування хворих АГ і викликаних нею серцево-судинних ускладнень, надають проблемі не тільки медичне, але й велике соціальне значення. *За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12122512 хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни.*

Підвищений артеріальний тиск (АТ) призводить до розвитку серцево-судинних захворювань, ускладненнями яких найчастіше є інфаркт міокарда, мозковий інсульт, фатальні порушення ритму серця, формування недостатності кровообігу, хронічної ниркової недостатності. Очікувальна тривалість життя нелакованих хворих з АГ на 4 – 16 років менше, ніж у осіб з нормальним артеріальним тиском.

В патогенезі і клініці АГ та її ускладнень одним з важливих аспектів вважається порушення структури і функції ендотелію. Протягом багатьох років активно вивчаються показники, які відображають функціональний стан ендотелію: це провідний фактор вазодилатації - оксид азоту (NO) і фактор вазоконстрикції - ендотелін-1.

Найважливішим органом-мішенню при АГ стає серце. У процесі формування гіпертензивного серця відбувається структурна ресистематизація компонентів стінки нормального шлуночка, що проявляється гіпертрофією кардіоміоцитів, проліферацією фібробластів, фіброзом і клітинною смертю.

**Метою дослідження** став пошук доступних методів діагностики ендотеліальної дисфункції (ЕД) та міокардіального фіброзу у хворих на артеріальну гіпертензію, що дозволило б контролювати ефективність медикаментозної терапії.

**Матеріали та методи.** Був проведений аналіз новітніх методів діагностики ендотеліальної дисфункції та міокардіального фіброзу у хворих артеріальною гіпертензією.

**Результати.** В даний час ендотеліальну дисфункцію розглядають як основний механізм формування АГ та її ускладнень (в тому числі атеросклерозу). Ендотелій втягується в патологічний процес на найбільш ранніх стадіях АГ. Рівень ендотеліну-1 в плазмі крові у пацієнтів при початкових стадіях АГ достовірно перевищує такий у здорових осіб. А в цілому прогностична значимість ЕД у хворих ГХ перевищує таку для загальновизнаних факторів ризику - ступеня артеріальної гіпертензії і гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

Таким чином, ендотеліальна дисфункція є однією з ключових ланок серцево-судинного континууму. Є вагомі докази участі ЕД у генезі АГ, атерогенезі, ішемії міокарда, виникненні коронарного тромбозу, ремоделюванні лівого шлуночка та ХСН.

Механізми формування ЕД в процесі формування АГ не вивчені. Таким чином, вивчення динаміки показників функціональної активності ендотелію і визначення факторів, що посилюють розвиток ЕД у хворих на АГ дозволить оцінити їх внесок у патогенетичні механізми розвитку у пацієнтів з АГ.

Міокардіальний фіброз можливо було оцінювати тільки гістологічно після проведення біопсії серця. Але така процедура потребує інвазивного втручання, що значно обмежує її застосування. В останні роки для досягнення цієї мети запропоновано вивчення сироваткових маркерів синтезу і деградації міокардіального колагену. Відомі результати нечисленних зарубіжних досліджень, що вивчали, зокрема, рівень сироваткового маркера деградації колагену - матричної металопротеїнази 1 (ММР-1) і рівень тканинного інгібітора металопротеїнази 1 (ТІМР-1) у хворих АГ. У проведених дослідженнях було продемонстровано, що ТІМР-1 можна вважати сироватковим маркером фіброзу міокарда.

Дані експериментальних досліджень демонструють участь матриксних металопротеїназ (MMPs) та їх інгібіторів у регуляції серцево-судинних процесів при АГ. За даними літератури, як в експериментальних роботах, так і в клінічних дослідженнях було показано, що у пацієнтів з АГ рівень тканинного інгібітора матриксних металопротеїназ 1-го типу (TIMP-1) вірогідно вище, а рівень MMP 9-го типу нижче, ніж у хворих, що не мали підвищеного АТ.

При оцінці ефективності терапії АГ вкрай важливо оцінювати стан маси міокарда ЛШ та її зміни, які можуть бути обумовлені зменшенням вираженості фіброзних змін або зменшенням розмірів міоцитів із збільшенням відносного вмісту колагену, жорсткості міокарда, провідних згодом до зниження скоротливої функції серця.

**Висновки.** Таким чином, великий інтерес представляє вивчення взаємозв'язку рівнів MMP-1 та її інгібітора з показниками гіпертрофії та діастолічної дисфункції, а так само впливу різних груп гіпотензивних препаратів на вираженість фіброзних процесів у хворих на гіпертонію і пароксизмальною формою фібриляції передсердь.

Раннє виявлення уражень органів-мішеней при АГ і своєчасна їх корекція, допоможе запобігти прогресуванню процесу, піддати його зворотнього розвитку, і забезпечить зниження ризику ускладнень, передчасної інвалідизації і смертності.

## ВПЛИВ ФАКТОРІВ ВИРОБНИЦТВА НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ

*Сотніков Д.Д., Богма К.В., Зацарна О.М., Медведь О.Л.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Незважаючи на науково-технічний прогрес та впровадження сучасних безпечних технологій, проблема професійних захворювань залишається актуальною для більшості провідних індустріальних держав, у тому числі й для України. Вивчення структури професійних захворювань на окремих підприємствах дає можливість більш детально вивчати вплив негативних факторів на здоров'я працівників у конкретних умовах, визначає професійні ризики та дає підґрунтя для розробки заходів профілактики й лікування даних захворювань.

**Мета дослідження:** вивчення впливу факторів виробництва на стан здоров'я працівників зі шкідливими умовами праці.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведений аналіз показників захворюваності на професійну патологію працівників ПАТ "Сумихімпром" залежно від впливу шкідливих чинників за даними "Журналу обліку професійної патології" і амбулаторних карт хворих. Достовірність діагнозів підтверджена медичними висновками профпатологічної лікарсько-експертної комісії про наявність професійного характеру захворювання, клініки науково дослідного інституту гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ.

**Результати дослідження.** За період з 1989 року по 2014 рік на підприємстві виявлено 26 працівників, яким встановлено професійне захворювання: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – 15 (40,5%) випадків, нейросенсорна приглухуватість – 6 (16,2%), хронічний професійний бронхіт – 4 (10,8%), професійна бронхіальна астма – 3 випадки (8,1%), хронічний фарингіт – 2 (5,4%), хронічний токсичний гепатит – 2 (5,4%), хронічний неврит слухового нерва – 2 (5,4%), силікотуберкульоз – 1 (2,7%), хронічний ларингіт – 1 (2,7%), професійний трахеобронхіт – 1 (2,7%). Отже, переважну більшість випадків становила патологія органів дихальної системи – 72,9%. У 9 працівників діагностовано поєднання двох нозологічних форм професійних хвороб.

На працівників діяли такі негативні фізичні й хімічні фактори, як фтор, сірка, кремній та їхні сполуки, виробничий шум, пил, низькі та високі температури. Найбільш небезпечними для здоров'я виявилися професії електрогазозварювальника та котельника, які отримують комбінований шкідливий вплив. Так, на долю електрогазозварювальників припадає 55,6% – вібраційної хвороби від усіх професій, 44,4% – поліневропатій, 30,1% – нейросенсорної приглухуватості, 29,4% – ХОЗЛ та пневмоконіозів. На зварювальників



діють фіброгенні аерозолі (марганець- та залізовмісні), сполуки фтору, вібрація, шум, теплове опромінення. Котельники знаходяться під впливом пилу, сполук кремнію, шуму, відповідно найчастіше хворіють на ХОЗЛ та пневмоконіози – 61,2%, а також нейросенсорну приглухуватість – 30,1%. Серед інших професійні захворювання реєструвались у ковалів, плавників металу, слюсарів-збиральників, формувальників та токарів.

**Висновки.** Основними шкідливими факторами на підприємстві виявилися сполуки фтору та кремнію, вібрація, виробничий шум, висока температура, що обумовлює найчастіше виникнення ХОЗЛ, вібраційної хвороби та нейросенсорної приглухуватості у електрогазозварювальників і котельників.

## СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПІДПРИЄМСТВАХ МІСТА СУМИ

*Сотніков Д.Д., Яровець А.І., Краснощок С.О.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Рівень професійної захворюваності серед працівників підприємств є певним показником економічного розвитку країни та стану промисловості. З модернізацією виробництва у більшості країн Європи спостерігається тенденція до зниження рівня професійних хвороб серед працівників, тому актуальне проведення аналізу захворюваності на підприємствах міста Суми протягом останніх років.

**Мета дослідження:** проведення порівняльного аналізу захворюваності на професійні захворювання серед працівників підприємств у м. Суми за результатами періодичних медичних оглядів працюючих у шкідливих та небезпечних умовах праці для визначення пріоритетних напрямів розвитку заходів профілактики професійних захворювань.

**Матеріали та методи дослідження.** Аналіз показників захворюваності на професійні захворювання проводили за результатами періодичних медичних оглядів у 2011 – 2013 роках працівників, що мають шкідливі умови праці, на провідних підприємствах м. Суми: ВАТ "СНВО ім. Фрунзе", ВАТ "Насосенергомаш", ВАТ "Центроліт", ВАТ "Сумхімпром", ДП «УБ і ВТ». У 2011 році обов'язковому обстеженню підлягало 10013 осіб, у 2012 році – 8196, у 2013 році – 8620. Також нами був проведений ретроспективний аналіз амбулаторних карт хворих на професійну патологію у 2011 – 2013 роках.

**Результати дослідження.** Кількість осіб, яким уперше встановлено діагноз профзахворювання на підприємствах міста, у 2011 році становила 111 випадків, а у 2012 і 2013 роках зменшилась до 91 і 93 відповідно. Проте, з урахуванням скорочення працівників досліджуваної категорії, показники поширеності професійної патології залишаються на попередньому рівні: 1,1% із 10013 осіб у 2011 році, 1,1% із 8196 – у 2012 році та 1,0% із 8620 – у 2013 році. Більшість хворих перебували у передпенсійному віці від 50 до 59 років – 54,8%. Насторожує факт зростання за останні два роки захворюваності на професійні хвороби працівників молодого віку від 30 до 49 років: у 2011 році – 9,0%, у 2012 році – 9,8%, у 2013 році – 22,5%. Крім того, у 2013 році на 93 хворих виявлено 198 професійних захворювань, тобто на одну фізичну особу приходиться 2,1 нозологічна форма, що більше, ніж у попередніх 2011 і 2012 роках – 1,8 та 1,9. Структура захворюваності останніми роками залишається незмінною: нейросенсорна приглухуватість – 84 (40,6%) випадки; хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) – 77 (38,9%); поліневропатія – 18 (9%), вібраційна хвороба – 9 (4,5%), пневмоконіози – 9 (4,5%), хронічна інтоксикація речовинами – 1 (0,5%).

**Висновки.** Наведене дослідження демонструє гостру проблему високої професійної захворюваності серед працівників у шкідливих та небезпечних умовах праці – 1,1%. За умов застарілого обладнання ми відслідкували зростання професійної патології серед осіб молодого віку, відповідно з невеликим трудовим стажем. Саме тому, профілактика професійної захворюваності, у першу чергу, полягає у впровадженні провідних технологій

процесу, автоматизації й модернізації обладнання та має включати індивідуальний, груповий і державний рівні.

## ВПЛИВ РІЗНИХ ФАКТОРІВ НА ПРОЯВИ ВТОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

*Сотніков Д.Д., Фурман І.М., Левкович М.А.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Втома, як відчуття надзвичайного виснаження, що не пов'язане з м'язовою слабкістю і наростає протягом дня, притаманна переважній більшості хворих на розсіяний склероз і виявляється навіть на ранніх етапах захворювання за умови мінімальної інвалідизації.

**Мета дослідження:** вивчити залежність ступеню прояву втоми у хворих на розсіяний склероз від віку і статі хворих, тривалості та перебігу розсіяного склерозу, а також локалізації демієлінізуючого процесу.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено клініко-неврологічне, нейропсихологічне обстеження та аналіз МРТ-знімків 32 хворих з діагнозом розсіяний склероз та симптомами втоми. Ступінь тяжкості захворювання оцінено за шкалою EDSS Куртцке (Expanded Disability Status Scale), вираженість втоми – за шкалами FSS (Fatigue Severity Scale) та MFIS (Modified Fatigue Impact Scale).

**Результати.** За шкалою EDSS розсіяний склероз легкого ступеню спостерігався у 18 (56,3%) хворих, середнього ступеню – у 14 (43,7%). Пацієнти тяжкого ступеню інвалідизації до дослідження не залучались. За шкалою FSS втому легкого ступеню діагностовано у 5 (15,6%) пацієнтів, середнього ступеню – у 14 (43,7%), тяжкого – у 13 (40,7%). З використанням шкали MFIS втому легкого ступеню виявлено у 2 (6,2%), середнього ступеню – у 20 (62,5%), тяжкого – у 10 (31,3%) обстежених. Проведений статистичний аналіз виявив достовірне зростання симптомів втоми від віку пацієнтів ( $r=0,35$ ,  $p<0,01$ ), тривалості захворювання ( $r=0,3$ ,  $p<0,02$ ), ступеню тяжкості ( $\chi^2=9,6$ ,  $p<0,01$ ) та за умови ремітуючо-прогресуючого і вторинно-прогресуючого типів перебігу захворювання ( $\chi^2=10,4$ ,  $p<0,01$ ). Залежності втоми від статі пацієнта не виявлено ( $\chi^2=4,4$ ,  $p>0,05$ ).

Симптом втоми середнього та тяжкого ступеню найчастіше виявлявся при локалізації вогнищ демієлінізації у перивентрикулярно-субкортикальних ділянках півкуль – 73,4%, при цьому у 34,2% випадків спостерігалось поєднання з вогнищами ділянки мозолистого тіла, у 22,3% – лобової частки, у 16,9% – іншої локалізації.

**Висновки.** Симптом втоми різного ступеню визначався у всіх хворих на розсіяний склероз та зростав від віку пацієнтів, тривалості захворювання, при ремітуючо-прогресуючому і вторинно-прогресуючому перебігу та локалізації вогнищ демієлінізації у перивентрикулярно-субкортикальних ділянках.

## АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ СЕРЕД СТУДЕНТІВ СУМСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ

*Сотніков Д.Д., Максимова О.С., Сівер М.Ф.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

**Актуальність.** Головний біль є найбільш поширеною скаргою пацієнтів та може бути провідною ознакою більше 45 хвороб. Значна частка осіб із головним болем, особливо молодого віку, не звертаються за спеціалізованою медичною допомогою, а безконтрольно приймають анальгетики, що ускладнює статистичний аналіз фактичної поширеності цефалгій серед населення.

**Мета дослідження:** виявити поширеність головного болю серед студентів медичного інституту та звернути їх увагу на необхідність диференційованого підходу до лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилось на підставі анкетування 388 студентів I – IV курсів медичного інституту СумДУ. Скринінг-анкета для виявлення головного болю включала загальноприйняті діагностичні критерії первинних і вторинних цефалгій, що розроблені Міжнародним товариством головного болю (2003), а також дані про стать, вік, супутні захворювання, звернення за медичною допомогою.

**Результати дослідження.** Анкетуванням студентів віком від 17 до 28 років встановлено, що 76,4% з них турбує головний біль: у 70,1% – епізодичні цефалгії, у 6,3% – хронічний перебіг (частота днів на місяць із головним болем більше 15). У 19,5% студентів перші напади головного болю з'явилися у дитячому віці (до 13 років), у 23,4% – після 17 років, а у більшості (57,1%) – у підлітковому віці 13 – 17 років. Серед дівчат поширеність головного болю виявилася значно вище, ніж серед юнаків – 86,7% і 34,7%. Відповідно діагностичним критеріям Міжнародного товариства головного болю, у 56 (14,4%) студентів головний біль відповідав мігрені, у 185 (47,8%) – головному болю напруження та у 147 (37,8%) – вторинним (симптоматичним) цефалгіям, що потребують дообстеження і уточнення. Серед клінічних форм мігрені переважала мігрень без аури – 67,5%, мігрень із аурою становила 8,2%, вірогідна мігрень без аури – 21,2%, вірогідна мігрень із аурою – 3,1%. Згідно МКГБ-II, нечастий епізодичний головний біль напруження (менше 10 нападів за місяць) становив – 71,3%, частий епізодичний головний біль напруження (10-15 нападів за місяць) – 26,2%, хронічний головний біль напруження – 2,5%. З приводу головного болю 71,7% студентів вимушені приймати анальгетики: 49,5% – 1 – 4 рази за місяць, 17,9% – 5 – 9 разів за місяць, 4,3% – більше 10 разів за місяць. Переважна більшість указали на вживання цитрамону, анальгіну, спазмалгону та інших комбінованих анальгетиків, що свідчить про неспецифічний характер лікування.

**Висновки.** У результаті дослідження виявлена висока поширеність головного болю серед студентів із переважанням первинних цефалгій, а саме, мігрені без аури та епізодичного головного болю напруження. Продемонстрована недостатня інформованість студентів щодо причин головного болю, що відображається у неадекватному симптоматичному лікуванні у більшості випадках.

## ПРО ПОХОДЖЕННЯ СЛОВА «СИФІЛІС»

*Сулим А.Г., асистент*

*Аль Баїрмані А.Ф., клінічний ординатор*

*Сумський державний університет*

*Кафедра нейрохірургії та неврології з курсом психіатрії, наркології, дерматовенерології, професійних хвороб, клінічної імунології, алергології*

Одну з найголовніших венеричних хвороб – сифіліс, різні народи в різні часи називали по-своєму. Так, ще в четвертому столітті нашої ери вірмени називали її Uruk, або Godutün. Трохи пізніше на теренах Європи з'явилися назви Lues venerea [*lues* зараза], Morbus venereus (J. de Bethencourt 1527), Lues. На іншому континенті в ті часи побутувала назва Phirangi roga {санскритська назва 16-го століття: хвороба франків, тобто європейців). Крім того, у Європі хворобу називали ще Morbus gallicus (гальська хвороба), Morbus neapolitaneus (неаполітанська хвороба). Існувала також назва Pudendagra [*pudenda* геніталії; *ágra* агра захват], Mentulagra [*mentula* = penis]. Пізніше з'явилися назви Lustseuche [нім., зараза від задоволення], Franzosenkrankheit [нім., французька хвороба]. В Японії сифіліс здавна звався Yekibuо, тобто «заразна хвороба». У Московському царстві сифіліс називали Французская болезнь (французька хвороба) або Дурная болезнь (погана хвороба). В українській мові багато віків для позначення сифілісу використовувалося слово «пранці», яке, як уявляється, також пов'язане з назвою країни Франції.

Але слово «сифіліс» (Syphilis), яке на сьогодні є основним для позначення хвороби, було уведене в медичний ужиток італійським ученим, філософом та медиком Джироламо Фракасторо (Girolamo Fracastoro, 1483-1553 pp.), який у 1530 році написав поему “De morbo gallico” («Про гальську хворобу»). У передньому слові до цього трактату Фракасторо навів

легенду про деякого свинопаса на ім'я Сифілуc, який, перебуваючи в нетверезому стані в храмі богині Венери, дозволив собі непристойні та зухвалі сексуальні дії стосовно статуї богині. За що, мовляв, олімпійські боги покарали Сифілуcа хворобою, що вражає статеві органи. І саме від того грішника ця хвороба перейшла до інших представників людства. Легенда, про яку сповістив Фракаcтopo, не мала жодних натяків на будь-який народ (французів, неаполітанців чи європейців узагалі), тому запропонована в ній назва захворювання, що була виведена шляхом персоніфікації героя міфу, згодом набула поширення.

Проте легенда, що була вигадана (або наведена з більш древніх джерел) Фракаcтopo, не може вважатися етимологічним джерелом виникнення слова «сифіліс».

Із цього приводу існували й інші міркування.

По-перше, назву хвороби виводили із грецького слова σίφλος (syphlos) – слабкий, ненависний, ганебний.

По-друге, від грецьких слів σῦς (sus) – свиня та φίλια (philia) – любов.

Разом із цим варті уваги такі факти.

Один із найчастіших проявів вторинного періоду сифілісу – плямистий сифілід – має латинську назву *roseola* (слово є зменшувальною граматичною формою від латинського *rosa* – троянда), тобто «трояндочка». Таку назву цей прояв сифілісу отримав через те, що колір і розміри плям, які виникають на шкірі хворої людини, нагадують колір та розміри пелюстків троянд.

Французькі дерматовенерологи для позначення висипу, що виникає у вторинному періоді сифілісу, використовують слово *Floraison* (від *Fleur* – квітка), тобто «уквітчання», або «розквітнення».

Цікаво, що в мові, яка не належить до групи романських, а саме в арабській, сифіліс здавна називають *الزهري* (читається: «аз-зугарі»), що походить від слова *الزهرة* (читається: «аз-зугра» – квітка). Тобто, арабське *الزهري* означає те ж саме, що і французьке *Floraison* – «уквітчання», «розквітнення».

Ці мовні паралелі дали змогу запідозрити, що назва хвороби «сифіліс» етимологічно може походити від латинського *flos* (квітка) із додаванням до нього префіксу “sub”, який унаслідок притаманній латині мовної асиміляції дасть звучання “suf” (*sub* + *flos* = *sufflos*), що матиме аналогічне значення: «підцвітіння», «уквітчання», «розквітнення».

Як уявляється, таке трактування походження слова «сифіліс» має право на існування та пропонується як нове.

## РОЛЬ ОЦІНОЧНИХ ШКАЛ В ДІАГНОСТИЦІ ПСИХІЧНИХ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВІДХИЛЕНЬ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

*Теслик Т.П. - аспірант*

*Науковий керівник – д.м.н., професор Потанов О.О.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

На базі СОКЛ було обстежено п'ятнадцять хворих з діагнозом розсіяний склероз, з них, у одного був встановлений первинно-прогресуючий, у чотирнадцяти інших – вторинно-прогресуючий тип протікання. Всі пацієнти почали відмічати перші симптоми хвороби у віці від сімнадцяти до сорока років.

Для оцінки ментального статусу, було використано шкалу Mini-Mental State Examinations, встановлено зв'язок між тяжкістю хвороби, її тривалістю та кількістю отриманих балів (від 28, що являється нормою до 20, що являється показником наявності деменції). Від 26 до 20 балів отримали ті хворі, які мали прогресуючий тип протікання хвороби, кількість загострень до 4 в рік та тривалість хвороби від п'яти до п'ятнадцяти років, а до 26 балів отримали ті хворі, які хворіли 2-3 роки з кількістю загострень до 2 в рік.

Рівень депресивних розладів оцінювався за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), максимальні бали отримали ті хворі (до 20 балів, що являється

показником депресивного розладу важкого ступеню), які мали тяжкий тип протікання або тривалість хвороби від п'яти до двадцяти років, а мінімальні (від 7 до 10, що являється показником норми або показником «на межі порушення») – пацієнти, які хворіли 2-3 роки, мали вторинно – прогресуючий тип хвороби та кількість загострень один раз в два три роки.

Двом хворим проводилось імунологічне дослідження крові, яке виявило підвищену кількість циркулюючих імунних комплексів, підвищену загальну фагоцитарну активність активність лейкоцитів, підвищений фагоцитарний показник, що свідчить про наявність аутоімунного процесу в організмі.

Таким чином, проведене дослідження свідчить, що кількісні показники госпітальної шкали тривоги та депресії, шкали Mini-Mental State Examinations залежать від типу, тривалості протікання розсіяного склерозу, кількості загострень протягом року.

## КЛІНІЧНО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАНІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

*Федів О.І., Сіцінська І.О., Волошина Л.О.*

*Буковинський державний медичний університет*

*Кафедра внутрішньої медицини*

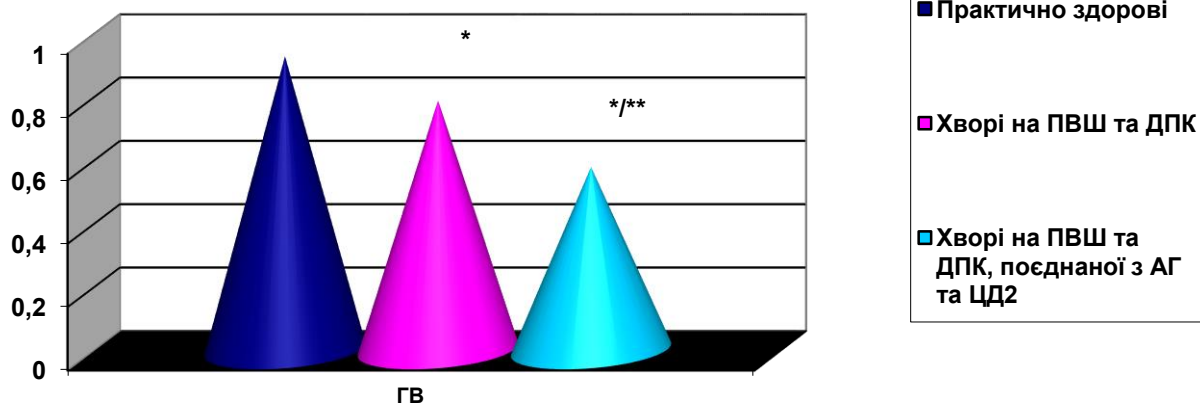
Пептична виразка шлунка (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) є важливішою проблемою сучасної медицини, що є причиною інвалідності у 68% чоловіків, 30,9% жінок числа всіх хронічних хворих органів травлення. Останнім часом відзначається значне «омолодження» ПВШ та ДПК, що діагностується вже у віці 5-6 років. Проте, поєднання основної патології з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом типу 2 (ЦД2) зустрічається все частіше, що ускладнює на перебіг пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки.

**Мета дослідження:** оцінка зміни стану антиоксидантної системи у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом типу 2.

**Матеріали і методи дослідження:** обстежено 65 осіб, з них: 25 осіб з пептичною виразкою шлунка (ПВШ) та ДПК, 25 осіб з ПВШ та ДПК, поєднаною з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом типу 2 (ЦД2) і 15 практично здорових осіб.

Антиоксидантну систему оцінювали за допомогою вміст у крові глутатіону відновленого, глутатіонпероксидази та глутатіон-S-трансферази.

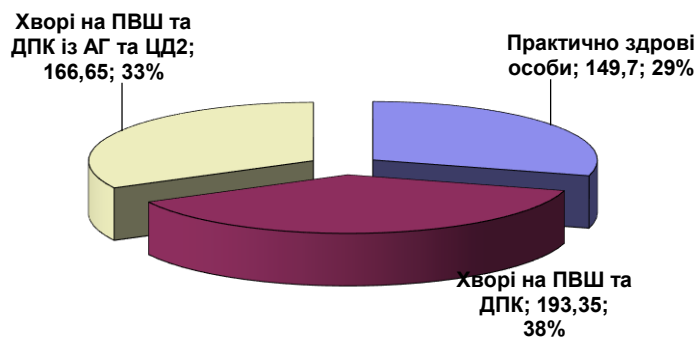
**Результати.** Аналіз результатів дослідження системи глутатіону показав, що вміст глутатіону відновленого (ГВ) у крові (рис. 1) зменшується в обох групах пацієнтів по відношенню до практично здорових осіб відповідно на 15,05% та 37,63% ( $p < 0,05$ ), причому за відсутності артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету типу 2 (ЦД2) його рівень перевищував такий у хворих на ПВШ та ДПК, поєднаний з АГ та ЦД2 на 22,58% ( $p < 0,05$ ).



**Рис. 1. Вміст глутатіону відновленого (ГВ) у крові при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки, поєднаної з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом типу 2**

Примітка. \* - достовірність відмінностей ( $p < 0,05$ ) між показниками в 1-ій та 2-ій, 1-ій та 3-ій групах;  
\*\* - достовірність відмінностей ( $p < 0,05$ ) між показниками в 2-ій та 3-ій групах.

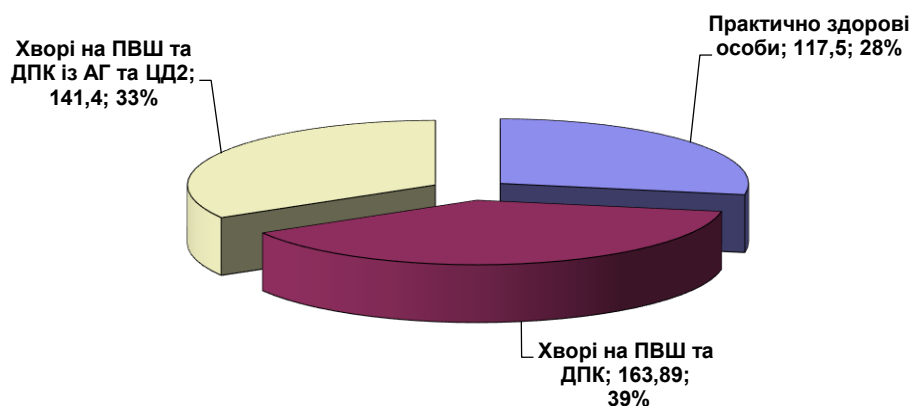
Що стосується показників активності глутатіонпероксидази (рис. 2.), то у хворих на ПВШ та ДПК вони були різнонаправленими залежно від наявності АГ та ЦД2. За відсутності супровідної патології цей показник достовірно підвищувався на 12,94% ( $p < 0,05$ ). Поява АГ та ЦД2 супроводжувалась зменшенням активності глутатіонпероксидази на 13,81% ( $p < 0,05$ ) у порівнянні із хворими на ПВШ та ДПК без супутньої патології.



**Рис. 2. Активність глутатіонпероксидази (ГП) у крові при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом типу 2**

Примітка. \* - достовірність відмінностей ( $p < 0,05$ ) між показниками в 1-ій та 2-ій, 1-ій та 3-ій групах;  
\*\* - достовірність відмінностей ( $p < 0,05$ ) між показниками в 2-ій та 3-ій групах.

На рис. 3. величини активності глутатіон-S-трансферази вірогідно підвищувались у 2-ій групі (на 28,30%,  $p < 0,01$ ) та у 3-ій групі (на 16,90%;  $p < 0,01$ ) у порівнянні з групою практично здорових осіб. Проте у групі хворих на ПВШ та ДПК із АГ та ЦД2 спостерігається достовірне зниження на 15,91% даного показника у порівнянні з групою хворих на ПВШ та ДПК без супутньої патології.



**Рис. 3. Активність глутатіон-S- трансферази (ГТ) у крові при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки, поєднаної з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом типу 2**

Примітка. \* - достовірність відмінностей ( $p < 0,01$ ) між показниками в 1-ій та 2-ій, 1-ій та 3-ій групах;  
\*\* - достовірність відмінностей ( $p < 0,01$ ) між показниками в 2-ій та 3-ій групах.

**Висновок.** Дані зниження ГВ, ГТ та ГП свідчать, про порушення компенсаторного механізму у хворих на ПВШ та ДПК і та ускладнення перебігу даної патології у поєднанні з АГ та ЦД 2.

**ЗМІНИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ПРИ ПЕПТИЧНІЙ ВИРАЗЦІ ШЛУНКА ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАНІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

*Федів О.І., Сіцінська І.О., Волошина Л.О.*

*Буковинський державний медичний університет  
Кафедра внутрішньої медицини*

Відомо, що МА, як один із кінцевих продуктів ПОЛ, проявляє токсичну дію, утворюючи “зшивки” біополімерів, а у хворих із підвищенням вмісту МА може бути однією з причин деструкції структурних елементів слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, а також, зміни судинної стінки при артеріальній гіпертензії та цукрового діабету типу 2.

**Мета роботи:** оцінити пероксидне окислення ліпідів у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом типу 2.

**Матеріали і методи дослідження:** обстежено 54 осіб, з них: 22 осіб з пептичною виразкою шлунка (ПВШ) та ДПК, 22 осіб з ПВШ та ДПК, поєднаною з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом типу 2 (ЦД 2) і 10 практично здорових осіб.

**Результати.** Результати наших досліджень показали, що існують зміни в перебігу пероксидних процесів у крові хворих на ПВШ та ДПК за наявності чи відсутності артеріальної гіпертензії та цукрового діабету типу 2 (табл.1).

Таблиця 1

**Вміст МА в плазмі крові та еритроцитах у хворих на ПВШ та ДПК з наявністю артеріальної гіпертензії та цукрового діабету типу 2**

Показники Групи	МА ер.( мкМ/л)	МА пл. (мкМ/л)
Практично здорові (1 група ) ( n=10 )	6,89±0,37	2,45±0,23
Хворі на ПВШ та ДПК (2 група) ( n=22 )	8,78±0,14*	3,41±0,12*
Хворі на ПВШ та ДПК з АГ та ЦД2 (3 група) ( n=22 )	10,21±0,13**/**	3,93±0,12**/**

- Примітка. \* - достовірність відмінностей ( $p < 0,05$ ) між показниками в 1-й та 2-й, 1-й та 3-й групах;  
 \*\* - достовірність відмінностей ( $p < 0,05$ ) між показниками в 2-й та 3-й групах.

Досліджено, що МА вмісту в плазмі крові у другій групі достовірно підвищився на 28,15%, у третій – на 41,38% порівняно з практично здоровими особами. Порівнюючи групу 2 і групу 3, при наявності супутньої патології, МА в плазмі крові достовірно підвищився на 13,23%.

Водночас, МА в еритроцитах (МА ер.) у групі №2 становить –  $(8,78 \pm 0,14 \text{ мкМ/л})$ , групі №3 –  $(10,21 \pm 0,13 \text{ мкМ/л})$ , групі №1 –  $(6,87 \pm 0,51 \text{ мкМ/л})$ , що свідчить про достовірне збільшення МА ер. на 14% та на 32,51% у 2-й та 3-й групах в порівнянні із здоровими особами. При наявності супутньої патології, а МА еритроцитів достовірно підвищився на 18,51% у порівнянні з групою хворих без АГ та ЦД2.

**Висновок.** Зміни малонового альдегіду у плазмі крові та еритроцитах у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки на фоні артеріальної гіпертензії та цукрового діабету типу 2 свідчать про ускладнений перебіг у складі даних патологій.

## ПРЕДИКТОРИ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

*Чемерис І.О., аспірант*

*Науковий керівник: .д.м.н., проф. Потапов О.О.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Однією зі складних проблем сучасної неврології є організація реабілітаційної допомоги хворим з перенесеним ішемічним інсультом, особливо у ранній відновлювальний період. Існують фактори, які можуть вплинути на ефективність ранньої реабілітації хворих з гострим ішемічним інсультом.

Дане дослідження проводилось на базі СМКЛ№4, неврологічного відділення №2. Всього було обстежено 25 хворих з перенесеним ішемічним інсультом, з них 15 – чоловіки, 10 – жінки. Всі хворі працездатного віку. Для даного дослідження використовувались спеціально розроблені форми, які заповнювались на кожного пацієнта окремо.

Хворі були розподілені на 2 групи. У першій групі (А) проводились активні реабілітаційні заходи, включаючи дієту, збагачену рослинними жирами та вітамінами (особливо віт. групи В), кінезитерапію, електростимуляцію ураженої кінцівки, лікувальну фізкультуру (ЛФК), масаж, психотерапію. У другій (Б, контрольна) проводилась ЛФК, масаж. Дані хворі ігнорували рекомендації щодо дієтичного харчування у післяінсультний період, та відмовлялися від додаткового прийому віт. групи В та фолієвої кислоти.

На початку дослідження було проаналізовано історії хвороби досліджуваних для оцінки їх згідно шкали NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) під час госпіталізації до стаціонару у гострий період. По завершенню реабілітаційних заходів раннього відновлювального періоду, хворих було оцінено за шкалою Бартел. Отримали дані, згідно яких, у групі А середні значення відповідають  $92 \pm 2.2$ , у групі Б – становлять  $88.0 \pm 4.06$ . У групі А суттєво покращилися біохімічні показники (зокрема, загальний холестерин,  $\beta$ -ЛП, ПТІ), хворі відмічали покращення самопочуття. У групі В рівень біохімічних показників коливався, покращення самопочуття відмітили 4 чоловік.

Таким чином, можна вважати, що комплексний підхід до реабілітаційних заходів раннього відновного періоду підкреслює суттєву значимість застосування рекомендацій щодо особливостей дієти, модифікації способу життя, кінезитерапії, електростимуляції та психотерапії у системі реабілітації післяінсультних хворих.



## ФАРМАКОПУНКТУРА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИДРОМУ

*Юрченко А.В., Горох Л.П., Джепа В.В., Юрченко О.П.*

*СумДУ, Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології, КЗ «СОКЛ»*

В структурі неврологічної захворюваності більш половини складають захворювання периферичної нервової системи, яка займають перше місце за поширеністю та кількості днів непрацездатності. В Україні вертеброгенні больові синдроми в загальній структурі захворювання з тимчасовою втратою працездатності займають друге місце та складають 20-30% , у структурі захворюваності периферичної нервової системи – до 80% у випадках втрати працездатності. Пошук нових ефективних лікувально-реабілітаційних методів вирішення цієї проблеми є однією з актуальних задач сучасної неврології.

**Мета дослідження.** Дослідити ефективність фармакопунктури (ФП) з застосуванням комплексних гомеопатичних препаратів фірми «Біологіше Хайльмیتтель Хеель».

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі СОКЛ. На протязі 2013-2014 років за данною методикою було проліковано 87 хворих у віці від 20 до 80 років, які лікувались з приводу больових вертеброгенних синдромів на різних рівнях (цервікалгії, цервікокраніалгії, цервікобрахіалгії, торакалгії, люмбалгії, сакралгії, кокциалгії). В умовах великого лікувально-профілактичного закладу лікар, призначаючи лікування кожному пацієнту, робить вибір з великої кількості медичних технологій з бік найбільш ефективних та безпечних. Так склалась група пацієнтів, у яких ФП стала однією з процедур, іноді єдиною, що відповідала таким критеріям: пацієнти, що мають протипокази до «механічних» засобів лікування (тракція хребта, лікувальна гімнастика на тренажерах, масаж); пацієнти, що не отримали позитивну динаміку при лікуванні іншими, у тому числі спеціальними методами лікування; пацієнти в гострому періоді больового синдрому, в умовах обмеженого застосування інших методів; пацієнти похилого та старечого віку, що мають протипокази до інших методів лікування як за станом опорно-рухової системи (остеопенія, остеопороз), так і через обширну супутню патологію з боку інших систем; пацієнти, які мають протипокази до нестероїдних протизапальних препаратів. Для проведення процедур призначались коктейлі з 3-4 комплексних гомеопатичних препаратів. Кожний коктейль складався з базових препаратів (при відсутності протипоказів до них), одного з суїсорганних препаратів та одного з каталізаторів. Курс фармакотерапії складається, як правило, з 10 процедур із зменшенням кратності від 5 до 1рази на тиждень в залежності від зменшення больового синдрому.

**Результати.** Введення процедур ФП до програми лікування пацієнтів з больовими вертеброгенними синдромами призводить до більш швидкого регресу болю. Будь-яких побічних ефектів при проведенні ФП не спостерігалось. Найбільша ефективність ФП відмічалась у хворих з гострим больовим синдромом незалежно від рівня локалізації болю, у пацієнтів похилого та старечого віку, а також у пацієнтів з психогенним больовим синдромом.

**Висновки.** Таким чином, введення ФП до програми лікування пацієнтів з больовими вертеброгенними синдромами є доцільним з приводу їх ефективності та безпеки, а у пацієнтів з гострим больовим синдромом, у пацієнтів похилого та старечого віку ці процедури мають бути пріоритетними.

## ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ СУДИННОГО ПАРКІНСОНІЗМУ

*Юрченко О.П., Прилуцька І.С.*

*Науковий керівник – к.мед.н. Юрченко А.В.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

**Актуальність теми:** Лікування судинного паркінсонізму (СП) залишається актуальною проблемою сучасної неврології. Розвиток СП на тлі гіпертонічної хвороби, атеросклерозу судин головного мозку, у хворих, що перенесли порушення мозкового

кровообігу, обумовлює малу ефективність замісної терапії препаратами Л-ДОПА, дозволяючи лише тимчасово покращити стан пацієнтів, але часто супроводжується побічними діями. У зв'язку з цим проведення комбінованого лікування СП потребує пошуків шляхів іншого направлення.

**Мета:** Дослідити ефективність проведення комбінованого лікування на початкових етапах СП, що направлене на підвищення ефективності та безпеки, з застосуванням препаратів, які мають нейропротективну та нейротрофічну дію.

**Матеріали та методи.** На протязі 2013-2014 років велось спостереження за групою хворих з початковою формою СП, які перебували на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Сумської обласній клінічній лікарні, а потім продовжували амбулаторне лікування. Досліджено 28 хворих з СП у віці від 56 до 65 років (середній вік – 60,5 років). Критерієм залучення хворих до дослідження були наявність типових симптомів, наявність лейкоареоза, лакунарних змін перивентрикулярної та глибокої білої речовини, стенозуючі ураження магістральних артерій головного мозку, порушення когнітивних функцій, в особливості при незначних рухових розладах, ригідно-акінетичних порушеннях, поєднання підкіркових і кіркових порушень вищих мозкових функцій.

Хворі були поділені на 2 групи. Хворі 1-ої групи (12 осіб) отримували на фоні базисної терапії (включаючи протипаркінсонічні препарати) препарат L-аргініну гідрохлорид (Тівортін, «Юрія Фарм», Україна) по 100,0 мл 4,2 % розчину внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу на протязі 10 діб, а потім внутрішньо (per os) по 10 мл 3 рази на добу на протязі 2-х тижнів двічі на рік. При необхідності лікування доповнювалось внутрішнім прийомом мексидолу.

Пацієнти 2-ої групи (16 осіб) отримували тільки базисну терапію з призначенням малих доз протипаркінсонічних препаратів, антигіпертензивних препаратів, антиагрегантів, проводилась корекція модифіційованих факторів серцево-судинного ризику.

Всім хворим до і після курсу лікування проведено неврологічне, нейропсихологічне, нейрофізіологічне обстеження. Також оцінювалась суб'єктивна симптоматика – головний біль, головокружіння, шум у вухах, загальна слабкість, зниження пам'яті. На початку лікування хворим було проведено нейровізуалізаційне обстеження.

Особливістю дослідження було спостереження за 1-ою групою хворих на протязі 2-х років, яке виявило позитивну динаміку не тільки в когнітивних розладах, але й в рухових екстрапірамідних порушеннях при тому, що вони не потребували додаткового призначення протипаркінсонічних препаратів.

**Результати :** Призначення хворим з початковими проявами СП комбінованої терапії з застосуванням препаратів нейрометаболічної дії (мексидол, L-аргініну гідрохлорид) дозволяє уповільнити прогресування захворювання.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЦИТОФЛАВІН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ШЕМІЧНОГО

*Юрченко А.В., Яценко А.О., Стороженко А.В.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

**Актуальність теми.** Проблема цереброваскулярних захворювань є однією з найбільш соціально значущих у всьому світі, а також має суттєвий вплив на такі важливі демографічні показники, як захворюваність та смертність населення. Показники захворюваності та смертності від інсульту в Україні є одними з найвищих серед розвинутих країн світу. За сучасними уявленнями інсульт представляє як клінічний синдром гострого судинного ураження головного мозку, який є исходом різних за своїм характером патологічних станів системи кровообігу: судин, серця, крові. Суттєва роль у патогенезі цереброваскулярних захворювань належить ендотеліальній дисфункції церебральних судин, що проявляється як зниження біодоступності NO. Лікування цереброваскулярних захворювань має бути

спрямоване на основне захворювання, що ініціювало ураження мозкової тканини, корекцію основних синдромів, вплив на церебральну гемодинаміку і метаболізм.

**Мета:** дослідити ефективність проведення комбінованого лікування ішемічних інсультів (ІІ) з застосуванням антиоксидантного препарату Цитофлавін.

**Матеріали і методи.** Станом на 2014 рік у неврологічному відділенні №2 Міської клінічної лікарні №4 було проліковано 1429 хворих, з яких 533 (37,5%) були хворі на ішемічний інсульт.

Для досягнення поставленої мети в дослідження були включені 45 пацієнтів з ішемічним інсультом, котрі в залежності від схеми патогенетичної терапії були розділені на дві групи. Перша група (основна) — 23 пацієнта, котрим додатково до базової терапії був призначений препарат Цитофлавін 10,0 + 200,0 -0,9% NaCl внутривенно крапельно двічі на день щоденно на протязі 10 діб. Друга група (контрольна) — 22 пацієнта, котрі отримували етіотропну, патогенетичну терапію згідно існуючим стандартам. Інфузійна терапія проводилась в ізоволемичному режимі. Досліджувальні групи були співставні за основними демографічними, етіологічними та клінічними ознаками. Ефективність результатів лікування оцінювалась шляхом дослідження: динаміки відновлення свідомості (за шкалою Глазго), регресу загально мозкової та вогнищевої неврологічної симптоматики за шкалою тяжкості інсульту NIHSS, динаміки декількох показників прокоагулянтного та антикоагулянтного ланцюгів гемостазу. Оцінка результатів лікування проводилась поетапно: при надходженні та в динаміці на 1, 2, 3, 5, 10 добу інтенсивної терапії. Відмічалась позитивна динаміка неврологічного статусу майже у 90% хворих першої групи, підвищення рухової активності, краще відновлення мови, когнітивно-мнестичні покращення, відновлення концентрації уваги, швидкості сенсомоторних реакцій, покращення соціальної адаптації.

**Результати:** Таким чином, включення Цитофлавіну до комплексного лікування хворих на ішемічні інсульти призвело до зменшення неврологічної симптоматики та зниження рівня інвалідизації у віддаленому періоді.

На основі залучених даних, можливо зробити висновок, що призначення Цитофлавіну в терапії ішемічного інсульту дозволяє комплексно впливати на основні ланцюги патогенезу ІІ, що прогностично зменшує ризик летальних випадків. Терапевтична ефективність проявляється в позитивному впливі препарату на рівень свідомості, регрес патологічної неврологічної симптоматики, відновлення когнітивної сфери, стабілізацію загального стану та прояву поліорганної недостатності.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ОБРАЗА ЖИЗНИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Воробьева Е.Ю.*

*Научный руководитель: доц. к.м.н. Химич Т.Ю.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Каф. пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства*

Здоровье молодежи является одной из актуальнейших проблем в Украине. По данным отечественных и зарубежных исследователей, число здоровых новорожденных в крупных городах Украины не превышает 1%, более 60% молодежи курят, а 50% подростков ограничены в выборе профессии по состоянию здоровья.

**Цель.** Определение уровня иммунитета студентов ХНМУ и выявление основных факторов, влияющих на систему иммунитета.

**Результаты.** В рамках исследования было опрошено 35 студентов в возрасте 18–21 года: проанализирована зависимость состояния иммунного статуса (ИС) от трех групп факторов: психогенного, вредных привычек и частоты рецидивов герпеса. Выявлена четкая корреляция между состоянием ИС и психологическим статусом. Так, у 66% студентов с низким уровнем иммунитета отмечено переутомление, у 85% – постоянный стресс, 55% не способны расслабляться и чувствуют неуверенность на занятиях. Наши результаты

соответствуют современной концепции о том, что около 80% всех болезней связаны, так или иначе, с психогенным воздействием. Аналогичная зависимость была установлена в отношении вредных привычек. 69% студентов с низким иммунитетом являются злостными курильщиками, 48% часто употребляют алкогольные напитки, что в четыре с лишним раза больше, чем в группах с хорошим и средним иммунным статусом (24% и 12% соответственно). Кроме того, студенты с низким иммунным статусом чаще страдают рецидивами герпеса.

**Выводы.** Результаты данного исследования могут являться косвенными показателями состояния иммунной системы у респондентов. Прослеживается четкая зависимость состояния иммунной системы от наличия у респондентов вредных привычек. Это, в свою очередь, доказывает, что на состояние иммунной системы можно и нужно влиять через формирование здорового образа жизни.

## ЭТНИЧЕСКАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ И МАРГИНАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЕЖИ

*Геращенко А.В., студент 5 курса мединститута СумГУ  
Научный руководитель – доц. Кустов А.В.*

Наблюдаемые в современном мире трансформации в моральной, идеологической, политической областях свидетельствуют только об одном. В мире с катастрофической скоростью нарастают процессы психической патологизации и маргинализации общества. Тотальный обман, лицемерие, грубейшие и очевидные формы дезинформации, постоянно присутствующие в общественном сознании становятся нормой нашей социальной и индивидуальной психической жизни. Кто-то верит в предлагаемый для признания мир иллюзий, кто-то развивает мир иллюзорных представлений и доводит его до абсурда, некоторые позволяют себе периодически сомневаться, и лишь небольшая часть населения убеждена в том, что общество является жертвой манипуляционных технологий.

Одной из таких насаждаемых в общественном сознании тем является идеология этнического национализма. Авторы, занимающиеся этой проблемой, считают двадцатое столетие веком национализма, а современную эпоху расценивают как этап паннационализма. Чем отличается национализм от патриотизма, является ли он условием маргинализации молодёжи – это те вопросы, которые мы хотели бы раскрыть в нашем докладе.

Идеология этнического национализма включает в себя: любовь к титульной нации, её языку, истории, культуре и признанию того, что данная нация на фоне других должна быть господствующей, что выражается в необходимости принятия и уважения обществом соответствующих национальных традиций, праздников, обычаев, героев и пр. Национализм выражается в необходимости заботы каждого о нации и существовании исключительно для её процветания. Патриотизм подразумевает почти тоже, но признает главной ценностью все народы, населяющие страну и считающие её своей родиной.

Разработанный на кафедре тест исследования этнической толерантности (ТИЭТ) позволяет определить профиль этнической толерантности респондента, а анализ корреляционных связей с показателями других методик (в нашем случае с убеждениями личности, касающихся различных форм и видов веры), дали возможность сделать некоторые важные обобщения.

В исследовании принимали участие 87 человек, средний возраст которых составлял приблизительно 20 лет. Выявлено, что у большинства респондентов отмечались признаки этнической интолерантности (нетерпимости, непереносимости) к некоторым народам: руссофобическая установка отмечалась у 88%, антисемитская – у 73% испытуемых. При этом нации европейских и африканских культур, о которых респонденты имели весьма скромные знания, оценивались гораздо позитивней. Около 85% респондентов только в положительных психологических характеристиках оценили украинцев, которым приписывались такие качества, как щедрость, трудолюбие, юмор, верность и пр. Русских людей наделяли такими качествами, как наглость, грубость, жестокость, вероломство, тупость, агрессивность.

Проявления антисемитизма выражались в проекции традиционных качеств – хитрости, жадности, изворотливости и пр. Примечательно, что проявления руссофобии и антисемитизма позитивно коррелировали с теми респондентами, которые декларировали высокий уровень веры в Бога и бессмертие души.

Таким образом, выяснено, что у большинства людей этнические установки формируются не на основе самостоятельного опыта, а являются слепокми общественных представлений и следствием информационного манипулирования. Отсутствие опоры на нравственные и социальные ценности, внушаемость, неумение анализировать логические ошибки, склонность к паралогическим умозаключениям, лицемерие, тенденция прикрывать свою несостоятельность приверженностью к высоким нравственными идеалам, являются базовыми условиями маргинализации личности.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ**

*Гужва Н.Ю.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

*Кафедра терапии и нефрологии*

*Научный руководитель – д.мед. н., проф. Власенко М.А.*

В Украине ежегодно диагностируют хроническую сердечную недостаточность (ХСН) примерно в 480-560 тысяч больных. Несмотря на использование современных методик лечения, риск внезапной смерти у больных ХСН в 5 раз больше, чем в общей популяции. Важной медико-социальной проблемой является ожирение, поскольку именно оно является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Цель исследования:** выявление особенностей распространенности, этиологии, течения ХСН на фоне избыточной массы тела и ожирения для оптимизации комплексного, патогенетически обоснованного подхода к лечению ХСН у больных с избыточной массой тела и ожирением.

**Методы исследования.** Ретроспективный анализ данных историй болезней больных с проявлениями ХСН. Для определения структурно-функциональных изменений миокарда - эхокардиография, биохимические методы определения липидного спектра крови. Обработка результатов - с помощью корреляционного метода и метода описательной статистики.

**Результаты.** Структура причин ХСН у больных избыточной массой тела и ожирением представлена, главным образом, ишемической болезнью сердца (85,3%), нередко на фоне АГ и сахарного диабета; только у 1/9 части (11,8%) больных развитию ХСН предшествуют некоронарогенные поражения миокарда (миокардиты и кардиомиопатии). В 2,9% случаев как основная причина ХСН фигурирует только артериальная гипертония (АГ) со значительной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ). По данным проспективного исследования отмечено, что ХСН у больных избыточной массой тела и ожирением чаще наблюдается в молодом и зрелом возрасте, у лиц с отягощенным семейным анамнезом по ССЗ и ожирению ( $70,8 \pm 5,4\%$ ), при отсутствии или низкой приверженности лечению ( $59,7\% \pm 5,8\%$ ). У 62,8% больных с абдоминальным ожирением отмечено латентное, малосимптомное течение сердечной недостаточности. Избыточная масса тела и ожирение, сопровождающаяся сочетанием вредных привычек, ассоциированными клиническими состояниями, повышением содержания атерогенных липидов, диастолической дисфункцией левого желудочка 2 типа, снижением фракции выброса, ассоциированные клинические состояния являются предикторами прогрессирующего течения коронарогенной ХСН. Установлена прямая взаимосвязь индекса массы тела с функциональным классом (ФК) ХСН, степенью дислипотеинемии, повышением систолического артериального давления (АД), содержанием холестерина в сыворотке крови, степенью гипертрофии левого желудочка и обратная взаимосвязь с липопротеидами высокой плотности (ЛПВП) и приверженностью лечению.

**Вывод.** Структура причин ХСН у больных избыточной массой тела и ожирением представлена, главным образом, ишемической болезнью сердца нередко на фоне АГ и сахарного диабета. ХСН у больных избыточной массой тела и ожирением чаще наблюдается в молодом и зрелом возрасте, у лиц с отягощенным семейным анамнезом по ССЗ и ожирению. Избыточная масса тела и ожирение, являются предикторами прогрессирующего течения коронарогенной ХСН.

## **СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

*Е.А. Кондратюк*

*(научный руководитель: доктор мед. наук, проф. П.Н. Боднар)  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,  
кафедра эндокринологии (Киев, Украина)*

**Цель и задачи исследования:** изучить особенности основных субпопуляций лимфоцитов у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 118 больных, среди которых: 64 пациента с СД-2 типа и НАЖБП (I группа), 26 пациентов – с СД-2 (II группа) и 28 пациентов с НАЖБП (III группа). Контрольная группа - 25 условно здоровых лиц. Количественный состав субпопуляций лимфоцитов в периферической крови изучали на проточном цитофлуориметре «FC-500» («Beckman Coulter», США) с использованием двойных комбинаций моноклональных антител («Beckman Coulter» (США) и «Сорбент», Россия).

**Результаты.** У больных НАЖБП или при сочетании СД2 с НАЖБП отмечено снижение уровня CD-3+ лимфоцитов (Т клетки), и значительное увеличение уровня CD-20 лимфоцитов (В клетки) в I и II группах ( $p < 0,001$ ). Уровень в крови Т-хелперных лимфоцитов (CD-4) максимально увеличивался при СД2 типа, тогда как уровень CD-8-цитотоксических лимфоцитов достоверно снижался во всех трех группах больных, что отразилось на увеличении иммунорегуляторного индекса ( $p < 0,001$ ). Содержание субпопуляции естественных киллерных клеток (CD-16) было достоверно ( $p < 0,001$ ) снижено у больных III и I групп. Изучение уровня CD-25+ лимфоцитов, отражающих ранние процессы активации лимфоцитов показало, что при СД2 или НАЖБП отмечается их незначительное повышение от контрольных значений. При этом у пациентов I группы выявлено некоторое снижение в крови уровня CD25+ положительных клеток, что указывает на нормальное, не нарушенное протекание процессов активации иммунных клеток. Апоптотическая готовность лимфоцитов, выявляемая по уровню CD95+ клеток, во всех трех группах была увеличена в 1,8-2,0 раза ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Показатели уровней субпопуляционного состава лимфоцитов являются информативными для диагностики, оценки степени тяжести нарушений и прогнозирования течения СД2 и НАЖБП.

## **ПАМЯТИ ФАИНЫ ГРИГОРЬЕВНЫ КОЛЕНКО**

*Коленко О. И., доцент*

*Кафедра нейрохирургии и неврологии СумДУ*

31 декабря 2014 года после продолжительной болезни ушла из жизни замечательная женщина, ученый, человек, стоявший у истоков нашего института - кандидат медицинских наук, доцент кафедры нейрохирургии и неврологии Коленко Фаина Григорьевна. Значительную часть жизни Фаина Григорьевна посвятила развитию и становлению медицинской науки в регионе и нашего высшего учебного заведения, как одного из ведущих в своей отрасли.

Родилась в 1939 году в поселке Борское Самарской области, в семье рабочего. Прошла путь от медицинской сестры военного госпиталя до одного из лучших представителей своей специальности.

Выпускница Смоленского государственного медицинского института, ученица выдающихся неврологов З.А. Скударновой и Я.Б. Юдельсона, более 30 лет посвятила неврологической практике. После завершения учебы в 1970 г. осталась работать в родном институте старшим лаборантом, а затем, после защиты кандидатской диссертации, в качестве ассистента кафедры неврологии. С 1987 по 1992 гг. работала доцентом кафедры гражданской обороны Сумского государственного педагогического института. Благодаря ее усилиям в 1995 году была создана секция неврологии, нейрохирургии и психиатрии СумДУ, которая затем переросла в кафедру нейрохирургии и неврологии, где она работала вплоть до 2011 года.

Опытный педагог, высококвалифицированный специалист в области неврологии – под её руководством выросло целое поколение сумских врачей-неврологов. В ее послужном списке более 100 научных трудов и методических пособий. Круг научных интересов был сконцентрирован на диагностике и лечении неврологической патологии области лица, а также цереброваскулярных заболеваний, заболеваний вегетативной нервной системы. За долготелный и добросовестный труд удостоена медали «Ветеран труда», поощрена почетными грамотами и благодарностями. В 2006 году за особые заслуги в развитии здравоохранения и профессионализм была награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения. Целая плеяда наших коллег, воспитанная под руководством Фаины Григорьевны навсегда сохранит в памяти ее профессионализм и самоотверженное служение медицине.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНА МЕЛАТОНИНА В ТЕРАПИИ ДИССОМНИИ

*Кохан Е.Н., Черняк А.В., Резниченко Е.К.*

*Научный руководитель: проф., д.мед.н. Григорова И.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра неврологии № 1*

Чрезвычайно актуальной в наше время остается проблема нарушений сна у пожилых людей. Распространенность инсомнии в общей популяции составляет около 12–22%. С возрастом частота нарушений сна возрастает, достигая 50% среди пожилых людей. Несмотря на большую распространенность, лечение получает лишь 25% пациентов. Связано это как с низкой обращаемостью населения к врачам, так и с недооценкой бессонницы врачами разных специальностей. Известно, что сон регулирует гормон мелатонин. Он вырабатывается в эпифизе только во время ночного сна из серотонина. Мелатонин принимает участие в формировании эндогенных биологических ритмов организма, цикла «сон — бодрствование», регуляции температуры тела, антиоксидантной защите организма, оказывает иммуномодулирующее действие. Доказано, что во всех известных причинах инсомнических нарушений в пожилом возрасте патогенетическим механизмом реализации является первичное или вторичное снижение синтеза гормона мелатонина эпифизом головного мозга.

**Целью** нашего исследования явилось изучение эффективности синтетического аналога мелатонина в коррекции цикла «сон-бодрствование» у пожилых людей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в неврологическом отделении областной клинической больницы г. Харькова находились 22 пожилых пациента в возрасте от 65 до 76 лет, из них 14 женщин и 8 мужчин, страдающих бессонницей. Всем пациентам был назначен синтетический аналог мелатонина (Вита-мелатонин) в дозе 3 мг ежедневно вечером за 30 мин до сна в течение 2-х недель.

**Результаты и обсуждения.** Все пациенты отметили значительное улучшение качества сна – сократился период засыпания, прекратились ранние пробуждения, пациенты перестали просыпаться ночью и видеть тревожные сновидения.

**Выводы.** Очевидно, что введение экзогенного мелатонина в вечернее время является оптимальным путем коррекции инсомнических нарушений у пожилых людей, так как бессонница в этом возрасте является следствием функциональной недостаточности эпифиза.

## РОЛЬ СИСТЕМЫ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ

*Прутян Т.Л., Шаныгин А.В.*

*Научный руководитель: д. мед. н., профессор Игнатъев А.М.*

*Одесский национальный медицинский университет*

*Кафедра профессиональной патологии, клинической, лабораторной и функциональной диагностики*

Остеопороз (ОП) – распространенное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся уменьшением костной массы с нарушением микро-архитектоники костной ткани.

Исходя из последних исследований развития ОП было выяснено, что характер ремоделирования костной ткани во многом зависит от баланса остеопротегерина (ОПГ), относящимся к цитокиновой системе семейства  $\alpha$ -фактора некроза опухолей ( $\alpha$ -ФНО) и лиганда активатора рецептора ядерного фактора транскрипции капа В (NF- $\kappa$ B)-RANKL. ОПГ выполняет функцию блокатора взаимодействия активатора рецептора (NF- $\kappa$ B)-RANKL на поверхности преостеокластов, тем самым ингибируя конечную стадию дифференцировки остеокластов и резорбцию кости.

**Цель.** Изучить уровень ОПГ по отношению к маркерам костного обмена, минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и  $\alpha$ -ФНО у работников с вредными условиями труда. Разработать схемы лечения ОП путем влияния на систему ОПГ.

**Материалы и методы.** В обследовании приняли участие 55 женщин в возрасте 48 - 58 лет находящиеся в менопаузе. Оценка МПКТ проводилась в поясничном отделе позвоночника и шейке бедренной кости при помощи двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. В сыворотке крови определялся уровень ОПГ, маркер CrossLaps (pCL) и  $\alpha$ -ФНО. Контрольная группа состояла из 25 не работающих женщин того же возраста.

**Выводы.** Остеопенический синдром (Т-критерий  $< -1SD$ ) зарегистрирован у 78 % работниц основной группы. Из них у 52% Т-критерий был снижен в двух исследуемых зонах до степени ОП, у 25% — до степени остеопении. Концентрация ФНО у пациентов основной группы была достоверно выше, чем в контрольной группе. При этом уровень  $\alpha$ -ФНО позитивно коррелировал с маркером костной резорбции pCL ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,042$ ) и негативно — с ОПГ ( $p = 0,003$ ). Установлена прямая корреляция между концентрацией ОПГ в сыворотке крови и МПКТ как в поясничном отделе позвоночника, так и в шейке бедренной кости ( $r = 0,56$ ;  $p < 0,01$  и  $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$  соответственно).

## ВЛИЯНИЕ МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Руденко Т.А., Липакова Е.Ю.*

*(научный руководитель - д. мед. н., проф. М.А.Власенко )*

*Кафедра терапии и нефрологии*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования  
г. Харьков, Украина.*

Увеличение фиброзного каркаса – одно из проявлений диастолической дисфункции миокарда левого желудочка и прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН). В настоящее время рассматривается использование эхокардиографических методик с целью выявления фиброза, но из-за сложного алгоритма анализа и зависимости результата по



подготовке оператора, соответствующие методики требуют дальнейшего изучения и коррекции.

**Цель:** Изучить влияние миокардиального фиброза на развитие ХСН.

**Материалы и методы:** В исследовании брали участие 36 больных в возрасте 45- 67 лет, средний возраст которых ( $58 \pm 2,7$  лет). 17 женщин ( 47,2 % ) и 19 мужчин ( 52,8 % ) с синдромом ХСН I –III ФК по NYHA. Контрольную группу составляли 20 пациентов без признаков кардиальной патологии. Распределение пациентов ИБС по стадиям ХСН: I стадия – 19,4 %, II стадия – 33,3%, III стадия 47,3 %. Всем больным проводилось электрокардиография, эхокардиография с определением общепринятых показателей систолической и диастолической функций сердца. Оценка содержания объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) в миокарде выполнена расчетным методом Shirani J. et al. (1992).

**Результаты:** В ходе исследования выявлено ОФИК у больных с ХСН I ст. была равна  $3,03 \pm 0,78\%$ , у контрольной группы  $1,48 \pm 0,3$ , у больных с ХСН II ст. ОФИК составила  $4,36 \pm 1,35\%$ . А у пациентов с ХСН III ст. в среднем  $5,3 \pm 0,98\%$ , что превышает в 2 раза нормальные значения показателя. В группе больных ХСН III – III ст. были отмечены достоверно большие значения конечного диастолического объема, конечного систолического объема, снижение фракции изгнания левого желудочка, при этом показатели трансмитрального кровотока у 27% оставались в пределах нормальных значений.

**Выводы:** Увеличения содержания коллагена в сердце ведет к снижению растяжимости миокарда в диастолу, это способствует развитию диастолической дисфункции. Определение степени выраженности миокардиального фиброза позволяет судить о прогнозе ХСН.

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

*Степанова Е.В., Фельдман Д.А., Сёмова О.В.*

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. О.Я. Бабак  
Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №1,*

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины»*

**Цель:** исследования: изучить гиполипидемический эффект статинов и урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материалы и методы исследования:** обследовано 60 пациентов с дислипидемией и НАЖБП. Всем пациентам был произведен биохимический анализ крови (общий холестерин (ОХС), ЛПНП, триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (АГ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ)).

Пациенты были разделены на 3 группы. Пациенты первой группы (n=20) применяли монотерапию статинами (Аторвастатин, 10 мг/сутки), пациенты второй группы (n=20) - УДХК (10 мг/кг в сутки), пациенты третьей группы (n=20) - статины в сочетании с УДХК (Аторвастатин, 10 мг/сутки, УДХК-10мг/кг в сутки). Эффект от терапии был оценен через 6 месяцев после начала исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У первой группы пациентов ОХС снизился на 5,8%; уровень ЛПНП - на 17%; ТГ - на 5,0%; коэффициент АГ - на 38%; уровень ЛПВП повысился на 37,5%. У второй группы пациентов ОХС снизился на 4,3%; уровень ЛПНП - на 13,2%; ТГ - на 5,5%; коэффициент АГ - на 38%; уровень ЛПВП повысился на 37,5%. У третьей группы пациентов ОХС снизился на 10%; уровень ЛПНП – на 18%; ТГ - на 15,8%; коэффициент АГ – на 42,2%; уровень ЛПВП повысился на 44,4%. У пациентов всех групп АСТ и АЛТ оставались в норме, без изменений. Статины хорошо переносились пациентами с НАЖБП, побочные эффекты не выявлялись.

**Выводы:** таким образом, результаты исследования свидетельствуют об наибольшей эффективности и целесообразности совместного приёма статинов (Аторвастатин, 10 мг/сутки) и УДХК (10мг/кг в сутки).

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛОБЭКТОМИИ

*Хабаль А.В.*

*Научный руководитель – доц.Химич Т.Ю.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра ПБМ№2*

Одной из форм воспаления легочной ткани является абсцесс легкого. Данная патология чаще встречается у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Несмотря на то, что количество пациентов за последние 50 лет уменьшилось практически в 10 раз, случаи летального исхода сократились всего на 10%. При отсутствии эффекта от консервативных методов лечения проводится оперативное лечение, которое применяется в 60% случаев. Лобэктомия— одна из наиболее часто выполняемых операций в торакальной хирургии (57,5% всех видов операций на паренхиме легкого).

**Цель:** изучение качества жизни, функции внешнего дыхания у лиц после лобэктомии проведенной по поводу абсцесса легкого.

**Материалы и методы:** Качество жизни было изучено с помощью анкеты Святого Георга (SGRQ), оценка функции внешнего дыхания проводилась с помощью спирометрии на спирометре Microlab.

**Результаты:** Обследовано 5 больных, которым была проведена лобэктомия, в связи с формированием абсцесса легкого. Средний возраст больных составил  $43,6 \pm 5,3$  лет. Независимо от срока после операции у больных жалобы на одышку, снижение работоспособности. Проведенный анализ шкал вопросника SGRQ выявил в 87 % изменения по шкале «симптомы», в 93 % изменения по шкалам «активность» и «влияние», максимальное количество баллов зафиксировано по шкалам «активность» -  $77,9 \pm 4,8$  и «суммарный балл» -  $77,1 \pm 3,5$ , что свидетельствует о затруднении при быстрой ходьбе, необходимости часто останавливаться, о невозможности заниматься теми видами деятельности, какими хотелось бы, о невозможности продолжать работу. При исследовании ФВД выявлены обструктивные нарушения в 45,5% случаев.

**Выводы:** качество жизни у пациентов после лобэктомии в значительной степени детерминировано уровнем компенсации аэростаза: от хорошей до плохой, параметры всех шкал здоровья ухудшаются, падает уровень самооценки. Также, можно судить о проблеме психологического восприятия болезни, так как было обнаружено, что у лиц которые с легкостью относились к перенесенной операции наблюдались более высокие показатели как физического так и психического здоровья.

## A CASE OF SEVERE FIELD CANCERIZATION IN AN 82-YEAR-OLD IMMUNOSUPPRESSED MAN

*I.Lata, L.Derevyanko, B.Lytvynenko, P.Petrenko, L.Kirpichova,  
Clinical Hospital "Feofaniya" Kyiv, CSD Health care*

We present a tough case of multiple squamous cell carcinomas (SCC) and field cancerization of the scalp that required extensive examination and complex treatment. The lesions started 6 years ago on the sites of previously diagnosed actinic keratosis (head, neck, ears). The patient had two cases of BCCs in his medical history. He also suffered from rheumatoid arthritis and during 5 years was taking 15 mg/week methotrexate without any follow up or blood test.

During clinical examination the patient had multiple nodulo-erosive plaques with thick adherent scales on the scalp mostly on the fronto-parietal area. Multiple hyperkeratotic suspected actinic keratosis were present in between these plaques. Punch biopsy of a single lesion revealed

histopathology features of SCC (G2). The depth of invasion into the dermis was 0,6 mm. There are no vascular and perineural invasion.

We suggested such a pronounced progression of the actinic keratoses was due to the immunosuppression induced by methotrexate intake. Otherwise no constitutional symptoms like weight loss or fatigue were identified, the CBC and biochemistry examination of blood were almost within normal limits. Cervical lymphatic nodes were not increased upon ultrasound examination. However, MSCT of the head revealed some defect of parietal bone that was perhaps cancer invasion.

An interdisciplinary team including dermatologist, surgeon, neurosurgeon and radiologists assessed the patient and treatment strategy. The surgeon and neurosurgeon refused to carry out a surgical intervention because of the thin scalp surface.

Photodynamic treatment (2 sessions with a 1-week interval) with prior curettage was chosen in order to find the invasive tumors easier since skin lesions were too thick. The patient was assessed after 2 weeks and 2 months. Excisional shave biopsy of two remaining suspicious lesions was performed during second follow up that revealed remaining SCC. Since the patient was deemed inoperable by the surgeons and the patient could not afford radiotherapy, palliative curettage and cryosurgery was performed on the remaining lesions.

The most common cause of SCC is excessive exposure to ultraviolet (UV) light, but long-term intake of immunosuppressive medication can increase the risk. Doctors and patients with skin cancer should be aware about the necessity of careful follow up during therapy by immunosuppressants.

### LIPID ABNORMALITIES IN TYPE 1 DIABETES ACCOMPANIED BY HYPOTHYROIDISM

*Kwaku Owusu, the 6<sup>th</sup> year student*

*Science chief — G.A. Fadieieva, MD*

*SumSU, Department of Internal Medicine postgraduate education*

Patients with one organ-specific autoimmune disease are at risk of developing other autoimmune disorders. There is a high incidence of autoimmune thyroid disorders among patients with type 1 diabetes mellitus (DM).

**Study objectives:** To determine lipid profile in diabetic patients with hypothyroidism.

**Methods:** 42 patients with optimal control (glycosylated haemoglobin HbA1c <7.5%) of type 1 DM were evaluated for lipid profile (triglyceride, low-density lipoprotein (LDL) cholesterol, total cholesterol). The 1<sup>st</sup> group included 22 patients, the II group – 20 patients who additionally had hypothyroidism. Hypothyroidism was defined as a TSH > 4.0 mU/L with a decreased free T<sub>4</sub> level. 20 healthy persons were in control group.

**Results:** The mean age of patients was  $23.3 \pm 2.50$  years. Patients with DM type 1 had LDL-cholesterol ( $2.3 \pm 0.15$ ) mmol/l, triglycerides ( $1.3 \pm 0.13$ ) mmol/l, total cholesterol ( $4.4 \pm 0.17$ ) mmol/l.

Hypothyroidism in diabetic patients of the 2<sup>nd</sup> group is accompanied by elevated triglyceride ( $2.5 \pm 0.15$  mmol/l), LDL cholesterol concentrations ( $4.0 \pm 0.27$ ) mmol/l, total cholesterol ( $5.4 \pm 0.13$ ) mmol/l ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Hypothyroidism lead to atherogenic dyslipidemia increasing the risk of early atherosclerosis in diabetic patients.

## ADDITIONAL THERAPY WITH DAPAGLIFLOZIN IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WHO HAVE INADEQUATE GLYCEMIC CONTROL

*Ejire Jeniffer, the 6<sup>th</sup> year student*  
*Science chief — G.A. Fadieieva, MD*

*SumySU, Department of Internal Medicine postgraduate education*

Patients with type 2 diabetes often require intensification of treatment to maintain glycemic control. Dapagliflozin is a novel glucose-lowering medication that reduces hyperglycemia by increasing urinary glucose excretion independent of insulin.

**Study objectives:** to assess the efficacy of dapagliflozin in patients with poorly controlled type 2 diabetes receiving metformin and sulfonylurea.

**Methods:** 42 patients with type 2 diabetes, obesity and inadequate glycemic control defined as HbA<sub>1c</sub>  $\geq 7.0\%$  and  $\leq 9.0\%$  took part in this study. Before randomization they were on stable dose of metformin (2g/day) and gliclazide (30-60 mg/day) or glimepiride (2-4 mg/day) for 12 weeks. 20 patients of the 1<sup>st</sup> group continued treatment by metformin combined with sulfonylurea. 22 patients of the 2<sup>nd</sup> group had used dapagliflozin at 10 mg/day in addition to metformin and glimepiride/gliclazide (triple therapy). All patients received dietary and lifestyle advice. 20 healthy persons were in control group.

The levels of glycosylated haemoglobin (HbA<sub>1c</sub>), fasting plasma glucose (FPG), postprandial glucose (PG), triglycerides, low density lipoproteins cholesterol (LDL-C) were explored. Statistical processing of results was carried out using licensed Microsoft Office 2000.

**Results:** Patients of the both groups were representative of the duration of diabetes, body mass index, mean baseline HbA<sub>1c</sub>.

In 3 months of treatment reduction in body weight on (1.8 $\pm$ 0.21) kg/m<sup>2</sup> kg was observed in the 2<sup>nd</sup> group compared with (0.7 $\pm$ 0.07) kg in the 1<sup>st</sup> group ( $p < 0.05$ ).

The levels of triglycerides, LDL-C were (2,0 $\pm$ 0,79), (3,8  $\pm$  0,54) mmol/l respectively in patients from the 1<sup>st</sup> group, (1,3 $\pm$ 0,90), (3,2 $\pm$ 0,74) mmol/l in patients from the 2<sup>nd</sup> group ( $p > 0.05$ ).

Triple antihyperglycemic therapy with dapagliflozin lead to reductions in levels of HbA<sub>1c</sub> from (8,1 $\pm$ 0,12) to (7,1 $\pm$ 0,11) % ( $p < 0.05$ ). 57% of patients from the 2<sup>nd</sup> group achieved an HbA<sub>1c</sub>  $< 7\%$ , FPG  $< 6$  mmol/l, PG  $< 8$  mmol/l compared with 36% of patients from the 1<sup>st</sup> group ( $p < 0.05$ ). Treatment with dapagliflozin appeared well tolerated, there was 1 case of non-severe hypoglycaemia.

**Conclusion:** Adding a dapagliflozin to background metformin/sulfonylurea therapy in poorly controlled patients had led to greater improvements in glycemic control, significant reduction in body weight than dual therapy with metformin/sulfonylurea.

## DYNAMICS OF COGNITIVE FUNCTION IN OLDER PATIENTS AFTER INTRAVENOUS ANESTHESIA

*Omelchenko-Seliukova A.V.*

*Kharkiv National Medical University, Department of Critical Care Medicine,  
 Anesthesiology and Intensive Care*

It is projected that patients older than 60 years will become the largest segment of the surgical population by 2020. Postoperative cognitive dysfunction (POCD) is increasingly recognized as an appearance after surgery. Older age is a strong preoperative risk factor of POCD.

**Aim.** To define the effect of various drugs for total intravenous anesthesia (TIVA) on cognitive function (CF) in older patients.

**Materials and methods.** Were examined 25 patients aged from 60 to 74 years, mean age 66,9  $\pm$  4,3 years. Among them were 15 men and 8 women, who met the standard of the ASA I-II. All patients had routine abdominal operations. Cognitive function was assessed on day before operation, day 3 and 7 after operation using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). A score of  $\leq 24$  was indicative of cognitive dysfunction. Patients were divided into 3 groups depending of the method of anesthesia. In 1st group (7 patients) anesthesia was introduced by TIA based on ketamine, in 2nd (8 patients) - based on propofol, in 3rd (8 patients) – on thiopental sodium. Analgesia was provided in

all groups by fentanyl. There was't significant difference in character and time for surgery, the age, the mean arterial pressure, heart rate and oxygen saturation into groups.

MoCA test results before surgery were insignificantly different in all groups. CF became worse significantly on 3rd day after surgery in 5 patients of group 1 (70%), 4 patients in 3rd (50%) and 1 patient in group 2 (12.5%). In the 1st group mainly suffered indicators of concentration and stability of attention and short-term and long-term memory. Whereas, in the other groups were registered violation of long-term memory. In 7 days after surgery state of CF in 83% of patients improved, but 3 patients in 1st and 1 patient of 3rd group received  $\leq 24$  in MoCA test.

**Conclusions.** In 43% of elderly patients after routine surgical treatment in under total intravenous anesthesia there was a decrease CF. The use of TIVA based on propofol has less impact in the development of POCD.

## IDENTIFICATION OF ANTI-MOESIN ANTIBODIES IN THE SERUMS OF PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

*Popovytych L.O., Doskaliuk B.V.*

*Scientific director: Savtchuk L.D.*

*Ivano-Frankivsk medical university*

*Department of endocrinology*

**Introduction:** The antiphospholipid syndrome (APS) is an acquired autoimmune disease characterized by recurrent vascular thrombosis and obstetric complications. However, the precise mechanisms by which the autoantibodies mediate disease remain to be elucidated. Moesin is an intracellular protein that links the cell membrane and cytoskeleton, mediating the formation of microtubules and cell adhesion sites as well as ruffling of the cell membrane, which is crucial for platelet activation.

**Materials and methods:** We screened the serums from patients with APS for the presence of anti-moesin antibodies (anti-moesin Abs) recognizing antigens derived from prokaryotic expression system, and investigated the effect of murine monoclonal anti-moesin Abs (anti-moesin mAbs) on platelet activation and aggregation by flow cytometry and platelet aggregation assay in vitro to study their potential pathogenic role in APS.

**Results:** The presence of anti-amino (N)-terminal portion of moesin antibodies (anti-moesin-N Abs) was observed in 63% (63/100) patients with APS, which was significantly higher than anti-cardiolipin antibodies (aCL, 39%) and anti- $\beta 2$  glycoprotein I antibodies (anti- $\beta 2$ GPI, 53%). Moreover, the elevated anti-moesin-N Abs levels significantly correlated with plasma levels of anti- $\beta 2$ GPI ( $rs=0.574$ ,  $P<0.002$ ) rather than aCL ( $P=0.303$ ). The murine anti-moesin mAbs promote platelet activation and aggregation in vitro, which could be effectively neutralized by moesin-N.

**Summary:** In combination of the detection of aCL and anti- $\beta 2$ GPI, screening for the presence of anti-moesin-N Abs might has its value in facilitating the laboratory diagnosis of APS. The pathogenic role of anti-moesin-N Abs in the serums of APS patients needs to be further studied.

## CHOOSING THE NUTRITIONAL INTERVENTION TO OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS

*Posea M<sup>1,2</sup>, Dragomir A<sup>2</sup>, Rusu E<sup>1,2</sup>, Nan R<sup>1,2</sup>, Draguț R<sup>1,2</sup>, Popescu H<sup>1,2</sup>, Radu F<sup>1,2</sup>, Teodoru I<sup>1,2</sup>, Hâncu A<sup>2</sup>, Radulian G<sup>1,2</sup>*

*1. National Institute of Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases "N. C. Paulescu", Bucharest*

*2. University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest*

**Background and Aims.** Weight problems occur in 1.5 billion people and these are a risk factor for type 2 diabetes, cardiovascular, pulmonary and periodontal diseases, cancer and osteoporosis. Our study aimed to evaluate the caloric intake, vitamins and minerals from food before a nutritional intervention to overweight and obese patients.

**Material and methods.** To a sample of 124 overweight and obese patients we evaluated the content of food before running a nutritional intervention program. We assessed the kilocalories, vitamins and minerals from intake food using a 7-day weighed food self records. We also measured resting metabolic rate after eight hours fasting with an indirect calorimeter that used the dilution technique for accurate measurements.

**Results.** Considering a normal percent of body fat (PBF) for women between 20 and 30 and for men between 15 and 20, the mean value of PBF in group B, was significant higher in women than men ( $p < 0.00001$ ). Also women have significantly more often values of abdominal circumference over normal than men. Regarding the minerals, we found that overweight and obese patients had an excessive intake of sodium, iron and selenium. These patients also had an inadequate intake of D and E vitamins (less than 90% of recommended daily intake) and A, B1, B2, B3, B5, B6, B12 and C vitamins (more than 110% of recommended daily intake).

**Conclusions.** Even that there was a hypercaloric diet, the overweight and obese patient had imbalance intake of vitamins and mineral before nutritional intervention. We need to pay more attention to food quality and quantity during low caloric diet, thus to assure the recommended daily intake for vitamins and minerals.



## СЕКЦІЯ II.

# ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015 року о 10:00

*Місце проведення:* ЛА-2, Медичний інститут

*Керівники секції:* д-р мед. наук, проф. **Сікора В.З.;**

член-кор. НАН України, проф., д-р ф-м. наук **Суходуб Л. Ф.**

*Секретар:* **Козік Є. В.**

## К ПИТАННЮ МОЖЛИВИХ МОДИФІКАЦІЙ ХІМІЧНИХ РЕЧОВИН МІКРОБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПРИ ЇХ ВИКОРИСТАННІ В ПОЖИВНИХ СУМІШАХ

*Ажар А. В., Кіндя В. І.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології*

Промислове виробництво біомас різних мікроорганізмів і їх використання в якості сировини для вилучення гідрофільних, або ліпофільних біологічно активних речовин (гідрота ліповітамінів, пігментів, токоферолів, убіхінонів), або в якості інгредієнтів сумішей різного цільового призначення (харчові, кормові), ставлять перед науковцями ряд питань, які пов'язані з можливою модифікацією деяких хімічних компонентів біотехнологічних продуктів при їх використанні в складі, наприклад кормових сумішей. В країні існує промислове виробництво біотехнологічних продуктів які використовуються для отримання препаратів каротиноїдів. Виробники цих продуктів пропонують їх і в якості інгредієнтів кормових сумішей, як джерело каротиноїдів. Є ряд підприємств які вже виробляють готові кормові суміші, такі як Лактофіт Т, Лактофіт ТП, Лактофіт ТП–екстра, Пролакти та інші в склад яких введені біотехнологічні продукти (біошрот, або міх біошрота і біомаси *Blakeslea trispora*).

Результати вивчення хімічного складу біотехнологічних продуктів (біошроту) показують що він містить широкий набір біологічно активних речовин – каротиноїди, фосфоліпіди, стерини, вітаміни, есенціальні амінокислоти та інші речовини. По даним хімічного аналізу концентрація наприклад стеринів в різних партіях біошроту коливається від  $207,42 \pm 13,15$  мг% до  $404,07 \pm 35,00$  мг%. Стерини, це тетрациклічні спирти із класів тритерпеноїдів та стероїдів. Основна біохімічна роль стеринів полягає в їх перетворенні в різні стероїдні біорегулятори (статеві і кортикоїдні гормони, вітаміни групи Д, сапоніни, екдізони та інші речовини) і в участі побудови клітинних мембран.

В дослідах на тваринах нами були відмічені зміни як функціонального, так і морфологічного характеру в статевій сфері тварин, в раціони яких були введені біотехнологічні продукти. Ми припускаємо, що в організмі тварин, які вирощувались з використанням біотехнологічних продуктів, могла відбутися модифікація стеринів в ряд біорегуляторів які по своїй дії схожі з дією стероїдних речовин. Отримані дані важливі для користувачів сумішей, які містять продукти ферментації мікроскопічного гриба *Blakeslea trispora*.

## МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВОНОСНИХ СУДИН ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРІВ В УМОВАХ НОРМИ

*Білецький Д. П., аспірант*

*Науковий керівник – доц. Устянський О. О.*

*СумДУ, Кафедра анатомії людини*

Серед групи великих слинних залоз особлива роль належить привушній слинній залозі, яка синтезує основні білкові та ферментні компоненти змішаної слини.

Джерела кровопостачання привушної слинної залози інтактних щурів вивчались на основі методу ін'єкції судинної системи голови та шиї суспензією туш-желатин через висхідну аорту. Морфометричні показники кровоносних судин залози отримані на основі аналізу гістологічних препаратів органу.

Встановлено, що кровопостачання залози здійснюється за рахунок привушних гілок від поверхневої скроневої артерії (басейн зовнішньої сонної артерії). Артерії першого порядку галуження підходять до залози і розподіляються переважно вздовж вивідних протоків, проникають в міжчасточкову сполучну тканину та входять безпосередньо в часточки. В товщі привушної залози артерії розподіляються на судинні порядки, котрі забезпечують кровопостачання органа з урахуванням його часточкової будови та наявності значної протокової системи.



Артеріальна сітка привушної залози у щурів являє собою систему помірного опору руху крові по міжчасточкових судинах та виражену резистивну систему, яка об'єднує дрібні артерії і артеріоли.

В паренхімі залози нараховується близько 5 порядків галуження артерій, при чому їх розподіл в товщі органу відбувається за магістральним типом. Артерії, що проникають в залозу, супроводжують галуження вивідних протоків. Кровопостачання стінок вивідних протоків органу здійснюється за рахунок судин 1 – 4 порядків галуження. Артеріоли, число яких значно переважає кількість внутрішньочасточкових протоків, розгалужуються в сполучній тканині між ними на прекапіляри. Останні в межах часточок розподіляються на капілярні стінки, які з усіх боків охоплюють кінцеві відділи залози.

На основі аналізу внутрішньоорганних артеріальних судин привушної залози правомірно виділити артерії середнього та дрібного калібру. Зовнішній діаметр артерій середнього калібру становить  $86,21 \pm 1,04$  мкм, внутрішній –  $52,73 \pm 0,41$  мкм, товщина стінки –  $16,84 \pm 0,47$  мкм. Дещо іншими були показники артерій дрібного калібру. Їх зовнішній діаметр становив  $39,21 \pm 0,48$  мкм, ширина просвіту –  $22,76 \pm 0,29$  мкм, товщина стінки (за рахунок медії) –  $8,43 \pm 0,11$  мкм.

Мікроциркуляторне русло привушної слинної залози включає артеріоли, прекапіляри, капіляри, посткапіляри та венули. Капіляри щільно огортають кінцеві секреторні відділи залози і відносяться до капілярів соматичного типу будови. Вони у вигляді кілець утворюють густі капілярні сітки. Шляхом злиття капілярів формуються посткапілярні венули, які в свою чергу утворюють венули. Зливаючись з аналогічними судинами суміжних часточок, вони формують венозне русло. Таким чином, в межах часточки залози знаходяться всі ланки мікроциркуляторного русла.

Морфометричні показники діаметрів судин мікроциркуляторного русла складають: для артеріол –  $19,35 \pm 1,02$  мкм, для прекапілярів –  $14,32 \pm 0,85$  мкм, для капілярів –  $6,31 \pm 0,35$  мкм, для посткапілярних венул –  $16,41 \pm 0,94$  мкм, для венул –  $32,15 \pm 1,25$  мкм.

Отримані нами морфометричні показники кровоносних судин привушної слинної залози щурів в умовах норми характеризують функціональний стан органу та будуть використані нами при моделюванні процесу дегідратації.

## ВПЛИВ ФАРМЕНТОПАТІЙ НА ДІЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

*Білоконь Д.Ю., Чередниченко В.В.*

*Науковий керівник: доц., к.мед.н. Чечотіна С.Ю.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

*Кафедра експериментальної та клінічної фармакології*

Ідіосинкразія – підвищена чутливість та спотворювання реакції на харчові продукти, лікарські речовин, зумовлена спадковими ферментопатіями.

Мета роботи – за літературними даними проаналізувати вплив фармакогенетичних факторів на дію ліків. Генетичні порушення, що призводять до зміни ефектів ліків, можна розділити на групи: 1) фармакологічна дія ліків різко зростає; 2) підвищується токсичність ліків; 3) проявляється провокуюча дія ліків. До першої групи відносяться недостатність псевдохолінестерази сироватки крові, фенілаланінооксидази, гіпоксантин-гуанін-фосфорибозил-трансферази, гідроксилаз змішаного типу. При дефіциті псевдохолінестерази знижується здатність інактивувати дитилін, новокаїн, аміназин, прозерин. У хворих на недостатність фенілаланінооксидази при введенні адреналіну, норадреналіну значно зростає артеріальний тиск. При дефекті гідроксилаз змішаного типу зростає фармакологічна дія дифеніну, фенацетину, непрямих антикоагулянтів. Хворим на первинну подагру з недостатністю гіпоксантин-гуанін-фосфорибозил-трансферази протипоказано призначення алопуринолу (пригнічення ксантинооксидази призведе до утворення ксантинових каменів). До групи порушень, що підвищують токсичність ліків, відносяться: недостатність глюкозо-6-фосфатдегідрогенази та глутатіонредуктази (введення примахіну, сульфамідів,

нітрофуранів, аспірину призведе до гемолітичного шоку), недостатність N-ацетилтрансферази (зміни швидкості ацетилювання ізоніазиду, сульфадимезину, гідралазину, празозину), недостатність каталази (зміни перетворення перекису водню, етилового спирту), недостатність метгемоглобінредуктази (посилення метгемоглобінемії при застосуванні нітратів), недостатність глюкуроніл-трансферази (виникнення синдрому Грея в немовлят). Провокуюча дія ліків проявляється при печінкових порфіріях (барбітурати, естрогени), первинній подагрі та глаукомі, спадкових гіпербілірубінеміях і гіперліпідеміях. Таким чином, фармакогенетичні фактори можуть викликати індивідуальну непереносимість ліків.

## ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПЕЧІНКИ ЩУРІВ В НОРМІ ТА ЗА ДІЇ СУБЛЕТАЛЬНОЇ ГІПЕРГІДРІЇ

*Болотна І.В., доцент кафедри анатомії людини,  
Бумейстер Л.В., студентка I курсу, ЛС-401 групи,  
Киричок А.В., студентка I курсу, ЛС-403 групи,  
Козлова А.В., студентка I курсу, ЛС-403 групи,  
Кафедра анатомії людини медичного інституту  
СумДУ*

Внаслідок науково-технічного прогресу на тлі несприятливих екологічних обставин різко зростає значення медико-біологічних досліджень щодо вивчення дії різноманітних чинників навколишнього середовища на організм людини. Негативний вплив таких чинників є одною з причин порушень водно-сольового обміну. В сучасних умовах токсичної агресії участь печінки в забезпеченні та регуляції основних ланцюгів проміжного обміну є найважливішою в підтриманні гомеостазу цілого організму. За таких умов печінка входить в першу категорію органів, які піддаються патологічним змінам. Саме печінка зазнає найбільшої агресії з боку несприятливих екологічних чинників і, як результат, виникають гострі або хронічні захворювання печінки, в тому числі на тлі змін хімічного складу гепатоцитів. У сучасній літературі майже відсутні відомості про вплив на печінку гіпергідратаційних порушень водно-сольового обміну організму, а дослідження саме хімічного складу печінки під впливом загальної гіпергідратації організму залишається актуальною науковою проблемою. Отже, експериментальну групу тварин склали щурі 8-місячного віку, що мали вплив сублетальної гіпергідрії. Нами був зроблений аналіз змін хімічного складу печінки тварин цієї вікової категорії за умов гіпергідрії важкого ступеня.

Дослідження хімічного складу печінки інтактних тварин показало, що вміст води складає  $68,7 \pm 0,17\%$ , калію –  $3030,3 \pm 98,4$  мкг/г, натрію –  $1211,4 \pm 53,3$  мкг/г, свинцю –  $0,81 \pm 0,01$  мкг/г, кальцію –  $10,46 \pm 0,88$  мкг/г, міді –  $4,75 \pm 0,26$  мкг/г, марганцю –  $0,98 \pm 0,18$  мкг/г, цинку –  $1,78 \pm 0,09$  мкг/г, заліза –  $79,91 \pm 2,29$  мкг/г. Мінералізація органа складає  $12,24 \pm 0,28\%$  на суху вагу, а кількість органічних речовин –  $87,76 \pm 1,59\%$  на суху вагу.

Далі нами проводилося дослідження хімічного складу печінки піддослідних тварин і він має такий вигляд: вміст води складає  $84,79 \pm 4,38\%$ , калію –  $3930,2 \pm 235,6$  мкг/г, натрію –  $1590,5 \pm 88,3$  мкг/г, свинцю –  $1,01 \pm 0,09$  мкг/г, кальцію –  $7,61 \pm 0,41$  мкг/г, міді –  $3,55 \pm 0,49$  мкг/г, марганцю –  $0,51 \pm 0,04$  мкг/г, цинку –  $1,36 \pm 0,16$  мкг/г, заліза –  $54,18 \pm 6,71$  мкг/г. Мінералізація органа складає  $18,31 \pm 1,77\%$  на суху вагу, а кількість органічних речовин –  $81,69 \pm 2,77\%$  на суху вагу.

Отже, дослідження хімічного складу печінки щурів експериментальної групи показало збільшення вологості на  $23,4\%$  ( $p < 0,01$ ) у порівнянні з інтактною групою тварин, а також зростання вмісту калію на  $29,7\%$ , натрію – на  $31,3\%$  ( $p < 0,01$ ), свинцю – на  $25,1\%$  ( $p < 0,05$ ). Відмічено зменшення у печінці в порівнянні з контрольною групою тварин умісту кальцію на  $27,2\%$  ( $p < 0,01$ ), міді – на  $25,3\%$ , марганцю – на  $47,9\%$ , цинку – на  $23,7\%$  ( $p < 0,05$ ), заліза – на  $32,2\%$  ( $p < 0,01$ ). Мінералізація органа підвищена на  $49,6\%$  ( $p < 0,05$ ), а кількість органічних речовин знижена на  $6,9\%$  ( $p > 0,5$ ).

Таким чином, вплив на організм щурів гіпергідрії важкого ступеня змінює хімічний склад печінки за рахунок накопичення води, натрію, калію та свинцю, а також за рахунок виведення активних мікроелементів – кальцію, міді, заліза, марганцю та цинку.

### **ЗМІНИ ВЕЛИЧИНИ МОДУЛЯ ЮНГА ТА ЖОРСТКОСТІ ПОПЕРЕЧНОГО ПЕРЕТИНУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В ДИНАМІЦІ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ**

*Буштрук А.М., аспірант; Ткач Г.Ф., професор; Сікора В.З. професор  
Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра анатомії людини*

Модуль Юнга, або модуль пружності є інтегрованим показником, який відображає якість кісткової тканини та має переважне значення для показників еластичності органу, тобто залежить в першу чергу від якості органічної складової. Проте, колагенові волокна у кістковій тканині знаходяться у тісному зв'язку з мінералом гідроксиапатиту, тому зміна співвідношення або якості зазначених складових мають значний вплив на величину модуля Юнга. Жорсткість поперечного перетину кістки відображає здатність кісткової тканини до супротиву та має більшу залежність від якості мінеральної складової. Не зважаючи на велику кількість досліджень змін даних показників в процесі росту кісток, їх динаміка в процесі репаративної регенерації в залежності від віку тварин вивчена недостатньо.

Метою роботи було встановлення динаміки змін Модуля Юнга та жорсткості поперечного перетину стегнової кістки в різні терміни репаративного остеогенезу в залежності від віку.

В експерименті було задіяно 168 щурів 7 вікових періодів – від підсосного до старечого віку, яким наносився дірчастий дефект середньої третини діяфізу стегнової кістки. Вивчення механічних властивостей кісткової тканини проводили через 10, 15 та 24 дні після травми.

Відбувається значне зменшення модуля Юнга у тварин всіх вікових груп через 10 днів після нанесення травми, проте найбільша різниця спостерігається у тварин передстаречого та старечого віку – відповідно 18,22% ( $p \leq 0,05$ ) та 18,93% ( $p \leq 0,05$ ). Через 15 днів після травми відбувається часткове відновлення модуля Юнга у тварин підсосного, інфантильного та ювенільного віку, різниця з контролем при цьому становить відповідно 11,29% ( $p \leq 0,05$ ), 13,25% ( $p \leq 0,05$ ) та 12,94% ( $p \leq 0,05$ ). У тварин молодого та зрілого віку не відбувається достовірного зростання модуля еластичності, що свідчить про більш повільне відновлення якості кісткової тканини у порівнянні з попередніми віковими групами з одного боку та менш виражені вихідні порушення – з іншого.

Через 24 доби після травми спостерігається відновлення модуля Юнга у тварин зрілого віку, що свідчить про відновлення якості кісткової тканини. У щурів від інфантильного до молодого віку модуль еластичності значно зростає, проте різниця з контролем все ще становить від 7,12% ( $p \leq 0,05$ ) до 8,33% ( $p \leq 0,05$ ). У тварин передстаречого та старечого віку модуль Юнга залишається майже на рівні попередньої серії.

Жорсткість поперечного перетину кістки зменшується у тварин всіх вікових груп майже в однаковій мірі через 10 та 15 днів після травми. Це свідчить з одного боку про наявність процесів ремоделювання кістки з втратою мінеральної складової протягом даного терміну регенерації, з іншого – про пізній початок кальцифікації новоутвореного матриксу регенерату. У тварин від інфантильного до зрілого віку відмічається незначне зменшення жорсткості поперечного перетину з мінімальною різницею у тварин зрілого віку через 10 днів після травми – 10,84% ( $p \leq 0,05$ ). При цьому у тварин передстаречого та старечого віку жорсткість поперечного перетину є меншою за контроль через 10 днів на 15,05% ( $p \leq 0,05$ ) та 18,33% ( $p \leq 0,05$ ) і через 15 днів – на 15,28% ( $p \leq 0,05$ ) та 16,07% ( $p \leq 0,05$ ) відповідно. Через 24 доби після травми показник жорсткості кістки відновлюється у тварин зрілого віку, що свідчить про нормалізацію мінеральної складової органу. У тварин молодших вікових періодів даний показник також зростає, проте різниця з контролем є достовірною. У тварин старечого

віку не відмічається достовірного зростання жорсткості поперечного перетину, різниця з контролем складає при цьому відповідно 13,63% ( $p \leq 0,05$ ) та 15,29% ( $p \leq 0,05$ ).

Таким чином, Модуль Юнга та жорсткість поперечного перетину кістки, які характеризуються якістю кісткової тканини максимально змінюються у тварин передстаречого та старечого віку на 10 день спостереження. Через 24 доби після травми у тварин молодого та зрілого віку відбувається відновлення показників, у тварин від підсосного до ювенільного віку – значне зростання, в той час як у тварин передстаречого та старечого віку вони знаходяться майже на початковому рівні.

## **ВПЛИВ СИНБІОТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ НА ВМІСТ ЦИНКУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ**

*Василишин Х.І., Висоцький І.Ю., Левкович М.М., Тверезовський А.В.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра біофізики, біохімії, фармакології та біомолекулярної інженерії*

Актуальною проблемою сучасної педіатрії є інфекції респіраторного тракту, зокрема негоспітальна пневмонія (НП), яка є однією з основних причин смерті дітей молодших за 5 років. Резистентність дитячого організму до гострих інфекційних захворювань залежить від забезпеченості мікроелементами.

Метою дослідження було вивчення впливу синбіотичного препарату на вміст цинку в сироватці крові дітей дошкільного віку, хворих на НП.

Пацієнтам призначався синбіотичний препарат у формі саше, яке містить 4 млрд. ліофілізованого штаму бактерій *Bifidobacterium* BB-12 та пребіотик – фруктоолігосахариди.

Матеріали та методи. Нами були обстежені 29 дітей віком від трьох до семи років, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні № 2 Сумської міської дитячої клінічної лікарні Св. Зінаїди з приводу НП за період з 2011 по 2014 роки. Усіх пацієнтів було розподілено на дві групи. До I групи ввійшло 15 хворих із НП, які отримували стандартну терапію відповідно до чинних методичних рекомендацій лікування НП у дітей. II групу склали 12 пацієнтів із НП, до комплексного лікування яких було додано синбіотик за схемою, що зазначена в інструкції (по 1 саше 1 раз на добу впродовж 12–14 днів). Групу контролю склали 17 практично здорових дітей відповідного віку та статі.

Визначення рівня цинку в сироватці крові проводилося методом абсорбційної спектрофотометрії на аналізаторі С 115–МІ (ВАТ „SELMІ”, Україна) на 1-2-й та 12-14-й день госпіталізації.

При НП у дітей I та II груп на 1-2 день госпіталізації встановлено зниження рівня цинку, порівняно із даними у осіб групи контролю ( $p < 0,001$ ). Після стандартного лікування вміст цинку в сироватці крові хворих I групи зріс ( $p < 0,05$ ), між тим нормалізації рівня даного мікроелементу не наступало. Тоді як, у пацієнтів II групи в динаміці комплексної терапії із застосуванням синбіотика зафіксовано зростання вмісту цинку ( $p < 0,001$ ) та його нормалізація.

Таким чином, отримані нами дані досліджень доводять ефективність застосування даного синбіотичного препарату у хворих на НП, який сприяє відновленню вмісту цинку в сироватці крові дітей дошкільного віку, хворих на негоспітальну пневмонію.

## **СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ: ІСТОРІЯ ВІДКРИТТЯ, СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ**

*Васько Л.В., Чекмарьова Г., Хомінець Г. (студ. 2-го курсу)*

*СумДУ, кафедра патанатомії з курсом гістології*

Людство завжди шукало джерело безмежного здоров'я, сили та краси. Тому не дивно, що відкриття стовбурових клітин, які здатні самооновлюватись і диференціюватись у зрілі клітини стало предметом досліджень багатьох наукових лабораторій, інститутів світу.

Відкриття стовбурових клітин визнано третьою за значимістю подією в біології після розшифровки подвійної спіралі ДНК і програми "Геном людини". Дослідження науковців направлені на використання стовбурових клітин з метою відновлення ушкоджених органів людини чи як засобу омолодження організму і стимуляції тих чи інших фізіологічних функцій.

Метою нашого дослідження було висвітлення матеріалів щодо історії відкриття стовбурових клітин, результатів їх вивчення на сучасному етапі, використання в медицині та перспективи сьогоденних наробок у цій галузі науки.

Поняття «стовбурові клітини» вперше з'явилося ще на початку минулого століття, тоді російський гістолог О. Максимов (1908р), вивчаючи процес кровотворення, прийшов до висновку, що попередником усіх формених елементів крові є єдина клітина –гемопоетична стовбура клітина. Згідно з визначенням, стовбуровою може вважатися та клітина, яка не тільки має можливість (потенцію) до диференціювання, але й зберігає здатність під час поділу до самооновлення, тобто після кожного поділу стовбурової клітини із двох дочірніх клітин одна стає на шлях диференціювання, а інша- залишається стовбуровою і може знову ділитися досить довгий час (навіть більше терміну життя людини). На думку О.Максимова стовбурові клітини зберігаються все життя, можуть перетворюватися у спеціалізовані клітини крові і сполучної тканини. У 1977 р. О.Фріденштейн і І.Чертков встановили, що в кістковому мозку існує 2 види стовбурових клітин: гемопоетичні і стромальні (мезенхімальні). У 1998 р. Д.Томсон виділив ембріональні стовбурові клітини із бластоцисти. На сьогодні стовбурові клітини виділені із різних джерел і за походженням їх класифікують на: ембріональні (із бластоцисти), фетальні (із абортівного матеріалу), стовбурові клітини із пуповинної крові і стовбурові клітини дорослого організму. Інша класифікація характеризує стовбурові клітини за здатністю до диференціювання: тотіпотентні (формують усі ембріональні і позазародкові органи), мультипотентні клітини (формують усі ембріональні органи), стовбурові клітини дорослого організму (від мульти- до уніпотентних). Серед стовбурових клітин дорослого організму виділяють також різновиди: гемопоетичні, мезенхімні, тканинноспецифічні, а саме: нейрональні, шкіри, скелетних м'язів та міокарду, стовбурові клітини жирової тканини, стромальні клітини спинного мозку, епітеліальні стовбурові клітини травного тракту. Таким чином, стовбурові клітини відіграють провідну роль не тільки в організації багатоклітинних організмів, а й служать джерелом регенерації різних тканин в подальшому існуванні протягом життя. З віком кількість стовбурових клітин зменшується, і, відповідно, відновлювальні можливості організму знижуються. Так у новонароджених кількість стовбурових клітин становить 1 на звичайних, а у 70 років 1 стовбура клітина припадає на мільйон звичайних.

Сучасні досягнення по вивченню біологічних властивостей стовбурових клітин дозволили вченим спроби застосування їх у медицині. На сьогодні можна виділити 2 напрямки використання стовбурових клітин у клініці: клітинна терапія і вирощування органів або їх частин для трансплантації. На сьогодні уже існують спеціальні лабораторії клітинних технологій у США, Ізраїлі, Україні (Одеса) і інших країнах світу. Виділення стовбурових клітин досить дорога технологія, тому нею займаються лише великі добре фінансовані наукові інститути. Найбільш перспективними є стовбурові клітини ембріональні, але і стовбурові клітини дорослих теж сьогодні випробовуються, так вчені Словачії змогли диференціювати мезенхімні стовбурові клітини із жирової тканини людини і трансформувати їх у «гени – вбивці», які знаходять і руйнують пухлини, що є новим способом ураження маленьких метастазів. Сьогодні стовбурові клітини апробовані на більш ніж 70 клінічних хворобах. Але не дивлячись на багато прикладів ефективності лікування стовбуровими клітинами залишається місце і небезпеці, особливо якщо мова йде про аллогенну трансплантацію, яка може призвести до імунного відторгнення. Є також багато досліджень по вирощуванню органів із стовбурових клітин: повноцінні капілярні судини, клапани серця, тканини печінки, сечовий міхур, рогівка ока.

Щодо перспектив досліджень, то слід відмітити деякі успішні експерименти на тваринах: трансплантація клітин м'язової тканини, які отримали із ембріональних стовбурових клітин людини, у серця щурів, які перенесли інфаркт; американські вчені навчилися

застосовувати стовбурові клітини для лікування хвороби Паркінсона у мишей та щурів; американські вчені навчилися у лабораторних умовах вирощувати клітини підшлункової залози, які після трансплантації пацієнтам будуть самостійно продукувати достатню кількість інсуліну, а тому, можливо, скоро відпаде необхідність у ін'єкціях інсуліну; вчені на щурах показали ефективність застосування генетично модифікованих стовбурових клітин, які секретують фактор росту, який захищає від загибелі нейрони у хворих на боковий аміотрофічний склероз (БАС).

Таким чином, стовбурові клітини, які відкриті ще на початку 20 століття, все більше цікавлять науковців світу, що неодмінно приведе до нових фактів, відкриттів, які полегшать лікування найрізноманітніших хвороб.

## ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ХІМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕМАЛІ В РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ КОРОНКИ ЗУБА

*П.А. Гасюк, В.В. Черняк*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»*

Проведеним мікрорентгенівським дослідженням емалі в різних ділянках емалі встановлено наступне. Пелікула, що вистилає поверхню кутикули емалі має відношення кальцію до фосфору  $1,35 \pm 0,2$ , що відповідає формулі кристалу брушиту ( $\text{CaHPO}_4$ ) або монетиту ( $\text{CaHPO}_4 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$ ). Безпосередньо в самій кутикулі відношення кальцію до фосфору збільшується і становить  $1,82 \pm 0,03$ , що характерне для октакальцію фосфату ( $\text{Ca}_8\text{H}_2(\text{PO}_4)_6\text{H}_2\text{O}$ ). В лініях біомінералізації Ретціуса утворюється нонафосфат кальцію ( $\text{Ca}_9\text{H}_2(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ ).  $\text{Ca/P}$   $1,914 \pm 0,01$ . Емалеві призми в своїй структурі містять в основному гідроксиапатит ( $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$  із відношенням  $\text{Ca/P} = 1,67 \pm 0,04$ . Нарешті, поблизу емалево-дентинної межі у безпризмовій емалі виявляється кристали карбонатфосфату ( $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_3(\text{CO}_3)_3(\text{OH})$ ).  $\text{Ca/P} = 3,125 \pm 0,03$ .

Отже проведені дослідження свідчать, що в окремих ділянках емалі відбувається різна структурно-функціональна організація кристалічної решітки окремих видів апатитів завдяки іонному обміну кальцію та фосфору.

## СТРУКТУРА ЕМАЛЕВО-ДЕНТИНОЇ МЕЖІ ВЕЛИКИХ КУТНІХ ЗУБІВ У ГЕНДЕРНОМУ ТА ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

*П. А. Гасюк, А. Б. Воробець*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», кафедра ортопедичної стоматології*

Встановлено, що шийка, екватор, горбики коронки зуба мають різне розташування пучків емалевих призм. В ділянці шийки вони мають S-подібний хід, в екваторі пучки емалевих призм утворюють хрестоподібні «мостоподібні конструкції», пучки емалевих призм в ділянці горбиків утворюють спіралеподібні ходи.

Метою дослідження є вивчення розподілення ламел, емалевих кущиків, емалевих веретен та будови сітчатого шару, тобто таких структурних елементів, які знаходяться вздовж емалево-дентинної межі. Практичне значення у визначенні емалево-дентинної межі полягає у вивченні морфогенезу поверхневого та середнього карієсу при його апроксимальній локалізації.

Результати дослідження емалево-дентинної межі апроксимальної ділянки коронки зуба довели наявність в даній ділянці чотирьох шарів. Перший шар призмової емалі, яка пронизується ламелами і містить емалеві кущики. Другий сітчатий шар представлений базофільними темними та світлими структурами. Третій шар кортикального дентину, який містить термінальні дентинні трубочки. Четвертий шар – дентинний шар Ебнера, що містить не анастомозуючі трубочки.

Підводячи підсумок проведених структурних особливостей емалево-дентиної межі великих кутніх зубів в апроксимальній ділянці коронки зубів, можна дійти наступних висновків. 1. Встановлено, що спочатку частково руйнуються пучки емалевих призм та ламели, що їх оточують. При цьому спостерігається розширення сітчатого шару та поява інтерглобулярного дентину. 2. Поряд із зруйнованими призмами та ламелами відмічається руйнування термінальних відростків одонтобластів та відкладення в них петрифікатів. 3. На третьому етапі відмічається повне руйнування емалево-дентиної межі з наявністю великих ядер інтерглобулярного дентину, які оточуються грубими дентинними каналцями.

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ СТУПЕНЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОРОНКАМИ

*Гасюк П.А., Радчук В.Б.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,  
кафедра ортопедичної стоматології*

Останнім часом в клініці ортопедичної стоматології широкого поширення набули металокерамічні конструкції зубних протезів, що володіють високими механічними властивостями і хорошою естетикою в плані імітації природних зубів, керамічне покриття індиферентне до тканин порожнини рота.

Метою дослідження стало удосконалення ортопедичних методів профілактики та лікування ускладнень шляхом створення конструкції металокерамічної коронки, що запобігає виникненню гальванозу.

Запропонована конструкція металокерамічної коронки для профілактики гальванозу, складається з суцільнолитого металевого каркасу з нанесеним на нього облицювальним керамічним шаром, край металевого каркасу коронки виконують віддаленим від краю уступу на 1-1.5мм, а облицювальний керамічний шар коронки на рівні краю металевого каркасу виконують на ширину уступу і повністю заміщають метал в ділянці уступу, ізолюючи металевий каркас від контакту з ротовою рідиною, що забезпечує запобігання виникнення гальванічних струмів та профілактику виникнення гальванозу.

Така конструкція металокерамічної коронки для профілактики гальванозу дає можливість повністю ізолювати металевий каркас від контакту з ротовою рідиною, забезпечує запобігання виникнення гальванічних струмів, і, як результат, виникнення гальванозу та підвищує ступінь ефективності протезування.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕКСКРЕЦІЇ ЦИНКУ ІЗ СЕЧЕЮ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-го ТИПУ

*Глуценко Н.В., Кошелева Н.О.*

*Сумський державний університет, кафедра біофізики, біохімії,  
фармакології та біомолекулярної інженерії*

Однією із головних причин розвитку дисмікроелементозу у випадку цукрового діабету 1-го типу (ЦД-1) може бути посилене виведення мікроелементів із сечею, а також порушення процесів реабсорбції їх у ниркових каналцях. Саме тому, дослідження особливостей ниркової регуляції мікроелементного забезпечення у випадку ЦД-1 у дітей є актуальним.

Мета дослідження. Оптимізувати діагностику мікроелементозу у хворих на ЦД-1 залежно від рівня глікемічного контролю шляхом визначення концентрації мікроелементів у сечі.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 68 дітей хворих на ЦД-1. Стан компенсації ЦД-1 оцінювався згідно ISPAD (International Society Consensus for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents 2000). Оптимальний рівень глікемічного контролю мали 9 дітей (група I), субоптимальний – 25 (група II), рівень

глікемічного контролю із високим ризиком для життя – 34 хворих (група III). Групу порівняння склали 30 практично здорових дітей.

Для визначення вмісту цинку використовували метод атомно-абсорбційної спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115М1, виробництва НВО «Selmi» (Україна). Визначали загальну концентрацію Zn (мкмоль/л) у ранковій порції сечі та добову екскрецію (мкмоль/л/добу).

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася за допомогою програми Excel. Використовувалися методи варіаційної статистики, придатні для медико-біологічних досліджень.

Результати дослідження. Встановлено, що зміни вмісту Zn у сечі дітей хворих на ЦД-1 у переважній більшості були однонаправленими. У випадках погіршення рівня контролю глікемії збільшувалась втрата Zn із сечею. Зокрема, вміст Zn у дітей I групи практично не відрізнявся, у пацієнтів групи II був на 25%, а у дітей III групи на 42% більшим порівняно зі здоровими дітьми. У результаті дослідження добової екскреції встановлено, що діти I групи за добу втрачають Zn на 34,5% менше порівняно зі здоровими. У дітей II групи добова екскреція Zn збільшувалась на 23%, ніж у групі порівняння. У дітей III групи втрата Zn була на 52% більшою відносно здорових.

Таким чином, значна втрата Zn із сечею властива для дітей, хворих на ЦД-1 із субоптимальним рівнем глікемічного контролю, та для хворих із рівнем глікемічного контролю із високим ризиком життя. Значна цинкурія може бути одним із чинників сироваткового та клітинного дефіциту цього мікроелементу у зазначеній категорії пацієнтів, що необхідно враховувати під час обстеження.

## ЛІТЕРАТУРНІ ВІДОМОСТІ ПРО МОРФОЛОГІЮ ШЛУНКА

*Гула В.І.,*

*Науковий керівник - д.м.н., професор Сікора В.З.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра анатомії людини*

Добре відомо, що система травлення дуже чутлива до дії великої кількості різноманітних шкідливих факторів. Але, не зважаючи на велике значення для клініки, багато питань, що належать до функціональної морфології шлунка, ще залишаються нерозкритими достатньою мірою.

У літературних джерелах добре вивчена та описана будова шлунка, але існують деякі розбіжності. Так, основна маса авторів описує три оболонки шлунка: слизову, м'язову та серозну, іншими добре розвинутий підслизовий прошарок виділяється в окрему – четверту оболонку. Кожна з них має свої особливості, функції та будову.

Таким чином, слизова оболонка містить безліч властивих саме їй утворень: ямок, складок, полів, мікрворсинок. Шлункові поля досягають 1-5 мм в діаметрі, а кількість ямок складає приблизно 4 мільйонів. М'язова оболонка вже із самого народження складається з трьох шарів, хоча поздовжні та косі волокна розвинуті недостатньо. Лише до 15-20-річного віку м'язова оболонка досягає піку свого розвитку та має найбільшу товщину.

Шлунок має п'ять основних різновидів клітин та добре розвинутий залозистий апарат, чим забезпечуються багато важливих функцій цього органа. Це синтез соляної кислоти, слизу, бікарбонатів, внутрішнього антианемічного фактора та цілої системи біологічно активних речовин, регулюючих роботу травних органів.

Але варто відзначити, що дані морфометрії слизової оболонки шлунка щурів у постнатальному онтогенезі у літературі малочисельні. Зокрема, відсутні дані про перебудову шлункових оболонок при зміні водно-сольового обміну організму.

Вивчення ультраструктурних особливостей слизової оболонки органа під впливом порушень водно-сольового балансу дасть можливість зрозуміти етіопатогенез багатьох його захворювань та покращити якість лікування.



## ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ (СДС)

*Гуріна С.В. – студентка 6 курсу, Івахнюк Т.В. – асистент кафедри Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології*

Захворюваність на цукровий діабет (ЦД) у всіх країнах світу протягом останніх років має виражену тенденцію до збільшення. Тому ця проблема привертає увагу дослідників багатьох медичних галузей.

Метою нашої роботи було дослідити стан імунної системи у хворих на синдром діабетичної стопи (СДС). Кров для визначення імунного статусу брали з ліктьової вени. Для досягнення поставленої мети були використані імунологічні (визначення фагоцитарного числа (ФЧ), фагоцитарного індексу (ФІ), кількості імунних клітин, концентрації цитокінів), математико-статистичні методи. Під спостереженням знаходилось 35 хворих з СДС – І група (середній вік  $73 \pm 1,5$  роки); контрольну групу (КГ) склали 20 людей без даного синдрому.

Дослідження факторів клітинного адаптивного та вродженого імунітету виявили достовірні зміни у кількості Т-лімфоцитів. Так кількість Th1 становила  $23,9 \times 10^9$  /л, що достовірно ( $p < 0,05$ ) менше у 1,2 рази ніж у людей КГ. Враховуючи те, що у складі мікрофлори були виявлені різні види УПМ з вираженими патогенними властивостями та високим ступенем адгезії до еритроцитів, наступним етапом нашого дослідження стало вивчення цитотоксичної клітинної імунної відповіді. У людей з СДС кількість  $CD8^+$  клітин становила  $14,37 \times 10^9$  /л, що достовірно ( $p < 0,05$ ) менше ( $18,3 \times 10^9$  /л), у порівнянні з КГ людей. Дані показники клітинної ланки імунітету свідчать про супресію запального та цитотоксичного типу адаптивного імунітету.

Факт супресії адаптивної клітинної ланки імунітету, доводиться результатами дослідження вмісту ІЛ-18 у сироватці крові пацієнтів з ЦД у яких був СДС та не було даного ускладнення. Особливий інтерес до ІЛ-18 пов'язаний з тим, що даний цитокін володіє здатністю разом з ІЛ-12 індукувати синтез  $INF\gamma$ . Крім того, ІЛ-18 разом із sIL-2R може також сприяти синтезу Th2 цитокінів та підвищенню продукції IgE. Показники концентрації ІЛ-18 в сироватці крові пацієнтів з ЦД та СДС були достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчими ніж у пацієнтів з ЦД та без СДС. Що ще раз доводить факт супресії адаптивної клітинної імунної відповіді.

## РЕПАРАТИВНИЙ ОСТЕОГЕНЕЗ ГУБЧАТОЇ ТКАНИНИ ЩУРІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ НА 14-ТУ ДОБУ ПІСЛЯ НАНЕСЕННЯ ТРАВМИ ЗА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ

*Гусак Є.В., Гордієнко О.В, Гринцова Н.Б.  
СумДУ, кафедра нормальної анатомії людини*

Переломи п'яткової кістки становлять 2% від усіх травм і 60% ушкоджень кісток предплюсни. Серед розповсюджених факторів, що спричиняють переломи, виділяють остеопороз, вік, гормональні фактори, забруднення оточуючого середовища. Основною особливістю кожного з перелічених чинників є зниження об'єму мінерального компонента. Забруднення навколишнього середовища спричинює зміну хімічного складу кісткової тканини, а отже і її функцій. Серед речовин, які у високих концентраціях порушують розвиток і метаболічну активність кісткової тканини, виділяють наступні мікроелементи – Цинк, Свинець, Хром, Мідь, Марганець. Вплив цих елементів на процеси мінералізації відбувається в двох напрямках: прямим і непрямим. Прямий вплив виражається через порушення кислотно-лужного балансу, диференціації та функцій остеобластів, структури мінерального компоненту; непрямий – через порушення резорбції Кальцію у кишечнику та ниркових каналцях.

Губчата кісткова тканина досить метаболічно-активна завдяки великій площі поверхні трабекул та розвиненій сітці кровоносних судин. Це дозволяє їй швидко реагувати на зміни мікроелементного складу позаклітинної рідини. Існує достатня кількість доказів метаболічної

активності представлених елементів по відношенню до кісткової тканини. У той час коли дані про взаємний вплив цих металів відсутні. Тому метою нашого дослідження стало вивчення репаративного остеогенеза губчатої тканини при отруєнні солями важких металів з різними рівнями токсичності.

Лабораторні щури старечого віку були розподілені на дві експериментальні групи: контрольну та ту що вживали солі важких металів. На 14-ту добу після нанесення дефекту на п'яткову кістку, тварин виводили з експерименту шляхом передозування наркозу. Для приготування гістологічних препаратів п'яткову кістку з дефектом фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну та проводили декальцинацію у розчині Трилону Б. Отримані декальциновані зразки зневоднювали в спиртах зростаючої концентрації та заливали в парафін. Готували гістологічні зрізи товщиною 5-7 мкм та забарвлювали їх гематоксилін-еозином. Отримані препарати вивчали за допомогою світлового мікроскопа "OLIMPUS".

Процес репаративного остеогенезу у тварин контрольної групи на 14 добу після нанесення травми характеризується утворенням в зоні ушкодження остеобластичної грануляційної, фіброретикулярної, а місцями( в основному, на периферійних ділянках) і балок грубоволокнистої кісткової тканини. Це стадія переходу м'якої мозолі в превентивну кісткову мозоль, що відповідає 3-й стадії. У тварин, що вживали солі важких металів, спостерігається різке пригнічення та затримка етапів репаративного остеогенезу в порівнянні з контрольною групою. Відмічається запізнення 2 стадії репаративного остеогенезу, що виявляється в пригніченні процесів утворення та диференціації тканинних структур фіброретикулярної, сполучної та грубоволокнистої кісткової тканини. Погіршується заміщення фібриногенного компоненту кістковою тканиною.

Таким чином різке пригнічення репаративних процесів як зі сторони макроорганізму так і з боку проліферативних та синтетичних властивостей остеобластів прилеглої неушкодженої кісткової тканини є наслідком як прямої, так і вторинної дії на організм солей важких металів.

## СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО МОРФОЛОГІЮ ЯЗИКА В НОРМІ

*Давидова Л.М.*

*Науковий керівник - д.м.н., професор Ткач Г.Ф.*

*СумДУ, Медичний інститут, кафедра анатомії людини*

Язик - м'язовий орган, який бере участь у механічній обробці і ковтанні їжі, її смаковому сприйнятті, артикуляції та мовленні. Слизова оболонка порожнини рота, в тому числі язика має ряд особливостей: стійкість до фізико-хімічних факторів та різних інфекційних агентів.

Метою дослідження є вивчення морфологічних особливостей язика в нормі за даними сучасної літератури.

Язик складається з 3-х частин: корінь, тіло та кінчик. Його основу складають пучки посмугованих м'язових волокон, що розміщені в трьох взаємно перпендикулярних напрямках і своїми кінцями прикріплюються до власної пластинки. Між ними прошарки рихлої сполучної тканини з судинами, нервами та жирові дольки. Язик розділяється на 2 симетричні половини повздовжньою перегородкою зі щільної сполучної тканини. Рельєф та будова слизової поверхні язика відрізняється в різних його ділянках. Спинка язика покрита нерівномірно ороговіваючим багат шаровим плоским епітелієм, слизова оболонка щільна, зростається з сполучною тканиною, підслизовий шар відсутній. В цій ділянці розміщені сосочки язика, що дають можливість розрізняти смаки. У людини всього близько 2000 смакових цибулин, кожна з яких містить 40-60 рецепторних клітин, що складають 5-7 %. В інших ділянках, де язик містить підслизовий шар, знаходяться малі слинні залози, що відіграє важливу роль у фізіології порожнини рота.

Згідно Національного дослідження стану здоров'я та харчування 15.5% людей має захворювання язика. Досить часто саме слизова оболонка даного органу дає можливість

вперши виявити порушення роботи організму, різні патологічні процеси, вплив шкідливих факторів.

Отже, дослідження морфологічних особливостей язика в нормі та при різних видах патологій, дадуть можливість виявити в подальшому прояви клінічних захворювань, та дозволить попередити їх на ранній стадії, що і буде метою наших подальших досліджень.

## **ПОРУШЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАРОДОНТІ**

*Демкович А.Є.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет*

*імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», кафедра ортопедичної стоматології*

При запальних процесах в тканинах пародонта підвищується концентрація та співвідношення про- та антизапальних факторів, до яких відносяться INF- $\gamma$ , ІЛ-10, ІЛ-5, ІЛ-8, ІЛ-12. Тобто можна вважати, що у хворих на дану патологію має місце гіперергічна імунна відповідь з цитокіновою дисфункцією, яка може призводити до пошкодження здорових тканин пародонта, погіршення репаративних процесів, проникності та мікроциркуляції судин. При запальних реакціях в пародонтальних тканинах, у першу чергу, відбувається секреція прозапальних цитокінів ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП- $\alpha$ , а також регулюючого цей процес протизапального ІЛ-10. ІЛ-10 відносять до протизапальних чинників, що контролюють дію прозапальних цитокінів при пародонтитах. Він здатний модулювати численні клітинні процеси, пригнічувати вивільнення лізосомальних ферментів нейтрофілами і моноцитами, гальмувати продукцію металопротеїназ, пригнічувати синтез прозапальних цитокінів (ФНП- $\alpha$ , ІЛ-1, ІЛ-6) і хемокінів (ІЛ-8, тощо) фагоцитуючими клітинами. Цей цитокін здатний значно пригнічувати продукти окиснення, підсилювати синтез NO активованими макрофагами, експресію рецептора для чинника активації тромбоцитів нейтрофілами і моноцитами, перешкоджати програмованій загибелі клітин – апоптозу, сприяти зростанню і диференціюванню моноцитів у макрофаги. Активація секреції прозапальних цитокінів відображає посилення процесів імунної відповіді на різного виду запалення. Саме збільшення кількості ІЛ-1 $\beta$  стало чіткою специфічною особливістю захисних механізмів запального процесу в тканинах пародонта. Отже, швидкість активації продуцентів цього цитокіну (моноцитами, макрофагами, стромальними, епітеліальними клітинами), що супроводжується високою його концентрацією у хворих на генералізовані пародонтити, ймовірно, має біологічне значення: забезпечення першої лінії антиінфекційного захисту на рівні системи цитокінів, яка є основою для будь-яких форм імунної відповіді.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДОЗОВАНИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ГІПОДИНАМІЇ**

*Дзюба В.С., Орел А.В.*

*Науковий керівник: асистент кафедри фізіології Сокол О.М.*

*Харківський національний медичний університет, кафедра фізіології*

Проблема збереження здоров'я студентської молоді є предметом обговорення психологів і лікарів. Дослідження вчених доводять, що сучасне навчання у вузі ґрунтовно підриває здоров'я молоді, знижує витривалість і життєстійкості, виснажує резервні та захисні можливості організму. Навчання у вузі припадає на період соціально-психологічної перебудови молодих людей і супроводжується значними інформаційно-аналітичними та емоційними навантаженнями в умовах гіподинамії. Загальновідомо, що здоров'я більшим ступенем визначається особливостями режиму життя, найважливішою складовою якого є рухова активність.

Проблема збереження здоров'я майбутніх фахівців повинна бути оптимізована такою діяльністю освітнього закладу, яка спрямована на формування у студентів потреби у здоровому способі життя і на усвідомлення ними відповідальності за своє здоров'я.

Одна з найбільш поширених причин зниження адаптаційних ресурсів організму студентської молоді – недостатня рухова активність. Фізична активність доставляє здоровій людині справжню насолоду. Академік І.П. Павлов називав це почуття «м'язовою радістю».

З цієї точки зору роль дозованих фізичних навантажень важлива для підвищенні психофізіологічного здоров'я молоді, яка навчається, оскільки значна кількість студентів стикається з такими проблемами, як постійна тривога і навіть депресія. Кінестезіолог Дж. Карсон Сміт, вважає, що «фізичні навантаження – це своєрідний ефективний буфер для емоційного впливу». Тренуючи своє тіло, ви зменшуєте своє занепокоєння, здатні ефективніше підтримувати гарний настрій, не піддаючись руйнівному впливу стресу.

Адекватні фізичні навантаження зумовлюють зниження різних показників стресу, а саме: нервово-м'язову напругу, ЧСС та АТ у спокою, рівень деяких гормонів. На думку сучасних медиків, фізичні навантаження позитивно впливають на психоемоційний стан людини будь-якого віку і статі. Вправи, пов'язані з елементами гнучкості, сили і витривалості сприяють зниженню рівня тривожності.

Тому актуальним є дослідження впливу на рівень ситуативної і реактивної тривожності з метою поліпшення загального стану психоемоційної сфери людини дозованих фізичних вправ.

Мета експерименту – дослідити характер впливу дозованих фізичних навантажень на рівень ситуативної і реактивної тривожності студентів-медиків.

В обстеженні брали участь студенти медичного університету, в кількості 47 осіб (юнаки віком 18-21 рік), які були поділені на дві групи, в залежності від рівня рухової активності. У 1-й групі загальний обсяг занять фізичними вправами не перевищував 3-х годин на тиждень, у 2-й групі – 6-9 годин на тиждень. Відповідно до завдань експерименту проводилася оцінка вегетативного статусу студентів за показниками кардіосистеми на фоні поступового зростання велоергометричного навантаження. Для оцінки вегетативної регуляції серцево-судинної системи використовувалася активна ортостатична проба.

Для дозованих фізичних навантажень були обрані 2-годинні фізичні вправи аеробної спрямованості (біг). Дослідження проводилися протягом 1 місяця.

На початку дослідження та протягом 4-х наступних тижнів студентам було запропоновано проходити тестування рівня особистісної та ситуативної тривожності по Спілбергу-Ханіну, який оцінювався у балах за допомогою опитувальника.

Встановлено, що гармонійний фізичний розвиток мають 56,4% юнаків 2-ї групи і 35,7% студентів 1-ї групи. У 46,2% першокурсників з низьким руховим режимом (1-я група) зареєстровано дисгармонійний фізичний розвиток з дефіцитом маси тіла. Серед представників 2-ї групи кількість студентів з дисгармонійним фізичним розвитком склало 34,5%.

При порівнянні параметрів серцевого ритму було встановлено, що найбільш адекватно реагують на ортостатичну функціональну пробу студенти 2-ї групи збільшенням ЧСС (до  $88,5 \pm 1,9$  уд/хв). У студентів 1-ї групи при виконанні ортостатичної проби, відзначалося збільшення ЧСС (до  $98,5 \pm 2,1$  уд/хв), що вказує на збільшену витрату функціональних резервів серцево-судинної системи. Аналіз вегетативного статусу показав, що в 1-й групі відзначається велика кількість юнаків з переважаючим адренергічним механізмом регуляції серцевого ритму – «симпатотоніки». 2-я група складається з студентів, у яких значно виражена роль вагуса у впливі на серцевий ритм – «ваготоніки».

Тест Спілберга-Ханіна студенти проходили відразу після пробіжки та через кілька годин. За результатами тестування у 38,4% студентів відзначалося значне зниження рівнів тривожності в перші дні після навантаження, у 25,8% через тиждень, у 17,7% через 2 тижні, у 11,3% через 3 тижні, 5,3% через 4 тижні, і лише у 1,5% студентів не було виявлено явних змін протягом всього дослідження.

У студентів з низьким рівнем рухової активності рівень особистісної тривожності ( $63,5 \pm 1,5$ ) достовірно вище, ніж у представників 2-ї групи ( $34,5 \pm 1,2$ ). У студентів 1-ї групи також зафіксовані високі показники по інтроверсії і нейротизму, що свідчить про стан тривоги або реактивної депресії. Таким чином, високий рівень особистісної тривожності суттєво впливає на розвиток напруги в роботі ССС. Результати дослідження показали, що адаптаційний потенціал серцево-судинної системи юнаків з низьким руховим режимом і високим рівнем особистісної тривожності (1-я група) достовірно нижче, ніж у студентів 2-ї групи.

Основним висновком проведених досліджень полягає в тому, що у студентів, які займаються фізичними вправами відзначається високий рівень психоемоційної стійкості, впевненість, екстраверсія, високий рівень мотивації, твердість характеру і самоконтроль.

Помірні фізичні навантаження допомагають справлятися з тривожністю і стресом. Щоденне регулярне виконання фізичних вправ здатне знижувати рівень ситуативної і реактивної тривожності студентів, запобігати розвитку хронічного стану тривоги і депресії.

Причому дія фізичного навантаження зберігається довгий час і після тренування. Це сприяє нормалізації психоемоційного стану студента, поліпшенню настрою і позитивно позначається на його учбово-пізнавальній діяльності.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИН ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ В(ZR-TI) СПЛАВА

*Зайцева Н.В., аспірант*

*Сумський державний університет, кафедра гігієни та екології*

Вступ. Металеві та керамічні імпланти широко використовуються в ортопедії та стоматології з метою відновлення будови та функції кісткового органу. Зазвичай, імплантований матеріал знаходиться у тісному контакті з кістковою тканиною упродовж усього життя пацієнта. Так, через широке використання зубних імплантатів у молодому віці збільшує тривалість контакту на десятиліття. Відомо, що використання традиційних імплантатів з титану та його сплавів може викликати перебудову кісткової тканини через зміну навантаження на орган та поступове вивільнення металу в тканини.

Метою нашої роботи було визначення впливу  $\beta$ (Zr-Ti) сплаву на морфогенез кісткової тканини у порівнянні з традиційним сплавом TiVT6.

Матеріали та методи. В експерименті було задіяно 10 кролів породи шин шила 3-х місячного віку. Тваринам імплантували TiVT6 (контроль) та  $\beta$ (Zr-Ti) сплав (експеримент) в дистальний епіфіз стегнової кістки. Через 6 місяців від початку експерименту тварин виводили з експерименту та проводили аналіз розподілу мікроелементів (титан та цирконій) у проксимальному напрямку та гістологічну будову дистальної частини діафізу стегнової кістки.

Результати. Через 6 місяців після імплантації сплаву TiVT6 відмічається наявність титану в дистальній частині діафізу стегнової кістки в кількості 0,036 мг/г, що свідчить про незначну деградацію поверхні імплантату з вивільненням його складових. Відбувається незначна перебудова кортикальної пластинки діафізу, що проявляється в появі порожнин остеокластичної резорбції та наявності порожніх остеоцитарних лакун. Характерною рисою будови діафізу після імплантації TiVT6 є поява мікротріщин різного напрямку, що може бути свідченням порушення фізіологічного навантаження на кістку в цілому.

Аналіз хімічного складу речовини діафізу після імплантації сплаву  $\beta$ (Zr-Ti) не показав наявності титану та цирконію, що може свідчити про більшу стабільність імплантату до біологічної корозії. У віддалених від місця імплантації ділянках діафізу не виявлені мікротріщини. Модуль пружності  $\beta$ (Zr-Ti) сплаву наближається до тривісних властивостей кісткової тканин, що можливо не призводить до значного перерозподілу навантаження на орган. Свідченням адекватної реакції кістки на імплантацію є зростання кількості кісткових одиниць ремоделювання (bone remodelling unit), що свідчить про активну перебудову органу у відповідності до існуючого навантаження.

Висновки. Імплантація  $\beta$ (Zr-Ti) сплаву не призводить до порушення будови та хімічного складу віддалених ділянок кістки та викликає перебудову тканини у відповідності до нових умов навантаження.

## ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ НА ТЛІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ

*Івахнюк Ю.П., асистент кафедри; Гуріна С.В., студентка 6 курсу*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології*

Наявність у вагітної жінки осередку інфекції - внутрішньоутробної інфекції (ВУІ) завжди є фактором ризику для розвитку патологічних станів плода, інфекційних захворювань, плацентарної дисфункції (ПД), мертвонароджень, невиношування, природжених вад і ін.

Мета роботи: встановити особливості мікробіоценозу статевих шляхів у вагітних при ВУІ у термінах гестації 34-40 тижнів. Дослідження було виконано на базі мікробіологічної лабораторії СумДУ РЦ «ЕКОМЕДХІМ» та Сумського обласного перинатального центру. При виконанні дослідження використовували клінічні, мікробіологічні та медико-статистичні методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 150 вагітних, із них 100 вагітних з ВУІ - І група; контрольну групу (КГ) склали 50 вагітних, які народжували вперше, без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

У вагітних КГ висівались окрім облигатної анаеробної флори (*Lactobacillus* spp. та *Bifidobacterium* spp. у концентрації  $lg\ 7,06 \pm 0,47$  КУО/мл та  $lg\ 4,7 \pm 1,294$  КУО/мл відповідно) також представниками факультативно-анаеробної флори. Здебільшого це були *S. epidermidis*, *S. hominis* та гриби роду *Candida* spp. У 3 вагітних КГ зустрічались асоціація 2 видів умовно-патогених мікроорганізмів (УПМ), але всі виявлені мікроорганізми були в діагностично незначних концентраціях ( $lg\ 2-3$  КУО/мл) на тлі нормальної або зменшеної кількості на  $lg\ 1-2$  КУО/мл *Lactobacillus* sp. та *Bifidobacterium* sp. Для вагітних КГ також характерна відсутність в складі мікрофлори УПМ родини ентеробактерій.

У вагітних І групи були виявлені різні дисбіотичні стани піхви – нормоценоз у 6,0%, проміжний тип - 26,0%, неспецифічний вагініт – 58,0% та бактеріальний вагіноз – 10,0%. Аналіз видового складу мікробіоти показав, що дисбіотичний характер виявлених змін у вагітних І групи полягав у вірогідному зниженні ( $p < 0,05$ ) резидентної мікрофлори піхвового вмісту (*Lactobacillus* sp. та *Bifidobacterium* sp.), яка в нормі забезпечує колонізаційну резистентність цього біотопу, на тлі конкурентного збільшення представників УПМ. Серед УПМ з найбільшою частотою ( $p < 0,05$ ) реєструвалась кокова флора, яка висівалась у діагностично-високих рівнях –  $lg\ 4-7$  КУО/мл: *S. haemolyticus* – 12,0%, *S. aureus* – 6,0%, *S. viridans* – 8,0% та гемолітичні форми *Streptococcus* spp. – 24,0%. *Candida* spp. були виділені у вагітних І групи в 32,0% випадків у концентрації –  $lg\ 5,83 \pm 0,31$  КУО/мл, що вірогідно більше ( $p < 0,05$ ), ніж у пацієток КГ. У 82,0% вагітних І групи було виявлено високу частоту асоціативних форм бактеріального засівання піхви (2 – 4 асоціативних види): 32 % - бактеріально-грибкова; 12,3 % - кокова флора з ентеробактеріями; 10,0 % анаеробно-аеробна мікстинфекція. Таким чином, при вираженому дисбіозі піхви у вагітних І групи в урогенітальному тракті кількісні показники вірогідно відрізнялися ( $p < 0,05$ ) від таких у вагітних КГ, зростає кількість та концентрація кишкових мікроорганізмів, що свідчить про виражену транслокацію мікрофлори кишечника при ВУІ, на тлі зменшення або повної відсутності резидентної флори.

## АКТИВНІСТЬ 5-АМІНОЛЕВУЛІНАТСИНТАЗИ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ПРИ ДІЇ L-ТРИПТОФАНУ

*Іншина Н.М., Масленко А.О.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра біофізики, біохімії, фармакології та біомолекулярної інженерії*

5-Амінолевулінатсинтаза (5-АЛК-синтаза) – регуляторний фермент біосинтезу гемму. Відомо, що гем інгібує активність 5-АЛК-синтази за принципом зворотнього негативного зв'язку. Основна частина гемму в клітинах перебуває у зв'язаному з білками стані. Одним з основних гемзв'язувальних білків печінки є триптофан-2,3-диоксигеназа (ТДО). Активатором ТДО є субстрат ферменту – L-триптофан.

Метою даної роботи є дослідження активності 5-АЛК-синтази і ТДО в печінці щурів за введення L-триптофану.

В експерименті використовували щурів-самців лінії Вістар вагою 150-180 г. L-триптофан вводили внутрішньочеревинно в дозі 15 мг/100 г маси тіла. Тварин декапітували під легким ефірним наркозом через 20 год після введення L-триптофану. Активність 5-АЛК-синтази визначали колориметричним методом і виражали в нмоль АЛК/мг білка. Активність ТДО визначали спектрофотометричним методом і виражали в нмоль кінуреніна/мг білка за 1 год.

Встановлено, що активність 5-АЛК-синтази зростає в 2 рази через 20 год після введення L-триптофану, що може бути обумовлено активацією ТДО. В печінці ТДО існує у двох формах: апоферменту і холоферменту. Співвідношення активності холоферменту до загальної активності ТДО (насичення гемом) відображає концентрацію вільного гемму в клітині. При дії L-триптофану активність холофермента і загальна активність ТДО підвищуються в 2 і 1, 7 рази відповідно. Насичення гемом ТДО при цьому не змінюється. Відомо, що L-триптофан підвищує спорідненість апофермента ТДО до гемму і подовжує період його напівжиття.

Результати дослідження свідчать, що введення L-триптофану підвищує активність 5-АЛК-синтази і ТДО в печінці щурів. Активація 5-АЛК-синтази при дії L-триптофану є наслідком посиленого зв'язування гемму апоферментом ТДО.

## БАКТЕРІОНОСІЙСТВО ЗОЛОТИСТОГО СТАФІЛОКОКА, ЯК НАСЛІДОК ІМУНОДЕФІЦИТНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ

*Карпуть Т.С., студентка*

*Нестеренко С.І., викладач вищої категорії*

*викладач -методист з дисципліни*

*мікробіологія з основам імунології та технікою мікробіологічних досліджень*

*Сумський медичний базовий коледж*

Унікальність золотистого стафілокока якраз і полягає в тому, що це солдат, обвішаний найрізноманітнішою зброєю. Його арсенал: мікрокапсула захищає від фагоцитів, клітинна стінка викликає запальні та алергічні реакції, нейтралізує імуноглобуліни; ферменти руйнують структуру клітин, знешкоджують антибіотики; гемолізину - речовини, що ушкоджують еритроцити і лейкоцити; токсини сильна отрута, кожна зі своєю дією.

Немає такого органу в організмі людини, куди б не зміг би проникнути стафілокок і викликати запальний процес. У носоглотці патогенний стафілокок постійно живе у 20%, а у 60% - епізодично.

Мета дослідження: Провести обстеження груп студентів і виявити бактеріоносійство золотистого стафілокока в носі і зіві.

Вплив осінньо-зимового періоду (листопад, грудень) на розповсюдження інфекції.

Провести аналіз високого відсотка бактеріоносійства, основною причиною якого є імунодефіцитний стан організму.

Обстежили 135 студентів в групах 1А, 1Мб, 1Мв, 1Л, 1П, використали бактеріологічний метод дослідження, виявили 40 бактеріоносіїв патогенного стафілококу, що складає 29%.

Провели опитування бактеріоносіїв золотистого стафілокока, зібрали анамнез, якими інфекційними захворюваннями вони частіше хворіють: герпес-інфекція — 56%, хронічний тонзиліт — 20%, гайморит -15%, хронічний бронхіт — 20%, хронічний отит — 7%, ГРВІ — 3-4 рази на рік. Встановлено, що носійство *S. aureus* у студентському колективі має епідеміологічні особливості, формування типу носійства залежить від пори року і факторів персистенції, а також стану факторів та механізмів неспецифічного та специфічного протиінфекційного захисту організму, що в кінцевому результаті приводить до імунодефіцитного стану. В крові носіїв стафілокока знижується вміст сироваткових імуноглобулінів (IgM, IgA, IgG), а також концентрація секреторного імуноглобуліна А, який має головне значення в формуванні місцевого імунітету.

Не тільки інфекційні хвороби можуть спричинити слабкість імунної системи, але й інші чинники такі як: стрес, травми, опіки, алергічні реакції, незбалансоване харчування, недотримання особистої гігієни і здорового способу життя.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОСОБЛИВОСТЕЙ БІОРИТМІВ СНУ НА ФІЗИЧНУ І РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

*Козиренко О.Ю.*

*Науковий керівник: асистент кафедри фізіології Сокол О.М.*

*Харківський національний медичний університет, кафедра фізіології*

Проблема нестачі сну – одна з важливих в сучасному світі в умовах інтенсифікації життя людей і перевантаження різноманітною інформацією. Недостатній сон є причиною виникнення проблем пам'яті і концентрації уваги. Важливе значення має повноцінний сон для молоді, яка навчається, і особливо для студентів-медиків перших років навчання, які повинні вміти оптимально концентрувати увагу на навчальному матеріалі та запам'ятовувати велику кількість теоретичної інформації.

Втома – це закономірний процес тимчасового зниження працездатності, наступаючий в результаті трудової діяльності. Ознаками втоми є сонливість, головний біль, погане самопочуття. Нервова система має межі працездатності, і при перевантаженні може статися нервовий зрив. Через стомлення погіршуються характеристики зорового аналізатора, який є основною сенсорною системою в навчально-пізнавальній діяльності студента, так як майже 80% інформації із зовнішнього середовища є візуальною. Зорове стомлення безпосередньо залежить від тривалості робочого дня. Здоровий сон повинен становити від 7 до 8 годин на добу, тільки так організм людини може повною мірою розраховувати на свою здатність до зосередження.

Сон є одним з головних засобів відновлення працездатності організму. За даними наукової літератури багато дослідників звертають увагу на відмінності в характері і біоритмі сну у людей зайнятих розумовою і фізичною працею. Тому дослідження ефективності адаптації до інтелектуальних і фізичних навантажень студентської молоді з різними типами індивідуальних біоритмів сну є актуальним.

Метою проведеного дослідження було обґрунтування ефективності розумової і фізичної працездатності студентів-медиків від особливостей їх індивідуальних біоритмів сну.

Дослідження проводилося на студентах-медиках 2-го курсу ХНМУ, які були розділені на три групи за характером біоритмів сну на: «аритміків», «жайворонків» і «сов» за методом Г. Хильдебрандта. Ефективність фізичної і розумової працездатності в кожній групі оцінювали відповідно за допомогою велоергометра і тесту Крепеліна. Також у досліджуваних оцінювали суб'єктивну сонливість і концентрацію уваги.

У «жайворонків» зсувається циркадний ритм «вперед», з'являється, так званий, синдром випереджаючої фази сну. Їх цілодобовий ритми складають менше 24-х годин. Це



істинно «ранкові» люди – відразу після сну вони відчувають себе бадьорими, тому найбільша працездатність у них у першій половині дня.

У «сов» відбувається відставання фази сну. У такого типу людей період коливання циркадних ритмів більше, ніж 24 години. Засипають вони далеко за північ, а встають пізно, тому що найглибший сон настає у них приблизно о 5-6 годині ранку. У другу половину дня у «сов» відзначається пік працездатності, який триває до глибокої ночі.

Для «голубів» характерні 2 піки розумової та фізичної активності: між 10-12 і 15-18 годинами. При зміні часових поясів біологічні ритми «голуба» можуть збитися. Подорож на схід вкорочує біоритми «голубів», а на захід подовжує.

Розподіл, розроблений за методом вченого Г. Хильдебрандта полягає у вимірюванні вранці, відразу після сну, частоти серцевих скорочень і числа дихальних рухів. Можливі три варіанти їх співвідношення. Ставлення пульсу до дихання 4:1 (або близько цієї величини) характерно для «голубів», ставлення 5:1, 6:1 властиво для «жайворонків». Збільшення частоти дихання і зменшення даного співвідношення характерно для «сов».

Методика розрахунків за Крепеліним використовується для дослідження розумової працездатності і стомлюваності. Випробуваному пропонується спеціальний бланк, на якому надруковані строчками пари простих чисел, що підлягають додаванню або відніманню в розумі. При дослідженні темпу інтелектуальної працездатності збільшення кількості виконаних дій за одиницю часу свідчить про впрацьованість, автоматизацію інтелектуального навичку, відсутність виснаження уваги. Скорочення кількості виконаних завдань, збільшення тимчасових пауз говорить про явища нестійкості активної уваги, її коливання, схильності до психічного виснаження. Зазначені тенденції можуть виявляти себе, перш за все, в процесі навчальної діяльності.

Аналіз результатів проводився за двома напрямками: 1) кількісне співвідношення результатів випробуваного зі середньо груповими результатами; 2) якісний аналіз індивідуальних результатів випробуваного. При кількісному аналізі беруться до уваги два показника: швидкість (продуктивність, А, знаків/с) і точність (Т) роботи. Швидкість роботи більшою мірою пов'язана з темпом розумової діяльності випробуваного. Точність роботи більшою мірою пов'язана з стійкістю уваги. При якісному аналізі проводилася оцінка форми графіка стійкості (продуктивності, А, знаків/с) уваги.

За результатами дослідження індивідуальних біоритмів сну студенти розділилися наступним чином: 48,7% склали «аритміки», які мали рівну працездатність вранці, вдень і ввечері. У цій групі за результатами анкетування 89,5% студентів займаються спортом, а за результатами велоергометрії виявилися найбільш адаптовані до фізичних навантажень.

Максимум працездатності у другій половині дня проявили так звані «сови», які серед обстежуваних склали 32,4%. У цій групі 68,9% студентів показали найбільшу ефективність виконання тесту Крепеліна. Решта 18,9% студентів склали групу «жайворонків», працездатність яких припадає на першу половину дня. Ефективність адаптації до фізичних і інтелектуальних навантажень в цій групі розподілилася приблизно порівну: 54,7% – адаптовані до фізичних навантажень; 45,3% – більш адаптовані до інтелектуальних навантажень.

На підставі проведеного дослідження обґрунтовано рекомендації студентам в оптимізувати протягом дня розподіл занять розумовою і фізичною працею залежно від індивідуального профілю біоритмів сну з метою не тільки ефективності використання організмом своїх енергетичних ресурсів і резервних можливостей, а й в якісному їх відновленні в процесі сну.

## ОЦІНКА ЗАГОЄННЯ ДЕФЕКТУ ДОГОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ В ЙОГО ПОРОЖНИНУ ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ «chronOS™» МЕТОДОМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

*Кореньков О.В., Стороженко А. В., Ваганян А. Г. студенти 4-го курсу  
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Результати гістологічних, морфометричних та поодиноких рентгенологічних досліджень, які були проведені на губчастих кістках свідчать, що остеопластичний матеріал chronOS™ здатен піддатися повній резорбції і заміщенню кістковою тканиною за 6-18 місяців. Висока розбіжність даних (у цілий рік) і відсутність результатів рентгенологічних досліджень загоєння дефекту компактною кістковою тканиною після імплантації в її дефект остеопластичного матеріалу chronOS™ спонукала нас для проведення даної роботи.

Експеримент проведено на 30 білих лабораторних щурах-самцях 8-місячного віку з масою (250±10) г. За допомогою кулеподібної фрези при малих обертах і з охолодженням відтворювали транскортикальний діафізарний дефект стегнової кістки, який без жорсткої фіксації заповнювали остеопластичним матеріалом chronOS™. Останній являє собою чистий β-трикальційфосфат у вигляді блоку з загальною пористістю 70 %, розміром макропор від 100 до 500 мкм і мікропор до 10 мкм. Далі на 15, 30, 60, 120, 180-ту добу проводили дослідження стегнових кісток з імпантованим кальцій-фосфатним остеопластичним матеріалом на 16-зрізовому спіральному комп'ютерному томографі «TOSHIBA Activion». При цьому досліджували динаміку біодеградації імплантата, а також виразність післяопераційних ускладнень через наявність або відсутність рарефікації материнської кістки. В одиницях Хаунсфілда заміряли оптичну щільність регенерату з імплантом і прилеглої до нього кортикальної частини материнської кістки. Для оцінки різниці названих показників визначали відносну оптичну щільність регенерату за формулою  $ВОЩ = \frac{АЩР(НУ)}{АЩМК(НУ)} \times 100\%$ , де ВОЩ

– відносна оптична щільність регенерату (%); АЩР – абсолютна оптична щільність регенерату; АЩМК – абсолютна оптична щільність прилеглої до ділянки дефекту материнської кістки. Отримані цифрові величини обробляли статистично з обчисленням середнього арифметичного (M) і його стандартної похибки (m). Значущість відмінностей між порівнюваними показниками оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента з використанням статистичної комп'ютерної програми MS Excel XP. Відмінності вважали значущими при  $p < 0,05$ .

За допомогою комп'ютерної томографії встановлено, що остеопластичний матеріал chronOS™ має високу біосумісність, про що свідчить відсутність ознак рарефікації материнської кістки на всіх термінах спостереження. Після імплантації матеріалу chronOS™ у порожнину дефекту діафіза стегнової кістки щура він упродовж всього експерименту займав як кортикальну частину, так і кістковомозковий простір. На ранніх термінах спостереження (15-а доба) не зафіксовано помітних проявів інтеграційного і резорбційного процесу остеопластичного матеріалу, оскільки ще чітко простежувалися контури імплантата в кістковомозковому каналі, а також межа між ним і материнською кісткою з боку кортикальної пластинки кістки. Починаючи з 30-ї доби експерименту з'явилися і збільшувалися до 180-ї доби ознаки резорбції досліджуваного матеріалу з його заміщенням кістковою тканиною регенерату, про що свідчить поступова втрата однорідності консистенції імплантата з боку кістковомозкового каналу (до ледь помітної тіні) і зменшення на рівні кортикальної частини кістки розміру дефекту з поступовим його з'єднанням за щільністю і формою з материнською кісткою. У віддалені терміни спостереження (120–180-а доба) не встановлено відновлення початкової форми і цілісності кістки, оскільки в кортикальній пластинці стегнової кістки ще залишилася ледь помітна заглибина або новоутворена щільна ендостальна мозоля. Оптична щільність зони дефекту через 15 діб після імплантації була надзвичайно високою — (1500,2±39) НУ проти (1619,2±31) НУ материнської кістки, що обумовлено наявністю у порожнині дефекту остеопластичного матеріалу. На 120–180-у добу вона ((1762±55) і (1923±60) НУ) вирівнялася з показником абсолютної оптичної щільності материнської кістки

((1750±47) і (1761±64) НУ) та навіть його перевищила. Таким чином, наприкінці експерименту відносна оптична щільність регенерату наближається, а потім і перевищує 100 %, що, за даними денситометричного дослідження, можна оцінити як повне відновлення цілісності кістки.

## ВПЛИВ ТЕМПЕРАТУРИ УДАРНОГО СТИСНЕННЯ НА ФІЗИЧНИЙ СТАН І ХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПОЖИВНИХ РЕЧОВИН

*Кузів О. П., Кіндя В. І.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології*

Науковцям, які вивчають вплив плюсових температур на органічні речовини, відомо, що висока температура навіть при короткочасній дії істотно впливає на фізичний стан і хімічні властивості більшості поживних речовин в тому числі і таких полісахаридів, як крохмаль. Крохмаль міститься в великих кількостях в зернівках і бобах рослин, де займає суттєву частку поживних речовин людини і тварин, і істотно змінює свою структуру під дією температури. Крохмаль містить багато гідроксильних груп, є гідрофільним, але не розчинюється в холодній воді. Нерозчинність крохмалю в холодній воді пов'язана з тим, що гранула крохмалю анізотропна, тобто містить кристалічні ділянки в переважно аморфній масі. Це природний стан крохмалю, який доречі дозволяє зернині зберегти крохмаль як основну поживну речовину для майбутнього рослинного організму в умовах сезонного коливання температури та вологи зовнішнього середовища. Як свідчать дані закордонних авторів, у результаті анізотропії виникає явище подвійної рефракції, або подвійної променезаломлюваності, при якому гранула крохмалю під мікроскопом з полярним висвітлюванням показує дві зони вгасання світла у вигляді затемнених ділянок інтерференції або хреста Малтеза. Ця подвійна рефракція зникає з руйнуванням кристалів. Якщо помістити крохмаль у воду, що нагрівається постійно, він починає набухати. Цей процес при певній температурі (температура желатинізації) стає не оберненим, оскільки відбувається розрив вторинних водневих зв'язків, що з'єднують полімерні ланцюги. Нами були проведені дослідження процесів, які пов'язані з гідродезінтеграцією крохмальної частини соєвих бобів з продуктами ферментації мікроскопічного гриба *Blakeslea trispora*. Для гідродиспергації використовували високошвидкісний млин ударного типу оригінальної конструкції в якому були суміщені декілька технологічних операцій. Суміщеність процесів дозволила використати температуру ударного стиснення для зміни фізичного і хімічного стану деяких речовин дезінтегрованої суміші рослинного та мікробіологічного походження. Отримані результати показують перспективність досліджень в цьому напрямку.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ПО ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ НА МІКРОСПОРІЮ У ПІВНІЧНО-СХІДНОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

*Липовська В.В., Крамар М.О.*

*Сумський державний університет, кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології*

Мікроспорія відноситься до найбільш поширених захворювань мікотичної етіології у педіатричній практиці, займаючи друге місце за розповсюдженістю в світі та Україні після мікозів стоп. Мікоз характеризується високою контагіозністю та швидким поширенням. Для запобігання розповсюдження захворювання серед дітей необхідно володіння лікарями інформацією про епідеміологічну ситуацію щодо захворюваності на мікотичні інфекції, зокрема на мікроспорію.

Мета дослідження - проведення моніторингу захворюваності дітей північно-східного регіону України на мікроспорію віком від народження до 18 років.

Методи дослідження. За звітними та статистичними матеріалами мікологічного відділу клініко-діагностичної лабораторії Сумського обласного шкірно-венерологічного диспансеру

– комунального закладу Сумської обласної ради вивчали показники захворюваності дітей на мікроспорію у період з 2009 по 2013 роки.

Результати дослідження. Вивчення показників та динаміки захворюваності дітей віком від народження до 18 років на мікроспорію у північно-східному регіоні України у період з 2009 року по 2013 рік показало наступне. У 2009 році захворюваність дітей на мікроспорію була високою і становила 13,6 на 100 тисяч населення, або 160 випадків захворювання. За підсумками 2010 року захворюваність дітей на мікроспорію знизилась на 16,9% порівняно з тим же звітним періодом 2009 року і склала 11,3 на 100 тисяч населення, що відповідає 132 випадкам проти 160 випадків захворюваності у 2009 році. Починаючи з наступного року починається хвилеподібне зростання захворюваності дітей на мікроспорію. Так, у 2011 році захворюваність дітей на мікроспорію зросла на 20% і становила 14,1 на 100 тисяч населення, або було виявлено 164 випадки захворювання дітей. У наступні два роки захворюваність дітей на мікроспорію у досліджуваному регіоні України продовжувала зростати. Так, у 2012 році було виявлено 172 випадки захворюваності дітей, тобто захворюваність вже становила 14,9 на 100 тисяч населення і відповідно зросла на 5,4%. У наступному 2013 році захворюваність дітей на мікроспорію продовжувала зростати і становила 16,3 на 100 тисяч населення (було зареєстровано 186 випадків захворювання). Порівнюючи захворюваність дітей у 2012 та у 2013 році необхідно відмітити, що захворюваність дітей зросла на 8,6%. Загалом, за проаналізований період епідеміологічна ситуація по захворюваності дітей віком від народження до 18 років на мікроспорію є складною. За останні роки захворюваність дітей продовжувала зростати: у 2013 році порівняно з 2010 роком захворюваність дітей на мікроспорію зросла у 1,5 рази.

Висновки. За проаналізований період відбулось зростання захворюваності дітей на мікроспорію у північно-східному регіоні України. Враховуючи значний рівень захворюваності дітей та її щорічне зростання, необхідне суттєве удосконалення заходів для її зниження.

### **ВИВЧЕННЯ ПРОТИСУДОМНОЇ ДІЇ ПОХІДНОГО 2-ОКСОІНДОЛІН-3-ГЛІОКСИЛОВОЇ КИСЛОТИ**

*Литвиненко С.С., Масич О.Б.*

*Науковий керівник: Луценко Р.В.*

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” м. Полтава,  
кафедра експериментальної та клінічної фармакології*

Мета роботи - встановити протисудомну активність у похідного 2-оксііндолін-3-гліооксилової кислоти на моделі гострих миоклонических судом, викликаних коразолом, пікротоксину і тиосемікарбазидом. В експериментах на дорослих щурах обох статей лінії Wistar встановлена ефективна доза (ED<sub>50</sub>) етилового ефіру 2-гідро-N-нафтален-1-іл-2-(2-окси-1,2-дигідро-індол-3-іліден)-ацетамід в тесті максимального електрошоку. Вивчено вплив профілактичного введення сполуки у дозі ED<sub>50</sub>, препаратів порівняння: діазепаму і натрію вальпроату на хемоіндукований епілептогенеза. Проконвульсанти (коразол, пікротоксин і тиосемікарбазид) викликали розвиток судомного синдрому, що оцінювали за тривалістю латентного періоду настання судом (сек.), інтенсивністю судом (бали), кількістю судомних актів, тривалості судом (сек.) і кількості тварин у групі, що вижили. У тесті максимального електрошоку ED<sub>50</sub> похідного 2-оксііндоліну становила 12 мг/кг. У цій дозі сполука, аналогічно діазепаму, ефективно зменшувало вираженість судомного синдрому викликаного коразолом. Це проявлялося збільшенням латентного періоду початку судом у 1,9 рази (p<0,001), зменшенням інтенсивності судом у 1,7 рази (p<0,001), зменшенням кількості судомних актів у 2,1 рази (p<0,001), зменшенням тривалості ковульсивного синдрому в 2,3 рази на фоні зменшенням летальності тварин (p<0,001). Профілактичне введення речовини подовжувало латентний період виникнення судом у 2,0 рази (p<0,001), достовірно зменшувало кількість, інтенсивність і тривалість судом і попереджало летальність щурів після введення пікротоксину. Також похідне 2-оксііндоліну достовірно збільшувало латентний період

початку судом і зменшувала вираженість тіосемікарбазидового судомного синдрому. При цьому сполука за протисудомною активністю не поступалася референс-препаратам. Речовина 2-гідро-N-нафтален-1-іл-2-(2-окси-1,2-дигідро-індол-3-іліден)-ацетамід у дозі 12 мг/кг ефективно попереджало розвиток судомного синдрому, викликаного введенням ГАМК-конвульсантів.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІЇ НЕОГЕМОДЕЗУ ЗА УМОВ ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ

*Литвиненко А.С., Цибулько Ю.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Важнича О.М.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

*Кафедра експериментальної та клінічної фармакології*

*м. Полтава*

Вступ. Неогемодез – плазмозамінний розчин низькомолекулярного полівінілпіролідону, який має комплексоутворюючі властивості, зв'язує токсини та виводить їх із сечею. Він призначається при сепсисі, перитоніті, опіковій хворобі, інфекціях, гострих отруєннях.

Мета роботи – дослідити вплив неогемодезу на гематологічні показники та перекисне окиснення ліпідів при гострій крововтраті.

Методи дослідження. Експерименти виконані на 57 білих щурах-самцях, у яких моделювали гостру втрату 25% крові та здійснювали її лікування шляхом інтраперитонеального введення 1мл неогемодезу. Тваринам із контрольною патологією вводили 1мл стерильного 0,9% розчину натрію хлориду. Інтактні щури слугували контролем. Через 3 та 72 год після вилучення крові визначали загальну кількість еритроцитів (RBC), гематокрит (Hct), загальний гемоглобін (Hb) і число ретикулоцитів (Rt). В еритроцитах досліджували вміст продуктів, які реагують з 2-тіобарбітуриовою кислотою (ТБК-АП) та активність супероксиддисмутази (СОД).

Результати дослідження. Встановлено, що крововтрата без фармакокорекції супроводжувалася зниженням основних показників «червоної крові». Через 3 год після неї RBC, Hb та Hct зменшувалися в 1,4 разу, а вміст Rt був на рівні контролю. Через 72 год RBC та Hct залишалися зниженими в 1,2 разу, а вміст Rt у крові був в 1,5 разу більший, ніж у контролі. Розвиток анемічного синдрому поєднувався з оксидативним стресом, що характеризувалося накопиченням в еритроцитах ТБК-АП. При введенні неогемодезу через 3 год спостерігалось зростання RBC, Hb та Hct без істотного впливу на число Rt у крові порівняно з крововтратою без фармакокорекції. Через 72 год на фоні дії препарату RBC, Hb та Hct не відрізнялись від таких за контрольної патології, а вміст Rt підвищувався у порівнянні з нею. Досліджуваний плазмозамінник через 3 год після крововтрати знижував концентрацію ТБК-АП в еритроцитах і збільшував активність СОД в 1,4 разу. Аналогічна спрямованість процесів зберігалась і через 72 год. Отже, неогемодез при гострій крововтраті в лабораторних тварин коригує гематологічні показники, посилює регенераторну реакцію еритроциту та обмежує надлишкову ліпопероксидацію. Це може бути основою для подальших досліджень з метою розширення показань до застосування препарату в клініці невідкладних станів і медицині катастроф.

## ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ БІЛКІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ БІОТЕХНОЛОГІЧНОГО КАРОТИНУ

*Логвінова О.В., студ.6 курсу*

*Науковий керівник – Прімова Л.О.*

*СумДУ, кафедра біофізики, біохімії, фармакології та біомолекулярної інженерії*

Каротиноїди – природні антиоксиданти, імуномодулятори, канцеропротектори, а також безпечно джерело вітаміну А у раціоні людини. Хронічний дефіцит каротиноїдів і ретинолу є суттєвою проблемою у багатьох країнах світу. Недостатність ретиноїдів спричиняє дуже серйозні наслідки для організму – зниження синтезу життєво важливих білків, порушення зору і розвиток катаракти, неефективний ембріогенез, зниження імунітету та стійкості до вірусних інфекцій, підвищення ризику розвитку злоякісних, серцево-судинних та метаболічних захворювань. Поряд з тим, у дослідженнях останніх років встановлено, що каротиноїди є «дволикими» мікронутрієнтами – їх високі дози можуть мати несприятливі наслідки для здоров'я людини, збільшуючи ризик розвитку серцево-судинних захворювань і раку легень у курців.

Перспективним джерелом каротиноїдів для людини і тварин є біомаса мікроскопічного муковорого гриба *Blakeslea trispora*, зокрема каротиновмісний препарат вітатон. В експерименті на курчатах породи білий леггорн досліджували вплив вітатону на показники білкового обміну – вміст гемоглобіну; активність амінотрансфераз та катепсинів; загальний білок крові та його фракції.

За результатами досліджень встановлено, що використання біотехнологічного каротину сприяло акумулюванню пігменту в печінці та трансформації його у ретиноїди. Кількість каротину в гепатоцитах дослідної птиці на 52 % перевищувала показники контрольної групи, а вміст вітаміну А був вищим у 2,3 рази. Збільшення вітамінного статусу сприяло активації білоксинтезувальних процесів в організмі про що свідчить вміст гемоглобіну - на 25,3% вищий відносно контролю, збільшення активності м'язових ензимів: катепсинів у 2,5 рази, АЛТ на 76%; при цьому різниця в активності АСТ була недостовірною. У гепатоцитах дослідної птиці активність сумарних катепсинів перевищувала контроль на 24,2 %, амінотрансфераз - на 21 % (АСТ) і у 3,4 рази (АЛТ). Разом з тим, активність амінотрансфераз у сироватці крові дослідної птиці не відрізнялась від контролю. Суттєвих відмінностей у показниках загального білка крові та окремих його фракцій між дослідною групою і контролем не знайдено.

Таким чином, біотехнологічний каротин підвищує вітамінний статус організму, активує білоксинтезувальні процеси в тканинах, але істотно не впливає на показники загального білка та співвідношення білкових фракцій крові.

## СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМИ ЧАСТОЧОК МОЗОЧКА ЛЮДИНИ

*Мар'єнко Н. І.*

*Науковий керівник – к.мед.н., доцент Степаненко О.Ю.*

*Харківський національний медичний університет, кафедра гістології, цитології та ембріології*

В даний час актуальним напрямком морфології є дослідження анатомічної норми мозочка із урахуванням закономірностей його індивідуальної анатомічної мінливості.

Мета роботи – встановити різноманітність індивідуальної мінливості закономірності варіантної анатомії часточок мозочка людини у чоловіків та жінок.

Дослідження проведено на базі Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи на 220 мозочках трупів людей обох статей, що померли від причин, не пов'язаних із патологією головного мозку, віком 20-99 років. Досліджувались серединні сагітальні розтини черв'яка мозочка людини.

Перша гілка білої речовини мозочка має чотири варіанти будови. 1-й варіант можна охарактеризувати як слабкий розвиток гілки, 2-й і 3-й – середній, четвертий – добре виражений

розвиток гілки. Достовірно частіше зустрічається 1-й варіант будови у жінок ( $P < 0,05$ ), 4-й варіант – у чоловіків ( $P < 0,01$ ).

Друга гілка має чотири варіанти будови, із яких 1-й і 2-й можна віднести до слабого розвитку гілки, 3-й – до середнього і 4-й – до сильно вираженого розвитку. У чоловіків достовірно частіше зустрічається 4-й варіант будови часточки ( $P < 0,05$ ), у жінок – 3-й ( $P < 0,01$ ).

Третя гілка не є постійною і зустрічається тільки в 33% спостережень. У жінок гілка зустрічається достовірно частіше – в 41,9% ( $P < 0,02$ ), у чоловіків – в 27,2%. Ця особливість пов'язана із більш сильним розвитком у чоловіків перших двох гілок: наявність третьої гілки компенсує більш слабкий розвиток першої та другої гілок.

Істотних відмінностей будови четвертої-восьмої гілок білої речовини у чоловіків та жінок не було виявлено.

Таким чином, для чоловіків більш характерні варіанти форми часточок, які характеризуються більшими розмірами. Цю особливість можна пояснити більшими розмірами мозочка та головного мозку в цілому у чоловіків.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДЕГІДРАТАЦІЇ НА СКЕЛЕТНІ М'ЯЗИ

*Масленко А.О.*

*Науковий керівник – д.б.н., проф., Бумейстер В.І.*

*Медичний інститут Сумського державного університету*

*Кафедра нормальної анатомії людини*

**Актуальність.** Зневоднення організму є дуже поширеною проблемою у активних людей, які отримують фізичні навантаження у значних об'ємах та за умов підвищеної температури навколишнього середовища (важкі умови праці у шахтах та ливарних цехах і обмеження водних ресурсів у країнах зі спекотливим кліматом, посилені тренування у спортсменів).

**Мета дослідження.** Виявлення актуальності дослідження впливу дегідратаційних порушень та станів, які є результатами ексікозу та супроводжуються ушкодженням м'язової тканини.

**Матеріали та методи.** Був проведений огляд літератури та пошук наслідків впливу зневоднення на людський організм у звичайному житті.

**Результати дослідження.** Дегідратація на рівні 1-2%, від загальної маси організму, викликає активацію компенсаторних кардіоваскулярних механізмів, що приводить до підвищення температури тіла та зменшує витривалість організму до фізичних навантажень. Внаслідок цього активуються процеси терморегуляції, спрямовані на пасивну втрату тепла через шкіру та активацію потовиділення, що призводить до посилення зневоднення. Це, у свою чергу, впливає на кровопостачання скелетних м'язів та знижує перфузію в них. При цьому посилена фізична активність потребує більшої кількості крові, якої і так недостатньо через зниження артеріального тиску. В цей час потовиділення підтримується за рахунок переходу рідини з інтра- до екстрацелюлярного простору, що викликає внутрішньоклітинну дегідратацію та призводить до порушення скорочення міофіламентів.

У перші 24-48 годин після проведення навантаження на фоні зневоднення виникає відстрочена атака м'язового болю (ВАМБ, кріпатура), яка є результатом мікроушкоджень м'язових волокон. Цей стан триває від 1 до 4 діб та супроводжується болем через набряк в екстрацелюлярному просторі та підвищенню внутрішньом'язового тиску з розтягненням епімізію та зниженням міцності м'язів через зменшення кількості внутрішньоклітинної рідини, що при виконанні ексцентричних рухів призводить до мікророзривів м'язів.

**Висновки.** Кріпатура має негативний вплив на фізичну витривалість та знижує силу м'язів, а у поєднанні зі зневодненням може приводити до виникнення травм навіть при виконанні адекватних фізичних навантажень. Але цей стан є недостатньо досліджений на морфологічному рівні, тому наша тема є актуальною для вивчення.

## СИНТЕЗ ТА ВИВЧЕННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ НАНОЧАСТИНОК СУЛЬФІДУ ЦИНКУ

*Мешиков А.М., аспірант; Мальцева А.С., студентка 5 курсу  
Гребеник Л.І.; к. б. н., доц.; Суходуб Л.Ф. чл.-кор. НАН України,  
Сумський державний університет, лабораторія «Біонанокомпозит»*

Аналіз динаміки змін кількості сфер використання наноматеріалів та нанотехнологій підтверджує існування світового наукового нанобуму, що не оминув розробки для медичної галузі. Це стосується, насамперед, синтезу, вивчення та використання у клінічній практиці наноструктурованих композитних матеріалів. Практикуючих лікарів цікавлять високоефективні, нетоксичні, біосумісні та зручні у користуванні композити, які дозволять підняти медичні послуги на якісно новий рівень. Використання біоматриць з відомими фізико-хімічними та біологічними властивостями дає можливість створювати практично спрямовані функціональні наносистеми з керованими базовими характеристиками.

Відомо, що однією з біополімерних матриць для ефективного дизайну та синтезу наноструктурованих композитів є альгінова кислота та її солі. Багаторічні дослідження альгінатів впевнено довели можливість широко використання цих полісахаридів для створення біонанокомпозитів медичного призначення.

Метою нашого дослідження були синтез та дослідження фізичних й біологічних властивостей нанокompозитів альгінату натрію та сульфід цинку. Наночастинки отримували шляхом хімічного осадження з водних розчинів в заданих фізико-хімічних умовах. Цей метод дозволяє змінювати фазовий та хімічний склад синтезованих матеріалів, модифікувати фізико-хімічні властивості поверхонь тощо. Фізичні параметри композитів були визначені за допомогою трансмісійної електронної мікроскопії (ТЕМ), рентгенівської дифракції та методу рентгенівської флуоресценції. Дослідження антибактеріальних властивостей нанокompозитів впевнено довели їх здатність пригнічувати розвиток штамів деяких грампозитивних та грамнегативних патогенних й умовно-патогенних бактерій.

Отримані результати є досить оптимістичними для подальшого вивчення залежності антимікробної дії синтезованих наночасточок сульфід цинку від їх фізико-хімічних характеристик з розглядом перспектив практичного використання у медицині та косметології.

## АТРЕЗІЯ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

*Миколаєнко Я.О., студ. 4-го курсу  
Науковий керівник – канд. біол. наук, доц. Л.І. Кінтенко*

*СумДУ, кафедра пат анатомії з курсом гістології, цитології та ембріології*

Атрезія жовчовивідних шляхів є рідкісним захворюванням з мало відомою етіологією та непередбачуваним результатом, навіть коли була своєчасно діагностована. Даний тип атрезії зустрічається з частотою 1: 8000 1:15000 живих новонароджених і являється найбільш розповсюдженим показанням до трансплантації у дітей. Тому багато клінічних та лабораторних досліджень було спрямовано на з'ясування патології атрезії жовчовивідних шляхів. Тому з'явилась необхідність розробити модель створення атрезії жовчних шляхів на експериментальних тваринах в умовах лабораторії, для вивчення морфологічних та біохімічних змін в печінці та організмі в цілому.

Методи дослідження. Для створення даної моделі було використано мишей лінії лістер, які знаходились в умовах віварію. Під ефірним наркозом відбувалося видалення волосяного покриву на черевній стінці з обробкою операційного поля 5 % спиртовим розчином йоду. Після чого була проведена верхня серединна лапаротомія. Потім змістили середню та ліву долі печінки до гори та праворуч, а дванадцятипалу з тонким кишечником переміщаємо до низу та ліворуч. Таким чином відкривши доступ до гепатодуоденальної зв'язки виділили загальний печінковий протік виділили його і на 5мм вище його впадіння в дуоденум перев'язали шовковою лігатурою. Після закриття просвіту загального печінкового протоку проводили



ушивання всіх шарів рани, операцію завершили накладанням вузлових швів на рану та асептичної пов'язки

Висновок. Таким чином даний метод не скалада великих складностей у виконанні та є економічно вигідним для моделювання атрезії загального печінкового протоку, що дозволяє використовувати його для експериментальних досліджень з вивчення морфологічних та біохімічних змін в печінці та організмі в цілому.

## ПІДШЛУНКОВА ЗАЛОЗА ЯК ОДИН З НАЙЦІКАВІШИХ ОБ'ЄКТІВ СУЧАСНОЇ МОРФОЛОГІЇ

*Мірошніченко О.В.,*

*Науковий керівник - д.м.н., професор Сікора В.З.*

*СумДУ, кафедра анатомії людини*

Підшлункова залоза – орган, який є залозою мішаної секреції. Завдяки поєднанню зовнішньо-секреторної та ендокринної функції вона бере участь практично в усіх фізіологічних процесах організму від травлення до процесів адаптації. Через морфологічні особливості та складність регуляції функцій, діагностика різноманітних патологічних станів підшлункової залози надзвичайно ускладнилось. Морфо-функціональні особливості підшлункової залози в нормі та під впливом різноманітних факторів в даний час недостатньо вивчені, що утруднює корекцію патологічних станів підшлункової залози в практичній медицині.

Підшлункова залоза – це друга за величиною залоза травної системи зі складною трубчасто-альвеолярною будовою, яка виробляє підшлунковий сік, що по протоці надходить у дванадцятипалу кишку (ферменти для перетравлення білків) і гормони (інсулін і глюкагон) в кров, що регулюють обмін вуглеводів. За гістологічною будовою підшлункова залоза відноситься до ряду альвеолярних. Її часточки розділені між собою пухкою сполучною тканиною, по якій проходять кровоносні та лімфатичні судини, нервові волокна і вивідні протоки.

Під впливом на організм несприятливих екологічних чинників підшлункова залоза зазнає певних морфологічних змін, внаслідок яких відбувається порушення функціонування органу. Зміни проходять в паренхіматозних структурах, виявляються ознаки дистрофії, набряку, зміни розмірів острівкового апарату.

Слід зазначити, що даних про морфологічні зміни підшлункової залози під дією шкідливих чинників навколишнього середовища в літературі недостатньо. Зокрема, відсутня інформація про морфо-функціональні зміни підшлункової залози за умов дегідратації організму. Дослідження цього питання дозволить більш детально вивчити етіопатогенез захворювань, пов'язаних зі зневодненням організму та розробити можливі шляхи корекції цього патологічного стану.

## ANATOMIA - REGINA MEDICINAE EST

*Окунь Т., студ. 1-го курсу*

*Науковий керівник – проф.. Бумейстер В.І.*

*Сумський державний університет, кафедра анатомії людини*

*«Лікар, не анатом, не тільки  
не корисний, а й шкідливий»*

*Є.Й. Мухін*

Анатомія людини має важливе прикладне значення для медицини. Назва науки «анатомія» походить від грецького слова *anatemno* — розтинати, розчленяти, розсікати, і її суть полягає у вивченні будови організмів та їх органів шляхом розтину тканин.

Анатомія людини як самостійна наука тривалий час (до XIX ст.) залишалась у більшості випадків описовою (звідси виникла писова анатомія), тобто вона обмежувалась лише описуванням, називанням і класифікацією органів та систем.

Коли в період схоластики і впливу релігії (XIII століття) лікарям заборонили розтинати трупи і вивчати хоча б основи анатомії, знання лікарів були настільки примітивні, що громадськість вимагала у церкви дозволу на розтин трупів.

Як і кожна наука, анатомія має свої методи дослідження, свої способи пізнання об'єкту вивчення, збагнення наукової істини. Методи, вживані в анатомії, дозволяють вивчати як зовнішню, так і внутрішню будову людини. До основних методів відносяться: препарування, фіксації, ін'єкції, просвітлення, мацерації, корозії, макромікроскопії, електронної мікроскопії та рентгенологічні. Але першим і основним методом дослідження людини був метод препарування. Суть цього методу полягає в розтині шкіри та інших м'яких тканин за допомогою інструментів, щоб виділити об'єкт, який вивчається (нерв, судину, м'яз, зв'язку тощо). При цьому крім вивчення - структури відпрепарованого об'єкта визначають його розташування відносно прилеглих тканин і органів.

Герофіл (335р. до н.е.) — давньогрецький анатом і хірург - першим став систематично проводити розтини трупів для вивчення анатомії. Ним описані оболонки ока, будова шлунково-кишкового тракту, кровопостачання і морфологія оболонок головного мозку, основні риси будови різних частин серцево-судинної системи. Описав синусний стік, грудну протоку, і залишив найточніші для свого часу описи чоловічих і жіночих статевих органів.

Дослідження Еразістрата (304р. до н.е.) не лише доповнювали, але і розвивали дослідження і погляди Герофіла. Еразістрат проводив розтини і вівісекції, сприяв розвитку анатомічних, зокрема патологонатомічних і фізіологічних знань.

Герофіл та Еразістрат, одні з родоначальників Александрійської медичної школи, вперше стали з науковою метою вивчати анатомію людини на трупах.

Для епохи Відродження характерне те, що, починаючи з XVI століття, в умах людей стала дозрівати думка про неспроможність, відсталість, лженауковість теології, схоластики, абсурдність божественного походження світу і людини. Розвиток механіки і техніки, винахід мікроскопа, барометра, термометра та інших приладів сприяли розвитку наук, у тому числі медицини та анатомії.

Лише через два століття, коли вплив церкви на суспільну думку ослаб, професор Болонського університету Беронгаріо де Карії в 1521 р. розкрив більше 100 трупів і зробив коментарі до анатомії Мондінуса. За звинуваченням у вівісекції людей де Карії був вигнаний з університету.

Епоха Відродження була тією епохою, „яка мала потребу в титанах і яка породила танів за силою думки, багатогранності і вченості”. Такі титани появилися і в анатомії. Вони заклали її науковий фундамент. Зачинателем цієї титанічної праці був Леонардо да Вінчі, основоположником Везалій і завершувачем Гарвей.

Леонардо да Вінчі, зацікавившись анатомією як художник, у подальшому захопився нею як наукою, і тому не обмежився вивченням зовнішнього рельєфу людського тіла, а одним із перших став розтинати трупи людей і був істинним новатором у дослідженні будови організму. У своїх рисунках він вперше правильно зобразив різні органи людського тіла.

В Падуї (Італія, Венеційська республіка) жив і працював революціонер анатомії Андрей Везалій (1514-1565) – бельгієць за походженням. Широко застосовувавши розтини трупів Везалій вперше систематично вивчив будову тіла людини. За його авторством вийшло ілюстроване керівництво „Про будову тіла людини в семи книгах”, він усунув багато (понад 200) анатомічних помилок Галена.

XVII ст. було переломним у розвитку медицини і анатомії. На цей період припадає життя і творчість англійського лікаря, анатома і фізіолога Вільяма Гарвея (1578-1657). Так як препарування трупа, введене Везалієм, не могло дати знань про життєдіяльність організму, то Гарвей використав експеримент на тваринах. Препарування і експеримент були тими двома

методами, які дозволили йому дослідити важливий життєвий процес – кровообіг. Завдяки такому підходу Гарвей вперше дав істине уявлення про кровообіг.

Не можна проминути імені і видатного анатома і хірурга М.І. Пирогова (1810-1881), значна частина наукової і практичної діяльності якого проходила в Україні. Він вважається творцем топографічної анатомії. Світову славу Пирогову приніс твір „Хірургічна анатомія судинних стовбурів і фасцій”. Він ввів у анатомію новий метод дослідження – послідовне розпилювання заморожених трупів („льодяна анатомія”) – і на підставі цього методу написав „Повний курс прикладної анатомії” та атлас „топографічна анатомія по розпилах через заморожені трупи”.

Вивчення анатомії не мислимо без препарування трупа. За підручниками та атласами можна зрозуміти лише загальну організацію будови тіла людини, але вивчити анатомію можна тільки на трупі.

Препарування є невід'ємною складовою частиною навчального процесу кафедр анатомії і несе в собі елементи дослідницької діяльності студента, під час якої він не тільки міцно засвоює анатомію, але також виявляє індивідуальні морфологічні особливості будови тіла на відміну від норми, яка описується у відповідних підручниках і посібниках. Таким чином, препарування привчає студента з його перших кроків на медичному терені до самостійного мислення, яке так необхідно при індивідуальному підході до хворої людини в клініці.

Класики не помилялися, коли писали над входом в анатомічні театри старовинний латинський вислів: «Nec lokus est ubi mors gaudet sucurere vitae» (Ось місце, де смерть охоче допомагає життю).

## ПОПУЛЯЦІЙНІ ЧАСТОТИ ДЕЯКИХ МОНОГЕННИХ ОЗНАК ЛЮДИНИ

*Осипко Д. В., Чернецький І. В., Смірнов О. Ю.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

Достатньо велика кількість морфологічних ознак людини є спадковими й моногенними. Це форма й забарвлення волосся та очей, форма вуха, губ, зубів, нігтів, носа, підборіддя, язика тощо. Багато з них вважаються нейтральними, але деякі, наприклад, нездатність згортати язик у трубочку, прирощена мочка вуха, руде волосся, група крові та деякі інші розглядаються як додаткові прогностичні показники щодо розвитку ішемічної хвороби серця, а вміння згортати язик, перерозгинання пальців і зрощені мочки є одними з ознак дисплазії сполучної тканини.

Метою даного дослідження було визначити частоти зустрічальності низки моногенних ознак в популяції. Дослідження проводили серед жителів України, більшість яких є студентами Сумського державного університету. Була обстежена 101 особа (57 жінок і 44 чоловіки), 98% з них – українці.

Здатність згортати язик у трубочку виявлена серед 61% осіб (59,6% жінок і 63,6% чоловіків). Це узгоджується з літературними даними, згідно з якими приблизно 64% європейців здатні згортати язик; також серед старшокласників Кемеровської обл. таких було 70%. Ознака звичайно вважається домінантною, хоча деякі дослідники виявили випадки дискордантності за цією ознакою серед монозиготних близнюків.

Лівшею виявилось 6,9%, що відповідає літературним даним по середній полові Росії – 6,7% (в інших регіонах частоти ліворукості складають: 3,4% у Москві, 6% у Вірменії, 11,2% у Голландії, 33,8% серед аборигенів Таймиру).

Зрощена мочка вуха траплялася з частотою 10,9%, порівну серед осіб жіночої і чоловічої статі, хоча, за даними літератури, серед старшокласників Кемеровської обл. зустрічальність прирощеної мочки вуха серед юнаків склала 15%, а серед дівчат 10% (у середньому 12%).

Перерозгинання пальців спостерігалось серед 68% обстежених (71,9% жінок і 62,8% чоловіків).

Руде волосся мали 4,95% обстежених (незалежно від статі), ямочки на щоках – 31% (40% жінок і 18,6% чоловіків), ямочку на підборідді 28,7% (26,3% жінок і 31,8% чоловіків), діастему – 30,7% (29,8% жінок і 31,8% чоловіків).

Для всіх ознак достовірність різниці результатів серед осіб різної статі перевіряли за методом  $\chi^2$ , різниця виявилася статистично недостовірною, тобто залежності від статі не було виявлено.

Отримані дані можуть слугувати контролем для подальших досліджень щодо виявлення зв'язку між морфологічними ознаками, що вивчалися, та деякими захворюваннями.

## **ІНТЕРЛЕКІНИ СЛИНИ ЯК МАРКЕРИ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ**

*Пачевська А.В.*

*Науковий керівник к.мед.н., доц. Філімонов Ю.В.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра стоматології дитячого віку*

В дослідженні взяли участь 60 дітей віком від 10 до 15 років, які звертались за ортодонтичною допомогою до Вінницької міської стоматологічної поліклініки. 1 групу становили пацієнти, яким була застосована лікувальна незнімна ортодонтична апаратура. 2 групу становили діти із застосуванням знімної ортодонтичної апаратури. Здорові діти становили 3 - контрольну групу. Слину збирали на початку лікування із застосуванням ортодонтичної апаратури ( в перший день звернення до поліклініки), через 3 та 6 місяців, відповідно, від початку лікування. В слині пацієнтів 1 групи зростала активність інтерлейкіну ІІ-1 $\beta$  в період спостереження 3 місяці від початку лікування незнімною ортодонтичною апаратурою. Через 6 місяців від початку застосування незнімної ортодонтичної апаратури рівень інтерлейкіну ІІ-1 $\beta$  в слині пацієнтів продовжував залишатись високим. В слині пацієнтів 2 групи зростала активність інтерлейкіну ІІ-1 $\beta$  в період спостереження 3 та 6 місяців від початку лікування знімною ортодонтичною апаратурою. Динаміка зміни активності інтерлейкіна ІІ- $\beta$  в слині дітей 3 групи протягом періоду спостереження змінювалась – зростала на 3-му місяці і незначно зменшувалась на 6-му місяці. У пацієнтів 1 групи спостерігалось збільшення активності інтерлейкіну ІІ-4. В 2 групі спостерігалось збільшення активності інтерлейкіну ІІ-4 в слині протягом періоду спостереження. В слині здорових дітей динаміка зміни активності інтерлейкіна ІІ- 4 не носила достовірних змін. Виявлено збільшення активності інтерлейкіну ІІ-1 $\beta$  в слині пацієнтів з незнімною апаратурою у період 3-го та 6-го місяців від початку лікування. Застосування знімних апаратів спричиняло значно менше зростання активності інтерлейкіну ІІ-1 $\beta$ . В слині пацієнтів із незнімною ортодонтичною апаратурою зростав вміст інтерлейкіну ІІ-4. Дані активності інтерлейкіну ІІ-1 $\beta$  та інтерлейкіну ІІ-4, отримані у контрольній групі, вказують на можливість сезонних коливань. Отримані дані дають підстави до вивчення препаратів, що мають протизапальні властивості.

## **ЧУТЛИВІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ КОНДЕНСАТУ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА ТА ПОХІДНОГО 3-ОКСИПІРИДИНУ**

*Пирогова К.І., Скрипник М. В. – студ. ІV курсу мед. ф-ту*

*Наукові керівники: доц. Ганчо О.В., проф. Важнича О. М.*

*Кафедра мікробіології, вірусології та імунології; кафедра експериментальної та клінічної фармакології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На разі на ринку лікарських засобів привертають увагу сучасні препарати, отримані з застосуванням нанобіотехнологій. Тому нам здається цікавим вивчити вплив різних дисперсних систем, виготовлених на основі конденсату наночастинок срібла, одержаних за допомогою

електронно-променевої технології в Інституті електрозварювання ім. Б.О. Патона (м. Київ) та модифікованих похідним 3-оксипіридину, на мікроорганізми.

Метою дослідження було визначення антимікробних властивостей дисперсних систем, виготовлених на основі різних комбінацій конденсату наночастинок срібла та похідного 3-оксипіридину.

Для дослідження використовували стандартні штами *S. aureus* ATCC 25923, *S. epidermidis* ATCC 14990, *E. coli* ATCC 25922, *E. faecalis* ATCC 29212, *C. albicans* ATCC10231 та штами *S. aureus*, *S. epidermidis*, *E. faecalis*, *Neisseria sp.*, *Bacillus sp.*, які були виділені з ротової рідини студентів ВДНЗУ «УМСА». Чутливість штамів мікроорганізмів до препаратів вивчали кількісним методом серійних розведень за стандартною методикою, відповідно до наказу МОЗ України за №167 від 05.04.2007 р. «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів». У пробірки вносили 0,1 мл суспензії тест-культур (1000 клітин в 1 мл), 1 мл поживного бульону або середовища Сабуро та 1,0 мл досліджуваної речовини. Контролем були поживні середовища, в які вносили 1 мл дистильованої води замість досліджуваних комбінацій дисперсних систем. Посіви інкубували при 37°C протягом 48 годин, в середовищі Сабуро при 20-25°C протягом 72 годин. Облік результатів проводили за наявністю та характером росту культур на живильному середовищі. В результаті встановлено, що найбільш чутливим музейним штамом виявився *E.coli* ATCC 25922. Музейна культура кишкової палички була високочутливою до комбінацій дисперсних систем, які містили конденсат наночастинок срібла та похідне 3-оксипіридину, дисперговані в дистильованій воді або 10% розчині декстрану. Всі музейні штами (*S. aureus* ATCC 25923, *S. epidermidis* ATCC 14990, *E. coli* ATCC 25922, *E. faecalis* ATCC 29212, *C. albicans* ATCC 10231) були високочутливі до препарату порівняння 0,02% хлоргексидину.

В ході дослідження було виявлено, що наноконпозиції срібла мали більший ефект відносно умовно-патогенних штамів, які були виділені з ротової рідини студентів, ніж до стандартних музейних штамів мікроорганізмів. Це пояснюється зниженою резистентністю умовно-патогенних мікроорганізмів, що персистують в ротовій порожнині в умовах мікробного антагонізму, і періодично піддаються впливу різних протимікробних препаратів (за винятком новосинтезованих).

В результаті встановлено, що найбільш вдалою комбінацією виявилася дисперсна система, яка містила конденсат наночастинок срібла та похідне 3-оксипіридину, дисперговані у 6% водному розчині полівінілпіролідону. Майже усі дослідні ізоляти були чутливі до означеної системи, але епідермальний стафілокок виявився високочутливим у титрі 1:64.

Отриманий результат зумовлений: по-перше, використанням похідного 2,3-оксипіридину в якості антиоксиданту, що потенціює бактерицидний ефект дії наноструктурного срібла; по-друге, застосування полівінілпіралідону або декстрану в якості стабілізатора дозволяє: збільшити швидкість формування міцел, які, окрім зазначених полісахаридів, складаються з наноструктурних частинок срібла та похідного 2,3-оксипіридину; збільшити площу взаємодії отриманої міцели з бактеріальною клітиною; збільшити термін дії даної дисперсної системи та її гіпоалергічність, що може бути перспективним при подальшому використанні на біологічних моделях.

Вважаємо означені комбінації наночастинок срібла та похідного 3-оксипіридину, дисперговані у 6% водному розчині полівінілпіролідону, дистильованій воді або 10% розчині декстрану перспективними для проведення подальшого дослідження *in vivo*.

## НАРИС ПРО ВКЛАД Д.К. ЗАБОЛОТНОГО У БОРТЬБУ З ХОЛЕРОЮ: СТУДЕНТСЬКИЙ ПЕРІОД НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

*Радіонова Д.М., СМ 403*

*Науковий керівник – к.б.н. Липовська В.В.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології*

У наш час ми з гордістю говоримо про те, що світове визнання Данилу Кириловичу принесли його дослідження у галузі мікробіології та епідеміології холери і чуми, хоча висвітлення цих внесків у науку вітчизняні джерела дають дуже обмежено. У зв'язку з цим ми поставили собі за мету дослідити вклад Д.К. Заболотного у боротьбу з холерою у студентські роки.

Основним методом дослідження нашої роботи було проведення пошуку літературних джерел, які висвітлюють події життя Данила Кириловича Заболотного у боротьбі з холерою.

Перші наукові дослідження по вивченню збудника холери Д.К. Заболотний розпочав у 1890 року, працюючи асистентом у Одеській бактеріологічній станції після відрахування його з числа студентів Новоросійського університету. Молодий науковець вивчав етіологічну роль холерного вібріону в захворюванні на холеру, займався отриманням та випробовуванням протихолерної сироватки та створив експериментальну модель холери на ховрахах.

1893 рік – рік, коли у Росії та Україні лютувала холера. Саме в цей рік молодими науковцями був здійснений "... сміливий експеримент, направлений на як найшвидший пошук захисту від холери". У 1893 році 26-річний студент III курсу медичного факультету Київського університету св. Володимира Данило Заболотний разом з прозектором кафедри загальної патології Іваном Григоровичем Савченко та студентом П.І. Статкевичем поставили на собі сміливий, глибоко продуманий дослід, який повністю повторював експеримент, який був здійснений раніше на ховрахах. Науковий керівник молодих ентузіастів В.В. Підвисоцький попереджав їх про великий ризик, але майбутні епідеміологи не відступали. Попередньо молоді експериментатори у березні та квітні 1893 року випили культуру інактивованих холерних вібріонів. Експеримент молоді науковці розпочали 1 травня 1893 року. Про цей небезпечний експеримент у нотатці "Опыт иммунизации человека против холеры" повідомила газета "Русский врач" (№ 20-21 за 1893 р.): "1 травня у 11 годин 30 хвилин натще, попередньо здійснивши нейтралізацію шлунку прийомом 100 мл 1% розчину харчової соди, Д. Заболотний та І. Савченко в присутності професорів В.В. Підвисоцького та Ф.А. Леша, а також робітників лабораторії ізолювались у спеціально відведеному приміщенні та прийняли 0,1 мл розчину 24-годинної бульйонної розводки холерних вібріонів... Одночасно з тієї ж пробірки розводку культури бактерій науковці вприснули у черевну порожнину двом дорослим кроликам... Один з кроликів загинув ввечері, а другий – вночі. Експериментатори навпаки ніяких хворобливих явищ не помітили з початку досліді і до останнього дня, 9 травня, хоча інфікування відбулося. Науковці стали легендою!" Результати цих досліджень були опубліковані у статті "Опыт иммунизации человека против холеры". За допомогою цього експерименту була доведена можливість перорального щеплення проти холери. Одночасно дослід вперше підтвердив вібріоносійство серед здорових людей під час холери.

Підсумовуючи вклад Данила Кириловича Заболотного у боротьбу з холерою на початку своєї наукової діяльності можна стверджувати, що науковець довів можливість та ефективність перорального щеплення проти холери, підтвердив факт вібріоносійства серед людей під час спалаху холери та створив експериментальну модель холери на ховрахах.

## СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ВНУТРІШНЬООЧНІЙ РІДИНІ ПЕРЕДНЬОЇ КАМЕРИ ОКА КРОЛІВ З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ НА ТЛІ ГІПОТИРОЗУ

*Савчук З.Л.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», кафедра клініко-лабораторної діагностики*

Перебіг опікової травми залежить від чисельних факторів, які впливають на реактивність організму. Серед них значна роль відводиться стану ендокринної регуляції організму. В структурі ендокринної патології одне із провідних місць посідає гіпотироз.

Метою роботи було дослідити стпн антиоксидантної системи у кролів з хімічним опіком рогівки на тлі супутнього гіпотирозу.

Досліди провели на статевозрілих кролях масою 2,5–3 кг. Гіпотироз моделювали шляхом внутрішньошлункового уведення мерказолілу у дозі 10 мг/кг протягом 60-ти днів. Опікову травму рогівки викликали шляхом аплікації на її поверхню фільтрувального паперу діаметром 5 мм, змоченого у 1 N розчині натрій гідроксиду протягом 30 секунд. Маніпуляції проводили під епібульбарною анестезією 0,5 % розчином алкаїну та ретробульбарною анестезією 2 % розчином лідокаїну. Групу порівняння склали евтироїдні тварини з хімічним опіком рогівки. Контрольну групу склали інтактні кролі. Дослідження проводили на 7-у і 21-у доби від моменту нанесення опіку.

Для дослідження антиоксидантного статусу визначали супероксиддисмутазу (СОД) і каталазу (КТ) активність і концентрацію відновленого глутатіону (ВГ) у внутрішньоочній рідині передньої камери ока.

Отримані результати вказують на фазовість змін досліджуваних показників. Зокрема, СОД у групі евтироїдних тварин з хімічним опіком рогівки суттєво знизилась і склала 61 % від рівня здорових кролів, тоді як до 21-ї доби вона навіть перевищувала норму і склала 116 %. У групі тварин, яким опікову травму моделювали на тлі гіпотирозу також спостерігалось значне зниження ензимної активності на 7-му добу дослідження (56 %), однак і до 21-ї доби відновлення не спостерігалось – СОД склала 81 % від норми.

Каталазна активність у евтироїдних тварин була вищою протягом усього терміну спостереження і складала 113 і 104 % відповідно, тоді як у тварин з гіпотирозом після зростання на 7-у добу (109 %), до 21-ї доби спостерігалось зниження КТ і до кінця терміну спостереження вона склала 94 % від норми.

Концентрація ВГ була нижчою за норму в обох групах тварин, однак, якщо за нормального рівня гормонів щитоподібної залози показники знаходились на рівні 78 і 70 %, то в гіпотироїдних тварин вони були меншими – відповідно 70 і 57 %.

Отже, у кролів з хімічним опіком рогівки на тлі гіпотирозу спостерігається пригнічення антиоксидантного захисту, що веде до накопичення недоокиснених продуктів обміну у вигляді вільних радикалів.

## НАНОРОЗМІРНІ БІОМАТЕРІАЛИ ДЛЯ ОРТОПЕДІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ

*Салогуб А. О.*

*Науковий керівник – член-кореспондент НАН України Суходуб Л. Ф.*

*Сумський державний університет, лабораторія «Біонаноккомпозит»*

У зв'язку з швидким розвитком нанотехнології, потенційні можливості нанорозмірних і нанокристалічних ортофосфатів кальцію привернули значну увагу, завдяки позитивним результатам, а саме: прискореного відновлення кісткової тканини і підвищенню фіксації імплантату, а завдяки високій біоактивності, пластичності й здатності затвердівати впродовж деякого часу.

Основною причиною використання ортофосфатів кальцію як матеріалів для кісткової тканини є ідентичність їх хімічного складу кісток і зубів. Це призводить до фізико-хімічного

зв'язку між імплантатами і кісткою, для якої прийнято термін остеоінтеграція, більш того, відомо, що ортофосфати кальцію сприяють адгезії та зростанню остеобластів.

Більшість досліджень показали, що наноструктурований гідроксиапатит може покращувати прикріплення клітин і прискорювати процеси мінералізації *in vivo*, що говорить про перспективність використання гідроксиапатиту в клінічних дослідженнях завдяки його високій біоактивності. У свою чергу, біологічна мінералізація — це процес формування неорганічних матеріалів *in vivo*. При протіканні процесів біомінералізації протеїнові макромолекули регулюють формування центрів кристалізації, росту, морфологію і агрегацію неорганічних кристалів. Біологічно сформовані ортофосфати кальцію завжди є нанорозмірними.

За допомогою інфрачервоного спектрометра на основі Фур'є перетворення Agilent Cary 63 FTIR (компанія Agilent Technologies, США), в якому застосовується сучасний метод ідентифікації молекулярних сполук і їх кількісного аналізу, була досліджена структура синтезованого композитного біоматеріалу «альгінат». Порівняння ІЧ спектрів для чистого ГА, Альгінату і Альгінату підтверджує взаємодії між ГА та Альгінатом. А використовуючи віскозіметричний метод аналізу, були визначені молекулярні маси деяких полімерних матеріалів, шляхом вимірювання характеристичної в'язкості розчинів даних полімерів.

Таким чином, нанорозмірні форми штучно синтезованих біоматеріалів представляють із себе перспективні матеріали для ортопедичних і стоматологічних імплантів з поліпшеними біологічними і біомеханічними властивостями.

## МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ

Самохін Є.О.

Науковий керівник – д-р мед. наук, професор Каплін М.М.

Сумський державний університет,

кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Загальна поширеність захворювання на хронічний простатит - близько 5-10% серед чоловічого населення (поширеність всіх видів простатиту - близько 30%). Найбільш частий вік розвитку захворювання - близько 20 - 42 років. В даний час значимість наслідків даного захворювання визначається не тільки тілесними стражданнями, але і вираженим зниженням якості життя, яке може бути порівняно з пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда або страждаючими хронічними захворюваннями. Порівняно молодий вік, життєва активність пацієнтів, що страждають на цю хворобу, робить тему актуальною для розгляду.

Відповідно до критеріїв Американського Національного Інституту Охорони здоров'я (NIH USA) від 1995 р. розрізняємо чотири категорії простатиту:

Гострий (бактеріальний) простатит

Хронічний бактеріальний простатит

Хронічний небактеріальний простатит .

Асимптоматичний хронічний простатит

У даному дослідженні було включено 30 хворих на простатит. Серед даних, які порівнювались, були порівняння наявності чи відсутності патологічних мікроорганізмів у пацієнтів, ефективність використання різних антибіотиків під час лікування хвороби. При обстеженні пацієнтів бактеріологічними методами патогенні мікроорганізми були виявлені у 23 пацієнтів (76,6%) з досліджуваної групи. Було виявлено присутність патогенних мікроорганізмів, переважно урогенітальної групи. Кількість випадків інфекціонування розділилась наступним чином: *Staphylococcus aureus* – 35%, *Staphylococcus spp.*- 10% , *Escherichia coli* – 10%, *Staphylococcus saprophyticus* – 10%, *Citrobacter spp.* – 7%, *Candida spp.*- 4%, *Cystidis* – 4%, *Enterococcus faecalis* – 4%, *Proteus spp.* – 4% , *Pseudomonas aeruginosa* – 4%, *Staphylococcus epidermidis* – 3%, *Staphylococcus haemolyticus* – 3%, *Streptococcus pyogenes* – 3%, *Serratia spp.*- 3%, *Streptococcus spp.* – 3%.

Сім пацієнтів з досліджуваної групи були носіями декількох патогенних видів мікроорганізмів одночасно, що складає 23,3%. Клінічна картина їх зараження бактерією



*Staphylococcus aureus* доповнювалась зараженням *Candida spp.*, *Escherichia coli*, *Citrobacter spp.*, *Enterococcus faecalis*.

Під час лікування пацієнтів використовувалися різні протибактеріальні препарати – антибіотики. Найкращі результати лікування були отримані після використання Норфлуксацина, Фурагіна, Меропенема, до яких були чутливими виявлені бактерії.

Дослідивши вказані факти, ми прийшли до висновку, що прояви хронічного простатиту дивно різноманітні, у кожного хворого це захворювання може протікати по своєму і, звичайно, кожен пацієнт потребує індивідуального підходу до лікування.

## МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГЕНЬ ЩУРІВ ЗРІЛОГО ВІКУ ПРИ ДЕГІДРАЦІЙНИХ ПОРУШЕННЯХ ОРГАНІЗМУ

*Сапожніков О.П., аспірант*

*Максимова О.С., студентка*

*Науковий керівник – професор Ткач Г.Ф.*

*Сумський державний університет, кафедра анатомії людини*

Відомо, що стан нашого організму залежить від циркуляції в ньому рідини. Вода є основним середовищем, в якому відбувається практично всі біохімічні процеси. Навіть невеликий дефіцит вологи в організмі призводить до важких порушень у структурі й функціонуванні органів, зокрема й легень.

Метою даного дослідження стало вивчення морфологічних змін легень щурів зрілого віку при дегідратійних порушеннях організму.

Експеримент проведено на 20 білих щурах зрілого віку (7-9 місяців), які були розділені на контрольну й піддослідну групи по 10 щурів. В експериментальній групі моделювали загальну дегідратацію за А.Д.Соболевою важкого (сублетального) ступеня, коли різниця у вмісті загальної вологи у дослідної та контрольної груп складає вище 10%. Цей ступінь дегідратації досягався протягом 10-12 днів експерименту, шляхом перебування тварин на повністю безводній дієті. Як їжу вони отримували гранульований комбікорм. Щурів забивали шляхом декапітації.

Вивчення органометричних показників проводили за допомогою електронних терезів, штангенциркуля; гістологічне вивчення препаратів здійснювали на світловому мікроскопі Olympus BH-2 (Японія) (бінокляр  $\times 10$ ,  $\times 15$ , об'єктиви  $\times 10$ ,  $\times 20$ ,  $\times 40$ ); мікроморфометричні виміри проводили у динамічному режимі з використанням універсальної обчислювальної програми «Відео Розмір 5.0» та «Відео Тест 5.0».

Маса тіла тварин піддослідної групи зменшилась на 12,31%, у порівнянні з контрольними тваринами. Органометричні дослідження легень піддослідної групи виявили зменшення абсолютної маси й об'єму легень у порівнянні з контролем на 5,41% й 4,75% відповідно. Морфометричні вимірювання альвеолярних комплексів у порівнянні з контрольною групою тварин виявило наступні показники: ширина альвеоли зменшується на 21,63%; глибина альвеоли зменшується на 18,43%; ширина входу альвеоли зменшується на 9,81%; ширина провідного відділу респіраторної бронхіоли зменшується на 2,26%.

Таким чином, органометричний аналіз легень щурів зрілого віку в умовах загальної дегідратації важкого ступеня показав зменшення маси й об'єму легень. Морфологічними проявами яких є зменшення основних розмірів у будові альвеол та провідного відділу респіраторних бронхіол.

## УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ У ЛЕГЕНЯХ ЩУРІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ

*Сапожніков О.П., аспірант*

*Максимова О.С., студентка*

*Науковий керівник – професор Ткач Г.Ф.*

*Сумський державний університет, кафедра анатомії людини*

Вода є найважливішим компонентом організму людини. За її участю відбувається синтез компонентів клітини, підтримання гомеостазу. Дефіцит води в організмі людини призводить до важких порушень у структурі й функціонуванні органів, які підтримують сталість складу та властивостей організму, зокрема і в легенях.

Тому метою даного дослідження стало вивчення особливостей ультраструктурних змін легень щурів молодого віку за умов впливу дегідратації.

Експеримент проведено на 20 білих щурах молодого віку (4-6 місяців), які були поділенні на контрольну й піддослідну групи по 10 щурів. В експериментальній групі моделювали загальну дегідратацію за А.Д.Соболевою середнього ступеня, коли різниця у вмісті загальної вологи у дослідної та контрольної груп складає 6-10%. Цей ступінь дегідратації досягався протягом 6-7 днів експерименту, шляхом перебування тварин на повністю безводній дієті. Як їжу вони отримували гранульований комбікорм. Щурів забивали шляхом декапітації.

Дослідження ультрамікрорізів проводили за допомогою електронного мікроскопу ПЕМ-100м (Суми, Україна) при прискорюючій напрузі 75–100 кВ. Ультрамікроморфометрію здійснювали у динамічному режимі з вимірюванням товщини всього аерогематичного бар'єру та окремо ендотеліоцитів, альвеолоцитів та інтерстиційного простору за допомогою програм «Відео Розмір 5.0» та «Відео Тест 5.0».

Так вищезазначені показники аерогематичного бар'єру та окремих його компонентів тварин експериментальної групи у порівнянні з контрольною групою змінилися наступним чином: товщина всього аерогематичного бар'єру зменшилась на 11,23%, із них за рахунок зменшення товщини відростка альвеолоцита 1-го типу зменшення відбулось на 26,54%, товщини ендотеліоцита в його безядерній ділянці на 32,34%, а за рахунок товщини інтерстиційного простору на 41,12%.

Таким чином, ультраморфометричний аналіз легень щурів молодого віку в умовах загальної дегідратації середнього ступеня, показав зменшення товщини аерогематичного бар'єру.

## СПІВВІДНОШЕННЯ ВОДНИХ ФРАКЦІЙ В РІЗНИХ ТИПАХ КІСТОК У НОРМІ

*Свириденко Д.Ю.<sup>1</sup>, Юрченко В.Ю.<sup>1</sup>, Гусак Є.В., Гордієнко О.В., СумДУ*

*Кафедра нормальної анатомії людини*

Рідинний сектор кісткової тканини в середньому складає до 20% всієї маси і розділений на внутрішньоклітинну (зв'язану та структурну) та позаклітинну (вільну, або мобільну) воду. За рахунок різних конформацій вода впливає на механічні властивості кісткової тканини через взаємодію з мінеральною та органічною фазами. Зміни рідинної фракції кісткової тканини можуть негативно впливати на біохімічні процеси, змінювати механічні властивості та чутливість до ефекторних сигналів.

Тому метою нашої роботи було визначення співвідношення водних фракцій у тканинах кісток різного типу в нормі.

В експерименті були використані лабораторні щури самці 5-ти місячного віку. В експерименті вивчався вміст води у тазовій кістці, тілах хребців, епіфізах та діафізах великогомілкової та стегнової кісток. Зразки механічно очищали від м'яких тканин та зважували з точністю до 0,001г. Далі проводили зважування після температурної обробки – 20 °С, 40 °С, 100 °С, 200 °С, 600 °С для визначення вмісту води з різною локалізацією, типом і енергією зв'язування у кістковій тканині.

Аналіз даних показав, що середній вміст вільної води, втраченої за температури 100°C складає 20%, із яких пластинчатій кістковій тканині належить 10%, тоді як губчатій до 27%. Основний відсоток даної фракції втрачається за температури 20 °С, що відповідає рідині мікросудин, Гаверсових каналів та лакунарно-каналіцевої системи. Втрата маси після відпалу за 200 °С більша у зразках з губчатою кістковою тканиною, що підтверджується більшим вмістом органічного компоненту. Проте різниця мас відпалених зразків при 200 °С та 600 °С майже не відрізняється.

Отримані дані свідчать про вагомий вплив позаклітинної води у структурі кісткової тканини. Досліджені параметри можуть бути використані для вивчення патологічних станів та ролі у них водної фази.

## БІОАКТИВНІ АПАТИТ – БІОПОЛІМЕРНІ МАТЕРІАЛИ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ТКАНИН

*Смородська О.М.*

*Науковий керівник – член-кор. НАН України, проф., д-р ф-м. наук Суходуб Л. Ф.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра біофізики, біохімії, фармакології та біомолекулярної інженерії*

Існує багато випадків в травматичній хірургії, коли кісткові тканини повинні бути заміщені (важкі переломи, видалення пухлин, черепно-лицеві травми, тощо). Оптимальним біоматеріалом є аутологічний матеріал від самого пацієнта, але його, як правило, завжди недостатньо. Матеріал від інших донорів має певний ризик інфекції та імунної реакції. Тому, були запроваджені різні синтетичні матеріали, які мають низку переваг: відсутність проблем з виготовленням у необхідній кількості, висока біологічна сумісність, остеокондуктивність, відсутність імунної реакції.

*Мета:* синтезувати нанокомпозитні матеріали (НМ) на основі біополімерів хітозану, альгілату та дрібнодисперсного гідроксиапатиту (ГА), дослідити пористість, набухання та біосумісність отриманих зразків.

*Матеріали та методи:* Для синтезу були використані: ГА (лабораторія Біонанокомпозит, СумДУ), хітозан М.М.39 кДа, ступінь деацетилювання 85% («Біопрогрес», Москва), натрію альгілат харчовий (Китай), полівініловий спирт, натрієва сіль карбоксиметилцелюлози харчова (Німеччина), оксид цирконію (“Sigma”).

Отримані зразки досліджено методом рентгенівської дифракції, для визначення фазового складу НМ. Для визначення біоактивності *in vitro* використали розчин SBF, а пористості отриманих НМ – зразок поміщали в мірний циліндр із етанолом, і витримували протягом 30 хв., витягували з циліндра, зважували і відзначали об'єм спирту, що залишився. Рівноважний ступінь набухання НМ вивчали ваговим методом.

*Результати дослідження:* Результати рентгеноструктурного аналізу показали, що основною фазою є дрібнодисперсний ГА. На рентгенограмах зразків ГА+полімер+ZrO<sub>2</sub> присутній основний пік фази ZrO<sub>2</sub>. Серед усіх отриманих зразків найбільшим ступенем набухання характеризуються зразки Alg+Ch+ГА та Alg+Ch+ГА+ZrO<sub>2</sub>; значення ступеня набухання в 4-5 разів перевищує значення пористості даних матеріалів. Також треба відмітити, що присутність оксиду цирконію знижує ступінь набухання отриманих зразків, водночас підвищуючи пористість даних НМ.

*Висновки:* Фазовий склад одержаних композитів підтверджено методом рентгенівської дифракції. Досліджено пористість та набухання отриманих зразків. Визначено, що отриманим матеріалам властива біосумісність, що вказує на взаємодію кальцій-фосфатів із фізіологічним розчином.

## НАУКОВА СПАДЩИНА ФРАНЦА НІССЛЯ

*О. Сухонос (студентка I курс)*

*Науковий керівник : доц.Л.В.Васько*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра патанатомії*

На сьогоднішній день велике значення мають наукові дослідження в області медицини, основою для яких слугують відкриття вчених минулого та позаминулого століть, тож ми повинні пам'ятати тих першопрохідців, завдяки яким медична наука зробила великий крок вперед, дозволивши нам поглиблювати та вдосконалювати науковий кругозір, проводити нові дослідження та робити наукові відкриття.

Метою нашої роботи було ознайомитися з існуючими в літературі даними про життєвий шлях Франца Ніссля як відомого німецького лікаря і гістолога та зробити пошук і аналіз його наукових досягнень, результати яких і на сьогодні мають важливе значення у психіатрії та неврології.

Франц Ніссль народився 3 вересня 1860 року у Франкенталі (нині Пфальц, Німеччина) в сім'ї Теодора Ніссля і Марії Хаас. У 1885 році закінчив медичний факультет Мюнхенського університету, займався психіатрією. З 1885 по 1888 рік працював асистентом у лікарні Мюнхена під керівництвом Бернарда Гуддена. Через рік став лікарем у Веймарі. Був особистим лікарем Баварського короля Отто. Плідно займався дослідженнями нервових патологій і психічних захворювань, пов'язуючи їх зі змінами в клітинах глії, елементах крові, кровоносних судин і тканин головного мозку. У 1895 році займав посаду лікаря у психіатричній клініці у місті Гейдельберг (німецький психіатр Еміль Крепелін запросив його на цю посаду), де з 1901 року був професором, а з 1904 року - директором. З 1918 року і до кінця життя (11 серпня 1919 року) жив у Мюнхені. Протягом усього життя цікавився неврологією, зокрема вивчав тонку будову центральної нервової системи, займався розробкою методів дослідження її елементів. Був найближчим другом і співавтором Алоїса Альцгеймера. Франц Ніссль ніколи не одружувався, все життя присвятивши науці. Був прихильником класичної музики. Мав чудовий музичний слух, грав на фортепіано.

У 19 столітті, в епоху панування ідей клітинної теорії Вірхова, було важко зрозуміти, що саме є причиною захворювань головного мозку. Стало зрозумілим, що за допомогою нормальної анатомії вирішити це питання було неможливо. Тож природно було дійти висновку, що тільки за допомогою гістопатології клітин можна з'ясувати першопричини порушень. Згідно з цим, Бернард Гудден (професор психіатрії Мюнхенського медичного університету) у 1884 році оголосив конкурс на тему: «Патологічні зміни клітин у корі головного мозку». Премію отримав двадцятичотирирічний Франц Ніссль, який на той час був студентом. Він використав етиловий спирт, як матеріал для фіксації шматочків кори головного мозку, а також вперше запропонував і використав метиленовий синій для фарбування структур, що дозволило виявити деякі нові компоненти нервових клітин. Пізніше, у 1885 році, молодий вчений написав і захистив дисертацію на цю тему.

У 1892-1894 рр. Франц Ніссль запропонував новий спосіб фарбування нервової тканини. Пізніше цей метод буде називатися його ім'ям (метод Ніссля). Цей спосіб полягає у фарбуванні нервової клітини (а саме її ендоплазматичного ретикулуму), використовуючи основні барвники (анілін, тіонін, крезоловий фіолетовий). При цьому РНК забарвлюється у синій колір, а важливі структурні компоненти клітини стають більш помітними. Гранулярна ендоплазматична сітка забарвлюється у темно-синій колір (у зв'язку із розташуванням на ній рибосомальної РНК), а сама цитоплазма клітини стає плямистою. Окремі гранули позаядерної РНК отримали назву «зернистість Ніссля» (субстанція Ніссля, базофільна субстанція). Їхня функція, в першу чергу, полягає у синтезі білків для міжклітинного використання. Субстанція Ніссля, при дії негативних факторів зовнішнього середовища та патологічних станах, може розчинятися і з часом зникати (хроматоліз), що надає визначальну роль у правильному діагностуванні хвороб.

Франсу Ніслю належить відкриття такого явища як хроматоліз (зменшення та зникнення базofilної субстанції) та набухання цитоплазми нейрона при пошкодженні аксона. Дане явище отримало назву первинного подразнення Ніссля.

Виявив гіпертрофовані астроцити – зрілі гліальні клітини зірчастої форми з великим тілом і тонкими відростками, що спостерігаються в астроцитомах (гліальних пухлинах головного мозку). Пізніше стали називатися «відкормленими» астроцитами Ніссля (гіпертрофованими астроцитами Ніссля).

Під час поїздки у Франкфурт познайомився з Алоїсом Альцгеймером (німецьким психіатром та неврологом). Вони стали близькими друзями. За сім років плідної сумісної праці (1904-1909 рр.) вони видали шеститомну енциклопедію «Гістологія та гістопатологія кори головного мозку».

Увів люмбальну пункцію, яку винайшов Квінке, у широке використання клініцистами, за що отримав друге ім'я – Punctator Maximus.

На початку 1919 року вивчав нервовий з'язок між клітинами головного мозку людини і ядрами таламуса. Він був у самому розпалі цього дослідження не момент його смерті.

Франц Нісль, можливо, був найвидатнішим невропатологом свого часу.

У особі Ніссля психіатрія отримала основу для створення того, чого вона довгий час була позбавлена в протилежність соматичної медицині, а саме: патологічну анатомію, як критерій для природного розмежування душевних хвороб. Учений з'явився у той час, коли панувало значне розчарування з питання про анатомію психозів. За допомогою гістології нервових клітин науковець пролив світло на захворювання мозку, залишивши свої праці цілому поколінню нащадків. Прикладом цього можуть слугувати слова самого науковця: «Як тільки ми погодимося побачити у всіх психічних розладах клінічний прояв захворювань кори головного мозку, ми усунемо перешкоди які створюють неможливість погодження між психіатрами».

## СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СУДИН СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ІНТОКСИКАЦІЇ СОЛЯМИ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

*Тимошенко О.О., аспірант; Масленко А.О., студентка; Ткач Г.Ф. професор  
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Скелетні м'язи характеризуються масивним розвитком судинної сітки, яка необхідна для їх повноцінного функціонування та життєдіяльності. Однак зміни, що розвиваються під дією важких металів у судинах скелетної мускулатури поки залишаються недостатньо вивченими.

Тому метою нашої роботи стало вивчення структурних змін судин дрібного калібру скелетних м'язів щурів різних вікових груп, що виникають унаслідок токсичного впливу на організм солей важких металів.

Робота виконана на 108 білих безпородних щурах. Тварин розділяли на дослідну і контрольну групи (по 54 у кожній). Далі щурів ділили на три підгрупи за віковою ознакою: молоді, зрілі і старечі. Протягом 90 днів істоти дослідної групи отримували питну воду з таким вмістом солей важких металів:  $ZnSO_4$  (50 мг/л),  $K_2Cr_2O_7$  (10 мг/л),  $Pb(NO_3)_2$  (3 мг/л). Щури контрольної групи отримували питну воду. Кожні 30 діб проводився забій шести тварин з кожної підгрупи шляхом декапітації. Для дослідження брали латеральну головку триголового м'яза литки. Проводили вимірювання діаметра капіляра (ДК), діаметра вени (ДВ), діаметра артеріоли (ДА) і проводили розрахунок артеріоло-веноулярного коефіцієнта (АВК).

Показники морфометрії судин посмугованих м'язів щурів молодого віку після тримісячного експерименту виявили зменшення ДК і ДА на 14,25% ( $p < 0,001$ ) та 6,03% ( $p < 0,05$ ) відповідно. ДВ став більше на 10,86% ( $p < 0,001$ ). АВК зменшився на 15,24% ( $p < 0,001$ ). Зміни шуканих показників дорослих тварин після трьох місяців отруєння проявились зростанням ДВ на 10,99% ( $p < 0,05$ ), зменшенням ДК на 14,56% ( $p < 0,001$ ), ДА – на 5,85% ( $p < 0,05$ ), АВК – 15,17% ( $p < 0,001$ ). У старечих щурів експериментальної групи спостерігалось зменшення ДК і ДА на

14,02% ( $p < 0,001$ ) і 9,11% ( $p < 0,05$ ) відповідно. ДВ збільшився на 13,69% ( $p < 0,001$ ), показник АВК став меншим на 20,05% ( $p < 0,001$ ).

Отже, за умов впливу солей важких металів відзначається зростання діаметра венул (за рахунок порушення венозного відтоку) і зменшення діаметра капілярів і артеріол (за рахунок посилення склеротичних процесів) з відповідним зменшенням артеріоло-венулярного коефіцієнта.

## **РОЛЬ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ПРАКТИЧНО СПРЯМОВАНИХ ЗНАНЬ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ**

*Удовиченко Б.Я., студентка 2 курсу, Коростіль С.О., студент 2 курсу,*

*Гребеник Л.І., к. б. н., доц.*

*Сумський державний університет*

Фундаментальні дисципліни, що вивчають студенти у вищих медичних навчальних закладах, покликані створити міцні базові умови для подальшого вивчення клінічних дисциплін. Студенти молодших курсів мотивовані на вивчення анатомії, гістології, біохімії та ін. завдяки існуванню простого, на перший погляд, пояснення, що все це знадобиться у майбутньому для глибокого розуміння хвороб та підходів до їх лікування. На жаль, існування тези-заклику «Потрібно!» не завжди буває переконливим. Сьогодні студенти хочуть мати реальні приклади того, як фундаментальні знання «працюють» у конкретних клінічних ситуаціях.

Завдяки участі СумДУ у грантовій програмі «Tempus» студенти другого курсу медичного інституту мають можливість навчатися за експериментальною програмою, що передбачає наявність занять з проблемно-орієнтовного навчання (Problem-based learning – PBL). Аналіз роботи студентів на протязі осіннього семестру поточного навчального року показав, що система PBL є яскравим прикладом можливості використання знань з фундаментальних дисциплін при вивченні конкретних клінічних ситуацій («кейсів») з практики лікарів Великої Британії, які адаптовані до умов праці та життя лікарів і пацієнтів нашої країни.

Серед студентів, що навчалися за експериментальною програмою протягом семестру, було проведене опитування, одним з завдань якого передбачалось визначення трьох дисциплін, знання яких стали найбільш актуальними при вивченні «кейсів». Безперечним лідером в цьому списку стала «Нормальна анатомія людини», яку відмітили 81% респондентів. Дійсно, в кожному з 15 «кейсів», що студенти вивчили за цей час, питання з анатомії були домінуючими.

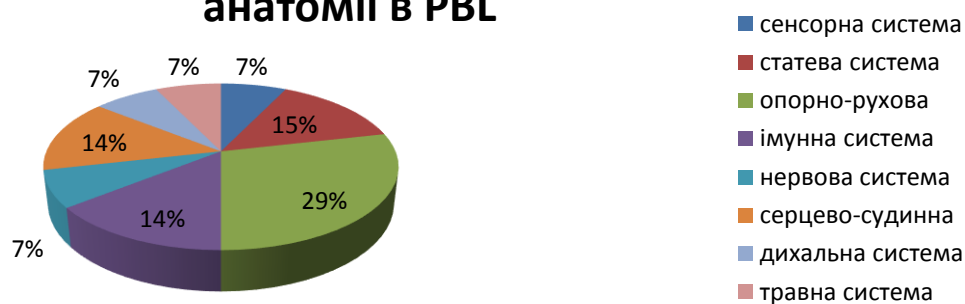
На нашу думку, система PBL відкриває реальну практичну цінність анатомії для студентів-майбутніх лікарів на перших курсах, оскільки саме знання з нормальної анатомії людини допомагають в інтерпретації конкретних клінічних випадків. Таким чином, досвід навчання у системі PBL доводить, що наявність міцного фундаменту анатомічних знань дозволяє швидше орієнтуватися у клінічній ситуації навіть студентам-медикам молодших

курсів.

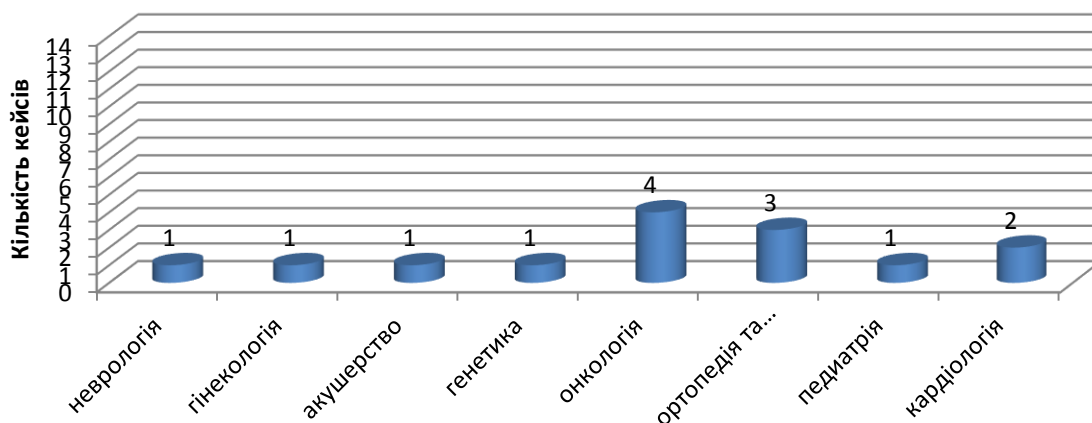
**Діаграма №1**  
**Співвідношення розділів анатомії до кількості кейсів**



**Діаграма №2**  
**Співвідношення кількості домінуючих тем по анатомії в PBL**



**Діаграма №3**  
**Зв'язок клінічних дисциплін з методикою PBL**



## КОНСТРУЮВАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРУКТУРОЛОГІЧНИХ СХЕМ ТА ТАБЛИЦЬ У ВИВЧЕННІ АНАТОМІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

*Удовиченко Б.Я., студентка 2 курсу*

*Науковий керівник – к.м.н., асистент Приходько О.О.*

*Сумський державний університет, кафедра анатомії людини*

Нормальна анатомія людини – основна фундаментальна дисципліна, що розкриває перед студентами найважливіші закономірності будови тіла людини та є ключовою інтеграційною ланкою у процесі вивчення усіх клінічних дисциплін і в майбутній професійній діяльності.

Заключною частиною вивчення розділу анатомії є «Нервова система». Результати проведеного бліц-опитування свідчать, що для 72% респондентів найскладнішим у засвоєнні та підготовці до іспиту видався даний розділ. Отримання ґрунтовних знань з цієї частини анатомії важливе для вивчення фізіології, топографічної анатомії та оперативної хірургії, пропедевтики та неврології. Вивчення цієї теми потребує структурологічного, конкретного, раціонального, концептуального мислення, яке пов'язує попередню тему з наступною, інтегрує раніше отримані знання в наявну ситуацію та вибудовує в мозку цільний пазл. Оскільки більшості студентів характерне наочно-образне, недискурсивне мислення, нашим завданням стало зробити цю тему максимально адаптованою для сприйняття та запам'ятовування. Для цього виключно нами був розроблений методичний посібник «Анатомія нервової системи в таблицях і схемах» /Б.Я.Удовиченко. – Суми: СумДУ, 2015. Цей посібник з анатомії нервової системи містить 35 тем, зміст яких відповідає навчальному плану студентів медичного інституту. Із метою оптимізації навчально-пізнавального процесу основний матеріал викладено у вигляді таблиць, а також графічних структур. Схеми та таблиці були побудовані в програмах Microsoft Word та Avatan з урахуванням найскладніших морфологічних та функціональних моментів. Завдяки наочності і доступності матеріалу, посібник забезпечує ефективне засвоєння предмета при виконанні домашніх завдань та підготовці до занять, заліків та іспитів. Зведені таблиці-характеристики, схеми та малюнки дозволяють студентам швидко повторити вивчений матеріал, а також доповнити і розширити свої знання з нормальної анатомії людини. І, на кінець, це перший в сучасній історії посібник із медико-біологічного предмету, написаний студентом II курсу, який тільки-но вивчив цю чудову, дуже змістовну і вкрай необхідну для майбутнього лікаря дисципліну – анатомію людини.

### МЕТОДИКА ПРЕПАРУВАННЯ СІДНИЧНОЇ ДІЛЯНКИ (REGIO GLUTEALIS)

*Устьянський О. О., доцент, Зелений М. Г., студ. 2-го курсу,*

*Лисун А. Д., Недбай А. С., студ. 1-го курсу*

*СумДУ, Кафедра анатомії людини*

Сіднична ділянка є об'єктом оперативних втручань при защемленні сідничного нерва, пролежнях, пластичних операціях при збільшенні або зменшенні сідниць (глютеопластика), постін'єкційних абсцесах та ін. Вона має форму неправильного чотирикутника і обмежена вгорі – клубовим гребенем, внизу – сідничною борозною, медіально – серединною лінією крижової кістки та куприка, латерально – лінією, проведеною від верхньої клубової ості до великого вертлюга. Має індивідуально виражену товщину м'яких тканин. На відносно невеликій площі ділянки сконцентровані різні за будовою та походженням тканини: шкіра з підшкірною клітковиною, м'язи в оточенні фасціальних листків, судини та нерви, що виходять через отвори з порожнини таза.

Для препарування ділянки ми виконуємо наступні розрізи:

- 1) горизонтальний – по гребеню клубової кістки;
- 2) вертикальний – по серединній лінії, проведений – через крижову кістку та куприк;
- 3) горизонтальний – по сідничній борозні.



За нашою методикою препарування шкіри починаємо від серединного розрізу, поступово відводячи шкірний клапоть назовні, до латеральної межі ділянки. Під час бережного препарування важливо в підшкірній клітковині своєчасно відшукати та зберегти верхні, середні і нижні нерви сідниці. З метою збереження гілок до промежини і нижніх нервів сідниці, горизонтальний розріз по сідничній борозні ми проводимо з особливою ретельністю, неглибоко, до підшкірної жирової клітковини. Після препарування шкіри та відведення її клаптя назовні приступаємо до препарування великого сідничного м'язу. Препарування цього м'яза має свої особливості, пов'язані з його грубоволокнистою будовою та значною кількістю жирової клітковини, що заповнює проміжки між м'язовими волокнами. Разом з жировою клітковиною видалається поверхневий листок сідничної фасції. Біля нижнього краю м'яза він збігається з глибоким листком і переходить в широку фасцію стегна, утворюючи значне потовщення. Це потовщення ми зберігаємо тому, що під ним міститься задній шкірний нерв стегна і його гілки. Під глибоким сідничним м'язом міститься глибока пластинка сідничної фасції. Наступний етап препарування м'яза полягає в мануальному відокремленні його від шару жирової клітковини та глибоких м'язів, судин і нервів. Відпрепарований таким чином великий сідничний м'яз перетинається дугоподібним розтином, що проходить приблизно посередині м'яза перпендикулярно до його волокон. При розведенні частин м'яза відкривається глибокий клітковинний простір. Препарування цього простору починаємо з середнього сідничного м'яза, що мануально відокремлюється від малого сідничного м'яза. З порожнини малого таза до великого вертлюга стегнової кістки через великий сідничний отвір виходить грушоподібний м'яз, утворюючи над- та підгрушоподібні отвори. В деяких випадках ми спостерігали два черевця грушоподібного м'яза. При цьому підгрушоподібний отвір складався із двох щілин. В надгрушоподібному отворі, що міститься між верхнім краєм великої сідничної вирізки та грушоподібним м'язом, препаруємо верхній сідничний судинно-нервовий пучок. В підгрушоподібному отворі препаруємо: сідничний нерв з його супутньою артерією, задній шкірний нерв стегна, нижній сідничний судинно-нервовий пучок та соромітний судинно-нервовий пучок, розташований більш досередини. З малого сідничного отвору до стегнової кістки прямує внутрішній затульний м'яз та близнюкові м'язи (верхній і нижній). Відпрепарована за нашою методикою стегнова ділянка зберігає всі нерви та судини і дозволяє оглянути та вивчити деталі її будови.

## ЗНАЧЕННЯ ЕПОНІМІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ

*Филенко Д.М., Ройко В.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Пелипенко Л.Б.  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,  
кафедра гістології, цитології та ембріології*

Епоніми (від гр. *εponυμος* – той, що дає ім'я) – власні назви на позначення конкретних носіїв імені, від яких утворено спеціальні мовні одиниці. Важко уявити галузь медицини, в якій, в тій чи іншій мірі, не використовувалися б епонімічні назви. Належний рівень володіння науковою термінологією у професійній діяльності є однією з необхідних характеристик висококваліфікованих фахівців.

**Мета роботи.** Дослідити епонімічні терміни, особливості їх вживання в гістологічній номенклатурі та визначити можливість їх використання в сучасній медичній термінології.

**Матеріали та методи.** Предметом дослідження стали деякі епонімічні терміни, що зафіксовані в навчальній та науковій літературі. Для досягнення поставленої мети був використаний теоретичний аналіз медичної термінології.

**Результати дослідження.** Епоніми об'єднані в декілька груп: міфологізми; біблеїзми; терміни, що включають імена літературних персонажів; терміни, що включають імена вчених і лікарів; терміни, що включають імена хворих. Імена вчених і лікарів, які вперше відкрили і описали явище чи морфологічну структуру певної тканини чи органа, складають найбільшу за

кількістю групу. Бажання зберегти ім'я вченого для нащадків призводить до широкого поширення епонімів в різних галузях науки. Важливість епонімічних назв заключається у їх широкому використанні в клінічній термінології. Наведемо декілька прикладів.

Мейбомієві залози (залози хряща повіки) – сальні залози, розташовані паралельними рядами в товщі хряща повіки і відкриваються по його краю. Сальний секрет залоз змащує край повік і, таким чином, запобігає мацерації їх епітелію, перешкоджає скачуванню слізної рідини на щоку. Запалення залози – мейбоміїт.

Літтре залози (парауретральні залози) – слизові залози, розташовані в товщі слизової оболонки губчастої частини чоловічої уретри. Запалення залози – літтреїт.

Лангерганса острівці (панкреатичні острівці) – ендокринна частина підшлункової залози, що представляє собою скупчення інсулоцитів.

Мембрана Десцемета (задня погранична пластинка) – прозорий еластичний шар рогівки, розташований між епітелієм її передньої поверхні і власною речовиною рогівки. В клініці використовують терміни десцеметит, десцеметоцеле.

Клітина Шванна (лемоцит) – гліальна клітина в складі нервового волокна; лемоцити утворюють оболонку навколо осевого циліндра. В клініці використовують: шваннома – пухлина, що походить з лемоцита; шванноз - непухлинна проліферація шваннівських клітин.

Клітина Панета (ацидофільна кишкова клітка) – клітина епітелію кишкових крипт, в апікальній частині цитоплазми якої є ацидофільні гранули, що містять ферменти кишкового соку.

Висновки. Епоніми представляють медичну науку в її історичному розвитку як живу низку вчених, які її створили. Терміни-епоніми дозволяють зберегти для науки імена вчених та збагатити медичну наукову мову.

## ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СУДИН ПЛАЦЕНТИ ЛЮДИНИ

*Філенко Д. М./Filenko D.M.*

*Науковий керівник: доц. Тихонова О.О.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

*Кафедра анатомії людини*

*(зав. каф. - д.мед.н., проф. Шерстюк О.О.)*

Будова плаценти тісно пов'язана з її кровообігом. У плаценті два потужні потоки крові, які не змішуючись між собою, забезпечують щонайтісніший контакт плоду з материнським організмом. У його розвитку важливе значення має висока чутливість судин матки до стероїдних гормонів.

Як відомо, плацентарний кровообіг представлений двома системами ізольованих, але взаємопов'язаних систем плодового і материнського кровообігу. Кровопостачання матки забезпечують переважно дві артерії – маткова і яєчникова, які взаємодіють між собою в області трубних кутів, причому в тілі матки є більше судин, ніж у шийці.

Внутрішньоорганні судини матки представлені сегментарними артеріями, що віддають дрібні гілки до серозної оболонки, а більші – в товщу міометрія і у бік порожнини матки. На межі з ендометрієм вони утворюють артеріоли базального і функціонального шарів. У стінці матки всі судини утворюють чотири капілярні мережі: серозної оболонки, міометрія, базального і функціонального шарів ендометрія. Капілярна мережа у шийці матки менш виражена, ніж в її тілі.

Венозна система матки досить розвинена. Вона складається з великої кількості вен з численними анастомозами. Особливістю венозної системи органів малого тазу взагалі і матки зокрема є її асиметрія. Зліва вени довші і зливаються під гострішим кутом, по архітектоніці наближаються до розсипного типу, справа – коротші і ближчі до магістрального типу. Вени матки разом з венами піхви утворюють матково-вагінальне сплетення. Відтік крові відбувається головним чином по маткових венах, що впадають в підчеревні вени.

Під час вагітності відбувається подовження і розширення судин матки, збільшуються також яєчникові артерії. Діаметр маткової артерії і її розгалужень значно збільшується, що особливо помітно в області плацентарної площі. До кінця вагітності діаметр висхідної гілки маткової артерії збільшується до 4 мм, діаметр анастомозів складає 1,5 мм.

Венозна система матки починається в глибоких шарах невеликими стволами, які поступово переходять в крупніші судини двох типів – сіткоподібні і роз'єднані. В кінці вагітності ширина просвіту в кінцевих відділах вен рівна 7-8 мм. В області дна матки артерії і вени утворюють так звані коронарні анастомози. Відтік крові з дна верхньої частини тіла матки відбувається в гронаподібне сплетення, з нижньої половини тіла і нижнього сегменту – в систему маткової вени, при цьому вени так само як і артерії, утворюють полігональні комірки.

Характер ангіоархітектоніки в області плацентарної площі різко відрізняється від такої на інших ділянках матки. Судини втрачають свою округлу і овальну форму, стають пластичними з нерівними бічними краями. Помітно явне переважання вен над артеріями. При впаданні в міжворсинчастий простір артеріолярні судини не утворюють капілярів, і відтік крові з міжворсинчастого простору проникає відразу у венолярні судини.

Таким чином, міжворсинчастий простір забезпечується кров'ю за рахунок кінцевих маткових і яєчникових артеріальних гілочок, які проникаючи в базальну децидуальну оболонку, утворюють матково-плацентарні артерії, які вливають кров в інтервельозний простір. З цього простору кров поступає по матково-плацентарних венах у венозну систему матки, розташовану по периферії плаценти.

## ЕНДОКРИННИЙ МЕТЕЛИК МЕДИЦИНИ

*Хоменко І.В. – аспірант*

*Науковий керівник – проф. Бумейстер В.І.*

*Сумський державний університет, кафедра анатомії людини*

В останні роки значний ріст захворювань щитоподібної залози – важливого органа ендокринної системи, гормони якого безпосередньо беруть участь у процесах розвитку організму, його росту й адаптації до динамічних факторів зовнішнього середовища, визначає підвищений інтерес дослідників до детального вивчення структури і функції цього органа за умов норми та патології. У зв'язку з цим особливого значення набувають дослідження морфологічних змін у щитоподібній залозі під впливом різноманітних факторів внутрішнього та зовнішнього середовища.

Достатньо вивчені ушкоджуючі механізми впливу на організм лазерного і рентгенівського опромінення, солей важких металів, відмічено зміни у морфоструктурі щитоподібної залози під впливом температурного (охолодження) і рухового режимів тощо. Однак, незважаючи на багаторічні дослідження морфології щитоподібної залози, питання структурної мінливості щитоподібної залози, за умов дегідратаційний порушень водно-сольового обміну організму, залишаються недостатньо вивченими і потребують подальшого ретельного розроблення.

У будь-якому багатоклітинному організмі кожен орган (тканина) впливає на життєдіяльність інших органів. Проте внаслідок ускладнення обміну речовин в еволюції організмів виникли особливі органи — залози внутрішньої секреції, функція яких виключно або переважно стала полягати в продукуванні спеціальних речовин — інкретів, або гормонів, що стимулюють або, навпаки, гальмують розвиток і життєдіяльність окремих органів і організму в цілому. Ці залози не мають вивідних протоків і виділяють гормон безпосередньо в кров. У хребетних робота цих залоз нерозривно пов'язана з функцією нервової системи.

У людини до ендокринних залоз належать: щитоподібна, прищитоподібні, гіпофіз, шишкоподібна, загруднинна (тимус) залози, надниркові залози та деякі інші утвори. Залози внутрішньої секреції виникли в еволюції у різний час, у різних ділянках організму і з різних

джерел. Через це розташування, розміри, форма, будова та функції цих органів дуже різноманітні.

Щитоподібна залоза - непарний орган, що складається з двох часток, перешийка та рудиментарної пірамідальної частки. Розташований на передній поверхні шиї, попереду трахеї, і є периферійним гіпофіз-залежним органом ендокринної системи, який регулює основний обмін і забезпечує кальцієвий гомеостаз крові.

Щитоподібна залоза вкрита волокнистою капсулою і побудована із стромы та паренхіми, яка перегородками поділяється на часточки. Структурно-функціональна одиниця щитоподібної залози — фолікул, порожнина якого заповнена щільною та в'язкою, жовтуватого кольору, масою — колоїдом. Виробляється колоїд епітеліальними клітинами фолікулів і безперервно надходить у їх порожнину, де накопичується. Кількість колоїду і його консистенція залежать від фази секреторної діяльності і можуть бути різними в різних фолікулах. Паренхіму часточок складають ендокринні клітини (тиреоцити) двох типів: фолікулярні — утворюють фолікули; інтерфолікулярні — утворюють невеликі острівці епітелію, що лежать між фолікулами. Ці клітини є малодиференційованими і служать джерелом утворення нових фолікулів щитоподібної залози.

Переважну більшість фолікулярних клітин становлять А-клітини, також можуть визначатись їх малодиференційовані В-клітини. У цитоплазмі тиреоцитів розташована добре розвинута гранулярна ендоплазматична сітка, комплекс Гольджі, вільні рибосоми та полісоми. Апікальна поверхня клітин вкрита короткими мікроворсинками, кількість і висота яких залежить від функціональної активності залози. Крім фолікулярних клітин, в структурі щитоподібної залози також є парафолікулярні або С-клітини. С-клітини лежать поодинокі між базальною мембраною та базальним полюсом тиреоцитів (парафолікулярне розташування), чи між тиреоцитами (інтрафолікулярне розташування) та складають приблизно 10% всіх клітин. Це клітини неправильної округлої чи полігональної форми, цитоплазма яких містить добре розвинуті гранулярну ендоплазматичну сітку та комплекс Гольджі, велику кількість секреторних гранул. С-клітини продукують гормон кальцитонін, що бере участь в регуляції кальцієвого обміну.

В середині часточок залози численні фолікули виробляють гормони щитоподібної залози: тироксин, трийодотиронін, тирокальцитонін. Щитоподібна залоза відіграє в організмі дуже важливу роль, її йодовмісні гормони, надходячи в кров, регулюють обмін речовин, ріст і розвиток тканин, а також перебувають у взаємозв'язку з функціями інших залоз внутрішньої секреції (особливо гіпофіза і статевих залоз), нервовою системою тощо. Гіпофункція щитоподібної залози спричинює слизовий набряк і деякі ознаки недоумства, а гіперфункція призводить до дифузного токсичного зоба (базедової хвороби).

У подальшій своїй роботі ми плануємо вивчення морфофункціональних особливостей щитоподібної залози за умов впливу дегідратаційних порушень водно-сольового балансу організму, що є актуальним як теоретична проблема, дослідження якої дозволить установити структуру перебудову залози за умов зневоднення.

### **ВПЛИВ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА МОРФОЛОГІЧНУ БУДОВУ ЛЕГЕНЬ ЩУРІВ**

*Цимбал Н. С., Богданов В. В., студ. 3-го курсу,  
науковий керівник - Устянський О. О., доцент  
СумДУ, Кафедра анатомії людини*

Проблема тотального забруднення довкілля привертає увагу фахівців різних спеціальностей. Незважаючи на суттєві досягнення медицини та заходи профілактики, розповсюдженість захворювань дихальної системи серед мешканців України залишатися надто високою і має тенденцію до зростання. Однією з основних причин виникнення легеневої патології є дія шкідливих факторів зовнішнього середовища, серед яких чинне місце займають солі важких металів. Тому метою нашого дослідження було визначення на макро-

мікроскопічному рівнях закономірностей структурної перебудови паренхіми легень піддослідних щурів під впливом солей важких металів. Уповдовж 24 діб щури отримували питну воду з комплексом солей важких металів. У цей комплекс входили: солі цинку ( $ZnSO_4 - 50$  мг/л), солі міді ( $CuSO_4 - 20$  мг/л), солі марганцю ( $MnSO_4 \cdot 5H_2O - 5,0$  мг/л) та солі свинцю ( $Pb(NO_3)_2 - 3$  мг/л). Візуальні спостереження за зовнішнім виглядом та поведінкою щурів засвідчили, що тварини вже на 10 добу ставали більш агресивними, забарвлення шерсті жовтішало.

Гістологічне дослідження верхньої частки правої легені продемонструвало поступове накопичення в них сполучної тканини та зменшення розмірів альвеол.

## МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧІНКИ ТА МЕТОДИ ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ

*Чернецький І.В., студ. 1-го курсу, ЛС-402 групи*

*Євченко Д.В., студент I курсу, ЛС-403 групи,*

*Керівник – доц. Болотна І.В.*

*Кафедра анатомії людини медичного інституту*

*СумДУ*

Печінка посідає центральне місце в захисті чистоти внутрішнього середовища організму, забезпечує регуляцію основних етапів обміну речовин, здійснює підтримання гомеостазу. Саме в печінці знаходяться основні ферментні системи, які здійснюють біотрансформацію і детоксикацію ксенобіотиків. Таке унікальне значення печінки в регуляції біохімічного гомеостазу цілісного організму зумовлене, насамперед, її анатомо-фізіологічним розташуванням між кров'ю системи ворітної печінкової вени та загальним колом кровообігу. Завдяки наявності в гепатоцитах складних ферментних систем біотрансформації для знешкодження токсичних сполук, печінка відіграє біологічно важливу бар'єрну функцію, оберігаючи інші органи та тканини від несприятливої дії токсичних речовин. Тому увага багатьох вітчизняних та закордонних вчених прикута до вивчення структури цього органа в нормі та при впливі на організм різних патологічних чинників. Отже, метою наших досліджень було вивчити морфологію печінки щура зрілого віку в нормі та дослідити макроскопію печінки людини.

Для вивчення структури печінки були використані наступні методики:

1. Визначення відносної маси печінки.
  2. Лінійні розміри печінки (найбільша довжина, ширина і товщина) визначали за допомогою штангенциркуля з точністю до 0,1 мм.
  3. Гістологічне дослідження. Печінку фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, промивали проточною водою, дегідрували у спиртах зростаючої концентрації та занурювали у парафін. На санному мікромомі виготовляли зрізи товщиною 5-7 мкм і забарвлювали гематоксилин-еозином.
  4. Морфометрію гістопрепаратів печінки проводили за допомогою світлового мікроскопа "Олімпус" з цифровою відеокамерою та пакетом прикладних програм "Відео тест 5.0" та "Відео розмір 5.0". Зображення зберігали на вінчестері з наступним друком ілюстрацій.
- Програма морфометрії передбачала визначення кількості гепатоцитів на 100 п.з., площі гепатоцитів, цитоплазми та ядра ( $\text{мкм}^2$ ), ядерно-цитоплазматичного відношення, кількості двоядерних гепатоцитів (%).

5. Електронно-мікроскопічне дослідження.

Тканину печінки розміром  $1 \text{ мм}^2$  занурювали в 1% забуферений розчин чотириокису осмію при температурі  $4^0 \text{ С}$ . Після фіксації тканину промивали у буферному розчині Міллоніга і проводили дегідратацію в спиртах зростаючої концентрації та ацетоні. Потім її уклали в суміш епоксидних смол (епон-аралдит) за загальноприйнятою методикою. Полімеризацію блоків здійснювали в термостаті при температурі  $60^0 \text{ С}$  протягом двох діб. На ультрамікромомі УМТП-3М отримували ультратонкі зрізи, які вкладали на електrolітичні сіточки,

контрастували цитратом свинцю і переглядали на електронному мікроскопі ЕМВ-100 БР при прискорюючій напрузі 75 кв.

На гістопрепаратах печінки інтактних щурів чітко визначені печінкові часточки, які мають багатокутну форму і оточені невеликою кількістю сполучної тканини. У щурів, як і в людей, печінкова артерія і портална вена розгалужуються відповідно до поділу її на частки і далі – на сегментарні і субсегментарні гілки.

При послідовному розгалуженні ці судини мають 5-7 порядків розгалуження, утворюючи при цьому сітку анастомозуючих синусоїдів, термінальних печінкових і білячасточкових венул. Печінкові артеріоли і гілки печінкової ворітної вени проходять уздовж пограничної пластинки і дають гілки до навкололобулярного капілярного сплетення і периферійних відділів синусоїдів.

Ультраструктура гепатоцитів зрілих щурів має такий вигляд: ядра гепатоцитів мають овальну або заокруглену форму. Ядерна мембрана чітко контурована, гладка. До зовнішньої мембрани ядра прикріплені рибосоми. Матрикс ядра має середню електронну щільність, гранули деконденсованого хроматину рівномірно розподілені по всій площі зрізу ядра. Цитоплазма містить велику кількість округлої та циліндричної форми мітохондрій з багатьма кристами. Зустрічаються мітохондрії, що знаходяться в процесі поділу. У цитоплазмі гепатоцитів добре розвинута гранулярна ендоплазматична сітка, на її мембранах розташовані чисельні рибосоми. Цитоплазма містить велику кількість рибосом, полісом, гранул глікогена та первинних лізосом. Гладкий ендоплазматичний ретикулум має вигляд різних за розміром і формою вакуолей.

Отже, загальна мікроструктура печінки інтактних щурів відповідає сучасним уявленням. Субмікроскопічна організація клітин печінкової часточки таких тварин свідчить про активні синтетичні процеси, які відбуваються в цьому органі.

## **РОЛЬ ТФР- $\beta$ ЯК ПОСЕРЕДНИКА У ДІ ДОКСОРУБІЦИНУ НА КЛІТИНИ КАРЦИНОМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЛІНІЙ MCF-7(WT) ТА MCF-7(DOX/R)**

*Чорна І. В., Шкандала А.Ю. студ. 6-го курсу, Репетун А.В. студ. 2-го курсу  
Сумський державний університет, кафедра біофізики, біохімії, фармакології та  
біомолекулярної інженерії*

Трансформуючий фактор росту  $\beta$  (ТФР- $\beta$ ) є потужним регулятором канцерогенезу: на початкових стадіях він виступає як пухлинний супресор, тоді як на більш пізніх стадіях він сприяє розвитку пухлини. У багатьох ракових клітинах виявлено втрату їх чутливості до інгібувальної дії ТФР- $\beta_1$ , що може бути одним із важливих механізмів неконтрольованого росту злоякісних клітин.

Метою роботи було дослідити вплив протипухлинного препарату доксорубіцину на експресію мРНК ТФР- $\beta$  та його рецепторів у клітинах карциноми молочної залози, чутливих (MCF-7(wt)) та резистентних (MCF-7(DOX/R)) до дії доксорубіцину.

Для визначення експресії мРНК ізоформ ТФР- $\beta$  (ТФР- $\beta_1$  і ТФР- $\beta_2$ ) і рецепторів ТФР- $\beta$  I і II типу (T $\beta$ RI і T $\beta$ RII) використовували метод напівкількісної полімеразної ланцюгової реакції.

Виявлено, що дія доксорубіцину не призводила до достовірних змін рівня мРНК ТФР- $\beta_1$  в обох клітинних лініях, тоді як рівень мРНК ТФР- $\beta_2$  знижувався в клітинах MCF-7(wt) і MCF-7(DOX/R) у 1,4 та 2,3 рази, відповідно. Встановлено зниження у 2 рази експресії мРНК T $\beta$ RI у клітинах MCF-7(DOX/R) 24 години після обробки цих клітин доксорубіцином (5 мкг/мл), тоді як у клітинах MCF-7(wt) за даних експериментальних умов не спостерігалось статистично достовірних змін рівня мРНК T $\beta$ RI. Зниження мРНК T $\beta$ RII виявлено в оброблених доксорубіцином клітинах MCF-7(wt) і MCF-7(DOX/R) на 28% і 60%, відповідно. Отже, результати наших досліджень свідчать про те, що біологічні ефекти доксорубіцину на клітини ліній MCF-7(wt) і MCF-7(DOX/R) можуть бути, принаймні частково, опосередковані дією цього препарату на сигнальний шлях ТФР- $\beta$ .

## ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ТІЛА СТУДЕНТОК СУМЩИНИ

*Шепелєв А.Є.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра анатомії людини*

Конституція людини – це комплекс індивідуальних анатомічних і фізіологічних особливостей, що формуються у певних природних і соціальних умовах і знаходять свій вплив у його реакціях на різні (в тому числі фізіологічні) впливи. Визначення конституційних характеристик, особливостей людини, в тому числі антропометричних, соматотипологічних ознак має як значне теоретичне, так і важливе практичне значення, що знайшло своє відображення в останній час у багато численних роботах науковців як теоретичної, так і клінічної спрямованості.

Значне підвищення ефективності занять фізичною культурою і спортом досягається при використанні типоспецифічних методик і засобів досягнення кожною людиною її індивідуальної норми на основі виявлення конституційно – типологічної належності

Метою дослідження є вивчення відмін антропометричних параметрів тіла студенток групи спортивної спеціалізації та основної групи фізичного виховання.

Завдання дослідження:

1. Виявити особливості антропометричних та соматотипологічних показників в основній групі та групі спортивної спеціалізації

2. Виявити особливості показників компонентного складу маси тіла (кісткової, м'язової, жирової тканин) та індексів гармонійності фізичного розвитку в групах

Об'єктом дослідження слугували 80 дівчат (18-21 років), студенток Сумського державного університету, які розподілені на 2 групи. Першу групу склали 40 студенток (спортивна спеціалізація- волейбол). Другу групу обстежених склали 40 студенток (основної групи). Для вирішення поставлених задач використовували наступні методи: соматометричний, індексів гармонійності фізичного розвитку для встановлення особливостей будови тіла, математичний.

Антропометрія визначалася за методикою В. Бунака, що містила визначення тотальних, парціальних розмірів тіла – охватних, товщини шкірно-жирових складок (ШЖС). Компонентний склад маси тіла визначали по методу J. Matiegka, також визначали м'язову масу по методу, запропонованому співробітниками Американського інституту харчування і жирову масу по методу Siri. По J. Matiegka розраховували жировий, м'язовий і кістковий компоненти маси тіла.

Розрахунковим шляхом визначалася площа поверхні тіла за методикою Дю Буа.

Визначали наступні індекси:

1. Масо-ростовий показник (індекс Кетле).
2. Показник відсоткового відношення м'язової сили до маси тіла
3. Життєвий індекс
4. Життєву ємкість легенів (за допомогою спірометра).
5. Показник міцності тілобудови (Пінье).
6. Поверхню тіла
7. Індекс Ерісмана
8. Індекс щільності тіла Рорега

Результати дослідження та їх обговорення. Показники довжини тіла в обстежених в першій групі по відношенню до другої групи більше на 1,67% ( $p < 0,05$ ). Індекс Кетле визначає кількість грамів маси тіла на 1см його довжини. В першій групі показник маси тіла в середньому становить  $356 \pm 2,15$  г/см, в другій групі  $344$  г/см  $\pm 2,46$  г/см. Загальне значення масо-ростового індексу Кетле у студенток знаходиться в межах норми. Маса тіла першої групи по відношенню до другої більше на 0,68% ( $p < 0,05$ ).

Індекс Пінье - це показник міцності тілобудови, чим менша різниця, тим кращий показник. В першій групі він склав  $21,0 \pm 0,7$  у другій -  $26 \pm 0,9 \pm 0,7$ . У першій групі – середня

тілобудова у другій слабкий рівень. Згідно результатів дослідження всі дві групи – нормостеничний тип конституції при нормі (10-30-нормостеничний).

Однією з важливих ознак конституційних особливостей людини є площа поверхні тіла. Абсолютна поверхня тіла в першій групі складає 1,620, в другій 1,610. Крайній фізичний розвиток в першій групі становить 357г/см, у другій групі - 351 г/см. Вважається, чим більше маси тіла припадає на одиницю поверхні, тим кращий фізичний розвиток, тобто поверхня тіла слугує показником енерговитрат.

Компонентний склад абсолютної кількості кісткового компонента в першій групі складає 8,711817 –(15,11%) від маси тіла в другій групі - 8,656426 –(14,87%).

Абсолютна кількість м'язового компоненту в першій групі становив 7,924 -(13,55%) від маси тіла в той час як у другій він складає 7,84,054 –(13,47%).

Жировий компонент у першій групі складає 8,05545 –(14,13%) - від маси тіла у другій групі 9,635535 –(16,55%). В усіх досліджених групах він дорівнює 14 - 16 %.

Метод, запропонований співробітниками Американського інституту харчування полягає в селективному визначенні м'язового компонента маси тіла по обхватному розміру плеча у напруженому стані і по товщині шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча: Так в першій групі м'язова площа плеча становить 53,8356 в другій групі 55,7909. Тотальна м'язова маса в першій групі становить 22,2005кг/см в другій групі 20,9961кг/см.

Жировий компонент маси тіла визначали по Siri. Для розрахунку даного показника визначали товщину шкірно-жирових складок у чотирьох точках: на задній поверхні плеча, на передній поверхні плеча, під лопаткою і верхню поздовжню. Після чого визначали відносну масу тіла в першій та другій групі складає 1,031367 та 1,032395, відповідно.

Відсоток жиру в організмі в першій групі становить 29,50854, в другій групі 30,8246.

Індекс грудної клітки Ерісмана в двох групах складає 3,548333 та 3,393902, що вказує на хороший розвиток.

Індекс щільності тіла Porega, даний показник є інтегральною ознакою вмісту різноманітних тканин в організмі людини, в тому числі жирової і м'язової, так в першій групі він становить 1,26кг/м<sup>3</sup>., в другій групі 1,34 кг/м<sup>3</sup>, нормальне значення індексу Porega 1,16-1,30 кг/м<sup>3</sup>. Індекс ширини таза в двох групах складає 17,6143 та 17,79915, відповідно. Життєвий індекс в першій групі складає 53,2±1,9 у другій групі 51,00±2,0-нижче середнього при нормі 55-60 мл\кг.

Життєва ємкість легенів в першій групі складає: 3200±55, в другій 2966±43.

Динамометрія правої руки в першій групі по відношенню до другої групи більше на 3,02% (p<0,05), а лівої руки навпаки в першій групі-на 1,75% (p<0,05). Силовий індекс правої та лівої руки складає в першій групі 48,0 та 30 мл/кг, другій групі - 34,5 та 31,0 мл/кг.

Висновки. Як видно із вищенаведених даних існує суттєва різниця між антропологічними даними і фізичним розвитком студенток групи спортивної спеціалізації, з основною групою, виявлено збільшення показників маси тіла, довжини тіла, обхват грудної клітки, життєвого індексу та життєвої ємкості легень, динамометрії правої руки, силовий індекс, компонентний склад.

## ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ РАСТРОВОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ ПРИ ВИВЧЕННІ БУДОВИ СЕРЦЯ ЩУРІВ

*Яркова А.А., студентка*

*Науковий керівник – Ярмоленко О. С., асистент кафедри анатомії людини  
СумДУ, медичний інститут, кафедра анатомії людини*

Вступ. Система кровообігу, а в більш загальному вигляді – система, що забезпечує циркуляцію рідини тіла і виконує основні функції: живлення, виділення, дихання,



підтримується порожнистим м'язовим органом – серцем. Серцевий м'яз, міокард, – основний робочий компонент стінки серця. На сьогоднішній день повністю доведено, що особливості будови серцевого м'яза впливають на функціонування серця.

Мета та завдання. Використовуючи метод растрової електронної мікроскопії, дослідити будову міокарда.

Об'єкт і методи дослідження. Матеріалом для даного дослідження стали 6 лабораторних щурів 8-місячного віку. Тварини знаходилися в стаціонарних умовах із дотриманням правил Європейської конвенції про захист тварин. Евтаназія проводилась шляхом декапітації під ефірним наркозом. Вилучені серця фіксували в 1% розчині глутарового діальдегіду, який був виготовлений на фосфатному буфері. Зразки промивались бідистильованою водою та підлягали дегідратації етанолом зі зростаючою концентрацією. Поперечні перерізи сердець фіксували на графітових столиках та висушували на повітрі. У вакуумному універсальному пості «ВУП-5» проводили напилення зразків срібром. За допомогою растрового електронного мікроскопу «РЕМ 102» проводили дослідження структури серцевої стінки на різних збільшеннях.

Результати дослідження. На збільшеннях  $\times 12$  –  $\times 50$  визначаються поперечні перерізи стінки правого і лівого шлуночка та міжшлуночкової перегородки. Чітко окреслюються шари серця – ендокард, міокард, перикард. Лівий шлуночок має вдвічі товщу стінку за правий шлуночок. Товщина лівого шлуночка та міжшлуночкової перегородки практично однакові. Рельєф внутрішньої поверхні камер серця сформований трабекулярною сіткою та сосочковими м'язами. Збільшення препаратів у 50–200 разів дає змогу визначити спрямованість м'язових волокон, що формують зовнішній і внутрішній поздовжні шари та середній коловий. Також візуалізується просвіт судин в товщі серцевої стінки. Найбільша кількість судин виявлена ближче до ендокарда. При збільшенні  $\times 1000$  –  $\times 3000$  спостерігається наявність циліндричних видовжених м'язових волокон (міофібрил). Чітко виражена їх поперечна посмугованість, що зумовлена наявністю вставних дисків. Напрямок волокон чіткий, одностоспрямований. Між рядами міофібрил роташовані мітохондрії.

Висновки. Будова серцевої стінки забезпечує оптимальне функціонування серця. Метод растрової електронної мікроскопії дозволяє розширити наші уявлення про будову серця та є доповненням таким методам, як світлова мікроскопія та просвічуюча електронна мікроскопія.

## ЭЛАСТИЧНОСТЬ МЕМБРАН, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ХИТОЗАНА С РАЗЛИЧНОЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССОЙ

*Дедкова Е.А., студентка 4 курса*

*Сумский государственный университет, кафедра гигиены и экологии с курсом микробиологии, вирусологии и иммунологии*

Вступление. Хитозан – является нетоксичным биополимером, полученным путем деацетилирования хитина и обладающий высокой биологической активностью. В медицине хитозан используется для изготовления дентальных и ортопедических имплантов, лечения глубоких повреждений кожи, в том числе ожоговых, «drug delivery systems». Широкий спектр применения хитозана обусловлен наличием ряда уникальных свойств: биосовместимость, биодegradация, атоксичность, бактериоцидность, способность к сорбции, эластичность и относительная прочность.

Прочность материалов на основе хитозана является абсолютно необходимым условием при использовании его в качестве имплантатов, в частности твердой мозговой оболочки. В настоящее время имеются данные в зависимости прочностных свойств от степени деацетилирования, молекулярной массы, способа производства. Тем не менее, отсутствуют данные о влиянии метода нейтрализации материалов на его эластичные и прочностные свойства.

**Цель.** Определить зависимость влияния методов нейтрализации хитозановых мембран на эластичные и прочностные свойства.

**Материалы и методы.** В эксперименте использовали хитозановые мембраны, изготовленные в Институте прикладной физики НАН Украины. Мембраны со степенью деацетилирования 85 % и молекулярной массой 200 кДа, 500 кДа, 700 кДа. При формировании материалов использовали 2 метода нейтрализации - 0,5 % и 5 % раствором NaOH.

Для исследования прочностных свойств мембран, один конец исследуемого образца фиксировался неподвижно, другой - прикреплялся к электронному динамометру WH-A Series Portable Electronic Scale. Образец фиксированный на лабораторном столике растягивали с постоянным усилием до момента разрыва, в который фиксировали силу натяжения. Для получения результатов учитывали:  $L_i$  – начальную длину,  $L_f$  – конечную длину,  $F$  – силу в момент разрыва и  $S_i$ - первоначальную площадь мембраны. Для оценки прочности и эластичности образцов проводили расчет относительного удлинения, % (1) и предел прочности г/мм<sup>2</sup> (2)

$$\Delta L = \left( \frac{L_f}{L_i} \times 100 \right) - 100 ,$$

$$S_t = F/S_i ,$$

**Результаты.** Предел прочности хитозановых мембран колебался в широком диапазоне (от 4,78±0,31 г/см<sup>2</sup> до 14,42±0,8 г/см<sup>2</sup>) и имел зависимость как от молекулярной массы хитозана, так и от метода нейтрализации образцов. Образцы с молекулярной массой 700 кДа не имели достоверной разницы в пределе прочности, который составил 7,92±1,39 г/см<sup>2</sup> (нейтрализация 0,5% NaOH) и 8,88±1,18 (нейтрализация 5% NaOH). В то же время, образцы, полученные из хитозана с молекулярной массой 200 и 500 кДа, имели достоверно более высокий предел прочности в случаи нейтрализации мембран 0,5% NaOH. Разница составила 45,06% (p=0.02) и 41,54% (p=0.0001). Следует отметить, что мембраны с молекулярной массой хитозана 500 кДа имели высокую прочность на разрыв, которая значительно превышала остальные образцы.

Относительное удлинение определяет эластичность мембран и опосредованно – их прочность на разрыв. Анализ полученных в эксперименте данных не показал достоверного отличия данного показателя от молекулярной массы образцов. В то же время эластичность мембран с молекулярной массой 500 кДа (нейтрализация 0,5% NaOH) значительно выше в отношении образцов с нейтрализацией 5% NaOH (p=0.0001).

**Выводы.** Таким образом, использования хитозана с различной молекулярной массой, а также применение различных методов нейтрализации образцов позволяет регулировать прочностные и эластические свойства мембран, что позволяет дифференцированно подойти к их области применения.

## **ВЛИЯНИЕ НОВОГО СОЕДИНЕНИЯ L-ЛИЗИНА – «ЛИЗИНИЯ» НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

*Егоров А.А., Цыс А.В.*

*Научный руководитель: д.б.н, проф. Беленичев И.Ф.*

*Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье*

*Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры*

Актуальность. Увеличение числа острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в последние годы и связанных с ними осложнений, является актуальной проблемой современной нейрофармакологии.

Цель: целью нашего исследования является изучение влияния «Лизиния» на активность антиоксидантных ферментов в условиях моделирования геморрагического инсульта.

Задачи: 1. Определить активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД) в условиях моделирования геморрагического инсульта. 2. Изучить влияние «Лизиния» на активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД) в условиях моделирования ОНМК.

Материалы и методы. ОНМК вызывали введением аутокрови под твердую мозговую оболочку у белых беспородных крыс-самцов. «Лизиний» (L-лизина 3-метил-1,2,4-триазолил-5-тиоацетата) вводили внутривентриально в дозе 50 мг/кг. На 4-е сутки проводили биохимические исследования в гомогенате головного мозга.

Результаты и их обсуждение. Моделирование геморрагического инсульта приводило к резкому снижению активности антиоксидантных ферментов головного мозга. Так, в контрольной группе на 4-е сутки эксперимента отмечалось снижение активности СОД и каталазы в 2,71 и 2,01 раза соответственно, относительно интактной группы. Проведение экспериментальной терапии «Лизинием» приводило к увеличению активности СОД и каталазы в 1,65 и 1,3 раза соответственно, относительно группы контроля. Таким образом, «Лизиний», благодаря наличию кислотного остатка тиотриазолина в структуре, проявляет высокую нейропротективную активность, одним из механизмов реализации которой, является увеличение активности антиоксидантных ферментов (каталаза, супероксиддисмутаза) в условиях экспериментального моделирования ОНМК.

### **ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ВИМЕНТИНА В ФИБРОБЛАСТАХ СТРОМЫ ПРОТОКОВОГО РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Лазарук А.В., Давыденко И.С.*

*(науч.рук. – проф., д.м.н. Давыденко И.С.)*

*Буковинский государственный медицинский университет*

*Кафедра патологической анатомии*

Актуальность. Высокая экспрессия виментина наблюдается в различных эпителиальных карциномах и перитуморозной ткани, включая рак грудной железы. Виментин в опухолях коррелирует с пролиферацией опухолевых клеток, инвазией и неблагоприятным прогнозом.

Цель. Установить особенности положительной экспрессии виментина в фибробластах стромы протоковой инвазивной карциномы грудной железы.

Материалы и методы. Исследованию подлежали ткани грудной железы, пораженной протоковой карциномой. Использовали микропрепараты крашенные гематоксилин-эозином и тестировали с помощью иммуногистохимической диагностики на положительную экспрессию к рецепторам виментина. Исследование проводили на предварительно фиксированном гистологическом материале по общим требованиям.

Результаты исследования. В строме фибробласты расположены по периферии опухолевых скоплений. Ядра продолговатые, имеют четкую направленность. Ядра фибробластов в толще стромы располагаются более хаотично. На границе между опухолевым и перитуморозным участками фибробласты расположены тяжами, их ядра удлиненные, расположены в одном направлении, образуя грубоволокнистую структуру. За положительной реакцией к виментину интенсивность окраски фибробластов варьирует. Насыщенность цвета определяли в баллах (I-III). Интенсивно окрашенные фибробласты на границе между опухолевым и перитуморозным участками (III балла). Фибробласты на границе между паренхимой и стромой контрастируются (II балла). Наименее контрастированные фибробласты в толще эластичного компонента стромы (I балл).

Выводы. Фибробласты опухолевой стромы протокового рака грудной железы проявляют определенную гетерогенность по отношению к экспрессии виментина при проведении иммуногистохимической реакции.

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧЕЛОВЕКА**

*Николаенко Е.Ю.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Цель работы: исследовать действие половых гормонов на психику и выяснить каким образом они действуют на поведение человека.

Задача работы: доказать взаимосвязь в действии гормона и изменении манеры поведения с связи с отсутствием или наоборот, выделением гормона

Методы исследования: лабораторные исследования, психологические тесты .

На основе этого я пришла у таким выводам:

Гормоны программируют наш мозг еще до рождения, определяя манеру нашего мышления и поведения, изменения уровня половых гормонов на протяжении всей жизни влияют на поведение, активность нейро-эндокринной системы, психо-эмоциональное состояние, секрецию стресс-гормонов.

Широко применяется измерение содержания гормонов в крови для определения психических изменений. Существуют многочисленные примеры использования гормональных показателей для определения, уточнения и дифференцировки разнообразных психических категорий, процессов, явлений и состояний.

Эстроген(Э)—гормон, обуславливающий женскую манеру поведения. Ряд исследований указывают на положительный эффект применения заместительной гормональной терапии на настроение и чувство общего благополучия у женщин в постменопаузе. Э оказывает влияние на ЦНС, одним из них является прямое психотропное действие Э за счет их серотонинэргического и адренергического эффектов. Вследствие уменьшения вазомоторных симптомов (приливов жара, потливости) улучшается самочувствие и психическое состояние пациенток. Прогестерон (П) и его метаболиты связываются с рецепторами, которые опосредуют эффекты противотревожных средств (бензодиазепиновых транквилизаторов) – ГАМК-А/бензодиазепиновым рецепторным комплексом, и оказывают психотропное действие на организм женщины, что нашло свое место в лечении некоторых форм депрессии, агрессии, мигрени. Это ведет также к улучшению питания нервной ткани. В конце месячного цикла резко снижается секреция П, ослабляется трофическая функция ЦНС, что проявляется в утомляемости, раздражительности, расстройствами настроения и депрессивными состояниями в послеродовом периоде.

Тестостерон (Т)-гормон, отвечающий за мужскую манеру поведения. Т, влияние которого на ЦНС опосредуется через эффекты эстрадиола или дигидротестостерона, Тяжелые физические нагрузки и психологический стресс (длительное время), снижают уровень тестостерона, а сильные эротические переживания, способствуют повышению его уровня в крови. Мужчины с высоким уровнем Т более инициативны и напористы, стремятся к славе и продвижению по карьерной лестнице.

## **ВЛИЯНИЕ ЙОДТИРОНИНОВ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ЛИЗОСОМАЛЬНОГО ПРОТЕОЛИЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА**

*Отчик А. Е.*

*Научный руководитель – доцент, к. биол. н. Горбач Т. В.*

*Харьковский Национальный Медицинский Университет, кафедра биологической химии*

Известно, что протеолитические системы лизосом участвуют в протекании многочисленных физиологических процессов и в развитии ряда патологических состояний. Гормональная регуляция лизосомального протеолиза в поврежденном миокарде мало изучена. Целью нашей работы являлось изучение влияния йодтиронинов на активность катепсина Д при повреждении миокарда.

Методы и материалы исследования. Повреждение миокарда у животных моделировали введением изопrenalина в дозе 120 мг/кг. Гипотиреоз у крыс вызывали удалением

щитовидной железы. Гипертиреоз у крыс моделировали путем подкожного введения трийодтиронина в дозе 10 мг/кг или L-тироксина в дозе 50 мкг/кг в течение 7 дней. Материал для исследования – плазма крови и гомогенат сердца крыс. Активность катепсина Д оценивали по гидролизу гемоглобина в присутствии пепстатина. Содержание белка определяли по Лоури. Уровень T<sub>3</sub> и T<sub>4</sub> оценивали иммуноферментным методом.

Результаты. Повреждение миокарда у крыс сопровождается нарушением инкреторной функции щитовидной железы, о чем свидетельствует снижение уровней T<sub>3</sub> и T<sub>4</sub> на 55,6 % и 32% соответственно. В кардиомиоцитах обнаружено повышение внелизосомальной активности катепсина Д и уменьшение связанной с лизосомами активностью. Систематическое введение T<sub>3</sub> и T<sub>4</sub> снижает неседиментируемую и повышает седиментированную активность катепсина Д, тиреозектомия повышает оба вида активности, что может быть обусловлено регулирующим влиянием йодтиронинов как на состояние мембранных структур, так и на биосинтез фермента. Лизосомодестабилизирующий эффект более выражен у гипотиреоидных животных, по сравнению с эутиреоидными. На фоне гипертиреоза лизосомальная система миокарда оказывается более резистентной к повреждающему действию, более активным является T<sub>3</sub>.

Вывод. Следовательно, йодтиронины в физиологических концентрациях можно рассматривать в качестве средств предупреждающих или ограничивающих развитие клеточного повреждения.

## **METHOD FOR DETERMINING THE HOMOGENITY OF AORTIC WALL CALCIFICATIONS**

*I.A. Forkert<sup>1</sup>, P.V. Romanenko<sup>1</sup>, E.V.Husak<sup>1,2</sup>, S.N.Danilchenko<sup>2</sup>, O.S.Yarmolenko<sup>1</sup>*

*1. Sumy State University Medical Institute*

*2. Institute of Applied Physics NAS of Ukraine*

Introduction. Cardiovascular diseases in Ukraine in 2012 amounted to 65.8% of deaths. The part of their prevalence and incidence in the structure of diseases among the general population is 31.5% and 7.4%, but it reaches 52.1% and 20% among people of retirement age. Cardiovascular diseases include myocardial infarction, stroke, and aneurysm of vessels. Calcified plaques on artery walls are one of the most common causes of heart attack and stroke due to a significant narrowing of the space between them. Plaques prevent normal blood supply of the myocardium and brain thereby not satisfying their need for oxygen. Calcification of vessels may cause their aneurism. In particular, the presence of abdominal aortic aneurism during a year can be a cause of a sudden death: a person dies from an internal bleeding in the abdomen caused by the rupture of aneurism. That's particularly why the study of the research methods of calcifications, its composition and the process of depositing in the wall of blood vessels are topical.

The objective of the research is to find out the features of location of the calcified deposits in the walls of the aorta and the extent of its heterogeneity.

Materials and the research methods. The study of the extent of homogeneity of the calcification of vessels' membrane was held with the use of gravimetric weighing of the samples dried under the following temperatures: 18°C, 40°C, and 100°C. Each sample was divided into four parts. Each part of calcified aorta was weighed after drying at thermostat. The selected temperature range allows to determine the mass fraction of free water with different bind force. To determine the extent of homogeneity the following formula was used:  $H = \sum_{i=1}^n (|x - \bar{x}|)$ ; where H stands for the extent of heterogeneity, x stands for the percent of water loss in the sample,  $\bar{x}$  stands for the arithmetical mean of the percent of water loss in all samples.

Results and discussion. The research showed that the average water content is 67%. The extents of heterogeneity 14, 2 and 7 show that calcified aorta loses water irregularly. Accordingly, the first part of the sample was more calcified than the others. This is confirmed by the amount of evaporation of water data: in the first sample it constitutes the smallest part – 52%, when in the other two samples it constitutes 69% and 75% resp. In addition, the first sample had less water evaporated

at room temperature, which refers to the liquid sector of interstitial fluid. The data about the water fractions part show that the pathological bioapatite is unequally distributed in the walls of a vessel. Conclusions. The following method of studying the homogeneity of pathological biomineral can help to determine the mechanism of depositing of calcificates in the walls of vessels, and that will be a step forward to finding an effective method of diagnosis and treatment of vascular calcifications.

## BIOGRAPHICAL SKETCH AND SCIENTIFIC WORK

*Garbuzova E. A., 1<sup>st</sup>-year student*

*Scientific supervisor – candidate of biological sciences L. I. Kiptenko*

*Summy State University, department of pathological anatomy*

Camillo Golgi was born in July 1843 in Corteno, a village in the mountains near Brescia in northern Italy, where his father was working as a district medical officer. He studied medicine at the University of Pavia, where he attended as an 'intern student' the Institute of Psychiatry directed by Cesare Lombroso (1835-1909). Golgi also worked in the laboratory of experimental pathology directed by Giulio Bizzozero (1846-1901), a brilliant young professor of histology and pathology (among his several contributions, Bizzozero discovered the hemopoietic properties of bone marrow). Bizzozero introduced Golgi to experimental research and histological techniques, and established with him a lifelong friendship.

Golgi started his scientific career in 1869, with an article in which, influenced by Lombroso's theories, he stated that mental diseases could be due to organic lesions of the neural centers. In 1872, due to financial problems, Golgi had to interrupt his academic commitment, and accepted the post of Chief Medical Officer at the Hospital and continued his search for a new staining technique for the nervous tissue. In 1873 he published a short note ('On the structure of the brain grey matter') in the *Gazzetta Medica Italiana*, in which he described that he could observe the elements of the nervous tissue "studying metallic impregnations... after a long series of attempts". This was the discovery of the "black reaction" (*reazione nera*), based on nervous tissue hardening in potassium bichromate and impregnation with silver nitrate. Such revolutionary staining, which is still in use nowadays and is named after him (Golgi staining or Golgi impregnation) impregnates a limited number of neurons at random (for reasons that are still mysterious), and permitted for the first time a clear visualization of a nerve cell body with all its processes in its entirety.

In 1875 Golgi published, in an article on the olfactory bulbs, the first drawings of neural structures as visualized by the technique he had invented. In 1885, Golgi published a monograph on the fine anatomy of the central nervous organs, with beautiful illustrations of the nerve centers he had studied with his method.

In the same year, Golgi returned to Pavia, where he was appointed in 1876 as Professor of Histology. In 1881 Golgi was appointed to the chair of General Pathology at the University of Pavia, and he also maintained his teaching in histology.

In Golgi's laboratory, Emilio Veratti (1872-1967), described for the first time the sarcoplasmic reticulum in skeletal muscle fibers. In 1906 Golgi shared the Nobel Prize with Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) for their studies on the structure of the nervous system.

He took an active part in public life; he was especially concerned with public health, and became a senator in 1900. He retired in 1918 but remained as professor *emeritus* at the University of Pavia. Golgi died in Pavia in January 1926. His publications are collected in the *Opera Omnia* (published by Hoepli Editore, Milan). The first three volumes of *Opera Omnia* appeared in 1903 and the fourth volume was edited by Golgi's co-workers (L. Sala, E. Veratti, G. Sala) and appeared in 1929.

### Scientific Debates and the Impact of Golgi's Discoveries

Golgi's discovery of the black reaction and his subsequent investigations provided a substantial contribution to the advancement of the knowledge on the structural organization of the nervous tissue. The theory that tissues are composed of individual cellular elements (the cell theory) had been enunciated in 1838-1839 by Matthias Jacob Schleiden (1804-1881) and Theodor Schwann

(1810-1882), but had not been extended to the nervous tissue. However, Golgi believed that his own observations of ramified nerve fibers could support the 'reticular theory', which postulated that the nervous system was a syncytial system, consisting of nervous fibers forming an intricate network, and that the nervous impulse propagated along such diffuse network. In the meantime, the theory that the nervous system as the other tissues was composed of cells, which were christened as 'neurons' by Wilhelm Waldeyer (1836-1921) in 1891, was receiving wide support, also from studies pursued in other laboratories by means of the Golgi's new staining. Cajal was the main supporter of the 'neuron theory', which correctly interpreted the nervous system as composed of anatomically and functionally distinct cells, not in cytoplasmic continuity.

Golgi described the morphological features of glial cells (that are also impregnated by his staining) and of the relationships between glial cell processes and blood vessels. He also described two fundamental types of nerve cells, still named after him as neurons 'Golgi type I', extending their axons at a distance from the cell body (the 'projection neurons' of the modern nomenclature), and 'Golgi type II', with axons ramifying in the vicinity of the cell body (corresponding to the 'local circuit neurons' and 'interneurons' of the modern nomenclature).

Among his other discoveries, in 1878 Golgi described the tendinous sensory corpuscles that bear his name (the Golgi tendon organs). In the years 1886-1892, Golgi provided fundamental contributions to the study of malaria: he elucidated the cycle of the malaria agent, the Plasmodium, in red blood cells, and the temporal coincidence between the recurrent chills and fever with the release of the parasite in the blood. Golgi also studied the efficacy of the administration of quinine during the disease.

In 1897, studying the nervous system with his black reaction, Golgi noticed in neurons an intracellular structure, whose existence he officially reported in April 1898. This structure was designated by Golgi "internal reticular apparatus" and was soon named after him as Golgi apparatus (or much later as the Golgi complex and is frequently referred to nowadays only as "the Golgi"). The discovery of this cell organelle was a real breakthrough in cytology and cell biology. However, the existence of the Golgi apparatus was debated for decades (many scientists believed that it only represented a staining artefact) and was only confirmed in the mid-1950s by the use of the electron microscope. The Golgi apparatus plays a key role in the intracellular sorting, trafficking and targeting of proteins. This organelle makes Golgi the most frequently cited scientist in cell and molecular biology.

Golgi left a heritage of passionate studies that exerted a profound influence on biomedical research in the 20th century.

## **THE PRODUCTS OF TECHNICAL MICROBIOLOGY - A PROMISING SOURCE OF PROTEIN AND ESSENTIAL AMINO ACIDS**

*Dr. Valeriy Kindya*

*Sumy State University, Research Laboratory of Biotechnology*

The rapid economic development of Asian countries at the beginning of the 21st century, specifically within its southeastern region, highlight that the inhabitants of Earth can create a lot of problems related to the increasing need for food within the population in the near future. Increasing the well being of the population of a country is always accompanied by an increasing level of food consumption. The increasing amount of food consumption in populous Asian countries, such as China and India, can quickly lead to shortages. This will be the beginning of a food crisis. An increased demand for protein products then follows. Everyone knows the relationship: the more protein consumption in the diets of people correlates to the development of the economy; through the development and implementation of technology.

Currently, the demand on the traditional sources of food reached its peak in the late 20<sup>th</sup> century, and further intensification of crop production or legumes can only lead to the degradation of one or another, in the agricultural area.

Humanity needs an alternative to traditional sources of protein. Such a source can be found in technical microbiology. The use of biomass of microorganisms by man would be possible only after the effective modification of the organic producers. The simplest modification technology of organic substances industrially produced biomass of microorganisms can be livestock, poultry, and fish farming. The experience of the former Soviet Union has convincingly proved the promising way in addressing the problem of protein nutrition.

The goal of our work was to analyze the results of research studies on protein and amino acid composition of various biomass producers, growing on different culture media. We analyzed four types of biomasses yeast (yeast grown on diesel oil fractions (DDFN) purified from yeast n-paraffins ( DOnP ) , yeast obtained in Synthesis methanol ( MPA ) , yeast derived synthetic ethanol ( LTO ) ) , and three type of biomass of bacteria (bacterial biomass produced by natural gas ( BBPG ) , bacterial biomass produced on synthetic methanol ( BBSM ) , bacterial biomass obtained in purified n-paraffins ( BBOnP ) ). The amount of protein in various types of yeast biomass was variable and ranged from 53.6 % (536 g / kg) in DCM , 67.7 % (676 g / kg) DDFN . Also there was a varying concentration of essential amino acids in yeast biomass (from 210.6 g / kg DOnP to 276 g / kg DDFN). The quality of the protein product is usually judged, not only on the amount of essential amino acids in them, but also on the concentration of biomass - lysine. The higher lysine biomasses were DDFN (45.1 g / kg) and DCE (45.0 g / kg). The protein content within bacterial biomass was higher than the yeast biomass - BBSM - 694.0 g / kg, BBOnP - 674.0 g / kg , BBPG - 634.0 g / kg. In bacterial biomass there was a higher concentration of the amount of essential amino acids and lysine compared with yeast products (the amount of essential amino acids in BBSM - 322,2g / kg, BBOnP - 261.5 g / kg, BBPG - 249.7 g / kg concentration of lysine at BBSM - 45.6 g / kg, BBOnP - 38.4 g / kg, BBPG - 36.0 g / kg).

These research results indicate that the products of technical microbiology are a promising source of protein and essential amino acids.

## **PROSPECTS OF MECHANICAL DISINTEGRATION AS PRETREATMENT METHOD OF NATURAL RAW MATERIAL FOR PRODUCING CAROTENOID PIGMENTS**

<sup>1</sup>Kindya E.V., <sup>2</sup>Kalinkevich O.V., <sup>3</sup>Kindya V.I.

<sup>1</sup>Povolzhsky Cooperative Institute (branch RUK)

<sup>2</sup>Institute of Applied Physics, Academy of Sciences of Ukraine

<sup>3</sup>Sumy State University, Research Laboratory of Applied Biotechnology

In Food Chemistry for coloring food products, synthetic and natural dyes are often used. The experience in the using of synthetic dyes raises a number of issues that affect their usefulness to humans, so the problem of research and development of technological schemes for the production of natural dyes is very important. Several food products stayed physiologically inactive carotenoid - bixin (derived from annatto seeds tropical plant), although for this purpose it can be used effectively in the preparations of carotene concentrates from cheaper raw materials. In particular, many local vegetable objects contain significant amounts of dietary carotenoids. The use of microorganisms for producing carotenoid products is also promising. Choosing raw materials usually takes into account; not only the quantitative content of biologically active substances, but also their availability, ease and efficiency of extraction, and the duration of the process. As a result, many potential sources of carotenoids do not find practical application. It is possible to solve this problem by using the method of mechanical disintegration.

The aim of our study was to investigate the effect of pre-disintegration of raw materials (plant facilities, biomass *Blakeslea trispora*) on the yield of carotenoids and extraction conditions. We used samples of corn leaves, Jerusalem artichoke, raspberries, grapes and biomass samples *Blakeslea trispora*. Carotenoid content was determined spectrophotometrically after complete extraction with acetone. Also taken into account was the amount of extractant used. Disintegration was carried out in dispersant original design that ensures the impact force on the object under study. The concentration of total carotenoids in the biomass *Blakeslea trispora* before the disintegration was  $3600,00 \pm 12,00$



mg%, the amount of acetone used for the extraction of the pigments was  $490,00 \pm 10,00$  ml. After the disintegration of the biomass increased yield of carotenoids, which was  $3920,00 \pm 20,00$  mg% and decreased the amount of extractant used to  $250,00 \pm 15,00$  ml. Therefore mechanical disintegration *Blakeslea trispora* biomass yield increased carotenoid pigments to 8.80% and reduced costs extracting almost doubled. Similar results were obtained with corn leaf disintegration, Jerusalem artichoke, grape and raspberry (before disintegration amount of carotenoids in the leaves of Jerusalem artichoke -  $63,50 \pm 5,50$  mg% in the leaves of corn-  $54,00 \pm 3,40$  mg% in the leaves raspberry -  $43,40 \pm 1,00$  mg% in the leaves of grape -  $49,70 \pm 1,20$  mg% and after disintegration - Jerusalem artichoke -  $70,30 \pm 6,00$  mg%, corn -  $64,50 \pm 7,00$  mg%, 57.80 mg% raspberries, grapes -  $53,00 \pm 1,00$  mg%). The disintegration of plant facilities to increase the yield of carotenoids from 6.60% (grape leaves) to 33.20% (raspberry leaves). As a result, consumption and reduced disintegration extractant  $35,00 \pm 3,00$  ml (raspberry leaves) to  $11,50 \pm 1,0$  ml (corn leaves).

The refore mechanical disintegration of natural objects containing carotenoid pigments shows promise for the pre-processing of raw materials.

### **A DEVELOPMENT OF STANDARD CONTENT OF THE MAIN CHEMICAL COMPOUNDS FOR THE PRODUCTION OF WHOLE MILK SUBSTITUTE (WMS) WITH THE INCLUSION OF BIOTECH PRODUCTS**

<sup>1</sup>*Belogubets A.V.,* <sup>2</sup>*Kindya V.I.*

<sup>1</sup>*Sumy National Agrarian University*

<sup>2</sup>*Sumy State University, Research Laboratory of Applied Biotechnology*

Modern technologies of milk production focus primarily on meeting the nutritional needs of people. A population's consumption of Milk is one of the indicators of the level the life and economic development of a country. People drink so much milk that it ranks second after the consumption of water, while not being a natural resource of Nature.

Nature has created the best food for newborn mammals - mammary secretion (colostrum, milk). Milk is a complex product; not only because of the fact that it contains about 250 individual chemical components, but also due to the content variation created during lactation. It is well known that Lactation to some extent is a "continuation" of pregnancy; the chemical composition of milk changes to meet the needs of a growing newborn.

The purpose of the developing technology to produce WMS is to release natural milk for human consumption and process it in other foods. WMS should best meet the chemical composition of milk and contain its basic properties. While producing WMS it is essential to remember that natural milk contains unique natural components such as casein proteins, lactalbumin and lactose. These components of solid milk occur naturally in such amounts only in mammary secretions and it is not possible to replace them 100%

Casein proteins - complete animal proteins, containing a complete set of amino acids necessary for intensive protein synthesis for growing tissues. Casein proteins from milk, under certain conditions (such as in the stomach of newborns) can easily form a clot of food, which is subjected to "attack" digestive enzymes, normalizes the process of digestion of the newborn. Lactose - a unique disaccharide milk. The primary purpose of lactose is being transformed to the gastrointestinal tract to create conditions for symbiotic microflora, which in turn should provide a smooth transition from the milk supply to the adult diet.

Our calculations show that dry milk substitute should contain from 244.58 g / kg to 250.60 g / kg protein. The amino acid composition of this protein would be as follows (%) - methionine + cystine - 3.67 lysine - 8.57, threonine - 5.03, tryptophan - 1.55, valine - 7.54. The amount of fat in milk substitute should be between 296.46 to 303.74 g / kg, and the amount of lactose - 370.57 - 379.70 g / kg. Ratio is very important for nutrients and minerals in milk substitute: protein - fat - 1: 1.21; protein - lactose - 1: 1.52; fat - lactose - 1: 1.25; calcium - phosphorus - 1: 0.75.

Promising sources of micronutrients, antioxidants, vitamins and other biologically active substances can be products of disintegration biokar, biolava, milk and soy beans.

## ANALYSIS OF THE ESTIMATION OF EFFICIENCY AND SAFETY OF HYPNOTIC DRUGS IN ELDERLY PATIENTS

*Naila al-Khanjari, Roschupkin A.A.  
Sumy State University*

*Department of Biophysics, Biochemistry, Pharmacology and Biomolecular Engineering*

**INTRODUCTION.** Sleep, currently estimated is perceived as cyclically recurring periods of restoration of essential body functions that are required in the phase of strong human existence. The problems associated with changes in the nature and structure of sleep, are marked according to different authors in 10-45% of all adults in the form of chronic insomnia, and periodically throughout the life occurring in 90-95% of people.

**OWN RESEARCH.** Given the widespread use of hypnotics drugs to normalize sleep and the prevalence in the target group of elderly patients we have studied the spectrum of pharmacological safety of this group of drugs in geriatric patients.

The objectives of the study were:

1. Determine the range of the most popular drugs with sedative and hypnotic action, used for the purpose of normalization of sleep.
2. Identify the spectrum of somatic pathology, most often those entailing sleep disorders.
3. Determine the range of efficacy and safety of these groups.

**MATERIALS AND METHODS.** For achieving the result of this study we have selected two groups of elderly patients. With regards to these problems patients were assigned to various types of sleeping pills. Evaluation of the efficacy and safety of taking these drugs evaluated in accordance with the questionnaire, which was developed by us specifically for this study. In addition, the estimated general clinical parameters, specific for this or that disease was observed.

**THE RESULTS.** Group of patients studied, various sleep disorders noted for 10 to 25 years, but the medication was used only for the last 5-10 years.

It should be noted that the overwhelming majority of patients (13 patients) did not consider the problem of sleep too significant, suggesting that these changes are inevitable at their age. Near 67% of patients had insufficient attention of physicians to this pathology.

Almost all patients were transferred as short-term use, and exchange of treatment with these agents were relatively well. There were no significant health problems with the patients. Side effect of the two patients (13%) was dry mouth.

## AN OUTSTANDING ANATOMIST N. I. PIROGOV

*Udegchri Omogchene Freeman, Edafedgeme Efe Charreson - the second-year students  
scientific supervisor - L. G. Sulim*

*Sumy State University, Human Anatomy Department*

N. I. Pirogov was born on 13 of November 1810 and died on 23 of November 1881. He was one of the outstanding physician-surgeon and anatomist. He proposed many new types of surgical operations. N. I. Pirogov was corresponding Member of the Division of Physical – Mathematical Sciences since 05.12.1848. He in particular was responsible for the creation of topographic anatomy. His work “Surgical anatomy of vascular trunk and fascia” brought him worldwide fame. He introduced the technique of ice-anatomy, a method based on examination of successive sections of frozen cadavers. Pirogov’s “Complete course of applied anatomy” and “The atlas of topographical anatomy in section through frozen cadavers” (1859) are based on this method. These were the first manuals of topographical anatomy. His general outlook was that of a natural scientific materialist, emphasized its immense importance for surgery. At the same time he showed that surgery in turn influenced anatomy and together with I.V. Buyalsky he initiated the applied trend in anatomy. Pirogov’s approach was based on the idea of the unity of the organism and its environment as well as the unity of form and function. Pirogov stressed the importance of function and pioneered the functional trend in anatomy, which was later developed by P. F. Lesgaft and other anatomists. Pirogov’s application of anatomy to surgery gave him a reputation that exceeded that of many

cerebrated European surgeons. It was Pirogov who was called in to remove the bullet from the famous Italian revolutionary Garibaldi. Pirogov's creative work formed an epoch in the development of medicine and anatomy. N. I. Pirogov organized the Anatomical Institute in the Medico-Surgical Academy and invited W. L. Gruber, the Prague anatomist, to work with him. After Pirogov's death his body was embalmed by Vychodsev, and sixty years later re-embalmed.

### **CHRONOPHARMACOLOGICAL PECULIARITIES OF ANTIOXIDANTS ACTION IN TOXIC LIVER DAMAGE**

*Vysotsky I.Yu., Kachanova A.A., Vysotsky V.I., Serduk Ya.V., Denisova K.R.*

*Sumy State University, Medical Institute, Department of Biophysics, Biochemistry, Pharmacology, and Biomolecular Engineering*

Treatment of toxic liver damage is one of the actual problems of hepatology. Chlorine-organic compounds have the important place between xenobiotics causing pathological liver changes of chemical etiology. Carbone tetrachloride (CCl<sub>4</sub>) is among them. This substance is widely used in different industries and characterized by well-known danger to humans. We have previously demonstrated the significantly high efficacy of antioxidants in toxic influence of CCl<sub>4</sub>.

An aim of this study was the investigation of chronopharmacological peculiarities of vitamin E and sodium selenite in toxic liver damage caused by CCl<sub>4</sub>.

It was found, that hepatotoxicity of CCl<sub>4</sub> is manifested in maximal degree during spring and summer. In these seasons, lipid peroxidation and low thiol-disulfide ratio are more expressive than in autumn and winter. It is necessary to notice, that the maximal increase of lipid peroxidation level under CCl<sub>4</sub> influence during spring and summer and minimal one during autumn and winter corresponds with maximal and minimal activity of aminotransferases. Efficacy of sodium selenite in treatment of CCl<sub>4</sub>-induced liver damage is higher during autumn and winter. Vice versa, hepatoprotective effect of vitamin E is higher during spring and summer. Sodium selenite prevents hepatotoxicity of CCl<sub>4</sub> in autumn-winter season. Combination of sodium selenite with vitamin E exhibits more expressive effect, than separate agents. This combination prevents toxic action of CCl<sub>4</sub> in autumn, winter, spring, and in less degree – in summer. It is due to higher toxicity of poison in summer period.

Obviously, unequal efficacy of vitamin E and sodium selenite in different seasons is result of seasonal pharmacokinetic peculiarities of vitamin E, because selenium concentration in blood and internal organs of rats is independent from seasons. Intensity of free-radical processes (which markedly increased in summer) has significant influence upon distribution of vitamin E in organism, including its accumulation in liver in the hot season.

### **CHANGES OF THE HEART AT HYPOOSMOLAR OVERHYDRATION**

*O.S. Yarmolenko, PhD student, Chiedozie Uwakwem N., medical student*

*Scientific adviser Prof. V. Z. Sikora,*

*Sumy State University, Anatomy Department*

Introduction. Nearly all the major systems of our body depend on water to work properly. Drinking plenty of water throughout the day aids in regulating body temperature, preventing constipation, flushing waste products out of the body, and many other important functions. However, overhydration—or drinking too much water—is also a potentially deadly condition, one that can throw off the balance between water and sodium in our blood. Hyponatremia is an electrolyte disturbance characterized by sodium concentration in the plasma below 135 mmol/L. At lower levels, overhydration (water intoxication), an urgently dangerous condition, may result in this situation. Too little sodium in our body prevents our nerves from communicating properly with our muscle tissue, leading to muscle weakness, as well as spasms and cramps. Hyponatremia also affects our heart muscle, increasing our heart rate.

The aim of our study was to understand the concept of changes of the heart wall under the influence of overhydration using scanning electron microscopy

**Materials and methods.** The experiment involved 12 eight month of age white laboratory male rats. Alimentation and experiments were conducted in accordance with the "European Convention for the protection of vertebrate animals used for experimental and other scientific purposes"(Strasbourg, 1986). Animals were divided into 2 series: experimental and control, 6 animals in each. To achieve the overhydration experimental rats received 10 ml distilled water three times a day through a tube, ate boiled demineralized food and were injected synthetic analogue of ADH (vasopressin )"Mynyrin "(Ferring) twice daily at a dose of 0.01 mg. The simulation of severe overhydration was 25 days. The control animals were injected the "Mynyrin"(Ferring) twice daily at a dose of 0.01 mg, considering the potential effects of vasopressin on the cardiovascular system. Animals received normal drinking water and food within the daily physiological needs. The animals were taken out of the experiment by the introduction ketamine at a dose of 70 mg/kg. Preparations for scanning electron microscopy were prepared according to standard methods.

**Results and discussion.** Upon reaching the animals severe overhydration the heart wall becomes widened and swollen. We observe thickening of left ventricular wall in 1.2 times and thickening of the right ventricular wall by almost half compared with the control. The walls of the heart are thickened under overhydration, especially in the ventricles because the ventricles perform most function of pumping blood. The myofibrils increase in thickness, in regards to this, at the onset of this condition( overhydration /water intoxication), the fluid outside the cells of the heart muscle has an excessively low amount of solutes. In comparison to that inside of the cells is more concentrated causing the fluid to shift through (via Osmosis) into the cells to balance the concentration. This causes the cells (myocytes) to swell due to inflow of the fluid to the intracellular matrix. Swelling of the cells causes the stiffness or thickening of myofibrils that make up the myocytes. We mark local missing of myofibrils transverse striation (cytolysis phenomenon), dilatation of intracellular spaces with collagen strands inside, aggregation of erythrocytes in vessels.

**Conclusions.** Using the method of scanning electron microscopy allows to reconstruct the volumetric structure of the heart wall. At water intoxication we observe changes both in the myocardial parenchyma and stroma. Changes in parenchymal component manifested by swelling of the myofibrils with local cytolysis. Changes in stromal component expressed in edema of intercellular spaces, increasing of collagen production and stasis of erythrocytes in the blood vessels.

## **PERIOSTAL REACTION AFTER IMPLANTATION OF B (ZR-TI) AND TI – ALLOYS**

*Zaitseva Nataliia, PhD student*

*Sumy State University, Hygiene and Ecology Department*

Osteointegration is a main factor of successful implant ingrowth. It depends on quality of bone, lack of initial stability, excessive loading, loosening or fracture of screw and fracture of implants. Other factors that can affect osteointegration are implant composition and features of implant surface. There are a lot of metals and ceramics have used in dental surgery last 40 years. Dental implants have applied as an alternative treatment method for the prosthodontic restoration of partial or full edentulous patient. There are a lot of reports about implant failure that from 6% to 11% according to different search. The main reason of implant failure is disorders of osteointegration that depends on composition of implant material, surface structure and implant elasticity and strength. Titanium is a good material for dental implants due to its mechanical parameters, non-toxicity and bio-inert. But it has some disadvantages such as high Young Modulus, low elasticity and low bone integrity. To improve quality of dental implants we can modify titanium alloys by adding of other metal such as aluminum or zirconium. There are a few reports about the periosteal reaction after pure Ti and Zr-Ti alloys implantation.

The aim of current research was to evaluate histology reaction of hosting bone in different period after the implantation of Ti and Zr-Ti alloys.

In experiment we used 30 rabbits for implantation of  $\beta$ (Zr-Ti)-alloys (experimental) and TiVT6 dental implants (control) in distal epiphysis of the femur. In 1, 3 and 6 months after implantation we control bone/implant interface by histological method.

1 month after the implantation around the Ti and Zr-Ti alloys we can suggest bone remodeling that leads bone loss and formation of connective tissue cuff that separate implant from bone tissue. 3 and 6 month after the implantation of pure Ti alloy we can see presence of connective tissue cuff and loss of bone tissue surrounds the implant. Compare the Ti alloy, Zr-Ti graft implantation leads connective tissue transformation in 3 months after the implantation time. 6 month after the implantation of Zr-Ti alloy we can suggest formation of trabecular bone around the graft.



## СЕКЦІЯ ІІІ.

# ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015 о 10:00

*Місце проведення:* СОІКЛ ім. З.Й.Красовицького, конференц-зал

*Керівник секції:* д-р мед. наук., професор **Чемич М. Д.**

*Секретар:* **Болецька Т. О.**

## ІНФОРМОВАНІСТЬ ЩОДО ШЛЯХІВ ПЕРЕДАВАННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФІКУВАННЯ ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ В У СУСПІЛЬСТВІ

*Антоненко О. А.*

*Наукові керівники – Чемич О. М., Гайворонська І. Е.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Вірусні гепатити в Україні за ступенем негативного впливу на здоров'я населення займають домінуюче місце у структурі інфекційної патології. Рівень захворюваності на гепатит В залишається дуже високим. За підрахунками науковців, дійсна кількість захворювань на гострий гепатит В в Україні у 5–6 разів перевищує дані офіційної статистики: на 1 зареєстровану жовтяничну форму гепатиту В припадає 5–6 безжовтяничних, а кількість інфікованих вірусом гепатиту В (ВГ В) перевищує 1 млн осіб (масовий скринінг не проводився). Одним із найважливіших завдань залишається проведення вакцинопрофілактики гепатиту В серед дитячого і дорослого населення в осередках цієї інфекції, медичних працівників як групи професійного ризику, студентів середніх і вищих навчальних закладів.

**Мета роботи.** Дослідити рівень знань серед молоді щодо шляхів передавання та попередження інфікування вірусом гепатиту В.

**Матеріали і методи.** Опитано 100 молодих людей у віці (19,31±1,93) року. Респондентами були студенти СумДУ факультетів електроніки та інформаційних технологій, технічних систем та енергоефективних технологій, економіки та менеджменту, іноземної філології та соціальних комунікацій. У дослідженні особи, що набувають або мають медичну освіту участі не приймали. Серед опитаних переважали чоловіки (69 %), жінок було у 2,2 рази менше ( $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження.** Респондентам було запропоновано анонімно відповісти на 13 запитань, які були спрямовані на з'ясування обізнаності щодо проблеми вірусного гепатиту В.

Переважна кількість молодих людей знала про цю недугу (61 %), але половина не мала уявлення про шляхи і фактори передавання вірусу (47 %) і при цьому регулярно відвідували перукарні, салони краси чи здійснювали татуювання (65 %). 2/3 (65 %) не було відомо про наслідки інфікування та чи виліковний гепатит ( $p < 0,05$ ). Викликає стурбованість, що жоден із опитуваних не вказав на наявність знайомих із хронічним вірусним гепатитом В. Лише 12 % за своє життя проходили тестування на ВГ В.

64 % не знали про існування щеплень проти ВГ В, щепленими були 36 %, 25 % - мали бажання здійснити це але не за власні кошти (91 %). Лише кожен п'ятий (20 %) готовий був щепити свою дитину.

Жоден з опитуваних не був донором крові, а отже не проходив перевірку щодо гепатиту.

**Висновки.** Переважна кількість молодих людей не мають уявлення про фактори, шляхи передавання, наслідки та можливість ефективною профілактики вірусного гепатиту В. У суспільстві існує стигма щодо хворих на цю недугу – жоден не вказав на наявність у своєму оточенні інфікованих ВГ В. Негативне ставлення до щеплень серед респондентів ставить під загрозу їх здоров'я і благополуччя майбутнього покоління.

Виходячи з цього, серед молоді необхідно інтенсивно проводити інформаційно-освітню роботу із залученням найрізноманітніших засобів (інформаційні листки, кураторські години здоров'я тощо) із залученням до цього студентів вищих медичних закладів.

## ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ КРІЗЬ ПРИЗМУ ОБРАЗОТВОРЧОГО МИСТЕЦТВА

*Богма К. В., Зацарна О. М., Медведь О. Л.*

*Науковий керівник – Малиш Н. Г.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Медицина за своїм творчим потенціалом співставима з образотворчим мистецтвом. Художники часто ілюструють події, свідками яких вони є або були. Відображаючи у живопису ті чи інші історичні моменти, зовнішній вигляд людей, митці підкреслюють своє вміння

ювелірно працювати пензлем. Для лікарів такі зображення також є корисними, оскільки дають змогу аналізувати масштаби подій, по зовнішності пацієнтів визначати симптоми захворювань.

**Мета роботи.** Виявити зображення випадків інфекційних хвороб у творах образотворчого мистецтва.

**Матеріали.** Альбоми репродукцій картин художників епохи середньовіччя, фресок європейських храмів, архітектурних пам'яток.

**Результати роботи.** Починаючи з часів середньовіччя, епідемія чуми багаторазово охоплювала європейські країни. Масові спалахи хвороби продовжувалися до XVIII ст. У XIV ст. (1347-1352 рр.) Європа була уражена пандемією чуми, яка отримала назву «Чорна смерть». Медицина того часу не могла пояснити причини виникнення і поширення хвороби, а також запропонувати ефективне лікування. Чума сприймалася як покарання, яке послав розгніваний Бог. Чуму зобразили: Пітер Брейгель Старший - «Тріумф Смерті» (1562), Ніколя Пуссен - «Чума в Ашдоді» (1630), Орас Верне - «Чума в Барселоні» (1822), Арнольд Бьоклін - «Чума» (1898) та багато інших. Страх перед чумою знайшов відображення у сюжетах «Ганку Смерті», «Тріумфу Смерті», «Трьох мертвих і трьох живих». «Ганок смерті» – це традиційний сюжет європейського мистецтва середини XIV століття. На панно церковного вітваря у Гетінгені (Німеччина) (1424) епідемія чуми змальована у вигляді «стріл», які розлючений Бог кидає в людей. Бенотто Гоццолі на фресці в Сан-Джиміньяно (Італія) (1464) демонструє Бога-отця, який посилає отруйну стрілу на місто. Диптих Мартіна Шаффнера (1510-1514) зображує ангелів, які стріляють у грішників. Сюжети про чуму відзначали раптовість і швидкоплинність хвороби.

Холера, на відміну від чуми або прокази, «удостоїлася» у мистецтві меншої уваги, що на нашу думку, пов'язано з явною «нелітературністю», «непоетичністю» і тим більше «неромантичністю» симптомів «проносної хвороби». Випадок сухої холери намалював у 1848 р. у картині «Це холера винна» російський художник Павло Федотов. Своє відчуття небезпеки і страху перед цією небезпечною інфекцією митець зумів передати, зобразивши померлу розпростерту на підлозі людину з ціанотичним кольором обличчя.

**Висновки.** Детальне розглядання мистецьких творів може бути одним з методів вивчення того чи іншого захворювання. Дослідження репродукцій картин, фресок – це тренінг спостережливості, «клінічного мислення», логіки, філософського розуміння життя і суспільних тенденцій у цілому.

## ЗМІНИ ІНТЕГРАЛЬНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ

*Болецька Т. О.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Незважаючи на свою 20-річну історію існування, Лайм-бореліоз відноситься до «нових нозологій» і багато аспектів недуги залишаються невивченими. Більшість захворювань супроводжується ендогенною інтоксикацією. Одними із показників ендогенної інтоксикації та адаптаційного потенціалу організму вважаються інтегральні лейкоцитарні індекси. Ці показники є більш інформативними, ніж окремі абсолютні або відносні значення. Вони прямо або опосередковано можуть оцінити інтенсивність, спрямованість, а також характер перебігу типових патологічних процесів.

**Мета дослідження.** На підставі аналізу змін інтегральних гематологічних індексів оцінити стан нейрогуморального гомеостазу, неспецифічної резистентності, ефекторних механізмів імунної системи організму, рівень імунологічної реактивності у хворих на Лайм-бореліоз.

**Матеріали та методи.** Зразки крові для загально клінічного аналізу крові 148 хворих на Лайм-бореліоз, які знаходились на стаціонарному лікуванні в СОІКЛІ у 2002-2014 роках. Групу контролю склали 100 практично здорових осіб, які проходили медичний огляд в КУ «СМКЛ №1» поліклінічне відділення №2, м. Суми. За формулами розраховувались: індекси



інтоксикації – лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК); індекси неспецифічної реактивності - лімфоцитарний індекс (Ілімф), індекс адаптації (СПНР), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індекс імунореактивності, індекс алергізації (ІА), індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ); індекси активності запалення - лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛІГ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛШОЕ). Статистично значимі відмінності для середніх величин порівнювались з використанням t- критерію Стьюдента.

**Результати.** При аналізі отриманих даних було виявлено, що рівень ЛІІ, СПНР, ІСНЛ і ІЛШОЕ статистично не відрізнялись у групи хворих і групи контролю. Проте Ілімф в групі хворих був на 20 % вище ( $p < 0,01$ ), ніж в групі порівняння і показники склали  $(0,6 \pm 0,03)$  та  $(0,5 \pm 0,02)$  відповідно. РВН був нижче на 36,86 % ( $p < 0,01$ ) і склав  $(9,59 \pm 1,39)$  та  $(15,19 \pm 1,47)$ . ІЗЛК був на 12,12 % нижче ( $p < 0,05$ ) -  $(1,74 \pm 0,09)$  та  $(1,98 \pm 0,07)$ . ІР був у 2 рази нижче ( $p < 0,01$ ) в групі хворих і склав  $(8,54 \pm 0,59)$  та  $(16,03 \pm 1,11)$ . ІА був на 24,1 % вище ( $p < 0,05$ ) і становив  $(2,06 \pm 0,16)$  та  $(1,66 \pm 0,08)$ . ІСНМ був більш ніж у 2 рази нижче ( $p < 0,001$ ) і склав  $(14,75 \pm 0,92)$  та  $(31,55 \pm 2,07)$ . ІСЛМ був на 46,61% нижче ( $p < 0,001$ ) і становив  $(8,12 \pm 0,57)$  та  $(15,21 \pm 1,07)$  відповідно. ІЛГ був на 17,9 % ( $p < 0,01$ ) вище в групі хворих і становив  $(5,73 \pm 0,24)$  та  $(4,86 \pm 0,19)$ .

**Висновки.** Таким чином, виявлені зміни інтегральних індексів свідчать про зміни в нейрогуморальному гомеостазі, неспецифічної резистентності та ефекторних механізмів імунної системи хворих на Лайм-бореліоз, а саме активацію гуморальної ланки (підвищення Ілімф, ІА) та пригнічення клітинної (підвищення ІЛГ, зниження ІР, ІСНМ, ІСЛМ, ІЗЛК) ланок імунітету.

## КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

*Бороденко А. О., Чемич М. Д.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Мета дослідження.** Вивчити особливості автоімунного ураження щитоподібної залози (ЩЗ) на тлі хронічного вірусного гепатиту С (ХВГС).

**Матеріали та методи.** Обстежено 184 хворих на ХВГС, які отримували протівірусну терапію (ПВТ). Було виокремлено хворих з автоімунним тиреоїдитом (АІТ), що дебютував при проведенні ПВТ (5,97 %), а також групу із транзиторним підвищенням автоімунних антитіл без встановленого діагнозу АІТ (3,8 %). У цих групах тривалість захворювання склала  $(15,3 \pm 0,9)$  та  $(16,9 \pm 1,7)$  року відповідно. Вивчали рівень гормонів ЩЗ, антинуклеарних (ANA) і антимітохондріальних (АМА) антитіл, антитіл до тиреоглобуліну (АТТГ) і до тиреопероксидази (АТПО).

**Результати дослідження.** Серед обстежених з ХВГС переважали чоловіки (59,4 %), жінок було в 1,5 разу менше (40,6 %) ( $p < 0,05$ ). У групі з АІТ навпаки переважали жінки (90,90 % та 9,09 %) ( $p < 0,05$ ), серед хворих з транзиторним підвищенням антитіл була тенденція до переважання чоловіків (57,14 % та 42,86 %). Серед пацієнтів з АІТ частіше зустрічався 1-й генотип HCV (81,81 %), 3-й – значно рідше (18,19 %). У більшості хворих визначався фіброз F3 (6 осіб), рідше F2 (4) і F1 (1). В осіб з транзиторним підвищенням антитіл статистично дані показники не відрізнялися. У всіх хворих із АІТ визначалося низьке вірусне навантаження ( $253748,3 \pm 305,4$ ) копій/мл проти ( $2637059,0 \pm 394,3$ ) копій/мл в осіб без нього ( $p < 0,05$ ). Протягом ПВТ відбувалось зменшення кількості пацієнтів, у яких були відхилення лабораторних показників. Так, на 1-му місяці лікування підвищений рівень АТПО ( $312,4 \pm 42,1$ ) МО/мл визначався у 8 випадках, АТТГ ( $206,3 \pm 60,9$ ) МО/мл - у 3, при цьому показники ANA, АМА були у нормі. На 3-му місяці лікування підвищений рівень АТПО ( $334,5 \pm 58,6$ ) МО/мл встановлено у 6 хворих, АТТГ ( $115,2 \pm 30,4$ ) МО/мл - у 3, у 2 - ANA та у 1 - АМА. На 6-му місяці лікування підвищений рівень АТПО ( $390,2 \pm 60,8$ ) МО/мл встановлено у 3 осіб, АТТГ ( $105,1 \pm 20,3$ ) МО/мл -

у 3. При цьому рівень гормонів ЩЗ (Т3 та Т4) увесь період спостереження залишався у нормі. Зниження рівня ТТГ виявлено у 3, підвищення - у 4.

Серед пацієнтів з транзиторним підвищенням антитіл вірусне навантаження в середньому сягало  $(1421226,61 \pm 70900)$  копій/мл, що значно більше, ніж у групі з АІТ ( $T_{\text{емп}} > T_{\text{кр}}$ ,  $p < 0,05$ ). Так, на 1-му місяці лікування визначався підвищений рівень АТТГ у 1, 3 - позитивних результати на АНА, 1 – АМА. На 3-му місяці: 3 позитивних результати на АНА, у одного підвищення АТТГ. На 6-му місяці: 1 позитивний АНА та АМА, у одного підвищення АТТГ до 445,8 МО/мл, та АТПО до 122,7 МО/мл. Рівень гормонів ЩЗ Т3 та Т4 вільні фракції та ТТГ також залишались у межах норми.

**Висновки.** АІТ частіше діагностувався у жінок з низьким вірусним навантаженням на тлі нормальних показників Т3 та Т4. Дана тенденція не встановлена при транзиторному підвищенні рівня автоімунних антитіл до ЩЗ. З тривалістю ПБТ відбувалося зменшення кількості пацієнтів з високими титрами антитіл до ЩЗ, а у хворих з транзиторним підвищенням автоімунних антитіл хоча і зберігалась тенденція до нормалізації показників із проведенням ПБТ, але на відміну від АІТ рідше підвищувались показники АТПО, відносно частіше АНА ( $p > 0,05$ ).

## ВПЛИВ ІМУНІЗАЦІЇ НА РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ІНФЕКЦІЯМИ, КЕРОВАНИМИ ЗАСОБАМИ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

*Вандик І. В., Рязанцева В. М.*

*Науковий керівник - Троцька І. О.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Мета дослідження.** Проаналізувати взаємозалежність рівня імунізації дітей різного віку та рівня захворюваності на керовані інфекції на території Сумської області.

**Матеріали та методи.** Статистичні дані про захворюваність дітей різного віку на кашлюк, дифтерію, правець, паротитну інфекцію, кір, краснуху та обсяг імунізації на території Сумської області за період 2000-2014 рр.

**Результати дослідження.** У структурі інфекційної захворюваності хвороби, керовані засобами специфічної профілактики на даний час займають 0,94-1,4%. Багаторічна динаміка захворюваності на ці інфекції відповідає закономірним особливостям перебігу з певним подовженням періодів між підйомами. Разом з тим в окремі роки спостерігаються періодичні підйоми захворюваності окремими інфекціями, керованими засобами специфічної профілактики. Зокрема, у 2011 році відмічалось зростання захворюваності на кашлюк, яка склала майже 80% у структурі захворюваності інфекціями, керованими засобами специфічної профілактики. Однією з найімовірніших причин зростання стало зниження імунного прошарку до 54 % серед дітей до 5 років. Станом на 2013-2014 рр. захворюваність знизилась до показника 0,87 або у 9 разів.

Захворюваність на кір після останнього значного зростання у 2006 році (кількість захворілих того року склала 942 особи за рахунок зменшення імунного прошарку до 47,1 %) знизилась у 88 разів і набула рівня, характерного для міжепідемічного періоду з його традиційними коливаннями (показник захворюваності склав 0,9, а відсоток вакцинованих дітей 7 років сягнув 97,3%). Черговий підйом відбувся у 2014 році з кількістю захворілих 44 (61,6%) особи серед дорослого населення у віці 20-45 років, які не мають даних про щеплення або імунізовані понад 15 років тому. 8 випадків зареєстровано серед дитячого населення: 4 у віці 1-4 роки ( всі нещеплені), 4 – у віці 5-9 років, з яких 1 дитина нещеплена, 3 – не ревакциновані.

По інших керованих інфекціях спостерігався закономірний перебіг епідемічного процесу, що не спричинив виражених епідускладень серед населення області.

**Висновки.** Показники захворюваності на кашлюк, кір та краснуху мають прямо пропорційну залежність від рівня імунізації. Стосовно інших інфекцій такої залежності не виявлено.

Разом з тим, рівень імунного прошарку серед населення, починаючи з 2009 року, знижується, що може спричинити додаткові ризики поширення інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, а відтак сприяти ускладненню епідемічної ситуації в області.

## МОНІТОРИНГ ВИДОВОГО СКЛАДУ МІКРООРГАНІЗМІВ, ІЗОЛЬОВАНИХ В АКУШЕРСЬКИХ ТА НЕОНАТОЛОГІЧНИХ СТАЦІОНАРАХ

Зайцева Т. О.

Науковий керівник - Малиш Н. Г.

Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

У сучасний період в акушерських та неонатологічних стаціонарах надзвичайно гостро постає проблема внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ). Розвитку ВЛІ передують колонізація різних біотопів вагітних та новонароджених госпітальними штамми, як правило, умовно патогенних мікроорганізмів (УПМ).

**Мета дослідження.** Визначити видовий склад УПМ, якими колонізуються вагітні жінки та новонароджені діти в акушерських і неонатологічних стаціонарах.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилися в пологових будинках №1 і №2 м. Суми та у відділенні недоношених новонароджених дітей (ВННД) Сумської обласної дитячої клінічної лікарні. Бактеріологічно обстежено 465 вагітних, 419 новонароджених дітей. Виділено 1348 штамів УПМ.

**Результати дослідження.** У 39,4 % вагітних, які були госпіталізовані у пологовий будинок № 1 і у 19,1 % - у пологовий будинок № 2, із піхви в етіологічно значущих дозах були ізолювані мікроорганізми родин *Enterobacteriaceae*, *Streptococcaceae*, *Staphylococcus* та *Candida spp.* При цьому жінки не скаржилися на свій стан здоров'я, заперечували наявність патологічних виділень із статевих органів, свербіжу, печії тощо.

Майже у кожній третій жінки (34,8 %), яка була госпіталізована в акушерський стаціонар № 1, із сечі були виділені *E. coli* у кількості, яка перевищувала критичну ( $10^5$ /мл). Частота виділення ентерококів складала - 7,5 %, клебсіел - 4,7 %. Серед інших УПМ із сечі ізолювали стафілококи, протеї, псевдомонади (у 2,5 % випадків). Неферментуючі грамнегативні бактерії, а саме *P. aeruginosa*, виділяли у 0,25 % випадків. В акушерському стаціонарі № 2 із сечі *E. coli* ізолювали у 33,3 % породіль, *K. pneumonia* - у 14,3 %, штами *Proteus spp.* - у 9,5 %. При цьому слід зазначити, що бактеріурія не супроводжувалася суб'єктивними ознаками ураження сечовивідних шляхів. Жінки не зверталися за медичною допомогою і, як наслідок, не лікувалися.

Із носоглотки новонароджених у пологовому будинку № 1 у 64,6 % випадків, були виділені УПМ (у концентрації  $10^3$  і більше). Домінували *S. aureus* (22,6 %), *E. coli* (19,4 %), *P. aeruginosa* (16,1%). У змивах з ендотрахеальної трубки псевдомонади і кишкові палички були виділені у кожного десятого немовляти.

Патологічна колонізація носоглотки у немовлят з пологового будинку № 2, виявлена у 69,5% випадків. У змивах з ендотрахеальної трубки УПМ ізолювані у 17,9 % новонароджених, слизової оболонки очей - у 11,7 %. Домінували у змивах із носоглотки *E. coli* (у 21,2 % випадків) і *K. pneumonia* (19,1 %), із ендотрахеальної трубки - *P. aeruginosa* (18,8 %).

УПМ, які виділяли у новонароджених у ВННД, у певній мірі віддзеркалювались бактеріальні екосистеми різних акушерських стаціонарів. Домінуючими колонізуючими агентами у недоношених новонароджених були грампозитивні та грамнегативні УПМ, переважно *S. epidermidis*, та бактерії роду *Enterobacter*. У структурі виділених з біологічного матеріалу штамів УПМ частка *S. epidermidis* складала - 39,9 %, *S. aureus* - 22,6 %, *K. pneumoniae* - 10,2 %, *E. cloacae* - 8,3 %, *E. aerogenes* - 1,6 %. Доля *E. coli* становила 7 %, у тому числі 6,3 % штамів з гемолітичними властивостями. Неферментуючі грамнегативні бактерії, а саме *P. aeruginosa*, виділяли у 6,3% випадків. Питома вага *Candida spp.* становила 1,02 %. Частка *S. pyogenes*, *Citrobacter spp.*, *Proteus spp.* складала 0,6 %.

**Висновки.** Планування профілактичних і протиепідемічних заходів має базуватися на чіткому уявленні про домінуючі збудники ВЛІ у кожному конкретному акушерському і/або неонатологічному стаціонарі, оскільки етіологічна структура гнійно-запальних захворювань корелює з видовим складом мікроорганізмів, які там циркулюють.

## ІМУНОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ ВАГІТНИХ НА НАЯВНІСТЬ ГОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ І ЦМВ-ІНФЕКЦІЇ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Кірсанова О. А., Крупник К. В.*

*Науковий керівник - Болецька Т. О.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Захворюваність вагітних і новонароджених TORCH-інфекціями в останні роки набула епідемічного характеру і зберігає тенденцію до зростання. Це зумовлено підвищенням інфікованості жінок фертильного віку збудниками, здатними викликати внутрішньоутробні інфекції плода. За статистикою, під час вагітності токсоплазмозом заражається не більше 1% жінок, з яких 20% передають токсоплазмоз плоду. Нажаль, існуючі профілактичні та протиепідемічні заходи в сучасних екологічних умовах не забезпечують стабілізації і зниження захворюваності вагітних і новонароджених.

**Мета дослідження.** Дослідити поширеність токсоплазмозу і ЦМВ-інфекції у вагітних та їхній вплив на перебіг вагітності.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 60 вагітних та проаналізовано індивідуальні карти вагітної та породіллі (форма N 111/о), які знаходились на обліку в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства в 2013-2014 роках. Середній вік обстежених склав (26,4±1,8) років.

**Результати дослідження.** При аналізі отриманих даних встановлено, що у 27 (45 %) жінок була зареєстрована загроза переривання вагітності, у 11 (18,3 %) - передчасне старіння плаценти, у 5 (8,3 %) - на КТГ знижені можливості фетоплацентарного комплексу. У 7 (25,9 %) із 27 жінок із загрозою переривання вагітності було зареєстровано підвищення рівня специфічних антитіл класу Ig M до токсоплазм. У 5 (18,5 %) зафіксовано наявність антитіл Ig M до цитомегаловірусів. В усіх випадках мало місце збільшення розмірів печінки і селезінки. У 38 (63,3 %) обстежених зареєстровано підвищення титру антитіл класу Ig G до цитомегаловірусів, але ніяких скарг вагітні не пред'являли, тому ці жінки були оцінені не як хворі, а як носії інфекції і лікування не отримували. Біофізичний профіль плода у всіх вагітних становив - 6-8 балів. Лікування токсоплазмозу проводилося антибіотиком - роваміцином (ровацидом) 3млн МО 2 рази на день, карсиллом по 1 табл. 2 рази на день, екобіолом – по 1 капсулі 2 рази на день протягом 10 днів та плазмоферезом (3 сеанси). Лікування ЦМВ-інфекції проводилось рослинним препаратом «Протефлазід» за стандартною схемою згідно інструкції препарату в 2 етапи по 4 тижні з перервою на 1 місяць. Після повторного обстеження через 3-4 тижні антитіла класу IgM зникали або значно знижувалися їх рівень. Також спостерігалось зниження рівня антитіл IgG до токсоплазм і ЦМВ-інфекції.

**Висновки.** Таким чином, майже у половини обстежених жінок зареєстровано загрозу переривання вагітності, що в четвертині випадків було пов'язано з гострим токсоплазмозом та ЦМВ-інфекцією. В усіх випадках ЦМВ-інфекції було присутнє збільшення печінки і селезінки. Після курсу лікування спостерігалось зниження титру антитіл обох класів, що підтверджує наявність гострої TORCH-інфекції у вагітних і потребує більш детального обстеження в період планування вагітності.

**ВПЛИВ HCV-ІНФЕКЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ**

*Коваленко А. І., Кучеренко Д. О., Романчук А. Р., Ільїна В. В.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) на сьогоднішній день досить поширений і вважається однією з найбільших проблем охорони здоров'я. За даними ВООЗ, в Україні гепатитом С інфіковано близько 3% громадян, що становить приблизно 1,2 млн. чоловік.

Загальновідомо, що якість життя хворих на HCV-інфекцію значно знижена, насамперед, через частий розвиток ускладнень, використання протівірусної терапії тощо. Важливим серед них є усвідомлення хворими наявності в них хвороби, що може вплинути на тривалість життя.

**Мета дослідження.** Оцінити якість життя хворих на хронічний вірусний гепатит С та вплив на неї обізнаності про наявність у них даної проблеми.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 43 пацієнти (25 чоловіків та 18 жінок), що перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького протягом 2013 – 2014рр. Фізичний і психологічний компоненти здоров'я оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) – неспецифічного опитувальника для оцінки якості життя пацієнта, що застосовується при проведенні досліджень якості життя в країнах Європи і в США. Оцінка якості життя пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36 проводилась за вісьмома шкалами: 1 - фізичне функціонування (Physical functioning), 2 – рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-physical functioning), 3 – інтенсивність болю (Bodily pain), 4 – загальний стан здоров'я (General health), 5 – соціальне функціонування (Social functioning), 6 – рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional), 7 – життєва активність (Vitality) та 8 - психічне здоров'я (Mental health). Шкали 1–4 відображають фізичний компонент здоров'я, а 5–8 – психологічний. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 – відповідає повному здоров'ю. Таким чином, чим вище показники, тим вища якість життя.

**Результати дослідження.** Найбільше змінювалися показники шкал, що відповідають фізичному компоненту здоров'я (у 90,7% хворих) порівняно з психічним компонентом (9,3 %). Серед показників фізичного компоненту найвищі показники спостерігалися за шкалою «фізичне функціонування», за якою оцінювалась фізична активність та обсяг повсякденного фізичного навантаження, який не обмежений станом здоров'я. За шкалою «інтенсивність болю» оцінювалась інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю – (74,9±5,0). Значення шкали «рольове функціонування, обумовлене фізичним станом», показує, якою мірою здоров'я обмежує життєдіяльність, показник склав – (60,22±6,41). Середнє значення шкали «загальний стан здоров'я» становило (57,59±4,23). При дослідженні психологічного стану пацієнтів були виявлені наступні значення показників за шкалами: «життєва активність» – (58,63±4,42), «соціальне функціонування» – (74,88±4,14), «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» – (66,66±5,77), та «психічне здоров'я» – (60,0±4,63).

**Висновки.** При оцінці якості життя хворих на хронічний гепатит С виявлено, що значення, які характеризували фізичний компонент здоров'я були вище за показники, що характеризували психологічний компонент здоров'я. Найвищими були значення шкали «фізичне функціонування», найнижчими – «інтенсивність болю». Це може свідчити про компенсованість гепатиту і відсутність будь-яких клінічних ознак хвороби. Психічне здоров'я пацієнтів змінювалося меншою мірою.

## ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ ТА МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТІВ

*Козько В.Н., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Бережной Б.Ю., Зоц Я.В., Анциферова Н.В.,  
Маркуш Л.И.*

*Харківський національний медичний університет, кафедра інфекційних хвороб*

Актуальність нейроінфекційних захворювань визначається тяжкістю їх перебігу, частим розвитком ускладнень, резидуальних явищ і високою летальністю, котра досягає 15-70%.

**Мета дослідження.** Визначення та вивчення взаємозв'язку клінічних та лабораторних показників з перебігом гнійних менінгітів та менінгоенцефалітів для оцінки проблем гострих нейроінфекцій у Харківському регіоні.

**Матеріали та методи.** Нами були проаналізовані всі клінічні випадки гострих менінгітів та менінгоенцефалітів у Харкові та Харківській області за 2011-2013 роки. За 3 роки під нашим наглядом знаходилось 84 ВІЛ-негативних пацієнтів з гострими гнійними менінгітами. Були використані клінічна картина перебігу захворювань, результати досліджень спинномозкової рідини (СМР), клінічного аналізу крові.

**Результати дослідження.** Захворювання середнього ступеня тяжкості спостерігалось у 22 пацієнтів (26,2%), тяжкого перебігу в 52 (61,9%) пацієнтів, летальних випадків у 10 (11,9%). Переважали пацієнти старшого віку, причому, чим старше були пацієнти, тим більш тяжкий перебіг захворювання у них спостерігався. Найбільший середній вік спостерігався у померлих пацієнтів - 63,7 років, у групі з тяжким перебігом - 52, середньої тяжкості - 46. Більшість померлих пацієнтів надходило до стаціонару протягом перших 5 днів захворювання (90% пацієнтів). Як правило, це було пов'язано з швидким розвитком симптомів хвороби, появою порушень свідомості. У групі середнього ступеня тяжкості 42,9% хворих надійшли пізніше 5-го дня від початку захворювання, при тяжкому перебігу - 30,3%. Аналізуючи дані клінічного аналізу СМР, слід зазначити, що рівень цитоза мав зворотну залежність від тяжкості хвороби. У групі пацієнтів з летальним випадком цитоз СМР був найменшим -  $488 \pm 356$ , при тяжкому перебігу -  $2845 \pm 2884$ , середнього ступеня тяжкості -  $3051 \pm 2905$ . Якщо поділити пацієнтів за рівнем цитозу СМР до 1 тисяч клітин у 1 мкл, від 1 до 5 тисяч і понад 5 тисяч, то у 80% померлих пацієнтів рівень цитоза був до 1 тисячі клітин, у 20% - від 1 до 5 тисячі, і в жодного пацієнта вище 5000. У той час як у пацієнтів середньої тяжкості цитозу до 1 тис. - у 33%, від 1 до 5 тис. - 38%, у 29% пацієнтів цитоз СМР перевищував 5000 клітин в 1 мкл. Рівень білка був тим вище, чим тяжче перебігало захворювання - від  $2,2 \pm 1,1$  у летальних випадках, до  $1,7 \pm 1,3$  при середньому ступені тяжкості. Результати клінічного аналізу крові в гострому періоді захворювання практично не залежали від тяжкості хвороби, тільки рівень лейкоцитів був достовірно вище в групі з важким перебігом захворювання.

**Висновки.** Таким чином незважаючи на відносно невисоку захворюваність, гнійні менінгіти мають переважно тяжкий перебіг, з високою летальністю (11,9%). Прогностично несприятливими є вік понад 60 років, розвиток порушень свідомості в перші 5 діб захворювання, низький рівень цитозу в спинномозковій рідині. Значне підвищення цитозу не є показником тяжкості захворювання, а, можливо, відображає саногенетичний характер імунних реакцій у відповідь на бактеріальну інфекцію і має скоріше позитивне прогностичне значення, в той час як підвищення рівня білка більше 2 г / л погіршує прогноз і може бути показником тяжкості хвороби .

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПИРОЗУ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Кот А. А., Голуб А. В.*

*Науковий керівник - Болецька Т.О.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Лептоспіроз є однією із найбільш небезпечних інфекційних хвороб, що реєструється як в області, так і в місті. Лептоспіроз - зоонозное захворювання, що викликається численними

представниками збудників, роду лептоспіра і характеризується вираженим інтоксикаційним синдромом аж до розвитку інфекційно-токсичного шоку, а також специфічними ураженнями судин (переважно клубочково-кальцевого апарату нирок, що виявляється гострим пієло- і гломерулонефритом), мезенхімальних клітин печінки і оболонок головного мозку. Це не тільки зооноз, але природно-осередкове захворювання, для якого характерним є наявність природних осередків. Рівень захворюваності в Чернігівській області в 2012 році склав 2,66 на 100 тис.нас., при середньо українському – 0,7; в 2013 році ці показники склали 3,06 та 0,79 відповідно.

**Мета роботи.** Дослідити клініко-епідеміологічні особливості лептоспірозу в Чернігівській області за 2003-2014 роки.

**Матеріали та методи.** Використані форма державної статистичної звітності №1 (ф. 1), медичні карти стаціонарного хворого (ф. 003/о). Методи: ретроспективний епідеміологічний аналіз, статистичний.

**Результати дослідження.** За результатами роботи встановлено, що за останні 12 років зареєстровано 64 випадки лептоспірозу, з них чоловіків – 48 (75 %), жінок -16 (25 %). Найвищий рівень захворюваності був зареєстрований у 2007 році – 15 випадків і в 2003 – 13. Проте в 2009 та 2011 роках не було зареєстровано жодного випадку захворювання. Серед захворілих більшість склали мешканці міста 37 (57,8 %), а сільські – 27 (42,2 %). В етіологічній структурі превалював лептоспіроз, викликаний ліптоспірами серогрупи *Icterohaemorrhagiae* – 40 (62,5 %). На інші форми, спричинені серогрупами *Hebdomadis*, *Grippytyphosa*, *Canicola*, припадає 19 (27,7 %), а в 5 (9,8 %) етіологію встановити не вдалось. 36 % (23) від усієї кількості захворілих склали чоловіки віком від 40 до 59 років. За перебігом захворювання превалювали тяжкі випадки – 33 (54 %), середньої тяжкості – 22 (34 %), легкої – 9 (14 %). У 8 (12,5 %) осіб мало місце пізнє звернення за медичною допомогою (після 3-х днів від початку захворювання), з них летальні наслідки у 5 (7,8 %).

**Висновки.** Серед захворілих на лептоспіроз у Чернігівській області за останні 12 років більшість склали міські мешканці чоловічої статі. У більш ніж половину випадків був зареєстрований іктерогеморагічний лептоспіроз і тяжкий перебіг захворювання. Летальність обумовлена пізнім зверненням за медичною допомогою. Таким чином, актуальним залишається санітарно-просвітня робота серед населення, особливо груп ризику (тваринники, працівники м'ясокомбінатів, робітники очисних споруд і каналізацій, мисливці, рибалки, шахтарі та ін.), своєчасна дератизація та співпраця зі спеціалістами ветеринарної медицини.

## ПАТОЛОГІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ З РІЗНИМИ ШЛЯХАМИ ІНФІКУВАННЯ

*Латик С. В., Мазур Т. С.*

*Науковий керівник – А. І. Піддубна*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Актуальність теми.** Патологія серцево-судинної системи (ССС) зустрічається у кожного 10 пацієнта, інфікованого ВІЛ. Вважається, що поява даної групи захворювань пов'язана як з прямою дією вірусу, так і опортуністичними інфекціями, впливом антиретровірусних препаратів, курінням, спадковістю, віком. До хвороб ССС, асоційованих з ВІЛ-інфекцією, відносять атеросклероз та ішемічну хворобу серця, васкуліт, легенеvu гіпертензію, пухлини серця, дилатативну кардіоміопатію, перикардити, міокардити і ендокардити. У порівнянні із загальною популяцією ці захворювання у ВІЛ-інфікованих зустрічаються частіше, розвиваються у більш молодому віці та перебігають агресивно. Незважаючи на великі успіхи у дослідженні цих патологій на фоні ВІЛ, недостатньо визначено ураження ССС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з різними шляхами інфікування.

**Мета дослідження.** Дослідити відмінності у патології серцево-судинної системи у ВІЛ-інфікованих осіб в залежності від шляху інфікування збудником.

**Матеріали та методи.** Для виконання поставленого завдання було проаналізовано 167 медичних карток стаціонарного хворого ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького з 2001 по 2013 рр. Пацієнти були розділені на дослідні групи в залежності від шляху інфікування ВІЛ. Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) склали 108 осіб (75,9 % чоловіків, 24,1 % жінок; середній вік  $(30 \pm 0,7)$  року). До групи осіб зі статевим шляхом інфікування (ОІСШ) увійшло 59 хворих (28,9 % чоловіків, 71,1 % жінок, середній вік  $(29 \pm 0,4)$  року). Статистична значимість відмінностей між групами оцінювалась з використанням  $\chi^2$  критерію Пірсона. Розбіжності вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ .

**Результати.** Встановлено, що ураження ССС зустрічалися з однаковою частотою у осіб дослідних груп (СІН – 53,7 %, ОІСШ – 57,8 %:  $\chi^2=0,237$ ,  $p > 0,05$ ). Найпоширенішою патологією була міокардіопатія, яка виявлена у 51 (47,2 %) СІН і 33 (55,9 %) ОІСШ ( $\chi^2=1,158$ ,  $p > 0,05$ ). Клінічні прояви міокардиту діагностовано у 1,85 % СІН (2 особи) та 1,7 % ОІСШ (1 особа) ( $\chi^2=0,007$ ,  $p > 0,05$ ). Бактеріальний ендокардит серед обстежених СІН зареєстровано у 6 (5,6 %) пацієнтів, проте у групі ОІСШ дана патологія не зустрічалася зовсім ( $\chi^2=3,4$ ,  $p > 0,05$ ). Незважаючи на те, що дані не досягли достовірних значень, можна стверджувати про тенденцію до появи запальних уражень оболонки серця у групі осіб, інфікованих парентерально, що пов'язано з високим ризиком розвитку даної патології при ін'єкційному способі вживання наркотичних речовин.

Ураження ССС, які супроводжувалися проявами серцевої недостатності (СН), виявлено у 85 (50,8 %) хворих та статистично не різнилися між представниками дослідних груп. Найчастіше зустрічалася СН I ступеня, що становила 43,5 % СІН і 49,1 % ОІСШ ( $\chi^2=0,239$ ,  $p > 0,05$ ). СН II ступеня виявлена у 6 наркозалежних (5,6 %) і у 3 (5,1 %) інфікованих статевим шляхом ( $\chi^2=0,017$ ,  $p > 0,05$ ). Прояви СН на тлі інфікування ВІЛ не перевищували ІІБ стадію, яка встановлена у 5 (4,6 %) СІН, і 1 (1,7 %) ОІСШ ( $\chi^2=0,949$ ,  $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Ураження серцево-судинної системи поширені на тлі інфікування ВІЛ та зустрічаються у половини інфікованих осіб. Розвиток серцевої патології у хворих на ВІЛ-інфекцію не залежить від шляху передавання і статистично не різниться у групах споживачів ін'єкційних наркотиків та інфікованих статевим шляхом. Таким чином, лікарям важливо бути однаково уважними на ранніх етапах діагностики групи людей, що живуть з ВІЛ, щодо попередження серцево-судинного ризику незалежно від шляху зараження збудником.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ У МІСТІ ЛУГАНСЬКУ

*Левашова А.І.*

*Науковий керівник - Ключник І.О.*

*Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології*

**Мета дослідження.** Оцінка розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ) у м. Луганськ.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз офіційних даних обліку випадків ВЛІ у м. Луганську за 2002 - 2010 рр. До 2007 року у групу ВЛІ було включено усі інфекційні нозології новонароджених, у т.ч. і спричинені внутрішньоутробним інфікуванням. З удосконаленням системи епідеміологічного нагляду вказана група інфекцій зі структури ВЛІ була виключена.

**Результати дослідження.** Виключення випадків пренатального та інтранатального інфікування дітей призвело до зниження показників захворюваності на ВЛІ у м. Луганськ з 25,7 на 100 тис. населення у 2002 р. до 5,8 на 100 тис. у 2007 р. та змінення структури гнійно-запальних ускладнень після надання медичної допомоги: переважання випадків ВЛІ в акушерських стаціонарах (57-78 %). Змінилось переважанням випадків ВЛІ, зареєстрованих у соматичних та хірургічних стаціонарах, частка яких коливалась від 60% до 66,6%. За період спостереження у стаціонарах хірургічного профілю була вдосконалена діагностика



післяопераційних ускладнень: якщо до 2007 р. вони майже не реєструвались, то надалі їх частка серед ВЛІ досягала 20-59%. Але випадки взагалі не виявлялись серед пацієнтів відділень інтенсивної терапії; пацієнтів, яким операції та діагностичні дослідження проводилися ендоскопічно; яким встановлено ендопротези; відсутні інфекції сечовивідної, нервової, серцево-судинної систем, не реалізовувались інфекції з аерозольним та контактним механізмами передачі збудників.

**Висновки.** У 2002 - 2010 рр. рівень захворюваності на ВЛІ у м. Луганськ не відповідав даним світової практики завдяки неповній реєстрації випадків. Питання легалізації нозокоміальних інфекцій залишається основною проблемою, що потребує вдосконалення системи епідеміологічного нагляду.

## ОСОБЛИВОСТІ АВТОІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С

*Лішневська А. Г.*

*Науковий керівник - Чемич М. Д.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Мета роботи.** Дослідити залежність автоімунних лабораторних ознак від генотипу вірусу у хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГ С).

**Матеріали та методи.** Проведено обробку та аналіз 46 медичних карт хворих на ХВГ С з різними генотипами, які знаходяться на обліку та лікуванні в гепатологічному центрі СОКІЛ і отримують противірусну терапію (ПВТ).

**Результати.** Серед обстежених чоловіків було в 1,2 рази більше (54,3 %), ніж жінок (45,7 %). ХВГ С був спричинений 1в генотипом – у 43,5 %, 3 – у 41,3 %, іншими – у 15,2 % (2 - 8,7 %, 1а – 6,5 %). Відхилення від норми чи пограничні значення в автоімунному статусі були виявлені у 32,6 % хворих, тоді як пацієнти, що мали значення автоімунних показників у межах норми, становили 67,4 %.

У групі пацієнтів, які мають автоімунні лабораторні відхилення (15 пацієнтів), чоловіків було 7, жінок – 8. Серед них генотип 1в склав - 53,3 %, генотип 3а – 33,3 %, інші генотипи – 13,3 %. У них найбільш часто виявлялися антинуклеарні антитіла (ANA), які були знайдені у 60 % у діапазоні від 1:100 до 1:320. На другому місці – підвищення вмісту антитіл (АТ) до пероксидази ЩЗ (АТПО), що коливалось у 53,3 % у межах 35,72 - 474,5 (норма до 34). Далі: АТ до двоспиральної ДНК – 33,3% у діапазоні від 4,0 до 70,14; Ig G до SS-A та SS-B – у 13,3 %, у межах 1,7-2,9 (негативний результат – до 1,0); антимитохондріальні АТ (АМА) – у 6,67 %.

За генотипами автоімунні відхилення у хворих розподілились наступним чином. Із 20 носіїв 1в генотипу підвищені АТПО мали 25,0 %, АТ до двоспиральної ДНК виявлено - у 20,0 %, ANA - у 15,0 %, Ig G до SS-A – у 5,0 %. Із 19 хворих, які мали 3-й генотип, підвищені ANA мали 21,0 %, АТПО - 10,5 %, АМА – 5 %. При інших генотипах (7 пацієнтів) ANA зустрічались у 28,6 %, АТПО – у 14,3 %, АТ до двоспиральної ДНК – у 14,3 %, Ig G до SS-B – у 14,3%.

**Висновки.** ХВГ С частіше зустрічається в чоловіків, але автоімунні порушення при цьому незначно переважають у жінок. Серед усіх хворих на ХВГ С 1/3 має автоімунні відхилення від норми. Частіше відхилення у автоімунному статусі виникають при 1в та 3 генотипах, що може бути пов'язане як з вищою їх частотою виявлення у популяції, так і з можливим більш вираженим впливом на автоімунні процеси організму. При цьому і характер змін також корелює з певним генотипом вірусу: підвищений рівень ANA в 1,4 разу частіше зустрічається при генотипі 3, порівняно з генотипом 1в, а підвищений рівень АТПО в 2,4 разу частіше при генотипі 1в, деякі автоімунні відхилення виявлялися лише в одному з генотипів, що може вказувати на специфічний вплив кожного з генотипів на окрему ланку автоімунних механізмів.

## КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АНГІН

*Луговська Ю. В., Чемич М. Д.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Мета роботи.** Дослідити сучасні клініко-епідеміологічні особливості перебігу ангін.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 160 хворих, госпіталізованих у Сумську обласну інфекційну клінічну лікарню імені З. Й. Красовицького у 2012-2013 рр. Діагноз ангіни встановлювали на підставі типових клініко-анамнестичних, епідеміологічних, лабораторних даних. У всіх хворих був середньотяжкий перебіг захворювання. Серед обстежених переважали особи жіночої статі - 61,3 %, чоловіків - 38,7 %. Середній вік хворих становив  $(28,2 \pm 0,36)$  року.

**Результати дослідження.** Пацієнти госпіталізовані на  $(2,0 \pm 0,04)$  добу від початку захворювання. З епіданамнезу відомо, що 70 % осіб пов'язують своє захворювання з переохолодженням, 30,0 % вказують на контакт з інфікованою людиною.

У 89,4 % встановлено діагноз первинної лакунарної ангіни, у 8,2 % – повторної; у 1,2 % – первинної фолікулярної ангіни; у 1,2 % – ангіни Венсана.

Ускладнений перебіг найчастіше спостерігався у жінок (62,5 %), у чоловіків – у 1,7 разу рідше. З ускладнень переважно реєстрували: паратонзиліт (65,0 %); паратонзиллярний абсцес (30,0 %); гострий пієлонефрит, отит, гайморит у поодиноких випадках (6,0 %). Серед клінічних симптомів переважали наступні: підвищення температури тіла до  $38,8^{\circ}\text{C}$ , озноб, біль при ковтанні, головний біль, загальне нездужання, біль у суглобах, м'язах, яскрава гіперемія слизової оболонки піднебінних дужок, язичка, задньої стінки глотки. Мигдалики збільшені, набряклі, гіперемійовані, вкриті білуватими або жовтими нашаруваннями. Наліот рихлий, легко знімається шпателем. Характерний регіонарний лімфаденіт – збільшені і болючі підщелепні та передньошийні лімфатичні вузли.

У клінічному аналізі крові при поступленні спостерігалися: лейкоцитоз  $(11,1 \pm 0,11) \cdot 10^9/\text{л}$ ; збільшення ШОЕ  $(19,5 \pm 0,2)$  мм/год; у лейкоцитарній формулі підвищена кількість паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів -  $(8,4 \pm 0,04)$  %, яка при виписуванні поверталась до норми -  $(5,03 \pm 0,03)$  %; кількість сегментоядерних нейтрофільних гранулоцитів при поступленні та виписуванні була у нормі  $(58,0 \pm 0,5)$  % та  $(41,2 \pm 0,3)$  % відповідно. Також при виписуванні поверталися до норми кількість лейкоцитів та ШОЕ -  $(7,5 \pm 0,3) \cdot 10^9/\text{л}$ ,  $(7,3 \pm 0,08)$  мм/год відповідно.

Хворі отримували етіотропну терапію (цефтріаксон - 39,3 %, емсеф - 23,1 %, цефаксон - 37,5 %), дисенсibilізувальні засоби (роліноз - 50,0 %, лоратадин - 50,0 %), засоби локальної антисептичної дії (фарингосепт - 36,2 %, граммідин - 28,8 %, лісобакт - 35,0 %, гіпохлорит натрію - 100 %) та інші препарати (25 % розчин сульфата магнію, лімфоміазот, енгістол).

Основні клінічні симптоми зникали на  $(2,7 \pm 0,1)$  день від початку лікування. Тривалість перебування хворих у стаціонарі становила  $(6,2 \pm 0,03)$  дня.

**Висновок.** Серед госпіталізованих переважають молоді особи з діагнозом первинна лакунарна ангіна, ускладнена паратонзилітом або паратонзиллярним абсцесом. Фактором ризику є переохолодження.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ

*Масленников В. В.*

*Науковий керівник – Піддубна А. І.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Епідемія ВІЛ-інфекції за 20 років перетворилася у глобальну кризу і на даний час являє собою одну з найбільших загроз соціального розвитку людства. На сьогоднішній день проблема ВІЛ/СНІДу – це складний соціально-економічний, суспільно-культурний і медичний феномен, який вимагає багатовимірної відповідної стратегії. У сучасних умовах

становлення євроінтеграційних процесів у нашій державі особливу цікавість становить порівняння особливості розвитку епідемії з країною ЄС, що має спільне з українським народом історичне коріння, культуру і побут.

**Мета дослідження:** порівняти сучасну епідеміологічну ситуацію з ВІЛ-інфекції на території України та Польщі на основі вивчення базових показників дозорного епідемічного нагляду.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали інформаційні бюлетені з ВІЛ-інфекції в Україні та Польщі, інформаційні бюлетені "Огляд епідеміології" ("Przeglądzie Epidemiologicznym") за 2009-2013 рр. та статистичні дані з веб-ресурсу Національного інституту громадського здоров'я Польщі ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)).

**Результати дослідження.** Встановлено, що поширеність ВІЛ-інфекції в Україні значно випереджає Польщу за низкою показників. Так, за період спостереження рівні первинної захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед українців у середньому у 20 разів перевищували середньонаціональні показники у Польщі; захворюваності на СНІД - у 8 разів; випадки смертей від захворювань, обумовлених СНІД, - у 50. Загалом в Україні офіційно зареєстровано 245 216 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 65 733 хворих на СНІД, 31 999 смертей від захворювань, зумовлених СНІДом; у Польщі показники склали 17 565, 3 062 та 1246 випадків відповідно.

У статеві-віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні переважали особи віком 25-49 років, частка яких зростала у динаміці від 63,8 % у 2009 р. до 67,0 % у 2013 р. У Польщі нові випадки ВІЛ-інфекції частіше встановлюються в осіб віком 30-39 років: на даний віковий діапазон припадає від 36,8 % до 38,7 % випадків. За статтю серед поляків, інфікованих ВІЛ, домінували особи чоловічої статі, які склали від 75,1 до 82,2 % усіх осіб з ВІЛ. Проте частка чоловіків серед українців, що живуть з ВІЛ, становила від 55,1 % до 56,4 %, що свідчить про активне залучення у епідемію жіночого населення.

Найбільш поширеними шляхами передавання ВІЛ в Україні стали гетеросексуальні статеві контакти (43-53 % нових випадків ВІЛ-інфекції), у той час як у Польщі найбільший відсоток серед первинної захворюваності на ВІЛ займав невідомий шлях інфікування (53-80 %).

Необхідно відмітити низький відсоток передавання вірусу від матері до дитини у Польщі (за роки спостереження показник не перевищував 0,4 %, а в Україні на цей показник припадала п'ята частина всіх офіційно зареєстрованих випадків зараження ВІЛ). Також привертає увагу зведене до 0 значення інфікування ВІЛ при гемотрансфузіях у Польщі (в Україні показник сягав 0,005-0,01 %).

**Висновки.** Показники захворюваності на ВІЛ/СНІД в Україні перевищують аналогічні у Польській республіці. В обох країнах найбільша питома вага випадків інфікування припадає на чоловіків працездатного віку, які інфікувалися статевим шляхом. Порівняльний аналіз вказав на необхідність проведення більш жорсткої державної політики з приводу безпеки донорської крові і профілактики трансплацентарної передачі ВІЛ в Україні.

## ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ПЕРЕБІГ ГРВІ

*Миронов П. Ф., Шарафулліна А. О.*

*Науковий керівник - Сніцарь А. О.*

*Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

ГРВІ становлять 80-90% від усіх випадків інфекційної патології. У період епідемії хворіє від 5 до 20% населення. В Україні за рік реєструється 10-15 млн хворих на ГРВІ, у тому числі й на грип. Експерти ВООЗ підкреслюють, що в останні роки зберігається тенденція до постійного зростання рівня захворюваності, спричиненої даними інфекціями. Високий рівень захворюваності, обумовлений поліетіологічністю ГРВІ, нестійкістю та виключною типоспецифічністю противірусного імунітету, призводить до частого розвитку ускладнень та навіть до летальних випадків при тяжкому їх перебігу. Факторами, що збільшують ризик

захворюваності є міграційні процеси, екологія, урбанізація, шкідливі звички, інтеркурентні захворювання.

За висновками експертів ВООЗ, простий герпес є однією з найбільш поширених неконтрольованих інфекцій людини. За даними різних авторів від 90% до 100% населення земної кулі є серопозитивними на вірус простого герпесу. Збудників або їх антигени виявляють у 80-90%, а антитіла — практично у 100% дорослих осіб, у 10-20% з яких відзначають клінічні прояви.

Особливий інтерес привертає поширення серед населення шкідливих звичок, зокрема тютюнопаління. Воно сприяє пригніченню хемотаксису нейтрофілів, зниженню активності натуральних кілерних клітин, здатності макрофагів до адгезії, зниженню імунорегуляторної активності Т-лімфоцитів тощо. Все це — незаперечні докази негативного впливу тютюнопаління на стан імунної системи організму в цілому, і розглядаються як чинники ризику виникнення багатьох інфекційних хвороб.

**Метою** роботи було виявлення факторів (куріння, герпетична інфекція), що впливають на особливості перебігу гострих респіраторних інфекцій, їх тяжкість, тривалість, вираженість клінічних проявів.

**Матеріали та методи.** Всього було досліджено 170 пацієнтів, які лікувалися в СОКІІ ім. З.Й. Красовицького протягом 2008-2014 рр. у різні проміжки часу. Проведений аналіз перебігу ГРВІ з вивченням клінічних даних, особливостей лабораторних досліджень, динаміки симптомів захворювання. Враховуючи дані анамнезу, було виділено окрему групу пацієнтів, які палять та окремо проаналізовано групу пацієнтів з поєднаною інфекційною патологією ГРВІ і простого герпесу.

**Результати дослідження.** Отримані дані свідчать, що середня кількість ліжко-днів у порівняних групах однакова — 8. Тяжкий перебіг (50 %) та супутні ускладнення (77 %) переважають у курців чоловічої статі (80 %). Пацієнти, які не палять: 35% - з тяжким перебігом і 60% - з ускладненнями. З супутньою патологією 26 % і 52 % відповідно. Середні показники температури тіла та лабораторні дослідження відповідають тяжкості захворювання.

**Висновки.** Отже, можемо стверджувати, що тютюнопаління призводить до більш тяжкого перебігу захворювання, а поєднання ГРВІ та простого герпесу майже не відображається на клінічній картині.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПЕРЕБІГУ ГРВІ У РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ

*Перешивайло О. І, Голубнича В. М*

*Сумській державний університет, кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології*

Гострі респіраторні вірусні інфекції є однією із найбільш актуальних проблем сучасної науки та практичної медицини. Незважаючи на значні зусилля, спрямовані на вивчення ГРВІ, вони залишаються малокерованими інфекціями. Важливим напрямком у вивченні ГРВІ є встановлення етіології та особливостей клінічного перебігу у різних груп населення.

**Мета роботи.** Дослідити клініко-етіологічні особливості ГРВІ у дорослих та дітей.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 82 хворих на гострі респіраторні інфекції, які знаходились на лікуванні у лікувальних закладах м. Суми та Сумської області. При обстеженні пацієнтів звертали увагу на клініко-анамнестичні особливості та проводили дослідженням змивів із носоглотки на наявність респіраторних вірусів за допомогою тест системи «Амплісенс Респіро» (Росія) для ПЛР.

**Результати дослідження.** Основну частину обстежених становили діти (66 %). Вік обстежених коливався від 1 до 75 років. Чоловіки хворіли частіше (66,7 %) ніж жінки (33,3 %). Хворі в середньому звертались через  $1,8 \pm 0,1$  доби від початку захворювання. При цьому 10,5 % дітей та 7,4 % дорослих за 14 днів до початку захворювання приймали противірусні препарати. Серед захворівших дітей 2,6 % були вакцинованими проти грипу у поточному році. У 25,6 % пацієнтів перебіг захворювання був тяжким, у 12,2 % пацієнтів ГРВІ

ускладнена пневмонією, а 4,9 % пацієнтів певний час перебували у реанімації. У всіх обстежених спостерігались симптоми катарального та інтоксикаційного синдромів. Однак домінуючим симптомом у дорослих був біль у горлі, а у дітей – кашель. Лише із 47,6 % досліджуваних проб було виділено респіраторні віруси. Видовий спектр збудників у групах дітей та дорослих був представлений різними представниками. Частіше всього збудниками ГРВІ у дітей були риновіруси (27,6 %) та коронавіруси (17,2 %), а у дорослих – вірус парагрипу III типу (30 %), вірус парагрипу I типу (20 %) та коронавіруси (20 %).

**Висновок.** З'ясовано, що частота виявлення різних видів респіраторних вірусів та клінічні прояви ГРВІ у дорослих та дітей відрізняються.

## ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ УКРАЇНЦІВ ЯК ПЕРШИЙ ЕТАП ВДОСКОНАЛЕННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ

*Піддубна А. І.<sup>1</sup>, Денисенко О. В.<sup>1</sup>, Корнєєв С. М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

<sup>2</sup> Клінічна лікарня “Феофанія”, відділення переливання крові та власного банку крові

На сучасному етапі оцінка якості життя (ЯЖ) людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), є невід’ємним компонентом надання медичної допомоги даній категорії пацієнтів, проте залишається відкритим її вивчення у ВІЛ-інфікованих українців. Нами розроблена анкета для оцінки ЯЖ, адаптована до україномовних громадян, і перед широкомасштабним застосуванням даного інструменту доцільно провести його апробацію на практично здорових особах.

**Мета роботи.** Вивчити показники ЯЖ практично здорових донорів крові задля подальшого використання результатів у клінічній практиці.

**Матеріали та методи.** Проведене анонімне і конфіденційне опитування за розробленою анкетною оцінкою ЯЖ 44 донорів крові, серед яких 36 чоловіків (81,8 %) і 8 жінок (18,2 %), середній вік склав (30,68±1,21) роки, мешканців міст 38 осіб (86,4 %). Результати проведеного анкетування представлені у вигляді оцінок у балах по 4 шкалам, складених таким чином, що більш високий сумарний бал відповідає більш високому рівню ЯЖ респондента.

**Результати дослідження.** Основні показники здоров’я донорів крові мали загальний середній бал 71,5, що відповідає високому рівню ЯЖ: сумарний показник для фізичного компоненту (ФК) склав 16,4, соціального (СК) – 17,88, духовного (ДК) - 17,86 з 21 можливих.

При більш детальній оцінці складових ФК виявлено, що влаштування стану здоров’я відмічали 90,9 % респондентів, заперечували наявність больового синдрому 90,9 %. Погіршення здоров’я за останній рік було наявне у 15,9 % донорів, що відповідно відобразилося на обмеженні фізичної активності і порушенні сну у 18,2 % осіб та зниженні життєздатності у 13,6 %. При аналізі показників СК відмічено незначне обмеження соціальних можливостей: 18,3 % осіб мали умови життя, що не відповідають потребам та ознаки ізоляції і дискримінації. Параметри ДК вказують на високу психічну адаптованість практично здорових осіб (здоров’я є життєвою цінністю у 97,7 % осіб, незмінними є плани на майбутнє у 90,9 %, особисті переконання допомагають долати труднощі 97,7 % респондентів), та емоціональну стабільність (думки про смерть лише у 2,27 %, внутрішня стигма у 6,82 % осіб). У 13,6 % залучених у дослідження відмічено недостатність позитивних емоцій у житті, у 20,5 % - відсутні настрої чи інтереси останнім часом, що може впливати на особливості поведінки та знижувати ЯЖ у даній категорії анкетованих.

При оцінці об’єктивних критеріїв ЯЖ з позиції лікаря середній сумарний бал становив 19,36, що свідчить про високий рівень ЯЖ. Підтвердженням цьому є виявлений у 100 % донорів задовільний загальний стан та стабільність показників органів та систем, у 95,5% - задовільна фізична активність, у 93,2 % - задовільна працездатність, у 97,7 % - стабільність емоційного стану, у 97,7% - відсутність впливу хронічної патології на стан пацієнта.

**Висновки.** Аналіз даних анкетування вказує, що практично здорові особи мають високий рівень ЯЖ за показниками фізичного, соціального та духовних компонентів. Проте у

незначної категорії респондентів прослідковується чітка залежність між прогресуванням больового синдрому та відповідно зниженням фізичної активності, життєздатності, обмеження соціальних можливостей, та змінами поведінки. Отримані результати можуть бути у подальшому використані при проведенні дослідження серед ЛЖВ, що дозволить прослідкувати залежність впливу супутніх показників на параметри ЯЖ.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХВОРОБИ, ВИКЛИКАНОЇ ВІРУСОМ ЕБОЛА

*Свириденко Л. Ю., Фендик М. М., Малиш Н. Г.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала спалах лихоманки Ебола надзвичайною ситуацією міжнародного значення. Тому всі країни, де зафіксовані випадки зараження лихоманкою Ебола, повинні запровадити режим надзвичайного стану, адже можливі наслідки подальшого поширення захворювання у світі особливо серйозні з огляду на високу вірулентність вірусу, інтенсивність його поширення і слабкість державних систем охорони здоров'я в уражених країнах і країнах, де ризик заразитися найвищий.

**Мета роботи** – використовуючи офіційні статистичні дані (бюлетені ВООЗ) та матеріали опублікованих наукових робіт, дослідити ймовірні причини виникнення лихоманки Ебола на території Західної Африки та можливості її поширення в Україні.

**Результати дослідження.** Спалах хвороби, викликаного вірусом Ебола, у Західній Африці з самого початку не викликав особливої занепокоєності світової спільноти. Станом на 15 лютого 2015 року випадки лихоманки Ебола (всього 23 253) зареєстровані у Конго, Нігерії, Гвінеї, Сьєрра-Леоне, Ліберії, Сенегалі, Малі, США, Іспанії, Великобританії. У трьох країнах, а саме Гвінеї, Ліберії, Сьєрра-Леоне, недуга сягнула масштабів епідемії.

Хвороба, викликана вірусом Ебола, є гострою вірусною висококонтагіозною інфекцією. Спочатку інфікування людей вірусом Ебола відбувається при тісному контакті з кров'ю, виділеннями, органами або іншими біологічними рідинами інфікованих тварин. У подальшому поширення вірусу під час спалаху відбувається за рахунок його передавання від людини до людини при тісному контакті (через пошкоджену шкіру або слизову оболонку) з біологічними рідинами, виділеннями (кров'ю, мокротинням, блювотою, фекаліями, спермою) або органами пацієнтів за наявності у них симптомів хвороби, а також при опосередкованому контакті з об'єктами, забрудненими цими рідинами. Описані випадки нозокоміального та лабораторного інфікування. Індекс контагіозності сягає 95%. Хворіють переважно дорослі.

На поширення вірусу дуже сильно впливає данина традиціям. Поховання - це один з найважливіших ритуалів у Західній Африці, під час якого присутні люди мають прямий контакт із тілом померлого, це відіграє значну роль у подальшому поширенні вірусу Ебола серед людей. Наприклад, прийнято цілувати небіжчика перед похоронами, а це є одним із найпростіших способів заразитися. Місцеве населення навмисно вкриває хворих від лікарів, таємно ховає померлих, однак для того, щоб уникнути зараження води, трупи померлих від епідемії треба спалювати. Могили зазвичай викопують поблизу житла людей. Для тих, хто помер від тяжкої хвороби, могилу копають близько до струмків, щоб «його захворювання йшло разом з водою». Таким чином можна пояснити масове поширення вірусу.

Гостра геморагічна лихоманка (гарячка) Ебола – захворювання з тяжким перебігом, вираженою інтоксикацією, зневодненням, ураженням кровоносних судин багатьох органів з розвитком масивних крововиливів. Специфічного лікування вищезазначеної недуги до цього часу не існує. Застосовують терапію, спрямовану на стабілізацію ОЦК та електролітного балансу, кисневого статусу, артеріального тиску.

**Висновки.** Інтенсифікація міграційних процесів сприятиме швидкому переміщенню джерел збудників інфекції (інфікованих людей) у масштабах земної кулі, завезенню збудників на території, що не є ендемічними по недугі, і при наявності умов для реалізації механізму передачі вірусу спричинить виникнення епідемічного спалаху або навіть епідемії.

Керуючись статтею 40 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», статтею 6 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» та враховуючи ускладнення епідемічної ситуації щодо хвороби, викликані вірусом Ебола (ХВВЕ) у Західно-Африканських країнах, Держсанепідслужбою України затверджено постанову від 21.08.2014 р. № 12 «Про посилення державного санітарно-епідеміологічного нагляду у зв'язку з ускладненням епідемічної ситуації щодо хвороби, викликані вірусом Ебола (ХВВЕ) у Західно-Африканських країнах, і можливістю її поширення у світі».

## ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ВІЛ/СНІДі

*Скоропад Ю. І., Геращенко А. А.  
Науковий керівник – Піддубна А. І.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Шлунково-кишковий тракт (ШКТ) відноситься до систем, які постійно вражаються у хворих на ВІЛ-інфекцію, що обумовлено як прямою дією вірусу, так і токсичною дією ліків, суперінфекціями. Проте питання виникнення даної групи уражень у ВІЛ-інфікованих українців потребують подальшого вивчення.

**Мета дослідження.** Встановити частоту патології ШКТ у хворих на ВІЛ-інфекцію, оцінити появу інфекційно-запальних процесів травної системи.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 167 медичних карток стаціонарного хворого (форма первинної облікової документації №003/о), госпіталізованих з приводу ВІЛ-інфекції у Сумську обласну клінічну інфекційну лікарню ім. З. Й. Красовицького за період з 2001 по 2013 рр: 99 (58,3 %) чоловіків і 68 (40,7 %) жінок у віці від 16 до 52 років (середній вік склав  $30,35 \pm 0,52$  року). Споживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом було причиною передавання збудника у 108 (64,7 %) осіб.

**Результатидослідження.** Встановлено, що серед супровідної патології у хворих на ВІЛ-інфекцію домінували ураження гепатобіліарної системи – 142 (83,8 %) особи, серед яких три чверті становили ураження печінки вірусної етіології: вірусний гепатит С – 91 (63,7 %), вірусний гепатит В і С – 20 (14,0 %), вірусний гепатит В – 8 (5,6 %). Холецистит виявлено у 66 (46,7 %), панкреатит – у 4 (2,8 %), жовчно-кам'яна хвороба – у 4 (2,8 %) хворих. На другому місці за поширеністю знаходилися ураження кишечника, яке спостерігалось у 82 (48,4 %) осіб. Так, на пронос з частотою до 5 разів на добу скаржилися 36 (21,2 %) пацієнтів; більше 5 разів – 13 (7,67 %); у 63 (37,2 %) пацієнтів діагностовано дисбактеріоз кишечника: з них І ступеня – 17 (10 %), II – 37 (21,8 %), III – 9 (5,31%). Втрата маси тіла спостерігалася у 51 (30,5 %) особи, з яких у 9 (5,31%) встановлено ВІЛ-обумовлену кахексію.

**Висновки.** У ВІЛ-інфікованих відмічається значна частота ураження шлунково-кишкового тракту. Серед супровідної патології переважають ураження печінки вірусного генезу, що можна пов'язати з високим ризиком парентерального навантаження даної категорії пацієнтів з можливим одночасним інфікуванням ВІЛ і вірусними гепатитами В і С.

## ІМУНОПРОФІЛАКТИКА – ВАЖЛИВИЙ ЗАСІБ ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

*Сорокіна О. О.*

*Науковий керівник - Ільїна Н. І.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Інфекційна захворюваність залишається однією з основних причин інвалідності та смертності населення в усьому світі. За даними ВООЗ, 63 відсотки летальних випадків серед дітей зумовлено інфекційними хворобами та їх наслідками. Щорічно у світі гине близько 10 млн. дітей віком до п'яти років, чверть з них дітей гине від захворювань, розвитку яких можна було запобігти шляхом вакцинації. Це один із найбільш безпечних та економічно вигідних

засобів зберегти здоров'я. Профілактичні щеплення - найважливіший засіб специфічної імунопрофілактики та ефективної боротьби з багатьма інфекційними захворюваннями.

**Метою роботи** є популяризація імунопрофілактики шляхом інформування населення. Забезпечення епідеміологічного благополуччя щодо інфекцій, які контролюються засобами специфічної імунопрофілактики і є пріоритетними для України, за рахунок зниження захворюваності, смертності та інвалідності від цих інфекційних хвороб. Головним завданням є з'ясування рівня обізнаності респондентів щодо питання імунопрофілактики інфекційних захворювань в Сумській області.

**Матеріали та методи.** Провели анкетування 200 осіб, серед них мешканці міста Сум та Сумської області. Серед респондентів 97 чоловіків та 103 жінки. З загальної кількості опитуваних 100 осіб - це студенти 3-4 курсу медичного інституту СумДУ, а решта 100 - населення міста. Для виконання поставлених завдань були розроблені два види спеціальних анкет. Для опитування населення анкета спрощена, а для студентів медичного інституту - більш поглиблена. При виконанні завдань нашої роботи використовувались описові прийоми епідеміологічного методу дослідження. 98 % студентів вважають, що вакцинацію за календарем щеплень треба робити всім обов'язково, 22 % населення вважає ці маніпуляції непотрібними. На питання "чи може не щеплена дитина відвідувати дитячий садок" 78 % населення та 96% студентів відповіли "ні". Згідно діючих нормативних документів (Конституції України, Наказів МОЗ) "чи може не щеплена дитина відвідувати дитячий садок" 45% студентів та 55% населення вважають, що може. 96% населення та 91% студентів вважають за необхідне підписувати батьками поінформовану згоду на щеплення.

**Висновки.** Результати двох опитуваних груп відрізняються між собою, істинні відповіді переважають серед студентів медичного інституту. Причиною цього є недостатня поінформованість населення про заходи профілактики інфекційних хвороб. Рекомендації: запровадити широку популяризацію заходів імунопрофілактики через засоби масової інформації, підготувати і видавати щороку масовим тиражем просвітницькі матеріали. Щеплення – найкращий та найбільш безпечний шлях захистити дитину від важких інфекційних захворювань. Захищаючи дитину від інфекції, вакцинація значно підвищує якість її життя.

## ЕПІДЕМІОЛОГО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАРЕЄГЕННИХ ЕШЕРИХІОЗІВ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Ушкаленко А. О.*

*Науковий керівник - Малиш Н. Г.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Протягом усього часу існування людства гострі кишкові інфекції (ГКІ) залишаються актуальною патологією, яка потребує постійного удосконалення питань профілактики, діагностики та лікування хворих. Незважаючи на величезний прогрес, який досягнуто у багатьох сферах людської діяльності, зупинити поширення кишкових інфекцій, навіть у високорозвинених країнах, не завжди вдається, про що свідчить недавній спалах ешерихіозу у країнах Європи, який призвів до людських жертв.

**Мета дослідження.** Дослідити особливості епідеміології та клінічної картини діареєгенних ешерихіозів (ДЕ) у сучасних умовах у північно-східному регіоні України.

**Матеріали та методи.** З використанням даних галузевої статистичної звітності проведений ретроспективний аналіз захворюваності на ДЕ у Сумській області у 2003-2013 рр. Матеріалом для бактеріологічних досліджень слугували випорожнення пацієнтів. Всього було виділено та ідентифіковано 521 штам діареєгенних *E. coli*. Для встановлення особливостей клінічної картини ДЕ проаналізовані медичні карти (ф. 003/о) 32 хворих, які перебували на лікуванні у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З.Й. Красовицького. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакету C-STAT (Oxford Statistic).



**Результати дослідження.** На сучасному етапі у Сумській області ДЕ при помірній тенденції до зростання інцидентності ( $T_{зр.сер} = +2,3\%$ ) є порівняно малопоширеними інфекційними захворюваннями. Показники захворюваності на ДЕ у 2003-2013 рр. варіювали від 1,7 до 5,4 на 100 тис. нас. Питома вага недуги у структурі ГКІ знаходилася в діапазоні 0,9-3,1 % та зросла в 1,9 рази у 2013 р. у порівнянні з 2003 р. Водночас, ймовірно, офіційні показники не відображали реальної епідеміологічної ситуації щодо захворюваності на ДЕ, оскільки загальновідомо, що передача ешерихій особливо інтенсивно відбувається у вигляді субінфекційних доз, які не спричиняють маніфестні прояви захворювання, однак, забезпечують їх надзвичайно широку дисемінацію серед населення.

В етіологічній структурі ДЕ домінували ентероінвазивні кишкові палички (ЕІКП) - 33,6 % ( $p < 0,05$ ). Майже кожний третій випадок ДЕ був спричинений серогрупою *E. coli O1* (29,4 %), кожний четвертий – ентеропатогенними кишковими паличками (26,5 %). Частки кишкових ешерихіозів, спричинених ентеротоксигенними і ентерогеморагічними кишковими паличками були меншими ( $p < 0,05$ ) і склали відповідно 7,9 і 2,6 %.

Дані моніторингу за якістю продуктів харчування можна використовувати в якості передвісників ускладнення епідеміологічної ситуації з ДЕ, викликаних ЕІКП (між захворюваністю і частотою виявлення бактеріально забрудненої молочної продукції встановлено прямий сильний кореляційний зв'язок ( $r = 0,89$ )).

Найвищі рівні інцидентності зареєстровані у дітей віком до 1 року (діапазон 36,7-259,3 на 100 тис. контингенту) ( $p < 0,05$ ). Захворюваність у даній віковій групі перевищувала інцидентність дітей віком від 1 до 14 років у 2,2 рази, а у осіб старше 14 років більш ніж у 20 разів. У динаміці виявлена виражена тенденція до зростання показників захворюваності у групі дітей віком від 1 до 14 років ( $T_{зр.сер} = +6,1\%$ ) та помірна тенденція до зниження в осіб старше 14 років ( $T_{зн.сер} = -2,6\%$ ).

ДЕ найчастіше мали середньої тяжкості гастроентеритний і гастроентероколітний варіанти перебігу. Недуга супроводжувалася підвищенням температури до фебрильних показників, больовим синдромом, проносом, зневодненням. В усіх хворих інтоксикаційний синдром був вираженим.

**Висновки.** Назріла необхідність етіологічного розмежування колі-інфекції, роздільної системи обліку й реєстрації і як наслідок роздільного аналізу. Усунення харчового шляху передавання ешерихій сприятиме зниженню темпів поширення недуги.

## КОГНІТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК УСКАДНЕННЯ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

*Чайка І. С., Чемич М. Д.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Мета дослідження.** Дослідити розвиток когнітивної дисфункції у хворих на хронічні вірусні гепатити (ХВГ), динаміку психоневрологічного стану хворих під час лікування.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 140 медичних карток та обстежено хворих на ХВГ у віці ( $47,2 \pm 3,9$ ) року з імовірною тривалістю захворювання ( $5,8 \pm 0,9$ ) року. З них 35 жінок і 105 чоловіків. Когнітивні порушення встановлювали за допомогою нейропсихологічного дослідження - тест Mini-Mental State Examination (MMSE); нейропсихологічних тестів - тести малювання годинника, вербальних асоціацій (ТВА); шкали загальних порушень (GDS), шкала депресії Гамільтона (ШДГ) та клінічна рейтингова шкала деменції (CDR).

**Результати дослідження.** За результатами MMSE були виявлені когнітивні розлади легкого та помірного ступенів ( $27,01 \pm 0,27$ ) балів (Б), причому у 15 % осіб не було відхилень від норми. Середній показник ШДГ - ( $10,32 \pm 0,4$ ) Б, депресивні розлади легкого ступеня діагностовано у 26 % осіб, помірного – у 3 %. За ТВА отримано ( $10,43 \pm 0,28$ ) Б, що вказує на порушення семантичної пам'яті та здатності пацієнтів швидко сконцентрувати увагу. За шкалою GDS, явна симптоматика когнітивної дисфункції спостерігалась у 24 % пацієнтів, у решті обстежених – або дуже легкі розлади (65 %), або нормальні показники (11 %). За

результатами тесту малювання годинника встановлено, що 93 % хворих виконували тест без помилок і лише 7 % не виконали його. Показник CDR становив  $(0,65 \pm 0,11)$  Б, 68 % обстежених отримали нормальний результат або мали пограничні розлади, 29 % – легкі, 3 % – помірні. Встановлений прямий кореляційний зв'язок результатів шкали MMSE та ШДГ з терміном захворювання ( $p < 0,05$ ). Також виявлені зміни когнітивних функцій у осіб, які вживали наркотики в анамнезі ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** При проведенні MMSE у хворих на ХВГ серед виявлених депресивних розладів превалювали порушення легкого та середнього ступенів (порушення різних фаз сну, погіршення пам'яті та концентрації уваги). Серед виявлених депресивних розладів превалювали порушення легкого та середнього ступенів (ШДГ). Результати за шкалою GDS вказують на легкі порушення пам'яті. Встановлений прямий кореляційний зв'язок результатів шкали MMSE та ШДГ зі стажем захворювання ( $p < 0,05$ ). Статистично достовірні гірші показники когнітивних функцій у осіб, які вживали наркотики в анамнезі ( $p < 0,05$ ). У зв'язку з виявленими змінами психо-неврологічного стану хворих на ХВГ очевидна необхідність їх детального, регулярного і динамічного обстеження.

### МІКРОБІОТИЧНІ АСПЕКТИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ УМОВНОПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ ТА ВІРУСАМИ

*Чемич О. М., Ільїна Н. І., Малиш Н. Г., Холодило О. В., Белай Л. В.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Мета дослідження.** Встановити мікробіотичні зміни вмісту товстої кишки при гострих кишкових інфекціях (ГКІ), спричинених умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ) та вірусами (В) у різні періоди.

**Матеріали та методи.** Обстежено 70 хворих із середньотяжким перебігом ГКІ, середній вік яких склав  $(36,20 \pm 1,92)$  року. Було 38 жінок і 32 чоловіки. Пацієнти ушпиталізовані на  $(1,86 \pm 0,07)$  день від початку недуги.

Крім загальноклінічних обстежень, у всіх пацієнтів було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на  $(5,76 \pm 0,16)$  добу з моменту госпіталізації. Хворі були поділені на 3 групи. Пацієнти, у яких причиною захворювання були різні УПМ увійшли у групу I, у яких етіологічним чинником була *Kl. pneumoniae* - у II, хворі з В етіологією захворювання – в III. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів.

**Результати дослідження.** Встановлено, що при госпіталізації кількість біфідобактерій, лактобацил і кишкової палички була на два-три порядки меншою, ніж у донорів, при збільшеному на два-чотири порядки інших представників УПМ, гемолізуючої кишкової палички та грибів роду *Candida* ( $p < 0,05$ ).

У періоді ранньої реконвалесценції рівень біфідобактерій значно підвищився порівняно з гострим періодом у всіх групах, але не прийшов до норми ( $p < 0,05$ ), а рівень лактобацил нормалізувався у всіх групах ( $p < 0,05$ ). Загальна кількість кишкової палички мала тенденцію до нормалізації лише в групі I ( $p < 0,05$ ). У всіх обстежених відбулася елімінація гемолізуючої *E. Coli* ( $p < 0,05$ ), зниження рівню грибів роду *Candida* спостерігалось лише в групах II та III, а інших УПМ у групах I та III ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У гострому періоді ГКІ, спричинених УПМ та В, відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які супроводжуються зменшенням кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, збільшенням інших УПМ, гемолізуючої *E. Coli* і грибів роду *Candida*. У період реконвалесценції спостерігається збільшення кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, елімінація гемолізуючої кишкової палички, зменшення інших УПМ і грибів роду *Candida*. Найкраще мікрофлора нормалізувалась серед пацієнтів з ГКІ, спричиненими В, а найгірше в групі, де етіологічним чинником була *Kl. pneumoniae*.

### ПАТОЛОГІЯ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ (ЦМВ-І)

*Чічирельо-Константинович К.Д.*

*Науковий керівник - Мороз Л.В.*

*ВНМУ ім. М.І. Пирогова, кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології*

ЦМВ-І – це поліорганне захворювання, що залучає у патологічний процес практично всі органи. Клінічний перебіг хвороб системи органів дихання у коморбідності з ЦМВ-І становить собою значну проблему сучасної медицини і є підґрунтям для розширеного наукового дослідження.

**Мета роботи.** Дослідити поширеність та характер патології респіраторного тракту у хворих з лабораторно верифікованою ЦМВ-І.

**Матеріали та методи.** В інфекційному відділенні обстежено 40 пацієнтів (16 чоловіків, 24 жінки; вік – 18-40 років) на наявність клініко-лабораторних та рентгенологічних ознак захворювань легень та маркерів цитомегаловірусної інфекції – Ig M, Ig G (ІФА), ДНК вірусу (ПЛР).

**Результати дослідження.** Серед обстежених 27 (67,5 %) хворих мали ознаки респіраторної патології: у 12 (30 %) виявлені інтерстиціальні зміни легеневої тканини (продуктивний кашель, диспное, характерні рентгенологічні зміни); у 6 (15 %) діагностовано бронхіт (продуктивний кашель, дані спірометрії не змінені); 9 (22,5 %) хворих мали ларингіт (сильний кашель, виражений за груднинний біль). У всіх хворих з виявленою дихальною патологією визначались маркери гострого перебігу ЦМВ-І (ПЛР+, Ig M+). У решти 13 (32,5%) пацієнтів захворювань з боку дихальної системи не було виявлено, рівень Ig G+, рівень Ig M+ сумнівно. У всіх обстежених наявний запальний характер загального аналізу крові, клінічно – поліаденопатія, лихоманка, відсутність клінічної відповіді на терапію антибіотиками, позитивна динаміка у відповідь на противірусні препарати.

**Висновки.** Показник поширеності респіраторної патології серед контингенту хворих на ЦМВ-І є досить високим (67,5 %). Це дає підстави для диференційного підходу при виборі тактики етіотропного лікування задля ефективної відповіді пацієнта на терапію.

### ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУЧАСНОЇ БЕШИХИ

*Шандиба І.О., Ільїна Н.І.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

В останні роки значна поширеність бешихи та її схильність до рецидивного перебігу знову привертають увагу дослідників та практичних лікарів. Частіше на дану патологію хворіють жінки. Однією з причин поширеності бешихи серед жінок є більш розповсюджена супутня соматична патологія (метаболічний синдром, тощо). Стать є одним з найважливіших факторів, який впливає на імунну реактивність організму.

**Мета роботи.** Вивчити гендерні особливості клінічного перебігу бешихи на сучасному етапі. Завдання роботи – прослідкувати вікову структуру, клінічні форми, супутню патологію, ускладнення захворювання відповідно до статі.

**Матеріали та методи.** Карти стаціонарних хворих на бешиху, що перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім.З.Й.Красовицького протягом 2012-2014 років. Опрацьовано 132 історії хвороби. Результати досліджень були піддані статистичній обробці за допомогою програми Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Переважну більшість хворих склали жінки – 80 (60,6 %) осіб, чоловіки-52 (39,4 %). Вік жінок - від 23 до 87 років, чоловіків - від 27 до 85.

Первинна бешиха діагностована у 50 (62,5 %) осіб жіночої статі і у 37 (71,2%) чоловічої. Рецидивну бешиху виявлено у 30 (37,5 %) жінок, 15 (28,8 %) чоловік. Патологічний процес у жінок та чоловіків в більшості випадків локалізується на нижніх кінцівках – 68 (85 %) та 41 (79 %) відповідно. З клінічних форм переважає еритематозна – 41 (51,25 %) у жінок, 25 (48,1 %) у чоловіків. Інші клінічні форми: бульозно-геморагічна, виразково-некротична,

еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна з такою ж локалізацією розвинулись у – 11 (13,75 %), 1 (1,25 %), 13 (16,25 %), 2 (2,5 %) осіб жіночої статі відповідно. У чоловіків еритематозно-бульозна форма з локалізацією на нижніх кінцівках спостерігалась у 8 (15,4 %), еритематозно-геморагічна – у 7 (13,5 %), бульозно-геморагічна – у 1 (1,9 %) особи, а еритематозна форма розвивалась при інших локалізаціях: верхня кінцівка – 2 (3,8 %), вушна мушля- 2 (3,8%), обличчя- 6 (11,5 %), черевна стінка- 1 (1,9%). Локалізація бешихи на обличчі була діагностована у 8 (10 %) жінок, з них еритематозна форма у 7 (8,75 %) та еритематозно-геморагічна – у 1 (1,25 %) випадків. При ураженні верхніх кінцівок у жінок визначалась тільки еритематозна форма бешихи – 4 (5 %) пацієнтки.

Серед ускладнень як у жінок, так і у чоловіків на першому місці хронічна лімфо венозна недостатність – 9 (11,25 %) і 11 (21,2 %) відповідно. Лейкемоїдна реакція за мієлоїдним типом розвинулась у 3 (3,75 %) жінок. У одного чоловіка хвороба була ускладнена флегмоною (1,9 %).

Супутня патологія, що суттєво впливає на перебіг бешихи більш притаманна жіночої статі: ожиріння - 13 (16,25 %) жінок, чоловіків – 4 (7,7 %), цукровий діабет - 7 (8,75%) і 5(9,6%), на гіпертонічну хворобу страждають 44 (55 %) і 21 (40,4 %) відповідно, екзема спостерігалась у однієї жінки, псоріаз був у одного чоловіка. На мікози стоп та алергічний дерматит хворіла тільки жіноча стать – 3 (3,75 %) та 2 (2,5 %) відповідно.

**Висновки.** У жінок з клінічних форм бешихи переважають еритематозна та еритематозно-бульозна, у чоловіків - геморагічна. Рецидиви хвороби виникають частіше у жінок, що, ймовірно, зумовлено частою наявністю у них фонових захворювань.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛИХОРАДКОЙ ЭБОЛА

*Пономаренко О.А.*

*Научный руководитель - Чумаченко Т.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра эпидемиологии*

Лихорадка Эбола представляет собой инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок, которое впервые было зарегистрировано и описано в 1976 г. в районе одноименной реки в Африке. В декабре 2013 г. в Гвинее началась 25-я по счету вспышка, которая продолжается до сих пор, выйдя за пределы страны и распространившись в Сьерра-Леоне, Либерии, Нигерии, Сенегале, США и Испании. По данным ВОЗ на 11 марта 2015 г. зарегистрировано 24282 случаев заболевания и 9976 (41 %) летальных исходов. Самым активным механизмом передачи является контакт с больным человеком и инфицированным им материалом. Поэтому наибольшему риску заражения подвергается медицинский персонал в процессе оказания медпомощи и ухода за больными лихорадкой Эбола.

**Цель исследования.** Проанализировать заболеваемость и смертность медработников от лихорадки Эбола.

**Материалы и методы.** С целью анализа нами были изучены официальные данные Всемирной организации здравоохранения и Центра по контролю за заболеваниями. Использован эпидемиологический метод исследования.

**Результаты исследования.** Вспышка 2014-2015 гг. охватила 840 медицинских работников, из которых 491 умерли. Большинство всего случаев возникло в Либерии – 372, Сьерра-Леоне – 295, Гвинее – 173, Нигерии – 11. Количество умерших медработников составило 180, 221, 90, 5 соответственно в этих странах, летальность колебалась от 45 до 75 %, в среднем – 58,4 %.

**Выводы.** Таким образом, существует необходимость профилактики профессионального заражения медперсонала, соблюдения им стандартных мер предосторожности применительно ко всем пациентам независимо от их диагноза. В число этих мер входят: гигиена рук, использование одноразовых смотровых медицинских перчаток, масок, защитных очков и халатов при контакте с жидкостями организма, слизистыми оболочками, поврежденной кожей и загрязненными предметами. Ограничение использования игл и других острых предметов.

Сотрудники больниц, обслуживающие пациентов без специальной защитной одежды, рассматриваются как контактные, к ним применяются соответствующие меры.

## CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF HERPESVIRAL DISEASE IN SUMY REGION

*Ekuaase Philipp, Ekpechi Nonso*

*Mentor – Il'yina V. V.*

*SSU, department of infectious diseases with epidemiology*

Epidemiology situation of herpesvirus infection (HVI) in the Sumy region is relatively favorable, but tends to increase. Recurrent herpes is a serious public health problem because it is associated with various disorders. Herpetic rash break normal social life, lead to neuropsychiatric disorders. About 90% of the population aged 15 years infected with herpes simplex virus and only 10% are observed persistent recurrence of the disease.

**The purpose of the study.** To investigate the clinical and epidemiological features of HVI in the North-Eastern region of Ukraine.

**Materials and methods.** Examined in patients on HVI, who were treated at the Sumy Regional Clinical Infectious Diseases Hospital by Z.J. Krasovytskyi in 2008- 2012 pp.

**Results.** A retrospective analysis of 43 medical records in patients in HSV-1, VZV-infected. The average age was  $(45,0 \pm 1,4)$ , the predominant females - 26 (60.47%), duration of treatment -  $(12,0 \pm 0,33)$  bed-days. In the category of hospitalized prevalent group 51 years and over - 35%.

By type of disease-dominated herpes virus III type- 48.84% people, including the proportion of women occupied 25.58%. The highest frequency of hospitalization for HVI accounted for 2008 in the autumn - 15 (34.88%) patients, in October - 9 (20.8%), low in 2010. Dominated by the urban population 95.35% (41 people), the lion's share belongs chronic (reactivated) form - 35 (81.4%) patients. The structure of HSV-1 primary infection occupied 36.36% (8 patients), and reactivated - 63.63% (14), most of the disease was moderate - 35 (81.4%).

The reason is the primary form of HVI contact with a person suffering from cold sores  $(75,0 \pm 8,4)\%$ . Precipitating factor for infection is reactivated hypothermia (60.0%), acute respiratory infections and other respiratory diseases (31.4%), neuro-emotional stress (8.6%).

Among the complaints on admission are local main symptoms: redness - 7 (16.28%) patients, rash - 43 (100%), pain in the rash and itching - 43 (100%), fever to subfebrile digits and fever - in 16 (37.2%), 28 (65.12%) patients - lymphadenopathy, increasing the size of the liver - in 26 (60.47%).

Localization local pathological process was mainly in the area of intercostal spaces - 18 (41.7%) patients, 16 (36.10%) - in the region of nasolabial triangle in 8 (19.40%) - over the course of the branches of the trigeminal nerve, in 1 (2.80%) - rash on mucosa oropharynx. In clinical blood test determined leukopenia HSV-1 -  $(3,9 \pm 0,2)$  h109 / l, VSV -  $(3,79 \pm 0,3)$  h109 / l, segmented by 38.0% and 37.8% respectively, but increased the number of lymphocytes - 42.4% and 44.3% and monocytes - 11.3% and 11.8%. Among the most common complications, autonomic dysfunction syndrome, asthenic syndrome, entsefalopolineyropatiya.

Used PCR for diagnosis HVI 22  $((51,2 \pm 7,71)\%)$  patients, of which confirmed the presence of the virus in 21  $((95,45 \pm 4,55)\%)$ .

**Conclusions.** A significant number of patients with HVI is the working age population. More common in women, average age was 45 years. Mostly reactivated form of infection caused by herpes simplex virus type III, with the localization process in the area of the intercostal spaces.



## СЕКЦІЯ ІV.

# МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ХВОРОБ

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015 року о 10:00  
*Місце проведення:* СумДУ, Медичний інститут, ауд. 411  
*Керівник секції:* д-р мед. наук, професор Атаман О. В.  
*Секретар:* Грибова І.В.

### ЗВ'ЯЗОК K121Q-ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕКТОНУКЛЕОТИД ПРОФОСФАТАЗИ/ФОСФОДІЕСТЕРАЗИ 1 (*ENPP1*) З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ

*Грибова І.В., Загребельна А.О., Гарбузова В.Ю., Савченко С.Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом  
медичної біології*

**Вступ.** Ектонуклеотид пірофосфотаза/фосфодіестераза 1 (*ENPP1*) – фермент, який каталізує гідроліз 5' фосфодієфірних зв'язків у структурі аденінових нуклеотидів. Ген *ENPP1* міститься в 6-й (6q22–23q) хромосомі, має 25 екзонів і 24 інтрони. Мутації в цьому гені є причиною виникнення інсулінорезистентності та розвитку цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу). Сьогодні відомо близько 2 тисяч однонуклеотидних поліморфізмів гена *ENPP1* людини. Доведений зв'язок поліморфізму четвертого екзону K121Q (rs1044498) з цукровим діабетом 2 типу в багатьох популяціях світу. Щодо української популяції, то такі дані відсутні.

**Мета дослідження** – вивчити частоту алельних варіантів гена *ENPP1* за поліморфізмом K121Q у хворих на цукровий діабет 2 типу різної статі.

**Матеріали і методи дослідження.** У дослідженні була використана венозна кров 163 хворих із ЦД 2 типу з них 46,6% - чоловіки та 53,4% - жінки. ДНК виділяли з цільної крові з використанням наборів DIALOM DNA Prep 200 («Isogene»). K121Q поліморфізм гена *ENPP1* вивчали методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Ампліфікати виділеного фрагмента гена *ENPP1* після рестрикції розділяли в 2,5 % агарозному гелі, що містив 10 мкг/мл бромистого етидію. Горизонтальний електрофорез (0,13A; 200V) проводили впродовж 25 хв. Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS-17. При цьому достовірність відмінностей визначали за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона. Значення  $P < 0,05$  вважали статистично значимими.

**Результати.** У результаті генотипування було вивчено розподіл генотипів за K121Q поліморфізмом гена *ENPP1* у хворих на цукровий діабет 2 типу різної статі, з них 46,6% - чоловіки та 53,4% - жінки. Співвідношення генотипів KK і KQ+QQ в осіб жіночої статі у дослідній групі складало – 64,7% і 35,3%, у контрольній – 78,1% і 21,9% відповідно ( $P=0,063$ ). В осіб чоловічої статі розподіл генотипів у дослідній групі склав 71,1% і 28,9%, а в контрольній групі – 74,4% і 25,6% відповідно ( $P=0,645$ ). При порівнянні генотипів KK і KQ+QQ у хворих на ЦД 2 типу різної статі, з'ясували, що у жіночої статі складає – 59,8% і 40,2%, а у чоловічої – 71,1% і 28,9% відповідно. Показник  $P$ , обчислений за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона, дорівнював 0,132.

**Висновки.** Не існує зв'язку між K121Q поліморфізмом гена *ENPP1* і статтю пацієнтів хворих на цукровий діабет 2 типу.

### АНАЛІЗ ВПЛИВУ T2255C ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ВІТАМІН К ЕПОКСИД РЕДУКТАЗИ НА ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ІШЕМІЧНОГО АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*Дубовик Є.І.*

*Сумський державний університет, наукова лабораторія молекулярно-генетичних  
досліджень*

**Актуальність.** Ішемічний атеротромботичний інсульт (ІАТІ) – гостре порушення мозкового кровообігу, що настає у результаті атеросклерозу церебральних артерій, ускладненого утворенням тромбів. Змінами, що започатковують тромбоутворення, є формування на поверхні ендотелію виразок, які стають місцем первинної адгезії тромбоцитів і запускають складний каскад процесів судинно-тромбоцитарного і коагуляційного гемостазу. Утворенню виразок в уражених судинах часто передують кальцифікація атеросклеротичних бляшок, що є одним із основних елементів дегенеративних змін ділянок атероматозу. Вітамін К епоксид редуктаза – фермент, що

забезпечує посттрансляційну модифікацію антикальциногенних білків і, таким чином, має важливе значення у захисті судинної стінки від ектопічної кальцифікації.

**Мета дослідження:** вивчити зв'язок T2255C (rs2359612) поліморфізму гена VKORC1 з деякими характеристиками ішемічного атеротромботичного інсульту (обсяг уражень, локалізація атеротромботичного процесу, тяжкість клінічного перебігу, неврологічні прояви, повторюваність).

**Методи дослідження:** виділення ДНК з клітин крові, полімеразна ланцюгова реакція з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів, горизонтальний електрофорез ампліфікатів ДНК, статистичні методи аналізу з використанням пакету SPSS 17.0. У роботі використано венозну кров 170 хворих з ІАТІ (42,4% жінок і 57,6% чоловіків) віком від 40 до 85 років (середній вік –  $64,7 \pm 0,73$  роки), що перебували на диспансерному обліку в поліклінічному відділенні Сумської клінічної лікарні №5. Контрольна група складалася зі 124 пацієнтів, у яких відсутність серцево-судинної патології підтверджували шляхом збирання анамнестичних даних, зняття електрокардіограми і вимірювання артеріального тиску.

**Результати дослідження.** Аналіз даних про зв'язок поліморфізму T2255C гена VKORC1 з різними варіантами ІАТІ свідчить про відсутність асоціації досліджуваних генетичних маркерів з локалізацією атеротромботичного процесу, тяжкістю клінічного перебігу та неврологічними проявами інсульту. Цей висновок був підтверджений і при врахуванні статі пацієнтів та основних факторів ризику ІАТІ (ІМТ, артеріальна гіпертензія, паління, синдром ГКК, порушення ліпідного спектра плазми крові, ожиріння та цукровий діабет). Не існує зв'язку між T2255C гена VKORC1 та обсягом уражень головного мозку. Проте аналіз з урахуванням факторів ризику дозволив виявити деякі особливості. У чоловіків, осіб без артеріальної гіпертензії і пацієнтів з ожирінням співвідношення генотипів достовірно відрізняється у групах хворих із різним обсягом уражень головного мозку. Був доведений вплив T2255C поліморфізму гена VKORC1 на частоту повторних випадків інсульту. Співвідношення гомозигот за основним алелем, гетерозигот і гомозигот за мінорним алелем серед пацієнтів із первинним ІАТІ становило відповідно 18,1 %, 41,0 %, 41,0 %, і серед осіб, що зазнали повторних інсультів, – 36,9 %, 44,6 %, 18,5 % ( $P = 0,002$ ). Таким чином, у гомозигот за основним алелем (Т/Т) ймовірність повторних випадків інсульту більша, ніж у представників інших генотипів. Зв'язок T2255C поліморфізму гена VKORC1 із частотою повторних випадків інсульту був підтверджений для більшості факторів ризику ІАТІ. Так, у носіїв Т/Т генотипу чоловічої статі ( $P = 0,05$ ), пацієнтів з артеріальною гіпертензією ( $P = 0,027$ ), з  $ІМТ < 25 \text{ кг/м}^2$  ( $P = 0,002$ ), без ознак гіперкоагуляції крові ( $P = 0,015$ ), з порушенням ліпідного складу плазми крові ( $P = 0,014$ ), осіб без ожиріння ( $P = 0,001$ ) і без цукрового діабету ( $P = 0,001$ ) ризик повторних інсультів більший, ніж у носіїв інших генотипів.

**Висновок.** У пацієнтів з генотипом Т/Т ймовірність повторних випадків інсульту більша, ніж у представників інших генотипів.

## ВИВЧЕННЯ СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛУ АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА КІСТКОВОГО МОРФОГЕНЕТИЧНОГО ПРОТЕЇНУ-2 (ВМР-2) ЗА Ser37Ala ПОЛІМОРФІЗМОМ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

*Максимова О.С., Півень С.М., Гарбузова В.Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом  
медичної біології*

**Актуальність.** Кістковий морфогенетичний протеїн (ВМР-2) – важливий чинник регуляції кальцієвого гомеостазу – один із представників сімейства кісткових морфогенетичних протеїнів, що належить до групи факторів росту і цитокінів. Доведено, що під впливом ВМР-2 посилюється експресія генів, що відповідають за диференціювання



клітин-остеопрогеніторів у так звані кальцифікуючі судинні клітини – CVCs (calcifying vascular cells). Функціональні ефекти BMP-2 залежать від багатьох факторів, у тому числі й від структури гена, що кодує структуру цього білка. Дані про роль генетичного поліморфізму BMP-2 у розвитку серцево-судинних недуг обмежені й неоднозначні.

**Мета дослідження** – провести аналіз асоціації одного з алельних поліморфізмів гена BMP-2, Ser37Ala, з розвитком ГКС в осіб різної статі.

**Матеріали і методи.** У роботі використано венозну кров 118 хворих з ГКС (22% жінок і 78% чоловіків) віком від 40 до 73 років (середній вік –  $55,9 \pm 0,89$  роки). Контрольна група складалася з 234 пацієнтів, у яких відсутність серцево-судинної патології підтверджували шляхом збирання анамнестичних даних, зняття ЕКГ і вимірювання артеріального тиску. Визначення Ser37Ala поліморфізму (rs2273073) 2-го екзону гена BMP-2 проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів при виділенні їх шляхом електрофорезу в агарозному гелі. Статистичний аналіз проводили з використанням пакету програм SPSS-17. При цьому достовірність відмінностей визначали за  $\chi^2$ -критерієм. Значення  $P < 0,05$  вважали достовірним.

**Результати.** У результаті проведенного генотипування було встановлено, що не існує статистично достовірної різниці у розподілі алельних варіантів гена BMP-2 за вивченим поліморфізмом у групах хворих з ГКС і практично здорових осіб ( $P=0,327$ ). Частота різних варіантів даного поліморфізму істотно не відрізняється у хворих з ГКС та пацієнтів контрольної групи, якщо порівнювати окремо жінок ( $P=0,601$ ) і чоловіків ( $P=0,217$ ). Відсутні статистично значимі відмінності між особами жіночої і чоловічої статі як серед пацієнтів з ГКС ( $P=0,458$ ), так і в контролі ( $P=0,216$ ). Інформативним виявився аналіз у групах, утворених з урахуванням генотипу за Ser37Ala поліморфізмом гена BMP-2. Так, серед гомозигот за основним алелем частка жінок і чоловіків у контролі складала відповідно 36,8% і 63,2%, а у хворих з ГКС – 18,6% і 81,4%. У гетерозигот зазначені показники дорівнювали 33,0% і 67,0% у контролі і 28,9% і 71,1% – у пацієнтів основної групи. І нарешті, у гомозигот за мінорним алелем досліджуване співвідношення становило 20,6% і 79,4% у здорових осіб і 19,0% та 81,0% – у хворих з ГКС. Слід зазначити, що тільки у пацієнтів з генотипом Ser/Ser відмінності між співвідношенням статей у контрольній і основній групах були статистично значимими ( $P=0,015$ ). Таким чином, у гомозигот за основним алелем чоловічої статі гострий коронарний синдром виникає значно частіше, ніж у жінок.

**Висновки.** Серед гомозигот за основним алелем (Ser/Ser) за поліморфізмом 2-го екзону Ser37Ala гена BMP-2 гострий коронарний синдром у чоловіків виникає значно частіше, ніж у жінок.

## ОДНОНУКЛЕОТИДНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ A1298C ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ (MTHFR) У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

*Матлай О. І., Сухарева В. А., Гарбузова В. Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом  
медичної біології*

Гострий інсульт — один з основних факторів захворюваності та смертності в усьому світі (щорічно інсульт виникає у понад 15 млн. людей і майже 5 млн. хворих помирають). В Європі показники смертності коливаються від 63,5 до 273,4 на 100 тис. населення. Серед сучасних теорій патогенезу інсульту одне з провідних місць посідає гомоцистеїнова теорія атеросклерозу. Відповідно цій теорії змінам в інтимі артерій і розвиткові ускладнень атеросклеротичних бляшок передують ураження ендотелію судин внаслідок негативної дії гомоцистеїну. Порушення функціонування ферменту метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR) призводять до надмірного накопичення гомоцистеїну в плазмі крові – гіпергомоцистеїнії. Гомоцистеїн має

виражену токсичну дію, механізм якої визначається декількома біохімічними каналами і значною мірою пов'язаний з ендотеліальною дисфункцією. Достовірним є те, що підвищення рівня гомоцистеїну в крові має виражений атерогенний і тромбофілітичний ефекти. Епідеміологічні дослідження підтвердили, що гіпергомоцистеїнемія являє собою незалежний фактор ризику розвитку інсульту, інфаркту міокарда, тромбоемболії, атеросклерозу.

Сьогодні відомо 686 поліморфізмів гена MTHFR. Одним із клінічно важливих є поліморфізм 7 екзона - A1298C (Glu429Ala) - заміна аденіну на цитозин у позиції 1298, що призводить до заміни глютамінової кислоти на аланін у молекулі білка (rs1801131). Дана заміна призводить до зниження активності ферменту. Виявлено, що у носіїв генотипу C/C активність ферменту становить близько 50% у порівнянні з носіями генотипу A/A.

Метою нашого дослідження став аналіз зв'язку поліморфізму A1298C гена MTHFR з ішемічним атеротромботичним інсультом (ІАТІ) в українській популяції. У дослідженні використано венозну кров 170 хворих з ІАТІ (42,4% жінок і 57,6% чоловіків) віком від 40 до 85 років (середній вік –  $64,7 \pm 0,73$  роки), контрольна група складалася зі 124 пацієнтів. Контрольна група і група хворих з ІАТІ не відрізнялися за співвідношенням осіб різної статі ( $P=0,294$  за  $\chi^2$ -критерієм), проте середній вік першої ( $76,7 \pm 0,93$  роки) був істотно вищим, ніж другої ( $P < 0,001$ ). Ішемічний характер інсульту встановлювався за даними анамнезу та клінічної картини хвороби, результатами КТ-дослідження головного мозку. Патогенетичний варіант інсульту визначали згідно з критеріями TOAST. Поліморфізм A1298C визначали методом PCR-RFLP. Одержані результати опрацьовували статистично з використанням пакету SPSS 17.0.. Достовірність відмінностей визначали за  $\chi^2$ -критерієм.

Генотипування хворих з ІАТІ і порівняння одержаних даних з результатами рестрикційного аналізу в контрольній групі дало змогу виявити, що у хворих з ІАТІ співвідношення гомозигот за основним алелем (A/A), гетерозигот (A/C) і гомозигот за мінорним алелем (C/C) складає 42,4 %, 37,1% і 20,6 %, а в контрольній групі – відповідно 46,0 %, 44,4 %, 9,7 %. Відмінності в розподілі частот зазначених генотипів між групою хворих з ІАТІ та контрольною групою були статистично достовірними ( $P = 0,039$ ). Цей висновок був підтверджений і методом логістичної регресії. У гомозигот за мінорним алелем ризик інсульту майже у 2,3 рази більший ( $P = 0,027$ , OR = 2,309), ніж у гомозигот за основним алелем та гетерозигот.

Отже, виявлено статистично значущі відмінності у розподілі генотипів в групі хворих з ІАТІ та практично здорових осіб - гомозиготи за мінорним алелем (C/C) мають у 2,3 рази більшу схильність до розвитку ІАТІ, ніж носії основного алелю (A/A, A/C).

## РОЛЬ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*Олешко Т.Б., Півень С.М., Гарбузова В.Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

Серцево-судинні захворювання, а особливо порушення мозкового кровообігу ішемічного типу, є однією з провідних причин смертності у світі, а також інвалідизації значної частини працездатного населення, тому становлять важливу медико-соціальну проблему. Щорічно у світі реєструють від 10 до 15 млн випадків первинного чи повторного інсульту. Частота виникнення інсульту в Україні за даними різних авторів варіює від 110 до 130 тис. випадків на протязі року. Ішемічний інсульт - дефіцит кровотоку в певній ділянці головного мозку, зумовлений здебільшого оклюзією кровоносної судини, що призводить до гіпоксії-ішемії з формуванням зони некрозу — інфаркту. За даними ВООЗ 80% хворих, які перенесли інсульт стають інвалідами, 20% серед них потребують стороннього догляду і лише менше 20% хворих після інсульту зберігають працездатність.

На сучасному етапі ендотелій вважають складною метаболічною системою та активно функціонуючим органом. Ендотелій судин не просто селективний бар'єр між кров'ю і

тканинами, а найбільша в організмі залоза внутрішньої секреції. Найважливішою функцією ендотелію є регуляція судинного тону, яка здійснюється за рахунок співвідношення між вазодилататорами та вазоконстрикторами. Фактори ризику судинних захворювань рано чи пізно порушують баланс ендотеліальних судинних агентів, що в подальшому реалізується в ініціюванні і прогресуванні патологічних змін судин, в тому числі церебральних. Дисфункція ендотелію може бути самостійною причиною порушення кровообігу, оскільки провокує ангіоспазм чи тромбоз судин, а з іншого боку порушення регіонарного кровообігу (наприклад ішемія) можуть призводити до ендотеліальної дисфункції. У хворих з церебральним ішемічним інсультом відбувається порушення балансу в системі факторів ендотеліальної вазорегуляції – оксиду азоту та ендотеліну-1, що свідчить про ендотеліозалежні механізми патогенезу даного захворювання. Підвищення плазмової концентрації ендотеліну-1 є маркером гострого церебрального інфаркту.

Таким чином, дисфункція ендотелію займає провідну роль у патогенезі ішемічного інсульту. Тому подальше вивчення патогенетичних ланок на молекулярно-генетичному рівні є актуальним питанням сьогодення та є однією з найперспективніших можливостей запобігання даної судинної патології.

## ПОПУЛЯЦІЙНІ ЧАСТОТИ ДЕЯКИХ МОНОГЕННИХ ОЗНАК ЛЮДИНИ

*Осипко Д.В., Чернецький І.В., Смірнов О.Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

Достатньо велика кількість морфологічних ознак людини є спадковими й моногенними. Це форма й забарвлення волосся та очей, форма вуха, губ, зубів, нігтів, носа, підборіддя, язика тощо. Багато з них вважаються нейтральними, але деякі, наприклад, нездатність згортати язик у трубочку, прирощена мочка вуха, руде волосся, група крові та деякі інші розглядаються як додаткові прогностичні показники щодо розвитку ішемічної хвороби серця, а вміння згортати язик, перерозгинання пальців і зрощені мочки є одними з ознак дисплазії сполучної тканини.

Метою даного дослідження було визначити частоти зустрічальності низки моногенних ознак в популяції. Дослідження проводили серед жителів України, більшість яких є студентами Сумського державного університету. Була обстежена 101 особа (57 жінок і 44 чоловіки), 98% з них – українці.

Здатність згортати язик у трубочку виявлена серед 61% осіб (59,6% жінок і 63,6% чоловіків). Це узгоджується з літературними даними, згідно з якими приблизно 64% європейців здатні згортати язик; також серед старшокласників Кемеровської обл. таких було 70%. Ознака звичайно вважається домінантною, хоча деякі дослідники виявили випадки дискордантності за цією ознакою серед монозиготних близнюків.

Лівшею виявилось 6,9%, що відповідає літературним даним по середній полосі Росії – 6,7% (в інших регіонах частоти ліворукості складають: 3,4% у Москві, 6% у Вірменії, 11,2% у Голландії, 33,8% серед аборигенів Таймиру).

Зрощена мочка вуха траплялася з частотою 10,9%, порівну серед осіб жіночої і чоловічої статі, хоча, за даними літератури, серед старшокласників Кемеровської обл. зустрічальність прирощеної мочки вуха серед юнаків склала 15%, а серед дівчат 10% (у середньому 12%).

Перерозгинання пальців спостерігалось серед 68% обстежених (71,9% жінок і 62,8% чоловіків).

Руде волосся мали 4,95% обстежених (незалежно від статі), ямочки на щоках – 31% (40% жінок і 18,6% чоловіків), ямочку на підборідді 28,7% (26,3% жінок і 31,8% чоловіків), діастему – 30,7% (29,8% жінок і 31,8% чоловіків).

Для всіх ознак достовірність різниці результатів серед осіб різної статі перевіряли за методом  $\chi^2$ , різниця виявилась статистично недостовірною, тобто залежності від статі не було виявлено.

Отримані дані можуть слугувати контролем для подальших досліджень щодо виявлення зв'язку між морфологічними ознаками, що вивчалися, та деякими захворюваннями.

## ВПЛИВ K121Q ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕКТОНУКЛЕОТИД ПІРОФОСФАТАЗА/ФОСФОДЕСТЕРАЗА 1 НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У КУРЦІВ І ТИХ, ЩО НЕ КУРЯТЬ

*Розуменко І.О., Прасол Д.А.*

*Науковий керівник – д.б.н., проф. Гарбузова В.Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

**Актуальність.** Куріння – один з основних факторів ризику розвитку атеросклерозу. Під впливом нікотину у макрофагах посилюється продукція TNF- $\alpha$ , IL- $\beta$ , які підвищують експресію адгезивних молекул, що сприяє прикріпленню моноцитів до ендотелію і передують клітинній інфільтрації інтими з наступним утворенням пінистих клітин. Доведено, що у курців у 5 разів частіше розвивається гіпертонічна хвороба і у 13 разів більший ризик розвитку стенокардії. На 100 хворих з інфарктом міокарда припадає 88 пацієнтів, що курять. Серед чоловіків, у віці 45-49 років, що палять, смертність від ішемічної хвороби серця в 3 рази вище проти тих, що не палять.

**Мета.** Вивчити зв'язок K121Q поліморфізму гена ектонуклеотид пірофосфатаза/фосфодіестераза 1 (ENPPI) з розвитком гострого коронарного синдрому (ГКС) у курців і тих, що не курять.

**Матеріали і методи.** Використано венозну кров 118 хворих із ГКС і 110 здорових пацієнтів. Визначення K121Q поліморфізму гена ENPPI проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції з подальшим аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Ампліфікати розділяли в 2,5% агарозному гелі, що містив 10 мкг/мл бромистого етидію. Горизонтальний електрофорез (0,13A; 200V) проводили 25 хв. Візуалізацію ДНК після електрофорезу здійснювали за допомогою транслюмінатора ("Біоком"). Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS-17.

**Результати.** У групі пацієнтів, що не курять, у практично здорових осіб співвідношення генотипів К/К і К/Q+Q/Q становило 76,5 % і 23,5%, а серед осіб - хворих на ГКС - 70,3% і 29,7% відповідно ( $P = 0,397$ ). У групі курців здорових індивідуумів з генотипом К/К було 72,4%, а з генотипом К/Q+Q/Q – 27,6%. Тоді як серед хворих із ГКС це співвідношення становило 63,0% і 37,0% відповідно ( $P = 0,385$ ). Статистично значимого зв'язку між поліморфними варіантами гена ENPPI і розвитком ГКС як у тих, що не курять, так і у курців, виявлено не було. У контрольній групі серед тих, що не курять, розподіл осіб з генотипом К/К і К/Q+Q/Q був 76,5% і 23,5%. Тоді як курців 72,4% і 27,6% відповідно. Частота генотипів за K121Q поліморфізмом у контролі серед курців і тих, що не курять, достовірно не відрізнялася ( $P = 0,657$ ). У хворих із ГКС, що не курять, розподіл генотипів за досліджуваним поліморфізмом був наступним: з генотипом К/К – 70,3%, з генотипом К/Q+Q/Q – 29,7%. У пацієнтів із ГКС тих, що курять, дане співвідношення становило 63,0% і 37,0% відповідно. Не виявлено достовірної відмінності у розподілі генотипів у хворих із ГКС між курцями і тими, що не мали цієї звички ( $P = 0,398$ ). Але встановлено відмінність у підгрупах пацієнтів, утворених за окремими алельними варіантами поліморфізму. Серед осіб з генотипом К/К у контролі курців було 25,3%, а тих, що не курять – 74,7%. Серед хворих із ГКС це співвідношення становило 43,0% і 57,0% відповідно ( $P = 0,017$ ). Таким чином, у гомозигот за основним алелем К/К, що курять ризик розвитку ГКС більший, ніж у тих, хто не курять. У носіїв мінорного алелю (К/Q+Q/Q) така залежність не спостерігалась. У пацієнтів з такими генотипами в контрольній групі осіб, що не курять, було 70,4%, а курців – 29,6%, серед хворих із ГКС – 48,7% і 51,3% відповідно ( $P = 0,080$ ).

**Висновки.** У гомозигот за основним алелем К/К виявлено достовірний зв'язок між курінням і розвитком ГКС.

## ЧАСТОТА АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ЗА T134967G ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ANKH У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

*Розуменко І.О., Гарбузова В.Ю.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

**Актуальність.** На сьогодні відомо понад 7 тисяч одонуклеотидних поліморфізмів гена ANKH. Суть T134967G поліморфізму полягає у тому, що у 134967-й позиції гена ANKH (8 інтрон) азотиста основа тимін заміщена на гуанін. Самі собою поліморфізми в інтронах не є функціонально значимим, оскільки послідовність азотистих основ у змістовній частині гена не змінюється. Але слід зазначити, що досліджуваний поліморфізм знаходиться на межі екзон – інтрон, тому, будучи зчепленим з регуляторною ділянкою гена, він може бути маркером функціональних зв'язків інших SNP з розвитком патологічних процесів. Трансмембранний білок ANKH грає важливу роль у регуляції рівня неорганічного пірофосфату (PPi), транспортуючи його в позаклітинне середовище. Це у свою чергу призводить до інгібування процесів кальцифікації у судинній стінці.

**Мета.** Вивчити частоту алельних варіантів за T134967G поліморфізмом гена ANKH у хворих на гострий коронарний синдром (ГКС) з нормальними та підвищеними показниками індексу маси тіла (ІМТ).

**Матеріали і методи.** Було використано венозну кров 118 хворих із ГКС і 110 здорових пацієнтів. Визначення T134967G поліморфізму гена ANKH проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції з подальшим аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS-17. Достовірність відмінностей визначали за  $\chi^2$ -критерієм. Значення  $P < 0,05$  вважали достовірним. Відношення шансів (OR) і 95%-вий довірчий інтервал розраховували за допомогою методу логістичної регресії.

**Обговорення результатів.** Виявлено, що немає достовірної різниці у показниках ІМТ в осіб з різними генотипами (T/T і T/G+G/G) як у контрольній групі ( $P = 0,729$ ), так і у хворих із ГКС ( $P = 0,471$ ). У гомозигот за основним алелем T/T хворих із ГКС величина ІМТ дорівнювала  $28,74 \pm 0,52 \text{ кг/м}^2$ , а у контролі –  $27,27 \pm 0,48 \text{ кг/м}^2$  ( $P = 0,0398$ ). У носіїв мінорного алелю T/G+G/G не існує достовірної відмінності у величинах ІМТ серед хворих із ГКС і практично здорових індивідуумів ( $P = 0,2224$ ). Осіб з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$  у контрольній групі з генотипом T/T було 65,6%, а з генотипом T/G+G/G – 34,4%. Співвідношення алельних варіантів у пацієнтів з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$  хворих із ГКС становило 38,1% і 61,9% відповідно. Таким чином, у пацієнтів з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$  носіїв мінорного алелю (T/G+G/G) ГКС виникає частіше, ніж у гомозигот за основним алелем (T/T) ( $\chi^2 = 3,878$ ;  $P = 0,049$ ). При застосуванні методу логістичної регресії також було встановлено, що ризик виникнення ГКС у осіб з генотипом T/G+G/G з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$  в 3,1 рази вищий, ніж у пацієнтів з T/T генотипом. У людей з ІМТ  $\geq 25 \text{ кг/м}^2$  достовірного зв'язку T134967G поліморфізму гена ANKH із розвитком ГКС виявлено не було. Як в осіб контрольної групи ( $\chi^2 = 0,056$ ;  $P = 0,814$ ), так і у хворих із ГКС ( $\chi^2 = 2,138$ ;  $P = 0,144$ ), не було залежності між частотами алельних варіантів за досліджуваним одонуклеотидним поліморфізмом і рівнем ІМТ. Осіб з генотипом T/T у контрольній групі з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$  було 28,4%, а з ІМТ  $\geq 25 \text{ кг/м}^2$  – 71,6%. У хворих із ГКС дане співвідношення становило 12,9% і 87,1%. Таким чином, у осіб з генотипом T/T з ІМТ  $\geq 25 \text{ кг/м}^2$  ризик виникнення ГКС достовірно вищий, ніж у осіб з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$  ( $\chi^2 = 4,816$ ;  $P = 0,028$ ). У носіїв мінорного алелю T/G+G/G достовірного зв'язку між розвитком ГКС і показниками ІМТ виявлено не було ( $\chi^2 = 0,612$ ;  $P = 0,434$ ).

**Висновок.** У хворих із ГКС, що були гомозиготами за основним алелем T/T, показники ІМТ достовірно вищі, ніж у осіб контрольної групи. У носіїв мінорного алелю T/G+G/G з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$  ризик виникнення ГКС в 3,1 рази вищий, ніж у пацієнтів з генотипом T/T. У осіб з T/T-генотипом, що мали ІМТ  $\geq 25 \text{ кг/м}^2$ , частота виникнення ГКС достовірно вища, ніж у осіб з ІМТ  $< 25 \text{ кг/м}^2$ .

## АНАЛІЗ ВПЛИВУ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ C-1562Т ГЕНА MMP-9 НА РОЗВИТОК ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК ЩО МАЮТЬ КІСТОЗНО ЗМІНЕНІ ЯЄЧНИКИ

*Савченко І.М.*

*Науковий керівник – д.м.н., проф. Атаман О.В.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

**Вступ.** Пошук нових біологічних маркерів раннього прогнозу розвитку доброякісних пухлинних процесів в матці сьогодні залишається актуальним, адже з приводу лейоміоми матки (ЛМ) виконується більшість гінекологічних операцій. Перебіг лейоміоми матки часто поєднується зі змінами з боку яєчників. Утворення кіст та кістом яєчників нерідко ускладнюють дифдіагностику з пухлинними процесами матки. В патогенезі ЛМ поруч з гормональними порушеннями та факторами росту, ключове значення має баланс процесів апоптозу та проліферації в тканині міометрію. Цю рівновагу забезпечують в тому числі і ферменти позаклітинного середовища – металоматриксні протеїнази (ММР). ММР-9 (желатиназа В) розщеплює колаген IV і V типу, що входить до складу базальних мембран епітелієв стінок лімфатичних та кровоносних судин, забезпечуючи процеси інвазивності та метастазування. Розвиток склерокістозних яєчників є відомим фактором ризику виникнення проліферуючої ЛМ, яка характеризується слабкою продукцією компонентів екстрацелюлярного матриксу в тканині пухлини.

**Мета.** Вивчити зв'язок поліморфізму C-1562Т гена матриксної металопротеїнази-9 у жінок з лейоміомою матки із синдромом склерокістозних яєчників.

**Матеріали і методи.** Досліджувалась венозна кров 108 жінок (середній вік  $47,82 \pm 6,6$  р.) хворих на лейоміому матки і 84 жінок ( $69,75 \pm 8,4$  р.) без цієї пухлини, що склали контрольну групу. ДНК виділяли, використовуючи набори "Изоген". Визначення 1G/2G-1607 поліморфізму гена MMP-1 проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Ампліфікати одержаного фрагменту гена MMP-1 після рестрикції розділяли в 2,5% агарозному гелі, що містив 10 мкг/мл бромистого етидію. Горизонтальний електрофорез (0,1А; 140V) проводили протягом 35 хв. Візуалізацію ДНК після електрофорезу здійснювали за допомогою транслюмінатора («Біоком»). Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS-17. Достовірність відмінностей визначали за  $\chi^2$ -критерієм. Значення  $P < 0,05$  вважали достовірним.

**Результати.** Поділ пацієнток за наявністю або відсутністю в анамнезі кістозно змінених яєчників в репродуктивному віці вказав на відсутність істотної відмінності в розподілі частот алельних варіантів C-1562Т поліморфізму гена MMP-9 між хворими на ЛМ і пацієнтками контрольної групи серед жінок що мали зміни яєчників кістозного характеру ( $P=0,516$ ) та пацієнток зі здоровими яєчниками ( $P=0,316$ ). В основній групі співвідношення гомозигот за генотипом ТТ та гетерозигот СТ було майже однаковим серед пацієнток зі здоровими та кістозно зміненими яєчниками. Відсоток гомозигот за основним алелем (СС) був вищим в групі жінок зі зміненими яєчниками. В контрольній групі відсоток жінок з генотипом СС серед жінок зі здоровими яєчниками був значно вищим. А співвідношення генотипів СТ та ТТ також істотно не відрізнялося в обох підгрупах.

**Висновки.** Результати виконаних нами досліджень показали, що не існує зв'язку між поліморфізмом C-1562Т гена MMP-9 і розвитком лейоміоми матки перебіг якої супроводжується синдромом кістозно змінених яєчників.

## ВПЛИВ КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДИНИ НА РОЗВИТОК АТЕРОСКЛЕРОЗУ З УРАХУВАННЯМ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ

*Семенчук О.В., Світличний Р.С., Михайлова Т.І.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

**Актуальність.** За даними ВООЗ в економічно розвинених країнах смертність від серцево-судинних захворювань становить 46,2 відсотка всіх випадків смерті, в той час як від злоякісних новоутворень (рак та ін.) - Лише 17,7 відсотка. Серед серцево-судинних захворювань атеросклероз займає провідне місце.

**Мета.** Визначити основоположні причини виникнення атеросклерозу та кореляцію між поліморфізмом генів та загрозою розвитку атеросклерозу. Ми вирішили дослідити наскільки сильно можуть впливати на атерогенез сталі показники організму, а саме конституція.

**Результати.** Опрацювавши провідні теорії атерогенезу, механізми виникнення та фактори ризику було відмічено ряд закономірних повторень у людей з певними конституційними особливостями. В подальшому при розгляданні класифікацій конституційних типів людського організму з ключовими положеннями щодо антропометричних розмірів, роботи привалюючого типу нервової системи (СНС, ПСНС), типу темпераменту та здатності організму відповідати на зовнішній подразник була відмічена певна залежність у швидкості та частоті уражень атеросклерозом. Проведене тестування в якому були запитання для визначення конституційних особливостей організму відповідно провідним класифікаціям та з урахуванням спадковості. Безліч генів, експресія яких грає роль в патогенезі атеросклеротичного ураження судин можна поділити на групи залежно від кодованих ними речовин: ліпопротеїнів крові, білків, що визначають структуру судин, білків, що відповідають за розвиток запальних процесів, функціонування системи згортання крові, ангіотензин-альдостеронової системи та ін. Гени впливаючі на ліпопротеїни крові: APOB (OMIM 107730); LIPC (OMIM 151670); LPA (OMIM 152200); MTP (OMIM 157147); PCSK9 (OMIM 607786); SCARB1 (OMIM 601040). Гени, що впливають на структуру судин: MMP1 (OMIM 120353); MMP3 (OMIM 185250); MMP9 (OMIM 120361); ENPP1 (OMIM 173335); MTHFR (OMIM 607093); MTRR (OMIM 602568); NOS3 (OMIM 163729); PAOD1 (OMIM 606787). Із всіх генів людини виявлено, що з атеросклеротичним ураженням аорти пов'язана діяльність 292 генів, причому найбільший вплив здійснюють 73 з них. Цікаво, що в молекулах 14 з них міститься ділянки (домени), на які можна досить ефективно впливати фармакологічними препаратами. У цій групі особлива увага приділяється 5 генам-кандидатам на провідну роль у розглянутій патології: ATP10D, SLC2A9, PIK3CG, LOXL1 і KIAA1598 (раніше було встановлено, що вони пов'язані з інфарктом міокарда, збільшенням вмісту сечової кислоти в крові, об'ємом тромбоцитів, розміром кореня аорти і серцевою недостатністю, відповідно). Шокуючими стали результати дослідження опубліковані 10 березня 2013 в журналі Lancet. У Каліфорнії зробивши КТ 137 мумій із 4х різних географічних регіонів, ці люди жили в період 4 000 р. до н.е. (стародавні єгиптяни, перуанці, анасази, алеути). Для вивчення взяли 76 стародавніх єгиптян, 51 стародавніх перуанців, п'ять Анасазів і п'ять Алеутів мисливців-збирачів. Виявлено атеросклероз було очевидно в 34% мумій : 29 стародавніх єгиптян, 13 стародавніх перуанців, два родових анасази і три алеути. На муміях були наслідки атеросклерозу, як кальциновані бляшки в стінці артерії (або вважався ймовірним атеросклероз якщо спостерігалось звапніння по ходу артерії). Дієти цих народів були дуже різні, як і клімат. Корінні харчові рослини значно варіювались через широку географічну відстань між цими регіонами світу. Риба і ікра були присутні у всіх культурах, але джерела білка варіювали від домашньої худоби серед єгиптян до майже повністю морської дієти серед Алеутів. На закінчення, атеросклероз був поширений в чотирьох до індустріальних народів, і в широкому проміжку історії людства, але навряд чи хтось із них думав що має недостатньо активних способів життя. І зараз ця хвороба залишається поширеною в сучасних людей. Наявність атеросклерозу в до сучасної людини передбачає, що захворювання є

наслідком закодованої в генах спадковості, можливо невід'ємним компонентом людського старіння і не пов'язаний з будь-якою конкретною дієтою або способом життя.

**Висновок.** Деякі гени (*Vcam1*, *Cd53* і *Abcg1*) можна використовувати в якості діагностичних біомаркерів атеросклерозу аорти. Загальний генетичний скринінг дозволить з самого народження визначати схильність до тієї чи іншої патології, у клінічно здорових людей. Це дасть можливість активно уникати факторів ризику даного захворювання шляхом модифікації стилю життя, дієти, обмеження актуальних виробничих шкідливостей і використання деяких лікарських препаратів, а також за допомогою вчасно призначеної терапії. Проведене тестування в якому були запитання для визначення конституційних особливостей організму відповідно провідним класифікаціям та з урахуванням спадковості. Ця робота є актуальною у сфері профілактичної медицини. Виділивши групу ризику за конституційними особливостями можна заздалегідь відкорегувати стиль життя, раціон, що допоможе у попередженні захворювання на атеросклероз.

### АНАЛІЗ АСОЦІАЦІЇ ПОЛІМОРФІЗМУ С677Т ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ УСКЛАДНЕНИМ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

*Русанов О.В.*

*Науковий керівник – д.м.н., проф. Атаман О.В.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом  
медичної біології*

**Вступ.** Цукровий діабет (ЦД), ускладнений синдромом діабетичної стопи (СДС), набув останнім часом значної актуальності як у високорозвинених країнах світу, так і в Україні, про що свідчить високий рівень фатальних наслідків, ампутацій нижніх кінцівок та місце, яке посідає синдром діабетичної стопи серед складних медично-соціальних проблем, що вимагають значних інтелектуальних, організаційних і економічних ресурсів для їх розв'язання. В патогенезі СДС порушення функції ендотелію відіграє важливу роль. Розвиток макро та мікроангіопатій при СДС напряму пов'язаний з підвищенням рівня гомоцистеїну. Доведено, що основною причиною підвищення рівня має генетична схильність, а саме мутація гену метилентетрагідрофолатредуктази (МТНFR)

**Мета.** Провести аналіз асоціації С677Т поліморфного варіанту гена МТНFR з розвитком ускладнення ЦД факторами СДС при ЦД 2 типу.

**Матеріали і методи:** У роботі використано венозну кров 154 хворих з СДС і 124 практично здорових осіб контрольної групи. Визначення алельного поліморфізму 4-го екзону гена МТНFR С677Т (rs1801133) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів.

**Результати.** Аналіз асоціації поліморфізму С677Т гена МТНFR у пацієнтів з ЦД 2 типу ускладненим СДС та у контрольній групі дав наступні результати: Розподіл генотипів за С677Т поліморфізмом гена МТНFR серед пацієнтів з СДС та практично здорових по С/С генотипу практично не відрізнявся, по С/Т генотипу в 1,2 рази був частіше серед пацієнтів з СДС, Т/Т генотип в 3,15 разів частіше зустрічався у хворих на СДС.  $P=0,056$ . Встановлено, що частота генотипів С/С, С/Т і Т/Т за С677Т поліморфізмом гена МТНFR у хворих на СДС – 39,0 %, 46,8 % та 14,3 % Ризик виникнення СДС у пацієнтів в 3,15 разів вище при генотипі Т/Т. Частота генотипів за С677Т поліморфізмом гена МТНFR в залежності від статі показала відсутність статистично значимого зв'язку у жінок. Частота генотипів за С677Т поліморфізмом гена МТНFR в залежності від статі показала наявність статистично значимого зв'язку у чоловіків. Серед чоловіків гетерозиготи у хворих на СДС зустрічалися в 1,33 рази частіше ніж у контрольній групі. Гомозиготи за мінорним алелем Т зустрічалися в 3,1 рази частіше серед пацієнтів з СДС, ніж у контрольній групі. Частота генотипів за С677Т поліморфізмом гена МТНFR у пацієнтів з нормальною масою тіла та надлишковою масою серед хворих на СДС здорових осіб статистично не пов'язана. Частота генотипів за С677Т



поліморфізмом гена MTHFR у пацієнтів з ожирінням тіла та без нього серед хворих на СДС та здорових осіб статистично не пов'язана.

**Висновок.** Таким чином, виявлено зв'язок між T/T генотипом гену MTHFR та розвитком СДС; існує зв'язок між чоловічою статтю з різними генотипами C677T поліморфного варіанту гена MTHFR у пацієнтів з ІЦД 2 типу ускладненим СДС.

### АСОЦІАЦІЯ *BsmI* ПОЛІМОРФНОГО ВАРІАНТУ *VDR*-ГЕНА З ФАКТОРАМИ РИЗИКУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

*Шимко К.А., Обухова О.А.*

*Науковий керівник – Атаман О.В.*

*Сумський державний університет, наукова лабораторія молекулярно-генетичних досліджень*

Гострий коронарний синдром (ГКС) є однією з найбільш актуальних проблем кардіології сучасності, у зв'язку з високою смертністю і несприятливим прогнозом захворювання. Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні серед осіб працездатного віку у 2011 році становила 9,6 тис. на 100 тис. населення, показник смертності в наслідок дестабілізації ІХС – 678 на 100 тис. населення. За даними офіційної статистики МОЗ за 2011 рік в Україні зареєстровано 49978 випадків гострого інфаркту міокарда (серед працездатного населення – 15 411 випадків).

Метою нашої роботи було провести аналіз зв'язку поліморфного варіанту *BsmI* гена *VDR* з факторами ризику гострого коронарного синдрому.

У роботі використано венозну кров 118 хворих з ГКС і 234 осіб контрольної групи. Визначення *BsmI* поліморфного варіанту 8-го інтрону гена *VDR* (rs1544410) проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів при виявленні їх за допомогою електрофорезу в агарозному гелі.

Проаналізовано зв'язок поліморфного варіанту *BsmI* гена *VDR* на асоціацію відомих факторів ризику атеросклерозу і його ускладнень (чоловіча стать, артеріальна гіпертензія, збільшений індекс маси тіла, куріння) з гострим коронарним синдромом. Аналіз за статтю у основній і контрольній групах за *BsmI* поліморфізмом дав наступні результати. Серед жінок контрольної групи генотип b/b мали 39,0%, b/B – 49,3%, B/B – 11,7%, а серед хворих з ГКС відповідно 42,3%, 46,2% і 11,5%. У практично здорових чоловіків генотип b/b був виявлений у 47,8%, b/B – 42,0%, B/B – 10,2%, а серед хворих з ГКС у 35,8%, 43,5% і 20,7% відповідно. Таким чином, виявлено статистично значиму асоціацію *BsmI* поліморфного варіанту з ГКС в осіб чоловічої статі ( $P=0,040$ ) і відсутність такого зв'язку у жінок ( $P=0,953$ ). При порівнянні частоти генотипів в основній і контрольній групах за поліморфним варіантом *BsmI* окремо у пацієнтів з  $IMT < 25 \text{ кг/м}^2$  і  $IMT \geq 25 \text{ кг/м}^2$  виявлений вплив даного поліморфізму на розвиток ГКС у групі пацієнтів з  $IMT < 25 \text{ кг/м}^2$  ( $P=0,027$ ). При аналізі частоти осіб з нормальним та підвищеним артеріальним тиском серед осіб гомозигот за основним і мінорним алелями і гетерозигот у контрольній групі і групі з ГКС виявлено статистично значиму залежність між рівнем АТ і ймовірністю розвитку ГКС. Також встановлений зв'язок між *BsmI* поліморфізмом гена *VDR* і розвитком ГКС в осіб, що не курять: у гомозигот за мінорним алелем (B/B) ризик виникнення гострого коронарного синдрому більший.

Виявлено зв'язок між статтю, індексом маси тіла, підвищеним артеріальним тиском та звичкою до куріння у осіб з різними генотипами поліморфного варіанту *BsmI* гена *VDR* у пацієнтів хворих на гострий коронарний синдром.

## FREQUENCIES OF VKORC1 G3730A GENETIC VARIANTS IN ISCHEMIC ATHEROTHROMBOTIC STROKE PATIENTS

*Garbuzova E.A., Dubovyk Ye.I., Ataman O.V.*

*Sumy State University, Physiology and Pathophysiology Department*

**Background.** Vitamin K epoxide reductase (VKOR) is an integral membrane protein that catalyzes the reduction of vitamin K 2,3-epoxide and vitamin K to vitamin K hydroquinone, a cofactor required for the G-glutamyl carboxylation reaction. VKOR is highly sensitive to inhibition by warfarin, the most commonly prescribed oral anticoagulant. A lifelong decreased activity of the VKOR enzyme, however, might impair MGP activity and by this increase the risk of vascular calcification. The VKORC1 gene is located on the short arm of chromosome 16 (chromosomal location: 16p11.2). Polymorphisms in the VKORC1 could affect blood coagulation and other vitamin K-dependent proteins, such as osteocalcin, bone Gla protein, matrix Gla protein.

**Purpose.** Study of frequencies of VKORC1 G3730A genetic variants in ischemic atherothrombotic stroke (IAS) patients.

**Materials and Methods.** The study was conducted using venous blood of 170 patients with IAS (57,6% men and 42,4% women), the average age of  $64,7 \pm 0,73$  years. The control group consisted of 124 healthy donors, and the absence of cardiovascular diseases was confirmed through history, electrocardiogram data and arterial pressure measurements. DNA was isolated from it using a set of "Isogene" (Russia). The polymorphism G3730A (rs7294) was analyzed by amplification of a 500-bp sequence with the use of the following primers: sense – 5'-GTCCCTAGAAGGCCCTAGATGT-3', antisense – 5'-GTGTGGCACATTTGGTCCATT-3'. The resultant polymerase chain reaction products were digested with *BseNI* (Thermo Scientific, USA), which yielded 2 DNA fragments of 260 and 240 bp for the G allele on 2,5% agarose gel and only 1 band (500 bp) for the A allele. The results were worked out statistically using the official average of SPSS Statistics 17.0. For this purpose, reliability of differences was determined using  $\chi^2$  - test. The value of  $P < 0.05$  was considered reliable.

**Results.** Genotyping of the patients with IAS and comparing the results obtained with those of restriction analysis in the control group allowed to set that frequency of definite variants of this gene is statistically insignificant in G3730A polymorphism. It has been found that the ratio of homozygotes by the major allele, heterozygotes and homozygotes by the minor alleles in G3730A polymorphism constituted in patients with IAS: 31,8%, 50,0%, 18,2%; and in the control group it was 36,3%, 50,8%, 12,9% ( $P = 0,423$ ,  $\chi^2 = 1,721$ ).

**Conclusions.** No association has been found between the G3730A polymorphism of VKORC1 gene and ischemic atherothrombotic stroke in the patients from the northeastern region of Ukraine.

## ASSOCIATION *TaqI* POLYMORPHISM OF VDR GENE IN SMOKERS AND NON-SMOKERS, AMONG PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

*Obukhova O.A.*

*Sumy State University, Physiology and Pathophysiology Department*

Study by WHO is shown that traditional approaches in the treatment of ischemic stroke are ineffective and lead to significant economic costs. The problem of low efficiency of health care activities is related to the absence of their etiological orientation due to insufficient understanding of the major mechanisms of formation of cerebrovascular disorders. It is projected that until 2030 morbidity stroke will increase by 25%, due to the aging of the world population and increasing prevalence in the population of brain stroke risk factors like hypertension, heart disease, diabetes, physical inactivity, obesity, smoking, and others.

The aim of our study was to analyze the association of *TaqI* polymorphism of *VDR* gene in smokers and non-smokers patients with atherothrombotic ischemic stroke.

Venous blood of 170 patients with atherothrombotic ischemic stroke (AIS) and 124 healthy individuals (control group) was used for genotyping. Pathogenetic variants of stroke was determined

according to the criteria TOAST, based on anamnesis and clinical features of the disease, dopplerography ultrasound data of main arteries of the head, and ECG. Polymorphism *TaqI* of gene *VDR* was examined with PCR-RFLP methodology.

The distribution of genotypes for *TaqI* polymorphic variant of *VDR* gene in smokers and non-smokers was as follows. In the control group were found people, who do not smoke, with genotype T/T – 43.0%, with genotype T/t – 48.4%, with genotype t/t – 8.6%, and those who smoke, respectively 45.1%, 35.5% and 19.4%. The comparison of the data indicates a lack of statistically significant differences in the distribution of genotypes of *TaqI* polymorphic variant between persons who are smokers and non-smokers in the control group ( $\chi^2=3,263$ ,  $P=0,196$ ). Among patients with AIS persons, non-smokers, with genotype T/T was 42.5% with genotype T/t – 46.7%, with genotype t/t – 10.8%, and smokers – 34.0%, 52.0% and 14.0% respectively. Statistically significant differences in the distribution of SNP between the smokers and smokers with IAI is not found ( $\chi^2=1,146$ ,  $P=0,564$ ).

In both groups, the main and control were not revealed association between genotype and patients habit to the smoking.

### THE DISTRIBUTION OF GENOTYPES FOR THE A69314G POLYMORPHISM TNAP GENE IN THE CONTROL GROUP AND IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

*Rozumenko I.A., Forkert I.A., Garbuzova V.Yu.*

*Sumy State University, Physiology and Pathophysiology Department*

**Introduction.** Tissue non-specific alkaline phosphatase (TNAP) promotes mineralization by hydrolysis inorganic phosphate (Pi) of inorganic pyrophosphate (PPi). Nowadays, there are more than 3500 single-nucleotide polymorphisms of TNAP gene. Most researched such polymorphism appeared in connection with the TNAP gene mechanisms of calcification of the vascular wall, leading to the development of acute coronary syndrome.

**The purpose of the study.** To investigate the distribution of genotypes for the A69314G polymorphism gene TNAP in healthy individuals and in patients with acute coronary syndrome (ACS).

**Materials and methods.** Venous blood of 118 ACS patients were genotyped for the polymorphism by PCR. All statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Science program (SPSS for Windows, version 17.0). The  $\chi^2$ -test was used for comparison of the allele and genotype frequencies between different study subgroups. Differences were considered statistically significant with a P-value < 0.05.

**Discussion of results.** From the analysis of the results of individual genotype frequencies for the A69314G polymorphism gene TNAP in the control group and in patients with ACS can be seen that in patients with ACS value homozygotes for the major allele (A/A), carriers of the minor allele (A/G+G/G) was 83,6% and 16,4%, while in the control group, the corresponding figures amounted to 69,5% and 30,5%. Differences in the distribution of different variants of genotype between patients with ACS and healthy patients go beyond statistical significance ( $\chi^2 = 6,302$ ,  $P = 0,012$ ).

**Conclusions.** There is a significant difference in the distribution of genotypes for the A69314G polymorphism gene TNAP between healthy and sick persons with ACS.



## СЕКЦІЯ V.

# ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015 о 10:00

*Місце проведення:* СОКОД, конференц-зал

*Керівник секції:* д. мед. наук., професор **Романюк А.М.**

*Секретар:* **Линдін М.С.**

## МІТОТИЧНИЙ РЕЖИМ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНЬ БЕЗ ОРОГОВІННЯ

*Алексєєнко О.О., Чеботар О.В.*

*Науковий керівник: асистент Филенко Б.М.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,  
кафедра патологічної анатомії з секційним курсом*

На сьогоднішній день спостерігається швидкий ріст захворюваності на рак легень, особливо за рахунок плоскоклітинного гістологічного варіанту, який характеризується швидким ростом, безсимптомним перебігом, раннім метастазуванням та низьким відсотком виживання – близько 15%. В доступній літературі достатньо висвітлено морфологічні аспекти цього захворювання, але мітотичний режим, що призводить до анеуплоїдії та поліплоїдії, вивчений недостатньо. Тому дослідження особливостей патологічних мітозів плоскоклітинного раку легень без ороговіння є важливим та актуальним завданням.

*Мета дослідження* – вивчити мітотичний режим плоскоклітинного раку легень без ороговіння.

*Матеріали та методи дослідження.* Морфологічні дослідження проводилися на післяопераційному матеріалі 10 хворих на плоскоклітинний рак легень без ороговіння. Забір матеріалу проводився з різних ділянок пухлини. Гістологічні препарати виготовляли за стандартними методиками. Дослідження мітотичного режиму проводили за класифікацією Й.О. Алова та І.А. Казанцевої.

*Результати дослідження.* Мітотична активність плоскоклітинного раку легень без ороговіння склала 12,2 %. Відсоткове співвідношення фаз нормального мітозу складає для метафази мітозу 59,1%, при невеликому процентному співвідношенні інших форм мітозу: профази – 17,2%, анафази – 16,9%, телофази – 6,8%.

Відносна кількість всіх патологічних мітозів при плоскоклітинному раку легень без ороговіння складає 51,4 %, серед яких переважають мітози в метафазу. К-мітоз зустрічався у 12,1% випадків, наслідками якого можуть бути гибель клітини або завершення мітозу з утворенням одного поліплоїдного ядра. Відставання хромосом та їх фрагментів в метафазу складало 8,0 % та призводить до нерівномірного розподілу хромосом з утворенням анеуплоїдних дочірніх клітин. Моноцентричний мітоз зустрічався з частотою 6,67 % та характеризувався утворенням одного поліплоїдного ядра. Порожниста метафаза зустрічається в 5,42 %. Багатополосний мітоз та трьохгрупова метафаза зустрічаються відповідно в 2,95 та 0,78 % випадків.

Патологія мітозу в анафазу характеризується переважанням асиметричних мітозів з утворенням гіпо- та гіпердиплоїдних ядер та складають 6,13 %. Для плоскоклітинного раку легень без ороговінням характерна наявність розсіювання хромосом та їх фрагментів в профазі мітозу, що становить 5,43 %. Інші форми патологічних мітозів склали 3,92%.

*Висновки.* Плоскоклітинний рак легень з ороговінням характеризується високим мітотичним індексом, що складає 12,2 % та переважанням патологічних мітозів в метафазу. Провідними формами патології мітозів були К-мітоз, відставання хромосом та їх фрагментів, моноцентричний мітоз, порожниста метафаза, трьохгрупова метафаза та багатополосний мітоз, що призводять до анеуплоїдії та поліплоїдії, тобто ядерного поліморфізму.

## ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ РЕАКЦІЙ В СУЧАСНІЙ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЖІНОК

*Бойко А.О., Купрієнко М.М., студенти 2-го курсу*

*Науковий керівник – Гринцова Н. Б., канд.біолог.наук, асистент*

*Сумський державний університет, кафедра патологічної анатомії*

Сучасна нейроендокринологія - галузь медичної науки, що швидко розвивається та досліджує складну взаємодію нервової та ендокринної систем. Новітні методи молекулярної біології, прогрес радіоімунних і імуноферментних візуалізуючих методів дослідження зробили революцію в розумінні причин нейроендокринних захворювань, а також відкрили

нові перспективи в діагностиці та лікуванні патології гіпоталамо-гіпофізарної системи. Репродуктивна система знаходиться під безпосереднім впливом гіпоталамо-гіпофізарної системи. У гіпоталамусі синтезується і секретується гонадотропін-рилізінг-гормон (рилізінг-гормон лютеїнізуючого гормону, гонадоліберину). Гонадотропіни - лютеїнізуючий і фолікулостимулюючий гормони - стимулюють розвиток і функціонування статевих залоз, статеве дозрівання, регулюють репродуктивну функцію. Порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-гонадотропної функції в дитячому та підлітковому віці лежить в основі синдрому затримки статевого розвитку або передчасного статевого дозрівання.

У порівнянні з класичними гістологічними і гістохімічними забарвленнями методи імуногістохімії дозволяють з високою вибірковістю виявляти і локалізувати в тканинах, клітинах і внутрішньоклітинних структурах молекулярні компоненти, що володіють антигенними властивостями. Отримання моноклональних антитіл і поліклональних антисироваток до продуктів життєдіяльності ендокринних клітин, а також можливість маркувати антитіла флуоресцентними барвниками (флуоресцеїнізотіоціанатом, тетраметілпродамінізотіоціанатом), ферментами (пероксидазою, лужною фосфатазою і глюкозооксидазою) або металами (колоїдним золотом) без зміни їх імунореактивності відкрили широкі перспективи для вивчення структурно-функціональної організації клітин нейроендокринної системи. Для точної ідентифікації ендокринних клітин і встановлення типу продукованих ними гормонів використовують різні способи імуногістохімічного аналізу із застосуванням антитіл до активних пептидів, біогенних амінів і специфічними для даної популяції клітин білками і ферментами, такими як хромогранін і нейроспецифічні енолази. Методи імуногістохімії відрізняються високою специфічністю. Так, проведено імуногістохімічне дослідження з використанням моноклональних антитіл до рецепторів естрадіолу і прогестерону в стромі яєчників і стінках зріючих фолікулів у пацієнток з безпліддям, обумовлених синдромом полікістозних яєчників і у фертильних жінок.

Гістологічний матеріал фіксували у формаліні і укладали в парафін. Парафінові блоки нарізали товщиною 3-4 мкм. Після депарафінізації і дегідратації отримані зрізи фарбували гематоксиліном і еозином. Для подальшого імуногістохімічного дослідження відбиралися ділянки яєчничкової тканини з фолікулярним апаратом. Так як при синдромі полікістозних яєчників зростання фолікулів зупиняється на рівні первинних або малих зріючих фолікулів (діаметр 0,5-1,0 см в оточенні 8-10 шарів фолікулярного епітелію), то в обох групах вивченню піддавалися ділянки яєчничкової тканини, що містять саме такі фолікули і прилягаюча до них строма. Імуногістохімічна реакція проводилася з використанням моноклональних антитіл до рецепторів естрадіолу і прогестерону (Anti-Human ER-рецептор, clon 1D5 і Anti-Human PR-рецептор, clon PgK 636 виробництво Dako Cytomation, Данія). Для того, щоб побачити проведену імуногістохімічну реакцію під мікроскопом використовували систему En Vision: Dako REAL Detection System Peroxidase, хромоген DAB (Dako Cytomation, Данія). Візуалізація клітин, у яких відбулася реакція антитіл з ядерними рецепторами, проводилася із застосуванням світлового мікроскопа (збільшення  $\times 40$ ). При взаємодії моноклональних антитіл з рецепторами естрадіолу або прогестерону виникало фарбування. Виявлення забарвлених клітин вважали позитивним результатом, що градувалося за кількістю вступивших в реакцію клітин: від 1 до 10 - слабкопозитивний, від 11 до 20 - помірний, а більше 20 - виразний. Результат оцінювали в полях зору, з найбільшим скупченням забарвлених клітин. Якщо реакції взаємодії в препараті не було, то результат вважався негативним. Статистичне забезпечення роботи виконувалося з використанням U-критерію Манна-Уїтні (Mann-Whitney), для незалежних груп і критерію Уїлкоксона (Wilcoxon) для залежних (ненормальний розподіл даних і нечисленність груп). Для порівняння якісних даних застосували двосторонній критерій Фішера (Fisher, two-tailed). Статистично значущими відмінностями вважалися при  $p < 0,05$ .

Встановлено, що у фертильних жінок експресія рецепторів до естрадіолу і прогестерону в фолікулах і в стромі яєчників різна. При синдромі полікістозних яєчників (СПКЯ) порушувалось взаємодія рецепторів з гормонами. Найбільш значимі зміни в експресії

рецепторів при СПКЯ в стінках фолікула ставилися до прогестерону. По відношенню до норми реакція з прогестероном інвертуватися, що може бути пов'язано з порушенням дифузії гормону через клітинні мембрани. Також істотно змінювався характер взаємодії рецептор-гормон: переважаючою ставала помірною або виражена реакція, проти слабкої в нормі.

Зроблено висновок, що характер рецепторної взаємодії естрогену і прогестерону в фолікулах і стромі яєчників може відігравати істотну роль як безпосередньо в фолікулогенезі, так і при безплідді.

### **ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ УТВОРЕННЯ СИНЦІВ УЖИВИХ ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ.**

*Будко А.Ю., Резнік А.В., Гура Н.С., Фурда С.П., Панасовська К.О.*

*Науковий керівник: Романюк А.М. д.мед.н., проф. завідувач кафедри патологічної анатомії*

*Медичний інститут Сумського державного університету, кафедра патологічної анатомії.*

*Актуальність.* Встановлення давності утворення синців у живих осіб є одним із важливих завдань судово-медичної експертизи. Актуальність вирішення цього питання особливо зростає в тих випадках, коли відсутня можливість встановити конкретний термін виникнення пошкоджень, наприклад, при втраті свідомості, ретроградної амнезії, алкогольному сп'янінні. Крім того, така експертиза дуже важлива для того, щоб знайти об'єктивні докази, що підтверджують (або заперечують) показання потерпілого, свідків або підозрюваного, котрі нерідко дезінформують органи слідства про терміни отримання пошкоджень.

*Матеріали та методи.* Досліджувалися синці у 80 потерпілих віком від 18 до 73 років, що піддавалися судово-медичній експертизі з приводу встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень за період з 1.08.2014 по 31.01.2015. Визначали показники функціонального стану шкіри і шкірного аналізатора в динаміці залежно від давності заподіяння травми. У процесі досліджень, використовуючи комбіновану дерматологічну установку (КДУ-3) і вологомір контактний шкірний (ВКК-1) вивчалися кількісні показники електрофотопігментометрії, алгезіометрії.

*Результати.* Обстежено 30 жінок та 50 чоловіків, які були розподілені за такими віковими категоріями: 18-25 років 37,5 % (30 осіб); 26-35 років 18,75 % (15 осіб); 36-45 років 18,75 % (15 осіб); 46-55 років 15 % (12 осіб); 56-73 роки 10 % (8 осіб). Розподіл за локалізацією ушкоджень: на тулубі 25 % (20 осіб); на голові та обличчі 18,75 % (15 осіб); на нижніх кінцівках 7,5 % (6 осіб); без чіткої локалізації 48,75 % (39 осіб). За кольором синців: синьо-червоного кольору 52,5 % (42 особи); буро-зеленого кольору 26,25 % (21 особа); жовтуватого кольору 21,25 % (17 осіб).

Дослідження дозволило істотно конкретизувати не тільки діагностику давності виникнення синців, але й характер висновків експертів про терміни нанесення травми. Замість ймовірного (через можливих помилок в межах 2-5 діб) висновку експерта про давність виникнення синців виявилось можливим об'єктивно і з високим ступенем точності (95%) встановити довірчі інтервали, в межах яких була заподіяна травма. У 24 осіб (30%) давність утворення синців визначилась в межах  $\pm 4,5$  годин, у 35 осіб (43,75 %)

$\pm 5,5$  годин, та у 21 особи (26,25 %) в межах  $\pm 7$  годин.

*Висновки.* Таким чином, зміна показників функціонального стану шкірного аналізатора з використанням системи запропонованих математичних моделей дозволяє об'єктивно і з високою точністю встановлювати давність виникнення синців при виробництві судово-медичної експертизи живих осіб.

## МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПУЛЬПИ ЗУБА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СЕРЕДНЬОМУ КАРІЕСІ У ЩУРІВ

*Василенко М.В., Васько М.Ю.*

*Науковий керівник: доц. Новосельцева Т.В.*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"*

*Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом*

Одним із найчастіших ускладнень карієсу є пульпіт, який розвивається внаслідок проникнення мікроорганізмів та їх токсинів із каріозної порожнини в пульпу зуба по дентинним каналцям. Завдяки розвитку компенсаторно-приспосувальних процесів пульпа може зберігати свої функції тривалий час, але за відсутності правильно проведеного лікування розвивається пульпарний некроз або склероз. Тому необхідно вирішити питання про стан пульпи та вибір методу лікування, що відповідало б принципам "біологічної доцільності", забезпечивши збереження життєздатності всієї пульпи або її частини.

*Метою* дослідження є вивчення морфологічних змін пульпи при експериментальному середньому карієсі у щурів.

*Матеріали та методи.* Експериментальний карієс у щурів викликався спеціальною карієсогенною дієтою. Визначення морфологічних змін різних ділянок пульпи проводилися на декальцинованих блоках зубів. Після фіксації у 10% нейтральному формаліні та парафінової проводки з одержаних блоків виготовляли серійні зрізи, які забарвлювались гематоксиліном та еозином. На отриманих препаратах вивчалися морфологічні зміни пульпи, що спостерігались при середньому карієсі. В якості контрольної групи спостереження слугували декальциновані не уражені карієсом зуби 5 щурів.

*Результати проведених досліджень.* При середньому карієсі відбуваються виражені деструктивні зміни в дентині та коронковій частині пульпи зуба. Так, безпосередньо вздовж емалево-дентинного кордону відмічається наявність не тільки зернистоглибчастого розпаду відростків одонтобластів, а також більш глибокі їх некробіотичні процеси у вигляді "мертвих шляхів". Під зоною деструкції дентинних трубочок знаходиться вузька смужка прозорого дентину, що розцінюється як адаптаційний процес.

Реакція пульпи при середньому карієсі, крім вираженої гіперемії судин, проявляється глибокими деструктивними змінами одонтобластів переважно в коронковій частині пульпи. Ядра останніх, в порівнянні з контрольною групою, втрачають свою багаторядну будову. Спостерігається набряк надодонтобластичного простору, що призводить до руйнування довгих відростків одонтобластів.

Встановлено, що в цервікальній частині пульпи спостерігаються як деструктивні, так і адаптаційні її зміни. Так, деструктивні зміни проявляються у вигляді накопичення набрякової рідини між окремими відростками одонтобластів, завдяки чому частина їх потоншується. При цьому збережені одонтобласти, у порівнянні з контрольною групою, мають косу або вертикальну орієнтацію.

Необхідно відмітити, що під одонтобластами розташовується шар фібробластів з високою проліферативною активністю, про що свідчать чисельні фігури мітозів в них.

*Висновки.* При середньому карієсі в коронковій частині пульпи переважають деструктивні процеси, на відміну від цервікальної ділянки, де спостерігаються як деструктивні, так і адаптаційні процеси. Деструктивні процеси проявляються у вигляді набряку надодонтального простору і можуть бути зворотніми. Одночасно з цим в пульпі спостерігається проліферація фібробластів, що у подальшому сприяє утворенню замісного дентину.



## РЕАКЦІЯ НЕЙРОГЛІЇ КОРИ МОЗОЧКА ЗА УМОВ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СУЛЬФАТІВ МІДІ, ЦИНКУ ТА ЗАЛІЗА

*Гринцова Н. Б., канд.біолог.наук, асистент*

*Сумський державний університет, кафедра патологічної анатомії*

*Вступ.* Клітини нейроглії забезпечують існування і функціонування нервових клітин, виконуючи опорну, розмежувальну, трофічну, захисну і секреторну функції, граючи вирішальну роль у процесах навчання і пам'яті, а також беруть участь у відновленні пошкоджених нейронів. При порушенні функціонування клітин нейроглії виникає безліч серйозних захворювань, боротьба з якими далека від завершення. Вивчення всіх функцій і механізмів діяльності гліальних клітин дає велику кількість можливих варіантів лікування важких захворювань нервової системи, таких як шизофренія, хвороба Альцгеймера та хронічні болі, біполярні розлади і хвороба Паркінсона, аутизм і пухлини мозку. На сьогоднішній день вивчено негативний вплив комбінації солей цинку, хрому та свинцю, а також міді, марганцю та свинцю на клітини нейроглії кори головного мозку та мозочка статевозрілих щурів. Автори не знайшли в сучасних літературних джерелах даних про вплив суміші сульфатів цинку, міді та заліза на клітини нейроглії кори мозочка.

*Метою роботи* є вивчення реакції клітин нейроглії кори мозочку статевозрілих щурів за умов дії на організм сульфатів міді, цинку та заліза.

*Матеріали та методи дослідження.* Експеримент був проведений на 48 білих щурах-самцях, масою 200-250г, віком 5-8 місяців, що були розподілені на 4 групи: контрольну та 3 експериментальні. Тварини другої - четвертої груп протягом 3-х місяців вживали воду, насичену комбінацією солей важких металів: цинку ( $ZnSO_4$ ) – 50 мг/л, міді ( $CuSO_4$ ) – 20 мг/л та заліза ( $FeSO_4$ ) – 20 мг/л. Тварин утримували у звичайних умовах віварію, виводили з експерименту шляхом декапітації під ефірним наркозом на 30, 60 та 90 добу після початку експерименту. Застосовувались загальномікроскопічні методи дослідження.

*Результати дослідження.* Після 30-ти денного терміну споживання піддослідними тваринами суміші сульфатів цинку, міді та заліза морфологічні перебудови в корі мозочка розпочинаються, насамперед, з розладів в судинному руслі. Зі сторони клітин нейроглії виявляється помірна неспецифічна відповідна реакція на дію токсичного агента, що проявляється активацією та проліферацією глії, з явищами сателітозу та поодинокими випадками нейронофагії, а також помірне скупчення нейроглії навколо судин. Це може бути пов'язане з бар'єрною функцією клітин нейроглії. У тварин після 60-ти денного терміну дослідження у корі мозочку спостерігається наростання морфологічних змін, які носять поліморфний характер, з більшою виразністю зі сторони судинного русла та клітин нейроглії. Відмічається поглиблення явищ активації та проліферації глії, сателітозу та нейронофагії навколо патологічно змінених клітин Пуркінє. Утворюються поодинокі складні гліальні комплекси навколо судин та незворотньо гинучих нейронів, що пояснюється поліпшенням трофіки нервових клітин та виконанням гліальними елементами детоксикаційної функції. Із збільшенням термінів дослідження спостерігається поглиблення морфологічних змін, реакція клітин нейроглії прогресує з формуванням зон випадіння незворотньо змінених клітин Пуркінє.

*Висновки.* Морфологічні перебудови зі сторони нейроглії мають характер компенсаторних репаративних процесів, які включаються негайно у відповідь на дію токсичного фактора та виявляються у вигляді процесів активації та проліферації глії, явищ сателітозу та нейронофагії, утворенням складних гліальних комплексів. Отже, вплив на організм суміші сульфатів міді, цинку та заліза чинить на клітини нейроглії кори мозочка досить виразний токсичний ефект, ступінь виразності якого знаходиться в прямій залежності від строків експерименту.

*Перспективи подальших досліджень* базуються на проведенні морфометричних досліджень клітин нейроглії кори мозочка.

## ПАТОЛОГІЧНА БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ

*Дяченко М.І.*

*Науковий керівник – Карпенко Л.І.*

*Сумський державний університет, кафедра патологічної анатомії*

*Вступ.* Кальциноз — утворення кальцій вмісного гідроксиапатиту із рідин організму, де катіони та аніони знаходяться в розчиненому стані, та відкладання їх в тканинах при різній патології. Патологічна біомінералізація легень є досить частою, але причина її виникнення є мало відома і мало досліджена.

*Мета дослідження:* в'яснити основні причини біомінералізації захворювань легень.

*Методи дослідження:* зробити літературний пошук захворювань легень при яких патологічні біомінералізації найбільша.

*Результати дослідження:* Є два види патологічного легеневого звапнення: метастатичне та дистрофічне. Метастатична форма обумовлена зміною рівня кальцію і фосфору в сироватці крові в результаті різних причин. Основною особливістю метастатичної форми те, що кальцифікація локалізація в верхніх легневих полях і це відбувається через збільшеним значенням рН ( у лужний бік) у порівнянні з нижніми легневими областями. Дистрофічна форма характеризується відкладенням солей кальцію в патологічно змінених ділянках легеневої тканини при відсутності змін рівнів кальцію і фосфору в периферичній крові Патологічна біомінералізація зустрічається при таких захворюваннях легень як: туберкульоз, альвеолярний мікролітіаз, остеопластична пневмопатія, інтерстиціальному фіброзі, амілоїдозі, саркоїдозі, ревматичних захворюваннях.

*Висновки:* Патологічна мінералізація зумовлена зміною рН в лужний бік. Значення рН у більшості випадків має значення більше 10. Велике значення рН сприяє утворенню гідроксиапатиту у різних тканинах. Джерелом кальцію та катіонних груп при цьому є плазма крові, а аніонних груп сульфатант.

## ЕКСПРЕСІЯ БІЛКА S100 І CD68 В ОСТЕОБЛАТОКЛАСТОМІ

*Дяченко О.О. - студентка III курсу*

*Науковий керівник: Кузенко Є. В.*

*Сумський державний університет, кафедра патологічної анатомії*

*Вступ* Білок S100 (білок Мура) - білок з молекулярною масою близько 20кДа, присутній тільки у хребетних. Білки S100 складають найбільшу підгрупу так званих «EF-hand» кальційзв'язуючий білків. Функції S100 в клітинах до кінця не вивчені, проте відомо, що він активує Ca-канали у плазматичній мембрані, модулює активність аденілатциклази, інгібує фосфорилування р53 протеїнкіназою С, бере участь у складанні і деструкції мікротрубочок і мікрофіламентів, взаємодіє з білками позаклітинного матриксу.

CD68 - глікопротеїн з сімейства LAMP. Експресований на поверхні моноцитів і використовується в якості маркера макрофагів і пухлинних клітин макрофагального походження. CD68 відіграє роль в фагоцитарній активності тканинних макрофагів, як у внутрішньоклітинному лізосомальному метаболізмі, так і в позаклітинних взаємодіях клітина-клітина і клітина-патоген. Зв'язується з лектинами і селектинами, що дозволяє макрофагам заякорюватись в певній ділянці тканини.

Прикладом пухлини макрофагального походження є остеобластокластома, так як до її складу входять клітини типу остеокластів. Остеокласти не є кістковими клітинами, а мають моноцитарне походження і відносяться до системи макрофагів. Виділяють такі види остеобластокластом: периферична і центральна форми. Мікроскопічно складається з двох основних типів пухлинних клітин: багатоядерних гігантських клітин, що беруть участь у розсмоктуванні кісткових балок (остеокласти), і одноядерних гігантських клітин, що беруть участь у побудові нових кісткових балок.

Гранульома чужорідного тіла є морфологічним проявом хронічного запального процесу, викликаного проникненням у шкіру або підшкірну клітковину чужорідних тіл або речовин. Основу гранульом складають розростання мезенхімальних клітин.

*Мета:* Дослідити експресію білків S100 і CD68 в пухлинах макрофагального походження.

*Матеріали та методи.* Для дослідження було взято 15 екземплярів периферичної остеобластокластоми. Контроль склали 12 препаратів продуктивного запалення з гігантокліми симпластами сторонніх тіл.

Гістологічні зрізи забарвлювалися гематоксиліном і еозином за стандартною методикою. Також використовувався імуногістохімічний метод з первинними антитілами проти білків S100 і CD68 за протоколами кафедри патологічної анатомії СумДУ.

*Результати.* Остеобластокластома зустрічається приблизно однаково часто у чоловіків і у жінок, з них: центрально розташовані - 17%, а периферичні - 48%.

За морфологією остеобластокластоми підрозділяються на комірчасті, літичні та кістозні форми. Комірчаста форма характеризується слабкою остеокластичною резорбцією кіркової речовини кістки. Літична форма має швидкий агресивний ріст, відзначається значною резорбцією кістки. Кістозна форма характеризується підокістним розростанням з резорбцією основної речовини кістки.

*Висновки.* В результаті проведеного дослідження нами було встановлено, що периферична остеобластокластома є пухлиною макрофагального походження, так як експресія CD68 проявлялася в 100% випадках. Активність гігантських клітин в периферійній остеобластокластомі не спостерігалася, так як була відсутня експресія білка S100. Контрольна група утворень з гігантоклітинних сторонніх тіл була в 100% випадках на CD 68 і S100, що свідчить про активність даних гігантських клітин.

## **СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ЗАПАЛЕНЬ ПОСЛІДУ ТА ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ В КОНТЕКСТІ АКТУАЛЬНОСТІ ВИВЧЕННЯ ДАНИХ ПРОБЛЕМ**

*Іліка В.В., Геровська-Ковбасюк О.Б.*

*Проф., д.м.н. І.С.Давиденко*

*Буковинський державний медичний університет, кафедра патологічної анатомії*

Планується вивчити морфологічні особливості плаценти у жінок із залізодефіцитною анемією (ЗДА) у поєднанні з хоріонамніонітом (ХА) та базальним децидуїтом. Для підтвердження доцільності проведення досліджень була з'ясована частота ЗДА, хоріонамніоніту та базального децидуїту у вагітних Чернівецької області.

Згідно статистичних даних Чернівецького обласного патологоанатомічного бюро за 9 міс. 2013 та 2014 р.р. спостерігається тенденція до зростання дітонародження. Так, в 2013 р. цей показник становив – 8536, в 2014 р. – 8828.

Щодо кількості ЗДА вагітних за 9 місяців 2013 р. хворіло 2998 жінок, що складає від загальної кількості пологів 35,1%, в 2014 р. – 3262 ( 36,20%).

Запалення посліду, різної локалізації, в 2013 році за вказаний період становило 845 випадків (9,89%), 2014 р.- 775 (8,77%). Серед них найчастіше діагностують ХА, базальний та парієтальний децидуїт. В 2013 р. при гістологічному дослідженні плаценти ХА зустрічався в 113 випадках, який серед усіх запалень посліду складає - 13,37%, а від загальної кількості пологів - 1,32%, в 2014р. - 144 (18,58% та 1,63% відповідно). Базальний децидуїт в 2013р.- 120 (14,20% / 1,40%), 2014р.-52 (6,70% / 0,58%). Парієтальний децидуїт в 2013 р.- 184 випадки (21,77% / 2,15%), 2014р.-153 (19,74% / 1,73%). Найчастіше зустрічаються поєднанні запалення: в 2013 р.- 426 (50,4% / 4,99), 2014 р.- 424 (54,70% / 4,80%).

Згідно із проведеними дослідженнями щодо ЗДА та запалень, можна відмітити, що їх показники залишаються достатньо високими і доволі сталими. Серед запалень посліду найчастіше діагностуються ХА, базальний та парієтальний децидуїти. Проте найчастіше

спостерігається поєднаний характер запалення. Вказані дані обґрунтовують доцільність морфологічного дослідження послідів при ЗДА.

### **АМІНО- ТА КАРБОКСИЛЬНІ ГРУПИ БІЛКІВ У ФІБРИНОЇДІ ХОРІАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПРИ ХОРІОНАМНІОНІТІ**

*Ліка В. В.*

*Давиденко І.С. - професор, доктор медичних наук*

*Буковинський державний медичний університет, кафедра патологічної анатомії*

Внаслідок активації вільнорадикальних процесів в осередку запалення, може зростати окиснювальна модифікація білків, і як наслідок змінюватись співвідношення між аміно- та карбоксильними групами білків в зв'язку з окисненням аміногруп.

*Мета дослідження* за допомогою гістохімічного методу встановити кількісні параметри співвідношення між аміно- та карбоксильними групами білків у фібриноїді хоріальної пластинки при хоріонамніоніті (ХА).

Для дослідження взято 30 плацент з діагнозом «Гострий хоріонамніоніт», а також 15 плацент від фізіологічної вагітності (групу контролю). Методом комп'ютерної мікроспектрофотометрії на основі коефіцієнту R/B, здійснювали кількісну оцінку стану білків у гістохімічних препаратах, пофарбованих бромфеноловим синім за Mikel Calvo. Розбіжності між групами дослідження здійснювали згідно непарного двобічного критерія Стьюдента.

*Отримали наступні результати.* Основна кількість фібриноїду хоріальної пластинки концентрувалася біля основи стовбурових ворсинок в місцях обмивання хоріальної пластинки материнською кров'ю. Дані комп'ютерної мікроспектрофотометрії: при хоріонамніоніті коефіцієнт R/B у фібриноїді хоріальної пластинки становив -  $1,44 \pm 0,036$  ( $p < 0,05$ ), в порівнянні при фізіологічній вагітності -  $0,96 \pm 0,024$ . При профарбовуванні фібриноїду хоріальної пластинки плаценти фізіологічної вагітності було більш рівномірним, а при ХА зони, які ближчі до материнської крові, виглядали більш червоними, ніж протилежні зони, що було підтверджено і величинами коефіцієнту R/B -  $1,72 \pm 0,034$  та  $1,634 \pm 0,034$  відповідно ( $p < 0,05$ ).

Таким чином при ХА змінюється співвідношення між аміно- та карбоксильними групами у протеїнах фібриноїду хоріальної пластинки на користь карбоксильних груп, особливо це виражено в зонах, які ближче до материнської крові.

### **ЕКСПРЕСІЯ БІЛКІВ S100 В ОСТЕОГЕНЕТИЧНИХ КЛІТИНАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІСЛЯ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ**

*\*Коробчанська А.Б.*

*Науковий керівник: Романюк А.М., д.мед.н., професор, завідувач кафедри*

*Сумський державний університет, медичний інститут,*

*кафедра патологічної анатомії*

*\*Харківський національний медичний університет, кафедра анатомії людини*

*Мета:* вивчити експресію білків групи S100 в остеогенетичних клітинах нижньої щелепи після впливу на організм солей важких металів.

*Матеріал та методи дослідження.* Дослідження виконане на 36 білих статевозрілих щурах-самцях, які були розділені на дві серії. Перша – контрольна, друга – експериментальна, яка упродовж 1 місяця отримувала солі важких металів (СВМ). Для проведення імуногістохімічного дослідження з визначенням експресії білків групи S100 декальцинований матеріал нижньої щелепи протягом 24 годин фіксували в 10% нейтральному розчині формаліну, після чого заливали у парафін і виготовляли відповідні блоки. Імуногістохімічна реакція проводилася на зрізах нижньої щелепи завтовшки 3-4 мкм і виконувалася в два етапи з первинними мишиними антитілами в розведенні 1:150 (клон антитіл 4C4.9) та з вторинними антитілами (UltraVision ONE HRP Polymer). Візуалізацію структурних компонентів остеогенетичних клітин нижньої щелепи проводили шляхом використання діамінобензидину,

який фарбував цитоплазму клітин у коричневий колір. Отримані результати обробляли з використанням прикладних статистичних програм на персональному комп'ютері. Достатньою вважали ймовірність похибки менше 5% ( $p < 0,05$ ).

*Результати досліджень.* Вивчення експресії білків групи S100 в остеогенетичних клітинах нижньої щелепи піддослідних тварин показало різке зниження присутності зазначених білків у досліджуваних клітинах, що засвідчує зниження секреторної функції хондробластів та остеобластів. Ознаки пригнічення експресії білків в остеогенетичних клітинах виявляються у нижніх щелепах піддослідних тварин упродовж усіх термінів спостереження після припинення вживання солей свинцю, цинку, міді, заліза, марганцю, хрому. Це підкреслює глибину ушкодження клітин, яка виникає внаслідок дії на організм техногенного мікроелементозу, зумовленого надмірним вживанням солей важких металів. Результатом зниження експресії білків є порушення кісткоутворення та мінералізації кісткової тканини нижньої щелепи піддослідних тварин, оскільки зазначені білки мають здатність зв'язувати кальцій та цинк, які потрібні для повноцінного остеогенезу. Крім того, за умов експерименту відбувалося зниження вмісту кальцію та цинку в кристалічній решітці гідроксиапатиту. Все це посилює негативні морфологічні зміни у нижній щелепі піддослідних тварин, порушуючи її морфогенез.

*Висновок.* Зниження експресії білків групи S100 в остеогенетичних клітинах нижньої щелепи піддослідних тварин під впливом солей важких металів має глибокий і стійкий характер. В реадaptaційному періоді після припинення дії на організм досліджуваних хімічних ксенобіотиків експресія досліджуваних білків не відновлюється навіть через два місяці. Результатом таких змін секреторної активності хондробластів та остеобластів є порушення морфогенезу нижньої щелепи під впливом надлишкового надходження до організму солей свинцю, цинку, міді, заліза, марганцю, хрому.

## ПРОЛІФЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ГІГАНТСЬКИХ КЛІТИН

*Лазненко М.С.*

*Науковий керівник к.мед.н. Кузенко Є.В.*

*Сумський державний університет, медичний інститут,  
кафедра патологічної анатомії*

Ki-67 – ядерний білок, який є необхідним для клітинної проліферації. Крім того, він пов'язаний з рибосомальною РНК транскрипцією. Інактивація антигенів кі-67 призводить до пригнічення синтезу рибосомальної РНК. Ki-67 є клітинним маркером проліферації. Це жорстко пов'язано з проліферацією клітин. Гігантські клітини сторонніх тіл, клітини Тутона та клітини Пирогова - Лангханса є клітинами макрофагального походження. «Ракова клітина» та клітина Рід-Березовського-Штернберга – це пухлинні клітини. Метою нашого дослідження є вивчення процесу формування та проліферативних можливостей гігантських клітин.

*Мета:* Дослідити проліферацію гігантських клітин різного генезу

*Матеріали:* Використано 25 зразків тканин (продуктивне запалення, пухлини), в яких присутні гігантські клітини. Для дослідження використовувались стандартна гістологічна методика забарвлення тканин гематоксилін-еозином та імуногістохімічне дослідження з виявлення антитіл проти білка кі-67 за протоколами кафедри патологічної анатомії медичного інституту СумДУ.

*Результати власних досліджень:* За морфологією гігантські клітини сторонніх тіл - дуже великі макрофаги, з протоплазмою синього кольору і досить великими ядрами, іноді двома або трьома пікнотичними ядрами і погано помітними дрібними ядерцями. Клітини Тутона трапляються при мезенхімальних пухлинах – це великі клітини зі світлою, пінистою цитоплазмою, що містить ліпіди, багато ядер у вигляді кільця або півкола, розташованих навколо базофільних ділянок. Клітини Пирогова - Лангханса – багатоядерні гігантські клітини, що характеризуються периферичним розташуванням овальних ядер; зустрічаються при туберкульозі й інших інфекційних хворобах. Будова «ракової клітини» в значній мірі

залежить від структурно-функціональних особливостей клітин органів, з яких вона розвинулася. Клітини Рід-Березовського-Штернберга поділяються на: великі одноядерні клітини з вакуолізованою цитоплазмою; гігантські клітини з дзеркально симетричними ядрами, що мають вигляд очей сови; лімфоїдні клітини – поліморфні, вміщують полісегментовані, схожі на пелюстки квітки багатолопастні ядра. Результати імуногістохімічного дослідження показали наявність кі-67 позитивних ядер у складі полінукліарного апарату гігантських клітин сторонніх тіл. Пухлинні клітинни проявляли значну проліферативну активність. 95% ядер пухлинних багатоядерних клітин були позитивними відносно кі-67.

*Висновок:* В ході дослідження виявлено, що гігантські клітини сторонніх тіл та пухлинні багатоядерні клітини не мають завершеного поділу цитоплазми та збільшуються ендомітозом. Інші багатоядерні клітини утворюють симпласт шляхом злиття декількох клітин.

## ЕКСПРЕСІЯ ШАПЕРОНУ 90α ТКАНИНОЮ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Линдін М.С.*

*Науковий керівник: Романюк А.М., проф., д.мед.н.*

*Сумський державний університет, медичний інститут,  
кафедра патологічної анатомії*

*Мета дослідження.* Дослідити наявність ядерно-цитоплазматичного рецептора шаперону 90α в тканині раку молочної залози, враховуючи ступінь злоякісності пухлинного процесу та якісний склад навколишньої тканини.

*Методи дослідження.* В дослідженні використано операційний матеріал, в якому після приготування препаратів та фарбування гематоксилін-еозином встановлено діагноз: «Інфільтративний протоковий рак молочної залози». Імуногістохімічна реакція проходила в два етапи: I - інкубування з поліклональними кролячими антитілами Hsp90α в розведенні 1:200; II - інкубування з вторинними антитілами (UltraVision ONE HRP Polymer). Рівень експресії ядерно-цитоплазматичного рецептора Hsp90α оцінювали напівкількісним методом з урахуванням частки забарвлених клітин та інтенсивності їх забарвлення. Статистичну обробку результатів проводили, використовуючи програму Microsoft Excel 2010 з додатком AtteStat 12.0.5.

*Результати дослідження.*

У результаті проведеного імуногістохімічного дослідження було виявлено, що вміст шаперону 90α в пухлинних клітинах характеризується цитоплазматичною та ядерною локалізацією. Майже 80% пухлин молочної залози були позитивними щодо експресії Hsp90α, що говорить про участь цього білка в пухлинному розвитку. Встановлено кореляційний зв'язок між рівнем експресії шаперону в епітеліоцитах та лейкоцитарною інфільтрацією строми тканини раку молочної залози ( $p < 0,05$ ). Чіткої залежності між ступенем злоякісності інфільтративного протокового раку молочної залози за Scarff-Bloom-Richardson та ступенем експресії білка не встановлено ( $p > 0,05$ ).

*Висновки.*

Наявність експресії Hsp90α говорить про участь цього білка в пухлинному розвитку. Встановлений кореляційний зв'язок між рівнем експресії шаперону в «ракових» клітинах та інфільтрацією строми тканини раку молочної залози вказує на стимулюючий вплив імунного мікрооточення на синтез пухлинними епітеліоцитами Hsp90α, що може підвищувати їх стійкість до дії фармацевтичних препаратів та впливу макроорганізму.

## ПОРУШЕННЯ РЕГУЛЯЦІЇ АПОПТОЗУ ПРИ ПРОГРЕСУВАННІ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Линдін М.С., Мірошніченко М.В., Лютенко І.М.*

*Науковий керівник: Романюк А.М., проф., д.мед.н.*

*Сумський державний університет, медичний інститут,  
кафедра патологічної анатомії*

*Мета дослідження.* Встановити особливості регуляції апоптозу при інфільтративному протоковому раку молочної залози з урахуванням експресії білків p53, bcl-2 та Hsp90α та дослідити їх роль у прогресуванні канцерогенезу.

*Методи дослідження.*

В дослідженні використано операційний матеріал, в якому після приготування препаратів та фарбування гематоксилін-еозином встановлено діагноз: «Інфільтративний протоковий рак молочної залози» різного ступеня злоякісності. Імуногістохімічна реакція проходила в два етапи:

I - інкубування з поліклональними кролячими антитілами до Hsp90α та p53, моноклональними мишиними антитілами (клон 100/D5) до bcl-2 в розведенні 1:200;

II – візуалізація результатів з використанням системи детекції UltraVision Quanto detection system HRP DAB.

Рівень експресії ядерно-цитоплазматичних рецепторів Hsp90α, p53 та bcl-2 оцінювали напівкількісним методом з урахуванням частки забарвлених клітин та інтенсивності їх забарвлення. Статистичну обробку результатів проводили, використовуючи програму Microsoft Excel 2010 з додатком AtteStat 12.0.5.

*Результати дослідження.* При проведенні імуногістохімічного дослідження було виявлено, що при раку молочної залози p53, який є основним пухлинним супресором, змінює свої функції в результаті мутації (синтезується mt p53). Це призводить до порушення внутрішньоклітинних механізмів регуляції клітинного циклу та запрограмованої загибелі клітин. Клітини злоякісної пухлини експресують білки bcl-2 та hsp90α. Bcl-2 зв'язується з мегаканалами мітохондріальних мембран, що порушує вихід в цитоплазму апоптогенних факторів, які запускають механізми апоптозу. Hsp90α, являючись шапероном, полегшує формування вторинної і третинної структури білків, зокрема mt p53 та bcl-2.

*Висновки.* Експресія p53, bcl-2 та Hsp90α порушують активацію апоптозу, що в свою чергу приводить до посилення неконтрольованого розмноження пухлинних клітин та прогресії раку молочної залози.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЧЕРВОНОГО КІСТКОВОГО МОЗКУ У СТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ

*Линдіна Ю.М., Фесюра Г.М.*

*Науковий керівник: Романюк А.М.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра патологічної анатомії*

*Мета дослідження.* Дослідити гістологічні особливості червоного кісткового мозку статевозрілих щурів та порівняти їх з показниками червоного кісткового мозку людини.

*Методи дослідження.* Дослідження проводилося на клубових кістках білих статевозрілих лабораторних щурів. Матеріал, після фіксації в 10% нейтральному розчині формаліну, підлягав декальцинації у розчині мурашиної кислоти. З парафінових блоків вироблялися зрізи завтовшки 3 мкм, які після процесу зневоднювання в ксилолі та спиртах зростаючої концентрації підлягали фарбуванню гематоксилін-еозином та за Романовським-Гімзе. Гістологічні препарати трепанобіопсій кісткового мозку людини використані з метою порівняння з кістковим мозком щурів.

*Результати дослідження.* Мікроскопічний аналіз гістологічних препаратів клубових кістках білих статевозрілих лабораторних щурів показав, що у червоному кістковому мозку

наявні як стромальна так і гемопоетична тканина. Стромальна тканина представлена кістковою, жировою тканинами, ретикулярними та колагеновими волокнами, синусоїдами, макрофаги, фібробласти, остеобласти та остеобласти. Тканина паренхіми (гемопоетичні клітини) представлені паростками дифузно-розсіяного гранулоцитопоезу (мієлобласти, промієлоцити, юні, паличкоядерні, сегментоядерні нейтрофіли), моноцитопоезу (монобласти, промоноцити), острівців еритропоезу (еритробласти, пронормобласти, нормобласти, ретикулоцити, еритроцити), лімфопоезу та перисинусоїдального тромбоцитопоезу.

Порівнюючи кількісно-якісні показники червоного кісткового мозку щурів та людини, значних відсоткових розходжень не виявлено, хоча для клітин гемопоезу щурів ритаманні перні особливості. У більшості еозинофілів, юних та паличкоядерних нейтрофілів кільцевидне ядро тому, що у щурів розвиток гранулоцитів проходить за кільчастим типом. Зернистість нейтрофільних гранулоцитів дуже дрібна, їх ядра більш сегментовані (5-8 сегментів). Базофільні гранулоцити великих розмірів, зустрічаються у вигляді поодиноких клітин. Лімфоцити та моноцити еритроїдні.

*Висновки.* Враховуючи відсутність суттєвих анатомо-морфологічних і гістологічних відмінностей червоного кісткового мозку щурів та людини, можна стверджувати, що гемопоез у щурів протікає за тими ж принципами що й у людини, хоча і має певні закономірності.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ДОБРОЯКІСНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ**

*Піддубний А.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Романюк А.М., к.мед.н., доц. Москаленко Р.А.  
Медичний інститут Сумського державного університету, кафедра патологічної анатомії.*

*Мета* дослідження полягає у вивченні особливостей морфогенезу простатолітів у передміхуровій залозі на тлі її нодулярної гіперплазії.

*Матеріали та методи.* Було вивчено біопсійний матеріал 890 інтраопераційних досліджень доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Гістологічні препарати фарбувалися конго червоним, гематоксилін–еозином, проводилася реакція фон Косса.

*Результати.* Середній вік оперованих хворих склав  $70,4 \pm 0,63$  років. У  $90,02 \pm 1,77\%$  випадків при нодулярній гіперплазії передміхурової залози виявлені ознаки дифузного чи вогнищевого запалення, застій секрету спостерігалися в  $84,52 \pm 2,84\%$  зразків. У просвіті залоз сопрога амуласеа були знайдені в  $69,15 \pm 1,21\%$  випадків, в  $29,4 \pm 3,85\%$  – конкременти. Виявлений сильний кореляційний зв'язок між запаленням і біомінералізацією –  $r = 0,95$  ( $p < 0,05$ ), запаленням та застоєм секрету –  $r = 0,96$  ( $p < 0,05$ ), застоєм секрету та утворенням конкрементів –  $r = 0,86$  ( $p < 0,05$ ). Зв'язок між формуванням сопрога амуласеа та застоєм секрету ( $r = 0,55$  ( $p > 0,05$ )), запаленням та формуванням сопрога амуласеа ( $r = 0,7$  ( $p > 0,05$ )) має середню силу та є недостовірним. Вплив віку пацієнтів на будь-який з показників виявлено не було.

*Висновки.* У морфогенезі біомінералізації передміхурової залози при її гіперплазії провідна роль належить запаленню тканини простати та застою секрету. Вплив віку, наявності запальних процесів та застою секрету на процеси біомінералізації є незначним та статистично недостовірним.



## ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КАЛЬЦИФІКАТІВ У ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ ПАТОЛОГІЯХ

*Резнік А.В., Гапченко А.В.*

*Науковий керівник: Москаленко Р.А. к.мед.н., доцент кафедри патологічної анатомії  
Медичний інститут Сумського державного університету, кафедра патологічної анатомії.*

*Актуальність.* За сумарною частотою у популяції захворювання щитоподібної залози виходять на перше місце серед ендокринної патології та зумовлюють клінічні прояви багатьох синдромів та важких розладів, в т.ч. серцево-судинних порушень. У щитоподібній залозі кальцифікати часто зустрічаються при її доброякісних проліферативних процесах, проте їх значення досі не з'ясовано.

*Мета роботи* дослідити диференційно-діагностичне значення процесів біомінералізації у щитоподібній залозі при її доброякісних патологіях.

*Матеріали та методи.* У роботі було досліджено 50 зразків післяопераційного матеріалу тканини ЩЗ з кальцифікатами. З них 20 випадків змішаного зобу (ЗЗ) (І група), 10 випадків тиреоїдитів (ІІ група), 20 фолікулярних аденом (ФА) (ІІІ група), Гістологічні зрізи забарвлювалися гематоксилін-еозинном, методом фон Коса. Мінеральна складова досліджувалася методами прикладного матеріалознавства сумісно з Інститутом прикладної фізики НАНУ (м. Суми).

*Результати.* При проведенні УЗД ЩЗ у пацієнтів зі змішаним зобом найбільш часто виявлялася картина грубих і щільних відкладень кальцифікованої тканини (50%) та округлих та дугоподібних об'єктів з гладенькими краями (40%). Мікроскопічно ЗЗ характеризувався наявністю патологічної біомінералізації найбільш у сполучнотканинних капсулах вузлів (80%), іноді поширювалася на паренхіму ЗЗ, захоплюючи міжфолікулярний простір, колоїд, фолікулярний епітелій. Біомінеральні утворення у зразках ІІ групи мали вигляд відкладень неправильної форми у міжчасточкових септах та міжфолікулярному просторі, колоїді та, рідше, у капсулах вузлів. Процеси утворення вузлів при АІТ та ДТЗ розвиваються з меншою частотою, ніж при інших захворюваннях ЩЗ. На ультрасонограмах ЩЗ у пацієнтів з фолікулярними аденомами найбільш часто виявлялася картина грубих і щільних відкладень кальцифікованої тканини (40%) та округлих об'єктів з гладенькими краями (40%). Також було виявлено по одному випадку точкового відкладення кальцифікатів (10%) та солітарного округлого кальцифікату (10%). Мінералізована тканина частіше розташована уздовж капсули з поширенням досередини тканини вузла. В окремих випадках конкреції виявляються всередині пухлинного вузла без мінералізації капсули. Процесам кальцифікації підлягає переважно сполучнотканинні волокна капсули та міжфолікулярна строма.

*Висновки.* Грунтуючись на зв'язку та відповідності ультрасонографічної картини мінералізації тканини ЩЗ та її реальними морфологічними змінами було встановлено, що для доброякісних патологічних процесів ЩЗ, які супроводжуються вузлоутворенням характерна наявність дуго- та кільцеподібної кальцифікації капсули (по 40% у кожній групі) з поширенням патологічної мінералізації на тканину вузла (50% ЗЗ та 40% ФА) і формуванням грубої мінералізації, переважно з неправильної форми. Для випадків тиреоїдитів переважно є картина грубої кальцифікації або солітарних утворень з поліциклічними або гладенькими краями (у сумі – до 60%).

## МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРІАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ПРИ НОДУЛЯРНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Романюк А.М., Піддубний А.М., Москаленко Р.А., Карпенко Л.І., Івахнюк Т.В., Панасовська К.О.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра патологічної анатомії*

*Метою* роботи є вивчення морфологічних ознак хронічного неспецифічного бактеріального простатиту у хворих з нодулярною гіперплазією передміхурової залози та виявлення їх залежності від виду збудника.

*Матеріали та методи.* Дослідження виконано на 22 мікробіологічних посівах соку передміхурової залози та відповідній кількості гістологічних препаратів, які фарбувалися гематоксилін – еозином.

*Результати.* Середній вік пацієнтів склав  $71,4 \pm 1,2$  роки. Серед досліджених зразків *E.coli* визначалася у 63,6% випадків, *S.aureus* та *P.vulgaris* по 9,1% пацієнтів відповідно, *Klebsiella spp.* у 18,2% досліджуваних зразків. Виявлено, що хронічний бактеріальний неспецифічний простатит, спричинений кишковою паличкою, характеризувався значною змішаноклітинною запальною інфільтрацією та гіперплазією залозистого епітелію. Морфологічна картина простатитів, спричинених *P.vulgaris* та *Klebsiella spp.* не відрізнялася, була присутня незначна запальна інфільтрація та проліферація залозистих структур. При *S.aureus* асоційованому простатиті морфологічно виявлена значна гнійна інфільтрація з периваскулярним набряком та ділянками порушення кровопостачання.

*Висновки.* Етіологічна структура збудників хронічного неспецифічного бактеріального простатиту включала *E.coli*, *S.aureus*, *P.vulgaris*, *Klebsiella spp.* Більшість захворювань спричинена *E.coli*. Встановлено, що морфологічні зміни при бактеріальних простатитах різної етіології не мають патогмонічних морфологічних ознак, що затрудняє їх диференціальну діагностику.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ МАРКЕРА ПРОЛІФЕРАЦІЇ КІ-67 У ТКАНИНІ РАКУ МАТКОВИХ ТРУБ

*Романюк А.М., Гирявенко Н.І., Ліндін М.С., Лютенко І.М.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра патологічної анатомії*

*Актуальність.* Найбільш поширеним маркером проліферації на сьогоднішній день являється Кі-67. Антиген Кі-67 експресується в G<sub>1</sub>-, S, G<sub>2</sub>- і М-фазах мітотичного циклу. Тому фракцію Кі-67- позитивних клітин можна вважати рівною проліферативному пулу пухлини.

*Мета дослідження.* Вивчити особливості експресії білка Кі-67 у тканині раку маткових труб (РМТ) та встановити їх взаємозв'язок між макро- та мікроскопічними особливостями пухлини.

*Матеріали та методи.* Вивчено 25 гістологічних зразків архівного матеріалу хворих, прооперованих з приводу раку маткових труб. У всіх випадках встановлено діагноз аденокарцинома маткових труб різного ступеня диференціювання. Рівень експресії Кі-67 (клон SP6) вивчали за допомогою імуногістохімічного дослідження за рекомендованим виробником протоколом. Проліферативну активність епітелію визначали шляхом виявлення в ядрах клітин антигену Кі-67. Оцінку експресії рецепторів проводили на 1000 клітин згідно рекомендації Fitzgibbons (2000). Індекс експресії маркера менший ніж 10,0 % вважали проявом низької, а більший ніж 10,0 % – високої проліферативної активності. Математичні розрахунки були виконані за допомогою програми Microsoft Excel 2010 з опцією Attestat 12.0.5.

*Результати.* Аналіз результатів імуногістохімічного дослідження показав, що ступінь експресії антигену Кі-67 зворотньопропорційно залежить від ступеню диференціювання тканини раку маткових труб та не залежить від її макроскопічних особливостей. У пухлинах

зі ступенем анаплазії G1-G2 частіше відмічається низький рівень експресії Ki-67, а в пухлинах зі ступенем анаплазії G3 – високий рівень.

*Висновки.* Отримані результати вказують на взаємозв'язок між індексом експресії білка Ki-67 та ступенем анаплазії пухлини. Високий показник індексу проліферативної активності РМТ являється несприятливим фактором і вказує на зростання агресивності перебігу пухлинного процесу.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ РЕЦЕПТОРІВ БІЛКІВ P53 ТА KI67 У ТКАНИНІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЄЮ

*Романюк А.М., Москаленко Р.А., Карпенко Л.І., Рєзнік А.В., Гапченко А.В.,  
Мальцева А.С.*

*Медичний інститут, Сумського державного університету, кафедра патологічної анатомії.*

*Актуальність.* За сумарною частотою у популяції захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) виходять на перше місце серед ендокринної патології та зумовлюють клінічні прояви багатьох синдромів та важких розладів, в т.ч. серцево-судинних порушень. У ЩЗ кальцифікати зустрічаються як при доброякісній, так і за умов злоякісної її патології. Отримана діагностична інформація про кальцифіковані об'єкти у ЩЗ часто пропускається клініцистами або їй надається мінімальне клінічне значення. Проте існує багато повідомлень про високий ризик поєднання процесів біомінералізації (кальцифікації) з злоякісними пухлинами. Ризик виявлення злоякісної пухлини ЩЗ значно зростає у солітарних вузлах.

*Мета роботи.* Дослідити залежність між експресією білків p53 і ki67 та біомінералізацією тканини ЩЗ.

*Матеріали та методи.* Дослідження проводилось на 50 зразках біопсійного матеріалу отриманому під час оперативних втручань з приводу захворювань ЩЗ різного ступеню атипії (злоякісних, доброякісних пухлин та зобів), які проводились на базі Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру (СОКОД) та Сумської обласної лікарні.

З метою встановлення експресії імуногістохімічних маркерів ми використовували спектр антитіл, який включав маркери p53 (клон DO-7 (ДАКО), маркеру проліферації Ki-67 (клон M1B-1 (ДАКО)). Стандарт оцінки експресії p53 згідно рекомендаціями американської науково-дослідницької лабораторії. При фарбуванні менше 5% ядер, незалежно від інтенсивності, пухлина вважається p53-негативною. P53-позитивним статус буде при: 1) фарбуванні більше 50% ядер незалежно від інтенсивності, 2) інтенсивному (3+) фарбуванні більше 5% ядер, 3) помірному фарбуванні від 10% до 50% ядер.

Проліферативна активність в тканині ЩЗ у відповідності до рекомендацій Fitzgibbons et al. (2000) оцінювалася по градаціях ( $\geq 1\%$ ,  $\geq 10\%$ ,  $\geq 20\%$  пухлинних клітин), у зв'язку з чим експресія Ki-67 більш ніж в 20% пухлинних клітин розглядалася як позитивна (Ki-67+) та як вкрай несприятлива, а менше 20% - негативна (Ki-67-).

*Результати.* При ІГХ дослідженні p53 у зразках змішаних зобів (33) з кальцифікатами його експресії не виявлено, за винятком суперечливої реакції в одному випадку. Загалом можна констатувати низьку проліферативну активність у тканинах 33 з ознаками мінералізації: в 60% випадків виявлявся низький рівень Ki-67, а в 40% випадків – реакцію можна вважати негативною. Підвищення експресії білка p53 у зразках 33 без ознак мінералізації не відбувалося в жодному випадку. Спостерігаючи за проліферативною активністю тканини ЩЗ зобної трансформації встановлено, що в половині випадків виявлялася слабка експресія Ki-67, в 30% випадків – помірна експресія, в 20% забарвлення було відсутнім.

Підвищення експресії білка p53 не відбувалося в жодному випадку зразків тиреоїдитів з кальцифікацією. Спостерігаючи за проліферативною активністю тканини ЩЗ з проявами тиреоїдитів встановлено, що в половині випадків виявлялася слабка експресія Ki-67, в 30% випадків – помірна експресія, в 20% забарвлення було відсутнім. Підвищення рівнів експресії

p53 у групі тиреоїдитів не виявлялося. При дослідженні інтенсивності проліферації було встановлено, що в 10% виявлено сильну експресію Ki-67, ще в 10% зразків – помірну експресію, в 60% випадків – слабку реакцію та в 20% реакція була відсутня.

*Висновки.* При ІГХ дослідженні білка p53 у групах тиреоїдної патології з ознаками патологічної біомінералізації та без них достовірної різниці експресії маркера апоптозу між досліджуваними групами і контролем не було виявлено ( $p \geq 0,05$ ). ІГХ-дослідження білка Ki-67 у групах мінералізованих тканин тиреоїдної патології та тканин ЩЗ без проявів кальцифікації показує подібний рівень проліферативної активності клітин: достовірної різниці не було виявлено в жодній з груп ( $p \geq 0,05$ ).

## **ВИЗНАЧЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ МАРКЕРУ ОСТЕОПОНТИНУ ЯК ФАКТОРУ БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ПРИ ФОЛІКУЛЯРНІЙ КАРЦИНОМІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Романюк А.М., Москаленко Р.А., Будко А.Ю., Резнік А.В., Гапченко А.В.*

*Медичний інститут Сумського державного університету, кафедра патологічної анатомії.*

*Актуальність.* Патологія щитоподібної залози (ЩЗ) часто супроводжується процесами біомінералізації, які виникають на тлі доброякісних і злоякісних пухлин, зобної трансформації залози. Можливість прогнозувати перебіг захворювання за допомогою клінічних і морфологічних параметрів завжди має великий інтерес, як серед лікарів, так і пацієнтів. Присутністю мінеральних утворень, які супроводжують пухлинні процеси тканини ЩЗ більшість патологоанатомів часто нехтують.

Останнім часом все більшу увагу дослідників привертають білки, залучені в процеси остеогенезу. Вивчають молекулярні механізми дії даних білків, регуляції експресії їх генів, розподіл у різних типах тканин, участь у процесах патологічної біомінералізації. Одним з таких білків є остеопонтин (OP) - секреторний сіалопротеїн, залучений в процеси біомінералізації у організмі.

*Мета дослідження.* Метою дослідження стало визначення ролі OP у процесах біомінералізації тканини фолікулярного раку ЩЗ.

*Завдання дослідження.* Дослідити зразки тканини ЩЗ з кальцифікатами. Виявити залежність між експресією OPN та наявністю біомінералів у досліджуваних зразках.

*Матеріали і методи дослідження.* У роботі було досліджено 40 зразків післяопераційного матеріалу тканини фолікулярного раку ЩЗ з кальцифікатами. Гістологічні зрізи забарвлювалися гематоксилін-еозином, методом фон Коса. Виконано імуногістохімічне визначення експресії рецепторів OPN. Результати дослідження розцінювались як: відсутність реакції, слабка реакція, помірна реакція, виражена реакція. Мінеральна складова досліджувалася методами прикладного матеріалознавства сумісно з Інститутом прикладної фізики НАНУ (м. Суми).

*Результати дослідження.* При проведенні імуногістохімічного дослідження експресії OPN у 12-ти зразках тканини фолікулярного раку ЩЗ реакція була виражена, у 16-ти - помірна, у 8-ми - слабка і в чотирьох реакція була відсутня. Ми відзначаємо позитивну залежність між присутністю білка OP і кальцифікацією тканини фолікулярного раку ЩЗ. За результатами рентген - дифракційного дослідження біомінералів ЩЗ нами було встановлено, що основним мінералом кальцифікатів є гідроксиапатит. У результаті проведення скануючої і просвічуючої електронної мікроскопії ми визначили морфологічну різноманітність кристалів кальцифікатів ЩЗ, вони мали різний розмір (від десятків до сотень нм), різну форму (сфероліти, платівки, листи), що може вказувати на основний їхній шлях утворення і дозрівання на поверхні гістологічних структур тканини ЩЗ як матриці.

*Висновок.* Ми визначили беззаперечну присутність білка OP у біомінералізованій тканини фолікулярного раку ЩЗ, і те що основним мінералом кальцифікатів є гідроксиапатит.

Так як ОР здатний міцно зв'язуватися з гідроксиапатитом, цей білок може відігравати фундаментальну роль у побудові органічної матриці біомінералів ЩЗ.

### **ЗМІНИ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ СТІНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА УМОВ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ**

*Сікора В.В.*

*Науковий керівник: Романюк А.М. д.мед.н., проф., завідувач кафедри патологічної анатомії*

*Медичний інститут Сумського державного університету, кафедра патологічної анатомії.*

*Актуальність теми:* У наш час у зв'язку із забрудненням навколишнього середовища є актуальним вивчення впливу екологічно шкідливих чинників на живі організми, особливо надмірної концентрації солей важких металів, що пояснюється їх небезпекою для здоров'я людини та великою поширеністю. Перед сучасною медичною наукою відкривається новий пріоритетний напрямок – вивчення екологічно обумовлених захворювань, які пов'язані з інтоксикацією, що виникає у людей, які мешкають на забруднених, частіше це промислово розвинені, території.

Збільшення кількості солей важких металів веде до кумуляції їх в органах, серед яких сечовий міхур займає не останнє місце.

*Мета:* Вивчити вікові особливості мінерального складу стінки сечового міхура за умов впливу експериментального мікроелементозу.

*Матеріали і методи:* Робота виконана на 48 лабораторних щурах-самцях нестатевозрілого (2-3 місяці), молодого (4-6 місяців), зрілого (7-8 місяців) і старечого (24-26 місяців) віку, які були розбиті на дві серії – контрольну (інтактну) і експериментальну. Останні отримували протягом місяця розчинені в питній воді солі міді, марганцю, цинку і хрому у дозах характерних для Сумської області.

Після закінчення дослідів на абсорбційному спектрофотометрі С-115М за загально прийнятою методикою визначали кількість у сечовому міхурі вищеназваних мікроелементів. Отримані цифрові показники обробляли статистично.

*Результати:* Виявлено, що при однаковому споживанні солей важких металів, щурами різного віку, солі всмоктуються по різному. За умов експерименту визначається у порівнянні з контролем підвищена в середньому кількість у сечовому міхурі міді - на 16,42 % ( $p < 0,05$ ), марганцю – на 32,25 % ( $p < 0,01$ ), цинку – на 22,97 % ( $p < 0,05$ ), і хрому - на 6,02 % ( $p < 0,05$ ). Найбільші зміни показників виявляються у нестатевозрілих щурів, де бар'єрні механізми ще не сформовані, а у щурів старечого віку – найменші.

*Висновок:* Введення експериментальним тваринам з питною водою солей важких металів викликає в них наявність мікроелементозу організму, який може позначатися на морфології стінки сечового міхура.

### **ОСОБЛИВОСТІ МОРФОГЕНЕЗУ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ КЛІТИН ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА УМОВ ВПЛИВУ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ**

*Шкрьоба А.О.*

*Сумський державний університет, кафедра патологічної анатомії*

*Актуальність:* До недавнього часу дослідження нейроендокринної системи передміхурової залози були малочисельні у порівнянні з літературою присвяченою НЕ-клітинам в інших органах. У зв'язку з розвитком імуноцитохімічних методик в останні роки число публікацій помітно збільшилося, проте дослідження простатичної нейроендокринної системи все ще знаходяться на самому початку [8]. Дослідження морфофункціональних особливостей нейроендокринної системи ПЗ в при різних патологічних процесах є

поодинокими, а вплив важких металів на морфогенез НЕ-клітин у науковій літературі не відображений зовсім.

*Метою* даної роботи було дослідження морфологічних показників хромогранінсекретуючих нейроендокринних клітин передміхурової залози під впливом підвищеного споживання солей важких металів в умовах експерименту.

*Матеріали і методи:* Дослідження було проведено на 48 безпородних щурах-самцях віком 6 місяців (статевозрілі). Тварини отримували дистильовану воду з комбінацією солей важких металів (цинку, міді, заліза, марганцю, свинцю, хрому). Тривалість експерименту склала 60 днів. Гістологічні препарати, забарвлювали гематоксиліном та еозином, проводили PAS-реакцію. Для виявлення нейроендокринних клітин проводили імуногістохімічне дослідження з використанням кролячих моноклональних антитіл до хромограніну А. Продукти реакції виявляли за допомогою системи детекції UltraVision ONE Detection System HRP Polymer. В якості хромогену використовували діамінобензидин. Зрізи дофарбовували гематоксиліном. Оцінку експресії виявляли за допомогою розрахунку площі експресії (відношення площі імунопозитивних клітин до загальної площі усіх клітин виражене в процентах).

*Результати дослідження.* У результаті проведеного дослідження виявлено, що під впливом комбінації СВМ відбувається збільшення популяції хромогранінсекретуючих НЕ-клітин у тканині ПЗ піддослідних щурів. Площа експресії ХгА в ПЗ тварин збільшувалася на протязі експерименту і була достовірно вище, у порівнянні з контрольною серією. Так, площа експресії ХгА статевонезрілих щурів, які отримували СВМ на 15, 30 та 60 добу експерименту у порівнянні з контролем збільшувалася на 5,96% ( $p < 0,01$ ), 9,43% ( $p < 0,01$ ) та 15,36% ( $p < 0,01$ ) відповідно.

*Висновки:* Під впливом комбінації солей важких металів відбувається збільшення популяції хромогранінсекретуючих нейроендокринних клітин в тканині передміхурової залози піддослідних щурів. Проведене дослідження підтверджує захисну, адаптаційно-компенсаторну сутність перебудови нейроендокриної системи передміхурової залози щурів та її роль в патогенезі морфофункціональних порушень, які виникають в умовах впливу солей важких металів.

## АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

*Красковская Т.Ю., Любомудрова Е.С., Сердюк В.В., Козлова Е.А.*

*Научный руководитель: Губин Н.В., к.мед.н., доц.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра судебной медицины и медицинского правоведения*

Распространенность употребления и злоупотребления алкоголем в настоящее время продолжает оставаться одной из актуальных проблем и имеет важное социальное и медицинское значение. Чрезмерное употребление алкоголя наносит вред физическому и психическому здоровью человека, часто приводит к алкогольной зависимости и смерти вследствие травм, суицида и соматических заболеваний. Алкогольная кардиомиопатия представляет собой вторичное заболевание миокарда, вызванное токсическим действием этанола в результате длительного, систематического приема алкоголя. Является частным случаем дилатационной кардиомиопатии и составляет от 21 до 36 процентов всех случаев ишемиической дилатационной кардиомиопатии. Заболевание особенно распространено среди представителей менее обеспеченных слоев населения, питание которых не обеспечивает должного поступления белков и витаминов в организм.

*Цель:* исследование частоты случаев смерти от алкогольной кардиомиопатии в половом и возрастном аспектах.

*Материалы и методы:* по архивным материалам Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2 года была исследована смертность от алкогольной

кардиомиопатии. Все полученные случаи были разделены по возрастному и половому признакам. Произведен расчет относительных величин на основании проведенного исследования. Всего зафиксировано случаев 6483, среди них умерших от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) 2732.

*Результаты исследования:* Количество умерших от алкогольной кардиомиопатии составило – 295, среди них женщин – 99(33,55%), мужчин – 196(66,45%). По возрастному критерию: женщины до 50 лет – 63(21,35%), после 50 – 36(12,2%), мужчины до 50 лет – 110(37,29%), после 50 – 86(29,15%). Смертность от алкогольной кардиомиопатии 4,55 на 100 трупов, а среди всех умерших от ССЗ – 10,79%.

Таким образом, можно сделать вывод, что алкогольная кардиомиопатия является достаточно частой причиной смерти у лиц трудоспособного возраста (до 50 лет), как у мужчин, так и у женщин. И требует проведения профилактических мероприятий по предупреждению развития алкогольной кардиомиопатии у лиц злоупотребляющих спиртными напитками на протяжении длительного времени. Ведь своевременное прекращение систематического приема алкоголя и переход на здоровый образ жизни до начала развития необратимых деструктивных изменений в миокарде могут предотвратить негативный исход при данной патологии.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА HSP90AA В МУКОЭПИДЕРМОИДНОЙ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

*Онищенко А.В., \*Германчук С.М.*

*Научный руководитель: к.мед.н. Кузенко Е.В.*

*Сумской государственной университет, кафедра патологической анатомии*

*\*Частное высшее учебное заведение «Киевский медицинский университет УАНМ»*

**Введение** Как показывают статистические исследования, онкологические заболевания в Украине находятся на 2 месте после сердечно-сосудистых заболеваний. Слюнные железы не есть исключением. Чаще опухоли возникают в околоушной железе (90%), затем в подчелюстной (5%) и подъязычной (0,1%); в малых слюнных железах органов ротовой полости они встречаются в 4,9%. Злокачественные новообразования, по данным разных авторов, наблюдаются в 8-46%. Среди новообразований слюнных желез чаще наблюдаются смешанные опухоли. На основе этих данных мы посчитали нужным изучить один из факторов, влияющих на развитие онкологического процесса, а именно – hsp90AA1 (белок «теплового шока»). Исходя из особенностей шаперонной активности, субстратов и характера экспрессии hsp90 можно говорить о защитной и регуляторной функциях этого семейства.

**Целью** нашей работы является изучение экспрессии hsp90AA1 в мукоэпидермоидных опухолях околоушной слюнной железы

**Материалы и методы.** Нами были исследованы 25 опухолей слюнных желёз удалённые с 2013-2014 года в Сумской областной клинической больнице. Гистологические препараты готовили по стандартной методике с окраской гематоксилин- эозином. Иммуногистохимическое исследование проводилось с использованием первичных антител TERMO против белка hsp90AA1. По протоколам кафедры патологической анатомии СумДУ.

**Результаты** Наиболее часто новообразования слюнных желез возникали в возрасте от 50-60 лет. Мужчины и женщины страдают этими заболеваниями примерно в равном соотношении. -Полиморфная аденома встречалась часто — в 60% случаев и зачастую располагается в околоушных слюнных железах. Эпидермоидная опухоль встречалась в 30% случаев, чаще всего у мужчин в возрасте до 40 лет Мукоэпидермоидная опухоль встречалась в 10% случаев, чаще всего у женщин 40-60 лет, поражает в основном околоушные слюнные железы. В половине случаев протекает доброкачественно. Экспрессия hsp90AA1 в основном наблюдалась в цитоплазме железистых клетках мукоэпидермоидной опухоли. 96% эпителиоидных клеток были hsp90AA положительными. Цитоплазма окрашивалась в интенсивно коричневый цвет.

**Выводы.** Интенсивная экспрессия белка hsp90AA в эпителиальных клетках свидетельствует о интенсивном шапероновой защите трансформированных белков в мукоэпидермоидной опухоли.

## УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Тымощук В.С.*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Ольховский В.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра судебной медицины*

**Актуальность.** В Украине за последние несколько лет уровень детской смертности начал постепенно снижаться, и на данный момент коэффициент на тысячу рожденных составил 10,2 умерших.

**Цель.** Изучение структуры детской смертности в г. Харькове и Харьковской области.

**Материалы и методы.** Количественные показатели причин смертности детей по материалам, предоставленным Харьковским областным бюро судебно-медицинской экспертизы (ХОБСМЭ) за 2 года. За анализируемый период было выполнено 217 аутопсий.

**Результаты.** За указанный период, дети в возрасте от 1 до 16 лет составили 57,1% (123); дети до года - 42,9% (94). Из них насильственная смерть составила - 43% (93), ненасильственная – 54% (117), смерть от неустановленной причины – 2% (4), мертворожденные – 1% (3).

За последние 2 года отмечается снижение смертности от механической травмы с 49 до 31,5%, повышение количества смертей от механической асфиксии с 42 до 56,1%, от отравлений - с 4 до 5,7%, от электротравмы – 4%.

Ненасильственная смерть в детском возрасте составила - 54% (117). В структуре смертности детей в возрасте от 1 года до 5 лет на первом месте стоят заболевания органов дыхания - 29,6% (34), на втором - инфекции 20,1% (23).

**Выводы.** Результаты исследования показали существенное превалирование уровня ненасильственной детской смертности - 54% (117) над насильственной - 43% (93). Эти данные представляют интерес среди органов здравоохранения с целью качества лечебно-профилактической помощи населению путем:

- 1) обсуждения судебно-медицинских наблюдений совместно с лечащим врачом на клинико-анатомических конференциях;
- 2) оповещения органов здравоохранения о выявленных дефектах диагностики и лечения;
- 3) определения причин и анализа детского травматизма с целью разработки мер профилактики.

## ПАТОМОРФОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*Хабаль А. В.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра патоморфологии*

**Цель:** исследование токсического влияния алкогольных агентов на структуры головного мозга, их распространенность и закономерности поражения.

**Материалы и методы:** Исследовали головной мозг и внутренние органы страдавших хроническим алкоголизмом, умерших от острого отравления этанолом. Исследовали кору полосатое тело, зрительный бугор, подбугорье, ножки мозга, варолиев мост, продолговатый мозг, мозжечок, окрашивали по Нисслию, Снесареву, Кахалю, Мийагава — Александровской, ван Гизону, гематоксилин-эозином.

**Результаты опытов:** При гистологическом исследовании внутренних органов лиц, умерших от острого отравления этиловым спиртом, не обнаружено закономерно



повторяючих структурних змін, які можна було б зв'язати з хронічним алкоголізмом. В міокарді виявляли мелкоочагові периваскулярні склеротическі зміни; в печінці — очагову або диффузну жирову інфільтрацію без вираженого циррозу; в надпочечниках — истончення кори, накоплення в ній бурого пігмента і наявність аденоматозних гіперпластических вузлів. Більш чітко і постійно в цій групі спостерігали гострі порушення гемодинаміки — загальне венозне повнокров'я, точечні кровоизливання в серозних і слизових оболонках. В печінці була різко виражена жировая дистрофія з багаточисельними дрібними очагами гострого некрозу.

При порівнянні змін в головному мозку при алкогольному делірії і гострому отруєнні етиловим спиртом загальними в обох групах виявилися судинні і нервово-клітинні зміни: гліаліоз, фіброз, хроніческі порушення судинної проникності, продуктивні зміни судин; просте і ліпоїдне сморщивання нейронів, перевантаження ліпофусцином, різка разреженість нервових клітин кори

*Висновки:* таким чином, при алкогольному делірії на фоні хроніческіх структурних змін, властивих хронічному алкоголізму, в головному мозку розвиваються важкі гострі токсикогіпоксіческі порушення

При гострому отруєнні етиловим спиртом на фоні хроніческого алкоголізму і при алкогольному делірії гістологіческі зміни головного мозку в своїй сукупності утворюють характерний комплекс змін, який можна позначити як «хроніческу алкогольну енцефалопатію».

## VERIFICATION OF CORPORA AMYLACEA AMYLOID NATURE VIA POLARIZED LIGHT MICROSCOPY

<sup>1</sup>Moskalenko R., <sup>2</sup>Iashchichyn I., <sup>3</sup>Fallah M., <sup>1</sup>Piddubny A.

<sup>1</sup>Sumy State University, department of pathology

<sup>2</sup>Donetsk Institute for physics and engineering named after O.O. Galkin of NAS of Ukraine, department of materials science

<sup>3</sup>Umea University, department of medical chemistry and biophysics

Corpora amylacea, also known as prostatic concretions, are small hyaline masses of unknown clinical significance found in the prostate gland and other tissues. They are derived from degenerate cells or thickened secretions and occur more frequently with advancing age. These masses possess amyloid nature and predominantly consist of polymerized peptides and exhibiting cross beta-sheet structure. However, because of prostate structure, specifically lumen glands size, these concretions can be easily confused with another deposits – calculi, which almost completely form the deposits of inorganic origin.

In biochemistry and histology, Congo red is readily used to stain microscopic slices, especially such as a cytoplasm and erythrocyte but also to stain beta-amyloid. Apple-green birefringence of Congo red under polarized light is indicative of amyloid fibrils presence, thus making it inexpensive additional tool for overcoming the problem. Thus, comparison of Congo red staining under normal and polarized light can be an inexpensive technique to distinguish between two types of deposits.

*Materials and methods.* Two hundred and twenty six biopsies of prostate were studied on the facilities of Sumy regional clinic. Regular histological studies were made along with Congo red staining and verification in polarized light using Leica DMLB microscope.

*Results.* Deposits, which have demonstrated apple-green birefringence, were related to corpora amylacea. Those deposits, which were stained with Congo red but didn't show apple-green birefringence under polarized light, were classified as calculi. It should be mentioned that birefringence was not regular among the corpora amylacea indicating the composite structure of these deposits, indicating that their formation is a complex interplay between organic and inorganic initial constituents present inside aging prostate glands.

*Conclusions.* Thus, Congo red staining with polarized light microscopy is a useful tool to distinguish between corpora amylacea and inorganic calculi in aging prostate.

## AMYLOIDOSIS IN AORTA WALL AND HEART VALVES AFFECTED BY ATHEROSCLEROSIS

<sup>1</sup>Moskalenko R., <sup>2</sup>Iashchichyn I, <sup>3</sup>Chernov E.

<sup>1</sup>Sumy State University, department of pathology

<sup>2</sup>Donetsk Institute for physics and engineering named after O.O. Galkin of NAS of Ukraine,  
department of materials science

<sup>3</sup>Umea University, department of medical chemistry and biophysics

Cardiovascular system diseases (CVS) cause about 66% of deaths among population in our country. They also are one of the major death causes among people of working age (30%) [Report on health in Europe, WHO Regional Office for Europe, 2006]. Amyloid deposits in heart tissues leads to variety of structural and functional disorders making it an important factor in cardiovascular diseases [Rybakova M.N, 2013]. Thus, the discovery and discrimination of amyloid deposits in heart tissues is the first and very important step in diagnosing severity of the heart diseases. One of the advanced techniques for amyloid discovery is the fluorescent microscopy using fluorescent dyes as Thioflavin and Congo red.

The goal of the present work is the discovery of amyloid deposits in different heart tissues suffered atherosclerotic transformations.

*Materials and methods.* The study was conducted on 68 cardiovascular tissue samples with signs of atherosclerosis. Tissues share by type is as follows: 24 samples of aortic wall, 22 samples of mitral valve, 17 samples of aortic valve and 5 samples of tricuspid valves. Paraffin blocks were made using to traditional techniques. Histological sections of 3-4  $\mu\text{m}$  thicknesses were deparaffined then incubated in 1% aqueous solution of Thioflavin S (Thio-S) for 8 minutes at room temperature. Then glasses with slices were washed 3 times in 80% ethanol for 1 minute and 1 time in 95% ethanol for 1 minute. Under ultraviolet excitation Thio-S gives yellow-green luminescence in the range  $\lambda = 360\text{-}380$  nm. After washing 3 times with distilled water, slices were coverslip in aqueous mounting media. Fluorescent microscopy was performed on Carl Zeiss Axio Imager Z1 ApoTome.

*Results.* The study of tissue samples shows that cardiovascular amyloid deposits are present in 83.3% of aorta walls, 72.7% of mitral valves and only in 20.0% of tricuspid valves. As a rule amyloid deposits were accompanied with long going atherosclerotic process and mineralization. The connection between amyloid deposits and atherosclerosis requires further detailed investigations.



## СЕКЦІЯ VI.

# ПЕДІАТРІЯ З ДИТЯЧИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015, 10-00

*Місце проведення:* актовий зал СМДКЛ Св. Зінаїди

*Керівник секції:* д-р. мед. н. **Попов С.В.**

*Секретар:* Плахута В. А.

## ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ

*Адаховська А. О. – студентка 5 курсу, Хіменко Т. М., асистент  
Одеський національний медичний університет*

Народження недоношеної дитини пов'язане з певним ризиком постнатальної затримки фізичного розвитку (ФР).

Мета - дослідити динаміку показників ФР недоношених дітей залежно від маси тіла з моменту народження, і вплив грудного вигодовування на швидкість ФР протягом 1-го року.

Проведено ретроспективний аналіз історій розвитку та обстеження 150 дітей. Для оцінки ФР використовувалися центильні таблиці для недоношених від 22 до 50 тижнів (Fetal-infant Growth Chart for preterm infants, WHO, 2006), антропометричний калькулятор ВООЗ Anthro з обчисленням сигмальних відхилень ( $Z$ - scores). Всі діти були розділені на 3 групи залежно від маси тіла при народженні (1-а - 2499-1500г, 2-а - 1499 -1000г, 3-я -  $\leq 999$ г).

Частота затримки ФР серед дітей у віці 6 місяців була 26,87%, (95% ДІ 17,72-38,52%) в 1-й групі; 77,78%(95% ДІ 63,73-87,46%) у 2-й групі; 100% у 3-й групі. Частота затримки ФР серед дітей у віці 1 року була 7,46% (95% ДІ 3,23-16,31%), 33,33%(95% ДІ 21,36-47,93%), 63,16% (95% ДІ 41,04-80,85%) відповідно. Затримка маси відносно довжини тіла була помічена серед дітей у віці 6 місяців з частотою: 5,97%(95% ДІ 2,35-14,37%) в 1-й групі, 33,33% (95% ДІ 21,36-47,93%) у 2-й групі, 47,37% (95% ДІ 27,33-68,29%) в 3-й групі. Серед дітей у віці 1 року 2,99% (95% ДІ 0,82-10,25%) 1-ї групи, 8,89% (95% ДІ 3,51-20,73%) 2-ї групи, 15,79% (95% ДІ 5,52-37,57%) 3-ї групи також відмітим дефіцит маси відносно довжини тіла.

У дітей 2-ї та 3-ї груп у віці 6-ти місяців достовірно частіше, ніж у дітей 1-ої групи зустрічається недостатня та надмірно недостатня вага. В 1 рік відмічено позитивну динаміку в усіх групах, але в групах дітей 2-ї та 3-ї зберігається високий відсоток дітей з затримкою ФР. Грудне вигодовування - найбільш фізіологічний метод догляду за недоношеними дітьми.

## ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

*Багмет В.В., студентка 3-го курсу, Повидиш А.С., студентка 3-го курсу, Сміян О.І.,  
проф., Мозгова Ю.А., асист.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти*

Незапальні ураження серця тонзилогенного генезу в дитячому віці часто характеризуються тривалим безсимптомним перебігом. Клінічних патогномічних ознак цієї патології в початковому періоді не існує.

Метою дослідження було вивчення функціонального стану серцево-судинної системи у дітей, хворих на хронічний тонзиліт.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 60 дітей віком від 13 до 17 років, хворих на вторинну кардіоміопатію на тлі хронічного тонзиліту, що перебували на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні КУ «СМДКЛ». Групу контролю склали 40 практично здорових дітей відповідного віку та статі. Використовували загальноклінічні дослідження, пробу з фізичним навантаженням та ЕКГ контролем.

Результати дослідження. У результаті проведення проби з фізичним навантаженням у хворих на вторинну кардіопатію встановлені значні порушення гемодинаміки у вигляді зниженої реакції на фізичне навантаження у (68,33 $\pm$ 6,06) % дітей, незадовільною – у (21,67 $\pm$ 5,36) % ( $p < 0,01$ ), (61,67 $\pm$ 6,33) % пацієнтів мали гіпертонічний тип реакції гемодинаміки, тоді як у переважної кількості дітей контрольної групи спостерігався нормотонічний тип ( $p < 0,001$ ). Слід зазначити, що зміни на ЕКГ реєструвалися в усіх хворих з тонзилогенними ураженнями серця, що достовірно вище, ніж у практично здорових дітей ( $p < 0,001$ ), причому відновлювальний період змін серцевої динаміки у хворих тривав до п'яти хвилин і більше, тоді як у нормі не має перевищувати 3 хвилини.

Таким чином, необхідність вивчення функціонального стану серцево-судинної системи в дітей, хворих на хронічний тонзиліт, в умовах фізичного навантаження є найважливішим превентивним заходом для запобігання прогресуванню захворювання в подальшому.

### КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

*Бинда Т. П., доцент, Абдуллаєва Н. Ф., магістрант  
Сумський державний університет,*

*Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Метою роботи було вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дітей м. Суми за 2013–2014 роки. Під спостереженням знаходилося 56 дітей віком від 6 міс. до 18 років. Віковий склад госпіталізованих був наступним: дітей у віці до 1 р. – 1 (1,8 %), з 1 до 2 р. – 12 (21,4 %), з 2 до 3 р. – 9 (16,1 %), з 3 до 6 р. 19 (33,9 %), старше 6 р. – 15 (26,8 %). Отже частіше (73,2 %) захворювання виявлялося у дітей дошкільного віку. Хлопчики склали 57 %, дівчатка – 43 %. Діагноз підтверджували виявленням у хворих антитіл класу Ig M до VCA/ВЕБ. Основна частина хворих госпіталізована в осінню (33,9 %) і зимову пори року (23,2 %). Госпіталізація хворих здебільшого була пізньою. У перші 3 дні захворювання госпіталізовано лише 41 % пацієнтів, до кінця 1-го тижня – 36 %, на 2-му тижні – 23%. За результатами аналізу карт стаціонарних хворих пізня госпіталізація була обумовлена амбулаторним лікуванням гострих респіраторних вірусних захворювань або тонзиліту. У більшості хворих захворювання розпочалося із закладеності носа (84 %), болю в горлі (79 %), збільшення лімфатичних вузлів (84 %). Підвищення температури тіла виявлялося у 54 хворих, у 41 (73 %) – вона утримувалась до 3 днів, у 11 (20 %) – 4–5 днів, у 2 (4 %) – 6–7 днів. Збільшення підщелепних лімфатичних вузлів відзначалося у 47 хворих: передньошийних – у 29 (52 %), підщелепних у 14 (25 %). Лакунарний тонзиліт зареєстровано у 44 (79 %) хворих. Екзантема виявлялася у 5 (9 %) дітей. Гепатолієнальний синдром зареєстровано у 41 (73 %) пацієнта, у решти – ізольоване збільшення печінки (14 %) або селезінки (5 %). У клінічному аналізі крові виявлено лейкоцитоз (48 %), лімфоцитом (100 %) і моноцитоз (52 %). У біохімічному аналізі крові тільки в 1 хворого відзначено підвищення вмісту білірубину, у 17 (30 %) – АСТ, у 15 (27 %) – АЛТ, у 18 (32 %) – тимолової проби. При проведенні специфічної діагностики у 18 (32 %) пацієнтів виявлені антитіла класу Ig M до VCA/ВЕБ.

Отже, на інфекційний мононуклеоз частіше хворіли діти дошкільного віку чоловічої статі в осінню і зимову пори року. Відсутність у частини хворих характерних симптомів потребує застосування комплексу специфічного обстеження для встановлення етіології захворювання.

### ЛЕЙКЕМОЇДНІ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ

*Богданова Г.В., Загородня А.П., Мінакова Н.Б.  
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Задачею нашого дослідження було на основі даних літератури та особистих спостережень встановити основні відмінності між лейкомоїдними реакціями та лейкозами.

Лейкемоїдні реакції- це не захворювання, а реактивні стани, зміни в складі крові, подібні з кротиною крові при лейкозах, інші пухлини і які не трансформуються в пухлину, яку нагадують. Зустрічаються в дитячому віці, провокуються вірусами, токсинами гельмінтів, продуктами розпаду клітин (при гемолізі сепсисі) та інш. Лейкемоїдні реакції можуть бути одно-, двох- та трьоххресткові, мієлоїдного, еозинофільного, лімфоїдного, моноцитарного типу. До них відносяться також симптоматичні еритроцитози.

Для лейкомоїдних реакцій (ЛР) характерним є перед клінікою наявність захворювання чи інтоксикації, що рідко спостерігається при лейкозах. При ЛР на відміну від лейкозу

загальний стан часто не порушений, болі в кістках та суглобах відсутні (при лейкозах – часто, інколи різко виражені).

Збільшення периферичних лімфофузлів для ЛР, на відміну від лейкозів, не характерно, геморагії на шкірі та слизових при ЛР зазвичай відсутні. Крім того при ЛР у дітей вкрай рідко відмічається збільшення печінки та селезінки, явища анемії. В той же час при лейкозах дані симптоми завжди виражені.

На відміну від лейкозів у дітей із ЛР зрушення в лейкограмі до незрілих клітинних елементів (лімфобластів, мієлоцитів) спостерігається вкрай рідко, так же як і тромбоцитопенія.

Критеріями діагностики лейкомоїдних реакцій є:

- зрушення вліво формули в гемограмі до мієлоцитів та промієлоцитів із значним числом палочкоядерних нейтрофільних метамієлоцитів (нейтрофільний тип);
- збільшення більше 20% кількості еозинофілів в периферичній крові та кістковому мозку з підвищенням числа еозинофільних метамієлоцитів, мієлоцитів чи промієлоцитів;
- збільшення більше 15% в периферійній крові кількості моноцитів з наявністю промоноцитів;
- зростання до 70% в периферійній крові числа лімфоцитів;
- зростання кількості плазматичних клітин в мієлограмі та поява їх в периферійній крові (більше 2%).

В залежності від переважання тих чи інших клітин крові виділяють лейкомоїдні реакції мієлоїдного типу (найбільш частий тип ЛР), а також лімфоцитарного типу (лімфоцитарного та моноцитарно-лімфоцитарного).

До лімфоцитарної реакції мієлоїдного типу частіше ведуть інфекції (сепсис, бешиха, скарлатина, пневмонія, дифтерія, туберкульоз, гнійно-септичні захворювання), а також прийом глюкокортикоїдів, отруєння угарним газом, прийом сульфаніламідів. Причиною виникнення ЛР еозинофільного типу служать в основному гельмінти (трихінельоз, опісторхоз, аскаридоз, стронгілоїдоз, фасціольоз). Інколи причиною виникнення ЛР можуть бути колагенози, алергози неясної етіології, лімфогрануломатоз, імунодефіцитні стани та ендокринопатії. В периферійній крові у дітей з лейкомоїдною реакцією еозинофільного типу відмічається лейкоцитоз (до  $40-50 \times 10^9/\text{л}$  з високою еозинофілією (60-90%) за рахунок зрілих форм еозинофілів.

Діагноз виставляється на основі клініки та даних лабораторного обстеження. У важких випадках необхідні дослідження пунктату кісткового мозку, лімфовузів, селезінки. Прогноз залежить від основного захворювання і у більшості випадків сприятливий.

Особливої терапії ЛР не потребує. Проводиться лікування основного захворювання, яке призвело до ЛР.

Так чином, відмічені особливості дозволять своєчасно діагностувати ці реактивні стани і вчасно проводити необхідні терапевтичні заходи.

## ДИСФУНКЦІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

*Васильєва О.Г., Кожина Р.К., Сердюк Я.В., Міхно Т.В.*

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій*

У практиці педіатра все частіше зустрічаються функціональні розлади жовчовивідних шляхів. Незважаючи на функціональний характер даної патології, вона супроводжується болем і диспепсичними розладами, особливо вираженими в дитячому віці, що погіршує якість життя дитини.

Метою роботи було вивчення клініко-анамнестичних особливостей дисфункцій жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) у дітей. Нами було обстежено 42 дитини віком від 5 до 17 років з даною патологією, які перебували на лікуванні у педіатричному відділенні СМДКЛ.

У 100 % цих дітей основний діагноз був хронічний гастродуоденіт. У  $(30,95 \pm 7,22)$  % хворих була обтяжена спадковість по виразковій хворобі шлунка та 12-палої кишки.  $(61,9 \pm 7,6)$  % дітей в анамнезі мали прояви харчових та медикаментозних алергічних реакцій,  $(78,6 \pm 6,4)$

% хворих до одного року перебували на штучному вигодовуванні, (35,7±7,5) % дітей перенесли гостру кишкову інфекцію, (78,6±6,4) % мали хронічні вогнища інфекції, (47,6±7,8) % хворих часто хворіли на ГРВІ та отримували антибактеріальну терапію. Майже у 5 % дітей був діагностований лямбліоз, майже чверть хворих мали неврологічні порушення. (90,5±4,6) % дітей порушували режим та якість харчування.

При розвитку ДЖВШ у 100 % дітей з'являлися болі в правому підребер'ї, частіше після прийому їжі, при фізичному або емоційному навантаженні. Болі різного характеру - колючі, переймоподібні, розпираючі або відчуття тяжкості в правому підребер'ї. У більшості хворих після прийому жирної або смаженої їжі можлива поява нудоти або блювання. Больовий синдром, дискомфорт часто у дітей призводить до зниження апетиту, відмови від їжі, що спричиняє втрату ваги, зниження активності дитини.

Таким чином, збір анамнестичних даних та детальний огляд хворого, допомагають ранній діагностиці та призводять до своєчасно призначеного лікування дисфункцій біліарного тракту.

## ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

*Васильєва О.Г., Овечкіна Я.В., Сміян О.І.*

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій*

Останнім часом ожиріння стало глобальною епідемією. За даними ВООЗ за останні 30 років кількість людей, що страждають на ожиріння збільшилась у два рази. В 2013 році 42 мільйони дітей у віці до 5 років мали надлишкову вагу чи ожиріння.

Метою роботи було вивчення змін рівнів артеріального тиску (АТ) у дітей з надмірною вагою та ожирінням. На базі педіатричного відділення СМДКЛ було обстежено 112 дітей віком від 6 до 17 років - 63 дитини з надмірною вагою (група I), 49 хворих з ожирінням (група II) та 20 практично здорових дітей відповідного віку та статі (контрольна група). Оцінка проводилася за вентильними таблицями, запропонованими ВООЗ. Отримані дані вираховувалися статистично.

Нами було встановлено, що у дітей I і II груп достовірно менша кількість хворих із нормальним АТ, що визначається в діапазоні 10-89 перцентилів, ніж у дітей контрольної групи. У хворих з ожирінням лише (46,9±7,2) % дітей мали тиск у межах 10-89 перцентилів, серед дітей з надмірною вагою цей показник вищий – (71,3±6,2) %, тоді як у (95,0±6,3) % дітей групи контролю показники тиску були в межах вікової норми ( $p < 0,05$ ). Нами було виявлено, що кількість дітей з АТ, що відповідає предгіпертензії (90-95 перцентилів) приблизно однакова у I та II групах (23,8±5,4) % та (20,4±5,8) % ( $p > 0,05$ ) і є достовірно вищою, ніж у групі контролю – (5,0±5,0) % ( $p < 0,05$ ). Відсоток дітей із АТ, що відповідав 95 перцентилі+10 мм рт. ст. був достовірно вищим у дітей з ожирінням ((22,5±6,0) %), ніж у дітей з надмірною вагою ((4,8±2,7) %), ( $p < 0,01$ ). Діти з АТ, що вище за перцентиль 95+10 мм. рт. ст. спостерігалися лише у II групі хворих – (6,1±3,5) %.

Отже, у дітей як з надмірною вагою, так і з ожирінням, вже достовірно підвищуються рівні артеріального тиску, причому, у дітей з ожирінням ці рівні є достовірно вищими, ніж у дітей з надмірною вагою.

## ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ STEP DOWN ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Ганін Д.В. студент 4 курсу (ЛС-106)

Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

**Актуальність.** Згідно з рекомендаціями Міжнародної ініціативи з діагностики та лікування бронхіальної астми, метою лікування являється тривалий та ефективний контроль над симптомами захворювання. При цьому стратегії терапії засновані на ступені контролю над запаленням дихальних шляхів, а тактика лікування - на принципі ступінчастої терапії. Ступінчастий підхід до лікування БА у дітей передбачає можливість зниження об'єму базисної терапії після досягнення контролю над захворюванням. Відомо, що в разі досягнення контролю за допомогою низьких доз інгаляційних глюкокортикостероїдів у дітей з легкою формою БА можливими варіантами «кроку вниз» можуть бути: зменшення дози ІГКС, перехід на гормони і антагоністи лейкотрієнових рецепторів.

**Мета дослідження.** Порівняти переваги різних варіантів терапії (що проводяться за принципом терапії stepdown, по відношенню до попередньої терапії низькими дозами інгаляційних глюкокортикостероїдів) для оптимізації лікування бронхіальної астми у дітей дошкільного віку.

**Матеріали та методи.** Робота виконана в дизайні проспективногорандомізованого порівняльного одноцентрового відкритого дослідження в паралельних групах. Було обстежено 30 дітей (14 хлопчики, 16 дівчаток) віком 3-6 років з верифікованим діагнозом Бронхіальна астма, персистуючий перебіг. Вони знаходяться на базисній терапії низькими дозами інгаляційних глюкокортикостероїдів (флутіказонапропіонат 200 мкг / добу) не менше 3 місяців. На момент включення в дослідження в усіх дітей визначався високий рівень контролю над симптомами захворювання. З метою вивчення ефективності ступінчастої терапії протиастматичними препаратами (інгаляційними глюкокортикостероїдамиантитейкотрієнових рецепторів, мембраностабілізуючимиперапаратами) по принципу stepdown всі пацієнти були розділені шляхом рандомізації на 3 групи. Кожній групі була призначена терапія на 6 місяців: 1 група отримувала флутіказонапропіонат 100 мкг / добу, 2 група отримувала монтелукаст у віковому дозуванні, 3 група – кромоглікат натрію в дозі 20 мг 4 рази на день через небулайзер. Оцінка клінічних симптомів проводилася на початку дослідження, через 1, 3 і 6 місяців.

**Результати та обговорення.** Флутіказонапропіонат (100 мкг / добу) надавав тривалий і стабільний ефект, добре контролював денні симптоми БА протягом усього періоду спостереження, нічних симптомів не спостерігалось у жодного з пацієнтів. Через 1 місяць лікування монтелукастом і кромоглікатом натрію не спостерігалось значного збільшення денних симптомів, контроль над захворюванням утримувався добре. Через 12 тижнів терапії у дітей, які отримували монтелукаст і кромоглікат натрію, спостерігалася негативна динаміка денних симптомів. При цьому результати лікування монтелукастом і кромоглікатом натрію через 12 і 24 тижні виявились статистично значущими ( $p < 0,05$ ), кромоглікат натрію гірше контролював симптоми БА у досліджуваних дітей.

**Висновки:**

- 1) Інгаляційні глюкокортикостероїди в режимі низьких доз ефективно утримують контроль над симптомами бронхіальної астми у дітей дошкільного віку.
- 2) Кромоглікат натрію значно поступається монтелукасту по здатності контролювати симптоми бронхіальної астми у дітей дошкільного віку.



## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕЖИМУ СТУПІНЧАСТОЇ ПОСЛІДОВНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

*Горбась В.А., асистент, Хрін Н.В., лікар, Бугаєнко В.О., Коломієць Т.Р. - студ. 3 курсу  
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти,  
КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»*

Незважаючи на те, що за останні десятиліття в нашій країні і в світі були досягнуті істотні успіхи в діагностиці та лікуванні негоспітальних пневмоній (НП), це захворювання як і раніше залишається гострою проблемою педіатрії. Так, згідно з даними ВООЗ, щорічно в світі реєструється близько 155 мільйонів випадків цього захворювання у дітей, причому з них гине приблизно 1,4 мільйона у віці до п'яти років.

Нами проведено дослідження з вивчення доцільності та ефективності режиму послідовної антибіотикотерапії у дітей до п'яти років при НП різного ступеня тяжкості, що потребують лікування в умовах стаціонару. У дослідження включені 40 дітей з НП, що були госпіталізовані у 1-ше інфекційне відділення КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди».

У групі А (18 дітей) призначалася парентеральна форма цефуроксиму (група цефалоспоринів II покоління) внутрішньовенно або внутрішньом'язово на весь період антибіотикотерапії. У групі В (22 дитини) цефуроксим парентерально призначався лише в перші дні лікування, а в міру стабілізації стану дитини, ін'єкції цефуроксиму змінювали пероральним цефутілом (група цефалоспоринів II покоління, діюча речовина - цефуроксим) у дозуванні 0,250 г двічі на добу протягом трьох днів (група послідовної терапії). Комплексна терапія не відрізнялася в обох групах і включала в себе режим, харчування за віком, за показаннями - інфузійну терапію, жарознижуючі, відхаркувальні, десенсибілізуючі засоби, вітаміни, інгаляції, масаж, лікувальну фізкультуру.

При порівнянні ефективності двох режимів антибіотикотерапії (цефуроксим в режимі монотерапії і послідовний режим цефуроксим, далі цефутіл) не виявлено відмінностей в динаміці клінічного перебігу, лабораторних та рентгенологічних показників. У групі А (монотерапія цефуроксимом) діти отримували антибіотик в ін'єкціях. Курс лікування антибіотиками у цій групі склав від 6 до 9,6 дня, в середньому 8,1 дня. Всього за курс виконано по 17-29 ін'єкцій кожному пацієнтові, в середньому кожній дитині зроблені 24,3 ін'єкції. У групі В (послідовна терапія - цефуроксим, цефутіл) парентеральне введення цефуроксиму було короткочасним, протягом 3-5 днів. У середньому тривалість парентеральної антибіотикотерапії склала 4,1 дня, діти цієї групи отримали від 9 до 26 доз цефуроксима, в середньому кожній дитині виконано по 12,5 ін'єкції. Послідовно в якості заміни парентерального антибіотика призначався пероральний антибіотик аналогічної групи, всім дітям у віковій дозі двічі на день протягом 3 днів. Середня тривалість антибіотикотерапії становила 7,1 дня. Одночасно з оцінкою клінічної ефективності аналізувалися і економічні витрати на лікування в обох групах. В групі дітей з НП, де застосовувався режим ступінчастої терапії, витрати на антибактеріальні препарати були на 38,7% нижчими, ніж у групі порівняння.

Таким чином, можна констатувати, що наш досвід використання ступінчастої послідовної антибіотикотерапії продемонстрував високу ефективність, зручність у використанні, скорочення числа ін'єкцій антибіотиків та економічну доцільність.

**ДІЄТОТЕРАПІЯ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ***Горовцова М.В.**Науковий керівник: асистент кафедри, к.м.н., О.А. Строй  
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця і  
Кафедра педіатрії №1 (зав. каф. - д.м.н., професор О.В. Тяжка)  
м.Київ, Україна*

Актуальність: аутизм належить до числа найбільш розповсюджених розладів психіки та поведінки дитячого віку, які призводять до високого рівня інвалідизації.

Розлади аутистичного спектру (РАС) маніфестують у ранньому дитинстві і спостерігаються протягом всього життя людини, зумовлюючи обмеження її соціального функціонування.

За даними МЗ України, захворюваність на РАС з 2006 по 2010 рр. зросла в 2,5 рази.

Згідно з сучасними уявленнями, аутизм є поліетіологічним захворюванням, походження якого пов'язане з негативним впливом навколишнього середовища, порушенням обміну речовин, імунологічними факторами, обтяженою спадковістю.

Незважаючи на це, методи лікування РАС розроблені недостатньо.

Найрозповсюдженішою є медикаментозна терапія, психокорекція, медико-соціальна реабілітація. Як додатковий метод можна застосовувати спеціальні дієти, зокрема з виключенням глютену і казеїну, які засновані на тому, що діти з аутизмом можуть мати високу чутливість саме до цих білків.

Відомо, що пацієнти, які використовували безглютенову і безказеїнову дієту, мали значний прогрес в розвитку, порівняно з іншими.

Висновок: таким чином, безглютенову і безказеїнову дієту можна розглядати як альтернативний метод лікування РАС, проте немає однозначних наукових доказів їх ефективності і безпечності, що потребує подальших досліджень.

**АЛЕРГІЧНІ УРАЖЕННЯ НИРОК У ДІТЕЙ***Загородній М.П., Богород О.В\*, Миронов П.Ф., студ. 5 курсу  
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКЛ\**

Діагноз алергічного ураження нирок виставляється набагато рідше, ніж зустрічається. Розвиток дифузного ураження нирок може бути зумовлений неінфекційним фактором, наприклад профілактичними щепленнями, переохолодженням, укусами бджіл, комарів, вживанням харчових алергенів. При загальних алергозах може відмічатися еозинофілурия, яка відображає стан алергії сечовивідних шляхів.

На основі аналізу медичної документації дітей, що лікувалися у СОДК (як амбулаторно, так і в стаціонарі) за останні 5 років нами було встановлено, що у дітей раннього віку з явищами алергічного діатезу, розвиток нефротичної форми нефриту може бути пов'язаним із вживанням в їжу облігатних алергенів (шоколад, цитрусові).

Нами відмічено, що макро- та мікрогематурія супроводжує лікування деякими препаратами. Це можуть бути як діагностичні йодвмістні препарати для рентгенологічних досліджень, так і інші хімічні речовини, за рахунок зниження кровотоку, гострого канальцевого некрозу чи обструкції канальців.

Механізм розвитку гематурії включає порушення в системі коагуляції (гепарин, аспірин), ураження канальців (пеніцилін, гентаміцин, сульфаніламід). Нефротоксичний синдром можуть викликати препарати з такою дією (солі золота, ртуть вмісті препарати, гентаміцин, тетрациклін, саліцилати, ізоніазид, вітамін Д, яд грибів, стрептоміцин, ванкоміцин. При цьому симптоматика включає в себе протеїнурию, гематурію, олігоурію, некроз ниркових канальців на розвиток ниркової недостатності.

При явищак полінозу у дітей часто встановлюється протеїнурия, яка веде до нефротичного синдрому. Частно нефротичний синдром у дітей розвивається на фоні

ниркового дизембріогенезу. Алергічна реакція 1 типу може вести до розвитку гормоночутливого нефротичного синдрому. У цих дітей відмічаються високі рівні IgE в сироватці крові та позитивні шкірні проби з алергенами.

При інтерстиціальному нефриті метаболічного генезу клінічні прояви алергії та обтяжлива спадковість по алергії зустрічаються ще частіше. Хоча потрібно відмітити, що в багатьох випадках при цьому діагностується псевдоалергія. При псевдоалергії призначаються протиалергічні та мембранотропні засоби, патогенетична терапія кристалоурії (Игнатова М.С., Вальтищев Ю.Е.).

При повільному розвитку набрякового синдрому у дітей раннього віку батьки не завжди адекватно оцінюють цей стан. Часто симптоми пояснюють як надлишкова повнота дитини.

Таким чином, своєчасне встановлення алергічного компоненту при нефротичному синдромі дозволяє провести необхідні дослідження та призначити адекватну корекцію лікувальними засобами.

### **ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ФОРМУЛИ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У ДІТЕЙ**

*Загородній М.П., доцент, Бондаренко В.П.\*, Ковальова Н.Я., Гелих В.В. студ. 6 курсу  
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКД\**

Завданням нашого дослідження було систематизувати зміни основних показників клінічного аналізу крові у хворих дітей різного віку. Для оцінки основних показників формули здорових дітей використовували довідник Маркевича В.Е. та співавторів „Морфофункціональні та біохімічні показники у дітей і дорослих” Київ-Суми 2002.

Як відомо, проведення клінічного аналізу крові є обов'язковим згідно протоколів більшості дитячих захворювань.

Лейкоцитоз, пов'язаний із збільшенням вмісту нейтрофілів, характерний для всіх гострих інфекційних запальних захворювань та хронічних в стадії загострення. Така ж картина спостерігається при протозойних інфекціях (малярії), характерна і для трихомонадоза, для гострих та хронічних мієлолейкозів. Такі ж зміни наявні при злоякісних новоутвореннях у фазі деструкції пухлин та при еритромієлозах. Подібні зміни є і після гострих крововтрат та на ранніх етапах післяопераційного періода при великих хірургічних втручаннях, при відторгненні трансплантату (наприклад нирки) в період розпалу процесу, при коматозних станах (уремічна, діабетична, ниркова кома), при інтоксикації окисом вуглецю, миш'яком та при епілепсії.

Лейкоцитоз, пов'язаний з переважним збільшенням вмісту лімфоцитів, характерний на заключному етапі інфекційних та запальних захворювань, для більшості вірусних захворювань, при гострих та хронічних лімфатичних лейкоміях (лімфобластозах), при важкому тиреотоксикозі, при тривалому опроміненню малими дозами радіації.

Лейкоцитоз із переважним збільшенням вмісту в крові еозинофілів є характерним для гельмінтозів (трихоцефальозі, стронгілоїдозі, аскаридозі, ехінококозі, опісторхозі, лямбліозі) до утворення оболонок паразиту в тканинах (в остальні періоди лише збільшення процентного вмісту еозинофілів). Також еозинофільний лейкоцитоз спостерігається при респіраторних алергозах, при еозинофільних інфільтратах, при колагенозах, при еозинофільному лейкозі, при сімейно-конституційній еозинофілії.

Нейтрофільна лейкопенія характерна для тяжких інфекційних та запальних процесів (сепсис, перитоніт) у фазі декомпенсації захисних сил, при деяких хронічних запальних захворювань у фазі відносної ремісії (туберкульоз, гонорея), при авітамінозах (цинга, пелагра), при кахексії, дистрофії, голодуванні, при цитостатичній хворобі, при хронічній доброякісній сімейній (спадковій) нейтропенії, при доброякісній гранулоцитопенії дитячого віку, при циклічній нейтропенії, при аутоімунних лейкопеніях, при хронічній бензойній інтоксикації, при В12 дефіцитах, при гіперхромній макроцитарній анемії, при лейкопенічних варіантах гострих лейкозів, при лейкопенічних формах хронічного лімфолейкоза.

Лейкопенія, обумовлена зниженням вмісту в крові лімфоцитів спостерігається при тяжкій формі променевої хвороби, при цитостатичній хворобі, при СНІДі тяжкої заключної стадії хвороби, при хронічному алейкемічному мієлозі, при лейкопенічних формах хронічного лімфолейкозу.

Моноцитоз спостерігається при мононуклеозі, моноцитарному лейкозі, вірусному гепатиті, туберкульозі, аутоімунних процесах.

Моноцитопенія характерна для тяжких септичних процесів, лейкозів.

Нейтрофілія без зрушення вліво характерна для фізичних та емоційних навантажень, прийом їжі, при судомах, епілепії, для ранніх стадій неускладнених пухлин, при введенні ліків, при не тяжких тиреотоксикозах.

Нейтрофілія при зрушеннях вліво спостерігається при запальних процесах, інфекційних та протозойних захворюваннях, сепсисі, ендокардитах, розпадах пухлин.

Нейтропенія характерна для тяжкого перебігу запального процесу, при токсичній дії інфекції та аутоімунних процесах, В12 дефіцитній анемії, авітамінозах, кахексії, голоданні.

Еозинофілія характерна для інфекцій в період розгорнутої клінічної картини (скарлатина, гонорея), глистних інвазій, алергічних захворювань на початку та в кінці захворювання, запальних та аутоімунних процесах, злоякісних новоутвореннях, туберкульозі, хворобах шкіри, лейкозах, спадкових еозинофіліях, В12 дефіциті.

Еозинопенія спостерігається в період продрому та на ранніх стадіях інфекційного процесу, при тяжких формах захворювання, при інтоксикації хімічними сполуками, тяжкими металами.

Базофілія спостерігається при хронічному мієлолейкозі (паралельно з еозинофілією), еритремії, хронічному виразковому коліті, еритродермії.

Плазмоцитоз спостерігається при гострих інфекціях, наприклад корі.

Використання даних особливостей формули крові дітей дозволить більш ефективно проводити дифдіагностику захворювань у дітей, призначати адекватне лікування.

## ВПЛИВ МЕДИКАМЕНТІВ НА ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ

*Загородній М.П., Гапієнко О.І.\*, Романовська Ю.М.\**

*Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКЛ\**

В більшості випадків діагностика захворювань у дітей базується на даних клініки, лабораторних та інструментальних дослідженнях. В багатьох випадках гематологіні зміни у хворих важко пояснити наявним патологічним процесом. У лікарів появляється певна недовіра до одержаних результатів обстеження і щоб пересвідчитися в об'єктивності результату лікарі призначають повторні обстеження. При цьому у багатьох випадках при аналізі лабораторних даних не аналізується вплив призначеного лікування на гематологічні показники. В даній роботі ми намагалися проаналізувати які зміни в гематограмі найчастіше викликають ті чи інші препарати, що призначалися дітям при стаціонарному лікуванні у СОДКЛ за останні 5 років (на основі експертних оцінок медичних карт вибувших із стаціонару, даних літератури).

Нейтрофіліоз переважно спостерігається при лікуванні дітей глюкокортикостероїдами, препаратами наперстянки, хлоратом калія, крім того таку ж дію мають солі важких металів, етиленгліколь, стан гіпоксії, яди комах.

Нейтропенія спостерігається у дітей, які одержують протипухлинні препарати, транквілізатори, антидепресанти, сульфаніламідни, антиуреїчні препарати, протисудомні медикаменти, вітамін А, деякі антибіотики (левоміцетин, ампіцилін, стрептоміцин), метронідазол.

Лімфоцитоз відмічаються у дітей, які лікуються галоперідолом, аміносалициловою кислотою, нікотинамідом. Подібні явища спостерігаються також при отруєнні солями свинцю, тетрахлоретаном.

Лімфопенія спостерігається при лікуванні хворих L-аспарагіназою, глюкокортикостероїдами, нікотиновою кислотою, при багаторазовому рентген-обстеженню.

Моноцитоз спостерігається при використанні галоперідолу, гризеофульвіну, а також при отруєнні сполуками фосфору та тетрахлоретаном.

Еозинофілія спостерігається у дітей при лікуванні протитуберкульозними препаратами, пеніцилінами, сульфаніламидами та протисудомними засобами.

Еозинопенія виникає при лікуванні глюкокортикоїдами, нікотиновою кислотою, використанням адреналіну.

Базофілія виникає у дітей при використанні антитиреоїдних препаратів та естрогенів.

Базопенія спостерігається у дітей, які одержують хіміотерапію при онкопатології, глюкокортикоїди, тіопентал-натрію, у пацієнтів при частому використанні рентгенологічного обстеження.

Ми розуміємо, що у своїй роботі ми проаналізували не всі препарати, що впливають на гематологічні показники. Врахування впливу ліків на гематограму допоможе клініцисту вірно оцінити адекватність обстеження та призначити адекватну терапію.

### ПСЕВДОАЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ

*Загородній М.П., доцент, Шабло І.А. \*, Ваганян А.Г. – студ.4 курсу,  
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКЛ\**

Завдання нашого дослідження – встановлення диференційних критеріїв алергії та псевдоалергії на основі аналізу медичної документації за останні 5 років та літературних публікацій з даної проблеми. На 1 випадок істинної алергії, по даним Хацкеля С.Б. (2000) припадає до 8 випадків псевдоалергії.

Псевдоалергія – це патологічний процес, який клінічно подібний до алергії, проте не має імунологічної стадії розвитку. Решта стадій – визволення чи утворення медіаторів та стадія клінічних проявів повністю ідентичні. Проте необхідно мати на увазі, що є реакції, які не мають нічого спільного ні з алергією ні з псевдоалергією. Так, наприклад, при дефіциті лактази розвивається клінічна картина подібна на таку при алергії чи псевдоалергії.

Основним критерієм псевдоалергії вважається наявність патохімічної стадії захворювання, де взаємодіють така ж медіатори, як і в істинній алергії.

Початок захворювання псевдоалергії, як правило, після 1 року, в той час як алергічні реакції частіше проявляються до 1 року (атопія). При псевдоалергії виражені загострення відмічаються рідко, а ремісії зазвичай тривалі. В той же час при атопії захворювання мають рецидивуючий перебіг з неповними ремісіями. При псевдоалергії відсутня виражена залежність клінічних проявів від дії причино-значущого алергену. При цьому клінічні прояви стану залежать від дози медикаменту чи кількості вжитого продукту.

Для псевдоалергії не характерна перехрестна гіперчутливість, яка спостерігається при атопії. Крім того для псевдоалергії не характерний розповсюджений дифузний процес, не характерна наявність алергодерматитів.

Для псевдоалергії у дітей не зустрічається еозинофілія. Проведені скарифікаційні чи прик-тести зазвичай негативні. Рівень загального сироваткового IgE у дітей нормальний або помірно підвищений (при атопії - значно підвищений).

Відомо, що фармакологічні ефекти псевдоалергії викликають біологічні аміни (гістамін, що попадає з квашеної капусти, консервів, тирамін – сирів, томатів, оселедців, серотонін – від бананів чи ананасів, фенілетиламін від шоколаду, горіхів), кофеїн та нітрати.

У дітей псевдоалергічні реакції можуть виникати на продукти, які є лібераторами гістаміна. Такими продуктами частіше всього виступають, за нашими спостереженнями білок яєць, раки, полуниці, томати, шоколад, риба річна та заморожена, ананаси, арахіс, сосиски, рибні та м'ясні консерви. Багато медикаментів (ненаркотичні анальгетики, рентгенконтрастні речовини, плазмозамінюючі розчини) частіше всього ведуть до розвитку псевдоалергії, а не алергічних реакцій.

Більшість алергенів можуть приводити до розвитку як алергічних так і псевдоалергічних реакцій (Lessof M.H, 1986). Причому причиною псевдоалергічних реакцій можуть бути не

тільки самі харчові продукти, але і хімічні речовини, які добавляються в продукти (фарбники, консерванти, коректори смаку та випадково попадаючі в них).

В патогенезі псевдоалергії діють 3 групи механізмів: гістаміновий, порушення активності комплементу та порушення метаболізму арахідонової кислоти. Причому у кожному конкретному випадку переважає один із механізмів.

На гістаміновий механізм впливає як стимуляція його утворення (поліміксин-В, декстран, рентгенконтрастні речовини, риба, томати, полуниця, шоколад), так і порушення механізмів інактивації гістаміну а чи попадання його з продуктами (сири, ковбаси, шоколад, консерви). Одним з фактоів підвищення в крові рівня гістаміну та інших біологічно активних амінів є дисбактеріози, що супроводжуються збільшенням кишкової мікрофлори з декарбоксілюючою активністю, що веде до утворення із гістидину, фенілетіламіну тирозину відповідних амінів – гістаміну, фенілетіламіну та тираміну.

Проведення диференційної діагностики між алергічними реакціями та псевдоалергією дозволяє використовувати адекватне комплексне лікування та дибитися кращих результатів.

### ОСОБЛИВОСТІ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В КРИТИЧНИХ СТАНАХ

*Зінченко К. О. студентка, Попова Т. М. викладач педіатрії, лікар-неонатолог  
Сумський медичний коледж*

Проблема виконання програми ППХ новонароджених дітей у критичних станах, і на сьогодні, залишається важливою та постійно потребує внесення змін.

Парентеральне харчування—це внутрішньовенне введення амінокислот, жирів, вуглеводів разом з мікроелементами та вітамінами.

Показання до повного парентерального харчування:

1. Неможливість ентерального харчування у новонароджених з хірургічною патологією ШКТ (кила пупкового канатика, гастрошизис, ускладнені анастомози, синдром короткої кишки);

2. Підозра на некротизуючий ентероколіт;

3. Недоношені діти з масою тіла менше 1500,0 г, на неповному ентеральному харчуванні;

4. Усі новонароджені, які до кінця першого тижня життя не отримують фізіологічну норму їжі.

Компоненти парентерального харчування: вуглеводи і спирти, жири, білки, сольові розчини, вітаміни, мікроелементи та анаболічні гормони.

Моніторинг під час проведення повного парентерального харчування:

1. Контроль кількості введеної рідини і діурезу;

2. Маса тіла;

3. Обвід голови, довжина тіла;

4. Розрахунок калоражу і компонентного складу введеної рідини;

5. Клінічний аналіз крові;

6. Посів крові на бактеріальну флору;

7. ЕКГ і вимірювання АТ;

8. Глюкоза в крові і сечі;

9. Біохімічний аналіз крові.

Ускладнення при повному парентеральному харчуванні: метаболічні, механічні, інфекційні.

Дослідницька робота.

Аналіз 25 історій розвитку новонароджених:

4(16%) – доношені діти;

21(84%) – недоношені діти:

- 3(12%) – мт=500,0-1000,0г;

- 14(56%) – мт=1000,0-1500,0г;

- 4(16%) – мт=1500,0-2000,0г.

За нозологіями:

- морфо-функціональна незрілість (мт<1500,0г) – 17(68%);
- гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС – 5(20%).

Троє дітей мали вроджену ваду розвитку:

- атрезія стравоходу – 2(8%);
- трахео-стравохідна нориця – 1(4%).

Діагнози були встановлені в постнатальному періоді на першу добу життя.

Решта дітей – 22(88%) виходжувались в умовах Сумського обласного клінічного перинатального центру і отримували повне парентеральне харчування протягом перших 3-4 діб життя.

Клінічні результати:

- 16 дітей (64%) мали діагноз неонатальна жовтяниця ;
- 6 дітей (24%) – гіпотрофію I-III ступеня;
- у 2-х дітей (8%) період адаптації перебігав на фоні некротичного ентероколіту (гіпоксичного генезу), діти отримували етіотропну антибактеріальну терапію.

Висновки.

Програма повного парентерального харчування:

1. Забезпечує більш фізіологічний перебіг періоду адаптації в новонароджених у тяжких станах;
2. Оптимізує стан новонароджених на етапі передопераційної підготовки;
3. Зменшує тривалість затяжних неонатальних жовтяниць;
4. Попереджує негативні неврологічні наслідки у дітей.

## ВИВЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПРИЧИН ВІДМОВ ВІД ЩЕПЛЕНЬ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

*Коваленко Г. О. – студентка V курсу 4а групи, Ониськова О.В., доцент*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми*

**Актуальність:** Завдяки вакцинації захворюваність і смертність від інфекційних хвороб знизилася до історичного мінімуму. Незважаючи на видиму користь від застосування вакцин, з'явилося антивакцинаторство - громадський рух, який заперечує ефективність, безпечність та правомірність масової вакцинації.

**Мета дослідження:** виявити відсоток невакцинованих дітей і встановити основні причини відмов від щеплень

**Матеріали та методи дослідження:**

- Було опрацьовано 225 Карт профілактичних щеплень (форма 063/у) дітей 2010 і 2011 року народження, які підпорядковувались трьома дільницям: дільниці №59 і 60 (Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) №2) і дільниці №7 (ЦПМСД № 4)
- Було проведено співбесіду з батьками, які відмовлялись від щеплень для своїх дітей із визначенням основних причин відмов.

**Результати дослідження:**

- Відсоток відмов від вакцин склав: 29,4% на дільниці №1, 25,1% на дільниці №2, 15% на дільниці №3
- Основними причинами відмов від вакцин стали: дитини хворіє після введення вакцини (26,6%), вакцини не потрібні (36,9%), вакцини є неякісними (13,3%), релігійні переконання (16,6%), лікарі не радять вводити деякі вакцини (6,6%)
- Графік щеплень повністю відповідає календарю у 2% дітей, що пов'язано з недосконалістю поставок вакцин на дільниці

**Висновки:**

- Встановлено, що середній відсоток відмов від щеплень становить 21,8%

- Виявлено, що відсоток відмов найнижчий на третій дільниці (15%)
- Оцінено, що найчастіше відмовляються від щеплення проти гепатиту В
- Встановлено, що графік щеплень повністю відповідає календарю лише у 2% дітей
- Не щепленими абсолютно всіма вакцинами залишилось лише 1,5% дітей

## ЗНАЧЕННЯ АМІНОТРАНСФЕРАЗ У ДІАГНОСТИЦІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ НАДМІРНІЙ МАСІ ТІЛА ТА ОЖИРІННІ У ДІТЕЙ

*Козак К.В.*

*Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
Кафедра педіатрії № 2*

Одним із маркерів інсулінорезистентності (ІР) вважають рівень амінотрансфераз, зокрема аланінамінотрансферази (АлАТ), значення яких зростають при розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки при ожирінні.

У зв'язку з чим метою роботи стало вивчення взаємозв'язку між рівнем амінотрансфераз та явищем інсулінорезистентності у дітей препубертатного та пубертатного віку з надмірною масою тіла та ожирінням.

Матеріали і методи дослідження. Обстеженням охоплено 90 дітей з надмірною масою тіла та ожирінням віком 10-17 років. Діагностику ІР здійснювали на підставі оцінки індексу інсулінорезистентності Homeostasis model assessment (НОМА-ІР). Усім дітям здійснено визначення рівня амінотрансфераз у сироватці крові. Для встановлення діагнозу неалкогольної жирової хвороби печінки проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Результати дослідження. З'ясовано, що підвищення рівня АлАТ діагностовано у 14 дітей (15,56 %), підвищення рівня аспартатамінотрансферази АсАТ □ у 3 осіб (3,33 %). Явище ІР відповідно до показника НОМА-ІР діагностовано у 69 пацієнтів (76,67 %). За результатами обстеження обраної групи дітей з надмірною масою тіла та ожирінням не було діагностовано проявів стеатозу чи стеатогепатиту.

Аналіз рівня амінотрансфераз показав, що їх значення зростають із збільшенням індексу НОМА-ІР, про що свідчить позитивний кореляційний зв'язок між вказаними показниками: для АлАТ □  $r=0,28$ ;  $p<0,05$ , для АсАТ □  $r=0,23$ ;  $p<0,05$ .

Висновки. Отже, наростання рівня амінотрансфераз можливе за наявності інсулінорезистентності та за відсутності будь-яких структурних змін зі сторони печінки. Це пояснюється, відсутністю гальмівного впливу інсуліну в умовах ІР на синтез ферментів глюконеогенезу, одними з яких є амінотрансферази.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАФЕРОБІОНУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГРВІ

*Коломієць Т.Р. студ.3 курсу, Горбась В.А. асистент, Куропятник Н.П., Хрін Н.В. -лікарі  
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти,  
КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»*

Гострі респіраторні вірусні інфекції верхніх дихальних шляхів відносяться до найбільш часто діагностуємих захворювань в усьому світі. Основну роль у їх виникненні відіграють віруси. Одним із частих проявів інфекції верхніх дихальних шляхів є гострий риніт, фарингіт. З метою лікування таких дітей використовують перш за все протівірусний препарат і тільки у разі приєднання бактеріальної інфекції чи виникнення ускладнень призначають антибактеріальні препарати та ін. Лаферобіон (інтерферон альфа) представляє собою протівірусний препарат у вигляді водорозчинного білку. Він надає антипроліферативну дію і володіє значною імуномодельюючою активністю. Інтерферон альфа також пригнічує реплікацію вірусів. Метою нашого дослідження було вивчення клінічної особливості



Лаферобіону в дітей раннього віку при лікуванні ГРВІ на перших його проявах без яких-небудь ускладнень.

Нами було обстежено 165 дітей в період грудного віку (від 1-го місяця до 1-го року), які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні №1 КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» у 2014 році з приводу неускладненого ГРВІ. 125 дітям даний препарат призначався у віковій дозі 2 рази на добу у вигляді супозиторіїв ректально. Контрольну групу склали 40 дітей відповідного віку та статі, яким призначалось симптоматичне лікування (переважно місцеве) без противірусного препарату.

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих, яким призначався Лаферобіон ректально, температура тіла нормалізувалась на  $(1,21 \pm 0,05)$  добу, в порівнянні з дітьми контрольної групи – на  $(2,34 \pm 0,18)$  добу ( $p < 0,001$ ). Прояви інтоксикаційного синдрому, такі як в'ялість, відмова від груді матері, неспокій та ін., у дітей на фоні противірусної терапії зникали в середньому на  $(2,78 \pm 0,23)$  добу, тоді як у дітей, які не отримували противірусної терапії – на  $(3,88 \pm 0,23)$  добу ( $p < 0,001$ ). Катаральні явища у хворих дітей основної групи зникали в середньому на  $(3,34 \pm 0,44)$  добу, а у дітей групи порівняння на  $(5,65 \pm 0,34)$  добу ( $p < 0,001$ ).

Таким чином, при порівнянні результатів лікування дітей грудного віку з ГРВІ встановлено, що терапевтичний ефект був більш позитивним у хворих основної групи, які отримували противірусний препарат у поєднанні з традиційною терапією, порівняно з хворими, які отримували тільки місцеву симптоматичну терапію.

### **СТАН ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ КОРУ СЕРЕД ДІТЕЙ М.СУМИ**

*Корнієнко М. О., Кругляк С. І., Татаренко С. Д., лікарі, Бинда Т. П., доцент*

*Сумський державний університет,*

*Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Вакцинація, яка проводиться регулярно і масово, є ефективним засобом контролю за інфекціями у національному і глобальному масштабі. При зниженні охоплення профілактичними щепленнями відзначається епідемічний підйом захворюваності. Зважаючи на успіхи щодо елімінації кору на Американському континенті, ВООЗ поставлена задача елімінації кору в Європейському регіоні: довести показник захворюваності на кір менше як 1,0 на 100 тис. населення до 2010 р. та припинити місцеву передачу вірусу кору та краснухи до 2015 р.

На тлі значного зниження захворюваності на кір у післявакцинальний період, спостерігаються періодичні спалахи. Інтенсифікація епідемічного процесу вірогідно пов'язана зі втратою імунітету у вакцинованих осіб за віком, оскільки післявакцинальний імунітет менш стійкий, ніж постінфекційний, а також, можливо з «дефектною імунізацією».

Метою роботи було вивчення стану вакцинопрофілактики дітей м. Суми проти кору за останні 3 роки.

Показники охоплення вакцинацією дітей проти кору за останні три роки знизилися з 87,4 % у 2012 році до 63,8 % у 2014 році. Показники охоплення ревакцинацією дітей проти кору в 6 років за останні три роки знизилися з 96,6 % у 2012 році до 35,1 % у 2014 році. Зниження показників охоплення щепленнями проти кору відбулося за рахунок недостатнього забезпечення вакциною, що і позначилося на захворюваності. У 2012 і 2013 році кір серед дітей не реєструвався, тоді як у 2014 році зареєстровано 16 хворих дітей (36, 5 на 100 тис. населення), що значно перевищило загальноукраїнський показник (20,11 на 100 тис. населення).

Таким чином, наведені вище дані свідчать про ефективність специфічної профілактики кори, оскільки при високому рівні охоплення щепленнями дітей захворюваність відсутня. Підйом захворюваності у 2014 році є результатом низького рівня охоплення щепленнями дітей за віком.

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КІР ДІТЕЙ М. СУМИ***Корнієнко М. О., лікар, Бинда Т. П., доцент**Сумський державний університет,**Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Кір залишається одною з головних причин смерті серед дітей раннього віку в усьому світі, навіть не дивлячись на наявність ефективної та безпечної вакцини. За оцінкою ВООЗ, у 2013 році від кору померло 145700 - майже 140 випадків за день, або 16 випадків за годину. Більшість із померлих це діти віком до 5-ти років.

Метою роботи було вивчити динаміку захворюваності на кір у м. Суми за 2012–2014 рр.

При аналізі статистичних показників захворюваності на кір за останні 3 роки встановлено, що у 2012 році серед населення України зареєстровано 12 746 (27,95 на 100 тис. нас.) випадків кору. Захворюваність на кір у 2013 році становила 3 309 (7,28 на 100 тис. нас.), що на 74,0 % менше проти 2012 року. У 2014 році спостерігається подальше зниження захворюваності до 2 327 (5,13 на 100 тис. нас.), а саме на 29,7 % проти 2013 року.

Серед дорослого населення у 2012 році зареєстровано 4 815 (12,81 на 100 тис. нас.), у 2013 році – 1 043 (2,78 на 100 тис. нас.), у 2014 році – 720 (1,93 на 100 тис. нас.). Зменшення на 78,3 % у 2013 році проти 2012 року та на 31,0 % у 2014 році проти 2013 року.

У 2012 році дітей до 17 років включно захворіло – 793 (99,10 на 100 тис. нас.), у 2013 році – 2 266 (28,43 на 100 тис. нас.) і у 2014 році – 1 607 (20,11 на 100 тис. нас.). Зменшення на 71,4 % у 2013 році проти 2012 року, та на 29,1 % у 2014 році проти 2013 року.

На противагу цього серед дитячого населення м. Суми у 2012–2013 рр. кір не реєструвався, тоді як у 2014 році зареєстровано 16 хворих дітей (36,5 на 100 тис. нас.), що значно більше, ніж загальноукраїнський показник. Аналіз вікової структури хворих засвідчив найвищий рівень захворюваності серед вікової групи від 1 до 5 років 10 дітей (22,81 на 100 тис. нас.). Серед дітей від 5 до 9 років захворіло 5 дітей (11,4 на 100 тис. нас.), до 1 року захворіла 1 дитина (0,98 на 100 тис. нас.). Серед дітей з 10 до 17 років включно захворювання не діагностувалося.

Отже, на рівні країни за 2012–2014 рр. відзначалась чітка тенденція до зниження захворюваності на кір, як серед дорослого, так і серед дитячого населення. Серед дитячого населення м. Суми спостерігається підвищена захворюваність на кір, особливо серед дітей вікової групи від 1 до 5 років.

**ВИЗНАЧЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ШКОЛЯРІВ ПРІ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ***Креховецький Н.В., Зуєнко А.О. студенти 5 курсу (ЛС-006)**Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.**Сумський державний університет,**кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Мета роботи - встановити залежність між частотою морфофункціональних відхилень і характером рухового режиму школярів .

У нашому дослідженні перебувало 63 підлітка у віці від 12 до 17 років, які були розділені на 3 групи по 21 людині в кожній в залежності від режиму рухової активності: нормо-, гіпо- і гіпердинамії. Факт гіподинамії встановлювали в тих випадках, коли дитина займалася фізичною культурою тільки в обсязі шкільної програми. Третя група (гіпердинамії) була сформована з юних спортсменів легкоатлетів, що не мають високих спортивних розрядів, другу групу склали школярі, які додатково займалися фізичним навантаженням. Віково-статевий склад порівнюваних груп був ідентичним. При оцінці фізичного розвитку (ФР) встановлено, що в групі дітей, що займаються спортом, переважав гармонійний ФР (81%), тоді як його відхилення було лише в 19% випадків. Максимальна частота порушень ФР (52%) відзначена у школярів, що мали знижену рухову активність ( $p < 0,05$ ). У структурі

дисгармонійного ФР при нормо-і гіподинамії домінував надлишок маси тіла (69,5%), тоді як при гіпердинамії - його дефіцит (75%). Значення індексу маси тіла були максимальні у дітей зі зниженою руховою активністю ( $20,0 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$ ). Гіподинамія супроводжувалася зниженням життєвої ємності легень, середні значення якої склали  $2,7 \pm 0,2$  л проти  $3,5 \pm 0,2$  л при нормо- і гіпердинамії ( $p < 0,05$ ). Приріст коефіцієнта витривалості після виконання проби з фізичним навантаженням склав 48,6%, 41,1% і 31,8% відповідно в групах школярів зі зниженою, нормальною і високою руховою активністю. Отже, систематичні заняття спортом сприяли більш економічному режиму функціонування серцево-судинної системи. При оцінці параметрів варіаційної пульсографії з активною ортостатичною пробою встановлено, що практично кожна 4-а дитина (23,8%) з гіподинамією мала зниження вегетативної реактивності, тоді як в групах дітей з нормальним або високим рівнем рухової активності цей показник склав лише 4,8% ( $p < 0,05$ ). Систематичне заняття спортом супроводжувалося зменшенням частоти виявлення ознак вираженої вегетативної дисфункції: 8,9%, 14,4%, 25,7% ( $p < 0,05$ ) відповідно в групах школярів з гіпер-, нормо- і гіподинамією. Аналогічна динаміка відмічена і у відношенні поширеності розладів в емоційній сфері: 10,8%, 18,5%, 38,3% ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, гіподинамія асоціюється з високою частотою відхилень фізичного розвитку, зниженням функціональних резервів дихальної та серцево-судинної системи, появою ознак вираженої вегетативної дисфункції та розладів в емоційній сфері. Регулярні фізичні навантаження, що сприяють збільшенню обсягу рухової активності, супроводжуються гармонізацією фізичного розвитку, а також поліпшенням адаптивного резерву організму школяра.

### **ВПЛИВ БРОНХОЛІТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА КАРДІОГЕМОДИНАМІКУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

*Креховецький Н.В., студент 5 курсу (ЛС-006)*

*Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Бронхіальна астма (БА) продовжує залишатися однією з найскладніших проблем сучасної педіатрії. Актуальність і соціальна значимість проблеми БА у дітей визначається значною поширеністю цього захворювання. При загостренні БА використовуються бронхолітичні препарати:  $\beta_2$ -адреноміметики, антихолінергічні препарати, комбіновані препарати, що містять інгаляційні  $\beta_2$ -адреноміметики та іпратропіума бромід. Усі вони мають виражену бронходилатуючий ефект, проте в літературі є описи кардіотоксичного впливу цих препаратів.

Мета дослідження: оптимізація купірування нападу задухи у дітей з БА шляхом застосування бронхолітика з мінімальним негативним впливом на кардіогемодинаміку.

Матеріали та методи. Обстежено 44 дитини у віці від 9 до 17 років з діагнозом БА, що надійшли на лікування. Обстеження включало клініко-анамнестичне дослідження, визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС), пікової швидкості видиху (ПШВ), артеріального тиску (АТ), а також кардіогемодинамічних параметрів до інгаляції і через 30 хвилин після її закінчення. Пацієнти були розділені на три групи: I група – діти, які отримують інгаляційну терапію  $\beta_2$ -адреноміметиком–беротеком ( $n = 20$ ), II група – хворі, що отримували терапію комбінованим препаратом –беродуалом ( $n = 14$ ), III група – діти, яких інгалювали антихолінергічним препаратом –атровентом ( $n = 10$ ).

Результати. При аналізі об'єктивних даних було встановлено, що у пацієнтів усіх груп до і через 30 хвилин після інгаляції відзначалося достовірне збільшення значень ПШВ ( $p < 0,05$ ). Показники АТ і ЧСС значно зросли в групі дітей, які отримали інгаляції беротека, тоді як в III групі відзначалося зниження даних параметрів більш ніж у половини хворих. В ході проведеного ехокардіографічного дослідження виявлено збільшення швидкості кровотоку і показників тиску на легеневій артерії (ЛА) у 90% обстежених після інгаляції беротека; при

застосуванні атровента і беродуала зміни спостерігалися менш ніж у половини дітей. У той же час відзначалася сприятлива динаміка внутрішньосерцевогокровотоку у дітей, які отримали інгаляційноберодуал: виявлено зниження швидкості кровотоку і тиску на трикуспідальному клапані (ТК). У групах пацієнтів, які отримали інгаляції беротека і атровента, навпаки, переважало зростання цих параметрів.

Висновки: Для купірування нападу задухи при БА ефективність беродуала, беротека і атровента практично однакова. З позиції профілактики гемодинамічних розладів (при наявності серцево-судинних захворювань) та ризику виникнення кардіоваскулярної патології мабуть більш доцільне використання препарату беродуала для купірування загострень БА у дітей.

### ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТА БАЛАНСУ НАТРІЮ ТА КАЛІЮ В БІОСЕРЕДОВИЩАХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ

*Лобода А.М., доц., Маркевич В.Е., проф., Шищук А.В., студ. 5 курсу*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Перинатальна асфіксія може призводити до поліорганичних ушкоджень у новонароджених. У відповідь на дефіцит кисню внаслідок асфіксії відбувається перерозподіл об'єму активно циркулюючої крові до мозку, серця і наднирників зі зменшенням кровообігу в системі мікроциркуляції нирок, легень та шлунково-кишкового тракту. Нирки є основним органом, відповідальним за регуляцію електролітного обміну.

Мета роботи – дослідити особливості вмісту та балансу електролітів (натрію, калію) у біосередовищах новонароджених із порушенням функції нирок на фоні асфіксії.

Обстежено 200 доношених новонароджених із ознаками ушкодження нирок: 100 дітей, які перенесли тяжку асфіксію, та 100 дітей з помірною асфіксією. Групу порівняння склали 20 немовлят, що не мали асфіксії при народженні.

Матеріалом для дослідження була периферійна венозна кров та ранкова порція сечі новонароджених. Їх забирали на 1-2 добу життя, наприкінці раннього неонатального періоду (7-8 доба життя) та в кінці першого місяця життя (25-30 доба). Вміст електролітів в сироватці визначали методом емісійної фотометрії.

Дітям із порушенням функції нирок на фоні асфіксії при народженні властиві відносні гіпернатріємія та гіперкаліємія, які змінюються стабілізацією рівнів елементів наприкінці першого місяця життя. Підвищення рівня калію відносно натрію сироватки обумовлює низьке значення результуючої Na/K при народженні у немовлят із порушенням функції нирок, особливо на тлі тяжкої асфіксії.

Порушення функції нирок внаслідок асфіксії супроводжується накопиченням натрію та зниженням рівня калію в еритроцитах. Зазначені зміни викликають розвиток еритроцитарного дисбалансу натрію та калію, що проявляється зростанням коефіцієнту трансмінералізації Na/K в 1,5 – 2 рази.

Новонародженим із порушенням функції нирок внаслідок асфіксії характерний низький вміст натрію та калію в сечі та їх знижена добова екскреція, що може сприяти затримці зазначених електролітів в організмі, підвищенню їх рівня в сироватці крові та негативно впливати на осмолярність плазми та електричну збудливість тканин.

Зміни електролітного вмісту та балансу необхідно враховувати при проведенні інфузійної терапії та виборі методу вигодовування у немовлят із порушенням функції нирок на тлі асфіксії.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В КРИТИЧНИХ СТАНАХ

*Листопад А. О. студентка, Попова Т. М. викладач педіатрії, лікар неонатолог  
Сумський медичний коледж*

Ентеральне харчування - це тип лікувального чи додаткового харчування спеціальними сумішами, при якому всмоктування їжі здійснюється фізіологічно адекватним шляхом.

Мета ентерального харчування - забезпечення організму необхідними для росту і розвитку поживними речовинами.

Показання до застосування ентерального харчування:

1. Білково-енергетична недостатність;
2. Захворювання ШКТ (парез шлунка, синдром короткої кишки і т. д.);
3. Захворювання й розлади ЦНС (ДЦП, коматозні стани, пухлини і т. д.).

Протипоказання до ентерального харчування.

Абсолютні:

- органічна та паралітична кишкова непрохідність;
- тривала кровотеча із ШКТ;
- безперервне блювання;
- гострий деструктивний панкреатит;
- неспроможність міжкишкового анастомозу;
- некомпенсовані крововтрати, анурія.

Відносні:

- індивідуальна алергія до компонентів харчової суміші;
- функціональна неспроможність кишечника.

**Дослідницька робота:**

- досліджувана група-19 недоношених дітей (діти, які отримували гідролізовані суміші);
- контрольна група – 18 недоношених дітей (отримували лише грудне молоко);

Гестаційний вік всіх немовлят – 30-32 тижня, маса тіла -1550,0-1650,0 г, довжина тіла – 41-42 см;

Супутні захворювання, виявлені в обох досліджуваних групах:

- гіпотрофія I-II ст. (у 32% дітей);
- неонатальна жовтяниця (79 % дітей);
- локальні форми гнійно-запальних захворювань (омфаліти, кон'юктивіти) у 54 % дітей.

57,9 % дітей отримували лікувальні суміші порційно через зонд, решта (42,1 %) – вигодовувались з пляшечки. Продукт вводився з 4-5 доби протягом 4-6 тижнів життя.

Результати досліджень.

Період адаптації до суміші перебігав у всіх дітей задовільно.

Побічних реакцій (відмова від їжі, зниження апетиту, блювання) у дітей не відмічалось.

У однієї дитини були незначні зригування і здуття живота, пов'язані з основним захворюванням.

Середньодобова прибавка маси тіла:

- основна група -14,5 г;
- контрольна група – 9,8 г.

**Висновки**

Проведені клінічні дослідження показали високу ефективність гідролізованої суміші при вигодовуванні недоношених дітей. Використання даного продукту сприяло гармонійному та швидкому фізичному розвитку недоношених дітей.

## ООБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-го ТИПУ

*Малиш Е.М., студент 6 курсу (ЛС-912)*

*Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Актуальність. Цукровий діабет - одне з найпоширеніших ендокринних захворювань, яке призводить до порушення всіх видів обміну речовин, ураження судин, нервової системи. Тому важливо визначити вегетативний статус у дітей з цукровим діабетом.

Мета. Визначення вегетативного статусу у дітей з цукровим діабетом 1 типу.

Матеріали та методи. Проведено оцінку вегетативного статусу у дітей з цукровим діабетом 1 типу, що знаходяться на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні СОДКБ, за допомогою таблиць А.В. Вейна, що включають 53 показники. Було досліджено 97 дітей, що склало 22,2% від загального числа дітей з цукровим діабетом 1 типу (всього 436 дітей) та 8% від загального числа дітей, що проходили обстеження і лікування у відділенні нефро-ендокринології з 2011 по 2014 рік (всього 1200 дітей).

Результати. Всього досліджено 97 дітей, з них хлопчиків-44%, дівчаток -56%. Середній вік дітей, взятих на дослідження склав  $10,2 \pm 4,2$  років. При розподілі вегетативного статусу виявлено, що в дебюті захворювання переважає симпатикотонія – 18 дітей (58,6%). При давності захворювання 1-3 роки виявлено незначне переважання симпатикотонії – 11 дітей (40%). При тривалості захворювання 4-6 років домінував парасимпатикотонічний тип – 10 дітей (40%). При тривалості захворювання більше 6 років виявлено переважання ейтонії-10 дітей (72%)

Висновок. У дебюті цукрового діабету у дітей виявлено переважання тонузу симпатичної нервової системи. Для періоду стабілізації характерно переважання ваготонії. У віддаленому періоді перше місце займає ейтонічний тип нервової системи.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

*Малиш К. М. – студентка 6 курсу, Бинда Т. П., доцент*

*Сумський державний університет,*

*Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ІІІ і ДІ*

У структурі дитячої захворюваності патологія органів дихання займає одне з провідних місць. За даними літератури деструктивні пневмонії складають до 10 % від загальної кількості пневмоній у дитячому віці, а летальність серед цих хворих досягає 2-4 %.

Метою роботи було встановлення факторів ризику виникнення деструкції легень у дітей.

У дослідження було включено 23 дитини, яких поділили на 3 групи: 1 група (14 дітей) – хворі на дольову пневмонію, 2 група (5 дітей) – хворі на полісегментарну пневмонію, 3 група (4 дитини) – хворі на деструктивну пневмонію. Серед дітей 1 групи було 8 дівчаток та 6 хлопчиків віком від 2 місяців до 12 років. У 2 групі було 2 дівчинки та 3 хлопчика віком від 2 років до 7 років. 3 групу становили лише дівчатка віком від 1 до 3 років. Для дослідження використовувалися клінічні (збір анамнезу, скарг, дані фізикального обстеження), лабораторні (клінічний аналіз крові) й інструментальні (рентгенографія органів грудної клітки, комп'ютерна томографія) методи. Статистична обробка проводилася за допомогою статистичної програми SPSS 21.

При аналізі даних анамнезу захворювання дітей встановлено, що хворі на деструктивну пневмонію госпіталізувалися до стаціонару на 2,5 доби пізніше, ніж діти з дольовою пневмонією ( $p < 0,05$ ). Антибактеріальне лікування на до госпітальному етапі отримували 50 % дітей з деструктивною пневмонією, 60 % дітей з сегментарною пневмонією і 7,1 % дітей з дольовою пневмонією. Тривалість лихоманки у стаціонарі в дітей 3 групи була 6,7 днів, що на 3,6 дня більше, ніж у дітей 1 групи (3,1 дня,  $p < 0,05$ ) і на 2,3 дня більшою, ніж у дітей 2 групи (4,4 дня).

При аналізі показника кореляції за критерієм Спірмена було доведено, що тривалість лихоманки вдома мала прямий середній зв'язок з прийомом антибактеріальних препаратів та прямий сильний з тяжкістю пневмонії.

Таким чином, факторами ризику виникнення деструктивних форм пневмонії у дітей є жіноча стать, ранній вік, пізня госпіталізація до стаціонару та нераціональний, неадекватний прийом антибактеріальних препаратів на догоспітальному етапі.

## РОЛЬ НИРОК У МІКРОЕЛЕМЕНТНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

*Маркевич В.Е., проф., Петрашенко В.О. асистент, Школьна І., аспірант, Богданова Г.В.<sup>1</sup>, Гапієнко О.І.<sup>1</sup>*

*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики  
<sup>1</sup>Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

На сьогодні дефіцит мікроелементів в організмі є загальною проблемою. Аналіз сучасних даних літератури показав, що мікроелементи відіграють виключну роль у процесах росту, розвитку та адаптації дітей. Особливо важливі вони для життєдіяльності недоношених дітей.

Мета роботи: за показниками концентрації у сечі дослідити стан ниркової регуляції мікроелементної забезпеченості організму новонароджених різного гестаційного віку протягом неонатального періоду.

Концентрацію мікроелементів (заліза, цинку та міді) в сечі визначали у 92 здорових доношених новонароджених (група порівняння) та 94 недоношених дітей на 1-7-у, 8-14-у та 30-у добу життя, які залежно від гестаційного віку були поділені на три групи: I група - 42 дитини з гестаційним віком 35-37 тижнів (маса тіла при народженні – 2286,5±47 г, гестаційний вік 35,5±0,13 тижнів), II група - 31 дитина у терміні гестації 32-34 тижнів (маса тіла при народженні – 1968,4±45,2 г, гестаційний вік - 32,6 ±0,13 тижнів), III група - 21 дитина, народжена до 31 тижня гестації (маса тіла при народженні – 1391,42±76,6 г, гестаційний вік - 29,6±0,5 тижнів).

При визначенні рівня заліза у сечі новонароджених дітей залежно від терміну гестації у ранньому неонатальному періоді виявлено, що концентрація цього МЕ була тим більшою, чим меншим був гестаційний вік новонароджених (0,923 ± 0,11 мкмоль/л у дітей I групи та 3,681 ± 0,49 мкмоль/л у недоношених III групи). Так, вміст Fe у сечі малюків III групи був у 5,5 рази більшим ніж у групі порівняння та значно зростав (p<0,001) відносно дітей I та II групи. Протягом неонатального періоду концентрація заліза дещо збільшувалася у малюків I-II групи, але мала тенденцію до зниження у недоношених, терміном гестації менше 31 тижня. Наприкінці неонатального періоду вміст Fe у сечі малюків III групи був достовірно більшим за новонароджених I та II групи.

Концентрація міді у сечі недоношених, особливо дітей III групи, у ранньому неонатальному періоді була значно вищою, ніж у здорових доношених новонароджених (p<0,001). Так, вже після народження вміст цього МЕ у сечі глибоконедоношених малюків був у 1,7 рази більшим відносно ЗДН та достовірно зростав порівняно з недоношеними I-II групи. Протягом неонатального періоду цей показник у недоношених новонароджених залишався сталим. Разом із тим, слід зауважити, що у доношених новонароджених до кінця неонатального періоду концентрація міді у сечі зменшувалася майже на 15% та навіть на кінець 30-ї доби була у 1,8 рази меншою, ніж у малюків III групи.

Концентрація цинку в сечі недоношених новонароджених протягом неонатального періоду не змінювалася та на кінець неонатального періоду не залежала від гестаційного віку і достовірно не відрізнялась від групи порівняння

Таким чином, для недоношених малюків у неонатальному періоді властива висока втрата із сечею таких мікроелементів як Fe, Cu. Окрім цього, для глибоконедоношених властива ще й висока втрата цинку. Це свідчить, що недоношених дітей, особливо, глибоконедоношених, слід віднести до групи високого ризику виникнення дефіциту та дисбалансу Fe, Cu та Zn.

## ВМІСТ НІКЕЛЮ ТА СВИНЦЮ У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД-НОВОНАРОДЖЕНИЙ ЗА НОРМОКСИЧНИХ УМОВ

*Маркевич В.Е., Швидун К. О.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Функціональні зміни в організмі жінки під час вагітності, післяпологової адаптації та лактації суттєво залежать від вмісту в біосередовищах не лише есенціальних, а й токсичних мікроелементів. Особливе місце займає вплив свинцю (Pb) та нікелю (Ni), що здійснюється на етапах: вагітність – пологи – перинатальний та постнатальний періоди розвитку. Вплив мікроелементів (МЕ) на репродуктивну функцію жінки та розвиток плода, участь у метаболічній адаптації новонародженого, особливо на фоні посиленого екологічного пресингу вивчені недостатньо. Потребують дослідження питання забезпечення мікроелементами системи мати-плацента-плід-новонароджений.

**Метою дослідження** було напрацювання нормативних показників вмісту Ni та Pb у біосередовищах (сироватка крові та еритроцити) вагітних жінок та їх новонароджених. Вивчення ролі плаценти, як органа, що селективно виконує функцію депо, бар'єра та постачання відносно цих мікроелементів. Кількісна та якісна оцінка взаємозв'язків та особливостей трансплацентарної міграції Ni та Pb до плода.

Проведено визначення цих МЕ у сироватці крові та еритроцитах 30 вагітних жінок (під час пологів) та їх 30 доношених новонароджених (гестаційний вік обстежених складав 38 і більше тижнів), а також у зразках плаценти цих жінок. Група вагітних жінок була підібрана методом випадкової вибірки та не відрізнялася за місцем проживання, віком, соціально-економічними умовами, відсутністю соматичних захворювань та професійного контакту з металами. Вміст МЕ у біосередовищах (сироватка та еритроцити крові, плацента) визначався методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115М1 виробництва НВО «Selmi» (Україна).

Статистична обробка результатів досліджень проводилась за допомогою програм "Statistica" та "Excel". Для всіх показників визначали середньоарифметичне (M), похибку середньоарифметичного (m), а за допомогою критерію Стьюдента (t) – показник достовірності (P) та критерій Фішера (f). Використовувалися методи варіаційної статистики, придатні для медико-біологічних досліджень.

Окрім дослідження абсолютного вмісту МЕ у біосередовищах, проводили визначення відносних розрахункових показників: індексу проникнення (відношення вмісту МЕ в сироватці пуповинної крові до його концентрації в сироватці материнської крові, виражене у відсотках) та накопичення (відношення вмісту МЕ у еритроцитах дитини до його вмісту у плаценті, виражене у відсотках).

Встановлено, що у біосередовищах вагітних жінок, у разі фізіологічного перебігу вагітності, визначався пріоритетний токсичний мікроелемент – свинець, який набагато гірше нікелю затримується у плаценті, тому у внутрішньоутробному періоді плід більш вразливий до його токсичного впливу. Баланс мікроелементів у плода та здорових доношених новонароджених мав значні відмінності відносно матері, що обумовлює особливості співвідношення мікроелементів у його біосередовищах. Плацента виконує важливу роль у забезпеченні мікроелементного балансу плода. Їй властива бар'єрна функція та функція депо. Бар'єрна функція плаценти є низькою відносно свинцю та нікелю. Разом з тим, плацента здатна накопичувати нікель у більшій мірі відносно свинцю, оскільки індекс накопичення для цього МЕ був найбільшим і складав 275,8% проти 204,0%.



## ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ КОМПЛЕМЕНТУ В ДІТЕЙ У ГОСТРИЙ ПЕРІОД МОНО-ВАРІАНТУ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Мельник Л. І. \*, Сміян-Горбунова К. О. \*\*, Корнієнко М. О. \*\*\*, Лазарева О. С. \*\*\*

\*студентка 3 курсу

\*\*аспірант 2-го року кафедри педіатрії ПО з курсами ПП і ДІ

\*\*\* СМДКЛ Св. Зінаїди

Сумський державний університет

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Ротавірусна інфекція (РВІ) є глобальною проблемою сучасної медицини. У світі реєструється понад 17 млн хворих на ротавірусний гастроентерит щороку. Більшість авторів вважає, що до захворювання особливо вразливі діти перших двох років життя. РВІ вражає всі верстви населення та зустрічається на всіх континентах. Імунна система займає важливе місце в захисті організму від інфекцій. Система комплементу – одна з найважливіших захисних систем організму, що відносяться до неспецифічних факторів резистентності. С3 – центральний компонент системи комплементу. Він складає 70% від загальної кількості білка системи комплементу, бере участь в активації комплементу класичним та альтернативним шляхом. Білок С4 системи комплементу відноситься до раннього компонента класичного шляху, з ним пов'язана активація противірусного імунітету.

Метою нашого дослідження було визначення концентрації комплементу С3 та С4 у дітей раннього віку, хворих на моно-варіант ротавірусної інфекції.

Під спостереженням знаходилось 46 дітей з моно-варіантом ротавірусної інфекції, що перебували на стаціонарному лікуванні в КУ СМДКЛ в 3 інфекційному відділенні. Дослідження проводилось в гострий період (1–3 день). Групу контролю склали 14 практично здорових дітей.

У ході дослідження було виявлено, що при поступленні до стаціонарного лікування показник С3 у дітей з ротавірусною інфекцією становив  $(0,56 \pm 0,01)$  г/л, що достовірно менше за групу контролю  $(1,40 \pm 0,07)$  г/л ( $p < 0,001$ ). Рівень комплементу С4 у гострий період у сироватці крові хворих складав  $(0,076 \pm 0,003)$  г/л у порівнянні з групою контролю  $(0,260 \pm 0,025)$  г/л ( $p < 0,001$ ).

Таким чином, у дітей хворих на ротавірусну інфекцію відмічено достовірне зниження показників системи комплементу С3 та С4. Вищезазначені показники є доступним і досить інформативним методом оцінки ступеня запалення ротавірусної інфекції та ефективності проведеної терапії у дітей.

## ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Овечкіна Я.В., Бугаєнко В.О., Лазебник О.А.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій

В останні роки продовжується неухильний і значний ріст захворюваності на ожиріння серед дітей. Ранній його дебют підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань. Особливо велику роль відіграють зміни у ліпідограмі, так як саме вони спричиняють розвиток атеросклерозу судин та виникнення артеріальної гіпертензії, мозкового інсульту.

Метою роботи було вивчення особливостей ліпідного обміну дітей з надмірною вагою та ожирінням. На базі педіатричного відділення СМДКЛ було обстежено 112 дітей віком від 6 до 17 років - 63 дитини з надмірною вагою (група I), 49 хворих з ожирінням (група II) та 20 практично здорових дітей відповідного віку та статі (контрольна група).

Нами було виявлено, що у дітей з ожирінням визначалися достовірно вищі значення загального холестерину  $(4,4 \pm 0,2)$  ммоль/л, ніж у дітей з надмірною вагою  $(3,8 \pm 0,1)$  ммоль/л. Дані дітей I і II груп були достовірно вищі за показники групи контролю ( $p < 0,01$ ). Рівень ЛПНЩ також був достовірно вищим у II групі та становив  $(3,2 \pm 0,1)$  ммоль/л, тоді як у дітей I

групи –  $(2,7 \pm 0,1)$  ммоль/л, а в групі порівняння лише  $(2,4 \pm 0,1)$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). У хворих I і II груп концентрація ЛПВЩ у крові була достовірно нижчою, за дані групи контролю. Причому, у дітей з надмірною масою тіла рівень ЛПВЩ був достовірно вищим, ніж у дітей з ожирінням. При дослідженні тригліцеридів крові нами не було виявлено достовірної різниці між показниками I групи та контрольної групи, проте є достовірна різниця між показниками II групи та контрольної ( $p < 0,001$ ). Індекс атерогенності виявився достовірно вищим лише у дітей II групи та складав  $(3,2 \pm 0,2)$  ( $p < 0,001$ ).

Отже, вже у дитячому віці при ожирінні та надмірній масі тіла виявляються зміни ліпідного обміну. У дітей з ожирінням ці зміни більш виражені, ніж у дітей з надмірною вагою, що свідчить про високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

### **ЗМІНИ СТАНУ КИШКОВОГО БІОЦИНОЗУ В ДІТЕЙ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ НА ФОНІ КОМБІНОВАНОЇ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ**

*Плахута В. А., аспірант 3-го року, Ємець О. М., головний лікар\*, Сміян О. І. проф., д.мед.н., Корнієнко М. О., лікар\*, Цюпка І. О., лікар\**

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій,*

*\*КУ "Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди"*

Гострий обструктивний бронхіт (ГОБ) діагностується майже у третини дітей, госпіталізованих з приводу захворювань респіраторного тракту. Ускладнюється перебіг ГОБ наявністю фонових станів та захворювань, що в певних випадках, пов'язано з дисфункцією тимусу. Наряду з тим, одним із індукторів різноманітних патологічних станів у дітей раннього віку, у тому числі й респіраторної системи, все частіше виступає порушення мікробіоцинозу кишківника.

Тому метою даної роботи було дослідження впливу синбіотичного препарату на мікрофлору кишківника дітей раннього віку, хворих на гострий обструктивний бронхіт, асоційований з тимомегалією.

Клінічне дослідження проводилось за участі 35 дітей віком від 1 місяця до 3 років з ГОБ та тимомегалією, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні № 1 Сумської міської дитячої клінічної лікарні Св. Зінаїди. Залежно від проведеного лікування всі пацієнти були розділені на групи: групу I (11 дітей) склали пацієнти, що отримували стандартну терапію, відповідно до чинних методичних рекомендацій лікування ГОБ; група II (13 хворих) — до лікування яких було додано біопрепарат за схемою, що зазначена в інструкції протягом 2 тижнів; та 11 пацієнтів, які склали III групу отримували симбіотик за схемою протягом 4 тижнів.

Оцінка динаміки симптомів у дітей II групи показала, що у пацієнтів, які додатково отримували синбіотик спостерігалось вірогідне підвищення кількості біфідобактерій ( $(5,98 \pm 0,40)$  ІgКУО/г ( $p < 0,01$ )), лактобактерій ( $(4,99 \pm 0,27)$  ІgКУО/г ( $p < 0,05$ )), натомість, знижувалися титри грибів роду Кандида ( $(2,22 \pm 0,34)$  ІgКУО/г ( $p < 0,001$ )) порівняно з відповідними показниками групи I.

Проте комплексна терапія у хворих на обструктивний бронхіт та тимомегалією протягом 14 днів не призвела до нормалізації лабораторних показників.

Так, у хворих спостерігався більш значний дисбаланс біоценозу товстої кишки, який зберігався після 14 днів лікування із включенням синбіотику і потребувало модифікованої схеми з продовженням терапії до 28 днів.

Отже, дані клінічного дослідження підтверджують ефективність використання даного препарату у комплексному лікуванні дітей, хворих на ГОБ. Препарат добре переносився хворими й не чинив побічної дії.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЧАСТОТИ РОЗВИТКУ  
ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНИХ/ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ  
(ПВК/ВШК) ІЗ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ПЕРІОДУ РАННЬОЇ  
ПОСТНАТАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ**

*Редько О.К., доцент, Голуб Н.Д.<sup>1</sup>, Шелехова В.М.<sup>1</sup>, Логоша І.В.<sup>1</sup>, Дубровська О.В.<sup>1</sup>*

*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

*<sup>1</sup>Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Актуальність. Сучасні методи інтенсивної терапії в неонатології призвели до збільшення виживаності дітей з екстремально низькою масою тіла при народженні (ЕНМТ), що в свою чергу підвищило кількість дітей з наслідками перенесених уражень ЦНС. Метою даного дослідження було з'ясування залежності між частотою виникнення та тяжкістю ВШК і специфікою перебігу періоду ранньої постнатальної адаптації.

Матеріали і методи. Обстежено 68 новонароджених гестаційного віку (ГВ) 24-34 тижня, у яких на підставі нейросонографії (НСГ), що проводилася регулярно з 1-3-х діб життя, був поставлений діагноз «перивентрикулярні або внутрішньо шлуночкові крововиливи» (ПВК/ВШК). Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині у дітей до 999 г при народженні (ЕНМТ) становила  $4,15 \pm 1,14$  ( $n = 21$ ), у дітей з дуже низькою масою тіла (ДНМТ) 1000-1499 г -  $5,76 \pm 1,05$  ( $n = 21$ ), а серед новонароджених з масою 1500 г і більше -  $6,04 \pm 1,08$  ( $n = 26$ ). У всіх дітей при НСГ-дослідженні ПВК/ВШК було вперше виявлено: у віці 1-3 діб - у 9 дітей, на 4-7 добу - у 34 дітей, в період з 8 до 28 діб - у 25 дітей.

Результати. Переважна більшість ВШК III-IV ст. була виявлена у дітей з ЕНМТ (50%) і у дітей з ДНМТ (33%); на долю дітей з масою тіла при народженні 1500 г і більш довелося 17% від усіх ВШК III-IV ст. При цьому частота ПВК/ВШК I-II ст. розподілилася таким чином: у дітей з ЕНМТ - 20%, з ОНМТ - 30%, а серед дітей з масою 1500 г і більш - 50%. Всім дітям з ЕНМТ і 67% новонароджених з НМТ проводилася ШВЛ; тривалість ШВЛ склала більше 7 діб у всіх дітей з ЕНМТ (7-13 діб - 48%, більше 13 діб - 52%) і у 57% дітей з ДНМТ. Серед дітей з масою більше 1500 г ШВЛ проводилася у 88% дітей, але при цьому ШВЛ більше 7 діб зажадали 45% дітей. Серед дітей з масою 1000 г і більше тривалість ШВЛ ні у кого не склала більше 13 діб. Серед обстежених новонароджених з ПВК/ВШК III-IV ст. частота виявлення функціонуючої артеріальної протоки (ФАП) була наступною: у дітей з ЕНМТ - 33%, з ДНМТ - 25%. У дітей з масою тіла 1500 г і більше, що перенесли ПВК/ВШК III-IV ст., ФАП не виявлявся.

Висновки. 1) Частота розвитку важких форм ПВК/ВШК безпосередньо залежить від гестаційного віку, вираженості кардіо-респіраторних порушень і агресивності інтенсивної терапії, що проводиться.

2) ПВК/ВШК III-IV ст. Найчастіше розвивається в постнатальному періоді на першому тижні життя у дітей з ЕНМТ і ДНМТ.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕКОМБІНАНТНОГО ІНТЕРФЕРОНУ- $\alpha 2b$  У КОМПЛЕКСНОМУ  
ЛІКУВАННІ НЕОНАТАЛЬНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ**

*Редько О.К., доцент, Овсяннікова Л.І.<sup>1</sup>, Мороз Т.Д.<sup>1</sup>, Атрощенко О.В.<sup>1</sup>*

*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

*<sup>1</sup>Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Актуальність. Замісна терапія препаратами інтерферонів (ІФН) забезпечує пріоритет функціональної активності Т-хелперів 1 типу і клітинних реакцій імунітету, які важливі для видалення збудника з організму людини. ІФН підвищують кількість та функціональну активність Т-лімфоцитів, НК-клітин, сприяють нормалізації порушеного балансу цитокінів, що посилюють фагоцитоз макрофагів і нейтрофілів.

Мета: підвищення ефективності комплексної терапії неонатальних бактеріальних пневмоній з допомогою замісної терапії людським рекомбінантним інтерфероном- $\alpha 2b$  (препаратом Віферон-1).

**Методи.** Вивчення клінічної ефективності препарату Віферон-1 проводилося подвійним сліпим рандомізованим методом. Під спостереженням було 34 новонароджених дитини з бактеріальною пневмонією, які перебували на лікуванні у відділенні виходжування недоношених дітей СОДКЛ. I група - 18 дітей, які отримували в складі комплексної терапії Віферон - 1 по 1 свічці (150 000 МО) 3 рази на день протягом 7 днів ректально. II група - 16 дітей з пневмонією отримували комплексну (антибактеріальну, протигрибкову, посіндромну, інфузійну) терапію без проведення імунокорекції.

**Результати.** Включення препарату Віферон-1 в комплексну терапію неонатальних бактеріальних інфекцій сприяє більш швидкому поліпшенню стану дітей, зникненню клінічних ознак інфекційного токсикозу, скороченню термінів антибактеріальної терапії та тривалості стояння венозних катетерів, скороченню строків госпіталізації.

**Висновок.** Застосування рекомбінантного інтерферону- $\alpha 2b$  препарату Віферон-1 при неонатальних пневмоніях сприяє швидкому зникненню клініко-лабораторних симптомів системної запальної реакції за рахунок нормалізації інтерферонового статусу.

### **ЧАСТОТА ЛІМФОПЕНІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ**

*Редько О.К. – доцент, Шищук А.В., Азаренков А.В. - студ. 5-го курсу, СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

**Актуальність.** Кількісний і функціональний стан лімфоцитів в неонатальному періоді обумовлено важливою роллю імунокомпетентних клітин у розвитку адаптивної імунної відповіді на екзогенні та ендогенні антигени. Лімфоцити продукують медіатори імунної системи, фактори росту (ІЛ-2); серед них є субпопуляції антитілообразуючих і цитотоксичних клітин. Вивчення ролі лімфоцитів при ускладненому перебігу неонатального періоду допоможе удосконалити діагностику, прогноз і лікування новонароджених дітей.

**Мета:** вивчити частоту розповсюдженості лімфопенії у новонароджених дітей з ускладненим перебігом неонатального періоду.

**Метод:** проводився аналіз, обраних випадково, 134 історій хвороби дітей, які перебували на лікуванні у неонатальних відділеннях (відділення інтенсивної терапії, відділення патології новонароджених та виходжування недоношених) СОДКЛ в 2010-2014 рр.

**Результати:** абсолютною лімфопенією у новонароджених дітей вважають кількість лімфоцитів у периферичній крові менше  $2 \times 10^9$  клітин / л. Абсолютна лімфопенія за загальним аналізом крові зафіксована у 83 із 134 (62%) дітей у віці від 1 до 53 доби життя. При цьому у 44 з 83 дітей (53,6%) зниження кількості лімфоцитів нижче  $2 \times 10^9$  клітин /л відзначалося лише один раз за час спостереження, а у 39 з 83 дітей (46,4%) відзначені повторні епізоди лімфопенії. У 10 з 134 дітей (7,4%) основним клінічним діагнозом був неонатальний сепсис. У 8 з 10 дітей (80%) сепсис супроводжувався лімфопенією, і лише у 2 дітей (20%) сепсис протікав без лімфопенії. З 29 дітей з локалізованою формою бактеріальної інфекції у 20 (68%) дітей відзначалося зниження абсолютної кількості лімфоцитів. З 12 дітей з тяжким ураженням ЦНС у 8 (65%) були відмічені епізоди лімфопенії. Серед 4 немовлят з підтвердженою внутрішньоутробною вірусною інфекцією, у 2 дітей (50%) відзначалася лімфопенія. З 134 дітей 5 малюків (4,1%) померли. У всіх померлих дітей хоча б один раз відзначався епізод лімфопенії. У 3 дітей (60%) основним посмертним діагнозом був неонатальний сепсис, у 1 дитини (20%) – важке ураження ЦНС, у 1 померлого немовляти (20%) основним діагнозом були множинні вади розвитку органів і систем.

**Висновки:** Абсолютна лімфопенія часто зустрічається при різних патологічних станах неонатального періоду. Необхідне подальше поглиблене вивчення генезу і ролі лімфопенії у новонароджених дітей.

## ФАКТОРИИ РИЗИКУ, КЛІНІЧНА КАРТИНА І НАСЛІДКИ ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩОЇ ФУНКЦІОНУЮЧОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ПРОТОКИ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Редько О.К., доцент, Юсюк Л.А.<sup>1</sup>, Орехова Л.В.<sup>1</sup>, Богданова Г.В.<sup>1</sup>, Мошик О.І.<sup>1</sup>*

*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

*<sup>1</sup>Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Актуальність. В останні роки істотно зросла кількість новонароджених дітей з дуже низькою та екстремально низкою масою тіла при народженні (ДНМТ, менше 1500 г та ЕНМТ, менше 1000 г). Відповідно значно зросла частота гемодинамічно значущої функціонуючої артеріальної протоки (ГЗФАП) у недоношених - становить від 20 до 60% у дітей з ДНМТ та ЕНМТ.

Мета: уточнити фактори ризику, особливості клінічної картини, наслідки ГЗФАП у недоношених. В результаті дослідження планувалось розробити локальний протокол з рекомендаціями з діагностики та лікування ГЗФАП.

Матеріали та методи. Нами обстежено 65 недоношених дітей з гестаційним віком від 25 до 34 тижнів, масою тіла при народженні від 730 до 2140 г, які проходили лікування у відділенні інтенсивної терапії та реанімації новонароджених СОДКЛ. У всіх дітей розвинувся синдром ГЗФАП.

Результати. Факторами ризику розвитку ГЗФАП з'явилися важкий перебіг РДС, введення сурфактанту, баротравма легенів, перинатальна гіпоксія, значна інфузійна терапія. Клінічні ознаки ГЗФАП наступні: систолічний або систоло-діастолічний шум, знижений артеріальний тиск з великою систоло-діастолічною різницею, що вимагає тривалої кардіотонічної терапії, висока частота легеневої кровотечі, гепатомегалія, наростання серцевої недостатності після переливання препаратів крові, порушення функції нирок і розвиток НЕК внаслідок діастолічного обкрадання в ниркових і мезентеріальних судинах. Частота симптомів становила від 45 до 90%. Стандартом діагностики були висновки ехокардіографії з наявністю таких ознак ГЗФАП: ліво-правий шунт, порушення діастолічного кровоплину в аорті та судинах головного мозку, нирок, кишечника; діаметр протоки більше 1,5 мм, співвідношення АП/Ао більш 1,3-1,5 (1,3 - у дітей з обмеженням обсягу інфузії, 1,4-1,5 - у дітей з нормальним об'ємом), швидкість іастолічного кровоплину в лівій легеневої артерії більше 20 см/сек. Наявність ГЗФАП асоціювалося з високою частотою розвитку внутрішньошлуночкових крововиливів (ВШК III-IV ст.), з підвищенням частоти і ступеня тяжкості ретинопатії недоношених, зі збільшенням тривалості ШВЛ і тривалості перебування в стаціонарі. На частоту формування бронхолегеневої дисплазії (БЛД), перивентрикулярної лейкомаляції (ПВЛ) і летальність наявність ГЗФАП впливу не зробило. Незважаючи на те, що протока втрачала гемодинамічну значимість максимально до 14-15-му доби життя у 55% дітей, частота ускладнень, пов'язаних з ним, велика за рахунок ВШК III-IV ст., які мали місце у 36% цих хворих. Тривале персистування ГЗФАП мало місце переважно у дітей з вагою при народженні менше 1000 г, гестаційним віком до 27 тижнів.

Доведено виражений негативний вплив ГЗФАП на мозковий, нирковий і мезентеріальний кровотік, а також збільшення тривалості ШВЛ і залежності від кисню. У зв'язку з цим необхідно якомога більш ранній початок медикаментозного або хірургічного лікування з адекватною респіраторною, кардіотонічною, інфузійною та діуретичною терапією.

## ТОПІЧНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ЛІЗАТИ У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО ТА ТРИВАЛО ХВОРИЮТЬ

*Романюк О.К., доцент, Гончарова Н.Ф., Марченко С.М., лікарі  
Сумський державний університет,  
Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ІІІ і ДІ  
Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди*

На частку гострих респіраторних інфекцій припадає понад 90% усіх хвороб верхніх дихальних шляхів. У дітей це багато в чому є результатом недостатності імунологічного захисту, елементи якого розташовані, в тому числі і в слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів. До чинників, які сприяють хронічному перебігу захворювань, можна віднести тривалу персистенцію в організмі мікробів, внутрішньоклітинних збудників, грибів і вірусів.

Метою дослідження стало вивчення мікробіоценозу слизової верхніх дихальних шляхів при респіраторних захворюваннях. Для досягнення поставленої мети проведено аналіз та дано узагальнення результатів спостереження та обстеження 15 дітей, що часто та тривало хворіють. План обстеження дітей включав загальний клінічний огляд та обстеження (в т.ч. рентгенологічне дослідження грудної клітини), а також виконаний мікробіологічний аналіз посіву мікрофлори із зіву. За результатами комплексного обстеження була призначена етіотропна терапія, доповнена призначенням суміші лізатів бактерій. Вивчення мікробіологічного пейзажу ротоглотки дітей, що часто та тривало хворіють виявило дисбіотичні зміни складу мікрофлори

Мікрофлора ротоглотки до лікування і через 3 місяці після терапії, що включала суміш лізатів бактерій

Мікроорганізми	Частота висівання, абс. (%) до лікування, n = 15	Частота висівання, абс. (%) після лікування, n = 9
S. pneumoniae	11 (73)	3 (33)
Neisseria spp	8 (53)	2 (22)
S. aureus	7 (46)	1 (11)
Escherichia coli	1 (6)	0
Гриби Candida	1 (6)	0
S. pyogenes	1 (6)	0

Застосування суміші лізатів бактерій в поєднанні з антибіотиками та противірусними препаратами дозволило добитися більш швидкої санації ротоглотки. Зокрема, через 3 міс було виявлено істотне зменшення висівання патогенної та умовно-патогенної мікрофлори (пневмококу, нейсерії, золотистого стафілококу).

## ІНФЕКЦІЙНИЙ ТА ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ У ДІТЕЙ

*Романюк О.К., доцент, Кригіна М.І., лікар, Слободян Г.І., студентка  
Сумський державний університет,  
Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ІІІ і ДІ  
Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди*

У виникненні та прогресуванні atopічного дерматиту (АД) істотна роль належить інфекційним агентам з властивостями суперантигенів.

Метою дослідження стало вивчення мікробіоценозу шкіри і кишківника при різних формах АД. Для досягнення поставленої мети проведено аналіз та дано узагальнення

результатів спостереження та обстеження 23 дітей з проявами АД. Хворих розділили на дві підгрупи: I підгрупа - діти з неускладненим перебігом АД (13 дитини); II підгрупа - діти з ускладненим перебігом АД (10 дітей).

Дизайн дослідження передбачав визначення ступені тяжкості захворювання за шкалою SCORAD, характеристику і контроль мікробної флори шкіри, кишківника. Мікроскопічно і культурально верифікували *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) і *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) в 39,50% випадків, в 9,52% - були виявлені дріжджоподібні гриби роду *Candida albicans* (*C. albicans*) у високій концентрації, *Malassezia* spp., міцеліальні дерматофіти (*Trichophyton* spp., *Epidermophyton* spp.), а в 35,12% - встановлена колонізація шкірних покривів асоціацією стафілококів і грибів. Частота *St. aureus* з ураженої шкіри при ускладненому перебігу АД склала 88,4% з високим ступенем обсіменіння. При дослідженні мікрофлори шкірних покривів дітей з неускладненою формою АД стафілокок висівали в 75,7% випадків, причому переважав *St. epidermidis* (35,3%).

При дослідженні мікрофлори кишківника з'ясували, що низька концентрація лактобактерій відзначалася в обох підгрупах (зниження на 3-4 порядки від норми). З умовно патогенної флори у дітей з неускладненим перебігом АД найчастіше зустрічали *St. aureus* (35,7%). А у дітей з ускладненими формами АД висівали *St. aureus* (29,4%) і *St. epidermidis* (23,5%) в концентраціях, що перевищують норму. Протей (*Pr vulgaris*) був виявлений тільки у дітей II підгрупи (17,6%).

Можна вважати патогенетично обгрунтованим проведення заходів, спрямованих на відновлення біоценозу шкіри і кишківника. Такими засобами можуть бути відповідно антисептики і пробіотики.

## ВПЛИВ МЕТОДУ РОЗРОДЖЕННЯ НА РАННІ НЕОНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ

*Сиром'ятнікова К.С., Сміян С.А., Сміян О.І.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

*Кафедра акушерства та гінекології*

Кесарів розтин (КР) відомий з 20-х років ХХ століття як метод розродження при клінічно вузькому тазі, гострому дистресі плода, попередніх рубців на матці, поперечному положенні плода, відмові жінки від вагінальних пологів. В Україні частота КР постійно зростає (з 9,58% у 1999 році до 16,10% у 2009 році), що збільшує ризик материнської і перинатальної захворюваності та смертності. Даний метод розродження має негативні наслідки, які можуть проявлятися одразу або ж мати віддалений вплив. Близькі наслідки: синдром дихальних розладів, гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС, які можуть призвести до ранньої неонатальної загибелі плода; віддалені наслідки: несприятливий перебіг адаптаційного періоду новонароджених, затримка психомоторного та мовного розвитку, дитячий церебральний параліч, епілепсія, аутизм.

Вивчення структури ведення пологів, зокрема оперативних розроджень, для пошуку шляхів зниження показників захворюваності та смертності серед немовлят, які народились шляхом КР у порівнянні з такими, що народились вагінальним шляхом.

Проведена оцінка структури ведення пологів та раннього неонатального періоду у Сумському обласному перинатальному центрі.

Проаналізовано історії пологів та карти новонароджених Сумського обласного перинатального центру за період з січня 2013 року по грудень 2014 року. Використовували статистичні методи дослідження.

Частка оперативних розроджень за період з січня по грудень 2014 року вища у порівнянні з аналогічним періодом 2013 року (167,4 на 1000 пологів проти 157,9 на 1000 пологів). Рання неонатальна смертність при даному виді розродження значно зростає: з 2 випадків на 1000 пологів у 2013 році до 12 випадків у 2014 році.

Таким чином, розродження за допомогою КР супроводжується підвищеним неонатальним ризиком для плода, що може призвести до неонатальної смерті. Припускаємо, що зменшення частки оперативних пологів можна добитись активнішим впровадженням вагінальних пологів після КР, переглядом тактики ведення та стимуляції пологів, що призведе до зменшення необґрунтованих неонатальних ризиків.

### **ІМУНОКОРИГУЮЧА ТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ**

*Січненко П.І., доц.; Бугаєнко В.О., Куропятник Н.П., Хрін Н.В. - лікарі-педіатри,*

*Ваганян А.Г., Січненко Д.П. студенти 4 курсу*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій,*

*КУ "Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди"*

Гострі респіраторні інфекції (ГРВІ) у дітей займають одне із провідних місць у структурі захворювань органів дихання і, не дивлячись на сучасні досягнення медичної науки у плані діагностики та лікування, дані інфекції мають тенденцію до зростання поширеності та важкого перебігу захворювання. За даними літератури, частота респіраторних інфекцій за останні 10 років збільшилась більш ніж на 7 %. Значно збільшилась кількість випадків захворювань з тяжким перебігом, що потребувало госпіталізації до стаціонару і, відповідно, подорожчання вартості лікування. Середня кількість епізодів ГРВІ у дітей віком від 6 місяців до 6 років – 4–6 на 1 рік з подальшим зменшенням захворюваності. Така частота випадків ГРВІ у даному віці вважається онтогенетичною особливістю дитячого організму, а не відхиленням від норми. У разі, якщо частота респіраторних інфекцій більше ніж 6–8 разів на 1 рік, адекватного відновлювання функціонування імунної системи не відбувається, що потребує більш ретельного нагляду за такими хворими із застосуванням нових більш ефективних комплексних заходів профілактики та лікування ГРВІ.

З метою розробки оптимальних шляхів покращання ефективності терапії та профілактики ГРВІ у дітей нами вивчена ефективність застосування імуномодулюючого препарату «Лікопід», діюча речовина якого – глюкозамінілмураміддипептид – речовина, яка стимулює фагоцитарну макрофагів, нейтрофілів, посилює їх бактерицидну та цитотоксичну дію, підвищує проліферацію Т- і В-лімфоцитів, стимулює синтез специфічних антитіл.

Ефективність препарату вивчали у 83 дітей з гострими вірусними інфекціями віком від 6 місяців до 6 років. Добова доза препарату складала від 0,5 мг дітям до 1 року до 1 мг дітям від 1 до 6 років – 1 раз на добу упродовж 10 діб. Показами для призначення лікопиду була наявність частих ГРВІ у дітей, діагноз яких встановлювався на підставі клініко – лабораторних даних.

На фоні проведеної терапії лікопідом виявлений позитивний клінічний ефект у 93 % хворих дітей – зменшення інтоксикації та респіраторної симптоматики, стійка нормалізація температури спостерігались уже на 2–3 добу після призначення препарату. Катаральні прояви зменшились практично у всіх обстежених дітей, кашель на кінець лікування залишався у 3 дітей у вигляді нечастого продуктивного кашлю. Середня тривалість лікування дітей з ГРВІ складала 6 діб. Застосування лікопиду показало його хорошу переносність у дітей. Частота повторних госпіталізацій серед дітей, які отримували лікопід зменшилась майже вдвічі, а по даним катamnестичного нагляду частота звернень з приводу ГРВІ за медичною допомогою до дільничного лікаря зменшилась на 43 %, що свідчить про досить високу його ефективність і безпеку застосування при лікуванні та профілактиці ГРВІ у дітей.



## ВЕРИФІКАЦІЯ ЗБУДНИКІВ ГРВІ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ М. СУМ ЗА ЕПІДСЕЗОН 2014 РОКУ

*О. І. Сміян, д.мед.н., проф., Є. В. Дмитрова, аспірант*

*Сумський державний університет*

*Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій*

Інфекції дихальних шляхів найбільш поширені серед хвороб людини. На гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), у структурі інфекційної захворюваності, припадає майже 70 % . За даними ВООЗ, протягом року доросле населення хворіє на ГРВІ 2-3 рази, а дитяче до 10 разів. Більшість збудників ГРВІ мають загальний патогенетичний механізм розвитку інфекції. Для призначення ефективного лікування, запобігання ускладнень, а також для проведення епідеміологічного надзору за інфекцією необхідно верифікувати вірус. Для встановлення етіологічного діагнозу ГРВІ розроблена й широко впроваджена в практику специфічна діагностика виявлення антигенів збудників методом флюоресціюючих антитіл (МФА), імунохроматографічного аналізу (ІХА), визначення їх генетичного матеріалу в полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР), а також серологічної відповіді на віруси грипу (ІФА, РЗК, РГГА та ін.).

Мета роботи: вивчити етіологічну структуру ГРВІ серед дитячого населення в м. Суми за епідсезон 2014 року методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

При обстеженні 38 хворих на ГРВІ, що знаходилися на амбулаторному лікуванні Сумської міської дитячої клінічної лікарні, методом ПЛР виявлено такий спектр збудників: RS- вірус - у 3 (7,89%), метапневмовірус - у 3 (7,89%), вірус парагрипу-1-4 - у 4 (10,52%), коронавірус – у 5 (13,15%), риновірус - у 11 (20,95%), вірус грипу А - у 3(7,89%), грипу В - у 1 (2,63%), бокавірус – 2 (5,26%) , аденовірус – 6 (15,78%).

Таким чином, за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, верифікація збудників гострих респіраторних вірусних інфекцій серед дитячого населення дозволяє своєчасно призначити етіопатогенетичне лікування та запобігти розвитку ускладнень.

## ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

*Сміян О.І., Лобода Т.О.\**

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ, \*Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Пієлонефрит (ПН) – поширена патологія у дитячій популяції, яка займає 1 місце серед інших нефропатій, та обіймає 2 позицію в структурі загальної захворюваності після ГРВІ та кишкових інфекцій.

Мета роботи – проаналізувати літературні дані та обґрунтувати доцільність застосування магнітолазеротерапії в комплексному лікуванні ПН у дітей.

Морфологічні зміни при пієлонефриті характеризуються переважним ураженням тубуло- інтерстиційної тканини у вигляді атрофії і дистрофії каналців, велико- та дрібно вогнищового склерозу мозкового та коркового шарів нирок, лімфогістіоцитарної інфільтрації, набряку інтерстицію, що викликають вторинні порушення мікроциркуляції. Зазначені зміни мають повільний зворотний розвиток під впливом лише медикаментозної терапії, тому застосування преформованих факторів в комплексному лікуванні дітей є актуальним. Найбільш часто при ПН застосовуються УВЧ-, СВЧ- терапія, електрофорез лікарських засобів, ультразвукова терапія. Але використання комбінованого впливу (магнітолазер) за зональною методикою дозволяє підвищити ефективність лікування.

Інфрачервоне лазерне випромінювання проходить через біологічні тканини, проникаючи в оптично анізотропні живі тканини, та практично не зберігає когерентності. При цьому досягається більш рання, порівняно зі звичайною антибактеріальною терапією, нормалізація температури тіла, зменшення інтоксикації, швидка ліквідація больового

синдрому, що обумовлено поліпшенням мікроциркуляції у вогнищі запалення, створенням достатньої концентрації антибактеріального препарату в ураженій нирці. Терапевтичний ефект інфрачервоного лазерного випромінювання значно зростає в магнітному полі.

Лікування можна розпочинати на 2-3 добу після нормалізації температури тіла. Найбільш виправданим є застосування наступної схеми лікування: 1) на зону проєкції нирок 1 хв. з частотою 5 Гц, 2) на попереково-крижову ділянку хребта 1 хв. з частотою 1500 Гц, 3) на ділянку сонячного сплетіння 1 хв. з частотою 50 Гц. Курс лікування включає 10 процедур.

Наступним шляхом є напрацювання практичних рекомендацій застосування зазначеної методики у дітей з ПН, оцінка результатів комплексного лікування та термінів перебування в стаціонарі.

### **СТАН РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ST. AUREUS ПРИ ЛІКУВАННІ ГРВІ НА ТЛІ СТАФІЛОКОККОНОСІЙСТВА У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.**

*Сміян О.І. проф., Москаленко Ю.О., аспір..*

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії та дитячих інфекцій*

Резистентність нозокоміальної флори до антибіотиків (АБ) є актуальною проблемою, найчастіше у педіатрії АБ використовуються у комплексному лікуванні гострих респіраторних вірусних захворювань (ГРВІ) за показаннями при тривалій лихоманці, ускладненнях, наявності вогнищ хронічної інфекції. ГРВІ складають більше 70% загальної інфекційної захворюваності у дітей. Наявність стафілококконосійства у зіві є фактором збільшення тривалості ГРВІ, розвитку бактеріальних ускладнень, а також формування у популяції флори, резистентної до  $\beta$ -лактамів, виділення у оточуюче середовище резистентних патогенних мікроорганізмів, що має негативний вплив на здоров'я суспільства.

Метою роботи було дослідження сучасного стану резистентності *St. aureus* у дітей зі стафілококконосійством у зіві до пероральних форм  $\beta$ -лактамічних АБ, рекомендованих як препарати емпіричної терапії наказом № 354 від 09.07.2004.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 15 дітей віком від 3 до 17 років. Пацієнти отримували амбулаторне лікування з приводу ГРВІ та наявності патогенної флори у зіві.

За даними бактеріологічного дослідження зіву у пацієнтів був виявлений *St. aureus*. Чутливість до  $\beta$ -лактамічних АБ була збережена у 14 хворих (93,3 %) та знижена у 1 дитини (7,6 %). У всіх пацієнтів після адекватного лікування (місцевого та системного) була досягнута ерадикація золотистого стафілококку.

Таким чином, встановлено, що під час обстеження дітей з носійством *St. aureus* у зіві під час лікування ГРВІ на сучасному етапі чутливість до  $\beta$ -лактамічних АБ склала 93,3 %, що необхідно враховувати при виборі адекватного лікування цієї категорії хворих.

### **ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ CD4+ ТА CD8+ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ З МОНО-ВАРІАНТОМ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

*Сміян-Горбунова К. О. \*, Ємець О. М. \*\*, Кругляк С. І., Татаренко С.Д. \*\*\**

*\* аспірант 2-го року кафедри педіатрії ПО з курсами ПП і ДІ*

*\*\* головний лікар СМДКЛ Св. Зінаїди*

*\*\*\* лікар СМДКЛ Св. Зінаїди*

*Сумський державний університет, Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Ротавірусна інфекція (РВІ) займає важливе місце в структурі інфекційної захворюваності дитячого віку. Захворювання широко розповсюджене та частіше за інші кишкові інфекції сприяє розвитку тяжкої діареї зі зневодненням у дітей перших років життя.

Майже кожна дитина до трьох річного віку переносить РВІ, хоча б один раз у житті. Важливе значення в захисті організму від інфекції належить клітинній ланці імунітету.

Метою нашого дослідження було вивчення динаміки показників CD4+ та CD8+ клітинної ланки імунітету в дітей з моно-варіантом РВІ.

Під нашим спостереженням знаходилось 16 дітей хворих на моно-варіант ротавірусної інфекції, що знаходились на стаціонарному лікуванні КУ СМДКЛ Св. Зінаїди. Групу контролю склали 15 практично здорових дітей. З метою дослідження клітинної ланки імунної системи пацієнтам було визначено вміст CD4+ та CD8+ у сироватці крові методом імунофлюорисценції з моноклональними антитілами в гострому періоді хвороби та в періоді реконвалесценції.

В ході дослідження було встановлено, що гострий період характеризувався достовірним зниженням показника CD4+ до  $(31,25 \pm 0,65) \%$  у порівнянні зі здоровими дітьми  $(36,47 \pm 0,48) \%$  ( $p < 0,001$ ). В той же час концентрація CD8+ підвищувалась до  $(19,43 \pm 0,56) \%$  проти  $(17,93 \pm 0,41) \%$  групи контролю ( $p < 0,05$ ). В періоді реконвалесценції спостерігалось достовірне підвищення CD4+ до  $(34,06 \pm 0,44) \%$ . Поряд з тим відбувалось зниження показника CD8+ до  $(18,94 \pm 0,27) \%$  ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, гострий період моно-варіанту РВІ в дітей характеризувався достовірним зниженням CD4+ та підвищенням CD8+. В періоді реконвалесценції відбувалась зміна показників в бік групи контролю, проте вони не досягали їх значень.

### **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*Спільна І. В., лікар-інтерн, Сміян О.І., проф., Мозгова Ю. А., асист.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра педіатрії післядипломної освіти*

Захворювання серцево-судинної системи (ССС) є найбільш актуальною проблемою сучасної медицини, і зокрема, педіатрії, що зумовлено їх прогресуючою частотою, в більшості випадків тривалим перебігом та несприятливим прогнозом.

Мета. Встановити особливості клінічного перебігу патології серцево-судинної системи у дітей, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ).

Методи дослідження. Усім дітям було проведені загальноклінічні обстеження. Під наглядом знаходилось 55 дітей з ураженням серцево-судинної системи, що часто хворіють на ГРЗ, які лікувались у денному стаціонарі СМДКЛ з 2013 по 2014 рр.

Результати. Було встановлено, що більшість дітей, які часто хворіють на ГРЗ, скаржилися на біль у ділянці серця - 61,82 %, у 45,45 % пацієнтів виявлялася загальна слабкість, у 58,18 % - втомлюваність, у 12,73 % - задишка при фізичному навантаженні, у 16,36 % - серцебиття, 16,36 % хворих скарг не мали. При аускультатії серця у переважної частини пацієнтів (67,27 %) вислуховувався систолічний шум у точці Боткіна-Ерба, над верхівкою та по лівому краю грудини. Приглушення тонів серця виявлялося у 34,55 % дітей, послаблення I тону – у 20,00 %. Скарги в усіх хворих посилювались після перенесеного гострого респіраторного захворювання.

Висновок. Таким чином, основними клінічними особливостями ураження серця на тлі повторних ГРЗ були поступовий розвиток симптомів ураження серцево-судинної системи, зв'язок з перенесеним респіраторним захворюванням, скарги на кардіалгію, аускультативно-систолічний шум. Отже, для визначення природи виявленої симптоматики необхідне застосування додаткових методів дослідження серця та тривале ретельне спостереження за дітьми, що часто хворіють на ГРЗ.

## АНАЛІЗ НЕОНАТАЛЬНИХ ШКАЛ ОЦІНКИ НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДИТИНИ

*Тарасова І.В.,<sup>1)</sup> Богданова Г.В.,<sup>1)</sup> Гапієнко О.І., Мальцева А.С.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

*<sup>1)</sup> Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Основою діагностики перинатальних уражень є детальний аналіз клініко-анамнестичних даних з метою виявлення генезу гіпоксії плода, наявність якої у більшості випадків є найбільш важливою у діагностиці асфіксії новонародженого. Не менш важливе значення має детальний огляд новонародженого та оцінка неврологічного статусу – врахування положення та загального стану дитини, його пози, спонтанної та стимулюючої рухової активності, зміни м'язового тону та вираженості рефлексів вродженого автоматизму, особливостей сухожильних та пізніх рефлексів, наявність змін черепно-мозкової інервації, асиметрії тону та рефлексів, стан черепних швів і тім'ячок. Для попередження суб'єктивізму в оцінці неврологічного статусу новонародженого використовують стандартизовані неврологічні шкали, зокрема шкалу Т. В. Brazelton (1973), неврологічний огляд доношеної дитини за Н.Ф.Р. Prechtl (1977) і за L.M.S. Dubowitzetal (1981) та французьку схему С.Аmiel-Tisonetal (1980), які дозволяють диференціювати нервову систему з усіма можливими стандартними відхиленнями, обумовленими ураженням нервової системи немовляти.

Відповідно до прийнятих положень «Міжнародного консенсусу щодо визначення причинних зв'язків між інтранатальними подіями та розвитком дитячого церебрального паралічу» (1999), який підтримали 16 провідних світових професійних медичних організацій, терміни «асфіксія при народженні» не слід уживати у клінічній практиці. Якщо неможливо точно визначити час виникнення цих змін, доцільно використовувати термін «перинатальна асфіксія». Рекомендації «Світової неврологічної федерації з профілактики ДЦП та асоційованих порушень» (1997) подають саме таке визначення асфіксії і підкреслюють, що терміни «перинатальна асфіксія», «асфіксія новонароджених» або «гіпоксично-ішемічна енцефалопатія» не слід вживати без наявності у дитини симптомів специфічного неврологічного ураження, пов'язаного з гіпоксією. Таким чином, у сучасному розумінні терміни «асфіксія новонароджених» і «гіпоксично-ішемічна енцефалопатія» практично ототожнюються в контексті ураження ЦНС при тому, що 75 % неонатальних енцефалопатій не пов'язані з інтранатальною асфіксією.

В педіатричній неврологічній практиці існує велика кількість клінічних схем оцінки неврологічного статусу дитини. Серед оригінальних схем оцінки неврологічного стану новонародженого необхідно в першу чергу згадати шкалу оцінки поведінки новонародженого Т.В.Бrazelton (Neonatal Behavioral Assessment Scale – NBAS, 1973 року. Шкала NBAS спрямована на оцінку неврологічного стану новонародженого у процесі його взаємодії з дослідником, при якій дитина відіграє активну роль.

Іншою шкалою неврологічного огляду доношеної дитини є шкала, запропонована Н.Ф.Р.Prechtl у 1977 році.

Ця шкала містить загальні принципи огляду з включенням патернів обстеження, періоди обстеження та оцінку неврологічного стану дитини при різних положеннях (на спині, на животі, вертикально).

Французька схема неврологічного огляду новонародженого С. Amiel-Tison та ін. (1980 рік) розрахована на оцінку неврологічного стану дитини до першого року. Її особливість полягає в еволюційній направленості неврологічної оцінки дитини з позиції акушера, батьків дитини, неонатолога, фізіотерапевта, нейропсихіатра та епідеміолога.

Наступною оригінальною схемою оцінки новонародженого є шкала неврологічного обстеження новонародженого, яка була запропонована L.M.S.Dubowitz та співавторами (1981 рік). Особливість цієї схеми обстеження полягає в тому, що вона розрахована на огляд як доношеного так і недоношеного новонародженого, а також грудних дітей.

Шкала «Neonatal Intensive Care Unit Network Neurobehavioral Scale» (NNS) (нейроповедінкового розвитку немовлят, які отримували інтенсивну терапію), запропонована С.Ф. Zachariah Boukydis та ін., дозволяє оцінювати неврологічний стан дитини в балах та надає можливість здійснювати спостереження за новонародженими в динаміці різними спеціалістами.

Заслуговує також на увагу скринінг-схема оцінки стану нервової системи новонародженого (профілю пригнічення та збудження), запропонована А.Б. Пальчиком в 1993 році. В основі цієї схеми обстеження, крім загальноприйнятих положень лежать профілі, особливістю яких є простота. Крім того, в скринінг-схемі є шкали оцінки метаболічних та нейрофізіологічних механізмів пригнічення та збудження новонародженої дитини.

## ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ КОБАЛЬТУ, НІКЕЛЮ ТА СВИНЦЮ У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСІЄЮ

*Тарасова І.В., Касян С.М., Романовська А.А.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Погіршення екологічної ситуації в сучасних умовах призводить до підвищення навантаження на організм токсичних речовин, зокрема важких металів, які призводять до виснаження адаптаційних реакцій фетоплацентарної системи і перинатальної патології. У свою чергу, новонароджені з перинатальною патологією мають високий ризик виникнення порушень обміну мікроелементів (МЕ). Токсична дія важких металів в пренатальному періоді визначається їх проникненням через плацентарний бар'єр з подальшим тератогенним, ембріотоксичним, канцерогенним ефектом, порушенням імунітету і репродукції. При мікроелементному дисбалансі виникають умови для ушкодження структури генів, порушень процесу мітозу, диференціювання загибелі клітин, що має значення для органогенезу, розвитку спадкових і природжених захворювань. Негативний вплив дефіциту і дисбалансу МЕ на плід в подальшому житті маніфестує затримкою фізичного і психічного розвитку, порушеннями адаптації функцій і хронічними захворюваннями. Недостатньо вивчена роль порушень мікроелементного гомеостазу в патогенезі гіпоксії.

Метою роботи було визначити вплив місту кобальту, нікелю, свинцю на систему мати-плацента-плід у дітей, які народилися з гіпоксією. Визначення цих МЕ проводили в сироватці крові і еритроцитах 30 вагітних жінок і їх дітей, які перенесли асфіксію при народженні. Гестаційний вік обстежених складав 38 і більше тижнів. Групу порівняння склали 30 здорових жінок та їх 30 здорових доношених новонароджених. Вміст мікроелементів у біоматеріалах новонароджених і їх матерів визначали методом мас-спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115М1, виробництва НВО "Selmi" (Україна).

Статистична обробка результатів досліджень проводилася за допомогою програм "Statistica" та "Excel". Використовувалися методи варіаційної статистики, придатні для медико-біологічних досліджень.

Доведено, що надлишок та дисбаланс токсичних мікроелементів в організмі вагітної жінки, порушення функції плаценти призводять до дисбалансу цих мікроелементів в організмі плода і новонародженого. Про це свідчить дефіцит кобальту і значно підвищений вміст свинцю і нікелю в сироватці крові вагітних жінок, які народили дітей із перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС. У сироватці крові новонароджених із гіпоксією, вміст кобальту був значно понижений, тоді, як вміст свинцю і нікелю - в середньому в 2 рази більшим у порівнянні зі здоровими новонародженими. У еритроцитах крові матерів, які народили дітей із гіпоксією вміст нікелю був на 42,6% , а свинцю на 7,9% більшим ніж у здорових жінок. Середній рівень кобальту, нікелю та свинцю в еритроцитах новонароджених із гіпоксією був на 40% вищим ніж у групі порівняння. У плаценті жінок, які народили дітей з гіпоксією спостерігався дефіцит кобальту, що створює умови для швидшого його проникнення до плода, але функція накопичення при цьому пригнічується. Концентрація свинцю і нікелю в плацентах жінок, які народили дітей з перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС, була достовірно

більшою, порівняно з плацентами жінок, які народили здорових доношених новонароджених. Отримані дані свідчать про порушення у плаценті механізмів захисту плода, які існують за нормоксичних умов його розвитку.

## ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ

*Трахтенберг К.Д., студент 4 курсу*

*Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Метою нашого дослідження було вивчення серцево-судинної системи (ССС) у дітей з ожирінням. Було проведено комплексне клінічне обстеження 18 дітей від 8 до 12 років (дівчаток – 6, хлопчиків – 12) з I–III ст. ожиріння в умовах ендокринологічного відділення Сумської обласної дитячої поліклініки. Обстеження включало оцінку анамнезу антропометричних даних, а також виконання ЕКГ, виміру артеріального тиску (АТ). Із анамнезу, зі слів батьків, надмірна вага відмічалась з 3–5 років життя – 28%, з 5 років – 52%, з 7 років – у 20%. З анамнезу скарг виявлено, що надмірна вага турбує 62% хлопчиків і 84% дівчаток та їх батьків. З інших скарг найбільш часто у дітей з II – III ст. ожиріння були: головні болі у 43,5%, болі у ділянці серця і задишка при фізичному навантаженні – 33,8%. Власне серцебиття відчували 23% хлопчиків і 36% дівчаток. Підвищення артеріального тиску до  $130 \pm 0,2$  та  $90 \pm 0,3$  мм. рт. ст. відмічалось у 18% дітей. У ході дослідження дітей з ожирінням було встановлено, що кількість хворих хлопчиків переважає над кількістю хворих дівчаток. У 82% обстежених дітей з I–III ст. ожиріння був абдомінальний тип, а у 86% спостерігався стріарний синдром. Вегетативні порушення зареєстровані у 87% дітей з ожирінням, мармуровість шкіри, гіпергідроз долоней і стоп (67% хворих), послаблення тонів серця (90%), систолічний шум над верхівкою серця і у точці Боткіна – 70%, акцент II тону над аортою у 6% дітей. По ЕКГ дослідженням у 62% дітей встановлено порушення функції ССС: синусова аритмія у 30% випадків, синусова тахікардія у 18%, порушення шлуночкової прохідності у 12%, реполяризація в міокарді – 17%. Встановлений кореляційний взаємозв'язок систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску з показниками росту ( $r = 0,58-0,36$ ;  $p < 0,001$ ), вагою тіла ( $r = 0,39-0,35$ ;  $p < 0,001$ ), а також між середнім значенням САТ з синусовою тахікардією ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ) і порушенням процесів реполяризації ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,001$ ). Таким чином виявлений ряд порушень функції ССС у дітей 8 – 12 років, що викликає певне занепокоєння, так як серцево-судинні порушення, пов'язані з ожирінням, виникають у дитячому віці, задовго до клінічної маніфестації захворювань у підлітковому і дорослому віці.

## КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ

*Фендик М.М., студентка*

*Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Останнім часом зростає цікавість дослідників до перинатальної нефрології, що обумовлене збільшенням кількості вроджених та спадкових нефропатій у новонароджених, зростанням хронічних захворювань нирок та інвалідизації дітей внаслідок перенесеної патології в неонатальному періоді, латентним перебігом уражень органів сечової системи у новонароджених. Провідним чинником у формуванні патології немовлят служить гіпоксія, в умовах якої відбуваються перерозподіл плодового кровотоку з переважним кровопостачанням життєво важливих органів і спазм периферичних судин, у першу чергу, судин нирок. У періоді новонародженості найбільш часто відзначається транзиторне порушення функції нирок (ішемічна нефропатія, токсико-ішемічна нефропатія, шокова нирка, транзиторная ниркова

недостатність), яке при несприятливих умовах може приводити до розвитку гострої ниркової недостатності.

Актуальність дослідження визначається відсутністю високочутливих і в той же час доступних неінвазивних діагностичних методів раннього виявлення ураження нирок у новонароджених.

Мета дослідження: дослідити кристалографічну структуру фацій сечі у доношених дітей із асфіксією при народженні та визначити діагностичні маркери ушкодження нирок.

Обстежено 150 доношених новонароджених з гестаційним віком 38-41 тижні і ознаками ураження нирок внаслідок асфіксії: 75 дітей, які перенесли тяжку асфіксію, та 75 дітей з помірною асфіксією. Групу порівняння склали 20 здорових доношених новонароджених (ЗДН) (гестаційний вік  $39,8 \pm 0,23$  (39-41) тиж.). Ураження нирок діагностували у разі значного порушення функції нирок – рівень креатиніну в плазмі крові більше 89 мкмоль/л, рівень сечовини в плазмі крові більше 8 ммоль/л, олігурія (діурез менше 1 мл/кг/год). Матеріалом для дослідження була ранкова порція сечі, яку збирали о 8-10 годині ранку на 1-2 та 7-8 добу життя. Виявлення морфологічних змін виконувалося у висушеній краплі шляхом мікроскопічного дослідження за допомогою світлового мікроскопу в звичайному світлі та темному полі при 40-кратному збільшенні. Фотозйомка здійснювалась за допомогою цифрової системи вибору зображень «SEOSCAN Lab IEX 285AK-FIEE – 1394» (Україна). Для подальшої обробки зображень використовували програми AxioVisionLE 4.8.2.0 (Carl Zeiss Micro Imaging GmbH) та PhotoM 1.21 (А.Черниговский).

Окрім опису морфологічних характеристик фації проведені математичні розрахунки висушених крапель – визначали загальну кількість кристалів та їх площу, що дозволило застосувати статистичні методи при аналізі фацій. Статистична обробка результатів досліджень здійснювалась методами варіаційної статистики за допомогою програми Statistica 6.1. Визначали середньоарифметичне (M), похибку середньоарифметичного (m), показник достовірності (p) обчислювали за допомогою критерію Ст'юдента (t). Різницю вважали вірогідною при  $p < 0,05$ .

При дослідженні сечі ЗДН виявлено схильність до аморфізації фацій (низький вміст кристалів солей) та відсутність розподілу на крайову та центральну зони. Незначна кількість кристалів в краплях сечі доношених малюків без асфіксії обумовлена низькою втратою солей та органічних молекул (білків) в фізіологічних умовах, що призводить до зниженої здатності сечі до формування органічно-мінеральних текстур.

У новонароджених з ураженням нирок на тлі асфіксії помірного ступеня виявлений чіткий поділ фації на зони: центральну, перехідну та периферійну. При цьому ширина периферійної зони складала  $8,2 \pm 1,15\%$  від радіусу конкреції, ширина перехідної зони була –  $11,1 \pm 0,95\%$ . Центральна зона мала виражений дрібнозернистий характер. Фації містили дрібні, середнього розміру та великі кристали округлої, витягнутої або неправильної форми. Більшість включень розташовувалося в центральній зоні краплі, перехідна та периферійна зони мали лише поодинокі включення.

У новонароджених, які мали прояви порушення функції нирок на тлі важкої асфіксії, фації лише умовно можна було поділити на центральну і периферійну зони. Виявлено два основних типа розподілу включень у пацієнтів зазначеної групи. При невисокій протеїнурії формується симетричний радіальний варіант розподілу включень з переважанням дрібних та середньої величини кристалів округлої або витягнутої форми. При значній протеїнурії, особливо в поєднанні з олігурією виникав асиметричний тип розподілу включень, при якому центральна зона містила включення різних розмірів і форми, що концентрувалися переважно біля одного з полюсів краплі. Кількість включень при ураженні нирок на тлі важкої асфіксії на 1-2 добу життя складала від 50 до 150 на фацію ( $102,17 \pm 8,2$ ), а їх загальна площа була  $6,2 \pm 0,54\%$ .

Таким чином, внаслідок асфіксії відбувається порушення фільтраційної функції нирок та процесів реабсорбції і секреції каналцевим епітелієм, що призводять до потрапляння в сечу надлишку органічних компонентів та мінеральних солей, кристалізація яких у разі

висушування формує певний малюнок фації. Морфологічна картина фацій суттєво змінюється залежно від ступеня тяжкості асфіксії. Аналіз висушених крапель сечі у новонароджених з ураженням нирок на тлі асфіксії може використовуватися в якості одного з критеріїв оцінки функціонального стану нирок та мати прогностичне значення.

## ОСОБЛИВОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ ЗА ЗМІШАНИМ ТИПОМ

*Шарова О.В.*

*Науковий керівник – доктор медичних наук, професор Попов С.В.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Протягом останнього десятиліття відмічається стійка тенденція до збільшення кількості дітей з проявами вегетативних дисфункцій, а в загальній популяції дитячого населення вона спостерігається у 20%. Кількість госпіталізованих збільшилась у 3 рази.

З метою дослідження особливостей результатів реоенцефалографії (РЕГ) у дітей з вегето-судинною дистонією (ВСД) у кардіологічному відділенні СМДКЛ було проаналізовано дані РЕГ 30 дітей з даним діагнозом.

Було встановлено, що переважають зміни тону судин за дистонічним типом з перевагою гіпертону у 16 дітей (53,3%). Виявлено гіпертонус судин у 6 дітей (20%). Встановлено, що тонус судин знаходиться в межах норми у 7 дітей (23,3%). Дистонічні зміни судин з перевагою гіпотону у 1 дитини (3,3%). Було встановлено, що венозний відтік збережений у 16 дітей (53,3%), зміни у вигляді утруднення венозного відтоку виявлені у 14 дітей (46,7%). Асиметрія кровопостачання наявна у 8 (26,7%), кровопостачання симетричне – у 22 (73,3%). Усі показники в нормі мають 2 дитини (6,7%).

Серед пацієнтів з ВСД за змішаним типом переважали ознаки змін судин за дистонічним типом з перевагою гіпертону. Порушення венозного відтоку спостерігалось майже у половини пацієнтів.

## ОСНОВНІ СКАРГИ ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

*Шарова О.В.*

*Науковий керівник – доктор медичних наук, професор Попов С.В.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Вегетативну дисфункцію діагностують у 20-29% дітей. У 33% дітей дана патологія зберігається у наступні періоди життя, а в 17-20% трансформується у хронічні захворювання.

Метою дослідження було вивчити основні скарги хворих з вегето-судинною дистонією (ВСД) за змішаним типом.

У кардіологічному відділенні СМДКЛ було проаналізовано клініко-анамнестичні дані 49 дітей з діагнозом ВСД за змішаним типом. Середній вік дітей становив 14,75 років. Хлопчики становили 87,2%, а дівчата – 12,7%.

Серед основних синдромів переважав нейроциркуляторний синдром зі скаргами на головний біль – 39 дітей (79,6%), головокружіння – 16 (32,7%), шум у вухах – 3 (6,12%), потемніння в очах – 2 (4,1%), втрату свідомості – 2 (4,1%). Гіперкінетичний синдром: лабільність АТ з тенденцією до підвищення – 32 (65,3%). Синдром скоротливої дисфункції міокарда: кардіалгії – 25 (51%), задишка – 1 (2%). Функціональні порушення шлунково-кишкового тракту були наявні у вигляді нудоти – 8 (16,3%), болю в животі – 5 (10,2%), зниження апетиту – 2 (4,1%), розрідження стулу – 1 (2%), печії – 1 (2%). Синдром порушення транскapілярного обміну був представлений у вигляді скарг на біль у суглобах та спині – 8 (16,3%), хруст у суглобах – 4 (8,2%), оніміння кінцівок – 2 (4,1%), похолодання кінцівок – 2 (4,1%). Дизадаптаційний синдром: втома при фізичному навантаженні – 12 (24%), слабкість –



2 (4,1%). Синдром психоемоційних розладів: емоційна лабільність – 13 (26,5%). Синдром порушення функції збудливості міокарда: серцебиття – 10 (20,4%). Гіпоталамічний синдром: порушення нічного сну – 3 (6,12%), надмірна вага – 1 (2%), підвищення температури – 1 (2%), збільшення щитовидної залози – 1 (2%).

У дітей переважали прояви нейроциркуляторного, гіперкінетичного синдромів та синдрому скоротливої дисфункції міокарда.

### **ЗНАЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ У ЗАХВОРЮВАНOSTІ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

*Юрченко О.П. – студ. 5-го курсу, Павлюк Л.А., Рогаль Л.І. - студ. 6-го курсу*

*Науковий керівник – Редько О.К., доцент*

*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

У структурі захворюваності у відділення патології новонароджених Сумської обласної дитячої клінічної лікарні внутрішньоутробні інфекції (ВУІ) складають більше 30%.

В анамнезі матерів, новонароджені яких захворіли, як правило, спостерігалася ГРВІ в кінці вагітності. Захворювання у дітей частіше протікало неважко, вимагало тільки симптоматичного лікування. Анамнез, клініка та лабораторні дослідження дозволили трактувати етіологію цих захворювань в основному як респіраторну вірусну з гематогенним шляхом інфікування. 12% ВУІ проявлялися тільки гнійним кон'юнктивітом із висівом гемолітичного і золотистого стафілокока, іноді в комбінації з ентерококом (интранатальні інфекції). Близько 10% склали хворі з внутрішньоутробною пневмонією. Дуже тяжкий перебіг ВУІ як генералізованої інфекції (сепсис) спостерігалася у 2% новонароджених: внутрішньоутробний менінгоенцефаліт, хламідійна інфекція, герпес. Всього у 5% дітей виявилася встановленою етіологія ВУІ. У новонароджених з ВУІ діагностовані і супутні захворювання: більше 25% дітей мали затримку внутрішньоутробного розвитку, 20% - ознаки морфофункціональної незрілості, стільки ж - кандидоз, кожна п'ята дитина мала патологічну жовтяницю, кожна десята при народженні оцінена за шкалою Апгар нижче 6 балів. Рідше зустрічалися гіпоглікемія, поліцитемія, геморагічний синдром, судоми, дихальні розлади, інтестинальний та інші синдроми. IgM у понад 80% випадків обстежених дітей був підвищений. Підвищення показника IgG визначалося рідше (менше 50%) і, як правило, незначно, а при тяжкому перебігу захворювання він істотно знижувався.

Таким чином, наші дані підтверджують високу частоту захворюваності новонароджених ВУІ, яка є наслідком материнської захворюваності. Новонароджені, що перенесли ВУІ, потребують тривалого спостереження та реабілітації, так як у дітей нерідко залишаються хронічні вогнища запалення в носоглотці, а також дистрофія, незрілість, схильність до виникнення нових інфекційних і соматичних захворювань.

### **ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ**

*Попов С.В. проф., Лобода Т.Ю. аспирант*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии последипломного образования*

Одними из наиболее частых патологических состояний детского возраста являются острые респираторные заболевания (ОРЗ). Значительной проблемой в тактике ведения ОРЗ остаются вопросы назначения антибактериальной терапии, ее качества, появления побочных эффектов. Целью работы было изучение эффективности вариантов антибиотикотерапии и их влияния на развитие антибиотик ассоциированной диареи.

Всего было обследовано 48 детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет, находящихся на лечении в стационаре. Показаниями к назначению антибиотикотерапии служили рекомендации изложенные в приказах МЗ Украины. Эффективность ее оценивалась по улучшению общего состояния, изменению уровня интоксикации, температурной реакции.

В ходе проведенного анализа установлено, что в 32% случаев стартовым вариантом антибиотикотерапии было назначение цефалоспоринов 3-го поколения, в 29% случаев – полусинтетических пенициллинов. Несколько реже назначались цефалоспорины 1-го поколения (21%) и макролиды (19%). Наиболее низкая эффективность была отмечена при использовании полусинтетических пенициллинов и цефалоспоринов 1-го поколения. Смена терапии в данном случае производилась в 22% случаев. При использовании цефалоспоринов 3-го поколения замена антибиотика проводилась реже – в 9% случаев. Реже всего изменение антибактериальной терапии требовалась при назначении макролидов – в 2%. Развитие антибиотик ассоциированной диареи было отмечено у 75% детей. Наиболее часто она выявлялась при назначении препаратов цефалоспоринового ряда.

Таким образом, наиболее эффективной стартовой антибиотикотерапией в наших условиях было назначение цефалоспоринов 3-го поколения и макролидов. В тоже время высокая частота развития антибиотик ассоциированной диареи требует тщательного подхода к выработке решения о назначении антибактериальной терапии.

### ИСХОДЫ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Редько Е.К., к.мед.н доцент., Фурса А.С, Кугук С.Л.<sup>1</sup>*

*СумГУ, кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики*

*<sup>1</sup>Сумская областная детская клиническая больница*

**Актуальность.** Ретинопатия недоношенных (РН) – витреоретинальное пролиферативное заболевание глаз недоношенных детей, тяжесть которого определяется степенью экстраретинальной пролиферации. Чем раньше срока и с меньшей массой тела родился ребенок, тем чаще развивается РН и тем тяжелее она протекает. Большинство исследователей к группе риска развития РН относят детей с массой тела при рождении менее 2000 г и сроком гестации до 32–34 нед. Однако, РН может развиваться и у детей с массой тела при рождении больше 2000 г. По мере увеличения накопленного контингента детей, перенесших РН, становится ясно, что у этих пациентов есть риск развития поздних осложнений даже при благоприятных исходах РН. Сроки возникновения и тяжесть их развития мало изучены, поэтому этот вопрос остается актуальным.

**Цель работы:** анализ состояния глаз детей, перенесших РН в отдаленном периоде.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 35 детей (70 глаз) в возрасте от 2 до 18 лет с массой тела при рождении от 875 г до 2700 г и сроком гестации от 24 до 34 нед. На основании изучения клинических проявлений РН и их сочетаний выделяют 5 степеней рубцовой РН, отличающихся прогнозом и функциональным состоянием глаз. Рубцовая фаза РН характеризуется наличием остаточных изменений на глазном дне после перенесенной активной стадии заболевания. Спектр и степень выраженности клинических изменений зависит от тяжести заболевания. Так как у одного ребенка на глазах возможно образование разных стадий рубцовой РН, в дальнейшем мы анализировали число глаз.

**Результаты.** Исходы заболевания широко варьируют и мало зависят от степени недоношенности. Анализ результатов динамического наблюдения показал, что на 24 глазах из 70 (34%) наступила отрицательная динамика: появились периферические витреохориоретинальные дистрофии, истончения сетчатки, изолированные разрывы, отслойка сетчатки. Все эти изменения существенно ухудшили зрительные функции и потребовали хирургического вмешательства. Сроки возраста появления осложнений варьировали и составили от 2 лет до 18, чаще 6–10 лет. Необходимость проведения комбинированного высокотехнологичного хирургического вмешательства в связи с развитием отслойки сетчатки проведено 5 детям из 35. Следует отметить, что поздние осложнения возникли у детей и с минимальными изменениями на глазном дне (2-я степень), а также и у детей с массой тела при рождении свыше 2000 г.

**Заключение:** высокая частота поздних осложнений РН в отдаленном периоде свидетельствует о необходимости целенаправленного изучения их патогенеза, сроков

возникновения и возможности профилактики. Данный фактор необходимо учитывать как офтальмологам, так и неонатологам и педиатрам при организации диспансерного наблюдения за недоношенными детьми.

### **СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Соляник А.О., Грищенко С.А., Должко Н.В.*

*Научные руководители: д.мед., проф. Гончарь М.А, к.мед.н., асс. Бойченко А.Д.*

*Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра педиатрии № 1 и неонатологии*

Цель: определение наиболее значимых факторов риска у новорожденных, которые могут влиять на формирование кардиоваскулярных событий.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 48 матерей и обследовано 53 ребенка, в сроке гестации  $37,4 \pm 1,2$  недели.

Результаты исследования: Среди опрошенных преобладали матери новорожденных девочек (54,7%). Средний возраст большинства рожениц составлял  $27,9 \pm 4,5$  лет. Родились от первой беременности – 73,6% детей ( $p \leq 0,05$ ), от второй беременности – 15,1% и 11,3% – от третьей и последующих. На учет по беременности до 12 недель стали 70,9% ( $p \leq 0,05$ ) женщин, до 22 недель – 27,1%, после 30 недель беременности – одна женщина. Осложненная беременность имела место у 33,9% женщин. 50,9% ( $p \leq 0,05$ ) матерей имели различные хронические заболевания. Состояние своего здоровья во время беременности как хорошее оценивают 89,6% ( $p \leq 0,05$ ) женщин, удовлетворительное – 8,3%, неудовлетворительное – одна женщина. Большинство детей родились в удовлетворительном состоянии, из них 86,9% ( $p \leq 0,05$ ) имели оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, 9,4% – 7-8 баллов и только 3,7% – 4-6 баллов. 84,9% ( $p \leq 0,05$ ) детей были здоровы, 15,1% имели морфофункциональные отклонения. Отягощенный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы выявлен у 50% обследованных; 62,5% женщин имели соматическую патологию 25% матерей перенесли острую респираторную инфекцию во втором триместре беременности, у 25% выявлены герпетическая и хламидийная инфекции.

Таким образом, наиболее значимыми факторами риска развития кардиальной патологии у новорожденных являются: возраст родителей после 30 лет, наличие тяжелой соматической патологии у матерей, отягощенный семейный анамнез по кардиологическому профилю.

### **ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТКАНЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

*Тарасова И.В., Касян С.Н., Даваасурен Хулан*

*Сумский государственный университет,  
кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики, СумГУ*

Изучены особенности содержания эссенциальных микроэлементов (МЭ) (железа, цинка, меди, марганца, кобальта) условно токсичного хрома и токсичного свинца в тканях головного мозга новорожденных крыс при экспериментальной гипоксии различной степени тяжести.

Изучение микроэлементного обеспечения проведено на 60 белых лабораторных крысах на первые и седьмые сутки жизни. Эти сроки жизни у крыс отвечают периоду новорожденности и раннему молочному периоду. Использовалась экспериментальная гипобарическая модель гипоксии по методике, адаптированной в отделе изучения гипоксических состояний Института физиологии им Богомольца НАН Украины. Эвтаназию животных проводили путем декапитации через 12 часов после вывода из эксперимента (30

крыс) и на 7-е сутки после вывода из эксперимента (30 животных). Изъятые органы взвешивали с точностью до 0,001г, затем сжигали в муфельной печи при температуре 450 С°, что обеспечивало удаление органической составляющей. Полученный пепел растворяли в смеси соляной (2 мл) и азотной (1мл) кислот и доводили объем раствора бидистиллированной водой до 10 мл. Полученный раствор анализировали на спектрофотометре С115 - М1 с пламенным атомизатором (производство «Selmi», Украина). Для определения содержания МЭ выстроили калибровочный график путем использования стандартных растворимых элементов (ГСОРМ). Измерения и расчеты проводили с помощью программы ААС - SPECTR.

Ткани головного мозга новорожденных крысят характеризуются высокой степенью насыщенности и значительным динамизмом содержания микроэлементов (железа, цинка, меди, хрома, марганца). До конца первой недели жизни содержание этих МЭ уменьшается в 1,5- 10 раз. Уровень токсического свинца уменьшается более чем в 2,5 раза. Исключением был кобальт, содержание которого наоборот возрастает почти в 1,2 раза. Легкая степень гипоксии вызывает уменьшение у новорожденных крысят уровня кобальта в три раза, железа – почти в два раза, марганца - на 27,65 %, хрома - на 25,84%, цинка - на 16,43%, что свидетельствует о возникновении значительного дефицита и дисбаланса микроэлементного состава тканей головного мозга. Тяжелая степень гипоксии характеризуется дальнейшим увеличением недостаточности и дисбаланса микроэлементов.

Корреляция уровня железа в головном мозге новорожденных животных в первые сутки жизни с его содержанием в других органах является слабой ( $r = -0,28$  - для печени) или совсем отсутствует ( $r=0,12$  - для почек и  $r=-0,07$  - для сердца). Поиск корреляций содержания меди у новорожденных животных показал слабую отрицательную корреляцию между его уровнем в печени и мозге ( $r=-0,35$ ). Прослеживаются разнонаправленные слабой и средней силы связи между содержанием цинка в головном мозге и печени ( $r=-0,23$ ), сердце ( $r=0,37$ ) и почках ( $r=0,21$ ). На фоне значительной элиминации хрома в конце раннего молочного периода формируются сильная отрицательная корреляция между уровнем элемента в мозге и почках ( $r=-0,77$ ). На фоне стремительного сокращения уровня кобальта в тканях головного мозга наблюдается формирование сильных положительных связей между его содержанием в последнем и печени ( $r=0,77$ ) и средней силы - с почками ( $r=0,46$ ).

Доказано, что гипоксия приводит к формированию новых корреляционных взаимоотношений между содержанием МЭ в головном мозге, что обусловлено изменением чувствительности тканей к действию патологического фактора в течении неонатального периода. Сильные и средней силы корреляционные взаимоотношения наблюдаются между содержанием токсичного свинца и цинком и железом.

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Тетюра Д.В., Билан А.О., Тверезовский А.В., Кора Н.И.*

*Научный руководитель – проф. С.В.Попов*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии ПО*

Патология органов дыхания доминирует в структуре заболеваний детей раннего возраста. Ежегодно около 5 миллионов детей переносят ту или иную форму острой респираторной инфекции (ОРИ). Актуальными остаются вопросы своевременной диагностики для решения вопроса о вирусной или бактериальной этиологии ОРИ. Целью исследования было изучение особенностей показателей периферической крови при ОРИ детей раннего возраста.

Для обследования взяты 30 детей в возрасте 1-3 лет, находящихся на лечении в инфекционном отделении детской городской больницы. Они были разделены на 3 подгруппы в зависимости от возраста – по 10 детей в возрасте до года, от года до 2-х лет, от 2-х до 3-х лет, соответственно группы 1, 2, 3. Проанализированы анализы крови с определением частоты основных гематологических изменений.

В числе наиболее частых изменений выявлен нейтрофилез, который наблюдался у 60% детей в возрасте до года, несколько больше у детей 1-2-х лет – в 80%, в 70% у детей 2-3-х-летнего возраста. При этом признаки лейкоцитоза выявлялись реже во всех группах. У детей до года он отмечался в 30% случаев, 1-2-х лет и 2-3-х лет – в 50% случаев. Лимфоцитоз был значительно более редким вариантом изменений. Он встречался лишь у 10% детей в возрасте до года и 1-2-х лет. Возрастное распределение увеличения СОЭ повторяло распределение лейкоцитоза и нейтрофилеза, встречаясь с большей частотой у детей в возрасте более 1 года – в 50% и 30% для детей 2 и 3 групп соответственно, тогда как в первой определялось у 10% детей.

Таким образом, изменения периферической крови могли говорить о более частом выявлении у детей старше года признаков бактериальной инфекции, чем у детей в возрасте года.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

*Хабаль А.В.*

*Научный руководитель – доц. Кандыба В.П.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра ПП№1*

**Актуальность.** Изучение нервно-психического развития и качества жизни больных с различной соматической патологией, в последние годы получили широкое распространение не только за рубежом, но и в Украине.

**Цель исследования:** оценить качество жизни и особенности психовегетативного статуса детей с хронической болезнью почек.

**Материал и методы.** Было обследовано 43 ребенка, находящихся на обследовании и лечении в ХОКДБ№2 с хронической болезнью почек, диагноз подтвержден снижением СКФ (снижение клубочковой фильтрации), рассчитанным по формуле Шварца. Для исследования качества жизни детей использован опросник PedsQLTM 4.0. Ответы на вопросы представлены в виде шкал Ликерта. Использовались методики: 1 Шкала эмоциональной возбудимости (ШЭВ). 2. Методика САН (самочувствие, активность, настроение) в адаптации А. Гончарова. 3. Тест Люшера.

**Результаты и обсуждение.** По данным цветового теста Люшера у 31 (75%) ребенка с ХБП выявлен высокий уровень тревожности, у 11 (25%) средний уровень тревожности. У 88% детей установлен психологический дискомфорт, который связан с невротическим расстройством, связан с чрезмерной эмоциональной активностью и возбудимостью, у 12% дискомфорт связан с негативизмом, агрессивностью и раздражительностью, вызванным отсутствием доверием к окружающим. 82% обследуемых нуждаются в покое и отдыхе. По данным методики «Шкала эмоциональной возбудимости» у 26(62%) отмечается высокий уровень эмоциональной возбудимости, низкие адаптационные возможности психологической сферы, низкая стрессоустойчивость. У 80 % опрошенных больных выявлено благоприятное состояние по шкале САН. По мнению детей, наблюдается снижение физического функционирования на 56,5%, эмоционального функционирования на 32% , снижение социального функционирования в 57% случаев, однако, снижение учебной деятельности наблюдается у 25% опрошенных больных.

**Выводы:** у детей с ХБП отмечается особенности психовегетативного статуса, что необходимо учитывать в лечении и реабилитации таких больных. Качество жизни детей с ХБП имеет снижение примерно в 50% случаев. Родители недостаточно глубоко оценивают снижение качества жизни своих детей.

## **AEROBIC METABOLISM IN PREMATURE NEWBORNS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC LESION OF CNS**

*Aloziem Nnenna Zinnah, Nwokiea Obinna- 5th year students*

*Scientific supervisor - associate professor Petrashenko V.O.*

*Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

All forms of oxygen deficiency are accompanied by the development of hypoxia and energetic deficiency, which leads to tension of metabolic processes of the organism. Metabolic effect of hypoxia includes stark reduce of mitochondrial activity due to a significant inhibition enzymes of the Krebs cycle: succinate dehydrogenase (SDH).

Research purpose: to increase the efficiency of diagnosis of hypoxic-ischemic CNS lesions in premature infants by determining the activity of SDG in early neonatal period.

The activity of SDH was determined in 15 conventionally healthy preterm infants (CHPI), which made the comparison group and 64 premature babies with hypoxic-ischemic CNS lesions on 1-7 day of life. They which were divided into three groups: I group – 26 premature children with mild CNS lesions; II group – 20 premature children with severe hypoxic-ischemic lesions and low birth weight; III group – 18 premature newborns with severe damage of central nervous system and extremely low birth weight.

In the premature newborn metabolic effect of hypoxia occurs in the early neonatal period through severe inhibition of mitochondrial respiratory activity, as testified by reduce activity of the main aerobic enzyme – SDH.

In infants with mild perinatal CNS injury in the early neonatal period the total number of granule of formazan into cells decreased on 33% relative to the comparison group ( $p < 0,001$ ). In same time for infants in second and third groups were quantity 1,7 and 2,0 times lower respectively than in comparison group ( $p < 0,001$ ).

Along with a decreased of the total number of formazan granules, were decreased number of cells containing these granules, and the average number of granules per cell.

Reduced activity of SDH indicates the initial stages of the process of decompensation, which is accompanied by disturbance of energy metabolism and leads to the formation of tissue hypoxia. At severe CNS injury further decrease activity of this enzyme shows the progression of decompensation and the formation of severe energetical disorders.

Thus, the process of aerobic glycolysis occurs in the mitochondria of brain cells with enzymes of Krebs cycle, the main of which is SDH, only in case of normal diffusion oxygen from intercellular space into neurons. So as markers of severity of perinatal hypoxic-ischemic CNS lesions in premature infants in early neonatal period can use activity of SDH.

## **COURSE OF ASPIRATION SYNDROME IN NEWBORN INFANTS**

*Chukwudifu Chibuikem Nwabueze, Mwakinpunda Leila - 6th year students*

*Scientific supervisor - associate professor E.K. Redko*

*Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

Aspiration syndrome of newborn children is one of reasons of development of the decompensated respiratory insufficiency that requires realization of artificial ventilation of lungs (ALV). In the department of intensive therapy new-born (ICU) of the Sumy regional child's clinical hospital for period 2009-2014 acted 1179 babies, 200 (17%) from them were hospitalized with a diagnosis neonatal aspiration. All babies were transported in the conditions of departure neonatology brigade from maternity establishments of region. During transporting ALV was conducted all children. Middle age of children at entering in the ICU was  $17 \pm 0,6$  h., the 95% newborns were translated during the first twenty-four hours of life. In the ICU high-frequency ALV was conducted all children. All children by type of neonatal aspiration have been divided into two groups.

The first group included 126 infants with pure aspirating amniotic fluids (PAF), which accounted for 63% of the total number of aspiration syndromes. The second group included 74

patients with meconium aspirating syndrom (MAS), which accounted for 37% of the total number of aspiration syndromes.

In the analysis of the duration of ALV, the average number of bed-days no significant differences between the groups was not. There was a trend to increase in these indicators in children with meconium aspiration syndrome.

Radiological examination in children with meconium aspiration pneumonia were detected significantly more frequently, air leak syndromes and atelectasis.

Restoring of pneumatization of lung tissue in children of this group has been slower than in other neonatal aspiration syndromes. Four children were full-term, one child - premature, gestational age 35 weeks. Fatal outcomes were registered in 5 children (0.4%). Sectional data on children in three main diagnosis was septic process of different etiology, in two children intrauterine infection of chlamydia etiology. Competing diagnoses in one child registered with congenital heart disease, and two children - aspiration pneumonia.

### **ANAEROBIC METABOLISM IN PREMATURE NEWBORNS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC LESION OF CNS**

*Ezenagu Uchenna Esther, Nnajiofur Jane Oluchi- 5th year students*

*Scientific supervisor - associate professor Petrashenko V.O.*

*Summy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

The brain, as the main target organ in case of hypoxia, is very sensitive to hypoxia. Energy supply of the brain caused most of all by aerobic mechanisms. Hypoxia causes an energy stress that activates compensatory anaerobic way of glucose utilization, for which is high specific increase activity of anaerobic enzymes, especially lactate dehydrogenase (LDH).

Research purpose: to increase the efficiency of diagnosis of hypoxic-ischemic CNS lesions in premature infants by determining the activity of LDG in early neonatal period.

The activity of LDG was determined in 15 conventionally healthy preterm infants (CHPI), which made the comparison group and 64 premature babies with hypoxic-ischemic CNS lesions on 1-7 day of life. They which were divided into three groups: I group – 26 premature children with mild CNS lesions; II group – 20 premature children with severe hypoxic-ischemic lesions and low birth weight; III group – 18 premature newborns with severe damage of central nervous system and extremely low birth weight.

Research LDH levels in serum of premature infants with perinatal hypoxic-ischemic CNS lesions found that in case of oxygen deficiency in children of all groups was significant increase level of this enzyme, and thus activation of anaerobic glycolysis. In the early neonatal period in children with mild hypoxic lesions enzyme concentration increased 2,5 times relative to the comparison group ( $p < 0,001$ ). This shows the maximum tension of compensatory adaptive mechanisms aimed to the effective utilisation of energy substrates to prevent the energy deficiency.

In case of severe hypoxia observed certain exhaustion of compensatory mechanisms of anaerobic glycolysis activation, but even among newborns of second and third groups with severe hypoxic injury LDH level in serum was 1,7 times greater ( $p < 0,001$  and  $p < 0,01$ , respectively) than in neonatal comparison group.

Hypoxia dramatically reduces the activity of aerobic glycolysis. Metabolism in brain cells becomes anaerobic with the activation of the corresponding enzyme (LDH). Functional brain activity is suppressed, which is manifested clinically by progressive impairment of consciousness. Hypoxia blocks include pyruvic acid into Krebs cycle, that's why piruvate isn't oxidized and converted to lactic acid. Increasing the concentration of the latter cause acidosis, this is a factor of destruction of cell membranes of neurons.

Thus, as markers of severity of perinatal hypoxic-ischemic CNS lesions in premature infants in early neonatal period can use activity of LDH.

## NEUROSPECIFIC ENOLASE – EARLY DIAGNOSTICAL MARKER OF CNS DAMAGE

*Ekuaase Philip, Mhando Catherine Samwel- 5th year students*

*Scientific supervisor - associate professor Petrashenko V.O.*

*Summy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

Mechanisms of hypoxic damage of brain cells are characterized by a complex cascade of pathophysiological processes. Final result of this mechanism is the death of neurons due to necrosis and apoptosis. In newborn babies is not always possible to objectively assess the condition of the CNS defeat, because very often the severity of lesions does not correspond to clinical symptoms, especially in premature newborns. So far determination the severity of hypoxic-ischemic CNS lesions is still very actually in modern medicine. More objective method of such an assessment is determining the activity of neurospecific enolase (NSE).

Research purpose: to increase the efficiency of diagnosis of hypoxic-ischemic CNS lesions in premature infants by determining the activity of NSE in early neonatal period.

The concentration of NSE was determined in 15 conventionally healthy preterm infants (CHPI), which made the comparison group and 64 premature babies with hypoxic-ischemic CNS lesions on the 1-7 day of life. They were divided into three groups: I group – 26 premature children with mild CNS lesions; II group – 20 premature children with severe hypoxic-ischemic lesions and low birth weight; III group – 18 premature newborns with severe damage of central nervous system and extremely low birth weight.

Determining the level of NSE in serum of premature infants found that at the end of the early neonatal period in brain cells of children with hypoxic-ischemic CNS lesions showed destructive changes of neuronal membranes. About this evidenced significant increase the level of enzyme. So, if perinatal CNS lesions of mild degree occur, NSE content in the blood of children of I group increased by 45% relative to the comparison group ( $p < 0,05$ ). Thus, even mild hypoxia caused a significant alteration of neuronal membranes and damage brain tissue. In the second group of infants with low birth weight on the base of severe hypoxia there was further increase activity of this enzyme in the blood, which manifested by increased serum concentrations of NSE in 2,2 times relative to the children of I group ( $p < 0,001$ ). It should also be noted that its activity in case of severe hypoxia was almost 3,3 times higher relative to the comparison group ( $p < 0,001$ ).

Maximum concentration of enolase reached in premature infants with very low birth weight and severe hypoxic-ischemic injury of the CNS. Its contents in serum of premature neonates of III group was 4 times greater than in comparison group ( $p < 0,001$ ), increased 2,9 ( $p < 0,001$ ), and 1,3 ( $p < 0,05$ ) times relative to infants of I and II groups, respectively.

Thus, hypoxic-ischemic injury of the nervous tissue causes increased permeability of cell membranes and leave into the blood such neurospecific protein as NSE. The high rates of NSE in serum of premature infants on a base of hypoxic injury describe breach of the functional condition of cell membranes of neurons and correspond to the severity of brain damage due to hypoxia. Therefore, to assess the severity of hypoxia is necessary to determine the level of NSE in serum in the early neonatal period in premature infants.

## EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF INHALED STEROIDS IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

*Loboda A., assoc. prof., Almusa Sami, 4<sup>th</sup> course student*

*Summy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

Properties of inhaled steroids are fundamentally different from the system hormones: they work mainly locally on the bronchial mucosa; they are in low quantity getting into the bloodstream and minimally affect the whole body. Patients don't get used to inhaled hormones, on the contrary from systemic. More common steroids for inhalation are budesonide, beclomethasone, fluticasone, ciclesonide, flunisolide etc.



The aim of the work is analyzed literature data about effectiveness of inhaled steroids in children with bronchial asthma.

According to receptor affinity more active fluticasone and ciclesonide (22,0), than budesonide (9,4), flunisolide (1,8), and beclomethasone (0,4).

As for local anti-inflammatory action, first place occupies fluticasone and ciclesonide (1,7), than budesonide (1,0), flunisolide (0,7), and beclomethasone (0,4).

Systemic activity and potential possibility of formation systemic side effects more specific for flunisolide (12,8), and beclomethasone (3,5), less typical for budesonide (1,0) and fluticasone (0,07).

The relative bioavailability is high for budesonide (100%), also for beclomethasone (90%) and fluticasone (80-90%), but low for ciclesonide (63%) and flunisolide (21%).

Clinical efficiency of inhaled steroids was investigated in some trials. At equivalent doses all inhaled corticosteroids are equally effective (level of evidence A).

An improvement in asthma symptoms, exacerbations and side effects of different inhaled corticosteroids at equivalent doses could be neither demonstrated nor refuted and the trade-off between benefits and harms of using is unclear. The resource use or costs of different ICS should therefore also be considered in final decision making. Longer-term superiority trials are needed to identify the usefulness and safety of different inhaled corticosteroids. Additionally these studies should be powered for patient relevant outcomes (exacerbations, asthma symptoms, quality of life and side effects).

### **CASE OF ACUTE RHEUMATIC FEVER (ARF) THAT OCCURRED AFTER PRESUMED MACROLIDE FAILURE.**

*Naila Al Khanjary, Gretchen Fridah Grag – students of 216 group  
Supervisor – associate prof. Romaniuk Oksana  
Sumy State University*

Group A Streptococcus (GAS), also known as Streptococcus pyogenic, is one of the most common pathogenic bacteria in children and causes a broad range of infections and disease states. Standard therapy for GAS pharyngitis is penicillin or amoxicillin. Alternative therapy with significant penicillin allergy is macrolide antibiotics or possibly clindamycin. Macrolide resistance (MR) in GAS remains an increasing worldwide concern. An 11-year-old previously healthy boy presented with fever, rash, joint pain, and swelling. His initial complaints were fever, sore throat, ear pain, and rash. The patient was reported to have a significant penicillin allergy. After 7 days of illness, he was empirically treated with azithromycin and diphenhydramine for 10 days. While still taking azithromycin and ~2 weeks after initial symptoms, he developed fever, ankle pain, and swelling. Upon presentation to hospital at 21 days after initial symptom onset, he was afebrile with normal vital signs. On examination, he had notable features of a faded, evanescent, erythematous patchy rash on upper and lower extremities and splotchy truncal rash. He had pain and swelling of his left ankle, and bilateral second to fourth metacarpal phalangeal joints. His leukocyte count was 10.6 G/l, hemoglobin 106 g/l, hematocrit 30%, platelet count 409 G/l, erythrocyte sedimentation rate 51 mm/h (normal 0–20 mm/h), C-reactive protein 5.8 mg/dL (normal, 0.00–0.8 mg/dL), antistreptolysin O titer 700 IU/mL (normal 0–200 IU/mL). The results of an echocardiogram, electrocardiogram, and chest radiograph were normal. A throat culture revealed an erythromycin-resistant, clindamycin sensitive strain of GAS. He was treated with clindamycin and aspirin. He showed prompt resolution of his arthritis with resolution of the rash within 2 weeks and no recurrence. The results of a repeat throat culture were negative, and he received erythromycin as secondary prophylaxis.

Group A Streptococcal pharyngitis is a common illness in the pediatric population. Penicillin or amoxicillin remain the standard therapy. In nonanaphylactic cases of penicillin allergy, a first-generation cephalosporin may be used.

**VERY RARE CASE OF PERSISTENT NEUTROPENIA***Tabansi Victor, Tutuola Michael - 6th year students**Scientific supervisor - associate professor E.K. Redko**Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

In the Haematology Department of Sumy Regional Child Clinic Hospital, there was a child with the syndrome of persistent neutropenia.

This is a 13 month old female who is referred for cold symptoms, fever (T 38.5o C) and a persistently low absolute neutrophil count (ANC = WBC x (segs% + bands%)) of 40 (WBC 4.0, 1% bands, 0% segs). Her ESR is 12. She was hospitalized three weeks ago for a pseudomonas external otitis media and neutropenia that was treated with two weeks of intravenous antibiotics. Three weeks ago, her ANC was 342, with a low of 54, and at discharge her ANC was 896 (one week ago). She had been doing well since discharge until her current illness.

Of note, a CBC at birth and at 10 months of age demonstrated normal absolute neutrophil counts. There is no history of increased bacterial or fungal infections. There is no family history of recurrent bacterial infection, neutropenia, immunodeficiency disease, autoimmune disease, or malignancy. There is no history of infant deaths in the family. There has been no history of recent medication use.

Exam: VS are normal. Height and weight are at the 75th percentile for age. Physical examination had no unusual findings. No oral thrush, lymphadenopathy, hepatosplenomegaly, or skin lesions are noted.

She is hospitalized for IV antibiotics (ceftazidime). Blood cultures return negative and she is discharged after 3 days. During this hospital stay she does well. Antineutrophil antibody testing is sent off to a specialized reference laboratory (Kyiv) and it returns positive. A bone marrow examination is done (mostly because of parental concern) which shows a normal cellular marrow. During subsequent febrile illnesses, she does well clinically. Three months later, after she initially presented with neutropenia, her ANC improves to 2400. Two months later, it remains over 2000.

Diagnosis: Chronic benign neutropenia of infancy and childhood.

Neutropenia is defined by an absolute neutrophil count (ANC) <1,500/cubic mm.  $ANC = (\%bands + \%mature\ neutrophils) \times total\ WBC\ count$ . Decreased neutrophil production, storage, or release; redistribution from circulating to marginated pools; or increased destruction explains most cases of neutropenia. The key determinants of infection risk are the adequacy of the bone marrow storage or reserve pool and the general robustness of the immune response. These determinants affect the ability to deliver neutrophils to infected sites and the ability of the immune system to compensate for quantitative deficiencies in neutrophils.

Neutropenia discovered during the evaluation of infection is generally a secondary finding and characterizes the general low risk of infection associated with a normal marrow reserve and immune system.

Some of the causes of neutropenia are summarized below: Kostman syndrome: primary decrease in bone marrow reserve, AR (autosomal recessive), AD (autosomal dominant), S (sex linked recessive), extremely rare, severe neutropenia in the newborn; cyclic neutropenia: primary cyclic (every 21 days) variations in bone marrow reserve, AD, S, 1-2 per million, regularly recurring fever every 21 days with oropharyngeal and skin infections, diagnose with CBCs 2-3 times per week for 8 weeks; nutritional: protein-calorie malnutrition, B12 deficiency, copper deficiency can result in ineffective myelopoiesis, treat by correcting deficiency; viral infection: bone marrow suppression from a direct effect of infecting virus or through an immune mechanism; chronic benign neutropenia of infancy and childhood: normal bone marrow reserve, generally thought to be mediated through an anti-neutrophil antibody, common, median age of detection 8 months, 90% detected before 14 months, most resolve spontaneously within months of diagnosis, no significant propensity to infection, treatment is supportive; autoimmune neutropenia: generally with normal bone marrow reserve but may be associated with a late maturational arrest, antibody mediated destruction of neutrophils, may have an associated primary autoimmune disorder; alloimmune neutropenia: normal bone marrow reserve, secondary to maternal anti-neutrophil antibody that has crossed the placenta,

resolves by 3-4 months of age, generally supportive care; drug-induced neutropenia: normal bone marrow reserve, but has been associated with a late maturational arrest, antibody or complement mediated neutrophil destruction, treatment consists of stopping unnecessary medications; infection related neutropenia: normal bone marrow reserve, virus induced anti-neutrophil antibody; parvovirus B19 and HIV can be screened, no treatment generally necessary; hypersplenism: normal bone marrow reserve, sequestration/possible destruction of neutrophils in the spleen, associated with malaria, TB, neoplasm, collagen-vascular diseases, hemolytic anemia, spherocytes and tailed RBC on blood smear, treat underlying disorder; pseudo-neutropenia (severe infection): normal bone marrow reserve; generally associated with increases in marginated and tissue pools, mild and spontaneously resolves; Shwachman-Diamond Syndrome: primary decrease in bone marrow reserve, AR, S, extremely rare, steatorrhea from exocrine pancreatic deficiency, metaphyseal dysplasia, 50% survival; 1/3 progress to myelodysplastic syndrome or acute myeloid leukemia, normal sweat chloride; chemotherapy: direct toxicity to neutrophil precursors results in a severe reduction in bone marrow reserve (severity dependent on the intensity of chemotherapy agents used), generally a high risk of infection with poor marrow reserve and generalized suppression of the immune system.

### **CONTENT OF COBALT IN BIOLOGICAL FLUIDS OF FULL-TERM NEWBORNS AS THE PREDICTOR OF PERINATAL HYPOXIC DAMAGE OF CNS**

*I.V. Tarasova, SM. Kasyan, Nwokie Obinna*

*Mentor – Associate Professor Tarasova I.V.*

*Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

Influence of Co content on the system mother-placenta-fetus-newborn children born with hypoxia. Determination of microelement (ME) performed in serum and erythrocytes 30 pregnant women and their infants who have suffered asphyxia at birth. Comparison group consisted of 30 healthy women and their 30 healthy full-term infants. The content of trace elements in biomaterials newborns and their mothers was determined by atomic absorption spectrophotometry mass spectrophotometer C-115M1, manufacturing NPO "Selmi" (Ukraine).

In the placenta of women who gave birth to children with hypoxia observed deficit Co, which creates conditions for faster penetration him to the fetus, but at the same time accumulation feature is suppressed. Serum and red blood cells of pregnant women who gave birth to children with CNS observed a significant lack of cobalt. We also investigated the features of ME content in serum and erythrocytes and especially their renal excretion in term neonates who underwent perinatal hypoxic of the CNS. These children in neonatal there a significant imbalance of serum and erythrocyte content Co. One of the factors of this imbalance ME if perinatal hypoxic of the CNS in term infants is inhibition of excretion of ME. It is proved that an imbalance of serum and erythrocyte Co content in the body of the fetus and newborn, resulting in reduction of Co pregnant women and dysfunction placental hypoxia. Predictors properties of Co detected in serum  $\geq 3,01$  mmol/l in erythrocytes  $\geq 0,61$  mg / mg ash and urine  $\leq 0,40$  mmol / l, respectively. Prognostic significance (index of informing and prognostic factor) was high.

### **THE VIOLATIONS OF NEURO-MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WHO HAVE SUFFERED FROM PERINATAL HYPOXIC DAMAGE OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM**

*I.V. Tarasova, SM. Kasyan, M.L. Radchenko, Akinjolire Oluwagbenga John*

*Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics*

The problem of children adaptation who suffered from perinatal hypoxic damage (PHD) of the central nervous system (CNS) is very important. The brain damage on the early stages of ontogeny violates deterministic evolutionary scenario of pre-, intra- and postnatal adaptation, slows ripening of parameters of functional CNS, which increase the likelihood of developing of secondary cerebral defects. The effects of PHD of CNS reflect not only the severity of injuries, but the effectiveness of

the implementation of sanogenetic mechanisms of the body, medical and social factors to compensatetimely theneuroontogenesis distortion. The first year of life is characterized by intense pace of physical, neuro-psychological development (NPD) and functional maturation of organs and systems. The deterioration in the status of NPD of children undergoing PHD of CNS has been marked lately. Even with timely immunosuppressive therapy, about 70 % of children who had hypoxia did not reach the age of NPD.

Purpose ofthework:to study the influence of perinatal hypoxia of CNS on the dynamics of neuropsychological development of children in the first year of life.

Materials and methos: 73 children born in 2011-2013 suffered from PHD of CNS and 20 healthy mature newborns (MN) without perinatal history were under the supervision in the dynamics of the first year of life. The gestational age of the patients was 38 weeks or more. Depending on the severity of PHD of CNS, the children were divided into two groups : I group - 38 children with severe damage of central nervous system (Apgar scale at 1- min - less than 4 points); II group - 35 children with moderate damage of central nervous system (Apgar scale at 1- min. 4-6 points). The control group (III group) - 20 newborns without PHD of CNS. The psychomotor development of children in the 1st year of life was assessed according to our method (scale of Zhurba L.T., Mastyukova Y.M. (1981, 2003), Pechora K.L., Pantyukhina G.V. (1996)) with the definition of groups and middle age of NPD and the individual lines of development. The statistical analysis of the results was carried out using Microsoft Excel, Windows XP. To assess the likelihood of differences of averages Student test was calculated, the methods suitable for biomedical research were applied.

The study indicators reflecting physical development, found that weight, body length, chest circumference, weigh-height ratio in the group of children who underwent PHD of CNS were significantly ( $p < 0,001$ ) lower than in children in the control group. In children with PHD of the CNS aged 1 month. NDP delay dominated for 1 epicrisis period (69,8%) as to 1-2 (48,0%), 3-4 (32,8%) rates. At the age of 10 months, there was a large number of children delayed by 2 epicrisis terms (30,1%) 1-2 (39,7%), 3-5 (17,8%), 4-5 (32,8%) analyzers; 3 epicrisis terms (17,8%), 1-2 (50,7%), 3-4 (12,3) and 3-5 (17,8%) rates. At the age of 12 months, 8,2% of children had underdevelopment for 4 epicrisis terms and 6,8% of children - more than 5 epicrisis terms.

Among children who underwent PHD of CNS, high proportion of disability is recorded. This study recorded 52% (38) full-term newborns. The high rate of complications of CNS demonstrates the need for comprehensive differential treatment and rehabilitation of children with hypoxia, taking into consideration etiological factor, factors that act in the ante-, intra-and post-natal periods, clinical course and pathologic changes detected in neurosonography.

## ATTENTION FUNCTION IN CHILDREN UNDERGOING ENCEPHALOPATHY

*Tvayedg Naceem Saad Munan, student 119 group*

*Supervisor – prof. S.V.Popov*

*Sumy state university*

The health status in older childhood and adults is largely determined by the characteristics of pregnancy and childbirth. Of particular importance is the condition of the central nervous system that determines the value and importance of the individual in society, the success of its operations for the benefit of themselves and society. A large number of factors can change the normal functioning of the central nervous system. One of the most common can be hypoxia that occurs on a background of various diseases of the mother, fetus, baby. It can lead to encephalopathy (HIE), mild forms which can be considered cured after a few years. However, their action can extend to a much longer period and appear at school age in a variety of violations of certain cognitive functions.

The aim of the study was to examine attention function at adolescents and who had encephalopathy at neonatal period.

Were examined 40 children aged 12 to 16 years. The contingent was divided into two groups. The first group consisted of 20 children. All of them suffered encephalopathy in the neonatal period. The second group was the control group. We studied the clinical history data. The main research

method was a trial evaluation of attention. The sample included the determination of the amount of attention and concentration.

The results showed a difference between groups in Apgar scores at 1 and 5 minutes of life. Values were higher in children who had encephalopathy. It was noted that the difference in anthropometric indicators. Body weight children main group was higher than the control group. Other indicators history and clinical differences were not. Attention span of children of the main group was less than that of the control group. Index of concentration was the same difference. In children, it was the main group is less in the control group - more.

Teens who have had encephalopathy in the neonatal period, had poorer indicators of volume and concentration, indicating that their worst cognitive abilities.



## СЕКЦІЯ VII.

# ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015 року о 10:00

*Місце проведення:* ЛСУ, конференц-зал

*Керівник секції:* канд. мед. наук., доцент **Сміянов В.А.**

*Секретар:* Гуріна С.В.

## АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ОСНОВІ АУДИТУ НАСЕЛЕННЯ М. СУМИ

*Ваглай Ю.С., Масалітін І.М., Любчак В.В.*

*Сумський державний університет. Медичний інститут*

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Мета – оцінити рівень надання медичної допомоги в лікувальних закладах м. Суми.

Матеріали і методи. Ми провели анкетування 44 чоловік у віці від 18 до 46 років.

Оцінювання даних опитування проводилося за такими критеріями: чи задоволені якістю медицини; чи потрібно змінити структуру охорони здоров'я; оцінка рівня надання медичної допомоги; чи доцільно збільшити кількість лікувальних закладів.

Задоволеність якістю медичного обслуговування в м. Суми : задоволені в повному обсязі(11,5%), не задоволені(52,2%), не можуть дати відповідь(36,3%). Чи потрібно змінити структуру охорони здоров'я та принципи її організації в м. Суми відповіли: так(84%), ні(6,8%), не можуть відповісти(9,2%). Рівень надання медичного обслуговування оцінювали по 5 бальній шкалі, бали додавали і порівнювали: поліклініки (123 бала), районні лікарні (124 бала), обласні лікарні (160 бала), міські лікарні (148 бала) і приватні лікарні набрали (186 бала). На питання чи доцільно збільшити кількість медичних закладів відповіли: збільшити (29,5%), зменшити (11,3%), не змінювати (36,3%), не можуть відповісти (22,5%). Оцінка рівня медичної допомоги в державних закладах: високий(4,5%), середній(59%), низький(29,5%), не можуть відповісти(7%).

Висновки. За даними анкетування можна зробити висновок, що населення в більшості не задоволене якістю надання медичних послуг, вважають не доцільним змінювати кількість вже існуючих медичних закладів м. Суми. Рівень медичної допомоги в державних установах оцінюють в більшості як середній. Населення віддає перевагу приватній медицині. Тому для покращення якості надання медичної допомоги у державних закладах в першу чергу слід націлюватися на зміну принципів організації.

## НАДАННЯ УРГЕНТНОЇ ДОПОМОГИ У ЛОР-ВІДДІЛЕННІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТНОЇ ЛІКАРНІ ЗА ПЕРІОД З 2009 ПО 2013 РОКИ

*Вечерська В. О.*

*Науковий керівник - кандидат мед. наук Сміянов В. А*

*. СумДУ, кафедра соціальної медицини*

Актуальність теми. Одним з актуальних завдань періоду реформування охорони здоров'я є створення ефективної системи управління якістю надання медичної допомоги населенню, що передбачає вдосконалення як амбулаторно-поліклінічної, так і ургентної стаціонарної допомоги. Мета роботи. Проаналізувати рівень надання ургентної медичної допомоги в лор-відділенні, простежити кількість звернень міського та сільського населення, визначити тенденції захворюваності серед жінок та чоловіків у різних вікових групах. Методи дослідження. Документальний облік, вкопювання даних, групування, побудова таблиць, діаграм і графіків. Матеріали. Документальні дані архівних записів лікарні. Результати. Найбільше звернень пацієнтів було у 2010 році - 999. Серед них: жінок – 408, чоловіків 591. Сільських жителів – 114, міських – 885. Із захворюваннями носа – 272, горла – 171, вуха – 290, із травмами -306. Найменше звернень було у 2013 році – 796. Серед них: жінок – 356, чоловіків – 440. Сільських жителів – 91, міських – 705. Із захворюваннями носа – 195, горла – 102, вуха – 286, із травмами – 213. Найбільше отитів було в 2012 році – 314, найменше – у 2009 – 250; найбільше паратонзиллярних абсцесів у 2010 – 85, найменше в 2012 -52; стенозів найбільше в 2012 році – 9, найменше в 2009 – 1; ринітів найбільше в 2010 – 39, найменше в 2009 – 9; синуситів максимально в 2012 році – 128, мінімально в 2009 – 71; з носовими кровотечами найбільше звернень було в 2010 році – 86, найменше – в 2013- 42; переломів найбільше в 2010 році – 219, найменше в 2013 – 150. Висновки. Отже, проаналізувавши рівень надання ургентної медичної допомоги в лор-відділенні Сумської обласної лікарні, можемо сказати, що

він повинен бути організований згідно концептуальної моделі надання невідкладної допомоги хворим з гострою патологією вуха, горла та носу. Концептуальна модель роботи ЛОР-відділення обласної лікарні по наданню ургентної допомоги хворим с гострою патологією вуха, горла та носу пропонує: 1) необхідну для надання невідкладної допомоги пацієнтам кваліфікацію лікарів-отоларингологів і середнього медичного персоналу; 2) постійну готовність спеціальних кабінетів ЛОР-відділення (перев'язувальної, процедурної) для надання екстреної допомоги, що означає постійну наявність матеріалу для проведення передньої та задньої тампонади носу, наборів для негайної трахеотомії, необхідних медикаментів; 3) постійну готовність операційної для проведення невідкладних операцій, наявність чергового анестезіолога; 4) чітка взаємодія з лабораторною і рентгенологічною службами лікарні для швидкого проведення аналізів і рентгенографії, з приймальним відділенням стаціонару; 5) оснащення обласної лікарні високо розрешаючим комп'ютерним томографом, що дозволить деталізувати характер наявної у пацієнта невідкладної патології і тим самим провести адекватне лікування хворого, особливо при наявності ускладнень; 6) можливість проведення негайної консультації лікарями-спеціалістами (терапевтом, невропатологом та ін.).

## ВЛИЯНИЕ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НЕТИФОИДНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ В УКРАИНЕ

*Гаврик В.М.*

*Научный руководитель Галушко Н.А.*

*СумГУ кафедра гигиены и экологии с курсом микробиологии, вирусологии и иммунологии*

Для современного эпидпроцесса нетифоидных сальмонеллезов характерны отсутствие тенденции к затуханию и стабилизация заболеваемости на уровне 70-80-х гг. прошлого столетия. Известно, что характер развития эпидпроцесса в значительной степени зависит от природных факторов, в том числе и от активности Солнца. В поиске причин неоднородной динамики заболеваемости нетифоидными сальмонеллезами нами была изучена взаимосвязь солнечной активности и эпидпроцесса нетифоидных сальмонеллезов за период 1958 - 2013гг.

**Материалы и методы.** Динамика эпидпроцесса нетифоидных сальмонеллезов изучалась с использованием показателей заболеваемости населения, которые были получены из материалов годовых отчетов Центральной СЕС МОЗ Украины за период 1971 – 2013 гг. и сборника эпидемиологических материалов «Распространение и эпидемиологическая характеристика важнейших инфекционных болезней человека в Украинской ССР (1945 – 1972 гг.)». Солнечная активность изучалась с использованием чисел Вольфа за аналогичный период - эти показатели были получены из официальных сайтов аналитического центра изучения влияния Солнца Королевской обсерватории Бельгии (<http://sidc.oma.be>) и Института земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн им. Н.В. Пушкова РАН (<http://www.izmiran.ru>). Для определения корреляционной зависимости между исследуемыми показателями использовали коэффициент корреляции Пирсона.

**Результаты.** Результаты нашего исследования показали наличие тесной взаимосвязи заболеваемости нетифоидными сальмонеллезами с солнечной активностью в период с 1979 по 1992 гг. Было установлено, что периоды подъема заболеваемости нетифоидными сальмонеллезами в 1979-1986 гг. и периоды ее спада в 1987-1992 гг. были тесно связаны с синхронными флюктуациями чисел Вольфа, отражающими степень солнечной активности, коэффициенты корреляции составили 0,93 и 0,7 соответственно. Между тем, первый подъем заболеваемости нетифоидными сальмонеллезами в 1958-1978 гг. и период ее снижения в 1993-2013 гг. характеризуются очень слабой корреляционной связью с числами Вольфа в этой годы - коэффициенты корреляции не превышали 0,2. На наш взгляд, это свидетельствует о том, что социальные изменения в обществе до 1978 г. и с 1993 по 2013 гг. обладали настолько сильным влиянием на механизм передачи нетифоидных сальмонеллезов, что приводили к нивелированию эффекта воздействия на их эпидпроцесс активности Солнца. Это побуждает к



более углубленному изучению воздействия социальных факторов на ход эпидемического процесса нетифоидных сальмонеллез в Украине.

## ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНИ ТА КРИТЕРІЇ, ЯКІ НА НЕЇ ВПЛИВАЮТЬ

*Дорошецька Є.В.*

*Науковий керівник: Любчак В.В.*

*Медичний інститут Сумського державного університету*

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Мета: вивчення проблем демографічної ситуації в Україні. Завдання: визначити основні напрямки демографічної політики. Матеріали та методи: проаналізовані дані Укрстату що до демографії. Починаючи з 1993 року, коли населення України досягло 52, 18 млн. кількість українців почала знижуватись з кожним роком. На 2006 р. налічувалося 46,79 млн. жителів, а станом на 1 січня 2015 року чисельність наявного населення України становила за попередніми даними 42,9 млн. осіб (без врахування Автономної Республіки Крим). Негативна ситуація також стосується кількості народжених, природного руху населення, сальдо міграції – які зменшуються та кількості померлих – яка збільшується. Багато історичних подій кінця ХХ початку ХХІ століття мали невтішні демографічні наслідки для України: Чорнобильська катастрофа, криза 90-х років, геополітичні події, нестабільність в економіці, анексія Криму, війна на Сході України. На 2015 рік Україна посідає 30 місце за чисельністю населення на планеті. На демографічні показники впливає і якість життя яку може забезпечити держава. На 2013 рік за якістю життя Україна займає 73 місце серед 191 країни світу. За рівнем смертності Україна посідає друге місце в Європі. Спостерігається різке зменшення народжуваності; збільшення смертності; відсутність природного приросту; старіння населення; скорочення тривалості життя; погіршення здоров'я; посилення міграційних процесів.

Висновки: з метою подолання негативних демографічних показників діяльність органів державного управління повинна бути направлена на покращення якості життя, поліпшення умов для роботи, проживання та створення сім'ї, збільшення доступності медичного обслуговування всім верствам населення, зменшення «навантаження» на працюючу його частину.

## ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВНЕ НАВЧАННЯ У СИСТЕМІ ФОРМУВАННЯ ЗНАТЬ З ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ

*Корнієнко М.В., Коломієць Є.В.*

*Науковий керівник - Гребеник Л.І.*

*Сумський державний університет*

Проблемно-орієнтовне навчання (Problem-based learning - PBL) є одним з сучасних та прогресивних методичних підходів у системі підготовки майбутніх лікарів в усьому світі. В нашому університеті завдяки грантовій програмі «Tempus» студенти стали безпосередніми учасниками впровадження педагогічних прийомів PBL в навчальний процес. Участь СумДУ в цій програмі можливо розглядати як з точки зору використання ефективних засобів навчання, так і з точки зору підвищення ефективності формування цілісної структури медичних знань студентів, що створюють міцний базис, в першу чергу, у сфері профілактичної медицини. Система PBL побудована на використанні проблемних клінічних завдань, так званих «кейсів», базою для розробки яких слугували реальні життєві ситуації, що були в медичній практиці лікарів Великої Британії. Аналіз кожного «кейсу» передбачає глибинне «занурювання» в конкретну історію пацієнта, починаючи з моменту першого візиту хворого і закінчуючи розглядом системи засобів реабілітації після одужання. Вивчення «кейсів» акцентує увагу на причинах захворювань та можливих заходах запобігання або зниження ризику їх виникнення. Розгляд питань первинної профілактики є складовою практично кожного ситуаційного

завдання. Звертає увагу на себе той факт, що профілактичні заходи при різних патологічних станах розглядаються для різних вікових груп. Особливу зацікавленість у студентів викликають ті питання, які безпосередньо стосуються здоров'я людей молодого віку. Слід відзначити, що головними акцентами, що проходить червоною стрічкою скрізь кожний «кейс» є питання: «чому таке сталося?», «як цього запобігти?», «як ефективно допомогти?», «що робити далі?» або «як з цим далі жити?». На нашу думку, визначення цих питань та відповіді на них формують не лише практично спрямовані знання майбутніх лікарів, а й виховують у студентах науково обґрунтоване ставлення до стилю життя, якому можна надати нову сучасну якість.

## РОЛЬ ОБМІНУ КАЛЬЦІЮ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

*Личко С. О. Михайлова Т. І.*

*Сумський державний університет, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

Кальцій – один із біогенних елементів, необхідних для нормального протікання життєвих процесів. Він присутній у всіх тканинах і рідинах тварин і рослин. Кальцій є важливою складовою частиною і організму людини; його загальний вміст становить приблизно 1,4% (1000 г на 70 кг маси тіла). В організмі кальцій розподілений нерівномірно: близько 99% його кількості припадає на кісткову тканину та лише 1% міститься в інших тканинах (1 г в плазмі крові, 6-8 м в м'яких тканинах). В крові концентрація кальцію досягає 2,25-2,5 ммоль/л (90-100 мг/л), з них 40-45% пов'язані з білками плазми, 8-10% знаходяться в комплексі з іонами, наприклад, цитратом, 45-50% дисоційовано у вигляді вільних іонів.

Кальцій забезпечує опорну функцію кісток. Іони кальцію відіграють ключову роль у м'язовому скороченні, збільшують проникність мембрани клітин для іонів калію, впливають на натрієву провідність клітин, на роботу іонних насосів, сприяють секреції гормонів, беруть участь у каскадному механізмі згортання крові. Крім цього, вони служать найважливішими посередниками у внутрішньоклітинній передачі сигналів. Кальцій забезпечує міцність нігтів і зубів. Катіони  $\text{Ca}^{2+}$ , що входять до складу плазми крові та тканинних рідин, беруть участь у підтримці гомеостазу (іонну рівновагу, осмотичний тиск в рідинах організму), а також у регуляції серцевих скорочень.

Всмоктування кальцію відбувається у тонкому кишечнику, головним чином у дванадцятипалій кишці. Тут жовчні кислоти утворюють з солями кальцію комплексні сполуки, які потім проходять через стінку ворсинок. Виводиться кальцій з організму через кишечник і нирки. Основними регуляторами, що підтримують постійний рівень кальцію і фосфору в крові, є кальцитонін і паратгормон. Кальцитонін – гормон клітин щитоподібної залози, що володіє гіпокальціємічною дією; паратгормон – гормон паращитовидних залоз, що характеризується гіперкальціємічним ефектом.

Патофізіологічний аспект кальцієвого обміну розглядається з двох позицій: гіпокальціємія і гіперкальціємія. Гіпокальціємія, що виникає внаслідок гіпаратиреоїдизму або порушення всмоктування кальцію в кишечнику, призводить до зміни нервово-м'язової збудливості, появи судом. При недостатності кальцію в позаклітинній рідині зростає проникність біологічної мембрани для іонів. В результаті падає нормальний електрохімічний потенціал, відбувається спонтанне скорочення м'язів, виникають судоми. При нестачі кальцію підвищується збудливість і в нервових клітинах. Іони кальцію, переходячи в клітину, викликають м'язове скорочення.

Гіперкальціємія виникає при гіперфункції паращитовидних залоз; гіпосекреції кальцитоніну; надлишку в організмі вітаміну Д; явищах ацидозу. Тривала гіперкальціємія може призвести до зниження нервово-м'язової збудливості, появи парезів, паралічів, утворення важко розчинного кальцію, який затримується в тканинах.

Таким чином, обмін кальцію в організмі є одним з найбільш важливих факторів його функціонування і забезпечення гомеостазу. В подальшому плануємо долучитись до науково дослідної роботи кафедри за тематикою зв'язок алельного поліморфізму "генів ектопічної кальцифікації" з розвитком поширення серцево-судинних хвороб та їх ускладнень для вивчення захворювань ротової порожнини.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИИ УКРАИНЫ И УЗБЕКИСТАНА ЗА 2014 ГОД.

*Любчак В.В., Усмонов К. Н., Хасанова Д.А. студентка*

*СумДУ, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Целью данного исследования стало сравнение Украины и Узбекистана как государств с сопоставимой численностью населения но разными социальными аспектами, влияющими на демографию.

Анализ данных за 2014 год, представленных Государственным комитетом Узбекистана по статистике, на 1 января текущего года численность постоянного населения республики достигла 30,488600 тысячи человек. За последние 12 месяцев прирост составил 495.1 тыс. человек или 1.7 %. Численность городского населения составляет 57 % или 17,378502 тыс. человек, а сельского населения 43% или 13,110098 тыс. человек.

По итогам 2014 года в Узбекистане родилось 674.9 тыс. детей, что в результате дало коэффициент рождаемости 22.3 на 1000 жителей. Это на 1.3 промилле больше, чем было зарегистрировано в позапрошлом (2013) году. Кроме того, за указанный период было зафиксировано 145 тыс. смертей, что в результате дало показатель смертности 4.8 на одну тыс. человек.

По данным Укрстата за 2014 год численность населения Украины составила 42 759 300 постоянных жителей. По данным, опубликованным разведкой США на Украине самая высокая смертность в Европе, страна занимает 2-е место в мире по уровню смертности (после ЮАР) и 1-е место в мире по уровню естественной убыли населения (6,3 ‰(промилле)).

В 2014 году на Украине родилось 503,7 тыс. Годом ранее-520,7 тыс. детей; умерло-662,4 тыс. год ранее-663,1 тыс. человек. Естественная убыль 158,7 тыс. что на 16,3 тыс. больше, чем за 2013 год.

На основе анализа этих данных можно сделать вывод о необходимости внедрения социальных программ, научного обоснования путей улучшения качества медицинского обслуживания и здоровья населения Украины на примере стран постсоветского пространства с учетом национальной специфики.

## МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОНОРСТВА

*Любчак В. В., Карпенко Б.М., Ступницька О.В.*

*Медичний інститут Сумського державного університету*

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

На даний час кількість запасів донорської крові в Україні майже вдвічі нижче світових стандартів, а кількість донорів за 20 років зменшилась майже у 10 разів. Така ситуація вимагає пошуку ефективних методів залучення населення до лав донорів.

Мета: Виявити ефект від належної мотивації на бажання стати донором.

Завдання: дослідити готовність населення стати донором крові та зміну погляду у випадку значущої мотивації. про залежність життя людини від їхнього рішення.

Матеріали та методи: проведено анкетування 75 людей у віці від 18 до 65 років, особи чоловічої статі склали 57,33%, жіночої - 42,66%.

Результати: бажання стати донорами виявили 38,66% , у випадку крайньої необхідності на здачу крові погодилося 92%. 40 % респондентів були донорами, з них повторно хотіли би здати кров - 53,33%, а у випадку крайньої необхідності 96,66% погодилися би на донорство.

Серед опитаних 60% ніколи не були донорами, але 28,26% хотіли би ними стати, а у випадку інформованості про ризик для життя людини, ця цифра виросла би у 3 рази ( 86,95% ). В умовах крайньої необхідності 93,75% жінок і 90,69% чоловіків дали би згоду на здачу крові, а хотіли би здати за звичайних умов 34,37% жінок і 41,86 % чоловіків.

Висновки: створення глобальної авторитетної інформаційної піар-компанії могло би підвищити рівень донорства, відповідно, запасів життєво-необхідних компонентів крові.

## АНАЛІЗ РІВНЯ ДОВІРИ ДО ТРАНСФУЗІЙ КОМПОНЕНТІВ ТА ПРЕПАРАТІВ КРОВІ

*Любчак В.В., Романенко І. М.*

*Медичний інститут Сумського державного університету*

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Актуальність. Останні роки переливання препаратів крові та її компонентів проводиться за суворими показаннями, що пов'язано з розвитком клінічної трансфузіології, обмеженою кількістю, дороговизною препаратів та потенційною інфекційною небезпекою донорської крові. Мета: з'ясувати рівень довіри до сучасних компонентів крові та її препаратів.

Завдання дослідження: опитування населення з приводу ставлення до гемотрансфузій.

Матеріали та методи. Було проведено опитування 47 осіб у громадських місцях м. Суми. Структура опитуваних має такий вигляд: 23 жінки, серед яких віком від 16 до 25 років – 1, від 26 до 35 років – 7, від 36 до 45 років – 9, від 46 до 55 років – 7; 24 чоловіка, серед яких віком від 16 до 25 років – 4, від 26 до 35 років – 9, від 36 до 45 років – 8, від 46 до 55 років.

Запитання, які були поставлені опитуваним:

- Ваші вік та стать
- Чи викликає у Вас недовіру процедура переливання крові?
- Чи допускаєте Ви можливість зараження інфекційними хворобами при переливанні крові?

Результати. При аналізі отриманих відповідей було виявлено, що 8 чоловіків та 18 жінок вважають переливання крові небезпечним та бояться можливості проведення переливань препаратів крові в їх випадку. При цьому 15 чоловіків та 6 жінок не бояться переливати кров та сподіваються на відсутність негативних наслідків після проведення цієї процедури. 30% населення не мають інформації про можливість передачі інфекційних захворювань через кров.

Висновки. Ставлення населення до гемотрансфузій розділилось на два сектори: 55% вважають неприпустимими переливання препаратів крові, а 45% допускають таку можливість, при цьому рівень довіри у чоловіків вищий ніж у жінок. Також можна сказати, що 70% населення проінформовані про інфекційну небезпеку донорської крові.

## ПОНЯТТЯ ПРО ЯКІСТЬ ДОНОРСТВА

*Масленко А.О.*

*Науковий керівник – к.е.н., Тарасенко С.В.*

*СумДУ, Медичний інститут*

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

У 1975р. Двадцять восьма сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я закликала розвивати національні служби переливання крові на основі добровільного донорства крові, що забезпечить безпечні, адекватні та достатні поставки крові, і захистить здоров'я донорів та реципієнтів. З того часу у всьому світі служби переливання крові мають такі завдання: 1) забезпечення достатньої кількості крові та її препаратів; 2) забезпечення якості та безпечності донорської крові для реципієнтів; 3) провадження безпечного процесу здачі крові для донорів.

Якість донорства ми визначаємо як здатність системи здачі крові в певній країні (регіоні) забезпечити потреби у крові у необхідній кількості визначеної якості, що формується переліком індикаторів (зокрема, структурою донорів, інфекційною безпечністю та ін.).

Встановлено, що добровільні донори є найбезпечнішими, адже вони умотивовані альтруїстичними спонуканнями та бажанням допомогти іншим людям, а також відчуттям морального зобов'язання і соціальної відповідальності. Такі донори, зазвичай, добре поінформовані про критерії відбору і відмовляться здавати кров, якщо не будуть задовольняти їх. Це призводить до зменшення супутніх витрат через меншу кількість виявлених інфекцій при тестуванні крові. У ряді досліджень зареєстровані більш низькі рівні маркерів інфекцій серед регулярних добровільних донорів у порівнянні з іншими видами донорів.

Якість донорства визначає і вік донорів. «Найпродуктивнішими» донорами вважають чоловіки у молодому віці, адже вони, на відміну від жінок, не обмежені циклічними процесами в організмі. Багато розвинених країн зараз зіштовхнулись з проблемою: об'єм крові від донорів є достатнім, а вікова структура донорів загалом складається з осіб середнього віку.

Донори мають право на якісне обслуговування і допомогу впродовж кроводачі. Якість їх взаємодії зі службою переливання крові має вирішальне значення для їх задоволеності службою, що, у свою чергу, веде до збереження донорів. За відсутності якості донорського обслуговування служба переливання крові ставить під загрозу свою репутацію, ризикує втратити довіру спільноти та, безумовно, не зможе створити контингент активних регулярних добровільних донорів крові.

Таким, чином, якість донорства впливає на стан здоров'я населення різними шляхами: здоровий спосіб життя (критерії безпечного відбору донорів), рівні показників здоров'я (поширеність збудників інфекцій і тенденції у сфері захворювань), а також якість лікування і безпека пацієнтів (наявність і адекватність трансфузійної терапії).

## **АНАЛІЗ РІВНЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДО ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ІЗ СІЛЬСЬКИХ РАЙОНІВ (2012-2013 рр.)**

*Нагорна А.О. Нагорна К.О*

*Науковий керівник – к.мед.н. Васильєв Ю.К.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

У структурі загальної захворюваності травми посідають третє місце.

Мета: Проаналізувати рівень госпіталізації в Сумську обласну клінічну лікарню (СОКЛ) залежно від віддаленості сільських районів до обласного центру та наявності спеціалізованої допомоги на місцях.

Матеріали та методи: Кількість направлених хворих з районних лікарень в СОКЛ на підставі щорічних звітів ортопедо-травматологічного відділення за 2012-2013 рр. Для виявлення зв'язку використовувався кореляційний аналіз.

Результати дослідження: Всі райони Сумської області були поділені на дві групи. Перша – в яких є лікар ортопед-травматолог, чи спеціалізоване відділення, та друга – без лікаря травматолога.

У першій групі є райони з яких направлення хворих в СОКЛ є відносно високим, це Білопільський з рівнем госпіталізації 13,3 ‰, Лебединський – 8,1 ‰, Тростянецький – 6,9 ‰. Це можна пояснити тим, що віддаленість від обласного центру не велика – 45 км, 52 км та 55 км відповідно. Та Липоводолинський – 11,4 ‰, Буринський – 9,3 ‰, віддаленість від Сум 88 км та 107 км. Пояснюється тяжкістю травм, та/або недостатньою кваліфікацією лікарів. Найнижчий рівень госпіталізації зареєстрований з тих районів, де допомогу могли надати у відповідних відділеннях, а саме Конотопський (1,25 ‰), Роменський (1,7 ‰), Шосткинський (2,4 ‰).

У другу групу ввійшли Краснопільський віддаленість від Сум – 41 км, Недригайлівський – 73 км, Ямпільський – 174 км, Середино-Будський – 210 км. Рівень госпіталізації з цих районів склав 28,8 ‰, 24,8 ‰, 7,4 ‰, 6,8 ‰ та 8,9 ‰ відповідно. При проведенні кореляційно аналізу залежність між досліджуваними ознаками – зворотна, сила зв'язку – висока.

Висновок: За рахунок використання кореляційного аналізу виявилась пряма залежність доступності спеціалізованої медичної допомоги від віддаленості району до СОКЛ (друга група). Рівень госпіталізації в СОКЛ залежить також від наявності лікарів-травматологів в сільських районах.

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

*Ольшанська А.*

*Запорізький державний медичний університет МОЗ України*

Розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від демографічних перспектив, які визначаються репродуктивними здібностями. Стійка тенденція скорочення чисельності населення внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення рівня загальної смертності ставить під загрозу майбутнє України. В Україні навіть при незначних позитивних змінах народжуваності спостерігається стійкий від'ємний природний приріст - 3,5‰ (2013р.). Охорона репродуктивного здоров'я визначена ВООЗ як пріоритетна галузь у відповідності до Резолюції Всесвітньої Асамблеї ООН з охорони здоров'я ще з 1995 р. Безпліддя є одним із важливих показників стану репродуктивного здоров'я, але не тільки жінок, а й чоловіків. Рівень безпліддя в нашій країні досягнув 18-20 %, кількість неплідних подружніх пар складає в Україні біля 1 млн., таким чином, кожна п'ята пара не може мати дітей. За науковими даними жіноче безпліддя в 2009 р. склало 80 % і 20 % - чоловіче; майже у 80 % випадків причиною безпліддя у жінок є аборт, у 15-25 % - запальні хвороби статевих органів. Вирішення цієї проблеми є важливим резервом поліпшення демографічної ситуації. Рівень абортів та їх наслідки все ще викликають велике занепокоєння, адже штучне переривання вагітності наносить непоправну шкоду здоров'ю, в першу чергу репродуктивному, впливаючи на фертильність жінок, перебіг наступних вагітностей та пологів. У структурі причин материнської смертності, якій можна було запобігти, аборти і пов'язані з ними ускладнення забирають життя майже кожної десятої жінки, що померла під час вагітності. Не зважаючи на тенденцію до зниження, рівень абортів в Україні залишається найвищим серед країн Європи, спостерігається несприятлива тенденція до підвищення кількості абортів у вперше вагітних, наслідком яких є високий рівень захворюваності та ризик безплідності: (у 2004 р. цей показник збільшився понад як у 2 рази, склавши 12,1 %, проти 5,6% у 1991 р.). В ході нашого дослідження встановлено, що  $39 \pm 3,2$  % вагітних жінок мають в анамнезі один перенесений аборт, а  $14,0 \pm 1,8$  % - два і більше. Одним із основних поведінкових чинників розладу репродуктивного здоров'я вважаються ПСШ (інфекції, що передаються статевим шляхом). Зазначені інфекції нерідко стають причиною безпліддя, невиношування вагітності, а також пренатального інфікування плода з можливими тяжкими наслідками і навіть вадами розвитку плода. Тривалий перебіг цієї групи хвороб також часто призводить до безпліддя, адже наслідком нездорового способу життя є запальні хвороби статевих органів. Частота даної патології залишається високою і має стійку тенденцію до зростання. Щорічне виникнення репродуктивних проблем у більш як 11 тис. жінок пов'язано із позаматковою вагітністю, рівень якої значною мірою впливає на репродуктивні процеси та втрати. Науковцями доведено, що ризик виникнення позаматкової вагітності після перенесеного запального процесу статевих органів збільшується в 6-10 разів. За даними нашого дослідження у  $42,4 \pm 5,3$  % жінок в анамнезі були хронічні запальні процеси статевих органів. Треба відзначити, що не тільки медичні, а й соціально- економічні проблеми торкаються збереження репродуктивного здоров'я. Так, несприятливим чинником є значне число розпаду сімей незабаром після народження дитини. В ході нашого дослідження було встановлено, що

64,5±3,6 % жінок перебувають у зареєстрованому шлюбі, 23,5±2,8 % - в незареєстрованому шлюбі, 12±4,1 % - не мають постійного партнера, серед них жінки, що перебувають в першому шлюбі склали 57 ± 2,9 %, у повторному – 43±2,9 %. У нас в країні велика увага приділяється стану здоров'я вагітних жінок, на базі жіночих консультацій знаходяться так звані «Школи відповідального батьківства», де проводяться спеціалізовані заняття, які включають курс підготовки до пологів, догляд за дитиною. Завдяки виконанню Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 р.р." з 2010 р. спостерігаються позитивні тенденції в стані репродуктивного здоров'я населення, але воно залишається незадовільним по деяким питанням, що вимагає нових підходів та ефективних шляхів вирішення проблеми його збереження та поліпшення. Показано, що провідними чинниками погіршення стану репродуктивного здоров'я є аборти та як наслідок їх хронічні запальні процеси статевих органів.

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Помогайбо Е.Г., Кузнецова Д.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

В настоящее время ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире: по данным ВОЗ, к началу XXI века избыточную массу тела имело около 30% населения планеты. Растущая распространенность ожирения у детей и подростков, особенно в развитых странах и высокая частота нарушений углеводного и липидного обмена, артериальной гипертензии на фоне ожирения свидетельствуют об актуальности исследования данной проблемы именно в этой возрастной группе.

Цель исследования: изучить распространенность избыточной массы тела и ожирения с определением возможных факторов риска развития данной патологии среди подростков 11-11 классов.

Материалы и методы: Для определения Индекса массы тела нами был проведен анализ антропометрических данных школьников г. Харькова. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался в кг на метр квадратный (кг/м<sup>2</sup>) с последующей оценкой показателей при помощи перцентильных кривых и таблиц для данного возраста и пола. Согласно полученным значениям ИМТ выделено 3 группы: дети с нормальной массой, избыточной массой и ожирением. Выполнено анкетирование родителей детей с ожирением. Опросник включал вопросы относительно режима питания и двигательной активности.

Результаты и их обсуждение: Нами были обработаны данные 3910 школьников 11-11 классов. Избыточная масса тела и ожирение была выявлена у 695 детей (17,7%), в том числе ожирение имели 267 детей (6,8%); избыточную массу тела - 426 (10,9%). В результате проведенного анкетирования родителей детей было получено 116 полностью заполненных опросников. Анализ данных анкетирования родителей показал, что 67% детей не имеют строго определенного режима питания. Большая часть семей из-за нехватки времени употребляют в пищу консервы и полуфабрикаты. Между основными приемами пищи дети употребляли по убывающей степени: шоколад, конфеты, чипсы, фрукты, прочее. При этом подростки предпочитали утолять жажду сладкими напитками (соками, сладкой газированной водой), реже обычной водой и компотами. 43% детей отмечали, что проводят за компьютером или телевизором в среднем 3-4 часа в день, 35% ответили, что за компьютером или телевизором проводят все свободное время. Полученные данные опроса свидетельствуют, что физическая активность детей была также снижена как в будни, так и в выходные дни.

Вывод: распространенность ожирения и избыточной массы тела среди изученной группы подростков составляет 17,7%. Анализ результатов анкетирования родителей показал, что в качестве потенциальных средовых факторов риска развития избыточной массы тела и ожирения детей раннего возраста могут рассматриваться употребление продуктов с высоким

содержанием калорий и сахара и продуктов быстрого приготовления, просмотр телевизионных передач более 3 часов в день, а также малоподвижный образ жизни.

## **СОГЛАСИЕ НА ПОСМЕРТНОЕ ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА**

*Ромашка С.В.*

*Научный руководитель – д-р филос. наук, Алексейчук И.С.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
(г. Красный Лиман Донецкой обл.)*

*Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин*

**Актуальность.** В наши дни в Украине остро стоит проблема нехватки органов для трансплантации (удовлетворяется примерно до 10% потребностей в донорских органах, до 3000 потенциальных доноров ежегодно умирают в Украине), отчасти из-за того, что действует презумпция несогласия человека на посмертное изъятие у него органов для трансплантации, а отлаженных стандартных механизмов изъятия органов у давшего на то согласие человека нет.

**Цель работы.** Найти и описать оптимизированные механизмы выражения согласия человека на посмертное изъятие его органов для трансплантации.

**Материалы и методы.** Анализ научной литературы о посмертной трансплантации органов человека в других странах, изучение официальных статистических данных.

**Результаты и обсуждение.** В нашем государстве установлена презумпция несогласия на посмертное изъятие органов у человека, т.е. гражданину, осознанно решившему разрешить изъятие необходимо самостоятельно заверить согласие нотариально и обеспечить доступ медработников к документу сразу после его смерти. В то же время сведения о возможности такого выбора, о его преимуществах населению не разъясняются – таким образом, существует ряд людей, которые потенциально могли бы дать согласие на изъятие, но не делают этого из-за низкой осведомленности, пассивной общественной позиции и т.п. Шагом к возможному решению проблемы может стать добавление обязательного поля в документах, удостоверяющих личность (паспорт, водительское удостоверение и др.), где указывалось бы, согласен ли человек на изъятие собственных органов (опыт США). Целесообразно создание единой базы данных о людях, давших согласие на посмертное изъятие собственных органов, к которой смогут оперативно получить доступ медработники (опыт США, Соединенного Королевства), однако, во-первых, внедрение подобных революционных новшеств в любой стране обычно встречает большое количество препятствий, во-вторых, есть риск несанкционированного доступа к такой базе, в-третьих, централизованная цифровая база данных может быть ориентиром, а не юридическим подтверждением в таком важном вопросе. Также представляется целесообразным проводить просвещение населения в вопросах донорства, опираясь на государственную поддержку. Автор полагает, что на первом этапе развития механизмов посмертного изъятия органов человека упор следует делать на первый метод (использование записей в уже существующих стандартизованных документах).

**Выводы.** Были предложены методы оптимизации процедуры выражения гражданином согласия на посмертное изъятие органов как шаг к максимальному удовлетворению потребностей пациентов в донорских органах.

## **ОЦІНКА ПРІОРИТЕТІВ НАСЕЛЕННЯ ПРИ ВИБОРІ МІЖ ПРИВАТНОЮ ТА ДЕРЖАВНОЮ ФОРМАМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНИХ УСТАНОВ**

*Рябокоть О.А.*

*Науковий керівник Любчак В.В*

*СумДУ, Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Мета дослідження – дослідити вибір суспільства між державною та приватною формами організації медичних установ в м. Суми. Завдання дослідження: провести



анкетування та зробити аналіз даних для досягнення поставленої мети. Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування 75 жителів міста, які були розділені на 3 групи за віком. Група А – віком до 30 років. Група В – віком 30-60 років. Група С – віком від 60 років. Кожен відповідав на 5 запитань, кожне із них оцінювалось в 1 бал. Результати та їх обговорення. В групі А було опитано 32(42,67% від загальної кількості), в групі В 22(29,33%), в групі С 21(28%). Група віком до 30 років розподілила бали з таким результатом – пріоритет за державними закладами 38 балів(23,75%), за приватними 122бали (76,25%). Група В державні установи - 47 балів(42,73%), приватні - 63 бали(57,27%). Група С: Державні - 61 бал (58,1%), приватні 44бали(41,9%). Всього балів набрано за державні послуги 146(38,93%). Всього балів набрано за приватні установи 229(61,07%). По кожному запитанню респонденти розділились(Д- державні заклади, П- приватні):

В якому закладі краща професійна допомога.?

Д- 27(36%) П- 48(64%).

Швидка допомога повинна бути:

Д- 31(41,33%) П- 44(58,67%).

Вибір між приватною та державною лабораторією для аналізів.

Д- 20(26,67%) П- 55(73,33%).

Довіра до дотриманням лікарської таємниці краща в державному або приватному секторі?

Д- 31(41,33%) П- 44(58,67%).

Де повинні лікуватися тяжко хворі?

Д- 37(49,33%), П- 38(50,67%).

Висновки. Таким чином сучасне суспільство віддає пріоритети приватній медицині, але стосовно лікування тяжких захворювань державні установи мають майже той самий авторитет що і приватні. Це вказує на те що державні заклади потребують реформ для покращення надання медичних послуг.

## ТЕХНОЛОГІЇ mHEALTH У АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

*Сміянов В.А., Тарасенко С.В., Клименко В.О.*

*Медичний інститут СумДУ*

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Регресивний тип вікової структури населення, збільшення рівня хронічних захворювань та їх омолодження, швидкий ріст частоти виявлення хвороб цивілізації (ІХС, ЦД, АГ, ожиріння, остеохондроз і т.д.) збільшують навантаження на сімейних лікарів (терапевтів), тривалість перебування хворого у стаціонарі, рівні інвалідизації працездатного населення та смертності. Такі тенденції зумовлені, у першу чергу, ставленням населення до збереження та покращення здоров'я, адже частка впливу на здоров'я способу життя людини складає 51-52%, у той час як вплив медичних чинників – лише 8-9%.

Одним з інструментів підвищення прихильності людей до слідкування за власним здоров'ям є мобільні технології, які дозволяють пацієнту у короткий термін отримати інформацію про стан здоров'я та удосконалюють роботу лікаря.

Під мобільною медициною (m-Health) розуміють програми, послуги та сервіси в галузі медицини, при реалізації яких використовуються мобільні пристрої (телефони, смартфони, планшети та ін.) та технології інтернет зв'язку.

Сьогодні існує близько 20 тис. медичних програм та додаткових гаджетів до них, які дозволяють спостерігати за різними системами організму та управляти своїм здоров'ям. Програми для контролю ваги та ведення щоденника харчування (MyFitnessPal), вимірювання пульсу (Runtastic Heart Rate Monitor, Instant Heart Rate), календар вагітності (Pregnancy watcher widget, Period Calendar), контроль водного балансу (Water Your Body), діагностика шкірних

захворювань (Doctor Mole), контроль глюкози крові (за допомогою портативного глюкометра, який підключається до смартфона) та ін.

Технології mHealth здатні підвищити прихильність населення до здорового способу життя за рахунок:

- 1) можливості перевірки стану здоров'я у будь-який час, так як мобільний телефон знаходиться у безпосередній близькості 24 години на добу;
- 2) спілкування людини з лікарем (надання рекомендацій щодо подальшої профілактики у режимі он-лайн);
- 3) можливості постановки нагадувань або SMS-розсилки для виконання процедур, фізичного навантаження, раціону харчування та ін.;
- 4) застосування методів ігрофікації (англ. gamification - підходи, які використовують напрацювання з ігрової індустрії для неігрових процесів з метою зацікавлення користувачів) для залучення пацієнта (особливо дітей та підлітків) у процес збереження власного здоров'я.

Таким чином, завдяки доступності, необмеженим можливостям застосування і перспективам розвитку за допомогою мобільних технологій можна побудувати систему активізації населення до здорового способу життя, яка буде підпорядковуватися правилу «4P»: predictive – припущення проблем до їх появи; preventive – усунення проблем до їх появи; personalized – індивідуальна медицина; participatory – ефективна участь у процесі діагностики та лікування усіх необхідних спеціалістів.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУМАРНИХ ПОКАЗНИКІВ ВІДТВОРЕННЯ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПИ

*Доц. Сміянов В.А., ас. Сміянова О.І., Богма К.В.*

*Сумський державний університет, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

З 2002 р. динаміка народжуваності в Україні набула позитивного спрямування – впродовж останнього десятиріччя загальний показник народжуваності зріс майже на 31%. При цьому відзначається доволі значне його коливання: від 9,3 на 1 тис. населення у Чернігівській області до 14, 7 у Рівненській та Закарпатській областях.

Для оцінки народжуваності у світі найчастіше використовується сумарний коефіцієнт відтворення. Нашою метою було провести порівняльний аналіз цього показника в Україні та країнах Європейського регіону.

У світі налічується 65 країн, з яких 43 належать до найрозвиненіших і переважно знаходяться в Європі, де сумарний коефіцієнт народжуваності є нижче рівня простого відтворення – 2,1 дитини на жінку. До європейських країн з низьким значенням цього показника (від 1,07 до 1,3 дитини на 1 жінку) відносяться Грузія, Україна, Російська Федерація, Італія, Болгарія, Словенія, Греція. Дещо сприятливіша ситуація (1,6 – 1,8 дитини) спостерігається в Бельгії, Нідерландах, Великій Британії, Ірландії та Скандинавських країнах.

Регіони України за рівнем сумарного показника можна розподілити на три групи: східні – з найнижчими показниками (до 1,1 дитини), західні – з відносно високими показниками (1,2-1,6 дитини) і решту регіонів, що займають проміжні позиції між західними та східними регіонами (1,1-1,2 дитини).

Звертає на себе увагу постійне зростання частки дітей, народжених в незареєстрованих (консенсуальних) шлюбах. У 2013 р. в Україні їх питома вага становила 21%, що значно менше, ніж у країнах Західної Європи – 40,7%.

Слід зазначити вплив на зниження показників народжуваності погіршення соціально-економічних умов. За даними соціологічних досліджень, проведених Інститутом демографії України у 2013 р., 40 % українських жінок вказали на незадовільний матеріальний рівень як причину відсутності бажаної кількості дітей.

## АНАЛІЗ КОМП'ЮТЕРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Доц. Сміянов В.А., асист. Сміянова О.І.*

*Сумський державний університет, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

В умовах перебудови галузі істотно змінюється організація інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я, найважливішими принципами якого є своєчасність, проблемна зорієнтованість, аналітичність, вірогідність, здатність до максимально повного узагальнення при обмеженому обсязі та наявності засобів оцінки інформації, обґрунтованість висновків і рекомендацій.

Потребує створення єдиний медичний інформаційний простір України, що має ґрунтуватися на новітніх інформаційних і телекомунікаційних технологіях, медичних інформаційно-аналітичних системах, які повинні складатися з галузевих регіональних баз даних, системи медико-статистичної інформації й аналізу. Створення такого інформаційного середовища забезпечить процес управління охороною здоров'я своєчасною й достовірною інформацією.

Станом на 01.01.2014 в закладах охорони здоров'я області нараховувалось 2014 комп'ютерів, з яких 621 або 31% застарілі моделі. 167 комп'ютерів (8%) із загальної кількості знаходились в неробочому стані. Враховуючи непрацюючі, застарілі та потребу в комп'ютерній техніці (за оперативною інформацією ЛПЗ), в цілому необхідно для закладів охорони здоров'я області 1035 комп'ютерів.

За 2013 рік комп'ютерний парк лікувально-профілактичних закладів області було поповнено лише на 96 комп'ютерів з різних джерел фінансування (35% - місцевий бюджет, 25% - спецрахунок, 40% - за рахунок позабюджетних коштів).

На районні ЛПЗ припадає 30% від всіх комп'ютерів області (604 комп'ютери, 37 з них не працює), причому 136 комп'ютерів або 23% - застарілі моделі, які не підтримують сучасних інформаційних технологій.

В розрізі районів найбільшу кількість комп'ютерів мають: Сумський – 63 працюючих комп'ютери, 18 - застарілих; Шосткинський - 62, з них застарілі моделі – 15, Конотопський 57 працюючих комп'ютерів, з них застарілі моделі – 16; Кролевецький - 49; Охтирський 37 комп'ютерів (5 застарілих).

Аналіз використання комп'ютерів ЛПЗ свідчить про їх неповне функціональне завантаження. Серед програмного забезпечення, які використовують заклади, переважають бухгалтерські програми (38%), облік кадрів (10%), ведення медичної статистики та аналізу діяльності ЛПЗ (статистична система «Медстат» - 9%), контроль обліку медикаментів, діагностичні та інші програми (40%) і лише 3% припадає на використання закладами інформаційно-пошукових систем типу «Поліклініка» та «Стаціонар», що не дає можливості створення єдиного інформаційного простору між медичними закладами області та вирішення такого важливого питання, як уніфікація медичних даних, створення персоніфікованої бази пацієнтів.

## ОГЛЯД СУЧАСНИХ МАРКЕТИНГОВИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Хоменко Л.М., Любчак В.В.*

*СумДУ, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я*

Необхідність використання маркетингових досліджень у системі управління охороною здоров'я обумовлена, тим, що вони дозволяють проаналізувати нинішній стан тієї чи іншої проблеми та спрогнозувати на майбутнє.

Метою роботи є визначення основних методів маркетингових досліджень, що можуть використовуватися для підвищення якості медичної допомоги.

Найчастіше застосовують наступні методи маркетингових досліджень:

*Опитування (анкетування)* передбачає з'ясування думки респондента з обмеженого кола включених в анкету питань. Даний метод дозволяє отримати необхідні дані з обмеженого кола проблем від великої кількості людей, завдяки чому їх можна обробляти статистичними методами та поширювати результати на всю генеральну сукупність.

*Метод фокус-групи* - дослідження проходить у формі групового обговорення питання, що цікавить дослідника; в ході якого учасники групи можуть вільно спілкуватися один з одним і висловлювати свої почуття і емоції. Даний метод дозволяє згенерувати велику кількість ідей з певного питання та детальніше вивчити поведінку респондентів.

*Глибинне інтерв'ю* – це бесіда інтерв'юера з респондентом, яка проводиться за певним планом. Базується на спонуканні респондента до ґрунтовних, а також глибоких міркувань з кола питань, що цікавлять дослідника.

*Аналіз протоколу* полягає в створенні ситуації для прийняття певного рішення респондента, у процесі якого він має детально описати всі фактори, якими він керувався при прийнятті цього рішення. Метод дозволяє отримати інформацію про поведінку людини, причини такої поведінки, мотиви.

*Спостереження* - засноване на фіксації поведінки споживача в певних умовах. Спостереження можна проводити без участі споживача та за його участю.

Таким чином, в залежності від поставлених задач, величини цільової аудиторії можна використовувати той чи інший метод досліджень.

## АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ УЧНІВ ПТУ

*Шевчук К.В.*

*ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М.Марзєєва НАМН України», м. Київ*

Мета - визначення особливостей формування адаптаційного потенціалу учнів ПТУ в процесі навчання на I-му та II-му курсах в залежності від статі та профілю навчання.

Завдання:

1. Визначити адаптаційний потенціал та функціональний стан серцево-судинної системи учнів ПТУ різної статі.
2. Провести порівняльний аналіз отриманих даних в динаміці навчання на I-II-му курсах.

Методи - фізіологічне обстеження (функціональні проби ССС), анкетування. В подальшому проводився аналіз фактичних даних та розрахункових індексів (адаптаційний потенціал, показник якості реакції системи кровообігу на дозоване фізичне навантаження).

Було проведено обстеження 67 студентів (24 дівчини, 43 юнака), які навчаються в ПТУ на I-му та II-му курсах за профілем «Автослюсар» (юнаки) та «Секретар» (дівчата).

Виявлено, що у більшості першокурсників (59,3% юнаків та 50,0% дівчат) задовільний рівень адаптації. Інша картина спостерігається у учнів другого курсу: у юнаків задовільний рівень адаптації встановлений у 15,8% випадків, а у дівчат – у 69,2%. Напруження адаптації виявлено у 40,7% юнаків на I-ому курсі та 78,9% – на II-ому; у дівчат відповідно 50,0% та 30,8%.

Таким чином, у дівчат у хлопців при навчанні на I-II курсах ПТУ спостерігається різноспрямована динаміка зміни показників адаптаційного потенціалу: у хлопців простежується достовірно зниження частки підлітків з задовільними показниками адаптації ( $t=2,5$ ) і, відповідно, зростання питомої ваги підлітків з напруженням адаптації ( $t=3,0$ ), для дівчат характерне зростання частки учнів з задовільним рівнем адаптації і зменшення питомої ваги з напруженням адаптації (і хоча ці відмінності статистично не вірогідні, їх слід розглядати як тенденцію).

Негативна динаміка показників стану системи кровообігу простежується у юнаків і за показниками якості реакції системи кровообігу на дозоване фізичне навантаження: частка підлітків з «доброю» функціональною здатністю зменшується з 40,8% (I курс) до 26,3% (II курс). При цьому зростає частота «поганої» функціональної здатності – з 37,0% до 52,6%. У

дівчат на II курсі спостерігається покращення функціонального стану ССС у порівнянні з I-м курсом.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЦНС ЗА ДАНИМИ РЕФЛЕКСОМЕТРІЇ У СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ ПРИ РІЗНИХ РЕЖИМАХ**

*Яценко А.О., Масос Т.В. - студентки 4 курсу, Михайлова Т.І. - доцент кафедри.  
СумДУ Медичний інститут, кафедра фізіології та патофізіології з курсом медичної біології.*

Розумова праця полягає у обробці центральною нервовою системою різних видів інформації, ефективність якої визначається високим функціональним станом нейронів ЦНС.

Основною метою роботи є з'ясування впливу режиму учбової діяльності на функціональний стан нервової системи студентів вузу. Були досліджені студенти у віці 19-21 рік, які навчаються в 1 і 2 зміни. Використавши метод рефлексометрії провели індивідуальний аналіз варіаційної кривої і отримали такі показники як рівень реакцій (РР) і рівень функціональних можливостей (РФМ). В першу зміну на початку навчального тижня високий рівень РР спостерігався у 80% досліджених. До кінця тижня кількість студентів з високим РР скоротилася у 2 рази, середній рівень мали 30% які навчаються, низький- 10% і у 20% студентів кіркові реакції знаходилися на рівні патології. У другу зміну вже на початку тижня у 10% досліджуваних кіркові реакції знаходилися на рівні патології. Практично та ж картина спостерігалася до кінця тижня. Високий РФМ в першу зміну на початку навчального тижня був зареєстрований у 40% досліджуваних, 60% мали середній рівень. До кінця тижня у 10% студентів відмічався низький РФМ, а у 20% патологічно низький. У другу зміну патологічно низький РФМ відмічався у 30% досліджуваних вже на початку тижня. Низький РР і низький РФМ свідчать про виникнення втоми у нервовій системі.

Таким чином дослідження показало, що у другу зміну ознаки втоми проявляються більш виражено, ніж у першу зміну.

### **ПРИНЦИПИ ДИНАМІЧНОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І ТРИВОГИ**

*Яценко А.О., Томієза Ш.Ф. - студенти 4 курсу, Михайлова Т.І. - доцент кафедри.  
СумДУ Медичний інститут, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

Динамічний взаємозв'язок артеріального систолічного тиску (АТс) і особистої тривоги (ОТ) показана на прикладі аналізу частоти зустрічаємості зниження і збільшення АТс і ОТ в різних діапазонах вихідних значень. Дані отримані при восьмикратному дослідженні студентів віком 17-20 років. Більш низькі вихідні значення АТс < 110 мм.рт.ст. до наступного вимірювання з більшою вірогідністю знижувалися при високій фоновій ОТ (> 45 балів), а збільшувалися при нормальній фоновій ОТ < 45 балів. Більш високі значення АТс (120 мм.рт.ст.), навпаки, частіше збільшувалися на фоні високої ОТ і знижувалися на фоні нормальної ОТ. Це підтверджує положення про те, що при емоційному напруженні, в залежності від умов, можливі протилежні реакції систем регуляції артеріального тиску- по гіпо- і гіпертонічному типам. Аналіз зв'язку змін ОТ з фоновими величинами АДс показав, що зниження високого ОТ спостерігалася переважно при зниженому (100 мм.рт.ст) і підвищеному (120 мм.рт.ст) артеріальному тиску.

Отримані дані виявили в міжсистемних взаємовідносинах адаптивні механізми, оснований на принципах саморегуляції і направлені на елімінацію факторів, які сприяють розвитку дезадапційних станів. В даному випадку під фактором, який приводить до зниження рівня функціонування, розуміється психоемоційне напруження, індикатором якого є особиста тривога. Можна припустити, що при досягненні відповідного рівня недостатності або напруження вегетативних систем (зниження або підвищення АТс) включаються механізми,

які сприяють нормалізації рівня психоемоційного напруження і як наслідок відновленню функціонування вегетативних систем (підвищення зниженого і зниження підвищеного АТс).

Таким чином, таке уявлення добре узгоджується з положенням теорії функціональних систем про визначення ендогенних ритмів процесами саморегуляції, а також з інтегративною теорією емоцій, яка припускає двосторонній взаємозв'язок у психоемоційних відношеннях, коли разом з центральним впливом розглядається зворотна аферентація від внутрішніх органів в емоціогенні центри, які поєднують периферичні органи з відповідними центральними механізмами.

### ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ЖІНОК

*Яценко А.О., Чумак О.І.- студентки 4 курсу, Михайлова Т.І.- доцент кафедри.  
СумДУ Медичний інститут, кафедра фізіології та патофізіології з курсом медичної біології.*

На даний момент ще не достатньо вивчені питання психоемоційного стану жінок, пов'язані з народженням дитини. Тому необхідно вивчати емоційний стан вагітних жінок, зміни у сприйнятті навколишнього світу, відношення до майбутньої дитини, вплив взаємовідношень з близькими людьми на протязі вагітності.

Завданням та метою нашої роботи став аналіз психоемоційного стану вагітних жінок в період підготовки до пологів. Дослідження проводилось на базі пологового відділення ЦРЛ м. Путивль в період 2012-2014 рік. Об'єктом дослідження були вагітні жінки у віці 20-27 років у кількості 40 чоловік. Жінок розділили на 2 групи: 1 група експериментальна, це жінки, які відвідували заняття по підготовці до пологів; 2 контрольна група жінок, які не відвідували занять. У роботі використані наступні методи: методика "САН" Н.А. Курганського, шкала оцінки психосоматичного стану вагітних жінок В.В. Абрамченко і Т.А. Немчика, анкети сімейних пар. В обстежених групах у 75% вагітних жінок були високі показники психоемоційної тривоги. Встановлено, що основними причинами стали: страх пологів (59% і 41% відповідно), страх смерті (51% і 49%), страх за дитину (48% і 52% відповідно), емоційні проблеми з дитиною (45% і 55%), невпевненість у своїх материнських якостях (41% і 59% відповідно).

У групі жінок, які пройшли психопрофілактику в період вагітності, рівень тривоги і напруження знижувалися на 38%, а настрої підвищувалися по відношенню з жінками, які не займалися з психологами.

Таким чином, обговорюється роль психопрофілактики у підготовці вагітних до пологів.

### IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE HYPERTENSION THROUGH THE INTRODUCTION OF INTERNAL AUDIT MECHANISM

*Krasnopol'skaya N., Zaitseva T., 5th year students  
Leaders - Smiianov V.A., Demikhova N.V.  
Sumy State University*

Clinical audit is the process of improving the quality of care provided by the systematic verification of care with clearly defined criteria and subject to subsequent changes. *The purpose of the study* is to show the possibility of the author's model of quality management of medical care on the basis of the mechanism of internal audit in hypertensive patients, introduced in the Sumy City Clinic Hospital number 5.

*Material and methods.* Data from 452 patients with a note about putting on a clinical account for hypertension were analyzed. Evaluate compliance with existing data outpatients protocol indicators and the proposed system performance. Identified for improvement of quality of medical care for patients with arterial hypertension at the primary level, namely full coverage dispensary patients specialist consultation, laboratory and instrumental methods of survey data on risk

stratification for prognosis, data on end-organ damage and others. Monitoring of compliance dispensary patients with preventive and therapeutic recommendations of doctors.

*Results.* An audit of medical records showed that: 14% of outpatients there is no information about the medical condition of the patient during the year; recommendations for lifestyle modifications received only 40% of patients, 18% of outpatients patients there is no record of the risk factors in outpatients 46% of patients no information on target organ damage or lack of them, in 81% of outpatients patients have a record of concomitant diseases or lack thereof, in 70% of outpatients is evidence expert advice; 62% of family physicians have standardized protocols for patients with hypertension; not carried out the recommended level dynamic monitoring of the hypertensive patients, so dispensary examinations held twice a year only 41% of patients; only 53% of outpatients patients have data on the level of cholesterol, 85% - information about the complete blood count, 80% - a record of urinalysis in 76% of outpatients patients there is evidence of the level of blood glucose, 41% - the level creatinine in 79% of outpatients patients there is evidence of an electrocardiography, 45% of outpatients patients have a record of the results of the ultrasound examination of the cardiovascular system, 73% of outpatients has a record of carrying out fluorography, 48% of outpatients patients no information on risk stratification; target BP level was achieved in only 14% of patients.

According to the results of monitoring activities are designed and implemented to raise awareness in hypertensive patients by strengthening advocacy by using information and communication technologies.

*Conclusions.* Medico-social mechanism of internal audit provided the feasibility of making and implementing management decisions to ensure continuous improvement of the quality of medical care to patients with arterial hypertension in the studied institutions.

## FEATURES OF THE HEALTH CARE SYSTEM OF NIGERIA

*As. Smiianova O.I., Egejuru Christian Chisom*

*Suny State University, Department of Social Medicine*

Nigeria, the most populous country in Africa with 140 million people, has more than 250 ethnic groups. The vast oil wealth accounts for 40% of the country's gross domestic product. However, years of military rule, and mismanagement have limited the country's economic growth and resulted in rising levels of poverty. The rating by the United Nations Human Poverty Index in 1999 revealed that Nigeria has been ranked among the poorest nations in the world. Per capita income is estimated at \$692 25th USD, with an estimated two-thirds of the population living in poverty. However, in addition to rebuilding the economic and political system of the country, the Nigerian government embarked upon rebuilding its health infrastructure and since Nigeria operates a mixed economy, private providers of health care significantly contribute to health care delivery. Health care provision in Nigeria is a concurrent responsibility of the three tiers of government in the country and is structured such that, the Federal government's role is mostly limited to coordinating the affairs of the University Teaching Hospitals, Federal Medical Centers (tertiary health care) while the state government manages the various general hospitals (secondary health care) and the local government focuses on dispensaries (primary health care) , (which are regulated by the federal government through National Primary Health Care Development Agency-NPHCDA).

Although the recurrent expenditure on health has risen from Nigeria Naira 12.48 million in 1970 to 98.200 million in 2008, health care system remains inefficient and plays a key role in the poverty status of the country. Over the last two decades, Nigeria's public health care system has deteriorated in large partly because of a lack of resources and a "brain drain" syndrome of Nigerian doctors as well as skilled health workers to other countries. For instance, infant mortality rates have been deteriorating from 85 per 1000 live births in 1982, 87 in 1990, 93 in 1991 to 100 in 2003, according to the Nigeria Demographic and Health Survey, 2003. And in 2007, the Federal Ministry of Health reported 110 deaths per 1000 live births. Its under-five mortality rate is 197 deaths per 1000 live births, and HIV, malaria and diarrheal disease account for about a quarter of the deaths among

adults. In rural areas, access to even basic health care services is difficult. According to the world development indicators, the life expectancy at birth in 2006 for male and female in Nigeria was 46 and 47 years, respectively.

In May 1999, the government created the National Health Insurance Scheme (NHIS), which encompasses government employees, the organized private and informal sector. Legislative wise, the scheme also covers children under five, permanently disabled persons and prison inmates. Health insurance in Nigeria can be applied to a few instances: free health care provided and financed for all citizens, health care provided by government through a special health insurance scheme for government employees and private firms entering contracts with private health care providers.

However, there are few people who fall within the three instances. Moreover, for the past two or more decades, many Donor agencies and Non-Governmental Organizations (NGOs), usually in partnership with the States and Federal Ministries of Health, have played prominent roles in intervening in the provision of public health services to the teeming Nigerian population. Many of Donor Agencies and NGOs concentrated their activities on the prevention and control while few others focus on therapeutics and management of many endemic, emerging and reemerging diseases.

Health care in Nigeria is influenced by different local and regional factors that impact the quality or quantity present in one location. Due to the aforementioned, the health care system in Nigeria has shown spatial variation in terms of availability and quality of facilities in relation to need. However, this is largely as a result of the level of state and local government involvement and investment in health care programs and education. Also, the Nigerian ministry of health usually spends about 70% of its budget in urban areas where 30% of the population resides. It is assumed by some scholars that the health care service is inversely related to the need of patients.

## **RESEARCH OF FACTORS, WHICH INFLUENCE ON DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS OF PATIENTS WITH LUNG CANCER**

*Zinchuk A.M.\*, Levashova A.I.\*, Zinchuk O.G.\*\**

*Scientific adviser: MD, Professor Ognev V.A.*

*Kharkiv National Medical University, Department of Social Medicine, Organization and Economics\**

*Kharkiv Basic Medical College №1\*\**

**The Aim.** Research of factors that influence the diagnostic and treatment process of patients with lung cancer. **Objectives.** To study the degree of confidence of lung cancer patients towards doctors of different specialties, determine the level and sources of their medical awareness.

**Materials and Methods.** We used a survey method of anonymous patients from Kharkiv Regional Clinical Oncology Center using the author's questionnaire. Patients with confirmed diagnosis of lung cancer (239 persons) were interviewed. **Results.** We found, that the patients had highest degree of confidence in thoracic surgeons, It was indicated that 97,4±1,0% of respondents trusted them in management of their disease: 77,9±2,7% trusted completely, 21,2±2,7% - partly trusted. The majority of patients (83,5±2,4%) indicated that they received the necessary information about lung cancer during the conversations with doctors and from literature sources. 16,5±2,4% of respondents did not recognise the role of the doctor in this process, they preferred literature, television and internet. Those who acquired knowledge about lung cancer exclusively from the doctors were 25,5±2,9%; sourced information from books, magazines and media - 12,2±2,2%, most of them received the information from multiple sources - 62,3±3,2%. Studying the level of medical awareness we found, that 96,1±1,3% of respondents understood the need for gentle treatment, and 83,1±2,5% - were sure that surgery is the main way of treatment. Those that were fully aware of the consequences of refusing surgical treatment were: 86,6±2,2%. Those who were partly aware were: 13,0±2,2%. About 96,5±1,2% of respondents knew about the complications and 97,0±1,1% - about the first aid in such emergencies. **Conclusion.** Our findings indicate the important role of thoracic surgeons in the health care system of patients with lung cancer.



The results of the study shows the high level of their medical awareness about characteristics of the disease, and affirming the need for teaching such patients in Kharkiv Regional Clinical Oncology Center by district oncologist, which will have positive effect on the diagnostic and treatment process. This will increase the degree of confidence in doctors and improve the doctor patient relationship, as well as the life quality for the patients.



# СЕКЦІЯ VIII.

# ХІРУРГІЯ

*Дата та час проведення:* 23 квітня 2015, 9-00

*Місце проведення:* конференц зал СОКЛ

*Керівник секції:* д-р. мед. н., професор Дужий ІД.

*Секретар:* Рябокони О. А.

## ТРАНСАРЕОЛЯРНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

*Андрющенко В.В., Лукавенко І.М., Язиков О.В.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

**Актуальність.** Теперішні пацієнтки ставлять все більше вимог до якості надання медичної послуги. Особливо гостро таке питання постає коли хірургічне втручання може суттєво вплинути на естетичний вигляд, тому молоді жінки, які мають доброякісні захворювання молочних залоз часто не погоджуються на операцію через страх втрати природного вигляду грудей.

**Мета:** проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнток з доброякісними захворюваннями молочних залоз, яким виконані операції з трансареолярного доступу.

**Метеріали та методи.** В роботі наведені результати хірургічного лікування 46 пацієнток з доброякісними захворюваннями молочних залоз віком від 17 до 36 років за період з 2008 по 2013 роки. Середній вік пацієнток становив  $26 \pm 1,8$  років. Переважна більшість хворих – 34 (79,0%) були у віці до 30 років, з них 23 жінки (53,4%) ще не народжували, решта планували повторну вагітність в майбутньому. З метою мінімізації травми молочної залози в день операції виконували ультрасонографічне дослідження з макруванням новоутворення інструментом Mammoger N21G.

**Результати дослідження.** Доступ до новоутворення виконували через ареолу, розсікаючи її у вигляді пів кола. Довжина розрізу не перевищувала половини довжини окружності ареоли для мінімізації ішемічних розладів сосково-ареолярного комплексу. Формували тунель під шкірою в напрямку новоутворення. В місці проекції пухлини за ходом попередньо встановленого маркера розсікали тканину молочної залози в радіальному напрямку. Після видалення новоутворення на краї ареоли накладали шви з синтетичного матеріалу, що розсмоктується, рану дренивали гумовим випускником. Дана авторська методика (Пат. 84896 Україна «Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочної залози») дозволила мінімізувати ранні післяопераційні ускладнення. Тільки у 2-х жінок (4,3%) мав місце інфільтрат післяопераційної рани, який клінічно визначався, як набряк рани з локальною запальною інфільтрацією. В обох випадках ускладнення ліквідоване консервативним шляхом. Всі жінки були задоволені як естетичним так і лікувальним результатом операції.

**Висновки.** Хірургічні втручання на молочній залозі з трансареолярного доступу дозволяють мінімізувати травму молочної залози.

Авторська методика запобігає зайвим післяопераційним ускладненням, сприяє відновленню природного естетичного вигляду молочних залоз у віддаленому післяопераційному періоді.

## ЧАСТОТА КОНВЕРСІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ

*Антоненко О.М., магістрант; Олісеєнко Д.В., магістрант;*

*Онищенко М.В., лікар-інтерн; Антоненко І.М., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – д.мед.н., проф. Леонов В.В.*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом урології*

**Актуальність.** На сьогоднішній день все більше привертають до себе уваги технології, котрі дають можливість протягом короткого часу і незначної травматичності оперативного втручання - досягти хороших результатів в лікуванні хворих. Досить поширеним являється лапароскопічний метод лікування захворювань жовчного міхура, але при цьому також існує ймовірність виникнення умов, котрі зумовлюють до конверсії доступу. Конверсія (К') при лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ) залишається актуальним питанням, яке в багатьох

аспектах не вирішене. Частота конверсії за різними даними знаходиться в широких процентних коливаннях.

**Мета роботи.** Порівняння частоти конверсії при лапароскопічній холецистектомії за даними різних наукових джерел хірургічної галузі.

**Матеріали та методи.** Дослідження частоти конверсії при ЛХЕ проводилися за допомогою обробки наукових робіт різних медичних видань, хірургічних клінік та авторів. На даний час накопичений величезний досвід проведення ЛХЕ в багатьох хірургічних відділеннях, навіть лікарень II - го рівня. Нами опрацьовано 32 статті, в котрих було приведено частоту конверсії доступу при ЛХЕ, відповідно власному досвіду авторів. Коливання результатів в середньому різняться великим діапазоном від 1 до 10 % при планових операціях, та від 12 до 20 % при ургентних. Досить влучно сказано в одній статті: «Хоч рівень переходу ЛХЕ у відкритий хірургічний доступ зазвичай складає 1,5 – 10,0 %, але реальна частота цієї події варіює від 1 до 70 % і залежить від числа оперованих хворих, принципів відбору та аналізу груп пацієнтів, а також від наявності впливаючих на конверсію факторів ризику» - М.М. Крилов, С.Б. Кашеров «Конверсія доступу при лапароскопічній холецистектомії» 2010 р.

**Результати.** Виявляється чіткий взаємозв'язок між кількістю проведених ЛХЕ та частотою К' - з накопиченням практичного досвіду та удосконаленням навичок володіння ендоскопічним методом, процент переходу до відкритої холецистектомії значно зменшується. Велике значення має також достовірність даних УЗД, що дає можливість диференціювати та відбирати хворих для малоінвазивного методу лікування. Проведення постійного аналізу та врахування факторів ризику дає можливість для зменшення процентного значення К' доступу при ЛХЕ.

## ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

*Антоненко О.М., магістрант; Устименко О.Г., лікар-хірург;*

*Олісеєнко Д.В., магістрант, Онищенко М.В., лікар-інтерн*

*Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Леонов В.В.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом урології*

**Актуальність.** Виконання лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ), як «золотого» стандарту в лікуванні різних захворювань жовчного міхура, дало досить багато позитивних ефектів для отримання хороших результатів лікування. Суспільство сприймає даний вид оперативного втручання зі значною психологічною легкістю, але все ж загроза тромбоемболічних ускладнень постійно існує, особливо у хворих з групи ризику. Частота тромбоемболічних ускладнень при лапароскопічних операціях на органах черевної порожнини, за різними джерелами, складає 0,3 - 0,5%, з них при ЛХЕ 0,03 - 0,06%.

**Мета роботи.** Прослідкувати результативність профілактики тромбоемболічних ускладнень у хворих, котрим виконувалися лапароскопічні холецистектомії.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб, де виконувалася за показаннями профілактика тромбоемболій у хворих, котрим було проведено ЛХЕ. За період з 01.01.2010 р. по 20.02.2015 р. в х/в КЛПЗ «ПЦМЛ» було виконано 1029 ЛХЕ, з них тромбoproфілактику в повному комплексі було проведено у 187 хворих (18%), ранню активізацію проводили всім хворим. З приводу хронічного калькульозного холециститу було 885 (86%) хворих, з гострим холециститом – 141 (13,7%), інші захворювання жовчного міхура - 3 (0,3%). З них жінок було 896 (87%), чоловіків – 133 (13%). Середній вік хворих припадає на - 52 роки. Профілактика тромбоемболічних ускладнень проводилася згідно «Стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності хірургія: профілактика тромбоемболічних ускладнень в хірургії» (наказ №297 від 02.04.2010), враховуючи основні показання при лапароскопічній операції. Комплекс профілактичних заходів складалася з

ранньої активізації хворого, еластичного бинтування н/к та використання низькомолекулярного гепарину (тільки \*фраксипарину). Ранню активізацію хворих проводили протягом перших 12 годин після оперативного втручання. Еластичне бинтування виконувалося всім хворим при наявності варикозного розширення вен н/к. НМГ(\*фраксипарин) вводився п/ш в мезогастральній області передньої черевної стінки в профілактичній дозі 0,3 N.5-7 (в залежності від показань), під контролем коагулограми.

**Результати та обговорення.** Ознак тромбоемболічних ускладнень не було виявлено в жодного хворого. Проведене дослідження показує, що дотримання основних регламентованих заходів профілактики, врахування показань у групі ризику та додаткового впливу внутрішньочеревної компресії CO<sub>2</sub> при ЛХЕ, дають змогу запобігти тромбоемболізму.

**Висновки.** Отримані результати вказують на відносну простоту, але досить високу ефективність профілактики тромбоемболічних ускладнень у наших хворих, котрі перенесли ЛХЕ. Обов'язкове виконання основних положень наказу дає змогу попередити неприємні випадки в практиці абдомінального хірурга.

## ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧАХ

*Анциферова І. В. – студ.*

*Науковий керівник - к.м.н., доц. П'ятикоп Г. І.*

*СумДУ, Медичний інститут,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки є одним з найбільш поширених захворювань. Їй властивий хронічний рецидивуючий перебіг та небезпечні ускладнення. Не дивлячись на загально визнану ефективність сучасних антисекреторних препаратів та антихелікобактерної терапії, що призвело до різкого скорочення кількості планових операцій з приводу виразкової хвороби, доводиться констатувати значне збільшення кількості хворих з ускладненнями цього захворювання, в тому числі з виразковими кровотечами.

У 2000 р. в КЗ СОКЛ, яка є базою кафедри загальної хірургії, був створений центр шлунково-кишкових кровотеч.

В роботі представлені результати лікування хворих з виразковими гастроудоденальними кровотечами з 2000 по 2014 рр. За цей період в клініку госпіталізовано 4545 хворих у віці від 18 до 92 років. На основі клінічних спостережень встановлено, що у 1636 (36%) пацієнтів причиною кровотечі була хронічна виразка шлунка, у 2909 (64%) - виразка дванадцятипалої кишки (ДПК).

Всім хворим в приймальному відділенні проводили невідкладні клінічні обстеження, що включали оцінку гемодинаміки і результатів лабораторних досліджень, виконували невідкладну фіброезофагогастроудоденоскопію (ФЕГДС), яка, безумовно, є ведучим методом діагностики джерела та характеру кровотечі. В клініці організоване цілодобове чергування хірургів-ендоскопістів, що дозволяє виконати ФЕГДС в перші години з моменту поступлення хворого в стаціонар. Поряд з встановленням джерела кровотечі оцінювали стан гемостазу, використовуючи класифікацію J. A. Forrest (1974 р.). У випадку продовження кровотечі застосовували ендоскопічний гемостаз.

З кровотратою легкого ступеню поступили 1300 (28,6%) хворих, середнього ступеню тяжкості - 1764 (38,8%), тяжкою - 1481 (32,6%) хворих. В стані геморагічного шоку при поступленні було 414 (9,1%) хворих. При госпіталізації всім хворим проводили інфузійну та гемостатичну терапію, призначали сучасні антисекреторні засоби.

З 4545 хворих оперовано 700 (15,4%). При оцінці показань до оперативного втручання та визначення термінів проведення операції дотримувалися активної індивідуально очікуваної тактики.

В екстреному порядку оперовані 107 (15,29%) хворих. Показами до екстреної операції були профузна кровотеча або рецидив кровотечі в стаціонарі.

У зв'язку з високим ступенем ризику радикального втручання внаслідок супутніх захворювань 18 (2,6%) хворим проведено прошивання судин у виразці. Резекція шлунка проведена 364 (52%) хворим і 318 (45,4%) виконано висічення виразки з пілоропластикою у поєднанні з селективною ваготомією.

Післяопераційні ускладнення виникли у 117 (16,7%) хворих. З 700 оперованих хворих померло 32. Післяопераційна летальність склала 4,6%. Основною причиною летального наслідку після операції у 12 (37,5%) хворих була гостра серцево-судинна недостатність. Перитоніт став причиною смерті у 4 (12,5%) хворих. Причинами перитоніту були неспроможність швів анастомозів, перфорація гострих виразок порожнистих органів різної локалізації, інфікований гемоперитонеум.

У групі з 4545 госпіталізованих хворих загальна летальність склала 1%, післяопераційна - 4,6%. Головною причиною смерті оперованих хворих була гостра серцево-судинна та легенево-серцева недостатність, яка мала місце у 20 з 32 померлих (62,5%) хворих. Ці ускладнення зумовлені насамперед гострою крововтратою ще до поступлення в стаціонар, вторинною крововтратою при рецидивах кровотечі в стаціонарі. З цим пов'язана й поліорганна дисфункція. Більше половини цих хворих були старше 60 років, мали тяжкі супутні захворювання.

### **РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ П'ЯТКОВОЇ ШПОРИ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЇЇ МІСЦЕ У СТРУКТУРІ НЕПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ЛІКУЮТЬСЯ ПРОМЕНЕВИМИ МЕТОДАМИ В УМОВАХ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ.**

*Ашурбекова В. А., Авраменко А. М.*

*Науковий керівник - Москаленко Ю. В.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії,  
радіаційної медицини та фізіотерпії*

**Актуальність теми.** За даними медичної статистики, близько 10% пацієнтів, які звертаються за допомогою із захворюваннями опорно-рухового апарату, складають хворі з п'ятковою шпорою. Прийти до лікаря цих людей змушує один головний симптом – біль в області п'яти. У більшості випадків больовий синдром обумовлений дегенеративно-запальними змінами плантарної (підшовної) фасції. Зустрічається це захворювання в будь-якому віці, але найчастіше до нього схильні жінки старше 40 років.

**Мета дослідження:** дослідити розповсюдженість п'яткової шпори в Сумській області та її місце у структурі непухлинних захворювань, які лікуються променевими методами в умовах Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру (СОКОД).

**Матеріали і методи дослідження.** У групу дослідження увійшли 337 хворих, що пройшли амбулаторне лікування на рентгенотерапевтичних апаратах АГАТ-РМ і РОКУС-АМ з приводу непухлинних захворювань в умовах СОКОД. Спостереження проводилися за період 2014 року. Використовувалися статистичні методи дослідження.

**Результати дослідження.** Дослідження архівного матеріалу хворих показало, що серед усіх непухлинних захворювань, що лікувалися променевими методами, частка п'яткової шпори складає 99,8%. Середній вік хворих – 58,2±5,6 років. Співвідношення чоловіків та жінок – 1 : 1,5 відповідно. При вивченні розповсюдженості п'яткової шпори виявлено значне коливання рівнів захворюваності в різних районах області. При оцінці даних результати виявилися наступними: найбільше випадків захворювання зустрічається в м. Суми (273 випадки) та Сумському районі (36 випадків). По 7 випадків реєструється в Конотопському та Роменському районах. По 2 випадки виявлено в Краснопільському, Лебединському, Шосткинському та Білопільському районі, по 1 – в Охтирському, Буринському, Глухівському, Липово – Долинському, Путивльському та Середино – Будському районах.

**Висновки.** Результати дослідження показують, що п'яткова шпора складає основну частку непухлинних захворювань, що лікувалися за допомогою рентгенотерапевтичних

апаратів у СОКОД. Розповсюдженість цього захворювання в Сумській області має неоднорідну структуру і потребує подальшого поглибленого вивчення.

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Білан А., Тверезовський А., Тетюра Д. – студенти.*

*Науковий керівник - к.м.н., доц. П'ятикоп Г. І.*

*СумДУ, Медичний інститут,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГІНП) до теперішнього часу залишається одним з найбільш складних і до кінця невирішених питань ургентної абдомінальної хірургії.

Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГІНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні оперативні втручання є операціями вибору за неефективності попередніх.

Метою роботи було вивчення результатів лікування хворих з гострим інфікованим некротичним панкреатитом, ускладненим розвитком гнійних, постнекротичних парапанкреатичних та параколярних ускладнень, розробка тактичних підходів до лікування згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на ГДП, перебіг якого ускладнився розвитком дистрофічних і гнійних ускладнень у вигляді запального інфільтрату, а у подальшому - формуванням псевдокіст ПШЗ, абсцесів ПШЗ, флегмон парапанкреатичної (ППК) та параколярної (ПКК) клітковини, заочеревинної клітковини (ЗК), гнійного перитоніту.

Чоловіків було 105 (73,4%), жінок - 38 (26,6%). Середній вік пацієнтів склав  $42,9 \pm 0,9$  років. Пацієнтів госпіталізували в різні терміни від початку захворювання. Запальний інфільтрат у проекції підшлункової залози виявляли на 5-10 добу від виникнення ознак ГП. Інфікування зон некрозу в ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК діагностовано на  $13 \pm 2,5$  добу захворювання.

Показанням до оперативного втручання були неефективність консервативної терапії впродовж 2-3 тижнів. Клініко-лабораторні та інструментальні ознаки гнійного ускладнення гострого панкреатиту - це ознаки перитоніту, поява і наростання синдрому поліорганної недостатності, наявність гнійних заплівів у параколярній, парапанкреатичній, заочеревинній клітковині, підтвердженої УЗД, КТ.

Оперативних втручань може бути декілька. При осередкових скупченнях рідини в ділянці ПШЗ і навколишніх тканинах з ознаками інфікування, наявністю детриту проводилось лапароскопічне втручання та дренування. За наявності сформованих гнійників у ПКК та ЗК з наявністю гнійних секвестрів розкриття останніх виконувались з локальних доступів (середньо-серединний, люмбальний, позаочеревинний) з адекватною некрсеквестректомією та дренуванням. При середньо-серединній лапаротомії обґрунтованим є формування серединної оментопанкреатостоми. При первинних лапаротомних операціях проводили санацію черевної порожнини, некрсеквестректомію ПШЗ, розкриття заочеревинного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного простору. Окрім стандартного дренування черевної порожнини застосовувалось поздовжнє дренування ложа ПШЗ по верхньому та нижньому контуру, правого та лівого фланків з виведенням дренажних трубок через праву та ліву попереково-бокову стінку черевної порожнини.

З метою профілактики і лікування гнійно-септичних ускладнень проводили антибактеріальну терапію.

У структурі летальності чоловіки становлять 35 (72,9%), жінки - 13 (27,1%). Основними причинами летальності були поліорганна недостатність як результат гострого інфікованого некротичного панкреатиту на фоні розлитого перитоніту, арозія крупної судини з масивною кровотечею.

## МІКРОБІОЦЕНОЗ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК З ТРУБНОЮ ВАГІТНІСТЮ

*М.В. Бражук, І.О., Баранецька*

*науковий керівник – д.м.н. В.К. Кондратюк*

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»*

**Мета і завдання дослідження.** Вивчити ступінь порушень мікробіоценозу цервікального каналу у жінок з трубною вагітністю (ТВ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 150 хворих з ТВ. Групу порівняння склали 33 пацієнтки з фізіологічним перебігом вагітності, контрольну групу – 32 здорові не вагітні жінки з реалізованою репродуктивною функцією. Оцінювали облік результатів показників мікроекології статевих шляхів згідно наказу МОЗ України № 234 від 2005 р. Діагностику хламідіозу, уреоплазмозу, мікоплазмозу, герпесу та ЦМВ здійснювали люмінесцентним методом.

**Результати та їх обговорення.** При обстеженні жінок 1 групи до операції у 68,2% випадків встановлено порушення мікробіоценозу статевих шляхів, активну проліферацію деяких видів потенційно патогенних збудників: стафілокок золотистий визначено у 18,8% хворих, стафілокок епідермальний з гемолізом виявлено у 23,6%, значного рівня досягала частота висіву стрептокока піогенного – 21,2%; серед ентеробактерій зареєстровано підвищення частоти контамінації статевих шляхів кишковою паличкою гем. (-) - 21,2%, кишковою паличкою гем. (+) - 16,5%, а також клебсіелою - 17,6%. У 54,1% хворих з ТВ спостерігався дефіцит захисної мікрофлори – лактобацил, а у 14,1% випадків ці мікроорганізми були відсутні. Кількісні показники висіву захисної мікрофлори не досягали рівня норми та склали Іg 3,8 КУО/мл. В порівнянні із жінками 2 та 3 груп у хворих 1 групи виявлено збільшення частоти хламідійного інфікування 34,1%, а також тенденцію до збільшення частоти діагностики уреоплазмозу 24,7% та мікоплазмозу 16,5%, гарднерельозу 28,2%, вірусного інфікування (герпес – 45,9%, ЦМВ – 30,6%). У більшості 69,4% хворих 1 групи бактеріальні, вірусні та інші збудники знаходились в полі компонентних асоціацій.

**ВИСНОВКИ.** Мікробіоценоз нижніх статевих шляхів жінок з ТВ характеризується збільшенням мікробно-грибкової контамінації, формуванням асоціативних форм інфікування (хламідії, мікоплазми, уреоплазми, віруси та гарднерели), дисбіотичними змінами (зниження рівня висіву захисної мікрофлори), що диктує необхідність розробки та впровадження лікуваних заходів спрямованих на профілактику виникнення післяопераційних гнійно-септичних ускладнень.

### ПРИЧИНИ НЕВДАЛОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

*Головко А.В. – магістр, Дмитренко Н.О. – студ.*

*Науковий керівник – професор, д.мед.н. Дужий І.Д.*

*Сумський державний університет, Медичний інститут  
кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії*

Туберкульоз легень продовжує залишатися серйозною проблемою та викликом для громадського здоров'я у всьому світі та нашій країні. Своєчасність достовірного визначення вперше виявленого туберкульозу легень є основним етапом у досягненні ефективного лікування цього захворювання. Проблема подолання захворювання знаходиться в межах відповідальності держави перед своїми громадянами, які мають конституційне право на захист здоров'я. Питання якісної та своєчасної діагностики є невід'ємною складовою частиною заходів щодо боротьби з цією недугою. З огляду на перераховане зрозуміла актуальність даної проблеми.

У даний час майже у 30% серед уперше виявлених хворих процес діагностується з наявністю деструктивних змін у легенях, а при дослідженні мокротиння виявляються мікобактерії туберкульозу. Несвоєчасне виявлення захворювання у деякій мірі пояснюється відсутністю настороги у лікарів загальної медичної мережі, та зниженням уваги до



туберкульозу. Основними чинниками несприятливої тенденції щодо збільшення захворюваності на туберкульоз є послаблення комплексу протитуберкульозних заходів і раннього виявлення захворювання серед соціально дезадаптованих груп ризику.

Нами вивчені головні чинники, від яких залежать несприятливі прояви захворювання, що ведуть до невдачі лікування. Провідними серед них є такі:

- невірна клініко-рентгенологічна інтерпретація туберкульозного процесу при первинному його виявленні, що призводить до помилкової, або, в кращому випадку, запізнілої діагностики туберкульозного захворювання;

- неправильна інтерпретація отриманих даних, що досить часто провокують початок лікування «пневмоній», «бронхітів», «бронхоектатичної хвороби», які з часом майже у 20% хворих виявляються з різними формами туберкульозу;

- значна зміна патоморфології туберкульозу при якій спостерігається зміна клінічних проявів захворювання;

- трансформація мікобактерій туберкульозу у атипіві, особливо L- форми, та інші, морфології, що схожі з ними, біологічні властивості яких сприяють тривалому зберіганню в організмі хворого і неможливістю їх ідентифікування;

- зміни структури вперше виявленого туберкульозу легень із значною частотою частки гостро прогресуючих форм: інфільтративного туберкульозу (45,0% - 79,0%) казеозної пневмонії (1,0% - 4,0%); зменшилася доля дисемінованого (5,0% - 23,0%) і фіброзно-кавернозного (0,7% - 11,0%) туберкульозу;

- однією з причин неефективності лікування є недисциплінованість хворих, зловживання алкоголем та інші шкідливі звички;

- несистематичний прийом антибактеріальних препаратів;

- зниження соціального забезпечення населення, особливо підвищення відсотку безробіття та отримання низьких заробітних плат.

З огляду на перераховане, можна надіятися на суттєве підвищення якості діагностики і відповідно лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень за рахунок низки державних заходів, спрямованих на відкриття нових робочих місць, збільшення соціальної забезпеченості населення на реформування медичної галузі.

## **ВКЛАД УКРАЇНСЬКИХ ВЧЕНИХ В РОЗВИТОК РЕНТГЕНОЛОГІЇ (ДО 170-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ І.П. ПУЛЮЯ)**

*Гриценко А.В. – студ., Каретник О.В. - студ.*

*Науковий керівник – к.м.н., Шевченко Ю. Ю.*

*Сумський державний університет, Медичний інститут*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізйотерапії*

Історія розвитку рентгенології в Україні не менш складна та заплутана ніж історія України. Навряд чи можна перебільшити внесок в розвиток рентгенології українського фізика Івана Павловича Пулюя. В 1881 році його винахід – трубка, яка випромінювала X-промені, створила справжній фурор на міжнародній електротехнічній виставці в Парижі. Срібну медаль виставки, яку здобув цей винахід, вважалась надзвичайно високою технічною нагородою. І хоча медичний аспект цього винаходу на той час був недооцінений, окремі передові лікарі використовували в своїй практиці знімки створені за допомогою «Лампи Пулюя» вже випускалася навіть серійно, задовго до всім відомого «відкриття» Вільгельма Рентгена. Так за допомогою свого пристрою Іван Пулюй вперше у світовій практиці зробив «рентгенівський» знімок зламаної руки 13-річного хлопчика; знімок руки своєї доньки зі шпилькою, що лежала під долонею, а також знімок скелета мертворожденної дитини. Зрозуміло, раптове «винайдення» В.К. Рентгеном у 1895 році X-променів викликало у І.П. Пулюя розпач і обурення. Однак незважаючи на недостатнє фінансування, що сильно гальмували дослідження, вчений продовжував технічне удосконалення знімків, чим зміг

значно зменшити час експозиції до 2-5 секунд та променеве навантаження на хворого, а якість знімків і без того була бездоганною.

На той час рентгенівський бум вже охопив Європу, в тому числі і Україну. Вже у 1896 році були проведені операції з використанням діагностики за допомогою X-променів у клініці Київського університету імені Святого Володимира. У цьому ж році було придбано рентгенівський апарат для медичного факультету Імператорського Харківського університету. У 1897 рентгенівські апарати працювали в Одесі, у тому числі у приватних клініках. Розвивалась рентгенологія і на теренах Західної України, однак польська влада зачинила для українців двері Львівського університету, зробивши медичну освіту неможливою. Однак вже у 1912 році у клініці внутрішніх хвороб на кафедрі Львівського університету було вперше організовано рентгенологічне відділення, яке очолив українець Мар'ян Панчишин. Що цікаво, це відділення здійснювало не лише рентгенодіагностику, але й рентгенотерапію.

З 1915 року в Києві почався випуск першого в Росії журналу з рентгенології «Рентгенівські вісті», а до цього часу вже було відкрито 21 постійний та 1 пересувний рентгенапарат.

У 1918 році Видатний фізик Абрам Федорович Йоффе, що народився у місті Ромни на Сумщині, створив і очолив фізико-технічний відділ в Рентгенологічному та радіологічному інституті (пізніше Фізико-технічний інститут) у Санкт-Петербурзі, що вважається першим інститутом рентгенології в СРСР. Саме від цього часу починається розвиток радянської рентгенології: створюється Перша Всеукраїнська Рентгенологічна Академія у Харкові (1920 р.), у тому ж році засновано Київський рентгенівський інститут (хоч у Києві ще в 1909 році працював приватний «Рентгенінститут») і українські вчені продовжують відігравати важливу роль у її розвитку.

## ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДОЇ МОЗКОВОЇ ОБОЛОНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

*Дейнека В.М.*

*Науковий керівник – д.м.н., проф. Потапов О.О.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Пошкодження твердої мозкової оболони (ТМО) є наслідком черепно-мозкової травми (ЧМТ) (80%), хірургічних втручань (16%), інші. нетравматичні причини (3 – 4 %). ТМО – це щільна фіброзна мембрана, що складається з 5 шарів, основним структурним матеріалом якої є колагенові волокна, а також, у меншій мірі еластичні, та міжклітинна речовина.

Дегерметизація субдурального простору в наслідок дефекту ТМО призводить до лікворогемодинамічних порушень, виникнення рубцевих змін, неврологічної симптоматики, інфекційних ускладнень. Тому дефекти ТМО, навіть без урахування поєданого пошкодження кісток черепа чи речовини мозку потребують закриття, що в більшості випадків можливо лише оперативним шляхом із застосуванням ауто-, алло-, чи ксенопластичних матеріалів.

Перспективним матеріалом для заміщення дефектів ТМО є хітозан армований хітином, що є повністю біосумісним, біостабільним та абсолютно нетоксичним матеріалом. Він слугує попередником ряду глікозаміногліканів, має протимікробні властивості та здатність стимулювати регенераторні процеси.

**Мета:** визначити морфологічні зміни ТМО в умовах експериментального заміщення дефекту хітозановою мембраною.

Дослідження було виконано на 10 кролях породи шиншила, віком 5 – 6 міс, вагою 3 – 3,5 кг. І групі (5 тварин) – виконано закриття дефекту ТМО широкою фасцією стегна. ІІ група (5 тварин) – закриття дефекту виконано хітозановою мембраною.

З експерименту тварин виводили в строки 2 тижні (3 тварини) і 2 місяці (3 тварини). Для дослідження ефективності заміщення дефекту ТМО застосовували гістологічний метод дослідження за стандартною методикою.

**Висновки:** використання хітозаної мембрани у порівнянні з широкою фасцією дозволяє уникнути формування оболонково-мозкових спайок, а також забезпечити герметичність субдурального простору без застосування шовного матеріалу. При застосуванні хітозаних мембран відбувається їх біодеградація з формуванням тканини, яка за будовою наближається до твердої мозкової оболонки.

## АПРОБАЦІЯ МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ДЕКОМПЕНСОВАНОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

*Дейнека В. М., студ 6 курсу, Даниленко І. А., асистент  
Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ,*

**Вступ.** До одних з найбільш тяжких захворювань органів черевної порожнини відноситься гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК). Нажаль, дотепер часто діагностують ГПМК після виключення інших ургентних станів. Відомі сигнальні діагностичні ознаки ГПМК, які кожна окремо є мало- чи неінформативними, і лише їх сукупність збільшує вірогідність адекватної діагностики.

Зважаючи на все це актуальною залишається розробка діагностичного методу, що базувався на даних анамнезу та клінічного обстеження і з високим ступенем вірогідності давав можливість швидко розпізнавати у пацієнтів ГПМК на стадії ішемії чи, гірше, інфаркту.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено в 2 етапи:

1 етап - на підставі аналізу інформативності ознак ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту розроблено метод діагностики ГПМК за скаргами, даними анамнезу та первинного огляду в приймальному відділенні стаціонару.

Метод створено на підставі ретроспективного аналізу 97 історій хвороб пацієнтів першої групи, що поступили до приймального відділення КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» з ГПМК в басейні а. mesenterica superior на стадіях ішемії та інфаркту. Пацієнтів із ГПМК з наявністю ознак перитоніту в дослідження не включали. Математичною моделлю обрано регресивний аналіз – метод бінарної логістичної регресії. Коефіцієнти кожного з впливових прогностичних факторів обчислені за допомогою комп'ютерної програми “Statistica 6.1”.

2 етап – проспективна перевірка інформативності методу експрес-діагностики у 98 пацієнтів, що склали основну групу. Критеріями відбору були середньо-тяжкий стан пацієнта, відсутність напруження передньої черевної стінки, тривалість захворювання не більше 12 годин.

У хворих цієї групи визначали суму балів наявних прогностичних факторів та константи з обов'язковим урахуванням знаків. За даними регресивної моделі отримане значення X більше нуля – наявне свідчення за ГПМК; значення X менше чи дорівнює нулю - даних за ГПМК немає.

**Результати та обговорення.** Під час обстеження у приймальному відділенні правильний діагноз встановлено у 22(22,7%) із 97 пацієнтів дослідної групи (на стадії ішемії - у 7, інфаркта - у 15), помилковий – у 75(77,3%).

Для регресивного аналізу відібрано 10 прогностичних факторів із сильним чи помірним корелятивним зв'язком ( $0,3 < r < 1$ ) щодо впливу на вірну діагностику ГПМК у приймальному відділенні: 1) наявність крові у випорожненнях («симптом малинового желе») поряд із вираженим больовим синдромом = +4,3; 2) діагноз установи, що направляє пацієнта в стаціонар – ГПМК = +4; 3) ішемічне випорожнення = +1,7; 4) аритмія = +1,7; 5) підвищення артеріального тиску після появи болю = +1,5; 6) невідповідність тяжкого загального стану мінімальним фізикальним знахідкам = +1,5; 7) раптовий початок інтенсивного болю = +1,4; 8) ішемічний інсульт в анамнезі = +1,3; 9) вік  $\geq 75$  років = +0,6; 10) жіноча стать = +0,3, константа = -6,7.

На 2 етапі у пацієнтів основної групи проводили експрес-діагностику ГПМК у приймальному відділенні за вищенаведеними прогностичними коефіцієнтами. Отриманий результат  $X > 0$  зробив можливим встановити діагноз ГПМК у 14(14,3%) з 98 пацієнтів. Але

переважну більшість 84 (85,7%) пацієнтів з сумою балів  $X < 0$  шпиталізували у хірургічне відділення з іншими діагнозами. У 3(3,7%) з 80 хворих під час консервативного лікування в хірургічному відділенні поява симптому малинового желе (відповідно через 2, 4 та 22 години) дозволила діагностувати ГПМК на стадії інфаркту. Водночас, у 2 з 14 пацієнтів діагноз ГПМК спростували(встановили, відповідно, гостру злукову обтураційну непрохідність та гострий панкреатит). Загалом, діагноз гострої мезентерійної ішемії доведено (в тому числі інтраопераційно) у 21 хворого.

Таким чином, використання експрес-діагностики ГПМК за прогностичними коефіцієнтами дозволило провести клінічне визначення ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту у 15(71,4%) з 21 пацієнтів. У хворих на ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту метод продемонстрував високу специфічність (97,4%) – хибнопозитивний результат отримано лише у 2(2,6%) з 77. Якість діагностики в основній (вірно діагностовано ГПМК з використанням методу експрес-діагностики у 15 пацієнтів з 21) групі достовірно краща за цей показник дослідної (у 22 пацієнтів з 97) групи -  $\chi^2 = 38,1$ ,  $p < 0,01$ .

**Висновок.** У пацієнтів з декомпенсованим ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту чутливість методу експрес-діагностики склала 71,4%, специфічність – 97,6%.

## ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

*Смець Н.В., магістрант*

*науковий керівник – д.мед. н., професор Бойко В.І.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології*

В умовах сьогодення на третьому місці серед проблем репродуктивного здоров'я займає ендометріоз. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в жінок репродуктивного періоду, висока частота запальних захворювань органів малого тазу, поганий екологічний фон, багато супутніх соматичних захворювань.

При ендометріозі ділянки тканин схожих на слизову оболонку матки з'являються і в інших органах: в маткових трубах, на яєчниках, на кишечнику, в грудній порожнині та ін. Як і нормальна слизова оболонка матки - вони ростуть при підвищенні рівня естрогену в першій частині менструального циклу і руйнуються під час менструації, коли рівень естрогену стрімко знижується.

Руйнування вогнищ ендометріозу призводить до утворення кіст, заповнених кров'ю і залишками клітин. У деяких випадках такі кісти розриваються, а кров з них потрапляє в черевну порожнину. Розрив ендометріозних кіст викликає гострий біль в животі.

Залежність росту вогнищ ендометріозу від рівня естрогену в кроці пояснює той факт, що симптоми ендометріозу посилюються під час менструації (тобто коли вогнища руйнуються) і стихають після її закінчення.

Точні причини виникнення ендометріозу остаточно невідомі. Передбачається, що клітини дають початок ділянкам ендометріозу потрапляють в сусідні органи під час затікання крові під час менструації через маткові труби в черевну порожнину. На думку деяких фахівців також можливо, що вони поширюються по всьому тілу зі струмом лімфи і крові йде від матки.

Метою нашої роботи було підвищення рівня та збереження репродуктивного здоров'я у жінок з генітальним ендометріозом на підставі вивчення анамнезу, клінічних і лабораторних змін та розробки алгоритму лікування і профілактики даного захворювання.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

*Емець Н.В., магістрант*

*Науковий керівник - д.м.н., проф. Бойко В.І.*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства і гінекології.*

Ендометріоз - це дуже поширене гінекологічне захворювання, яке характеризується розростанням в різних органах і областях тіла жінки тканин схожих на слизову оболонку порожнини матки.

Займаючи третє місце в структурі гінекологічної захворюваності, генітальний ендометріоз продовжує становити серйозну проблему для дослідників і практичних лікарів. Актуальність проблеми обумовлена поширеністю захворювання, яка досягла 10-20% у загальній популяції жінок репродуктивного віку і продовжує зростати. У США описані випадки захворювання ендометріозом дівчаток у віці до 10 років (раннє менархе). «Географія» захворювання в організмі продовжує розширюватися: за аналізований період описані випадки локалізації ендометріїдних вогнищ в легенях, бронхах, плеврі і перикарді, пресакральном нерві. Показано, що в черевній порожнині, наряду з класичними гетеротопія «шоколадного» кольору, вогнища ендометріозу можуть мати вигляд непігментовані ділянок - червоних і навіть білих.

В даний час прості методи діагностування ендометріозу відсутні. Можливо, саме тому захворювання виявляється із затримкою, в деяких випадках - до 12 років.

Це відбувається тому, що ендометріоз може довгий час практично ніяк не виявлятися, і його починають діагностувати в той час, коли жінка протягом довгого часу намагається завагітніти і в неї це не виходить і вона звертається до лікаря. Тоді лікар, крім інших причин, може запідозрити ендометріоз, як один з чинників, що перешкоджають настанню вагітності.

В даній роботі було взято та проаналізовано 85 жінок Сумської області з діагнозом генітальний ендометріоз.

За даними проведених досліджень, ендометріоз виявлений у 70-71% жінок, що скаржаться на біль в області малого тазу, у 71-76% - з дисменорея, у 44% - з диспареунією і у 15-20% - з безпліддям.

Фіксований загин матки визначається у 15% пацієнток, фіксований - у 15-20%. Таким чином, приблизно в третині випадків при ендометріозі буває загин матки, тоді як в цілому його частота становить 10

Хворобливість і утворення вузлів в задньому склепінні і ректовагінальної перегородці, потовщення тканин визначаються у 20-30% хворих. Для оцінки стану ректовагінальної перегородки рекомендується проводити ректальне і ректовагінальне дослідження.

На даний момент єдиним надійним методом діагностики ендометріозу є лапароскопія і біопсія тканини. Це так званий «золотий стандарт».

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАКТАГЕЛІУ В ПРАКТИЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГА

*Іконописцева Н.А., доцент, Болотна М.А., аспірант, Чирва С.Л., студ. 6 курсу*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Вчення про нормальну мікрофлору людського організму як про єдину мікроекологічну систему, або мікробіоценоз, нині знаходиться в центрі уваги лікарів різних спеціальностей.

Сучасні автори дисбіоз вагінального біотопу зв'язують з кількісним зниженням або повною відсутністю лактобактерій та різким збільшенням облігатних та факультативно-анаеробних умовно-патогенних мікроорганізмів, що супроводжується підвищенням рН піхвового середовища.

В гінекологічній практиці велике значення має дисбактеріоз піхви – стан, що має полімікробну етіологію та не супроводжується ознаками запалення. Крайній ступінь вираженого дисбіозу проявляється симптомокомплексом з чіткою мікробіологічною

характеристикою, що дозволило виділити його в самостійну нозологічну форму – "бактеріальний вагіноз"(БВ).

Дисбіоз вагінального біотопу є найбільш розповсюдженою причиною появи вагінальних виділень, зустрічається у 5-55% жінок репродуктивного віку та є фактором ризику розвитку серйозних ускладнень вагітності, а також запальних захворювань малого тазу після оперативних втручань, що потребує особливої настороги до факту виявлення порушень мікрофлори піхви у таких пацієнток.

Так як БВ – це стан, який супроводжується порушенням мікроекосистеми піхви, нами був сформульований принцип корекції цього порушення: призначене лікування має бути направлене на усунення симптомів БВ (за рахунок нормалізації кислотності, яка обумовлює зниження кількості анаеробів та порушення асоціативних зв'язків між ними) та підтримку нормальної флори піхви. З цією метою був використаний вагінальний гель Лактагель, який містить молочну кислоту та глікоген (5 мл інтравагінально 1 раз на добу протягом 7днів).

Проведене дослідження показало, що застосування молочної кислоти та глікогену спрямоване на корекцію біохімічних параметрів піхвового середовища (відновлення оптимальних значень рН), сприяє пригніченню росту анаеробних бактерій та створенню оптимальних умов для накопичення власної лактофлори, забезпечуючи колонізаційну резистентність вагінального біотопу та підвищуючи загальну ефективність лікування. В нашому дослідженні застосування препарату на основі молочної кислоти та глікогену не викликало небажаних явищ та характеризувалося високою комплаентністю пацієнток.

## **КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ**

*Змисля І.Ф., Михайленко С.М.<sup>1)</sup>*

*КУ СМКЛ №1*

<sup>1)</sup>*Екстренне та амбулаторне ортопедо-травматологічне відділення поліклініки №1*

**Актуальність** теми зумовлена великою кількістю хворих з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки, що призводить до зниження працездатності у осіб молодого та середнього віку та погіршення здатності до самообслуговування у осіб похилого віку. Так за 2 місяці 2015 року до міського травм пункту за допомогою звернулось 3205 постраждалих з патологією опорно-рухового апарату. За січень 2015 року звернулось 1730 хворих. З них з приводу переломів кісток звернулось 502 особи. Серед них постраждалих з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки 175 осіб, Отже, кожній десятій особі (10,1%), що звернулась до травм пункту, та кожній третій особі з переломом довгих трубчатих кісток (34,86% серед усіх переломів) було встановлено діагноз перелому променевої кістки в типовому місці.

В лютому відсоток постраждалих суттєво не змінився - надано допомогу 1475 особам, з них з переломами 368, та переломами променевої кістки 130 осіб, що складає 8,81% серед всіх постраждалих, та 35,3% серед постраждалих з переломами.

Більшість постраждалих склали особи жіночої статі (64,7%). Частіше травмувалась права кінцівка (68% постраждалих). Серед постраждалих найбільшу частку складають особи похилого віку з низькоенергетичними травмами.

Всім хворим було виконано закрити репозицію уламків з наступним рентген-контролем на 7-му та 20-ту добу. Задовільного результату було досягнуто в 92% випадках. При невдалій спробі закритої репозиції хворі були направлені на оперативне лікування (5 осіб), з них у трьох випадках було досягнуто задовільної репозиції при загальному знеболенні. У двох випадках хворим було виконано відкриту репозицію з подальшою фіксацією МОС.

В 4 випадках (1,31%) повторне зміщення наступило на 7-10 день після закритої репозиції. В цих випадках було повторно виконано закрити репозицію – в 100% випадках було досягнуто задовільних результатів.

В 1-му випадку повторне зміщення було виявлено при виконанні рентген контролю на 21 день після перелому. Задовільного результату при закритій репозиції досягнуто не було, у зв'язку із чим хворій було виконано оперативне втручання – резекція неправильно зрощених уламків та фіксація спицями.

В усіх випадках було досягнуто задовільних результатів лікування.

## МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОТЕРАПІЇ РЕКОМБІНАНТНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ - ЛАФЕРОНОМ

*Копиця Т.В. к.мед.н., Шкурко О.К. лікар*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології,*

Експериментальними та клінічними дослідженнями доведено, що рак яєчників (РЯ) розвивається на тлі імунодепресії, яка поглиблюється під дією протипухлинних методів лікування (хірургічного, опромінення і поліхіміотерапії). Введення імунотропних препаратів, здатних стимулювати протипухлинний захист організму сприяє поліпшенню результатів лікування хворих на РЯ. Серед сучасних імуномодуляторів найбільшою ефективністю володіють тимічні поліпептиди, індуктори і препарати інтерферону. Протипухлинні ефекти інтерферонів: активація макрофагів і природних кіллерів (ПК) - основних ефекторних клітин неспецифічного протипухлинного захисту, попередження диверсифікації фенотипу пухлинних клітин, інгібіція їх проліферації, визначають доцільність їх клінічного використання в онкології.

**Мета.** Вивчити вплив імунотерапії рекомбінантним  $\alpha$ -2b інтерферон - лафероном (ІМЛ) на стан імунологічної та неспецифічної реактивності у хворих на РЯ.

**Матеріали і методи.** Обстежено 68 хворих на РЯ, які лікувалися в СООД протягом 2008-2014 років. Середній вік хворих  $53,4 \pm 1,8$  років. Імунологічний статус оцінювали за загальною кількістю Т-лімфоцитів (CD3), їх субпопуляцій CD4, CD8, CD16 і В-лімфоцитів (CD22) за допомогою моноклональних антитіл методом проточної цитофлюориметрії. Число природних кіллерів (ПК) визначали за кількістю їх морфологічних аналогів – великих гранулярних лімфоцитів в мазках крові, забарвлених за Папенгеймом. Імунологічні дослідження проводились на початку і після проведення комплексного лікування.

**Результати.** Хворі рандомізовані на дві групи, 36 хворих отримували стандартну програму лікування, у 32 вона доповнювалась адьювантною ІМЛ. Лаферон вводили по 3 млн МО внутрішньовенно щоденно протягом 10 днів. У хворих обох груп до лікування визначалось помірне зменшення загального числа Т-лімфоцитів (CD3) до 36%, Т-хелперів (CD4) до 28%, порушення імуnoreгуляторного індексу Тх/Тс (II) до 1,2. Спостерігалось зниження числа ПК до 4,6%. Проведення хірургічного втручання, опромінення, ПХТ – негативно впливали на імунологічні показники. У хворих 1-ї групи загальне число Т-лімфоцитів знизилось до 27%, число Т-хелперів до 18%, II до 0,8, суттєво зменшилась кількість ПК до 2,4% ( $P < 0,05$ ). У жінок, які отримували ІМЛ імунодепресивний вплив протипухлинних методів лікування був менш виражений. Загальне число Т-лімфоцитів зменшилось до 32%, пул Т-хелперів до 28%, II дорівнював 1,0. Особливо виражений позитивний вплив мала ІМЛ на природну кіллерну активність, число ПК під впливом лаферона зросло до 5,2%, що було суттєво вище порівняно з пацієнтками, які не отримували ІМЛ ( $P < 0,05$ ).

**Висновок.** Отримані результати свідчать про порушення імунологічної та неспецифічної реактивності у хворих на рак яєчників. З метою корекції імунодефіциту доцільно включати в програму їх комплексного лікування адьювантну імунотерапію препаратами рекомбінантного інтерферону.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Зудіна Т.О., Мелеховець О. К., Жалдак Д.О.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

**Актуальність теми.** Жовчокам'яна хвороба (ЖКХ) є розповсюдженою патологією гепатобіліарної системи. У 10-20% населення працездатного віку розвиваються камені жовчного міхура. Цей показник кожних 10 років збільшується вдвічі. Зросла кількість пацієнтів молодого віку, у віці від 21-30 років хворіє 3,1-4,8% населення (переважно жінки). Патогенез розвитку ЖКХ – це комплексний процес, котрий включає в себе зміну складу жовчі і її потоку (застій жовчі). Існують наукові роботи, що описують дію холецистокініну та естрогенів на роботу жовчовивідних шляхів, але ефект тиреоїдних гормонів вивчений недостатньо. У клінічній практиці можна часто зустріти пацієнтів із ЖКХ, що мають в анамнезі такий діагноз як гіпотиреоз. Тому встановлення взаємозв'язку між зниженою функцією щитовидної залози і патологією жовчовивідних шляхів є актуальною темою сучасності.

**Мета.** Оцінити особливості перебігу патології жовчовивідних шляхів на тлі зниженої функції щитоподібної залози.

**Матеріали і методи.** Обстежено 45 жінок у віці від 21 до 71 року, що страждають на гіпотиреоз. Хворі розподілені за тривалістю захворювання, компенсацією процесу. Для діагностики змін застосовувались лабораторні методи, зокрема біохімічний аналіз крові (печінкові показники, ліпіди, Са, Р) та аналіз крові на ТТГ і Т<sub>4</sub>, а також УЗД жовчного міхура із застосуванням холекінетичного сніданку (оцінювались розміри жовчного міхура до і після сніданку, товщина його стінки, наявність осаду, функція викиду). Об'єм жовчного міхура обчислювали за формулою:  $V=P*(d/2)^2*L$  (де P=3,14; d-ширина жовчного міхура; L-довжина). Якщо залишковий об'єм становив більше  $\frac{2}{3}$  вихідного об'єму, то це розцінювалось як дисфункція жовчного міхура за гіпомоторним типом. Функція викиду обчислювалась за формулою  $EF(\%)=(1-RV/FV)*100$  (де EF-функція викиду; RV-залишковий об'єм жовчного міхура; FV-вихідний об'єм). При гіпотонічно-гіпокінетичній дисфункції жовчного міхура функція викиду становить менше 35%. Контрольну групу складали пацієнти гастроентерологічного відділення відповідного віку і статі (30 чоловік), без ознак зниженої функції щитовидної залози за лабораторно-анкетними даними.

**Результати.** У 81% пацієнтів, котрі страждають на гіпотиреоз при ультразвуковому дослідженні було виявлено ознаки гіпотонічно-гіпокінетичної дисфункції жовчного міхура. У 45% відсотків встановлено наявність УЗД ознак хронічного холециститу. У 19% пацієнтів патологічних змін з боку жовчовивідної системи не було виявлено. Біохімічний аналіз крові показав зростання рівня холестерину у 60% пацієнтів. Дані зміни, на відміну від пацієнтів контрольної групи, носили вторинний характер і мають прямий зв'язок із гіпотиреозом, його тривалістю та компенсацією процесу.

**Висновок.** Результати даного дослідження вказують на те, що зниження гормонів щитовидної залози призводить до затримки спорожнення жовчного міхура. Це відіграє важливу роль у збільшенні частоти виникнення ЖКХ у пацієнтів, хворих на гіпотиреоз.

## АУТОДЕРМАЛЬНА ПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

*Кащенко Л.Г., Шутка Н.А., Пабот К.А.*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ*

Лікування хворих на післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) є досить актуальною і практично значимою проблемою, оскільки зі збільшенням оперативних втручань на органах черевної порожнини та малого тазу, збільшується і кількість ПВГ.

Незважаючи на велику кількість розроблених і відпрацьованих методів герніопластики, що є в арсеналі хірурга, частота рецидивів залишається досить високою і досягає 50% і більше.



Особливої уваги заслуговують хворі на грижі великих і гігантських розмірів та рецидивні ПВГ так як, після кожного оперативного втручання значно зменшуються можливості надійного закриття грижового дефекту. Перспективним напрямком у лікуванні ПВГ, на наш погляд, є аутодермальна пластика (АДП).

Проаналізовано результати хірургічного лікування 37 хворих на ПВГ віком від 36 до 89 років. Чоловіків було 8 (21,6%), жінок – 29 (78,4%). Більшість (86,4%) склали ПВГ з серединною локалізацією грижового дефекту. У перші 3 місяці (ранні вентральні грижі) після перенесеного оперативного втручання ПВГ виникли у 8 (21,6%) пацієнтів, до 1 року – у 13 (35,1%), до 5 років – у 12(32,4%), пізніше 5 років – у 4 (10,8%) пацієнтів. По найбільшому розміру грижового випинання ПВГ розподілено на малі (до 5 см) – у 4 (10,8%), середні (6-15 см) – у 19 (51,4%), великі (15-25 см) – у 9 (24,3%), гігантські (більше 25 см) – у 5(13,5%). Важливим моментом при виконанні аутодермальної пластики грижового дефекту є підготовка самого шкірного клаптя. Ми використовуємо методику односторонньої термічної обробки трансплантата. Після викройки з ділянки операційного поля необхідного для трансплантації шкірного клаптя разом з підшкірною клітковиною (остання не повинна бути товщиною менше 1 см), обробляємо окропом тільки одну сторону при температурі 95°C з експозицією 5 сек. Після видалення епідермісу, ауто трансплантат зберігаємо у фізіологічному розчині натрію хлориду до моменту виконання пластики. Перед використанням шкірний трансплантат перфорували. Герніопластику виконували за методикою Мешалкіна-Цитовського. Краї грижових воріт зашивали поліспасними швами, попередньо мобілізувавши від підшкірної клітковини на 5-6 см по периметру. Ускладнень не відмічали. Середній ліжко-день склав 10±1,6. Післяопераційної летальності не було.

Таким чином, аутодермальна пластика є надійним і водночас дешевим методом закриття грижових дефектів у хворих на ПВГ середніх, великих та гігантських розмірів.

## **ГОСТРА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ**

*Кащенко Л.Г., Шутка Н.А.*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ*

Гостра непрохідність кишок (ГНК) біліарного генезу є порівняно рідкісним 0,2-7,0% захворюванням. У КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» за період з 2000 по 2014 рік з приводу жовчнокам'яного ілеусу лікувалось 13 жінок віком від 62 до 86 років. До 24 годин від початку захворювання було шпиталізовано 7 пацієнок, через 3 доби – 3, через 4 доби – 2 і через 7 діб – 1. При шпиталізації ГНК встановлена у 6, із них тільки в однієї пацієнтки запідозрено жовчну норицю і біліарний ілеус. До операції ЖКХ виявлена у 8 (61,5%) хворих. Діагноз у інших хворих: гострий апендицит (1), гострий панкреатит (2) дифузний перитоніт (1), гострий тромбоз мезентеріальних судин (1). Отже, жовчнокам'яна ГНК до операції була діагностована лише у однієї пацієнтки, в інших – під час хірургічного втручання. В усіх хворих в анамнезі була жовчнокам'яна хвороба. Хірургічна тактика тотожна тактиці при гострій тонкокишкової обтураційній непрохідності іншого генезу. Аерохолія виявлена тільки в однієї пацієнтки. При УЗД: запальні зміни жовчного міхура, міхурово-кишкова нориця, аэробілія, кишковий стаз і дискоординація перистальтичних рухів. Ентеротомію виконували дистальніше нижнього полюса каменя на незмінній ділянці тонкої кишки. Роз'єднання хронічної, з масивним рубцевим перипроцесом, білідигестивної нориці виконували лише при деструктивному холециститі, перфорації жовчного міхура чи 12- палой кишки. Ускладнень і летальних випадків не було.

## ТЕРМІНИ І УМОВИ ВИНИКНЕННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ СТОМАТОЛОГОМ

*Кекух В.В.*

*Науковий керівник – д. мед. н., проф. Лахтін Ю.В.*

*СумДУ, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з курсом оториноларингології та стоматології*

Як правило, карієс зубів та його ускладнення (пульпіт, періодонтит) виявляються під час регулярних періодичних оглядів ротової порожнини пацієнтів лікарем-стоматологом або при активному зверненні пацієнтів. Розвиток патологічного процесу в зубах має певну послідовність. Спочатку виникає деструктивний процес в межах твердих тканин зуба. При неякісному лікуванні або його відсутності відбуваються запальні зміни в пульпі зуба. Якщо і на цьому етапі відсутні своєчасна діагностика та якісне лікування, то процес поширюється на навколозубні тканини (періодонтит) з можливим подальшим розвитком загрозливих навколощелепних гнійно-запальних процесів. При регулярних оглядах ротової порожнини пацієнтів у лікаря-стоматолога є можливість виявити початок неускладненого карієсу і, тим самим, попередити виникнення його ускладнень. Термін виникнення карієсу зубів і його ускладнень є критерієм, який вказує на якість діагностично-лікувальної роботи лікаря. Тому своєчасна діагностика і лікування кожного з цих процесів набуває особливої актуальності. Метою нашого дослідження було визначення термінів та умов виникнення карієсу зубів і його ускладнень у пацієнтів після первинного обстеження і лікування у стоматолога.

Був проведений ретроспективний аналіз динаміки розвитку патологічних процесів (карієсу зубів, пульпіту, періодонтиту) в 1095 зубах за даними вивчення 105 медичних карт стоматологічного хворого (ф. 043/о).

Серед усіх зубів, що аналізувались, доля каріозних складала  $39,36 \pm 1,48\%$ , вилікуваних з приводу пульпіту -  $24,20 \pm 1,29\%$ , періодонтиту -  $36,44 \pm 1,45\%$ .

Після останнього огляду лікарем-стоматологом карієс зубів реєстрували через  $5,78 \pm 0,21$  років.

Серед зубів, в яких виявили пульпіт, в  $50,94 \pm 3,07\%$  він розвився через  $3,90 \pm 0,25$  роки після лікування карієсу. Це є наслідком неякісного лікування карієсу зубів, обмеженням показань лікарем до використання одонтотропних засобів або діагностичною помилкою. Заслуговеє на увагу виявлення пульпіту первинно, без попередньої діагностики карієсу зубів. В половині випадків ( $49,06 \pm 3,07\%$ ) запалення пульпи встановлено через  $6,45 \pm 0,45$  роки. Причинами виникнення первинного пульпіту може бути відсутність ретельного обстеження зубів для виявлення каріозних порожнин, обмежені можливості лікаря використовувати крім стандартних методів обстеження ще й додаткових, особливо у випадках прихованого карієсу з локалізацією на апроксимальних поверхнях зубів. В результаті цього тривалий час відбуваються зміни в пульпі, які потім проявляються симптоматикою пульпіту.

Серед усіх зубів, в яких було виявлено періодонтит, в  $44,86 \pm 2,49\%$  він розвився через  $5,45 \pm 0,34$  роки після лікування з приводу карієсу. Тобто, в майже половині зубів періодонтит носив первинно хронічний перебіг, без попередньої клінічної картини пульпіту. У  $16,54 \pm 1,86\%$  зубів періодонтит реєстрували через  $3,82 \pm 0,43$  роки після їх лікування з приводу пульпіту. Насторожує високий відсоток ( $38,60 \pm 2,44\%$ ) зубів, в яких виявлено первинний періодонтит. За  $6,79 \pm 0,40$  років в цих зубах при регулярному огляді стоматологами не виявлено ані каріозних порожнин, ані клінічних ознак пульпіту. Зазначені факти обумовлені низькою якістю обстеження хворих стандартним методами, які пропонуються лікарям-стоматологам в умовах амбулаторного прийому хворих, технічними і лікарськими помилками в процесі діагностики і лікування зубів.

Таким чином, малі терміни виникнення карієсу зубів та його ускладнень після періодичних і регулярних оглядів пацієнтів, великий відсоток ускладнень після лікування карієсу зубів потребує удосконалення діагностичних методів, технічних прийомів лікування і впровадження нових критеріїв оцінки якості лікування стоматологічних хворих.

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЕРІАРТЕРІАЛЬНИХ СІМПАТЕКТОМІЙ ЗА ЛЕРІШЕМ, ВИКОНАНИХ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ СУБКРИТИЧНИХ ТА КРИТИЧНИХ ІШЕМІЯХ ВНАСЛІДОК ОБЛІТЕРУЮЧОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ НИЖНИХ КІНЦІВОК ТА ДІАБЕТИЧНОЇ АНГІОПАТІЇ НИЖНИХ КІНЦІВОК.

*Кисляков В.П., к.м.н., завідувач хірургічним відділенням Сумського обласного клінічного госпіталю для інвалідів війни.*

*Шпірко Я.Г., ординатор хірургічного відділення*

За 5 років (2010 – 2014 р.р.) в хірургічному відділенні Сумського обласного клінічного госпіталю для ІВВ проведено лікування 1610 пацієнтів з захворюваннями артерій нижніх кінцівок. З них у 1202 хворих встановлений діагноз облітеруючого атеросклерозу артерій нижніх кінцівок (ОААНК), 408 пацієнтів лікувалися з приводу діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок (ДАНК). Вік пацієнтів від 41 до 93 років, чоловіків – 1012 (62,8%). Переважна більшість хворих (більше 90%) – пацієнти похилого віку, старше 80 років. Такого роду захворювання у цієї категорії хворих прогресують повільніше, ніж у молодих, тому тканини нижніх кінцівок частково адаптуються до ішемії за рахунок розвитку колатерального кровотоку. Тому клінічний перебіг даної патології у хворих похилого віку більш прогнозований і сприятливий.

Звертатися за медичною допомогою пацієнтів спонукають трофічні порушення в дистальних відділах кінцівок, біль в спокої, що є ознаками субкритичної і критичної ішемії, яка потребує адекватного лікування. В таких ситуаціях у відсутність значимого клінічного ефекту від інтенсивного консервативного лікування, включаючи внутрішньо-артеріальне введення лікарських засобів, протягом 2-3 діб ми виконуємо періартеріальну сімпатектомію за Лерішем (ПАСЕ) в комбінації з мінімальними (пальців) або частковими (на рівні плюсневих кісток) ампутаціями. Ампутації виконуються за показами, при гангренозних змінах в дистальних відділах ступні, при процесі, що відносно обмежений. Дане втручання можна розглядати як «операцію відчаю», останній шанс хворого на збереження кінцівки перед високою ампутацією.

Періартеріальна сімпатектомія за Лерішем виконується з продольного розрізу в верхній треті стегна в проекції стегнової артерії, яка виділяється з ложа на протязі 8-10 см. Циркулярно ретельно відшаровується та видаляється адвентиція. Ми обов'язково виділяємо глибоку артерію стегна, в ряді випадків виконуємо резекцію глибокої вени стегна, що проходить над артерією. Це дає змогу провести ревізію глибокої артерії до 3-го ділення і за показами відновити кровоток завдяки профундопластиці.

За 5 років (2010 – 2014 р.р.) у відділенні виконано 67 ПАСЕ у пацієнтів з субкритичною та критичною ішемією нижніх кінцівок. Вік пацієнтів від 75 до 90 років, чоловіків – 49, жінок – 18. Операцію виконано у 51 хворого на «чистий» ОААНК та у 16 хворих з діагнозом ДАНК. При ОААНК ПАСЕ в 14 випадках виконувалася в комбінації з ампутаціями пальців (від 1-го до 3-х) і в 6 випадках – в комбінації з ампутацією ступні на рівні плюсневих кісток. При ДАНК ампутація пальців виконана у 6 хворих, а на рівні плюсневих кісток – у 2 хворих. Ми констатували позитивний безпосередній результат в абсолютній більшості випадків. Критична ішемія переводилася в субкритичну, процес призупинявся, хворі виписувалися на амбулаторне лікування. В 2 випадках ми змушені були виконувати ампутацію на рівні стегна на 3 та на 5 добу після ПАСЕ. У обох хворих мало місце поєднання ОААНК з ДАНК, ускладнене декомпенсацією цукрового діабету, процес прогресував, збільшувалась інтоксикація внаслідок розвитку вологої гангрені, тому за життєвими показами виконані ампутації на рівні с/3 стегна.

Стосовно віддалених результатів можна констатувати, що ампутацію на рівні стегна протягом 1 року у хворих після ПАСЕ, ми виконали у 2 хворих. Ампутація через 2 роки після ПАСЕ виконана також в 2 випадках. Через 3 роки після ПАСЕ виконані ампутації у 4 хворих. Загалом протягом 3 років після ПАСЕ ампутації виконані у 8 хворих. За 5 років (2010 – 2014 р.р.) у відділенні виконані ампутації на рівні стегна у 43 пацієнтів – це 2,7 % від загальної кількості пролікованих хворих з патологією артерій нижніх кінцівок. Після

ПАСЕ виконано 8 ампутацій, питома вага таких хворих в загальній кількості ампутацій становить 18%.

**Висновки:**

1. Періартеріальна сімпатектомія за Лерішем в комбінації з малими ампутаціями (пальців та на рівні плюсневих кісток) може бути операцією вибору при намаганні збереження кінцівки в стані критичної ішемії при облітеруючому атеросклерозі та діабетичній ангіопатії нижніх кінцівок
2. В комплексному лікуванні хворих в стані критичної ішемії нижніх кінцівок періартеріальна сімпатектомія за Лерішем більше ніж в 4 рази зменшує кількість ампутацій на рівні стегна у хворих похилого віку
3. За нашими даними, періартеріальна сімпатектомія за Лерішем, як один з етапів комплексного лікування критичної ішемії нижніх кінцівок у хворих похилого віку, майже в 90% випадків дає можливість перевести критичну ішемію в субкритичну і уникнути високої ампутації.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ СПАЙКОВОЮ ХВОРОБОЮ ОЧРЕВИНИ

*Кітченко С. С., Шульга А. А.*

*Науковий керівник – доц. Ягнюк А. І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра хірургії №3*

**Мета дослідження.** Оцінити ЯЖ хворих, які перенесли оперативне втручання - лапаротомічне, лапароскопічне з приводу СХО та порівняти результати в різних групах.

**Матеріал та методи.** До дослідження було залучено 71 хворого, що були прооперовані з приводу СХО шляхом лапароскопії, лапаротомії. З них чоловіків – 38(53,5%), жінок – 33(46,5%) віком 23 - 65 років. Для оцінки ЯЖ використовувалося анкетування SF-36 на 6 та 12 міс. після операції.

**Результати.** Пацієнти поділені на 4 групи: ті, хто отримували стандартну консервативну післяопераційну терапію (після лапароскопії - 17 чол., та лапаротомії – 18 чол.), й ті, хто додатково отримував ентрособренти, фізіотерапію, ЛФК (після лапароскопії – 19 чол., та лапаротомії – 17 чол.). При опитуванні за анкетуванням SF-36 виявлено в групах 1, 2, 3, 4 відповідно: фізична активність знижена на 48%, 53%, 41%, 43% (тут та далі — результати на 6 міс.); на 39%, 45%, 27%, 33% (тут та далі — результати на 12 міс.). Фізичні проблеми виникають у 67%, 71%, 57%, 60% пацієнтів; у 64%, 66%, 50%, 54% пацієнтів. Больові відчуття обмежують життєдіяльність на 78%, 90%, 52%, 61%; на 68%, 82%, 46%, 57%. Загальний стан здоров'я знижений на 40%, 49%, 31%, 34%; на 35%, 42%, 23%, 28%. Соціальна активність знижена на 48%, 65%, 31%, 36%; на 43%, 59%, 25%, 31%. Емоційні проблеми виникають у 69%, 76%, 46%, 51% пацієнтів; та у 62%, 68%, 41%, 47% пацієнтів. Психічний стан знижений на 45%, 52%, 29%, 33%; на 37%, 45%, 23%, 28%.

**Висновки.** На основі отриманих даних можна стверджувати, що ЯЖ після додаткових компонентів післяопераційної терапії, вказаних вище, підвищується в середньому більш, ніж на 15%, а також відновлення стану здоров'я протікає швидше, що свідчить на користь використання вказаних засобів в післяопераційній терапії прооперованих з приводу СХО.

## РІВНЕНЬ ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ ПЛАЗМИ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА І ГЕНОТИПУ ЗА -675 4G/5G ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА PAI-1 У ХВОРИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

*Кмита О.П. Потапов О.О.,*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) та вторинні тромбогеморагічні ускладнення, що виникають під час лікування, часто пов'язані з порушеннями процесу фібринолізу. В свою чергу, регулююча функція інгібітора активатора плазміногену 1 типу (РАІ-1) відіграє провідну роль у процесі розвитку вторинних ішемічних ушкоджень головного мозку при ЧМТ.

Метою нашого дослідження було вивчення зв'язку між рівнем РАІ-1 плазми крові з різними генотипами за -675 4G/5G поліморфізмом гена РАІ-1 у хворих із ЧМТ і осіб групи контролю залежно від показників індексу маси тіла (ІМТ) і коефіцієнтом централізації жиру (КЦЖ) у динаміці лікування, зважаючи на дані літератури щодо зв'язку рівня РАІ-1 плазми крові із масою тіла, а саме – із наявністю ожиріння.

Дослідження засноване на обстеженні 200 хворих із ЧМТ, які перебували на лікуванні в нейрохірургічному відділенні «Сумської обласної клінічної лікарні» в 2010-2014 роках. У всіх хворих була ізольована ЧМТ. Усі пацієнти отримували стандартизоване лікування, згідно з протоколами і рекомендаціям. Також нами було проаналізовано досліджувані показники у 95 практично здорових осіб групи контролю.

За результатами дослідження можна зробити висновок щодо наявності зв'язку змін вмісту РАІ-1 плазми крові з масою тіла, а саме: у хворих і здорових осіб із групи контролю з ожирінням і 4G/4G і 4G/5G генотипами за -675 4G/5G поліморфізмом гена РАІ-1 показники РАІ-1 були вірогідно вищими, ніж у хворих із нормальною масою тіла, таким чином не можна виключити вплив зайвої ваги і ожиріння на перебіг ЧМТ за рахунок зрушень у процесі фібринолізу.

## ЦИТОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ ЗА УМОВИ УРАЖЕННЯ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ

*Коблош Н.Д.*

*(науковий керівник – В.К. Кондратюк, доктор мед. наук, головний науковий співробітник ДУ «І ПАГ НАМН України»)*

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Київ, Україна*

**Мета роботи:** оцінити цитологічні зміни в епітелії шийки матки за наявності високоонкогенних штамів вірусу папіломи людини (ВПЛ)

**Матеріали та методи.** Обстежено 90 хворих з наявністю високоонкогенних штамів ВПЛ. В залежності від кількісного вірусного навантаження виділено три групи пацієток: 1 – хворі, у яких виділено незначну кількість вірусних частин в пробі (1000-100); 2 – обстежені, у яких виділено помірну кількість вірусних частин в пробі (3000-1000); 3 – жінки, зі значною кількістю вірусних частин в пробі (5000-3000).

**Результати та їх обговорення.** Кількість клітин з морфологічними змінами збільшувалась в залежності від кількісного вірусного навантаження. В цитологічних мазках епітелія шийки матки виявлялись характерні для вірусного інфікування цитологічні ознаки, обумовлені цитопатогенною дією високо онкогенних штамів ВПЛ: койлоцити, двоядерні клітини та багатоядерні симпласти, кератиноцити, відмічалась амфотілія цитоплазми. Патологічні зміни клітин цервікального епітелію були більш виразними в мазках жінок 3 групи: койлоцитарна атипія, двоядерні клітини, амфотілія цитоплазми, багатоядерні клітини, а також виявлялись неспецифічні ознаки ураження ВПЛ (збільшення розмірів клітин плоского епітелію, нерівномірне забарвлення цитоплазми, зона просвітлення у клітинах зі збільшеними ядрами, паракератоз і дискератоз).

**Висновки.** Патологічні зміни, які є специфічними для інфікування ВПЛ були більш вираженими в клітинах епітелію шийки матки хворих із значною кількістю папіломовірусних частин в пробі, що вказує на необхідність ретельного та динамічного цитологічного контролю стану шийки матки у даного контингенту пацієток.

## ВПЛИВ МЕДИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НАСЕЛЕННЯ НА ПЕРЕБІГ ТА РЕЗУЛЬТАТ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Князькова Поліна – студентка.*

*Науковий керівник – к. м. н. Гресько І. Я.*

*Сумський державний університет, Медичний інститут,  
кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії*

Рівень медичної культури населення є одним із головних чинників здоров'я нації. Зацікавленість людини у здоровому способі життя має бути для неї одним з пріоритетних, а можливо, головним напрямком у її житті. Актуальність даної теми підтверджується наступним клінічним випадком.

До хірургічного відділення однієї з центральних районних лікарень звернувся хворий М., 24-х років зі скаргами на болі у животі «розлитого» характеру, нудоту, слабкість, сухість у роті. Захворів за 16-18 годин до поступлення у відділення, коли на фоні відносного благополуччя під час фізичного навантаження з'явився різкий біль у епігастральній ділянці з явищами запаморочення та вираженої слабкості. Протягом наведеного часу залишався вдома, сподіваючись на спонтанне полегшення.

З анамнезу життя відомо, що півтора роки тому при ультразвуковому обстеженні було діагностоване кістозне утворення лівої долі печінки розміром 1,5x1,5 см. Рекомендовано дообстеження, диспансерний нагляд. Проте від запропонованих заходів категорично відмовився, мотивуючи зайнятістю і фінансовим станом. У подальшому за медичною допомогою не звертався.

На час огляду стан хворого середньої тяжкості. Шкірні покриви блідні, язик підсушений, обложений білим нальотом. Пульс 90 уд/хв. задовільних якостей, АТ – 115/80 мм.рт.ст; частота дихання – 18 /хв.

Живіт незначно збільшений у розмірах, симетричний, бере участь в акті дихання ощадно, у нижніх відділах більш виражено. При пальпації напружений та болючий в усіх відділах, більше в епігастральній області. Перитонеальні симптоми позитивні, симптом Пастернацького негативний з обох сторін, фізіологічні відправлення не порушені.

Попередній діагноз: перфорація порожнистого органу? Спонтанний розрив кісти лівої долі печінки? Перитоніт. Хворому виконані клінічні та інструментальні методи обстеження згідно протоколів надання медичної допомоги. Після проведеної передопераційної підготовки в ургентному порядку виконано оперативне втручання: верхньо-серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, енуклеація ехінококової кісти лівої долі печінки (розміром 8x9x8 см) з ехінококом, санація та дренування черевної порожнини.

Післяопераційний діагноз: Спонтанний розрив ехінококової кісти лівої долі печінки. Розлитий серозно-фібринозний перитоніт. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий отримував загальноприйняте та спеціальне лікування і у задовільному стані з рекомендаціями виписаний з хірургічного відділення, на 13 добу після госпіталізації.

Отже, належний рівень загальної культури, частиною якого є повага та уважне відношення до власного здоров'я і здоров'я близьких, дозволять своєчасно встановити те чи інше захворювання і попередити несприятливий його перебіг та ускладнення.

## ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ L-КАРНІТИН ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ЗАЗНАЮТЬ РЕГУЛЯРНОГО ВПЛИВУ НИЗЬКИХ ДОЗ РАДІАЦІЇ.

*Костюченко В.В., Новикова О.О.*

*Науковий керівник - Москаленко Ю. В.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії,  
радіаційної медицини та фіззіатрії*

**Актуальність теми.** Існує ціла категорія людей, що в силу своєї професійної діяльності мають постійний контакт з низькими дозами радіації: лікарі-радіологи, рентген- лаборанти, лікарі відділень променевої терапії, шахтарі, працівники атомних електростанцій та інші.

**Мета дослідження:** дослідити основні фармакологічні властивості препарату L-карнітин та можливість його використання у якості радіопротектора.

**Результати дослідження.** При огляді літератури встановлено, що L-карнітин знижує основний обмін, уповільнює розпад білкових і вуглеводних молекул, стимулює енергетичний обмін та мобілізує жир із жирових депо внаслідок активації транспорту довголанцюгових жирних кислот у мітохондрії. Препарат стимулює секрецію і ферментативну активність травних соків (шлункового і кишкового), покращує засвоєння їжі, підвищує поріг резистентності до фізичного навантаження, зменшує ступінь лактатацидозу і відновлює працездатність після тривалих фізичних навантажень. При цьому сприяє економному витрачання глікогену і збільшення його запасів у печінці і м'язах. L-карнітин надає нейротрофічну дію, гальмує апоптоз, обмежує зону ураження і відновлює структуру нервової тканини.

**Висновки.** Препарат L-карнітин може використовуватися категорією людей, що зазнають постійного впливу низьких доз радіації, оскільки має анаболічний, антигіпоксичний ефекти, стимулює жировий, енергетичний обмін, покращує апетит та регенеративну активність тканин, тобто корегує саме ті негативні ефекти, з якими мають справу дані професійні групи.

## ТОРАКОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

*Кравець О.В., Юрченко О.П. – студ.*

*Науковий керівник – професор, д.мед.н. Дужий І.Д.*

*Сумський державний університет, Медичний інститут  
кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Особливістю епідемії туберкульозу в Україні є велика питома вага поширених і хіміорезистентних клінічних форм. Ще 20 років тому стійкість МБТ до антибактеріальних препаратів не перевищувала 5-7%, а частота закриття каверн через шість місяців від початку лікування складала 80-85%. Остання обставина для фіззіохірургії мала важливе значення, оскільки дозволяла широко застосовувати резекційні методи хірургічного лікування у хворих з незарубцьованими кавернами без загрози реактивації. На такому сприятливому тлі число загострень туберкульозу у найближчі і віддалені терміни після резекції легені не перевищувало 6-8%. Хіміорезистентність МБТ не дозволяє навіть при тривалій антибактеріальній терапії знизити активність процесу до рівня, що дає змогу провести резекцію. Одним з методів вибору у такій ситуації може бути застосування колапсохірургічних операцій, і зокрема торакопластики.

Проліковано 104 хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТ), яким виконана торакопластика за власними методиками у комбінації з пневмоперитонеумом. Середній вік оперованих становив  $42,3 \pm 12,6$  років. Тривалість захворювання на туберкульоз до 2-х років мала місце у 75 (72,1%) осіб, більше 2-х років – у 29 (27,9%). Фіброзно-кавернозний туберкульоз діагностовано у 72 (69,2%) хворих, інфільтративний туберкульоз – у 16 (15,4%), циротичний туберкульоз – у 8 (7,7%), множинні туберкуломи з розпадом – у 8 (7,7%). У 7 (6,7%) мало місце кровохаркання, у 4 (3,8%) – легеневі кровотечі.

Проаналізовані найближчі і віддалені результати оперативного лікування цих хворих. У 20 з них до операції відзначався виражений синдром інтоксикації, симптоми якого значно зменшувалися у процесі підготовки до оперативного втручання за рахунок пневмоперитонеуму, що продовжували перші дні після операції. У хворих з кровохарканням і кровотечею припинялося виділення крові. Усім хворим після операції проводилася тривала антибактеріальна терапія за індивідуальними схемами з огляду на чутливість до медикаментів. Пневмоперитонеум підтримувався після втручання до 2-4 місяців.

Віддалені результати вивчені у терміни від 1-го до 3-х років після операцій. Рубцювання каверн, розсмоктування інфільтративних змін відмічено у 57 (74,8%) хворих до виписки із стаціонару. Зменшення каверн з витонченням їх стінок і усунення бактеріовиділення зазначено у 29 (27,9%) випадках. Туберкульозний процес зберіг активність після операції у 18 (17,3%) хворих.

Таким чином, торакопластика залишається високоефективним методом лікування хворих на ХРТ легень. Своєчасно виконана торакопластика є потужним і перевіраним лікувальним заходом у терапії тяжких форм сучасного туберкульозу легень, ускладненого хіміорезистентним перебігом. Зауважимо, що 75-80% хворих на ХРТ легень, приречених протягом найближчих 2-3 років на вірну смерть, може повернутися завдяки торакопластиці як мінімум до життя. Стосовно праці – необхідно провести відповідні дослідження.

### **ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН І КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ РІЗНИМИ СПОСОБАМИ**

*Кузів О.П., Кононенко А.Ю., студенти групи СМ-304, СМ-302,*

*Науковий керівник - д. мед. н., проф. Лахтін Ю.В.*

*СумДУ, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з курсом оториноларингології та стоматології*

Карієс зубів – це складний патологічний процес в твердих тканинах зуба з утворенням в них дефекту у вигляді порожнини. Через високу його поширеність серед населення своєчасна діагностика каріозних уражень на ранніх етапах розвитку патології є актуальною в терапевтичній стоматології. До каріозних порожнини І класу за Блеком відносяться такі, які локалізуються у фісурах та природних ямках зубів. В клініці такий карієс називають фісурним. Для виявлення каріозних дефектів коронкової частини зубів на амбулаторному прийомі під час обстеження твердих тканин зубів у лікаря-стоматолога є стандартний набір інструментів. Стоматологічний зонд серед них єдиний, який призначений для зондування зубів з метою діагностики фісурного карієсу. Проте не завжди вдається виявити такі дефекти через надмірну товщину кінчика зонда.

Тому метою нашого дослідження було порівняння частоти виявлення в зубах каріозних порожнин І класу за Блеком методом зондування різними способами.

Для реалізації цієї мети було досліджено 49 видалених зубів, з них премолярів - 21, молярів - 28. Кожний зуб обстежували два дослідника. Спочатку за допомогою стоматологічного зонда, а потім - ендодонтичного дрільбора для прямого наконечника з меншою товщиною кінчика. За каріозну порожнину приймали таку, в якій кінчик інструмента занурювався вглиб і затримувався у фісурі. У випадках розбіжності результатів обстеження двома способами проводили контрольне препарування зубів. Отримані дані фіксували в протоколі.

За результатами обстеження з 49 зубів виявили каріозні порожнини у 23 (46,9±7,1%). Причому у 7 випадках (14,3±5,0%) - за допомогою стоматологічного зонда, а у 16 (32,7±6,7%) - дрільбора.

В 9 зубах, де була розбіжність в результатах, при контрольному препаруванні фісур у 8 відмітили розвинений каріозний процес. Ураження твердих тканин реєстрували за межами емалево-дентинного з'єднання. В цих випадках емаль зубів була чорно-коричневого кольору з крихкими краями та уламками її фрагментів. Дно і стінки каріозної порожнини виповнено



пігментованим дентином, який в одних зразках розм'якшений, в інших - щільний при зондуванні.

В 1 випадку після оперативного розкриття фісури її дно було щільне, вкрите незміненою емаллю, тобто реєструвався не карієс, а фізіологічна фісура.

Вважають, що для діагностики фісурного карієсу метод зондування не є достовірним, оскільки кінчик зонду може чіплятися у фісурі більше через її анатомічні особливості, ніж через розвиток там каріозного дефекту. Проте зондування за допомогою дрільбора підвищило виявлення каріозних порожнин I класу за Блемом в 2,3 рази ( $p = 0,056$ ).

Таким чином, додаткове використання дрільборів під час зондування фісур та природних борозенок коронкової частини зубів дозволяє підвищити більше ніж в 2 рази ефективність виявлення каріозних порожнин I класу за Блемом. Отримані результати обґрунтовують необхідність розширити як арсенал стандартного набору інструментарію, так і способів діагностики.

### **ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТАЗОВОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА**

*Логвинюк А.О. студентка IV курсу медичного інститута СумДУ*

*науковий керівник к.мед.н. Ольховик В.Л.*

Пологи в тазовому передлежанні відносяться до групи високого ризику по розвитку перинатальних і материнських ускладнень, що можуть призвести до травми в пологах, інвалідизації дитини, а в деяких випадках і смертності.

У зв'язку з вищенаведеним питання профілактики, отже і факторів ризику розвитку тазового передлежання плода є актуальною проблемою сучасного акушерства.

**Мета дослідження**- виявити сукупність материнських і плодових факторів, що призводять до розвитку тазового передлежання плода.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено аналіз 52 випадків пологів у тазовому передлежанні. Вивчався акушерський анамнез, соматичний і антропометричний статус вагітних, враховувались фотометричні дані ультразвукових досліджень, аналіз перебігу і результату вагітності та пологів у тазовому передлежанні плода. Контрольну групу склали параметри 32 породіль з головним передлежанням плода.

**Результати дослідження.** Антропометричні та пельвіометричні параметри в обох досліджених групах не мали достовірних відмінностей, однак серед вагітних з тазовим передлежанням майже в 4 рази частіше зустрічалися пацієнтки з низькою масою тіла (<55 кг.). Основна маса жінок з тазовим передлежанням (58%) була у віці від 21 до 30 років, до 20 років (32%) і старше 30 років-10%. За перерахованими параметрами статистично достовірна різниця (майже вдвічі більше) порівняно з головним передлежанням була в віковій групі старше 30 років. Першородячих з тазовим передлежанням було вдвічі менше, ніж повторнородячих. За соматичною патологією групи вагітних з головним і тазовим передлежаннями були майже ідентичні. Однак, маловагових дітей у групі вагітних з тазовим передлежанням народилося на 24% більше ( $p < 0,001$ ), ніж у групі з головним передлежанням. Серед доношених дітей в основній групі майже кожен третій був з низькою масою тіла (<2500,0гр.). У 19% випадків в тазовому передлежанні народилися недоношені діти. 86% дітей народилися в чисто сідничному передлежанні, 11% - в змішаному сідничному і 3% - в ножному передлежанні. У 14% випадків тазове передлежання поєднувалося з низькою плацентациєю, в 5% - з абсолютним і відносним укороченням (обвиття) пуповини. Також в основній групі було достовірно більше жінок з багатоводдям.

**Висновки.** Серед материнських чинників формування тазового передлежання найбільш значущими є повторні вагітності та пологи, низька маса тіла вагітної. Призводять до розвитку тазового передлежання низькі фетометричні показники, низька плацентация, мало- та багатоводдя, аномальна довжина пуповини.

## АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ТА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

*Маркович Т. Є, Зарицький О. О*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра акушерства та гінекології №2*

**Актуальність теми.** Антенатальна охорона плода є найважливішою задачею сучасного акушерства. Причини перинатальної смертності є різноманітними і залежать не лише від соціальних чинників, але і від біологічних особливостей організму вагітної та плода. Однією із таких особливостей є нехарактерна для людини багатоплідна вагітність. У разі багатопліддя ускладнюється перебіг гестаційного періоду, значно підвищується материнська та перинатальна захворюваність і смертність.

**Мета.** Метою дослідження було проведення аналізу ускладнень при багатоплідній вагітності.

**Матеріали та методи.** Клініко-статистичний аналіз 27 індивідуальних карт вагітних та історій пологів у жінок з багатопліддям, які були під диспансерним наглядом в жіночій консультації та народжували на базі ВМКПБ №2 м. Вінниці. Проведено метааналіз досліджень, пов'язаних з багатопліддям.

**Результати.** При проведенні аналізу виявлено, що поздовжнє положення і головне передлежання обох плодів спостерігалось в 21 випадках, що складає 78%, поздовжнє положення і сідничне передлежання другого плода - у 6 випадках (22%). Перебіг багатоплідної вагітності у 12 вагітних був ускладнений анемією (44%), пізні гестози спостерігалися у 7 вагітних (26%), гіпотензія - у 3 (11%), гестаційний пієлонефрит - у 9 (33%). Багатоводдя у одного з плодів діагностовано у 15 вагітних (56%), передчасні пологи - у 20 (74%). При аналізі пологів у вагітних з багатопліддям виявлено такі ускладнення, як слабкість пологової діяльності у 7 вагітних (26%), затримка частки плаценти в 4 випадках (15%), передчасне відходження навколоплідних вод у 10 жінок (37%).

**Висновки.** При багатоплідній вагітності тактика лікаря повинна бути спрямована на визначення хоріальності, розроблення індивідуального плану відвідування жіночої консультації, профілактику ускладнень вагітності, проведення трансвагінальної цервікометрії при УЗД в динаміці. Розродження при дихоріальній двійні рекомендується проводити на 37–38 тижні вагітності, при монохоріальній – на 36–37 тижні.

## НОВІТНІЙ ЛАЗЕР VIOLITEC-1470 В ЛІКУВАННІ ВХНК

*Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.*

*Науковий керівник доцент, к.м.н. Бугайов В.І.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

**Мета** – оцінити і порівняти ефективність (ЕВЛК) апаратом VIOLITEC-1470 над іншими методами лікування ВХНК.

**Матеріали і методи.** Ми провели аналіз різних джерел інформації з метою визначити найкращий метод лікування ВХНК. Опрацювали дані ефективності мікропінної флебосклерооблітерації, ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) вітчизняним апаратом, використання (ЕВЛК) апаратом VIOLITEC-1470 і стандартної флектомії при лікуванні ВХНК. За період із 2007 до 2012 р. проаналізовано наслідки хірургічного лікування 156 хворих на ВХНК у Київській міській клінічній лікарні № 8, а також 84 пацієнта прооперованих в Івано-Франківській міській клінічній лікарні № 1 за допомогою лазера VIOLITEC-1470. Вік пацієнтів — від 24 до 73 років (середній вік — 43,2 року ± 4,3 року). Відповідно порівнювали чотири групи хворих. Перша група — 53 пацієнти провели мікропінну стовбурову флебосклерооблітерацію. Друга група — 51 пацієнт (ЕВЛК) вітчизняним апаратом. Третя група — 52 пацієнти яким виконали стандартну флектомію за Бебкокком. Четверту групу —

84 пацієнта лікували за допомогою (ЕВЛК) апаратом BIOLITEC-1470. Ефективність оцінювали за такими критеріями: інтенсивний больовий синдром спостерігався в 3й групі в 49 (94.23%), 1й і 2й відсутній; підшкірна гематома в 3й групі в 22 (42.31); інфільтрати в 1й групі 3 (5.66%), в 2й групі 4 (7.48%), 3й групі 14 (26.92%); лімфорей в 1й групі 1(1.87%), 2й 1(1.96%), 3й 6(11.54%); набряк гомілки в 1й 4 (7.55%), 2й 5 (9.80%), 3й 11(21.15%); порушення шкірної чутливості в 1й 4(7.54%), в 2й 3 (5.88%), в 3й 12 (23.07%); тромбофлебіт в 1й 2(3.77%), 2й 2(3.92%), в 3й відсутні. Тривалість перебування в стаціонарі (ліжко-днів) в середньому в 1й і 2й групі  $1 \pm 0$ , в 3й  $5,20 \pm 0,16$ ; тривалість відновлення повної фізичної активності (доба) в 1й  $2,80 \pm 0,12$ , в 2й  $3,20 \pm 0,14$ , в 3й  $12,30 \pm 0,32$ ; тривалість відновлення трудової активності (доба) в 1й  $6,20 \pm 0,43$ , 2й  $6,40 \pm 0,41$ , 3й  $26,40 \pm 0,57$ ; косметичний ефект втручання в 1й і в 2й групі пацієнти трактували як добрий - загалом, в 3й незадовільний і задовільний; У терміни до 3 років після операції оглянуто 48 пацієнтів першої групи, 52 — другої і 24 — третьої. В усіх хворих спостерігали випадки рецидиву хвороби, причиною яких стали не лікувальні помилки, а подальше прогресування патологічного процесу. Різниця щодо кількості рецидивів у всіх групах була незначною: після ІКМСФ — 3 (2,58 %); після ЕВЛК — 5 (4,23 %), після стандартної флектомії — 2 (8,33 %) (різниця щодо першої групи статистично незначуща;  $p > 0,05$ ).

На противагу 3м групам в 4й групі, яка лікувалася за допомогою (ЕВЛК) апаратом BIOLITEC-1470 – спостерігали: через 1 год після операції пацієнт своїми ногами покидає лікарню; операція є безболісною, відчуваються лише легенькі проколи від введення анестетика в тканини навколо вени; здійснюють лише проколи без швів і розрізів, як наслідок відмінний косметичний ефект; післяопераційний період не потребує ін'єкцій знеболення; пацієнт приступає до роботи в залежності від її навантаження; лімфорей, гематома, набряк, порушення чутливості, тромбофлебіти не виявлялися, рецидивів не спостерігалось.

Висновки. Таким чином, застосування (ЕВЛК) апаратом BIOLITEC-1470 для лікування ВХНК, можна вважати найкращим методом на теренах України.

## СИНДРОМ ФІТЦ-Х'Ю-КУРТІСА ЯК ПЕРЕДУМОВА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ.

*Маюра Н.А., аспірант.*

*Науковий керівник – д.мед.н., проф. Леонов В.В.*

*Сумський державний університет, медичний інститут,  
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

**Вступ.** Навіть у теперішній час, коли у практиці використовуються високоякісні антисептики, сучасні антибактеріальні засоби та прогресивні шовні матеріали, частота ускладнень та рецидивів після оперативних втручань на жовчовивідних шляхах коливається від 0,8 до 14,8%. Причиною може бути не врахована при бакпосіві жовчі генералізована хламідійна інфекція з переважним ураженням органів верхнього поверху черевної порожнини, нині відома як синдром Фітц-Х'ю-Куртіса.

**Матеріали і методи.** Обстежено 104 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КЗ СМКЛ №5 м.Суми у 2013-2014 роках. Хронічний холецистит було діагностовано у 65 (62,5%) пацієнтів, гострий холецистит – у 39 (37,5%) пацієнтів, з них катаральна форма гострого холециститу складала 41%, флегмонозна форма – 52,6%, гангренозна – 6,4%. За медичними показаннями хворим проводилось хірургічне лікування методом лапаротомного (у 34 пацієнтів) або лапароскопічного втручання (у 70 пацієнтів).

**Результат досліджень.** Бактеріологічними дослідженнями виявлена наявність мікрофлори в жовчі у 91,3% пацієнтів з запаленням жовчного міхура та жовчних проток. Серед них домінують ентеробактерії. Слід зазначити, що бактероїди та пептострептококи виділяються з жовчі у всіх хворих з клінічними ознаками гнійного холангіту. Хламідійний перигепатит має специфічну макроскопічну картину. Під час лапароскопії виявляють

незначну кількість серозного випоту, хронічно запалений жовчний міхур з конкрементами, а у підребер'ї візуалізуються множинні напружені глісоперитонеальні зрощення які нагадують «струни скрипки».

**Висновки.** Виявлення спеціалізованими методами латентної хламідійної інфекції в організмі пацієнтки дозволяє індивідуально підбирати таргетну антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості всього спектру збудників, що сприятиме більш швидкому регресу запальних змін біліарної системи та дозволить говорити про ефективнішу профілактику рецидивів панкреатиту чи конкрементоутворення.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНЕРГЕТИЧНИХ РЕЖИМІВ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ

*Мелеховець Ю.В., Леонов В.В., Мелеховець О. К.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

**Актуальність.** Варикозна хвороба залишається однією з найактуальніших медичних проблем сьогодення. За статистичними даними, близько 25% жінок та 10% чоловіків страждають на це захворювання. Розвиток малоінвазивної хірургії призвів до впровадження методу ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) вен нижніх кінцівок як провідного методу лікування хронічної венозної недостатності, який дозволив знизити витрати на лікування в 6 разів та підвищити ефективність лікування до 96%. Ефективність виконаної ЕВЛК оцінюється фактом наявності повної оклюзії вени, що унеможлиблює розвиток рецидивів захворювання. Найбільш дискусійною проблемою сучасної флебології є розробка режимів лазерної абляції з мінімальними термінами досягнення повної оклюзії без травматизації навколишніх тканин, косметичного дефекту та больового синдрому.

**Метою роботи** є вивчення енергетичних режимів лазерної абляції ВПВ (великої підшкірної вени) та МПВ (малої підшкірної вени) при використанні ЕВЛК з довжиною хвилі 1470 нм.

**Матеріали та методи.** Для проведення ЕВЛК використовувався апарат «Ліка-хірург» (виробництво «Фотоніка плюс», м. Черкаси). В залежності від режиму лазерної абляції було сформовано дві групи: в 1-у групу включено 48 пацієнтів після ЕВЛК з використанням довжини хвилі 1470 нм (безперервний режим, 10 Вт), у 2-у групу – 44 пацієнти з 1470 нм ЕВЛК (безперервний режим, 15 Вт). В усіх групах використовувалось торцеве світлооптичне волокно з діаметром 600 мкм.

Під місцевою анестезією виконувалась пункція ВПВ та вводився провідник до сафено-стегнового зв'язу на відстань 0,5 см або до сафено-підколінного зв'язу. Під контролем УЗД пороводилась перивазальна тумінесцентна анестезія розчином Кляйна з використанням помпи. Швидкість тракції світловоду при проведенні лазерної абляції складала 0,1-0,2 см/хв.

Передопераційне картування вен нижніх кінцівок проводилось за допомогою сонографії у положенні стоячи та лежачи.

**Результати.** Критеріями включення в дослідження була наявність хронічної венозної недостатності (ХВН) нижніх кінцівок клінічних класів С2 – С5 за класифікацією CEAP (Clinical, Etiology, Anatomical and Pathology) з діаметром ВПВ до 12 мм. Критеріями виключення були супутні захворювання в стадії декомпенсації у пацієнтів, наявність в анамнезі тромбозу глибоких вен та будь-яких інвазивних втручань з приводу ХВН та діаметр ВПВ більш за 12 мм (таким хворим проводилось ЕВЛК з кросектомією).

Після проведення загальноклінічного та лабораторного обстежень хворим виконувалось сонографічне дуплексне дослідження у сірошкальному В-режимі та кольоровому доплеровському режимі. Динамічне спостереження проводилось на 1, 7 добу, 2, 4, 6, 10 тижні.

При сонографічному моніторингу повна оклюзія ВПВ відмічається за наступними критеріями: відсутність кровотоку (кольорових спайків) при доплеровському дослідженні,

неоднорідна гіпоехогенна ехокартина просвіту вени, гіперехогенність задньої стінки. В обох групах повну оклюзію було досягнуто через 6 тижнів. Оцінка впливу різної лазерної потужності на периферичні тканини, що оточують абляційну вену, свідчить про більшу кількість локальних пошкоджень (екхімозів, больових тяжів, гіперпігментацій) у 2-ій групі хворих – у 9 хворих (20%), при використанні меншої потужності лазерного випромінювання в 1-ій групі – у 3 осіб (6,2 %).

**Висновки.** При проведенні лазерної абляції ВПВ (великої підшкірної вени) та МПВ (малої підшкірної вени) з використанням ЕВЛК з довжиною хвилі 1470 нм було встановлено, що достатнім рівнем лазерної енергії для ефективної оклюзії вен є потужність 10 Вт з середньою лінійною щільністю енергії 43,8 Дж/см у порівнянні з 15 Вт та 79,65 Дж/см у другій групі.

## АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ЩО ЗАзнаЛО РАДІАЦІЙНОГО ВПЛИВУ

*Медведь О.Л., Зацарна О.М. – студенти*

*Науковий керівник – к.м.н. Москаленко Ю.В.*

**Актуальність.** Майже 30-річний досвід спостереження за наслідками аварії на ЧАЕС свідчить про збільшення захворюваності на рак щитовидної залози. Це зумовлено тим, що у перші дні після аварії в атмосферу було викинуто величезну кількість радіоактивного йоду. Основну масу (біля 80%) складав J131, іншу частину — короткоживучі радіонукліди J132-135. Небезпека надходження радіонуклідів йоду в ЩЗ людини та тварин існувала протягом 2,5 місяців після аварії, тобто часу, що дорівнював десяти періодам напіврозпаду J131.

**Мета дослідження:** вивчити динаміку захворюваності на рак щитовидної залози серед населення, що проживає на територіях, які зазнали найбільшого радіоактивного впливу.

**Результати дослідження.** Встановлено, що понад 60% випадків раку ЩЗ від 0 до 14 років щороку реєструється у 5-ти північних областях України, які найбільше постраждали від аварії на ЧАЕС (Київська, Чернігівська, Житомирська, Рівненська, Черкаська). У той час, як до Чорнобильської катастрофи протягом 1981—1985 років у цих областях взагалі не було жодного випадку раку ЩЗ серед дітей, крім Черкаської області, де у 1981 році зареєстрований 1 випадок дитячого тиреораку. Починаючи з 1990 р поширеність раку в Білорусії зросла в 18 разів, зокрема в найбільш забрудненій Гомельській області - в 28 разів; в Брянській області Росії - в 9 разів, у тому числі в Клінцевському районі - майже в 48 разів; в Україні - в 4,8 разів (у Київській області - в 9,8 разів). До 1989 р частота раку в кожному регіоні зберігалася на відносно постійному рівні.

**Висновки:** Узагальнюючи наведені дані, можна констатувати, що після аварії на Чорнобильській атомній станції відмічається значне зростання частоти раку ЩЗ серед населення. Особливо помітна тенденція в регіонах, які найбільш постраждали. Медичні аспекти наслідків чорнобильської аварії пілягають подальшому ретельному дослідженню та додатковому статистичному аналізу.

## МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ ІІ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

*Микитин В.З., Пак В.Я., Аишурбекова В.А.*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ*

Вивчили морфологічні зміни стінки тонкої кишки, які виникли внаслідок спайкової обтураційної тонкокишкової непрохідності. Вони призводять до моторно-евакуаторних порушень кишечника, змін пристінкового та внутрішньопросвітнього травлення, бар'єрної, секреторної та резорбтивної функції тонкої кишки.

Гостра спайкова непрохідність тонкої кишки виражається порушенням кровообігу та лімфовідтоку, альтеративно-деструктивними процесами та запальною реакцією. Підсилення

перистальтики у привідному відділі кишки відмічається тільки на початку хвороби, пізніше виникає паретичне розширення її просвіту, наростає повнокрів'я, набряк і стаз. При прогресуванні непрохідності спершу уражується слизова оболонка навпротибрижейкового краю кишки. Стінка набрякла з розшаровуючими і плямистими крововиливами, слизова оболонка згладжена в ній виникають явища запальної інфільтрації, десквамація епітелію, наростає набряк підепітеліальної тканини, епітелій зберігається тільки в криптах, виникають вогнищеві розриви м'язових волокон.

У більшості випадків спайки, які з'єднують парієнтальну з вісцеральною очеревиною тонкої кишки, викликають розвиток гострої спайкової кишкової непрохідності. Постійна травматизація місця прикріплення спайок під час перистальтики призводить до морфофункціональних порушень в тканинах, де запалення набуває хронічного характеру. В зоні прикріплення спайок до «мобільних» перестальтуючих петель тонкої кишки, виникають явища набряку з вираженою нейтрофільною параваскулярною запальною інфільтрацією і склерозом, а також внутрішньосудинний стаз.

При значній травматизації місця прикріплення спайки до стінки кишки виникають явища значного набряку, дифузно-запальної інфільтрації, хаотичне розташування та розщеплення колагенових волокон, крововиливи, паретичне розширення судин. У цих місцях визначається виражений ангіоматоз судин, значна кількість з яких різна за калібром. Їх стінки потовщені, з явищами склерозу та вираженої лейкоцитарної інфільтрації, а у просвіті масивний стаз і тромбування. Навколо судин виражений набряк, що проявився у вигляді розщеплення колагенових волокон та утворення дірчастих пустот, місцями елементи деструкції колагенових волокон. Ці зміни ми розцінили як прояви васкуліту.

Результати проведеного дослідження показали прогресуючі, виражені, часом незворотні морфологічні зміни у стінці тонкої кишки які призводять до суттєвого порушення функції органа під час розвитку захворювання і появи синдрому ентеральної недостатності..

Ці патологічні процеси у повному обсязі не можуть бути відрегульовані фармакологічними препаратами, тому потребують комплексного підходу до тактики та лікування хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність, особливо у ранньому післяопераційному періоді.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКИХ ФЛЕГМОН ШИЇ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ

*Мисловський І.А., Чередніченко А.І. к.м.н., Сотнікова А.О. лікарі*

*Кузів О.П. студ. 2 курсу*

*Науковий керівник – к.м.н., доц. В.П.Шевченко*

*Сумський державний університет,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії*

*Сумська обласна клінічна лікарня*

Глибокі флегмони ший (ГФШ) займають особливе місце серед гнійно-запальних процесів у зв'язку з анатомічною особливістю будови ший – обмеженої зони, насиченої життєво-важливими структурами, магістральними судинами та клітковинними просторами, з'єднаними зі суміжними регіонами. Результати лікування ФШ залишаються незадовільними, що пов'язано з можливістю розвитку каскадних гнійно-септичних ускладнень (медіастиніт, сепсис, поліорганна дисфункція), які детермінують високу летальність.

**Мета:** Вивчити результати лікування глибоких флегмон ший і частоту розвитку гнійного медіастиніту у хворих.

**Матеріали і методи:** Проаналізовані результати лікування ГФШ у хворих, оперованих у хірургічному відділенні СОКЛ з 2001 по 2013 рік. Всього оперовано 82 хворих. Чоловіків - 52 (64,4%), жінок – 30 (36,6%). Середній вік - 42±1,7 років. Для діагностики використовувалися фізикальне, лабораторне обстеження, рентгенографія органів грудної

клітки, при підозрі на наявність медіастиніту – комп'ютерна томографія середостіння. Оперативні втручання виконувалися під загальною анестезією.

**Результати:** Локалізація ГФШ була наступна: бокова поверхня шиї в зоні судинно-нервового пучка – 56 (68,3%), підщелепна область – 12 (14,6%), передні нижні відділи шиї – 14 (17,1%). Оперативні доступи залежали від локалізації флегмони. При ГФШ бокової поверхні шиї використовувався широкий розріз вздовж кивального м'яза з розсічення фасції Ріше і проникненням в клітковинний простір і дренажуванням його рукавичково-трубчатими дренажами. У 12 (6,0%) випадках ГФШ ускладнилась розвитком гнійного медіастиніту. Використання КТ у 100% випадків дозволило верифікувати діагноз медіастиніту і визначити показання для екстреного хірургічного втручання. Виздоровлення досягнуто у 78 (95,1%) хворих на ГФШ, 4 (4,9%) хворих померли із-за розвитку гнійного медіастиніту і сепсису. Серед хворих з гнійним медіастинітом показник летальності склав 33,3%.

**Висновки:** Глибокі флегмони шиї у 6% випадків ускладнилися розвитком гнійного медіастиніту, післяопераційна летальність при якому сягала 33,3%. Найефективнішим методом ранньої діагностики гнійного медіастиніту є комп'ютерна томографія. Рання діагностика флегмон шиї їх своєчасне і адекватне хірургічне лікування необхідні для попередження розвитку гнійного медіастиніту і зменшення післяопераційної летальності.

## ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК СУМСЬКОГО РЕГІОНУ

*Михайленко М.М., магістрант*

*Науковий керівник – д. мед. н., проф. Бойко В.І.*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Безпліддя в шлюбі в Україні складає від 12 до 25%. Безплідний шлюб значно впливає на демографічні показники, через що дана проблема набуває не тільки медико-біологічного, але і важливого соціального значення: неплідний шлюб з частотою понад 15% впливає на демографічні показники вагомніше, ніж не виношування та пренатальні втрати разом узяті. Отже, неплідність слід відносити до найбільш значимих проблем медицини. Нині в Україні проживає приблизно мільйон неплідних подружніх пар.

Поняття «Безпліддя жінки» означає не здатність жінки репродуктивного періоду до зачаття. Тривалість репродуктивного періоду – близько 30 років: з 16 до 45 років. В даний час можна говорити про безпліддя у разі, коли при систематичному статевому житті без оберігання вагітність не настає впродовж року.

Сучасна класифікація виділяє декілька форм жіночого безпліддя: ендокринне, пов'язане з порушенням овуляції (35-40%), трубне (20-30%), різні гінекологічні захворювання (15-25%), імунологічні причини (2%), нез'ясоване безпліддя (5-15%).

В основі ендокринного безпліддя лежить порушення менструального циклу, інсулінзалежний цукровий діабет, підвищення продукції глюкокортикоїдів мозковим шаром надниркових залоз (гіперкортизм), гіперфункція щитовидної залози (тиреотоксикоз).

Основною причиною виникнення трубно-перитонеального безпліддя є запальний процес маткових труб, злуковий процес, який розвинувся після лапаротомних операцій на органах малого тазу, внутрішнього ендометріозу та інфекції органів малого тазу.

Після єдиного епізоду гострого запального процесу в малому тазу 11% хворих стають безплідними, після двох або більше рецидивів запального процесу – 25-43% жінок. При виникненні першої трубної вагітності репродуктивна функція порушується в майбутньому у 30-50% пацієнток, а частота повторної трубної вагітності коливається від 17% до 56%.

Серед гінекологічних захворювань провідне місце займає гонорея та хламідіоз.

Проаналізовано 70 безплідних пар з міської місцевості та 30 з сільської місцевості Сумського регіону. Середня тривалість безпліддя складає 7,2 роки. В анамнезі у жінок з первинним безпліддям хронічні запальні процеси органів малого тазу, вторинного безпліддя – запальні процеси органів малого тазу, штучні та самовільні аборти, позаматкова вагітність, оперативні втручання. Порушення менструального циклу у жінок які проживають в селі

склало 28,1%, а в місті 38,6%. Дослідили структуру жіночого безпліддя в місті та селі, найбільший відсоток в місті склала трубно-периторіальне безпліддя 35%, а в селі 46,1%, на другому місці ендокринне – 34,7% та 38,5% відповідно, на третьому місці матковий чинник – 14,3% та 7,7%.

Показник інфертильності в шлюбі в Сумському регіоні у 66% випадків зумовлений жіночим безпліддям, а в 7% чоловічим, порушення репродуктивної функції в обох партнерів в 24%, нез'ясована причина неплідності складає 3%.

## ЕМПІЄМА ПЛЕВРИ – ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

*Мищенко Ю.О. - аспірант*

*Науковий керівник – професор, д.мед.н. Дужий І.Д.*

*Сумський державний університет, Медичний інститут*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії*

Емпієма плеври являється найбільш грізним ускладненням запальних захворювань легень, травм грудної клітки та оперативних втручань. Кожного року приріст неспецифічних захворювань легень складає 5%. Закономірно зростає кількість хворих на гостру та хронічну емпієму плеври. За останнє десятиріччя відмічається повільний, але стійкий ріст захворюваності на гостру пневмонію, яка у 4% випадків ускладнюється розвитком емпієми плеври. Емпієма плеври ускладнює перебіг травм грудної клітки у 2,9-5,2%, проникаючих поранень – у 5,4-21,7%. Після оперативного лікування з приводу гнійно-деструктивних захворювань – у 4,8 - 28,0%, а після операційних втручань з приводу раку легень емпієма плеври розвивається в 2,5 - 6,5% випадках. В Україні число хворих на гостру емпієму плеври має тенденцію до збільшення. Згідно з епідеміологічними даними гнійними захворюваннями легень і плеври хворіють переважно люди працездатного віку. Стрімко збільшується і кількість випадків хронізації емпієми плеври. У 10-32% хворих відзначається перехід гострого процесу у хронічний. Перелічене можна пов'язати з пізнім зверненням хворих за медичною допомогою, пізньою діагностикою, пізньою госпіталізацією, а у деяких випадках необізнанністю практикуючих лікарів у питаннях лікування емпієми плеври.

Своєчасна діагностика та лікування гострої емпієми плеври у 60-70% випадках запобігає її хронізації. Аналізуючи ефективність діагностики даної патології відмічається, що ефективність рентгенологічного методу дослідження становить 75%, комп'ютерної томографії – 88,6%. Ефективність УЗД плевральної порожнини у комплексі інструментальної діагностики емпієми плеври на сьогодні остаточно не визначено.

Лікування емпієми плеври складний і тривалий процес, до складу якого входить комплекс з консервативних та хірургічних заходів лікування. При лікуванні усіх емпієм плеври особливе місце займають осумковані емпієми. Якщо підходи до хірургічного лікування інших видів емпієм у медичній літературі висвітлено достатньо, то при осумкованні емпієми даних зовсім небагато. Це пояснюється тим, що результати лікування осумкованих емпієм плеври більш сприятливі, ніж при лікуванні тотальних емпієм. Проте, не дивлячись на такі відносно позитивні показники виліковування, частота втрат працездатності, інвалідизації та летальних випадків доволі значна, як за рахунок ускладнень так і за рахунок трудомістких та травматичних оперативних втручань. Отже викладена інформація нашою метою є потреба перегляду підходів до лікування хворих на осумковані емпієми плеври, особливо на хірургічне їх лікування.



## ПОКАЗИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

*Нагорна К.О.*

*Науковий керівник д-р мед. наук, проф. Шищук В.Д.*

*Сумський державний університет*

Ендопротезування на сучасному етапі являється безальтернативним способом хірургічного лікування пацієнтів з важкими дегенеративно-дистрофічними ураженнями суглобів. Щорічно в світі за даними ВООЗ виконується близько 1,5 млн. ендопротезувань суглобів. Зараз операції ендопротезування суглобів виконуються в усіх обласних і міських лікувальних закладах України, проводиться глибокий аналіз їх результатів, контролюється підготовка спеціалістів, розробляються сучасні технологічні, нові конструкції ендопротезів.

**Матеріали і методи.** У теперішній час в медичній практиці використовуються цементні, безцементні та гібридні конструкції ендопротезів, які виготовляють вітчизняні і закордонні фірми – ІНАМЕД, ОРТЕН, ЗІММЕР, БІОМЕТ, ЄСКУЛАП, ПРОТЕК, ВАЙТСАЙД, ДПГЮ.

Визначення показань до ендопротезувань кульшового суглоба є відповідальним кроком у роботі ортопеда. Необхідно скласти воедино всі «за» і «проти» оперативного лікування, переконалися в тому, що арсенал консервативних методів лікування вичерпаний.

Основними показаннями до тотального ендопротезування :

- Деформуючий коксартроз 2-3 стадії (за класифікацією Косинської Н.С. 1961);
- диспластичний коксартроз 2-3 стадії;
- асептичний некроз та кистоподібна перебудова голівки стегнової кістки 3-5 фази (за класифікацією Косинської Н.С. 1961 );
- фіброзний анкілоз кульшового суглоба у хибній установці;
- ревматоїдний поліартрит II-III стадій з тяжким ураженням кульшових суглобів (за класифікацією Скляренко – Стецули, 1971);
- хвороба Бехтерева з пріоритетним ураженням кульшових суглобів;
- неспецифічні захворювання сполучної тканини з ураженням кульшових суглобів;
- несправжні суглоби та неконсолідовані переломи шийки стегнової кістки;
- переломи голівки стегнової кістки;
- переломи шийки стегнової кістки в осіб похилого віку;
- застарілі переломовивихи в кульшовому суглобі;
- застарілі переломи вертлюгової западини.

**Обговорення результатів.** Більше показань до тотального ендопротезування є у хворих з двобічним ураженням кульшових суглобів, захворюваннями суміжних суглобів. Крім того, тотальне ендопротезування може бути виконане хворим з початковими стадіями та фазами дегенеративно дистрофічних уражень при наявності різкого порушення функції суглоба та безперспективності інших методів лікування.

На початок 2015 року в м. Суми та Сумській області тотального ендопротезування кульшового суглобу потребує 310 осіб . Усі пацієнти віком від 30 до 75 років (з них жінки – 283(91%), чоловіків – 27 (9%)).

**Висновки.** Тотальне ендопротезування є одним з найбільш ефективних методів лікування пошкоджень та захворювань кульшового суглоба. На сьогоднішній день набув дуже широкого застосування в економічно розвинених країнах. Це пояснюється високою ефективністю даних оперативних втручань – хворі водночас позбавляються болю, накульгування, хибних установок та вкорочення кінцівки, відновлюють втрачені рухи в суглобі.

## УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО І КУЛЬШОВОГО СУГЛОБІВ

*Нагорна А.О.*

*Науковий керівник д-р мед. наук, проф. Шишук В.Д.*

*Сумський державний університет*

У 2008 році Україна відзначила 40-літній ювілей з того моменту, коли в 1968 році в Харківському науково-дослідному інституті ортопедії і травматології імені професора М.І.Ситенко були проведені професором К.М.Сивашем перші операції по тотальному заміщенню кульшового суглоба. Вони стали стартом для наступного впровадження ендопротезування в практику клінік Дніпропетровська, Запоріжжя й інших регіонів України.

При аналізі ортопедичних показань та протипоказань необхідно враховувати фактори, що можуть привести до післяопераційних ускладнень та видалення ендопротеза.

**Матеріали та методи.** У ортопедо-травматологічному відділенні СМКЛ №1 та СОКЛ у 2010-2014 рр. було прооперовано 200 пацієнтів з приводу деформуючих артрозів колінного та кульшового суглобів. Тотальне ендопротезування на колінному суглобі було виконано у 22 пацієнтів (серед них жінки – 19(86,3%); чоловіки – 3(13,7%)). Клінічна оцінка результатів після операції – 86% добре, 14% - задовільно. В одному випадку через 3,5 роки стався перелом надвиросткової ділянки стегна. У подальшому хвора лікувалася методом скелетного витяга з фіксацією гіпсовою пов'язкою. Через 3 місяці відбулося зрощення перелому.

Тотальне ендопротезування кульшового суглоба виконано у 177 пацієнтів з приводу захворювання та травм стегна. Серед них жінок -103(58,2%), чоловіків – 74(41,8%) у віці від 32 до 80 років. Клінічно оцінка результатів після операції 76% - добре, 24% - задовільно.

**Обговорення результатів.** У двох пацієнтів через рік після тотального безцементного ендопротезування кульшового суглобу виник перелом стегна на рівні верхньої середньої третини. Пацієнтам виконано ревізійне ендопротезування з метало остеосинтезом стегнової кістки.

У чотирьох пацієнтів виконано ревізійне ендопротезування з приводу нестабільності вертлюгового компоненту цементної фіксації. Проведена заміна чашки ендопротезу на безцементний. Клінічні результати після операції задовільні. У двох пацієнтів видалено конструкцію ендопротезу з приводу асептичного запалення через 1,5 – 2 роки після операції цементного ендопротезування. Хворі в задовільному стані були виписані за місцем проживання. Рекомендоване ревізійне протезування через рік після виписки.

Одній пацієнтці проведено ендопротезування ліктьового суглобу з приводу багатоуламкового перелому дистального мета епіфізу плеча. Результати лікування задовільні.

Низькоенергійна травма стегна може призводити до переломів великого вертлюга стегнової кістки. Крім цього під час хірургічного втручання інтенсивні обробка стегнової кістки рашпілем або введення ніжки ендопротезу в кістково - мозкову порожнину стегнової кістки можуть також призводити до переломів великого вертлюга. Переломи стегнової кістки на рівні середньої третини або дистальної частини ніжки ендопротезу зустрічаються рідко. Вони обумовлені, як правило, вторинним поширеним остеолізом, такі переломи виникають при низькоенергійній травмі – падіння з висоти росту людини.

Більшість переломів стегнової кістки після тотального ендопротезування колінного суглобу розміщується в надвиростковій області стегна і пов'язані з вираженим остеопорозом кісткової тканини. У області тібіального компонента, завдяки його конструкції і способу фіксації, рідко спостерігаються переломи великогомілкової кістки.

**Висновки.** Переломи стегнової і великогомілкової кісток при наявності ендопротезів кульшового і колінного суглобів спостерігаються переважно у пацієнтів літнього і старечого віку. Сприяють виникненню переломів постменопаузальний і сенильний первинний остеопороз, вторинний остеопороз (ревматоїдний поліартрит), а також остеоліз кісткової тканини навколо різних компонентів ендопротеза. Для профілактики цих ускладнень необхідно враховувати характер стабільності перелому кістки і ендопротезу, ступінь остеопорозу кісткової тканини, вік пацієнта.

## ЕФЕКТИВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДО- ТА МІОМЕТРІЯ

*Нікітіна І. М., М. Л. Кузьоменська, С.А. Сміян, Д. А. Прасол*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Гіперпластичні процеси ендо- і міометрія у жінок репродуктивного і пременопаузального віку в більшості випадків є клініко-морфологічними проявами несприятливого преморбідного фону, системних порушень організму жінки, що проявляється частим поєднанням їх з екстрагенітальною патологією (у кожній третій пацієнтки), запальними процесами геніталій (понад 70 % хворих), доброякісними захворюваннями яєчників та молочних залоз (до 40 % пацієнток), ендометріозом та супутнім безпліддям (до 18 % хворих).

**Мета дослідження:** покращення результатів лікування та якості життя жінок репродуктивного та пременопаузального віку з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія шляхом органозберігаючих лікувальних технологій.

В процесі наукового дослідження на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру обстежено 72 жінки віком 39-49 років (середній вік 42,1 роки). Пацієнтки з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія (52 хворих) склали основну групу. З цього числа у 25 хворих діагностовані гіперпластичні процеси ендометрія; у 15 пацієнток - аденоміоз; 12 пацієнток мали поєднані гіперпластичні процеси ендометрія і міометрія. Контрольну групу склали 20 жінок віком 39-49 років з відсутністю патології ендо- і міометрія. Ультрасонографію здійснювали в I та II фазу менструального циклу за допомогою сканерів з використанням трансабдомінального (3,5 МГц) і трансвагінального датчиків (5-7,0 МГц) з функцією кольорового доплерівського сканування та доплерометрії. Імуногістохімічні дослідження зразків ендометрія проводили за допомогою стандартних наборів антитіл фірми DAKO Cytomation (Denmark). Гістологічні дослідження виконували за стандартною методикою серійних зрізів на базі гістологічної лабораторії Сумського державного університету. Ендохірургічні втручання (гістерорезектоскопії, лапароскопії) виконували за типовою методикою. Статистичну обробку отриманих даних проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм.

**Результати.** Імуногістохімічне дослідження зразків ендометрія, взятих при гістерорезектоскопії та діагностичному вишкрібанні матки, у пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія виявило зменшення експресії прогестеронових рецепторів при збереженому або збільшеному рівні експресії естроген-рецепторів (ER). Рівні експресії прогестеронових рецепторів (PR) зі збільшенням віку хворих мали тенденцію до зменшення, на відміну від ER, що призводило до зменшення індексу PR/ER. При супутньому аденоміозі мали місце різноспрямовані коливання експресії ER і PR, збільшення рівня маркера проліферації Ki-67. При супутній інтрамуральній міомі матки спостерігали більшу частоту позитивної експресії як естрогенових, так і прогестеронових рецепторів в ендометріальних залозах і стромі. Були розроблені діагностично-лікувальні алгоритми ведення пацієнток з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія з урахуванням даних анамнезу, клінічної картини, супутніх захворювань, рівня експресії рецепторів стероїдних гормонів та маркера проліферації. Так, хворим з позитивною експресією ER і PR (1 група, n = 25) в комплексному лікуванні, після нормалізації мікробіоценозу піхви пропонували введення левоноргестрел-реалізуючої внутрішньоматкової системи. Пацієнткам зі зменшеною та різноспрямованою експресією рецепторів стероїдних гормонів та при тенденції до збільшення рівня маркера проліферації Ki-67 перевагу надавали хірургічному лікуванню — тотальній гістероскопічній резекції ендометрія (2 група, n = 15). Ефективність запропонованих лікувальних підходів оцінювали шляхом клінічного спостереження, оцінки стану менструальної функції, динамічного ультрасонографічного контролю, доплерометрії кровотоку в ендо- і міометрії, контрольних цитологічних і гістологічних досліджень. Стійкий лікувальний ефект у вигляді аменореї через 6 місяців мав місце у пацієнток 1 групи в 65,0 % випадках, гіпоменореї — у 33 % пацієнток, в 2 групі відповідно аменорея розвинулась у 71,2 %, гіпоменорея — 24,8 %, що

супроводжувалось зменшенням кровотоку в артеріях матки за даними доплерометрії, утворенням синехій в порожнині матки.

**Висновок.** Використання розроблених діагностично-лікувальних алгоритмів в залежності від рівнів експресії ER і PR, маркеру проліферації Ki-67 дозволяє покращити результати органозберігаючого лікування хворих з рецидивуючими гіперпластичними процесами ендометрія та супутній патології міометрія (невеликі інтрамуральні міоми матки, аденоміоз), є патогенетично виправданим і сприяє кращим віддаленим результатам лікування, що підвищує якість життя пацієнток

### ПРОФІЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ ШЛЯХОМ РАЦІОНАЛЬНОГО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВІЛ – ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

*Нікітіна І.М., к.мед.н., Ліповська В.В., к.б.н., Маренцева Л.В., к.мед.н., Савченко Б.М.  
Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології, кафедра гігієни з  
курсом мікробіології*

Протягом останніх років в Україні значно зросла кількість ВІЛ – інфікованих жінок репродуктивного віку, та, як наслідок, зросла кількість дітей, народжених ВІЛ – інфікованими матерями. З самого початку епідемії ВІЛ / СНІДу науковці всіх країн одним із пріоритетних питань ставили питання профілактики передачі ВІЛ від інфікованої матері до дитини. Серед механізмів інфікування дитини вірусом імунодефіциту людини 70 – 90 % припадає на перинатальне інфікування, в структурі якого на долю інтранатальної передачі вірусу приходить 60 – 65 % наряду із 23 – 27 % під час вагітності та 12 – 20 % під час грудного вигодовування. Важливим для зниження ризику інфікування в пологах є вибір способу розродження ВІЛ – інфікованої вагітної. Гемостатичний кесарський розтин, виконаний у плановому порядку до розриву плодових оболонок на фоні проведення антиретровірусної терапії знижує рівень трансмісії ВІЛ до 2 – 5,5 %, але його проведення після початку пологової діяльності та при порушенні цілісності плодового міхура або при вірусному навантаженні 1000 та менше вірусних копій в 1 мл, не впливає на рівень інфікування дитини. Схеми ведення пологів у ВІЛ – інфікованих роділь недосконалі, дотримання загальноприйнятих рекомендацій наряду із застосуванням антиретровірусних препаратів дозволяє знизити рівень материнсько – плодової трансмісії ВІЛ до 14 – 18 %.

**Мета дослідження:** зменшити перинатальну захворюваність та смертність шляхом покращення діагностики, моніторингу ефективності профілактики материнсько – плодової передачі ВІЛ та раціонального розродження ВІЛ – інфікованих жінок.

Дослідження проводились на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2010-2013 років. Для вирішення поставлених завдань комплексно обстежено 120 ВІЛ – інфікованих вагітних. Перебіг вагітності та пологів у ВІЛ – інфікованих жінок супроводжується високою частотою ускладнень, серед яких домінують: анемія вагітних – 57,5 %, загроза переривання вагітності – 30 % та передчасних пологів – 14,2 %, бактеріальний вагіноз – 28,3 %, плацентарна дисфункція – 25,8 %. Серед патологій пологів у роділь з ВІЛ має місце передчасний розрив навколоплідних оболонок у 51,7 % та аномалії пологової діяльності переважно у вигляді слабкості пологової діяльності – 24,2 %, що призводить до зростання безводного періоду, загальної тривалості пологів, збільшення часу контакту плода із кров'ю та пологовими шляхами матері, збільшення рівню травматизму під час пологів та, як наслідок, до значного підвищення ризику інфікування дитини під час пологів. Призначення антиретровірусної терапії з метою профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ проводилось відповідно існуючих нормативних документів. ВІЛ-інфікованим вагітним, котрі отримувала АРТ під час вагітності та вірусне навантаження у яких невідоме або >1000 копій/мл у третьому триместрі вагітності підлягали родорозрішенню шляхом елективного планового кесарського розтину з метою зниження вертикальної передачі ВІЛ на 37 - 38 тижнях вагітності без амніоцентезу за методикою М.Песарезі, при якому повністю виключається

контакт дитини з материнською кров'ю, оскільки розтин на матці прошивається гемостатичним швом до народження плода. на 38 тижні вагітності до початку пологів та вилиття навколоплідних вод. Антитретровірусні препарати приймають за 4 години до розродження. При розродженні шляхом гемостатичного кесаревого розтину разом із комбінованою АРТ, частота перинатальної трансмісії складає менше 2 %. Продовжували проведення АРТ під час пологів, проводився шкірний контакт дитини з матір'ю або батьком, призначалась АРТ новонародженому та штучне вигодовування.

**Висновок.** У результаті проведених досліджень розроблено алгоритм ведення вагітної з ВІЛ та схему ведення пологів у ВІЛ – інфікованих, що дозволяє знизити ризик інтранатального інфікування плода.

### ОЦІНКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

*Нарольська А.І., Горбань Н.С., Пономарьова А.І.  
науковий керівник – д.м.н. В.К. Кондратюк*

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,*

**Мета дослідження** – вивчити особливості мікробіоценозу геніталій у жінок з гіперпроліферативними захворюваннями матки та патологією ШМ.

**Матеріали і методи.** Обстежено 150 хворих, які були розділені на 4 групи: А – 40 хворих з лейоміомою та хронічним сальпінгітом (ХС); Б – 40 пацієток з аденоміозом та ХС; В – 40 обстежених з лейоміомою в поєднанні з аденоміозом та ХС; Г – 30 жінок з ХС. Контрольну групу становили 30 здорових жінок.

**Результати та їх обговорення.** У хворих А та Б груп встановлено значне зростання реєстрації гарднерел, дефіцит лактофлори, формування вірусно-бактеріальних асоціацій. У пацієток групи В виявлені найбільш виражені порушення мікроекології цервікального каналу: підвищення частоти і кількісних показників висівання потенційно-патогенної мікрофлори (стафілококи, стрептококи, ешерихії), елімінація або значний дефіцит лактобацил, підвищення частоти діагностики гарднерельозу, хламідіозу та вірусних інфекцій. У хворих групи Г зафіксована підвищена частота і кількісний рівень реєстрації грибів р.Candida в асоціації з грампозитивними коками, ентеробактеріями і вірусами. Результати бактеріологічних досліджень свідчать, що у хворих всіх груп з ураженням шийки матки формується патологічна полівірусна контамінація слизової оболонки вірусами (HPV, HSV, CMV) та збудниками інфекцій «нового покоління» (хламідії, мікоплазма, уреоплазма). Найвища частота таких асоціацій виявлена у пацієток поєднаними гіперпроліферативними захворюваннями матки (група В) – 32,5% та у обстежених з хронічним сальпінгітом – 30,0 %.

**Висновки** Таким чином, одержані дані дозволили виявити особливості структурних порушень мікроекології статевих шляхів у обстежених жінок всіх груп, що свідчить про необхідність застосування методів терапії, спрямованих на елімінацію інфекційних агентів та відновлення нормоценозу цервікального каналу шийки матки.

### ГПОТИРЕОЗ ЯК ОДНА ІЗ ПРИЧИН ЕНДОКРИННОГО БЕСПЛІДДЯ У ЖІНОК

*Новикова О.О., студ. 5 курсу  
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Бойко В.І.  
Сумський державний університет*

Частота безпліддя серед подружніх пар репродуктивного віку в Україні становить 10-15%, в окремих регіонах цей показник складає 20%. Тобто кожна 10-та пара є безплідною. У структурі безпліддя даними на 2014 рік, жіноче складає близько 79%. Таким чином серед 12,3 млн жінок репродуктивного віку, 1 млн-безплідні. Тому проблема набуває не лише медичного,

але і соціально-демографічного значення.

Ендокринне безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції, серед інших форм складає близько 35-40%. Одією з наймовірніших причин є дисфункція щитоподібної залози, що суттєво впливає на стан репродуктивної функції жінки. Гіпотиреоз призводить до порушень менструального циклу (оліго-, аменорея), невиношування вагітності, патології розвитку плода та новонародженого, безпліддя. Тісний взаємозв'язок між репродуктивною функцією і функцією ЩЗ необхідний для забезпечення адекватного фолікулогенезу, овуляції, запліднення, функції жовтого тіла і розвитку вагітності.

Метою роботи є дослідження тиреоїдного стану у жінок із безпліддям при гіпотиреозі, що проживають в ендемічному регіоні після корекції дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції.

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження проводилось у два етапи: ретроспективний аналіз медичної документації 50 жінок, які в подальшому підлягали проспективному дослідженню, в результаті якого було виявлено гіпотиреоз у 30 жінок. Вони були поділені на дві групи: 1 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, які після проведення стимуляції овуляції прегнілом не отримували замісної терапії (L-тироксин, йодбаланс); 2 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, яким застосовували гормонотерапію (L-тироксин 150 мкг/д, йодбаланс 200 МО 1р/д) після стимуляції овуляції прегнілом; 10 соматично здорових жінок з нормальною репродуктивною функцією- контрольна група.

Для оцінки тиреоїдного статусу із безпліддям визначали у сироватці крові рівні вільного трийодтироніну (fT<sub>3</sub>) і вільного тироксину (fT<sub>4</sub>), тиреотропного гормону (ТТГ), загального (Т<sub>3</sub>) і загального (Т<sub>4</sub>), а також додатково визначали рівні ЛГ та ФСГ.

При дослідженні тиреоїдного статусу у жінок рівень Т<sub>3</sub> при гіпотиреозі - 1,11±0,05 пмоль/л (контроль 2,77±0,06 нмоль/л); Т<sub>4</sub> - 49,1±1,18 нмоль/л, (контроль 109,78±1,08 нмоль/л); ТТГ - 4,8±0,08 мМО/л (контроль 2,63±0,03 мМО/л); fT<sub>4</sub> – 8,12 пмоль/л (контроль 18,77±0,3 пмоль/л), fT<sub>3</sub> - 5,67±0,06 пмоль/л (контроль 7,63±0,03). ЛГ, ФСГ (фолікулярна фаза)-3,5±1,7 мЕД/л та 1,7±0,9 мЕД/л відповідно.

У жінок із безпліддям при дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції та замісної терапії в лікувальних програмах спостерігається зниження рівня ТТГ до 2,63±0,03 мМО/л, Т<sub>3</sub> становив 2,82±0,06 пмоль/л, нормалізація рівня Т<sub>4</sub> (109,7±0,07 нмоль/л).

Ефективність даного комплексу діагностичних та лікувальних заходів у жінок із безпліддям та дисфункцією щитоподібної залози сприяла нормалізації її функції, що обумовило підвищення частоти настання овуляції в природному циклі в лікувальних програмах контрольованої індукції овуляції та допоміжних репродуктивних технологій, а також настання вагітності у 80 % жінок при гіпотиреозі, що більше в 6 разів, порівняно з жінками, які не застосовували даний лікувальний комплекс.

## **ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНИЙ СПЛЕНОЗ, ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ХВОРОБИ ВЕРЛЬГОФА.**

*Олексич Т.В., Ульянич В.В. - лікарі СОКЛ*

*Смородська О.М. студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – к.м.н., доц. Шевченко В. П.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії,*

*Сумська обласна клінічна лікарня*

Спленектомія (СЕ) у хворих на хворобу Верльгофа (ХВ), виконується у випадку неефективності консервативного лікування цього тяжкого захворювання. Не зважаючи на високий ризик оперативного втручання, пов'язаний з притаманним для цього захворювання порушеннями в системі згортання крові, СЕ продовжує активно використовуватися, так як є найбільш ефективним методом лікування ХВ. Це пояснюється тим, що оперативним шляхом

радикально видаляється джерело патологічного кілінга тромбоцитів. На жаль у частини хворих після СЕ спостерігається рецидування захворювання. Існує припущення, що це зумовлено розвитком спленозу в результаті травматизації пульпи селезінки під час оперативного втручання та її диссимінації по черевній порожнині, а регенерована селезіночна тканина набуває всіх патологічних властивостей видаленої селезінки.

**Мета:** Вивчити частоту рецидування ХВ у хворих після спленектомії та визначити роль постспленектомічного спленозу у його розвитку.

**Матеріали та методи.** За період 1990–2015 роки в хірургічному відділенні СОКЛ з приводу гематологічних захворювань виконано 56 СЕ, серед них у хворих з ХВ – 25 (44,6%). Жінок було - 18 (72 %), чоловіків – 7 (28 %). Співвідношення ж/ч 3:1. Вік хворих коливається у межах 16 – 62 років. У хворих використовувалася традиційна СЕ лапаротомним доступом. Клініко-лабораторне і інструментальне обстеження включало загальноклінічні методи (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограму, рентгенографію органів грудної клітки, ЕКГ), специфічні дослідження формених елементів крові (ретикулоцитограма, тромбоцитограма, визначення осмотичної резистентності еритроцитів, визначення дефектних еритроцитів з тільцями Howell-Jolly), дослідження клітинного складу кісткового мозку, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

**Результати.** Рецидив захворювання після СЕ спостерігався у 9 (36 %) прооперованих хворих, з приводу чого вони були повторно госпіталізовані для консервативного лікування. Ділянки ектопічної селезінкової тканини розмірами від 1,5 до 4см у великому сальнику, у лівому підребер'ї чи над лівою ниркою діагностовані за допомогою ультрасоноскопії у 6 (66,7%) із них. Підтвердженням функціонуючої селезіночної тканини у цих хворих була відсутність дефектних еритроцитів з тільцями Howell-Jolly у периферійній крові.

**Висновки.** Спленектомія є ефективним методом лікування хвороби Верльгофа, стійка ремісія після неї досягнута у 74% хворих. У більшості (66,7%) прооперованих хворих рецидування захворювання зумовлено розвитком післяспленектомічного спленозу.

## ПОРІВНЯЛЬНА ТАКТИКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ ЙОГО УСКЛАДНЕННІ – РЕАКТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ.

*Олісеєнко Д.В., магістрант, Антоненко О.М., магістрант, Шевченко О.О., лікар-інтерн, Чубун Д.В., лікар-хірург*

*Науковий керівник – д.мед.н., проф., Леонов В.В.*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

**Актуальність:** Реактивний плеврит є одним з ускладнень гострого панкреатиту, тому раціональна антибіотикотерапія дає змогу зменшити його прояви, внаслідок ліквідування основного захворювання.

**Мета роботи:** Визначення ефективності антибіотикотерапії щодо перебігу ускладнення гострого панкреатиту – реактивного плевриту.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз ефективності антибіотикотерапії у 20 хворих з гострим панкреатитом, у яких виникло ускладнення в вигляді реактивного плевриту за період з 01.08.2014 по 28.02.2015 у хірургічному відділенні КУСМКЛ № 1.

**Результати:** 15 хворим з гострим панкреатитом проводилась антибіотикопрофілактика препаратом «бліцеф» (цефтріаксон), у дозі 1,0 2 рази на добу, до 7 днів, до нормалізації рівня лейкоцитів крові. Паралельно проводились плевральні пункції. На 3 день застосування антибіотику кількість плеврального ексудату зменшилась у всіх 15 хворих. У 3 хворих виникло тяжке ускладнення – панкреонекроз, тому було необхідне застосування антибіотиків з більшим спектром антимікробної дії – у всіх 3 випадках застосовувався «позінег» (цефепім), в дозі 1,0 2 рази на добу до 10 днів, також «оргіл» (орнідазол), у дозі 100 мл в/в крапельно 2 рази на добу, враховуючи важкість перебігу захворювання. У всіх хворих з асептичним панкреонекрозом також виник ексудативний

реактивний плеврит, всім проводились щоденні плевральні пункції. У 2 хворих при першій пункції рівень ексудату становив 400 та 450 мл відповідно, ще у одного хворого 350 мл ексудату. Після комплексної терапії із застосуванням антибіотикотерапії кожна наступна пункція давала більш позитивні результати з меншою кількістю плеврального ексудату, також спостерігалось покращення всіх лабораторних та клінічних показників. У всіх 3 випадках захворювання завершилось формуванням постнекротичної псевдокісти та повним ліквідуванням явищ плевральної ексудації. У 3 хворих антибіотикотерапія не проводилась через легкий перебіг захворювання та згідно стандартам надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота.

**Висновки:** Вчасна та правильно проведена антибіотикотерапія та антибіотикопротекція дає змогу ліквідувати всі явища такого важкого захворювання як гострий панкреатит, та одного з його ускладнень – реактивного плевриту. Але, всі ці дії повинні проводитись разом з повноцінною терапією, яка включає весь спектр лікування гострого панкреатиту – антисекреторна терапія, спазмолітики, застосування інгібіторів протеаз, аналгетичні засоби, інфузійна терапія, постановка перидурального катетеру, плевральні пункції.

### РЕАКТИВНІ ПЛЕВРИТИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ: БІОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ЕКСУДАТУ

*Олісеєнко Д.В., магістрант, Антоненко О.М., магістрант, Шевченко О.О., лікар-інтерн, Чубун Д.В., лікар-хірург*

*Науковий керівник – д.мед.н., проф., Леонов В.В.*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

**Актуальність:** Одним з ускладнень при гострому панкреатиті є виникнення реактивного плевриту, при якому в плевральній порожнині секретується надмірна кількість плевральної рідини, тому лабораторне дослідження якісного складу рідини є вкрай важливим прогностичним фактором.

**Мета роботи:** Визначення біохімічних складових у плевральній рідині та їх значення при прогнозуванні тяжкості перебігу основного захворювання – гострого панкреатиту.

**Матеріали та методи:** Досліджувався плевральний ексудат, отриманий при плевральній пункції у 12 хворих. Пункції проводились з 01.12.14 до 20.02.15. Досліджувались наступні показники – рівень глюкози, загального білка, діастази, рН. У всіх хворих досліджувалась рідина, отримана при першій пункції, саме ці дані будуть наведені.

**Результати:** Всім 12 хворим з реактивним плевритом проводилась плевральна пункція відразу ж після постановки діагнозу – реактивний плеврит. Кількість ексудату, який отримали, була різною – від 35 мл до 400 мл максимум. Рідина відразу набиралась в стерильні пробірки та досліджувалась у лабораторії КУСМКЛ №1. Результати: рівень діастази: у 5 хворих становив 1024 од, у 3 хворих 512 од, у 2 хворих 128 од, та ще у 2 – 8192; рівень глюкози – у всіх хворих варіював у межах – 3,2-3,6 ммоль/л; рівень білка- у всіх випадках більше 30 г/л, що підтверджувало ексудативний характер випоту; рівень рН – у 4 хворих рівень рН склав – 6,9, що вказує на інфекційну етіологію, у всіх інших від 7,1 до 7,3. Була виявлена кореляція, що у хворих з високим рівнем діастази (2 хворих) та з низьким рівнем рН (4 хворих) захворювання перебігало більш важко та з більшим періодом одужування, у одного хворого виник асептичний панкреонекроз, йому було виконане оперативне втручання – лапаротомія, дренажування сальникової сумки, санація та дренажування черевної порожнини, також було виконано дренажування плевральної порожнини за Бюлау.

**Висновки:** Дослідження плеврального ексудату, а саме визначення рівню діастази та рН дає змогу прогнозувати тяжкість перебігу основного захворювання – гострого панкреатиту, визначитись з тактикою лікування та своєчасністю її надання.



## РАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА СПАЙКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК

*Пак В.Я., Пак С.Я., Юрченко Ю.В.*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ*

Виконано ретроспективне дослідження «випадок-контроль» результатів лікування 72 хворих на ранню післяопераційну спайкову непрохідність кишок (РПСНК), усім їм у різні терміни післяопераційного періоду проведено релапаротомію. В 36(50.0%) хворих перші симптоми з'явилися на 3-6 день, у 14(19.4%) – на 7-10 день, а в 12(16,7%) – на 11-12 день після операції. Релапаротомія в 32(44,5%) пацієнтів виконана на 3-6 день, у 18(25,0%) – на 7-10 день, а в 14(19,4%) – на 11 и 12 день від початку захворювання. Встановлено, що дане захворювання більш притаманне особам чоловічої статі – 52(72,2%), з 0(I) групою крові – 32(44,4%), працездатного віку – 21-50 лет - 52(72,2%).

Звертає на себе увагу та обставина, що для РПСНК характерна сезонність. Захворювання частіше виникало весною 30(41,7%) і восени – 22(30,6%), що в сумі склало 52(72,2%) пацієнти. РПСНК була наслідком операцій з приводу апендициту в 26(36,1%) хворих, переважно деструктивних форм – 69,2%, спайкової кишкової непрохідності – 28(38,9%), перфоративної виразки 12-п. кишки – 12(16,7%), кесаревого розтину – 5(6,9%), над півкової ампутації матки – 1(1,4%). Всі операції закінчувалися дренажуванням черевної порожнини. В 66(91,7%) дренажі були заведені в таз, где під час релапаротомії у 100% випадків відзначали виражений спайковий процес. У 70(97,2%) хворих був присутній ексудат: серозно-геморагічний – у 26(37,1%), гнійний – у 20(28,6%), серозний – у 16(22,8%), серозно-фібринозний – у 8(11,4%). У 22(30,6%) пацієнтів був знайдений абсцес черевної порожнини, що локалізувався у 81,8% випадків між петлями тонкої та сигмовидної кишки. Дифузний перитоніт діагностовано в 30(41,7%) хворих, у 8(11,1%) – перфорація тонкої кишки, що, ймовірно, було наслідком десерозації під час попередніх операцій.

Оцінюючи результати лабораторних обстежень встановлено, що в період від попередньої операції до релапаротомії гіпопротеїнемія була в 29,1%, анемія та лейкоцитоз – у 62,9% випадків. Після релапаротомії лабораторні показники погіршилися: рівень загального білка крові знизився у 50,0% хворих, анемію спостерігали у 86,1%, а лейкоцитоз у 69,4% пацієнтів. Слід зазначити, що в 62(86,1%) – констатовано зсув лейкоцитарної формули вліво.

В 70(97,2%) пацієнтів релапаротомія закінчувалася інтубацією тонкої кишки з метою декомпресії та «шинування». Післяопераційний період у 10(13,5%) ускладнився пневмонією, в 20(27,8%) – нагноєнням післяопераційної рани. Ліжко-день після релапаротомії склав 19,5, а загальний – 26,9.

Отримані результати дають лише загальну уяву про РПСНК, але дозволяють зробити висновки про те, що це захворювання призводить до глибоких порушень гомеостазу на фоні виснаження захисних сил організму. Виникають пневмонії, причиною яких є застій і аспірація внаслідок тривалого ліжкового режиму і трансназальної інтубації тонкої кишки. Гнійно-запальні процеси у післяопераційній рані та черевній порожнині виникають внаслідок порушень гомеостазу і склеювання петель кишечника.

Рання діагностика РПСНК і своєчасна релапаротомія є передумовою успішного лікування хворих.

## ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

*Павленко А.Ю., студентка 6 курсу*

*Науковий керівник – д.м.н., проф. Потапов О.О.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Черепно-мозкова травма і її наслідки за останні 10 років складають більше половини пацієнтів нейрохірургічних відділень України. Частота черепно-мозкової травми (ЧМТ) в різних країнах коливається від 2 до 4,5 на 1000 населення, а смертність - від 8 до 11-12 на 100

000 населення. Частота гострої ЧМТ в різних регіонах України коливається від 2,3 до 6,0 ‰, складаючи в середньому 4-4,2 ‰, тобто близько 200 тис. осіб на рік. Техногенний розвиток цивілізації сприяє не тільки збільшенню кількості постраждалих з важкою і поєднаною ЧМТ, але й ускладненню самої травми. В останні роки особливо швидко збільшується транспортний травматизм, більшу частину якого становить важка черепно-мозкова травма. Останнім часом з розвитком анестезіології та реаніматології, уточненням патогенетичних механізмів утворення травматичних внутрішньочерепних гематом, вивченням їх клініки та діагностики, вдосконаленням способів хірургічного лікування та інтенсивної терапії вдалося значно поліпшити результати лікування даної категорії хворих. Однак, летальність серед хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою залишається ще високою і досягає за даними багатьох авторів 60-80%, а інвалідність і зниження працездатності - до 66 ‰. Вдосконалення хірургічних аспектів лікування повинно здійснюватися з одночасною розробкою і впровадженням консервативної терапії, спрямованої на попередження незворотного ураження мозку.

Ціль: визначення тактики лікування пацієнтів з ЧМТ. Розробка системи комплексного лікування.

Задачі дослідження:

- вивчити клініку і вдосконалити діагностику ЧМТ
- уточнити показання та протипоказання до хірургічного лікування, терміни і обсяг його проведення в залежності від рівня переважання ураження різних відділів стовбура мозку
- удосконалити способи хірургічного лікування множинних вогнищ розтрощення мозку
- показати ефективність комплексного лікування з використанням церебраліну і кокарнітину в післяопераційному періоді
- вивчити віддалені результати комплексного лікування ЧМТ.

Всього було досліджено 50 хворих із важкою ЧМТ (42 – чоловіки, 8 – жінки). Всі хворі були піддані клініко-неврологічному дослідженню при надходженні, за показаннями КТ, МРТ і вони оперовані протягом 72 годин з моменту отримання травми. Неврологічне дослідження включало в себе оцінку ступеня порушення свідомості хворих за шкалою ком Глазго (ШКГ), стану і розміру зіниць, наявності або відсутності стовбурових рефлексів. Анатомічне розташування і обсяг субдуральної травматичної гематоми верифіковані за допомогою КТ / МРТ головного мозку та інтраопераційних даних. Показанням до оперативного лікування була наявність гострої СДГ, що викликає наростаючу компресію головного мозку. Єдиним протипоказанням до проведення оперативного втручання вважали тільки наявність агонального стану постраждалих. З 50 спостережуваних пацієнтів прооперовані всі.

КТ дослідження було виконано 9 пацієнтам, при цьому була відзначена певна залежність формування СДГ від місця прикладеної травмуючої сили.

МРТ дослідження головного мозку було проведено у 14 хворих. МРТ головного мозку є найбільш надійним поліпроекційним методом неінвазивного розпізнавання СДГ незалежно від їх розташування, об'єму та характеру вмісту.

Накладення діагностичного фрезьового отвору застосовувалося у 4 хворих з гострими СДГ. Основним показанням до застосування пошукових фрезьових отворів став важкий стан хворого, необхідність термінового оперативного втручання. При виявленні гематоми виконувалась операція - видалення крововиливу різними методами.

Консервативне лікування хворих з тяжкими черепно-мозковими травмами включало в себе суворий ліжковий режим, обмеження рідини, що вводиться до 1,5 літрів на добу, прийом проносних засобів, дегідратаційну терапію (фуросемід, лазикс, манітол і т.д.), Таке лікування проводилося протягом 2-3 тижнів. З групи нейропептидів з доведеними нейропротекторними властивостями використовувався церебралізін.

Церебралізін - гідролізат білкової витяжки з головного мозку молодих свиней, містить 85% амінокислот і 15% пептидів. Низька молекулярна маса пептидів церебралізіна дає йому можливість легко проходити через гематоенцефалічний бар'єр і включатися в метаболізм нейронів. В даний час виділяють три основних компоненти нейропротективного дії

церебролізину: метаболічна регуляція, нейромодуляція і нейротрофічний ефект. Метаболічна регуляція полягає в підвищенні ефективності аеробного енергетичного метаболізму головного мозку, поліпшенні біосинтезу білка в нейронах, нормалізації функцій іонних насосів, зниженні рівня лактату. Завдяки цьому попереджається утворення вільних радикалів, знижується концентрація продуктів перокисного окислення ліпідів. Це запобігає загибелі нейронів внаслідок гіпоксії та ішемії. Нейротрофічна дія церебролізину багато в чому подібна до механізму дії фактора росту нервів. Він підтримує життєдіяльність нейронів, гальмує їх деструкцію.

Церебролізін також стимулює диференціювання нервових клітин. Є дані про здатність церебролізину збільшувати число клітин-попередників нейронів (стовбурових 23 клітин) в корі головного мозку. Нейротрофічна дія церебролізину має важливе значення в попередженні апоптозу. Нейромодуляторна дія церебролізину полягає в поліпшенні функціональної взаємодії нейронів і гліальних структур, метаболізму нейротрансмітерів, що обумовлює поліпшення синаптичної передачі і синаптичної пластичності. Дія церебролізину реалізується на рівні генів, що регулюють обмінні процеси.

Церебролізін ефективний як при гострій черепно-мозковій травмі, так і в лікуванні наслідків травми мозку, що було продемонстровано в клінічних спостереженнях. У хворих з черепно-мозковою травмою доведено необхідність найбільш раннього призначення препарату (з перших годин і доби захворювання), що дозволяє віднести його до первинних нейропротекторів. Рекомендоване введення церебролізину в дозі від 10 до 50 мл внутрішньовенно крапельно на 100-250 мл фізіологічного розчину протягом 60-90 хвилин. Тривалість курсу внутрішньовенних ін'єкцій - до 3-4 тижнів.

Іншим ефективним препаратом у лікуванні хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою є кокарнітин компанії "World Medicine". Кокарніт являє собою раціонально підібраний комплекс метаболічних речовин і вітамінів. Нікотинамід одна з форм вітаміну РР, бере участь в окисно-відновних процесах в клітині, покращує вуглеводний і азотний обмін, нормалізує ліпідний обмін. Кокарбоксилаза кофермент, що утворюється в організмі з тіаміну (вітаміну В1), який надходить ззовні. Ціанокобаламін (вітамін В12) в організмі перетворюється на активну форму кобамід, що володіє високою біологічною активністю. Активує обмін вуглеводів і ліпідів. Підвищує здатність тканин до регенерації. У хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою Кокарніт нами використовувався у вигляді внутрішньом'язових ін'єкцій по 2,0 мл щодня протягом 10-14 діб. Побічні дії при призначенні кокарнітину не відзначена.

Проведене клінічне дослідження показало, що при важкій черепно-мозковій травмі на перший план у лікуванні виходить вчасно проведене оперативне втручання з наступним комплексом медикаментозної терапії з використанням ефективних сучасних лікарських засобів.

## ВИБІР МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

*Плахтир С.А. Томенко А.М.<sup>1)</sup>*

*Науковий керівник – Шишук В.Д.*

*Сумський державний університет*

*кафедра ортопедії та травматології*

*<sup>1)</sup>Травматологічне відділення КУ СМКЛ№1*

Лікування переломів ділянки гомілковостопного суглоба є актуальною проблемою травматології, що обумовлено тяжкістю травми, можливими наслідками і достатньою частотою виникнення. Кількість травм даної локалізації збільшується, й у значній кількості випадків вони зустрічаються в осіб працездатного віку. Одними з найбільш тяжких травм гомілковостопного суглоба є переломи кісточок типу В і С (за класифікацієюАО), коли відбувається пошкодження елементів між гомілкового синдесмозу.

Частка цих пошкоджень у структурі всіх пошкоджень гомілковостопного суглоба становить від 10 до 31,3 %. Вони є одними з основних причин інвалідизуючих і несприятливих результатів лікування пошкоджень ділянки гомілковостопного суглоба. Незважаючи на велику кількість існуючих способів консервативного і хірургічного лікування цих пошкоджень, частка незадовільних результатів, за даними різних авторів, від 5 до 30%, при цьому інвалідність досягає 24-28%.

Нами були проаналізовані результати лікування 21 пацієнта з переломами кісточок із пошкодженням між гомілкового синдесмозу, які проходили лікування в ортопедо-травматологічному відділенні КУ СМКЛ №1.

**Мета роботи:** аналіз оперативних втручань залежно від складності перелому та визначення обсягу допомоги в амбулаторно-поліклінічній службі травмпункту та відділенні стаціонару.

**Матеріали та методи:** під час аналізу використовувалися амбулаторні картки, історії хвороб, рентгенограми виконані на різних етапах лікування.

До I групи відносяться 8 хворих з ізольованими неускладненими переломами кісточок.

До II групи відносяться 6 хворих з переломами кісточок та звихом стопи з розривом дистального між гомілкового синдесмозу.

До III групи відносяться 7 хворих з ускладненими переломами кісточок, після травматичними пухирями та після травматичними нейропатіями.

В якості фіксаторів при остеосинтезі переломів кісточок гомілковостопного суглоба використовували: гвинти, шпичі, накісткові пластини. Вибір методу лікування в окремому випадку був індивідуальним, базувався на стабільності перелому, наявності зміщення.

Середній термін зрощення з неускладненими переломами до 3 місяців, з ускладненими 4-5 місяців. Післяопераційний період протікав без ускладнень в усіх випадках.

**Висновок.** При вивченні даної патології, найбільш доцільним для пацієнтів I групи є лікування в амбулаторно-поліклінічній структурі, а пацієнтам II та III груп в більшості випадків показано лікування у травматологічному відділенні стаціонару.

## ЗАСТОСУВАННЯ ФАКТОРІВ РОСТУ В ЛІКУВАННІ ОБШИРНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК.

*Попадинець В.М., аспірант*

*Науковий керівник – професор, д.мед.н., Дужий І.Д.*

*Сумський державний університет, Медичний інститут*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії*

Лікування венозних трофічних виразок (ТВ) нижніх кінцівок – актуальна проблема сучасної хірургії. На хронічну венозну недостатність (ХВН) нижніх кінцівок страждає 25-30% жінок і 10-20% чоловіків. У 40-90% ХВН ускладнюється трофічними виразками (Е. М. Липницький, 2001; Х. Куз, 2005). За статистичними даними ТВ призводять до інвалідності і непрацездатності частіше, ніж туберкульоз, ревматизм і транспортний травматизм разом узяті (А. Г. Евдокимов, 2001). За висловом цього автора, хворі «змушені більше служити своїм ногам, ніж ноги їм».

**Метою наших досліджень** була розробка та удосконалення способів лікування поширених трофічних виразок нижніх кінцівок.

**Матеріали і методи дослідження.** В 2014 році на базі опікового відділення КЗ «Сумська обласна клінічна лікарня» проведено лікування 5 хворих з поширеними трофічними виразками за допомогою аутоплазми збагаченої тромбоцитами (АПЗТ). Групу контролю склали 10 пацієнтів які мали такий же вік і такі ж трофічні виразки. Вони отримували стандартне лікування згідно клінічних протоколів.

У 1 пацієнта язви виникли внаслідок первинного варикозного розширення вен нижньої кінцівки, у 4 - внаслідок посттромбофлебітичного синдрому. Жінок було двоє, чоловіків – 3. Середній вік склав 74,6 роки.

Усім хворим основної групи для лікування використовувалась плазма збагачена тромбоцитами, яку отримували шляхом двохетапного центрифугування при 1000 об/хв. та 1500 об/хв. АПЗТ активували розчином 10% CaCl і після некректомії виразки вводили підшкірно у краї рани по розробленій нами методиці. АПЗТ вводили двохкратно, з інтервалом 10 днів. Ін'єкції проводили стерильним шприцем підшкірно у краї виразки, відступивши від краю приблизно 1 см.

**Результати дослідження.** У основній групі у 2 (33%) хворих з площею виразки до 10 см<sup>2</sup> вдалось домогтись повного заживлення виразки в середньому на 20 добу, тоді як у контрольній – на 35 добу.

Середній термін епітелізації трофічних виразок в основній групі склав 26,5 суток, а у контрольній – 87,7 суток.

Таким чином, використання плазми збагаченої тромбоцитами сприяє швидшому заживленню обширних трофічних виразок нижніх кінцівок і скороченню середнього ліжкодня, що має велике значення у лікуванні пацієнтів даної групи.

## ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ВІД ТЯЖКОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

*Попович Ю.А., Шевченко О.С – студ.*

*Науковий керівник – к.м.н., доц. Шевченко В.П*

*СумДУ, Медичний інститут,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Зв'язок між тяжкою ЧМТ і гострими стресовими гастроінтестинальними виразками (ГСГІВ) добре відомий. Ще в 1932 році американський нейрохірург Harvey Cushing повідомив про високу частоту гастроінтестинальних ерозій, виразок і перфорацій у пацієнтів після операції з приводу пухлин головного мозку. Гострі поверхневі і множинні ураження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, що виникають у постраждалих з тяжкою краніальною травмою, стали епонімом імені Кушінга. За даними літератури вони спостерігаються у 30-70% постраждалих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і характеризуються схильністю до кровотеч і перфорацій. Виникненні виразкових кровотеч належить до життєво небезпечних ускладнень краніальної травми і супроводжується високою летальністю постраждалих. Можливо уявити, що частота розвитку ГСГІВ корелює з тяжкістю черепно-мозкової травми.

**Мета роботи:** Вивчити вплив тяжкості черепно-мозкової травми на частоту розвитку виразок Cushing –а, ускладнених кровотечею.

**Матеріали і методи:** Ретроспективно проаналізовані історії хвороб 571 постраждалих з ЧМТ різного ступеня тяжкості, які лікувалися в нейрохірургічному відділенні СОКЛ протягом 2014 року. Чоловіків було – 370 (64,8%), жінок – 201 (35,2), середній вік склав 42,3 ± 3,6 років. Ступінь тяжкості ЧМТ характеризували за коматозною шкалою Глазго (CGS). В алгоритм обстеження крім лабораторних досліджень включали: краніографію, ехоенцефалоскопію, КТ головного мозку, фіброгастроуденоскопію.

**Результати:** Серед госпіталізованих струс мозку діагностовано у 340 (59,5 %) хворих, забій головного мозку у 165 (28,8%), внутрішньочерепну гематому у 67 (11,7%) хворих. За тяжкістю ЧМТ за CGS постраждали розподілені наступним чином: у 164 (12,7%) – 13-15 балів, у 176 (30,8%) – 9-12 балів, у 190 (33,3%) – 6-8 балів, у 54 (9,5%) – 3-5 балів. Прооперовані 67 (11,7%) хворих з внутрішньочерепною гематомою. Шлункові кровотечі із ГСГІВ спостерігалися у 12 (2,1%) постраждалих з краніальною травмою без врахування її тяжкості. Аналізуючи частоту ГСГІВ залежно від тяжкості ЧМТ визначено: при 3-5 балів за CGS виразкові гастроінтестинальні кровотечі спостерігалися у 5 (9,25%) постраждалих, при 6-8 балів за CGS - у 5 (2,6%), при 9-12 балів за CGS - у 2 (1,2%) травмованих. Померли 9 хворих із ЧМТ. Загальна летальність склала 1,2%. Серед постраждалих із ГСГІВ, ускладнених кровотечею померли 2 (16,6%) хворих

**Висновок:** Частота розвитку гострих стресових гастроінтестинальних виразкових кровотеч корелює з тяжкістю краніальної травми у постраждалих і характеризується високою (16,6%) летальністю у них.

### **ЗМІНИ РІВНЯ ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ ПЛАЗМИ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД -675 4G/5G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PAI-1 У ХВОРИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ**

*Потапов О.О., Кмита О.П.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – одна з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Посттравматичні порушення гемостазу, особливо в гострому періоді перебігу тяжкої ЧМТ, асоціюються з високим рівнем летальності, а відповідно залишаються проблемою, яка потребує більш глибокого дослідження та вивчення з розробкою індивідуальних алгоритмів ведення пацієнта спрямованих на контроль і нормалізацію показників гемостазу.

Метою нашого дослідження було вивчення зв'язку між рівнем інгібітора активатора плазміногену 1 типу (PAI-1) плазми крові з -675 4G/5G поліморфізмом гена PAI-1 у хворих із ЧМТ у динаміці лікування.

Дослідження засноване на обстеженні 200 хворих із ЧМТ, які перебували на лікуванні в нейрохірургічному відділенні «Сумської обласної клінічної лікарні» в 2010-2014 роках. У всіх хворих була ізольована ЧМТ. Усі пацієнти отримували стандартизоване лікування, згідно з протоколами і рекомендаціям.

Для вирішення поставлених завдань дослідження всіх хворих із ЧМТ було розділено на дві групи відповідно оцінки стану за шкалою ком Глазго. І групу (81 хворий – 40,5 %) склали постраждалі з легкою ЧМТ; II – 119 (59,5 %) хворих із тяжкою ЧМТ.

Під час дослідження виявлено підвищені рівні PAI-1 плазми крові у хворих із тяжкою ЧМТ порівняно з легкою ЧМТ. У динаміці дослідження рівні PAI-1 вірогідно були нижчими у пацієнтів із генотипом 5G/5G, а високі рівні PAI-1 плазми крові були пов'язані з наявністю 4G/4G і 4G/5G генотипів за -675 4G/5G поліморфізмом гена PAI-1.

### **КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА КАРТИНА ЗМІН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗАЛЕЖНО ВІД -675 4G/5G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ У ХВОРИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ**

*Потапов О.О., Кмита О.П.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Вторинні зміни тканин головного мозку, які виникають у ранньому посттравматичному періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ) залишаються основною причиною смерті у хворих із тяжкою ЧМТ.

Метою нашого дослідження став аналіз змін головного мозку в динаміці лікування у хворих із тяжкою ЧМТ за допомогою вивчення зв'язку між результатами комп'ютерно-томографічного (КТ) дослідження і -675 4G/5G поліморфізмом гена інгібітора активатора плазміногену 1 типу (PAI-1).

Було обстежено 119 пацієнтів із тяжкою ЧМТ. Порівнювали динамічні КТ зміни тканин головного мозку у хворих із генотипами за -675 4G/5G поліморфізмом гена PAI-1. Статистичну обробку результатів проведено за допомогою програми SPSS-17.

Ми виявили зв'язок між посттравматичними КТ змінами головного мозку у хворих із тяжкою ЧМТ і генотипами за -675 4G/5G поліморфізмом гена PAI-1, а саме більш виражену і прискорену інволюцію вогнищ уражень у пацієнтів із 5G/5G генотипом; більш швидке

відновлення у пацієнтів із 4G/4G генотипом; схильність до розвитку вторинних ускладнень, еволюцію патологічних уражень мозку з вторинною ішемією у хворих із 4G/5G генотипом за поліморфізмом, що досліджувався.

Отримані результати підтвердили наявність зв'язку між генотипами за -675 4G/5G поліморфізмом гена PAI-1, розвитком вторинних ішемічних ускладнень, еволюцією уражень мозку у хворих із тяжкою ЧМТ.

## ГЛИБОКА РЕНТГЕНОТЕРАПІЯ КІСТКОВОГО ПАНАРИЦІО

*Рябокоть О.А Карпенко Б.М.*

*Науковий керівник доцент, к.м.н. Бугайов В.І.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Нами проаналізовано досвід застосування глибокої рентгенотерапії у комплексному лікуванні 58 хворих на кістковий панарицій. Група порівняння складала 45 чоловік. Обидві групи були співставлені по статі та віку. Хірургічне втручання і антибактеріальна терапія в обох групах проводилась по загальній методиці.

В основній групі у комплекс лікування включалась ортовальна рентгенотерапія при напрузі генерації 150-200 kV, ШПО 1,5мм міді, РУП 15 см. Опромінення проводили ритмічністю 2 фракції на тиждень з одноразовою дозою 0,25-0,35 Гр. Сумарна доза складала 2-3 Гр. в залежності від клінічних проявів. Опромінення виконувалось на вітчизняній установці РУМ – 17.

Добрі та відмінні результати в основній групі отримані у 83% хворих (група порівняння – 58%) Вже після 6-8 сеансів спостерігались чіткі рентгенологічні ознаки кісткової регенерації. Бактеріологічний контроль показав підвищення чутливості патогенної мікрофлори на фоні променевої терапії до антибіотиків. Термін непрацездатності скоротився у 1,6 разів. Сторонніх ефектів при застосуванні даної методики не спостерігалось.

Таким чином, застосування променевих методів у комплексному лікуванні кісткового панарицію є раціональним, особливо у хворих з розповсюдженою антибіотикорезистентністю.

## ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЄЮ

*Сахненко А.І., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – Калашник Н.В., к.мед.н., асистент,*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Актуальність роботи зумовлена проблемою безплідного шлюбу, що є вагомим в наші дні. Останнім часом подружні пари все частіше скаржаться на неможливість завагітніти, проблема не втрачає своєї актуальності. За статистикою на безпліддя скаржаться близько 30% пар, з яких 36% мають ендокринну проблему - вагітність не настає у зв'язку з відсутністю нормальної овуляції. При скринінговому обстеженні пацієнток, що звернулися з приводу безпліддя, гіперпролактинемія (ГП) виявляється у 18,9% випадків, а при ендокринних порушеннях менструального циклу і ендокринній безплідності - в 40%.

Метою дослідження було проаналізувати використання різних методик лікування гіперпролактинових станів. Порівняти ефективність препаратів та інтенсивність зниження пролактину в крові хворих, виявити найбільш ефективне лікування. Відстежити появу овуляції та досягнення мети – вагітності досліджуваних жінок.

З 2013 року нами на базі кафедри акушерства і гінекології Сумського державного університету, СОКПЦ, лабораторні дослідження виконувалися на базі лабораторії «Сінева». Для дослідження було залучено 45 жінок з функціональною ГП. Стартовий рівень пролактину крові коливався у діапазоні 860 – 910 мОд/л, при нормі 64 – 395 мОд/л. З діагностичною метою використали такі дослідження: Визначення рівня ПРЛ у плазмі крові; визначення ТТГ, Т3, Т4;

краніограма – для виключення пухлинної причини; вимірювання базальної температури протягом 2- 3 місяців, тести на овуляцію; УЗД; огляд очного дна та полів зору.

Усіх жінок було розділено на три групи :

I - Група 15-ти жінок, у яких рівень пролактину крові на початку складав – 880-910 мОД/л. Для пацієнтів цієї групи обрано лікування Алактином.

II– Група 15-ти жінок. У жінок цієї групи рівень ПРЛ на початку лікування становив 870-900 мОД/л. Для лікування обраний препарат - Нормоменс.

III–Контрольна група 25 жінок. Рівень ПРЛ на початку дослідження становив 860-900 мОД/л.

У результаті лікування Алактином у перші 3 місяці: у 11 рівень ПРЛ знизився до норми (410-500 мОД/л)(73%); у 11 жінок виявлено овуляцію(73%), з них 5 завагітніло(33%). Через 6 місяців лікування: Овуляція виявлена у 13 жінок(86%), а 9 з них завагітніли(60%).

При лікуванні Нормоменсом у перші 3 місяці рівень ПРЛ знизився у 7 (47%) 510-560 мОД/л; завагітніло 2(13%) жінки з найменшим від початку рівнем ПРЛ; овуляцію виявлено у 5(33%) пацієнток. Результати лікування протягом 6 місяців: рівень пролактину знизився до норми у 8 жінок (53%) до 460-510 мОД/л. , завагітніло 4жінки(26%), овуляція виявлена у 9 жінок(60%) .

У контрольній групі лікування проведено не було. Але систематично перевірялися показники рівня гормонів крові, які суттєвих змін не показали від своїх стартових показників. Також жінки вимірювали базальну температуру та проводили УЗД-дослідження, які теж позитивних результатів не дали.

В результаті проведеної роботи отримано дані, які свідчать, про те що препарат Алактин є найбільш ефективним препаратом для нормалізації гормонів та відновлення овуляції при функціональній (ідіопатичній) гіперпролактинемії.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯНЕКРОТИЧНІ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНІ КРОВОТЕЧЕЮ**

*Ситнік О.Л., Шаповал М.М.*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Проаналізовано результати лікування 8 хворих на післянекротичні кісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею, в хірургічному відділенні Сумської міської клінічної лікарні №5. У 6 пацієнтів кровотечу у порожнину кісти було діагностовано на основі клінічних даних, результатів лабораторного та інструментального (ультразвукове дослідження) обстеження. Найбільш вагомими були наступні симптоми:

- посилення болю у животі;
- прогресуюча анемія;
- прогресуюче збільшення розмірів кісти, яке визначали пальпаторно та за допомогою ультразвукового дослідження;
- поява симптомів подразнення очеревини при розриві кісти та внутрішньочеревний кровотечі.

У 2 хворих арозивна кровотеча виникла у післяопераційному періоді після зовнішнього дренивання чепцевої сумки та проявилася витяканням незміненої крові по дренажам черевної порожнини та крізь лапаростомну рану.

Із 6 хворих, в яких було запідозрено кровотечу у порожнину кісти, 5 були терміново прооперовані. Один пацієнт помер неоперованим внаслідок розриву кісти та профузної внутрішньочеревної кровотечі. Хворим виконували верхньосередню лапаротомію. Діагноз підтверджували пункцією кістозного утворення, потім розтинали стінку кісти та швидко тампонували її порожнину. Після досягнення тимчасового гемостазу здійснювали спробу верифікації джерела кровотечі. У одного хворого була виявлена арозована селезінкова артерія, яку прошили капроговою лігатурою. У 4 хворих виявити джерело профузної кровотечі не було можливо, операцію завершували тугою тампонадою порожнини та марсупілізацією кісти.



Якщо кровотеча виникала після зовнішнього дронування чепцевої сумки, виконували тугою тампонадою порожнини та оментобурсостомією.

У післяопераційному періоді проводили комплексну протипанкреатичну терапію, гемостатичну терапію, відновлювали крововтрату. Тампони видаляли поетапно, починаючи з 7 доби після досягнення гемостазу.

Померли 3 хворих, з них 2 – після операції. Загальна летальність – 37,5%, післяопераційна летальність – 28,6%.

Таким чином, кровотеча у порожнину післянекротичної кісти підшлункової залози є надзвичайно небезпечним ускладненням і супроводжується високою летальністю. Такі хворі підлягають негайному оперативному лікуванню. Найбільш ефективним способом втручання є тампонада порожнини кісти та її марсупілізація (оментобурсостомія).

## РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ

*Ситнік О.Л., Креховецький Н.В.*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Показаннями до виконання відеолапароскопічних втручань вважали прогресуючий панкреатогенний перитоніт (у 4 хворих), формування обмежених рідинних утворень (у 1 пацієнта) або післянекротичної псевдокісти з ознаками абсцедування (у 1 пацієнта).

Перед відеолапароскопічним втручанням пацієнтам виконували ультразвукове обстеження органів черевної порожнини (виявлення вільної рідини у черевній порожнині, чепцевій сумці, топічна діагностика обмежених рідинних утворень) та рентгенографію органів грудної клітини для виключення легеневих ускладнень та плеврального випоту. Двом хворим з рівнем плеврального ексудату до 5 -3 ребер виконано плевральну пункцію в 9 міжребер'ї по лопатковій лінії безпосередньо перед відеолапароскопічним втручанням, що важливо для запобігання ускладнень, пов'язаних з накладанням карбоксиперитонеуму.

Оптичну систему встановлювали по середній лінії над пупком. Інструментальні порти розташовували у підреберних та здухвинних ділянках. Перітонеальний ексудат виявляли в усіх відділах черевної порожнини, видаляли електровідсмоктувачем. Рихлі спайки у верхньому поверсі черевної порожнини розділяли тупим шляхом, розкривали рідинні утворення (правобічна піддіафрагмальна локалізація - 1, лівобічна піддіафрагмальна локалізація -3, підпечінкова локалізація – 1). У всіх хворих в проекції підшлункової залози виявили щільний інфільтрат та підвищену кровоточивість тканин, що не дало змогу розкрити чепцеву сумку.

У 2 пацієнтів діагностовано ферментативні затьoki по лівому заочеревинному простору («скловидний» набряк заочеревинної клітковини, зміщення нисхідної ободової кишки догори та медіально). Заочеревинний простір розкривали окремим широким поперековим розрізом під візуальним контролем, дронували 2 - 3 гумовими трубками 10 мм у діаметрі та рукавичками.

Операцію завершували промиванням та дронуванням черевної порожнини за Петровим.

Із 30 оперованих відкритим способом хворих померли 8 пацієнтів, післяопераційна летальність – 26,7%. Після відеолапароскопічних втручань летальності та ускладнень не було. Таким чином, перший досвід застосування відеолапароскопічних втручань при некротичних формах гострого панкреатиту довів свою ефективність.

## ГОРМОНАЛЬНА ПІДТРИМКА ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

*Смоляков Є.Ю., студ. 4 курсу*

*Науковий керівник – к.мед.н., асистент Бабар Т.В.*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

В Україні частота невиношування вагітності становить 15–27%. У 20–30% вагітних в перші 16–20 тиж гестації є ознаки загрози її переривання, у кожної другої з них відбувається викидень. Під нашим спостереження перебувало 30 вагітних із терміном гестації від 3–4 до 28–32 тиж., яким запропоновано гормональну підтримку з використанням біоадгезивного вагінального гелю, що містить 8% мікронізованого прогестерону. У вагітних із невиношуванням що діагностовано суттєве порушення гормонального фону вже на ранніх термінах вагітності, що проявлялося змінами рівнів основних гормонів. Стан мікробіоценозу статевих шляхів характеризувався як дисбіоз. Використання в програмі гормональної підтримки на етапі преконцепційної підготовки і в I триместрі вагітності біоадгезивного вагінального гелю що містить 8% мікронізованого прогестерону дозволило суттєво покращити гормональний фон, знизити за рахунок протиінфекційного захисту ступінь несприятливого впливу дисбіозу піхви на перебіг вагітності і створити сприятливі умови для інвазивних втручань, що в подальшому дозволило пролонгувати вагітність та уникнути перинатальних втрат.

Попри численні дослідження з етіології та патогенезу невиношування вагітності, розроблення та впровадження нових препаратів і способів лікування цієї патології, в Україні частота невиношування вагітності на сьогоднішній день становить 15–27%. У 20–30% жінок в перші 16–20 тиж гестації є ознаки загрози переривання вагітності, у кожної другої з них відбувається викидень. Таким чином, згідно з даними літератури, до 85% викиднів припадає на I триместр вагітності (до 12 тиж), а 15% відбуваються в II і III триместрах і пов'язані з гестацією чи материнським чинником, а саме істміко-цервікальною недостатністю, аномаліями матки, імунологічними проблемами, гестозом, ендокринними порушеннями та ін. У 60% випадків спонтанних абортів, що відбуваються в I триместрі, плід відсутній (так звана анембріонія) або наявні інші суттєві аномалії розвитку – тобто реалізується дія так званого «пренатального фільтру». До чергової вагітності ніколи не можна бути абсолютно впевненим у тому, що діагностували істинну причину невиношування та чи існують додаткові чинники, які залишилися непоміченими, а заплановане або проведене лікування виявилось ефективним. Переконатися в правильності обраної тактики можна тільки за наслідками вагітності, але ціна невдачі в даній ситуації дуже висока. Важливо усвідомлювати, що кожна вагітність, яка перервалася, завдає жінці не тільки психологічної травми, але і негативно позначається на стані репродуктивної системи в цілому за рахунок наслідків самого переривання вагітності, а також проведення інвазивних процедур. Таким чином, з кожною невдалою спробою вагітності відбувається посилення тих патологічних процесів, які призводять до невиношування.

Використання в програмі гормональної підтримки на етапі преконцепційної підготовки та I триместру вагітності препарату біоадгезивного вагінального гелю, що містить 8% мікронізованого прогестерону дозволило суттєво нормалізувати гормональний фон, знизити за рахунок протиінфекційного захисту ступінь несприятливого впливу дисбіозу піхви на перебіг вагітності та створити сприятливі умови для інвазивних втручань (накладання циркулярного шва на шийку матки), що в подальшому дозволило пролонгувати вагітність та уникнути перинатальних втрат.

## ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ: ВИБІР ЛІКАРЯ АБО ПАЦІЄНТА

*Сорокіна О.О. студентка V курсу медичного інституту СумДУ  
науковий керівник к.мед.н. Ольховик В.Л.*

Після кесаревого розтину, завжди кесарів розтин» - цю фразу вважали істиною в 70-х роках ХХ століття. У 1980 році національні інститути здоров'я (НІН) поставили під сумнів необхідність рутинного повторення кесаревого розтину та можливість неускладнених вагінальних пологів.

Проведено п'ятирічний ретроспективний аналіз пологів з рубцем на матці на базі Сумського клінічного пологового будинку №1. Загальна кількість пологів за період з 2009 р. по 2014р. – 12619, з них 523 (4,17%) з рубцем на матці. Відбір кандидатів на вагінальні пологи після кесаревого розтину до 2009 року відбувався як правило наприкінці вагітності. З 2011 року відбір кандидатів розпочинався з моменту постановки вагітної на облік наказу МОЗ України від 27.12.2011 № 976. При відборі кандидатів враховували бажання вагітної жінки, оцінювали фактори ризику, протипоказання до спроби вагінальних пологів після кесаревого розтину.

За п'ять років зі 100% кандидатів на вагінальні пологи з рубцем на матці – 47,9% мали протипоказання, 35,1% відмовилися народжувати через природні пологові шляхи, родорозрішення відбулося шляхом кесаревого розтину. Лише 16,2% народили через природні пологові шляхи, причому 65,2 % жінок цієї групи поступили до пологового будинку в активній фазі пологів і бажанням народжувати самостійно. Із загальної кількості вагітних, які знаходились до початку пологів в стаціонарі лише 28,6% були розродженні природнім шляхом. Ускладнень після проведення вагінальних пологів після кесарського розтину не було.

Отже, високий відсоток відмови пацієнток від вагінальних пологів обумовлений тим, що вагітні не отримали повної інформації та являють групу резерву щодо можливості народжувати природним шляхом.

Вагінальні пологи у жінок з рубцем на матці – вагомий резерв зменшення оперативного розродження, перинатальних та материнських втрат. Світовий досвід вказує, що правильний відбір вагітних з рубцем на матці для спроби вагінальних пологів, відповідне забезпечення акушерського стаціонару, бажання жінки народити через природні пологові шляхи та висококваліфікована допомога лікаря є запорукою успішного закінчення вагітності.

## ОЦІНКА ЕЛАСТИЧНОСТІ МІОМЕТРІЮ ЯК МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МАТКИ

*Ольховик В.Л.*

*Кафедра акушерства та гінекології СумДУ*

Метою роботи було визначення значень модуля пружності Юнга для міометрія в нормі та при доброякісних новоутвореннях. У дослідження включені 56 пацієнток репродуктивного віку (28-42 роки) і 25 пацієнток перименопаузального віку (48-56 років) які були розподілені на 2 групи. I група – без патологічних змін міометрію, II група – пацієнтки з доброякісними ураженнями стінок матки (дифузна та вузлова форми лейоміоми). Всі пацієнтки пройшли обстеження на апараті Voluson (GE, США) з використанням режиму еластографії сдвигової хвилі при проведенні трансвагінального сканування. Оцінювалися середнє значення (Emean), максимальне значення (Emax) і стандартне відхилення ( $\sigma$ ). Глибина дослідження становила не більше 3 см.

При порівняльному аналізі даних, отриманих у пацієнток репродуктивного віку, достовірні відмінності за всіма трьома показниками не визначалися.

У групі пацієнток репродуктивного віку отримані наступні значення модуля пружності Юнга для незміненого міометрія незалежно від фази менструального циклу: Emean - 22,46 (16,62-28,84) кПа, Emax - 28,36 (20,32-35,29) кПа,  $\sigma$  - 1,97 (1,30-4,97) кПа.

У групі пацієнок перименопаузального віку  $E_{mean}$  - 15,83 (10,62-23,33) кПа,  $E_{max}$  - 21,06 (12,64-34,18) кПа,  $\sigma$  - 1,90 (0,85-4,49) кПа. У групі пацієнок з захворюваннями міометрію:  $E_{mean}$  - 12,54 (08,58-20,21) кПа,  $E_{max}$  - 18,12 (10,53-29,16) кПа,  $\sigma$  - 1,68 (0,69-3,20) кПа.

При порівнянні значень  $E_{mean}$  і  $E_{max}$  між пацієнтками репродуктивного та перименопаузального віку, а також пацієнок з різними формами доброякісних новоутворень отримано достовірні відмінності, які вказують на необхідність застосування методу еластографії подальших досліджень в цьому напрямку.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КЛЮЧИЦІ

*Спаський Р.С.*

*Науковий керівник - Шищук В.Д.*

*Сумський державний університет*

*кафедра ортопедії та травматології*

Закриті переломи ключиці складають 2,5-5% від усіх переломів кісток скелета. Частота цих переломів - 30-60 випадків на 100 000 населення.

Ми вирішили проаналізувати сучасні тактико-методологічні підходи до лікування переломів ключиці. Нами вивчені результати лікування 89 пацієнтів з переломами ключиці, які спостерігалися в ортопедо-травматологічних відділеннях № 1, 2 КУ СМКЛ № 1. Серед пацієнтів переважне число складала особи чоловічої статі (2,6: 1). Середній вік травмованих -  $34,2 \pm 2,2$  року.

По механогенезу переломи ключиці були розподілені таким чином: при падінні на зовнішню поверхню плеча, витягнуту руку або лікоть - 81,6 %; в результаті прямого удару по ключиці - 16,4 %; при одночасному скороченні грудинно-ключично-сосковидного і великого грудного м'яза, з одного боку, з іншої - дельтовидного м'яза (при кидку - 2 випадки або 2 %).

Аналізуючи застосовані методи лікування, встановлено, що 97,2% пацієнтам були здійснені оперативні втручання - відкрита репозиція з інтрамедулярним остеосинтезом (81,9 %), репозиція з накладенням накісткових пластин (18,1%). Тільки 2,8% травмованих проліковані консервативно. З відомих на сьогодні пристосувань для лікування потерпілих із закритими переломами ключиці застосовують наступні: гіпсова пов'язка Дезо, шина ЦИТО, шина Кузьминського, щоглова пов'язка Сітенко, кільця Дельбе, овал Тітової, гіпсова пов'язка Смірнова-Вайнштейна, метод Borchgreving, фіксувальна пов'язка Ombredanne. Суть будь-якого з методів полягає в тому, щоб підвести, відвести назад і ротувати назовні плече, чим досягається максимальне розведення відламків і усунення зміщення по ширині.

**Висновки:** Вибір методу лікування переломів ключиці повинен здійснюватися індивідуально у кожному конкретному випадку. Абсолютним свідченням до оперативного втручання є інтерпозиція м'яких тканин або багатоуламковий перелом.

## ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЛЕЧОВОГО ЕПКОНДИЛІТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*Степаненко О.С.*

*Науковий керівник – Щербак Б.І.*

*Сумський державний університет*

*кафедра ортопедії та травматології*

**Актуальність:** Захворювання опорно-рухової системи з роками не тільки не здають своїх позицій, але і стрімко «молодіють». Пацієнтами, що страждають подібними захворюваннями, стають все більше людей молодого віку. Сучасний етап науково-технічного прогресу супроводжується широким впровадженням більш досконалих технологічних процесів, механізацію та автоматизацію виробництва, зменшенням числа трудомістких ручних операцій. У міру зменшення частки важкої фізичної праці стали переважати ручні операції з локальними статичними зусиллями при вимушеній позі і частих однотипних рухах.

**Мета:** порівняти розповсюдженість рентгенологічних ознак шийної дорсопатії у хворих плечовим епікондилітом з наявністю чи відсутністю цервікалгії. Розробити програму консервативного лікування плечового епікондиліту шляхом вдосконалення методики лікувально-реабілітаційного процесу.

**Матеріали і методи:** Клінічна частина дослідження виконувалась на базі медико-санітарної частини Державного Вищого Навчального Закладу Української Академії Банківської Справи Національного Банку України де було відібрано і проаналізовано 50 історій хвороб людей, які страждали на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта та скаржилися на біль і дискомфорт у верхніх кінцівках. Для аналізу відібрано історії хвороб пацієнтів, що відповідали наступним критеріям: анамнезу життя хворого, наявність больового синдрому в ділянці ліктьового суглобу, позитивний результат на проби Томсона, Велта, дані динамометрії; вік пацієнтів від 19 до 67 років. Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні (рентгенографія суглобу в декількох проекціях, комп'ютерна томограма, УЗД), морфологічні, статистичні.

**Результати:** На підставі отриманих клінічних, лабораторних та експериментальних даних нами було проведено аналіз поширеності професійного епікондиліта в Сумській області, було вивчено клініко-діагностичні ознаки та обґрунтовано критерії діагностики плечового епікондиліта. Середній вік маніфестації захворювань 40-60 років. Чоловіки хворіють частіше за жінок зовнішнім епікондилітом і рідше внутрішнім. У групі ризику люди, характер основної діяльності та роботи яких пов'язані з періодично повторюваними, однотипними рухами (професійні водії, спортсмени, музиканти і т.д.). Частіше відзначається ураження правої руки (у лівші - лівої). Виходячи з опрацьованих даних нами була розроблена і опробована методика фізичної реабілітації при даній патології. Програма реабілітації була розрахована на місяць лікування, і включала в себе: обов'язкове дотримання охоронного режиму, курс лікувального масажу з елементами мануальної терапії, точковий масаж, лікувальну фізичну культуру, а також фізіотерапевтичні методи (електрофорезу з гідрокортизоном, парафінолікування, лазеротерапії, кріотерапії, ультразвук). При гострому протіканні хвороби пацієнти отримували медикаментозне лікування, зокрема препарати з фармакологічної групи нестероїдних протизапальних засобів, кортикостероїдні та знеболюючі, уражені суглоби в гострому періоді підлягали обов'язковій іммобілізації. В результаті проведених нами досліджень було встановлено, що пацієнти основної групи мали кращі показники, під час проведення повторного тестування, відносно групи порівняння – де була використана звичайна методика лікування. В 90% респондентів стан характеризувався відсутністю больового синдрому та стійкою ремісією. На томість в групі порівняння відсоток ефективності лікування був дещо менший (менше 70%) і в середньому на протязі пів року близько третини пацієнтів звернулися за повторним курсом реабілітації. Отримані результати дослідження свідчать про порівняно кращу ефективність розробленої програми реабілітації хворих на плечовий епікондиліт порівняно з стандартною методикою лікування.

**Висновки:** На підставі отриманих даних було виявлено, що для більш точної діагностики і в подальшому лікуванні, потрібно встановити зв'язок захворювання з професією. Крім професійного стажу необхідний ретельний фізіолого-ергономічний опис характеру праці з деталізацією навантаження згинання-розгинання кисті і пальців, а також пронаційно-супінаційних рухів передпліччя. В результаті виконаного дослідження запропоновано алгоритм вибору оптимальної тактики діагностики та лікування плечового епікондиліту шляхом вдосконалення методики лікувально-реабілітаційного процесу.

## ЗМІНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ НА ФОНІ ПІДВИЩЕНОГО РОЗУМОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ ЯК ОЗНАКА ДЕЗАДАПТАЦІЇ

*Сухарев А. Б., доцент, Сухарева В.А., студ. 3-го курсу*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Дослідження фізіології жіночого організму, проведені вітчизняними і зарубіжними вченими, показали, що фази менструального циклу відображаються, в першу чергу, на стані розумової і фізичної працездатності жінок. Одночасно встановлено, що зміни структури менструального циклу можуть виступати в якості маркерів дезадаптації на фоні підвищеного психоемоційного навантаження.

У зв'язку з цим виявляється актуальним виявлення групи ризику порушень репродуктивної функції, обумовлених проблемами адаптації студентів молодших курсів до навчального навантаження. Метою наших досліджень стало встановлення характеру дезадаптаційних змін менструального циклу на фоні підвищених розумових навантажень. Для досягнення поставленої мети за допомогою розробленої анкети для виявлення основних характеристик менструального циклу, обстежені студентки I (65 обстежених) і II (52 обстежених) курсів. Середній вік обстежених склав 19 років (I група  $19 \pm 1$ , II група  $19 \pm 2$ ). За даними опитування у обстежених груп відзначено своєчасне настання менархе: в I групі  $13 \pm 1,4$  років, і  $13 \pm 4,3$  років у II групі. Згідно з опитуванням, 80% студенток I групи і 77% студенток II групи відзначають регулярні менструації і більш ніж у половини обстежених відзначається альгоменорея (58% -I група, 60% -II група). 63% студенток I групи і 54% II групи відзначають тривалість менструації протягом 5-7 днів, що відповідає фізіологічними показниками. Майже у кожній другій опитаній студентки (45% -I група, 56% - II група) відзначаються рясні менструації. Слід зазначити, що кожна третя-четверта обстежена студентка (22% -I, 27% -II) відзначає зниження працездатності під час менструації, і пов'язує з цим пропуски занять. Таким чином, аналіз анкет дозволив прийти до висновку, що серед студенток I курсу 22% пов'язують ті чи інші порушення менструального циклу з підвищеним розумовим навантаженням. Даний показник в II групі практично зростає вдвічі (44%). Однак, 51 опитана студентка I групи і 29 II групи, у яких згідно з опитуванням не виявлено порушень менструального циклу, відзначали що під час менструації працездатність знижується в 17,6% студенток I курсу і лише в 6,9% студенток II курсу. Отримані дані свідчать про більш високу частоту порушень менструального циклу у студенток II курсу, що може бути обумовлено збільшенням психоемоційного і розумового навантаження в період навчання. Це вказує на необхідність моніторингу характеристики менструального циклу у студенток молодших курсів. При виявленні порушень менструального циклу поспаніруючого характеру, гіперполіменореї, що призводять до зниження працездатності студентки під час менструації, необхідно виділити в групу високого ризику, проводити додаткові дослідження та заходи з профілактики та корекції цих порушень надалі, що сприятиме збільшенню репродуктивного потенціалу жінок дітородного віку.

## ЕМОЦІЙНА СФЕРА ЖІНОК ПРИ ПЕРШІЙ І ПОВТОРНІЙ ВАГІТНОСТІ

*Сухарев А. Б., доцент, Юрченко Ю.В студ. 6-го курсу,*

*Сухарева В.А., студ. 3-го курсу*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Актуальність теми визначається тим, що сучасна демографічна ситуація в нашій країні характеризується зниженням рівня народжуваності, підвищенням кількості ускладнених вагітностей та пологів, зниженням рівня здоров'я новонароджених. В даний час оцінка перебігу вагітності та пологів зводиться переважно до вивчення фізіологічних процесів і ускладнень у відповідних триместрах вагітності. Спостерігається переважання наукових медичних аспектів над психологічними і соціальними. Психологічні особливості жінок досить бідно висвітлюються в ряді робіт, хоча останнім часом основною причиною виникнення патології в пологах, а так само при вагітності, є перенесені в період вагітності стреси, тривалі

депресії, страхи і негативні переживання. Все більшої актуальності набуває вивчення психологічного стану жінок у період вагітності і, зокрема, їх емоційного стану. У даному дослідженні, було вирішено з'ясувати, чи існують відмінності в рівнях тривожності, депресивності, страхів у даних груп жінок. Проведене дослідження показало, що для жінок з першою вагітністю характерний високий рівень особистої тривожності. Це можна пояснити, не тільки особливостями особистості, але й новою ситуацією, в яку потрапили випробовувані. Спостережувана на момент дослідження депресивність може бути пояснена не тільки особливостями особистості, але й новою ситуацією материнства. Можна припустити, що зміна в соціальній ситуації, придбання нової ролі, підвищення відповідальності стали поштовхом для формування різного ступеня тяжкості депресивної симптоматики. Спостережувана на момент дослідження депресивність у першовагітних може бути пояснена раніше невідомим, незвичним станом вагітності. У загальній складності у жінок з першою вагітністю присутня більша кількість страхів, ніж у жінок з повторною вагітністю. Були виявлені страхи, характерні тільки для жінок з першою вагітністю: страх привернути до себе увагу, страх запізнитися в пологовий будинок, страх родового болю, страх стати поганою матір'ю, страх грудного вигодовування.

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА У СУЧАСНИХ ЖІНОК

*Сухарев А. Б., доцент, Павленко А.Ю., студ. 6-го курсу*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Материнство є соціальною роллю жінки, а конкретні моделі материнства постійно зазнають змін, які відповідають змінам у самих суспільних відносинах, отже, змінюється ставлення жінки до своєї ролі матері. Більшість авторів досліджують проблему готовності до материнства, вважають, що готовність до материнства формується протягом усього життя. Вивчення психологічної готовності до материнства продиктовано протиріччям між гостротою демографічних проблем і не розробленістю соціальної та психологічної допомоги сім'ї і в першу чергу жінці. Ціль нашого дослідження - вивчення соціальної та психологічної готовності до материнства на етапах спостереження вагітної і породіллі. Об'єктом дослідження є вагітні жінки та породіллі різного віку, соціального статусу і з індивідуально-особистісними особливостями кожної.

Методи дослідження: метод анкетування і інтерв'ювання, метод статистичної обробки. В якості основного дослідницького методу були застосовані спеціально розроблені анкети. У ході дослідження нами було опитано 271 жінка, з яких 117 вагітних і 154 породіль. По даними анкетування аналіз проводився за двома основними критеріями, покладеним в основу роботи: 1 - соціальний статус, 2 - психологічна готовність до материнства. Аналізуючи вікову структуру, можна відзначити, що переважають 40% складають жінки віком від 26 до 30 років, 34% у віці 16-25 років і залишилася третина - старше 30 років. 57% опитаних жінок мали вищу освіту, 20% середня спеціальна, 13% середнє і 10% неповне вище. Більша частина жінок оцінила свій матеріальний стан як середній (87%). Важливий фактор у збереженні репродуктивної функції жінки - стан її здоров'я. І хоча багато наших пацієнток вважають себе здоровими (71%) - це досить суб'єктивна оцінка свого стану, так як більшість жінок до вагітності регулярно у лікарів не обстежувалися (57%), регулярні медичні огляди проходили жінки (43%). В анкетованому опитуванні вагітним (117 осіб) пропонувалося відповісти на конкретне питання - скільки дітей хотілося б їм мати в сім'ї, 58% віддали перевагу мати двох дітей, 26% - трьох. Позитивним моментом в репродуктивному здоров'ї жінок є планування вагітності. 67% респонденток зазначили, що планували дану вагітність, 33% не планували. Психологічний портрет вагітної жінки досить багатогранний, відповідає сучасним тенденціям соціального середовища, але мотивований на більш високий рівень ставлення до власної вагітності та майбутньої дитини. На підставі перерахованих вище методик ми довели, що ступінь соціально-психологічної готовності до материнства знаходиться в прямій залежності

від соціальної орієнтації жінок, стану її репродуктивного здоров'я, успішної адаптації та мотивації до вагітності. З іншого боку ми досліджували також вплив самої вагітності на психоемоційний стан жінки і підтвердили, що у більшості жінок сформувалося адекватне ставлення до власної вагітності та здоров'я майбутньої дитини, тобто переживання жінки під час вагітності проектувалися на глибинні внутрішні процеси формування так званої домінантної вагітності. З'ясовано також питання емоційної наповненості і зміни стилю життя після народження дитини.

## АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МІОМИ МАТКИ У МІСЬКИХ МЕШКАНОК

*Сухарев А. Б., доцент, Сміян С.А. доцент*

*Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології*

Міома матки є одним з найбільш поширених захворювань жіночої репродуктивної системи, що вимагає оперативних втручань, що призводять до зниження якості життя жінок і втрати репродукції. Частота даної патології серед сучасної жіночої популяції коливається від 20 до 80%, досягаючи 20-25% у пацієнток репродуктивного віку і 40-45% після 40 років. У 80% жінок у віці 30-40 років є високий ризик розвитку цього захворювання. Останнім часом звертає на себе увагу значне «омолодження» даної патології. На жаль, незважаючи на сучасні ефективні методи профілактики та лікування міоми матки, частота її не має тенденції до зниження, що, ймовірно, пов'язано з недостатньо вивченими факторами ризику виникнення міомної хвороби. У зв'язку з цим, особливої актуальності мають відомості про фактори ризику міоми матки, знаючи їх, можна запобігти розвитку цього захворювання у жінок репродуктивного віку, особливо у мешканок великих промислових міст. Відомо, що міські жительки, в першу чергу, піддаються впливу комплексу несприятливих факторів навколишнього середовища, що сприяють порушенню їх репродуктивного здоров'я і розвитку міомної хвороби.

Цілью дослідження було виявлення провідних факторів ризику виникнення міоми матки у міських мешканок. Для досягнення поставленої мети проведено аналіз 200 історій хвороби жінок пацієнток з міомою матки. Половина жінок з даною патологією була обстежена і пролікована в динаміці спостереження. Вік цих хворих коливався від 23 до 72 років, середній вік склав  $42,12 \pm 2,03$  року. Для вивчення факторів ризику розвитку міоми матки була розроблена спеціальна анкета. В результаті проведених досліджень виявлено, що частота міоми матки серед стаціонарних гінекологічних хворих за період спостереження склала 6,9%, що відповідає середнім статистичним показникам. Частота даної патології залежно від віку розподілилася таким чином: у віці 20 -25 років - 4%, 26-30 років - 4%, 31-35 - 17%, 36-40 років - 31%, 41-45 років - 16%, 46-50 - 9%, 51 -55 років - 10%, 56-60 років - 6%, 61-73 років - 3%. Отже, найбільша поширеність міоми матки виявлена нами у міських мешканок в середньому репродуктивному віці (20 - 40 років), що свідчить про «омолодження» даного захворювання. Відповідно до проведених досліджень, виявлено основні фактори ризику розвитку міоми матки у міських жінок. Виявлено, що частота виникнення міоми матки залежала від професії пацієнтки. Найбільш часто дане захворювання спостерігалось у службовців (68% - лікарі, вчителі, менеджери та ін.), Найрідше - в учнів (2%). Однакова частота міоми матки виявлена у робітників (15%) і у непрацюючих жінок (15%). У жінок, котрі палять, серед хворих на міому матки було 35%. Аналіз показників анамнезу життя, анамнезу захворювання даних досліджень в стаціонарі дозволили встановити провідні фактори ризику міомної хвороби у обстежених жінок. Так на першому місці за частотою знаходився обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (ОАГА), виявлений у всіх пацієнток (77% запальні захворювання геніталій, з них 20% хронічний ендометрит, 15% вульвовагініт, 12% хронічні запальні захворювання придатків матки, 10% ерозії шийки матки, обумовлені, в основному, ПІСШ; 70% артіфіціальні аборти; 33% раннє менархе; 33% порушення менструального циклу), на другому місці - екстрагенітальні захворювання, які спостерігалися у 98% хворих (46%



гіпертонічна хвороба, 44% метаболічний синдром, 8% цукровий діабет), на третьому місці - ранній початок статевого життя, зареєстрований у 68% жінок.

Таким чином, встановлено, що найбільша частота міоми матки у міських мешканок припадає на середній репродуктивний вік (20 - 40 років), професія (службовці), шкідливі звички (тютюнопаління), обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, екстрагенітальна патологія, ранній початок статевого життя.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ УСКЛАДНЕНОЇ ПЛЕВРИТОМ

*Сухарева Вікторія – студентка*

*Науковий керівник – к. м. н. Гресько І. Я.*

*СумДУ, Медичний інститут,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії*

Діагностика хвороб легень і плеври без променевих методів неможлива, особливо ж їх диференціація. Наводимо спостереження, що ілюструє дану тезу.

Хвора К., 43 роки, мешканка сільської місцевості, домогосподарка, звернулася на консультацію до торокального хірурга зі скаргами на болі у нижніх відділах лівої половини грудної клітки, помірну слабкість, підвищення температури до 37–37,5°C. Дані симптоми з'явилися протягом останніх 3-4 тижнів.

З анамнезу відомо, що близько 6-и місяців тому хвора лікувалась амбулаторно за місцем проживання у сімейного лікаря з приводу лівосторонньої нижньодольової пневмонії. Діагноз був виставлений на підставі скарг хворої та даних аскультативного дослідження. Рентгенологічне обстеження легень не проводилось. Лікування тривало близько двох тижнів.

Після 2-3 тижнів у хворої, на тлі відносного благополуччя, з'явилися скарги на «тупі», «ниючі» болі у епігастральній ділянці та лівому підребер'ї, які дещо підсилювалися після прийому їжі, фізичному навантаженні та при глибокому вдосі. Хвора повторно звернулася до сімейного лікаря за місцем проживання. У неї було попередньо діагностовано загострення хронічного панкреатиту, імовірно на тлі перенесеної антибактеріальної терапії, гастродуоденіт. З метою дообстеження було виконано ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та фіброгастродуоденоскопію. Патологічних змін з боку шлунка, 12-палої кишки та підшлункової залози виявлено не було. Типові клінічні та біохімічні аналізи крові були у межах норми. Хворій були дані стандартні рекомендації, а при погіршенні стану - консультація гастроентеролога. Рентгенологічне обстеження легень також не проводилося.

Через п'ять місяців з часу маніфестації захворювання у хворої з'явилися скарги на біль у нижніх відділах лівої половини грудної клітки, що посилювався при глибокому вдосі, з'явилася субфебрильна температура у вечірній період, слабкість, пітливість. Хвора знову звернулася до сімейного лікаря. На цей раз було виконане рентгенологічне дослідження легень. На рентгенограмі виявлено ознаки перенесеного плевриту за типом «високого» стояння діафрагми, деформації її склепіння та патологічного утвору у проекції нижньої долі легені з чіткими неправильними зовнішніми контурами. Після дообстеження у пульмонолога хвора направлена на консультацію до торокального хірурга і була госпіталізована до хірургічного відділення Сумського протитуберкульозного диспансеру. Після проведених додаткових методів обстеження, у тому числі і плеврографії, у хворої діагностовано осумкований обмежений лівобічний гнійний плеврит із множинними затьоками у кардіодіафрагмальний і костодіафрагмальний синуси. Хвора була успішно прооперована: видалена уражена осумкована ділянка плеври з частковою резекцією VIII ребра. Операція виконувалася після «тугого» виповнення «осумкування» розчином брилантавої зелені. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Хвора у задовільному стані виписана додому.

Таким чином, своєчасне проходження профілактичних та диспансерних оглядів, обов'язкове рентгенологічне обстеження органів грудної клітки при соматичних захворюваннях, а тим більше при захворюваннях легень, безумовно, не привело би до таких

наслідків, які мали місце у даному клінічному випадку, що доводить безальтернативність рентгенологічного обстеження легень.

## ІСТОРІЯ ПРОТЕЗУВАННЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Томин Л.В. – аспірант, Боженко О.В.<sup>1)</sup>*

*Науковий керівник – Шищук В.Д.*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут*

*Кафедра ортопедії та травматології*

*<sup>1)</sup>Сумський протезно-ортопедичний цех*

Актуальність: Питання історії протезування, його ролі і значення настільки актуальні для сучасної української історії науки, що, здається, по своїй значності воно повинно іти поряд з історією медицини. Проте, протезування як галузь знаходиться в тіні тієї самої медицини, але вона потребує постійного розвитку. Людина з обмеженими фізичними можливостями не в змозі обійтися без протезування для існування в суспільстві.

Історія розвитку протезування інвалідів до кінця 18-19 ст. - спроба окремих лікарів, умільців-самоучок, винахідників і самих інвалідів в якійсь мірі різними засобами, інколи самими примітивними пристосуваннями, доповнити функції втраченої кінцівки. В Україні історія протезування бере свій початок з відкриття майстерень в м. Київ та м. Харків. В перші роки після революції розвиток протезної справи був мінімальним, тільки з 1924 року на протезування почали виділяти державні кошти. 8-12 березня 1928 року було проведено Всеукраїнську протезну нараду. Професор М.І. Сітенко, уродженець с. Рябушки, Сумської області і професор І.С.Фрумін стали ініціаторами лікувального протезування та відкриття протезних майстерень в інших містах України, в тому числі в м. Суми. Протезна майстерня була розташована а лікарні на вулиці Привокзальній, це давало можливість інвалідам і населенню, що прибувало з районів безперешкодно добиратися до місця, де надавалася протезна допомога. Металеві і дерев'яні напівфабрикати централізовано одержували з Харківського Протезного заводу. До початку Великої Вітчизняної Війни майстернею виготовлялися: протези, корсети, ортопедичне взуття по єдиній номенклатурі протезно-ортопедичних виробів. Виготовлення протезів до 1939 року збільшено на 300%, ортопедичного взуття – на 200%.

Після визволення м. Суми 2 вересня 1943 року, незважаючи на повністю зруйноване протезне виробництво, 10 вересня 1943 року почала роботу Сумська обласна протезна майстерня. Необхідність була викликана тим, що м. Суми знаходилось в прифронтовій зоні, і в ньому було влаштовано сім військових шпиталів. До військкомату були запрошені поранені, які в змозі були виконувати роботу по протезуванні. Їм запропонували роботу в протезній майстерні. Це були майбутні спеціалісти - протезисти. З цього часу історія розвитку протезування в Сумській області почала стрімко розвиватися. Працівники Сумського протезного цеху в зв'язку зі збільшенням обсягів виробництва після епідемії поліомієліту в 50-х роках, систематично підвищували свою кваліфікацію на курсах Українського інституту протезування, завдяки чому піднялися на високий рівень обслуговування.

Висновки: Історія протезування в Сумській області ознайомлює нас з шляхами розвитку протезування, якими проходив Слобідський край, з його знаменитими земляками, котрі виписали цю історію, безпосередньо надавали протезно-ортопедичну допомогу людям, які її потребували. Протезист – це людина титанічної праці, яка поєднує медицину з технікою, інколи буває непомічена громадою. Протезування як сфера соціального забезпечення вкрай потрібна для медико-соціального забезпечення інвалідів. Такий прояв милосердя отримує людина з обмеженими фізичними можливостями від громади, суспільства. А це найвищий прояв милосердя.

## ЛІКУВАННЯ ДІАФІЗАРНИХ НЕУСКЛАДНЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОМІЛКИ У ДІТЕЙ

Томин Л.В. - аспірант  
Науковий керівник – асистент Бабич В.А.  
Сумський державний університет  
кафедра ортопедії та травматології

**Актуальність:** діафізарні переломи кісток гомілки у дітей займають третє місце серед переломів нижніх кінцівок. Переломи найчастіше виникають при падінні (в тому числі і з висоти), при дорожньо-транспортних пригодах, при прямому ударі або підвертанні стопи. Актуальними залишаються питання дослідження і розробки нових ефективних методів лікування діафізарних переломів гомілки.

**Мета:** проаналізувати статистичні дані і результати лікування дітей з неускладненими діафізарними переломами кісток гомілки.

**Матеріали і методи:** аналіз даних СОДКЛ за період 2012-2014 р.р. Для аналізу було відібрано дані хворих, в яких було діагностовано діафізарний перелом кісток гомілки без ускладнень.

### Результати:

#### Звернення в травмпункт

Загальна кількість хворих			Кількість вправлень			Хворі, які були госпіталізовані		
2012 р.	2013 р.	2014 р.	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2012 р.	2013 р.	2014 р.
143	130	109	4	3	3	33	17	27

При аналізі даних була досліджена вікова категорія хворих, стать, сезонність, механізм виникнення травми і методи лікування. За результатами дослідження складена наступна структура травми:

Найчастіше неускладнені діафізарні переломи гомілки спостерігаються у дітей 7-13 років, з них хлопчики зустрічаються в три рази частіше ніж дівчатка.

За механізмом виникнення травми:

55% - вуличний травматизм;

20,5% - спортивний ( в тому числі шкільний, отриманий на уроках фізкультури);

14,7% - дорожній травматизм;

9,8% - побутовий травматизм.

За сезонністю:

42% - літо;

13,5% - осінь;

28% - зима;

16,5% - весна.

Загальне число випадків діафізарних неускладнених переломів кісток гомілки у дітей у 2014 році, порівняно з 2012 роком зменшилось на 23,8%.

Лікування: при переломах без зміщення була накладена гіпсова пов'язка на 3 тижні. При переломах з невеликим зміщенням в деяких випадках була проведена одномоментна репозиція кісток гомілки з наступною фіксацією гіпсовою пов'язкою на 3-4 тижні.

При значних зміщеннях була накладена система скелетного витягання терміном на 3-4 тижні, з наступною фіксацією гіпсовою пов'язкою.

**Висновок:** На підставі отриманих даних обґрунтовано методи лікування хворих з визначенням оптимальних термінів стабілізації діафізарних неускладнених переломів кісток гомілки у дітей.

## АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ

*Франчук У.Я.*

*Науковий керівник д. мед. н., проф. Маланчук Л.М.*

*Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського  
кафедра акушерства та гінекології №1*

**Актуальність.** Важливою проблемою серед причин несприятливих перинатальних наслідків є внутрішньоутробна інфекція (ВУІ). Фактором ризику для патологічних станів плода, інфекційних захворювань є наявність у вагітних жінок осередку інфекції.

**Метою** дослідження було проаналізувати перебіг вагітності у жінок з ВУІ.

**Матеріали і методи.** Обстежено 45 вагітних жінок з ВУІ, що перебували в ТОКПЦ “Мати та дитина” за допомогою загальноприйнятих клінічних досліджень.

**Результати обстеження.** Виявлено, що у 38 (84,4 %) вагітних жінок обтяжений акушерський анамнез (аборт, завмерання вагітності). При аналізі перебігу вагітності в даних жінок були відмічені наступні ускладнення: у 42 (93,3%) пацієнок – загроза переривання вагітності, у 9 (20%) – істміко-цервікальна недостатність, у 26 (57,7%) – плацентарна недостатність, гестоз легкого ступеня – у 2 (4,4%), середнього ступеня – у 7 (15,5%), важкого ступеня – у 12 (26,6%) вагітних жінок.

**Висновок.** У більшості вагітних жінок з високим ризиком ВУІ діагностовано обтяжений акушерський анамнез і загрозу переривання вагітності на ранніх термінах гестації.

## ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ОСТЕОПАТІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Хандога В.С. - магістр*

*Науковий керівник – к. мед. н. Шевченко Ю. Ю.*

*Сумський державний університет, Медичний інститут  
кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіотрії*

В Україні зареєстрована поширеність цукрового діабету (ЦД) становить 2,4%. Число хворих на ЦД подвоюється через кожні 12-15 років. Ушкодження кісткової тканини належить до пізніх ускладнень ЦД. Саме її ушкодження є частою причиною ампутацій та інвалідизації хворих а відповідно і значних витрат на лікування, реабілітацію. Рання діагностика змін призведе до зменшення рівня інвалідизації і до зменшення витрат.

**Мета дослідження.** Покращити ранню діагностику остеопатій скелету нижніх кінцівок у хворих на ЦД, шляхом аналізу закономірності виникнення рентгенологічних змін.

**Матеріали і методи.** Проведений ретроспективний аналіз 75 рентгенограм скелету нижніх кінцівок хворих на ЦД з ознаками остеопатії нижніх кінцівок, що лікувалися на базі КЗ «СОКЛ» у 2014 році.

**Результати.** Ознаками остеопатії нижніх кінцівок у віковій групі 46-65р. виявилися у 64(85,3 %) пацієнтів, що значно частіше, ніж у групах 19-30р. - 6(8) та 31-45р. – 5(6,7 %) пацієнтів. Частота остеопатій у жінок у 3 рази більша ніж у чоловіків.

Остеопатії частіше спостерігались у хворих з ЦД другого типу – 60 (80%) ніж з ЦД 1 типу – 15(20%).

Дистальні міжфалангові суглоби ушкоджувалися найчастіше – 54 (72%), проксимальні міжфалангові та плесно-фалангові – по 51(68%), міжплеснові та гомілковостопні - 8(10,4%) хворих. Колінні суглоби – 4 (5,2%), кульшові – 2 (2,6%), ілеосакральні - 1 (1,3%). Остеопатія відсутня у 1 хворого (1,3%).

Загальна кількість хворих з деструкцією кісткової тканини склала 19 чоловік(25,3%), з них жінки – 10(52,6%), чоловіки – 9(47,4%). Хворі з цукровим діабетом 1 типу склали 2 (10,5%), 2 типу – 17(89,5%).

Найчастіше деструкція виникає у дистальних фалангах 14(73,4%), плюсневі кістки – 9(47,4%), середні фаланги 31,6%(6 чоловік), дистальні епіфізи малоомілкової та великоомілкової кістки – 1(5,3%) та 2(10,6%) відповідно.

**Висновки.** Серед проаналізованих рентгенограм остеопатії частіше виникали у віковій групі 46 – 65 років. Жінки хворіють в 3 рази частіше за чоловіків. Остеопатії в 4 рази частіше спостерігалися у хворих на ЦД 2 типу. Ушкоджуються частіше дрібні суглоби стопи, переважно плесно-фалангові, проксимальні та дистальні міжфалангові.

Деструктивні зміни спостерігалися приблизно з однаковою частотою, як у чоловіків так і в жінок. З них хворі з ЦД 2 типу склали близько 90%. Деструкція найчастіше виникала у плюсневих, дистальних та середніх фалангах.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ "ТІВОРТІН" У ХВОРИХ НА ВЕСТИБУЛОПАТІЮ**

*Хижня Я. В., Юрченко А. В. \*, Яровець А. І., Шакоцько С. В., студ.*

*СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

*СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

Причинами судинної вестибулопатії, як правило є порушення кровообігу в вертебро-базиллярній системі. Відомо, що судинний ендотелій продукує та викидає у кров'яне русло та субендотеліальний простір біологічно активні речовини, які впливають на тонус судин, процеси росту, проліферацію фібробластів, серед яких і найбільш суттєвий вазоділататор – оксид азоту (NO). Нашу увагу привернув новий донатор NO – тівортін, який володіє антигіпоксичною, цитопротекторною дією та нормалізує тонус прекапілярів, покращує функціональний стан ендотелію судин.

Метою дослідження було вивчення ефективності вітчизняного препарату "Тівортін", який виробляється фармацевтичним підприємством «Юрія-Фарм». Дослідження виконано на 45 пацієнтах, хворих на вестибулопатію. Жінок було 35 (78%), чоловіків – 10 (22%). Вік хворих коливався від 25 до 60 років. Основну частину склали пацієнти віком 35-45 років (55%). Діагноз встановлювався на підставі амнестичних, клінічних та інструментальних даних. Препарат призначали усередину за 40 хв до їжі по 15 мл (3 мірні ложки) 2 рази на добу. Курс лікування — 2 міс (60 днів). Переносимість і ефективність препарату оцінювали за відповідними параметрами та статистично обробляли. Ми призначали Тівортін аспартат на фоні базисної терапії. Слід зазначити, що застосування даного препарату прискорює зменшення симптомів вестибулопатії та запобігає виникненню рецидивів.

Таким чином, застосування "Тівортину" в комплексному лікуванні вестибулопатії має позитивний вплив на її перебіг.

## **НАЙЕФЕКТИВНІШІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ**

*Калашник Н. В., к. мед. н., асист., Хрущ О. І., студ. 5-го курсу,*

*Харченко Т. О., лікар-інтерн каф. сімейної медицини*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Від самого початку розвитку акушерської анестезіології продовжуються пошуки найбільш оптимального способу аналгезії пологового акту. Знеболення пологів – одне з основних завдань акушерської анестезіології та має велике практичне значення. Головною умовою, що визначає найбільш раціональний спосіб знеболення пологів, виявляється принцип індивідуального підходу з урахуванням психоемоційного стану роділлі, акушерської ситуації (термін вагітності, тривалість родового акту), наявності екстрагенітальної патології, віку жінки, внутрішньоутробного стану плода. В Америці, Канаді, Європі прийнято повністю знеболювати пологи, позбавляючи жінку пологових страждань. Там вважають, що жінка не повинна відчувати негативні емоції, коли дає життя іншій людині. Для цього використовують метод епідуральної анестезії (ЕПА).

Нами були розглянуті методи знеболення, що мають найбільшу актуальність у наш час і широко застосовуються для знеболення пологів в усьому світі. Проаналізувана та обґрунтована ефективність різних методик.

Для визначення найбільш досконалого методу знеболення було проведено клінічне дослідження. Дослідження проведено на базі Сумського облм асного перинатального центру. У відповідності до поставлених задач за період з 2013 по 2014 рік було досліджено 120 роділь віком від 20-ти до 35-ти років. За віком відбулося розділення : 20- 25 років – 22 жінки ( 48,88%), 26-30 років – 18 жінок (40%), старше 31 року – 5 жінок (11,12%). Для дослідження було відібрано 3 групи роділь, чисельність кожної групи 40 жінок:

1-ша група – жінки, котрим проводилась епідуральна анестезія.

2-га група – жінки, котрим проводилось знеболення за допомогою пролонгованої комбінованої спіно-епідуральної анестезії.

3-тя група – жінки, котрі для зменшення больових відчуттів при пологах, застосовували немедикаментозні методи знеболення (контрольна група).

Для визначення рівня больових відчуттів використовували суб'єктивну оцінку роділлі, опитування. Нами була розроблена шкала оцінювання, за допомогою якої жінки визначали рівень знеболення при пологах. Рівень болю відмічається на шкалі за допомогою різних кольорів та цифр. Кожна з опитаних жінок повинна була якомога точніше вибрати цифру, що найбільше відповідає інтенсивності больових відчуттів, хоча цей критерій є досить суб'єктивним. Для визначення об'єктивних даних використовували оцінку прогресування пологової діяльності згідно партограми, внутрішнього та зовнішнього акушерського дослідження, психо-емоційний стан, поведінку роділлі, АТ, пульс, дані КТГ плоду.

У результаті власного клінічного дослідження було внесено оцінку больових відчуттів до процедури, через 5 хвилин після процедури знеболення, через 30 хв, через 1 годину після, швидкість розкриття шийки матки та наявність моорного блоку, результат пологів.

Результативність пологів: пологи завершилися через природні пологові шляхи у 38 жінок (95%), 2 жінки (5%) мали слабкість I періоду пологів, 2 пологів (5%) завершилися шляхом кесарського розтину: 1 пологи (2,5%) з приводу дистресу плоду, 1 пологи (2,5%) з приводу клінічно вузького тазу. Усі породіллі у задовільному стані, немовлятам показане сумісне перебування (100%).

Проведене нами дослідження засвідчило, що немає достовірної залежності методики знеболення та результативності пологів, про що свідчить частота кесарського розтину від 2,5% до 5% у всіх групах. Отже, беручи до уваги результати дослідження, можна зробити висновок, що серед досліджуваних методів знеболення пологів найбільш ефективним є пролонгована комбінована спіно-епідуральна анестезія, так як досягається достатній рівень знеболення та відсутній моторний блок, достовірно прискорюється відкриття шийки матки. Також, досягається більш тривалий знеболюючий ефект.

## **ЗВ'ЯЗОК ВАРІАНТУ РАДИКАЛЬНОЇ МАСТЕКТОМІЇ ТА ПОСТМАСТЕКТОМІЧНОЇ ЛІМФОРЕЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Шевченко В.В., Ващенко О.І., Солодченко М.І. – лікарі*

*Ващенко І.О. – студ. 6-го курсу*

*Науковий керівник – к.м.н., доц. Шевченко В.П.*

*СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерпії,*

Найчастішим ускладненням радикальної мастектомії (РМЕ) у хворих на рак молочної залози (РМЖ) залишається лімфорей та утворення сером. Це зумовлено тим, що обов'язковим елементом радикальної операції є регіонарна лімфодисекція з видаленням значного об'єму клітковини та пересіченням великої кількості лімфатичних судин. Тривала лімфорей, утворення сером під відсепарованими шкірними клаптями може спричинити інфікування рани, некроз шкіри, розходження країв рани, що збільшує термін перебування хворих у стаціонарі та економічні витрати на їх лікування. При різних варіантах РМЕ, які

використовуються при хірургічному лікуванні РМЖ, об'єм видалених тканин відрізняється, що може істотно впливати на тривалість лімфореї та частоту утворення сером.

**Мета.** Вивчити залежність тривалості та об'єму постмастектомічної лімфореї від варіанту радикальної мастектомії у хворих на рак молочної залози.

**Матеріали і методи.** Проаналізована тривалість лімфореї після РМЕ у 402 хворих на РМЖ, які були прооперовані у СООКД протягом 2013-2014 років. Залежно від варіанту РМЕ хворі рандомізовані на 3 групи, які не відрізнялися за віком, антропометричними даними та стадіями злоякісного процесу. РМЕ за Halsted - Meyer виконана у 5 (1,2%) хворих, за Patey - Dysson – у 112 (27,9%), за Madden – у 285 (70,9%) жінок. Для активного дренивання рани використовували один трубчатий дренаж, який приєднували до вакуумної системи. Дренаж видаляли коли об'єм лімфореї був меншим 30 мл.

**Результати.** Після РМЕ за Halsted – Meyer, при якій об'єм видалених тканин був найбільший, лімфорея тривала у середньому  $23,4 \pm 2,1$  дні, коротшою вона була після РМЕ за Patey - Dysson склавши  $19,4 \pm 2,1$  днів. Це пояснюється тим, що при такому варіанті РМЕ травматичність і масив видалених тканин зменшувалися за рахунок збереження великого грудного м'яза. Найменша тривалість лімфореї зареєстрована у хворих після РМЕ за Madden, яка склала у середньому  $16,1 \pm 1,8$  днів і була суттєво меншою порівняно з РМЕ за Halsted – Meyer ( $P < 0,05$ ). Залежно від варіанту РМЕ об'єм лімфореї також був різним. Найбільшим він був після РМЕ за Halsted – Meyer, склавши в середньому  $1645 \pm 6,1$  мл. Після РМЕ за Madden та Patey – Dysson об'єм лімфореї був суттєво меншим, коливаючись від 560 до 900 мл. ( $P < 0,05$ ). Порівнюючи частоту утворення сероми, інфекційних ранових ускладнень і тривалість стаціонарного лікування хворих при різних варіантах РМЕ було визначено, що після РМЕ за Madden ці показники були найнижчими.

**Висновок.** Тривалість лімфореї та її об'єм корелюють із варіантом радикальної мастектомії, найменшими вони виявилися після РМЕ за Madden, що сприяло зниженню частоти післяопераційних ранових ускладнень та терміну стаціонарного лікування у хворих на рак молочної залози.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАЦІЇ ГАРТМАНА У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

*Шевченко В.П., Кобилецький М.М., Братушка В.О., Соболев Ю.І., Мисловський І.А.,  
Кобилецький С.М., Шимко В.В., Свістунів О.В., Корж А.О.*

*СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізотерапії.*

Сучасна тенденція в хірургії ускладненого колоректального раку (КРР) заключається у використанні резекційних методів з накладанням первинних анастомозів. Стримуючим фактором є високий ризик неспроможності швів анастомозу, летальність при якій досягає 32,1-100%. Тому, в неспеціалізованих хірургічних клініках при ГОКН найбільшу кількість прихильників має двохетапне лікування, коли на першому етапі використовують операцію Гартмана і ліквідацію колостоми на другому. Ще у 1921 році, на 30 Конгресі французької хірургічної асоціації Henri Hartmann повідомив про 2 хворих з обструктивною карциномою сигмовидної кишки, яким проведена оригінальна операція, яка потім стала епонімом його імені. В наш час існують різні погляди на доцільність використання ОГ при ГОКН. Одні автори вважають, що ОГ застаріла і сьогодні вийшла із моди "out of vogue" інші напроці розглядають її як "золотий стандарт" в ургентній хірургії ускладненого КРР, яка дає можливість одночасно усунути кишкову непрохідність і видалити злоякісну пухлину.

**Мета.** Проаналізувати результати ургентної операції Гартмана при ускладненому КРР

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз безпосередніх і віддалених результатів операції Гартмана 72 хворих на КРР, ускладнений ГОКН. Середній вік хворих –  $62,8 \pm 3,4$  років. Жінок – 39 (54,2%), чоловіків – 33 (45,8%). Екстрені оперативні втручання виконані у 59 (81,9%), термінові – у 13 (18,2%). В стадії декомпенсації ГОКН - 59 (81,9%), в стадії субкомпенсації – 13 (18,1%) хворих.

Результати. Більшість оперативних втручань виконувалися в нічний час, у осіб похилого віку, в тяжкому стані з явищами дегідратації, інтоксикації з нестабільною гемодинамікою. В цих умовах з метою зниження операційного ризику були вимушені відмовитися від первинного анастомозу. Після операції Гартмана спостерігалися наступні ускладнення: нагноєння післяопераційних ран – 17(23,6%), неспроможність кукси прямої кишки – 4(5,6%), обмежений перитоніт – 3(4,2%), некроз сигмостоми – 5(6,9%), параколомостомічна флегмона - 4(8,7%), серцево-легеневі – 19(26,4%), тромботичні – 6(8,3%) У 20 (27,8%) хворих спостерігалось поєднання ускладнень. Загалом – ускладнення спостерігалось у 42(58,4%) хворих. Померло 8 хворих, післяопераційна летальність склала – 11,1%.

Із 64 хворих, виписаних із клініки після операції Гартмана, через 3 місяці – 1,5 роки рецидиви раку виявлені у 11 (17,2%), віддалені метастази у 6(9,4%).

Другий етап операції для відновлення цілісності кишечника проведено у 30 (41,6%) хворих, у більшості (21) через 6-12 місяців, у 6 – через 3 місяці, у трьох цей термін перевищував 1 рік. Відновити природний пасаж і ліквідувати колостому вдалося у 24 (37,5%) пацієнтів.

У 6 (9,4%) хворих, оперованих через 1-1,5 роки після операції Гартмана проведена експлоративна лапаротомія у зв'язку з генералізацією злоякісного процесу. Померли 3 хворих. Післяопераційна летальність склала – 10%. Загалом, після двох етапів операції померло 11 пацієнтів, загальна післяопераційна летальність склала –15,2%.

**Висновки.** Операція Гартмана залишається ефективним способом ліквідувати ускладнення КРР у пацієнтів похилого віку з високим операційним ризиком, мінімізуючи післяопераційну летальність. Онкологічний радикалізм ургентної операції Гартмана в умовах ГОКН недостатній (локальні рецидиви спостерігалися у 17,2% хворих).

## РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ПАТОЛОГІЇ ПУПКОВОГО КАНАТИКУ

*Овечкін Д.В., Шевченко М.Ю.\**

*Дейнеко В.М., студ.6-го курсу, Мельник Д.І., студ.5-го курсу*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології,*

*КУ «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня»\**

Патологія пупкового канатику, при якій можливий розвиток ускладнень під час пологів і загалом перинатального періоду, надзвичайно різноманітна. Однією з рідкісних патологій пуповини є гематома пупкового канатику, що за даними літератури спостерігається з частотою 1 на 5000 – 13000 пологів.

Етіологія даної аномалії різноманітна, але дійсну причину інколи складно виявити. Утворення гематоми може бути наслідком розриву стінки пупкової вени в результаті сильного натягу короткої пуповини або пуповини, обвитою навколо частин тіла плода. Інколи крововилив утворюється при травмі в області локальної слабкості стінки судини (внаслідок розриву варикозно розширеної вени пуповини) або сформуватися спонтанно на тлі кісти пуповини.

Метою нашої роботи було дослідження клінічного випадку постнатально діагностованої гематоми пупкового канатику у дитини, що була госпіталізована на першу добу після народження 17.11.2013 р. у КУ «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня» (медична карта стаціонарного хворого №12172/79) з діагнозом: Гематома пуповини. Синдром Дауна.

Дитина (дівчинка) від 5-ї вагітності (1 – пологи у1993 р., 2-4 – самовільний аборт). З приводу останньої вагітності жінка на обліку з 9 тижнів. УЗД проводилося двічі (1 – вагітність 19-20 тижнів, ВПС?; 2 – вагітність 20 тижнів, без особливостей).

При обстеженні на TORCH – інфекції: позитивна проба на хламідії. Під час вагітності жінці встановлювався діагноз міокардіосклерозу та АВ-блокада 1 ступеня.



Пологі другі, в термін (37-38 тиж), 1-й період – 6 год., 2-й – 30 хв., безводний період – 4,5 год., навколоплідні води – світлі. Стан дитини після народження розцінено як середньої важкості. Оцінка по Апгар 8- 9 балів. Маса тіла – 2,730 кг; довжина – 50 см; обвід голови – 33,5 см; ОГК – 33 см.

Макроскопічне дослідження плаценти і пуповини: довжина пуповини 28,5 см, кількість судин – 3, «свіжа» гематома, варикозне розширення в місці прикріплення до плаценти. В плаценті мілкі петрифікати, вага плаценти – 500 гр. Через 2 години після народження дитини діаметр пуповини збільшився до 3 см.

Відсутність гемодинамічних розладів у плода у період вагітності та наявність «свіжої» гематоми свідчить про інтранатальне виникнення гематоми пуповини.

17.11.2013 р. пупковий канатик видалений шляхом мікролапаротомії.

Вдаючись до дискусії щодо причин виникнення гематоми пуповини в цьому клінічному випадку слід звернути увагу на два моменти. По-перше, це наявність хламідійної інфекції у матері. Знайдені петрифікати у плаценті, що зумовили варикозне розширення судин пуповини в місці прикріплення до плаценти, вочевидь є наслідком перенесеного запалення викликаного хламідійною інфекцією. Варикозно змінені судини були передумовою виникнення гематоми пуповини. По-друге, плід мав абсолютно коротку пуповину (28,5 см), що також було передумовою виникнення гематоми пуповини під час природних пологів.

Слід зауважити, у світовій літературі відзначено зв'язок більшості видів патології пуповини з підвищеною частотою хромосомних аномалій, вроджених вад розвитку (ВВР). У даному клінічному випадку у пацієнта діагностовано хворобу Дауна (каріотип 47, XX, +21), а у подальшому виявлено ВВР ЦНС, серця та трахеї.

Таким чином, даний клінічний випадок є цінним для поглиблення розуміння причин та перебігу рідкісної патології пуповини – гематоми пупкового канатику.

### **ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ БЦЖ-ВАКЦИНАЦІЇ**

*Шевченко М.Ю., Шевченко Ю.Ю., Демеха Н.М.,*

*Шарафуліна А.О.- студ., Картава Ю.О. –студ.*

*Науковий керівник – професор, д.мед.н. Дужий І.Д.*

*СумДУ, СОДКЛ, СОСЕС*

В умовах епідемії туберкульозу в Україні БЦЖ-вакцинація залишається єдиним профілактичним засобом боротьби з цим захворюванням. Проте зростання кількості поствакцинальних ускладнень за деякими авторами до 2,5% викликає занепокоєння.

**Мета дослідження.** Аналіз факторів ризику місцевих ускладнень БЦЖ-вакцинації.

Проведено аналіз розвитку місцевих ускладнень БЦЖ-вакцинації у 182 дітей за 2001-2014 роки у Сумській області. Серед них 97 (53,3%) хлопчиків та 85 (46,7%) дівчаток. Переважна більшість осіб із місцевими ускладненнями БЦЖ була у віці до 4 міс – 114 (64,4%): з них до 2 міс життя - 54 (30,5%) дитини, 3-4 міс – 60 (33,9%). З віком частота ускладнень зменшувалася: у 5-6 міс – 30 (16,9%), 7-8 міс – 16 (9,0%), 9-10 міс – 5 (2,8%), 11-12 міс – 2 (1,1%), 1-2 роки - 3 (1,7%), 2-3 роки – 2 (1,1%), 5-6 років – 2 (1,1%), 7-8 років – 3 (1,7%). Відсоток поствакцинальних ускладнень (ПВУ) збільшився з показника 2001 р. – 0,005% до максимального у 2012 р. – 0,42%, що викликає у клініцистів занепокоєння. Частота ускладнень співпадає з початком застосування Данської вакцини з 2008 р. Розвиток ускладнень супроводжував частіше введення цієї вакцини – у 131 (72%) дитини. Застосування Російської вакцини викликало місцеві ПВУ у 51 (28%) дитини. Виявлено й інші можливі фактори розвитку ПВУ. У мешканців міст БЦЖ-ускладнення розвивалися у 3 рази частіше – у 138 (75,8%) дітей, ніж у сільських жителів – у 44 (24,2%). Найбільша кількість хворих дітей – 103 (56,6%) проживала на сході Сумської області, яка є найбільш екологічно забруднена.

Серед дітей з ПВУ щеплення проводилися переважно взимку та восени (64,3%), що корелює з сезонністю народження дітей. Відповідно ускладнення вакцинації частіше спостерігалися весною – у 58 (31,9%) дітей та взимку – у 51 (28,0%) дітей, що сумарно складає

59,9% щеплених. Супутні патологічні процеси виявлено у 86,1% дітей: неврологічні – у 57 (22,6%) дітей, анемія – у 48 (19,0%), запальні – у 45 (17,9%), вроджені захворювання – 40 (16%) та алергійні процеси – у 26 (10,3%) хворих.

За локалізацією процесів частіше траплялося враження пахвових лімфовузлів зліва - у 122 (65,2%) досліджених. Локальне запалення м'яких тканин в місці введення вакцини на лівому плечі - у 47 (25,1%) дітей. У 14 (7,5%) хворих виявлено враження надключичних лімфовузлів зліва.

Консервативно лікувалося 123 (67,6%) хворих. Оперативне втручання виконано у 59 (32,4%) досліджених. У 37 (62,7%) дітей проведена енуклеація патологічних утворів (лімфовузли, «фіброзити»), у 22 (37,3%) – розтин ділянок нагноєння.

Таким чином, факторами ризику виникнення місцевих ускладнень БЦЖ можна умовно вважати застосування вакцини Данського штаму, проживання у міській місцевості, наявність супутніх захворювань, зокрема неврологічних, запальних, вроджених, алергійних та анемій. Щеплення дітей у осінньо-зимовий період теж може бути одним із чинників ризику ускладнень.

### ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ЦЕРВІКОМЕТРІЇ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПРИ БАГАТОПЛІДДІ

*Шищук А.В., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – Нікітіна І. М., асистент*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Пацієнтки з багатоплідною вагітністю складають групу високого ризику розвитку перинатальних ускладнень, серед яких загроза передчасних пологів стоїть на першому місці. Трансвагінальний моніторинг шийки матки при багатоплідді несе цінну інформацію про її стан (довжина, внутрішній зів, цервікальний канал) і є надійним прогностичним показником у комплексній діагностиці підвищеного ризику передчасних пологів. Широке впровадження цього методу діагностики у повсякденну практику антенатального догляду дозволить суттєво покращити перинатальні показники.

**Метою нашої** роботи було вивчення особливостей динаміки стану шийки матки по мірі прогресування вагітності і виявлення ультразвукових критеріїв ризику передчасних пологів у пацієнток із багатоплідною вагітністю.

В результаті проведених досліджень було підтверджено, що відмінною ознакою стану шийки матки при багатоплідній вагітності є її більш швидке укорочення після 24 тижнів вагітності порівняно з одноплідною, швидкість укорочення у ці терміни відповідно становить 1,43 мм/тиж проти 0,58 мм/тиж. «Критичний» термін визначення ризику передчасних пологів при багатоплідній вагітності складає 22-24 тижні гестації, при одноплідній вагітності - 16-18 тижнів. Ультразвуковим критерієм підвищеного ризику передчасних пологів при багатоплідній вагітності є довжина шийки матки в 22-24 тижня < 34 мм; критерієм ризику передчасних пологів у 32-35 тижнів є довжина шийки матки < 27 мм; критерієм ризику «ранніх» передчасних пологів (до 32 тижнів) < 19мм.

**Висновок.** У результаті проведеної роботи отримані дані, які свідчать, що починаючи з 22 тижнів вагітності трансвагінальний моніторинг шийки матки при двійні несе цінну інформацію про її стан та сприяє своєчасному формуванню групи підвищеного ризику передчасних пологів, що дає змогу вчасно скерувати вагітну в заклад відповідного рівня надання медичної допомоги.

## ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ НА ДОНОЗОЛОГІЧНОМУ РІВНІ

*Шишук А.В*

*Наукові керівники - Шишук В.Д., Щербак Б.І.*

*Сумський державний університет*

*кафедра ортопедії та травматології*

**Вступ.** У сучасних умовах життя, коли переважають хронічні та екстремальні впливи, виникає невідповідність біологічних властивостей середовища, відносна слабкість механізмів адаптації. В результаті цього переважаюче значення набувають хронічні патологічні процеси, які на стадії виснаження захисних адаптаційних механізмів переходять у конкретні нозологічні форми. Раннє прогнозування, раннє виявлення і профілактика цих станів є однією з актуальних тем в фізичній реабілітації, яка має не тільки медичне, але й важливе соціальне значення.

**Матеріал і методи.** Для кращого розуміння цієї патології нами були запропоновані скринінг-методи донозологічної діагностики зниження адаптаційних можливостей організму. Для розрахунку адаптаційного потенціалу (АП) ми проводили виміри зросту і маси тіла, визначення частоти пульсу і артеріального тиску. Після цього з урахуванням функціональних можливостей та ступеню адаптації обстежуваних ми поділили їх в залежності від рівня функціонального стану на чотири групи:

I) особи з високими або з достатніми функціональними можливостями організму та із задовільною адаптацією до умов оточуючого середовища;

II) особи з функціональним напруженням та з підвищеною активацією механізмів адаптації до умов оточуючого середовища;

III) особи із зниженням функціональних можливостей організму та з незадовільною адаптацією функціональних систем до умов оточуючого середовища;

IV) особи з різким зниженням функціональних можливостей організму та явищами на межі зриву механізмів адаптації.

Найпоширенішим і найнеобхіднішим скринінг – тестом залишився загальний аналіз крові. За індексом адаптації, а саме: форменими елементами периферійної крові, лімфоцитами та їх співвідношенням до сегментоядерних нейтрофілів, ми визначали тип загальної неспецифічної адаптаційної реакції. Ці тести проводилися щоденно у ранковий час.

Найсуттєвішими показниками є лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) і гематологічний показник інтоксикації (ГПІ). ЛІІ дає можливість виявити порушення у стані імунікомпетентності системи та її реактивності на фоні нормальних показників загального аналізу крові, що є надзвичайно важливим моментом в нашому дослідженні. Гематологічний показник інтоксикації дорівнював одиниці при ШОЕ (швидкість осідання еритроцитів) від 5-14 мм/год; при ШОЕ від 15-30 мм/год він збільшувався на 0,1, а при ШОЕ понад 30 мм/год збільшувався на 0,2.

Таким чином, пацієнти II-IV груп, крім I, а також пацієнти з ознаками переактивації, неповноцінної адаптації, порушеннями стану імунної системи та з високими гематологічними показниками потребують особливої уваги від співробітників санаторно-профілактичних, реабілітаційних і лікувальних закладів.

**Висновки.** Запропоновані нами прогностичні критерії адаптаційних можливостей організму дозволяють у ранні строки на донозологічному рівні проводити комплекс загальнооздоровчих профілактичних і реабілітаційних заходів в профілакторії-санаторії Сумського державного університету, не тільки для студентів, викладачів, робітників університету, а і для всіх мешканців міста Суми.

Як додаток до запропонованих досліджень на кафедрі ортопедії та травматології нами застосовуються найпростіші та доступні для широкого загалу варіанти анкетного безмашинного скринінгу для виявлення осіб з високим ризиком виникнення або рецидивів в найближчі 1-3 роки виражених неврологічних проявів поперекового остеохондрозу.

## ПРО НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ ТАБЕЛЬНИХ ЗАСОБІВ ТРАНСПОРТНОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ

*Шкатула Ю.В., Бадіон Ю.О., аспірант  
СумДУ, медичний інститут*

Імобілізація, що забезпечує нерухомість травмованих сегментів опорно-рухового апарату і спокій пошкодженій ділянці тіла є одним з найефективніших протишокових заходів на догоспітальному етапі та під час транспортування. «Не испытав, нельзя поверить, как благотворно действует совершенная неподвижность поврежденной части на травматическую боль», писав М.І.Пирогов.

Транспортна імобілізація сприяє зменшенню больової імпульсації і спрямована на попередження додаткової травматизації тканин, зменшує ризик можливої первинної та вторинної кровотечі та імовірність порушення кровообігу в ушкодженій частині тіла, запобігає вторинному зміщенню уламків та переходу закритого перелому у відкритий.

Традиційно та звично, що медичні працівники усього пострадянського простору, які задіяні у процесі надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі у більшості випадків користуються модифікованою шиною Крамера, яка з'явилася у 1887 році і шиною запропонованою російським хірургом М.М. Дітеріхсом у 1923 році і удосконаленою у 1934 році.

Немає жодного сумніву у функціональності та простоті використання цих табельних засобів транспортної імобілізації, але час вносить свої корективи. Поява нових матеріалів, розвиток технологій, разом із збільшенням кількості високоенергетичних ушкоджень, ставить нас перед необхідністю удосконалення засобів для імобілізації.

У європейських країнах до табельного оснащення служб, що надають догоспітальну медичну допомогу входить великий асортимент пластикових та пневматичних шин для транспортної фіксації кінцівок, дошки типу „Spineboard“, вакуумні матраци, термозахистні ковдри, то що. Для досягнення повної імобілізації у ділянках голова-шия-тулуб застосовуються спеціальні корсети (Kendrick Extrication Device), SED (Spenser Extrication Device). У нас вони з'являються у вигляді гуманітарної допомоги у кількості, що не задовольняє існуючі потреби.

Звичайно, різниця матеріально-технічного оснащення зумовлена різним рівнем забезпечення, але на сьогодні удосконалення та модернізація табельних засобів імобілізації має бути одним з пріоритетних напрямків реформування системи надання екстреної медичної допомоги.

## ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

*Шкільна О.О.*

*Т.В.Супрунова (к.мед.н., доцент)*

*Кафедра акушерства та гінекології №2*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

**Актуальність.** Накопичені в літературі дані свідчать про те, що поведінка матері під час вагітності, її емоційні стреси служать причиною виникнення різних форм дитячої патології (неврози, тривожні стани, тощо), відставання в розумовому розвитку та інших патологічних станів.

**Метою** нашого дослідження було вивчення впливу тривожності за дитину під час вагітності на психо-емоційний розвиток дитини в неонатальному періоді.

**Матеріали і методи** У дослідженні взяли участь 35 пар «мати-дитина». Вік жінок - від 19 до 32 років (середній вік - 23,5±3,1 років). В терміні вагітності від 30 до 40 тижнів вони за добровільною згодою проходили психологічне обстеження в умовах відділення патології вагітних або в жіночій консультації пологового будинку № 2 м. Вінниці. Застосовувалася

методика І.В. Добрякова «Тест відносин вагітної» на виявлення особливостей психологічного ставлення вагітної до майбутньої дитини.

**Результати.** Пологи у всіх жінок пройшли на 38-40 тижнях вагітності. Діти були оглянуті після народження на 4-5 добу, потім у віці одного місяця. Після народження оцінювалося соматичний стан та неврологічний статус за профілем пригнічення-роздратування. У першу групу увійшли жінки, відповіді яких відповідали тривожного типу: «Я постійно прислухаюся до рухів майбутньої дитини, без вагомих на те підстав, турбуюся про стан його здоров'я». Дану відповідь обрали 15 жінок, які увійшли у першу (основну) групу, яку ми визначили як групу «тривожних» матерів. Другу групу (порівняння) склали 20 жінок, відповіді яких відповідали оптимальному типу відношення до вагітності.

**Висновки.** Тривожні переживання вагітної жінки істотно впливають на розвиток дитини перших місяців життя. Діти матерів з високим рівнем тривоги характеризуються в неонатальному періоді тенденцією до пригнічення центральної нервової системи, емоційною нестійкістю, порушенням якості сну, мають більш низькі бали при оцінці психомоторного розвитку. У цих дітей відмічається порушення комунікативних функцій у вигляді неповноцінного «комплексу пожвавлення».

## ОЦІНКА СПОСОБІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ДИСПЛАЗІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

*Язиков О.В., Леонов В.В., Андрющенко В.В., Лукавенко І.М.*

*Сумський Державний університет, медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології.*

**Актуальність.** На сьогодні якість життя є визначальним фактором оцінки ефективності хірургічного втручання. Поряд з тим, що молочна залоза є важливим функціональним органом молодої жінки, вона також є і засобом її самоствердження, важливим елементом жіночої краси і привабливості. Отже хірургічні втручання, які проводяться з приводу захворювань молочних залоз впливають не тільки на соматичний статус жінки, а і на її психологічний стан через естетичне задоволення виглядом грудей після операції.

**Мета:** оцінити задоволеність естетичним станом молочних залоз пацієнток, оперованих з приводу доброякісних захворювань молочних залоз.

**Матеріали і методи дослідження.** Досліджено результати анкетування 106 жінок, віком від 17 до 63 років (середній вік  $35,8 \pm 2,0$ р.) з 2008 по 2013рр. Жінкам виконані авторські хірургічні втручання залежно від нозологічної форми захворювання та віку – 46 молодим пацієнткам з фіброаденомами виконані малоінвазивні операції (Пат. 84896 Україна «Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочної залози»). Пацієнткам з фіброаденомами старше 35 років, а також з локальною кістозною трансформацією і протоковими папіломами молочних залоз виконано резекцію залози з мастопексією (Пат. 83922 Україна «Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози»). Подібні втручання виконані 41 хворій. 8 пацієнткам виконано резекцію молочних залоз з пластикою за Mc Kisson і L. Benelli. 11 Пацієнткам з тотальним полікістозним ураженням виконано підшкірну мастектомію з ендопротезуванням силіконовими імплантатами (Пат. 83954 Україна «Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субмускулярним ендопротезуванням молочних залоз силіконовими імплантатами»). Аналіз естетичного задоволення виглядом молочних залоз проводили за допомогою опитувальника Breast Evaluation Questionnaire (BEQ) до операції, через 3 та 12 місяців після втручання.

**Результати дослідження.** Через 3 місяці після операції переважна більшість жінок була не задоволена естетичним результатом операції, що позначилось в зниженні показників оцінювання – рівень задоволеності властивостями грудей знизився з 3,53 балів до 3,31; рівень самооцінки – з 3,58 до 3,43 балів, важливість зовнішнього вигляду – з 3,54 до 3,18 балів ( $p < 0,01$ ). Через 12 місяців після проведеного хірургічного лікування жінки були задоволені

естетичним виглядом молочних залоз. Показники задоволеності властивостями грудей та рівень самовпевненості були навіть вищими, ніж за період до операції – 3,82 та 3,78 балів відповідно. Зміни по всіх періодах статистично значимі, окрім показника важливості загального вигляду за період до – 12 місяців після операції ( $p=0,076$ ). Проведений кореляційний аналіз Spearman виявив сильну залежність естетичного незадоволення виглядом молочних залоз зі складністю хірургічного втручання через 3 місяці після операції ( $r=-0,224$ ;  $r=-0,359$ ;  $r=-0,339$  для показників задоволеності властивостями грудей, рівня самовпевненості і загального вигляду відповідно,  $p<0,05$ ). Проте через 12 місяців зв'язок показників задоволеності властивостями грудей і рівнем самовпевненості був відсутній:  $r=-0,14$ ;  $p=0,15$  та  $r=-0,19$ ;  $p=0,051$  відповідно.

**Висновки.** Розроблені авторські методики хірургічних втручань з елементами пластичної хірургії у віддаленому післяопераційному періоді сприяють поліпшенню естетичного вигляду грудей у хворих на доброякісні захворювання молочних залоз.

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК МЕТОДОМ ПОЗАВОГНИЩЕВОГО ДОСТУПУ У ДІТЕЙ

*Яковенко М.В. - інтерн*

*Науковий керівник – асистент Бабич В.А.*

*Сумський державний університет*

*кафедра ортопедії та травматології*

**Актуальність:** на даний час актуальними являються питання підвищення якості і ефективності лікування дітей при відкритих переломах, багато фрагментарних переломах, при наявності супутньої патології, у випадках, коли потрібно швидко ліквідувати шокогенний фактор. На сьогодні не достатньо розроблені способи профілактики і лікування можливих ускладнень при проведенні позавогнищевого остеосинтезу.

**Мета:** аналіз результатів лікування переломів кісток методом позавогнищевого доступу. Вивчення локалізації, тяжкості пошкоджень кісток у дітей різних вікових груп, в яких було проведено лікування методом позавогнищевого остеосинтезу.

**Матеріали і методи:** аналіз історій хвороб СОДКЛ за період 2010-2014 р.р.

**Результати:**

Найменування	Рік	Хворий		Місце доступу			Строки фіксації	Додаткова фіксація
		стать	вік	плече	стегно	гомілка		
Стержневий апарат Костюка	2010	Х.	13 р.		+		2,5 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2010	Д.	15 р.			+	2 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2010	Х.	11 р.			+	2 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2011	Х.	13 р.			+	2,5 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2011	Д.	14 р.		+		3 місяці	-

Апарат Ілізарова	2011	Х.	16 р.			+	3 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2011	Х.	16 р.			+	2 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2012	Х.	15 р.			+	2,5 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2014	Х.	14 р.	+			3 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2014	Х.	17 р.		+		3 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2014	Д.	12 р.			+	2 місяці	-
Стержневий апарат Костюка	2014	Х.	11 р.			+	2 місяці	-

**Висновок:** Проведені дослідження підтверджують думку про застосування ефективних, малотравматичних методів позавогнищевого остеосинтезу. З метою поліпшення загального стану і для профілактики можливих ускладнень після зняття стержневих апаратів у дітей рекомендовано комплекс фізіотерапевтичних заходів.

### СЛУЧАЙ ТОТАЛЬНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ИЗ НАДКЛЮЧИЧНОГО ДОСТУПА ПО КУЛЕНКАМПУ.

*Азаренков А. В., Портяной Е.Н.*

*Научный руководитель - ассистент Редько С.И.*

*Сумский государственный университет  
кафедра ортопедии и травматологии*

До 80% операций на верхней конечности у взрослых пациентов в Украине выполняются с использованием регионарной анестезии. Блокада плечевого сплетения является одной из разновидностей регионарной анестезии и имеет ряд важных преимуществ, однако при ее выполнении возможны и осложнения. Одним из таких осложнений является развитие тотального спинального блока. В доступной нам литературе не найдено описание развития данного осложнения при выполнении блокады из надключичного доступа по Куленкампу.

**Цель работы** – разработка алгоритма диагностики и неотложных мероприятий при возникновении данного осложнения, а так же его профилактика.

**Материалы и методы.** В статье описан редкий случай осложнения блокады плечевого сплетения - тотальной спинальной анестезии у больной М, 36 лет оперированной в ортопедическом отделении 1 СГКБ по поводу перелома обеих костей правого предплечья. Типичными симптомами данного осложнения являются апноэ, гипотония, брадикардия, потеря сознания, двусторонний мидриаз. При несвоевременных и неадекватных действиях данное осложнение может очень быстро привести к остановке сердечной деятельности.

**Обсуждение результатов.** В статье описаны возможные пути проникновения анестетика в субарахноидальное пространство, особенности клинической картины, неотложные мероприятия, тактика в отношении предстоящей операции.

Развитие тотальной спинальной анестезии при выполнении блокады плечевого сплетения является грозным, но не фатальным осложнением, при проведении своевременных и адекватных мероприятий имеет благоприятный исход. Такие мероприятия, как проведение

аспирационной пробы перед введением анестетика, введение тест-дозы, введение анестетика из нескольких точек, использование нейростимулятора, снижают вероятность развития тотального спинального блока при блокаде плечевого сплетения из надключичных доступов, но не могут гарантировать полную безопасность.

**Выводы:**

Нельзя проводить блокады периферических нервов и сплетений при отсутствии кислорода, дыхательной аппаратуры, инструментария для интубации трахеи и средств для проведения сердечно-легочной реанимации;

Более широкое применение аппаратных методов поиска нервов при помощи миостимулятора и под ультразвуковым контролем позволят значительно снизить вероятность возникновения тотального спинального блока при выполнении блокад плечевого сплетения.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

*Клинический ординатор - Алжумаели Омар*

*Научный руководитель – доц. Сикора В.В.*

*СумГУ, медицинский институт,*

*кафедра хирургии с детской хирургией с курсом урологии*

**Актуальность:** В настоящее время стриктуры мочеиспускательного канала занимают около 6% в структуре заболеваний мочеполовой системы. Частота рецидивов стриктур уретры после внутренней оптической уретротомии варьирует от 20 до 76%, а после повторных вмешательств может достигать 80-100%.

**Цель работы:** улучшение результатов эндоскопического лечения непротяженных стриктур уретры.

**Материалы и методы:** Нами были прослежены результаты лечения 40 мужчин с непротяженными, впервые выявленными стриктурами уретры до 2,0 см. Возраст больных варьировал от 21 до 58 лет. Всем пациентам была проведена внутренняя оптическая уретротомия. В послеоперационном периоде одна группа пациентов (n=20) получала антибиотикотерапию и инстилляцию гидрокортизоном N10, другой группе (n=20) – наряду со стандартным лечением выполнялись инъекции препарата «Лонгидаза» по 3000 МЕ каждые 3 дня N10. Для оценки результатов лечения были использованы урофлоуметрия, определение количества остаточной мочи, шкала IPSS и QoL, а также количество рецидивов в обеих группах. Срок наблюдения составил 6 месяцев.

**Результаты:** В первой группе наблюдения через 6 месяцев после операции было выявлено 3 рецидива (15%), во второй группе – 2 (10%). Максимальной объемная скорость мочеиспускания в первой группе составила  $15,2 \pm 1,6$  мл/с, количество остаточной мочи составила  $88,3 \pm 19,4$  мл, во второй группе –  $17,4 \pm 1,5$  мл/с и  $36,5 \pm 16,4$  мл соответственно ( $p < 0,05$ ). В первой группе наблюдения суммарный балл IPSS составил  $11,2 \pm 0,86$ , QoL –  $2,3 \pm 0,61$ , во второй группе –  $9,3 \pm 0,82$  и  $2,1 \pm 0,57$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Таким образом, использование препарата «Лонгидаза» в послеоперационном периоде положительно влияет на результат эндохирургического лечения стриктур уретры.

## НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.

*Батиашвили Д.Д., <sup>1)</sup>Терецук О.Н.*

*Научный руководитель - ассистент Редько С.И.*

*Сумской государственной университет*

*кафедра ортопедии и травматологии*

*<sup>1)</sup>Сумская городская клиническая больница №5*

В последние годы отмечается повышенный интерес к нейроаксиальным методам обезболивания и спинальной анестезии (СА), в частности. Появляются сообщения об



использовании односторонней спинальной анестезии (ОСА) в сосудистой хирургии и травматологии. В основе метода ОСА лежит теоретическая возможность блокады спинальных корешков с одной стороны, оперируемой конечности, при этом снижается доза местного анестетика (МА), и минимизируются гемодинамические эффекты.

Однако многие вопросы, связанные с применением ОСА не нашли должного освещения в литературе. На сегодняшний день отсутствует теоретическое и клиническое обоснование необходимой скорости введения раствора МА в субарахноидальное пространство для достижения ОСА, нет указаний на целесообразность использования конкретного типа спинальных игл, дискуссионным остается вопрос о длительности пребывания пациента в положении лежа на боку после субарахноидальной инъекции, отсутствуют сведения о возможности использования для ОСА при оперативных вмешательствах на нижней конечности гипербарического раствора бупивакаина в сочетании с фентанилом, не полностью освещены гемодинамические эффекты ОСА

**Цель работы.** Определить эффективность, безопасность и комфортность различных вариантов СА при различных ортопедических вмешательствах на нижних конечностях.

**Пациенты и методы.** Изучено применение СА у 200 пациентов I-IV классов ASA обоюго пола в возрасте от 18 до 90 лет и массой тела от 42 до 170 кг для выполнения операций на голени, бедре, коленном и тазобедренном суставах. Применяли различные варианты СА:

- 1) традиционная (ТСА) ( $n=100$ );
- 2) унилатеральная или односторонняя (ОСА) ( $n=50$ );
- 3) продленная СА (ПСА) ( $n=25$ );
- 4) субарахноидально-эпидуральная анестезия (С-ЭА) ( $n=25$ ).

Для ТСА, ПСА и С-ЭА использовали изо- или гипербарический 0,5% раствор маркаина спинального и иглы типа Whitacre или Quincke (25-27 G), Tuohy и наборы для микрокатетерной техники; для ОСА – только гипербарический раствор в объеме 1,5-2 мл и иглы типа Whitacre. Обязательным компонентом анестезии были профилактика ПОТР (дексаметазон или 5-НТЗ-антагонисты) и седация (мидазолам или/и пропофол) для достижения 2-4 баллов по шкалам Ramsey или ОАА/S. Статистика: двусторонний точный критерий Фишера.

**Результаты и обсуждение.** Выбор техники СА определялся зоной и предполагаемой продолжительностью оперативного вмешательства, а также риском гемодинамических сдвигов. Фактическая длительность операций варьировала от 20 мин до 2,5 ч. Выраженные гемодинамические сдвиги (снижение ЧСС или/и АД сист. более чем на 40% от исходных) наблюдали в 7% в подгруппе ТСА и в 1,4% в других подгруппах ( $p=0,025$ ). В 2 случаях применения ТСА и в 1 случае ОСА сенсорный блок был недостаточно эффективным, что потребовало дополнительной медикации. Частота двустороннего распространения блокады при выполнении ОСА составила 13%. Частота мышечной дрожи отмечена в 5,9% всех наблюдений, причем при более глубокой седации она наблюдалась реже. Частота послеоперационной рвоты после ТСА и С-ЭБ составила 11,7%, а после ОСА и ПСА 4,6% рвоты ( $p=0,040$ ), что мы связываем с выраженностью депрессии гемодинамики. При этом общая частота возникновения постпункционной головной боли не превышала 2% и не зависела от техники СА. Дисфункцию тазовых органов (задержку или недержание мочи) чаще отмечали у пожилых мужчин, изредка – у молодых мужчин и женщин. Интересно, что в целом не удалось обнаружить зависимость частоты ее проявлений от техники СА.

**Выводы.** Использование альтернативных вариантов СА позволяет минимизировать вероятность побочных эффектов и осложнений традиционной техники. К недостаткам можно отнести удлинение периода ожидания развития целевого спинального блока, а также необходимость более раннего послеоперационного обезболивания.

## ВЛИЯНИЕ МАЛООБЪЕМНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ НА ВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК.

*Богма Е. В., Зацарная О. Н., Медведь О. Л., Свириденко Л. Ю.*

*Научный руководитель - ассистент Редько С.И.*

*Сумский государственный университет  
кафедра ортопедии и травматологии*

Как альтернатива большеобъемной инфузионной терапии возникла и получает все большее развитие концепция малообъемного восстановления гемодинамики (МОВГ) при помощи инфузий гипертонического раствора хлорида натрия с коллоидом (small volume hypertonic resuscitation, малообъемная гипертоническая ресусцитация).. Необходимо отметить, что введение этого раствора в требуемом количестве, которое запускает противошоковые механизмы по восстановлению гемодинамики, одновременно вызывает и острую нагрузку организма натрием и хлором. Способность организма перенести такую нагрузку в основном определяется ионовыделительной функцией почек. При её неадекватности будут поддерживаться гипернатриемия/хлоремия с их негативными последствиями для больного.

**Цель исследования.** Изучение ионовыделительной функции почек и способов ее коррекции при малообъемном восстановлении гемодинамики.

**Пациенты и методы.** 40 больным (SAPS II 47,3±9,12 баллов) с тяжелой сочетанной травмой для достижения целевых значений гемодинамики и диуреза внутривенно вводилось 4мл/кг 7,5% раствора хлорида натрия и волювена 1:1. Мониторировались плазменная концентрация натрия, хлора, лактата, кислотно-основное состояние и осмотическое давление крови, диурез, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), определялась суточная экскреция натрия и хлора с мочой. Функция почек оценивалась по шкале RIFLE.

**Результаты.** До малообъемного восстановления гемодинамики у больных отмечалась критическая артериальная гипотензия, рефрактерная к проводимой инфузионной терапии, гиперлактатемия, олигурия, снижение СКФ, с почечной дисфункцией степени R (риск) у 26 больных, I (повреждение) у 10 больных, F (недостаточность) у 4 пациентов. ГР приводила у 38 больных к быстрому подъему АД, нормализации уровня лактата. Связи между исходной степенью почечной дисфункции и восстановлением гемодинамики не наблюдалось.. У 16 больных наблюдалось замедленное возрастание скорости клубочковой фильтрации и диуреза с их нормализацией к 4-6 часам, но данная экскреторная способность почек не обеспечивала восстановление электролитного баланса, сохранялись высокая гипернатриемия/хлоремия. Этим больным в дальнейшем инфузирвалось 1000 мл Нормофундина-Г5, что привело к увеличению диуреза с нормализацией натрия и хлора плазмы. У 4 больных при недостаточном его увеличении на нормофундин дополнительно вводилось 40 мг фуросемида с положительным эффектом.

**Заключение.** Малообъемное восстановление гемодинамики сопровождается острой нагрузкой организма натрием и хлором. Это требует мониторинга суточного диуреза и коррекции при недостаточном его увеличении. Возможными вариантами такой коррекции являются инфузия нормофундина и введение фуросемида.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМОЗАМЕНТЕЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ

*Бородай И. С., Кебашвили С.В.*

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. Щербина Н. А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра акушерства и гинекологии №1*

**Цель.** Изучить аспекты лечения иммунологического бесплодия с помощью плазмозаменителей (реосорбилакт, реополиглокин, рефортан).

**Задачи.** Оценить эффективность применения плазмозаменителей в лечении бесплодия иммунологического генеза.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 60 женщин, 30 из которых страдали иммунологическим бесплодием, другие 30 – составили контрольную группу. При обследовании первых в иммунограмме до лечения определялось повышение процентного содержания Т-хелперов ( $50,1 \pm 0,9$ ), снижение Т-супрессоров ( $13,7 \pm 0,5$ ), повышение циркулирующих иммунных комплексов ( $0,075 \pm 0,002$ ), гетерофильных гемолизин ( $1,23 \pm 0,07$ ) и лимфоцитотоксических антител ( $33,6 \pm 1,0$ ) в сыворотке крови. В контрольной группе данные показатели составили  $42,8 \pm 1,0$ ;  $20,6 \pm 0,7$ ;  $0,044 \pm 0,002$ ;  $0,48 \pm 0,02$ ;  $14,9 \pm 0,3$  соответственно. Курс лечения подобранным иммуносорбентом включал 5-6 внутривенных инфузий по 60-100 мл (в зависимости от массы тела) через каждые четыре дня. Контрольный анализ на антитела проводился через три-четыре недели после последней инфузии.

Результаты. Изменение содержания Т-хелперов и Т-супрессоров не наблюдалось. Однако, через 30 дней после лечения достоверно ( $p < 0,05$ ) наступила нормализация содержания в сыворотке крови циркулирующих иммунных комплексов ( $0,041 \pm 0,002$ ), гетерофильных гемолизин ( $0,48 \pm 0,07$ ) и лимфоцитотоксических антител ( $15,0 \pm 0,8$ ). Существенно, что через три месяца после терапии уровни данных показателей практически вернулись к исходным значениям, что диктует необходимость повторных курсов инфузий плазмозаменителей.

Выводы. Терапия плазмозаменителями является эффективной в отношении некоторых показателей гуморального звена иммунитета и приводит к быстрому, но кратковременному снижению содержания антител в сыворотке крови.

## НАСКОЛЬКО ВАЖНО ВВЕДЕНИЕ В НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК УКРАИНЫ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА?

*Денчик Н. С.*

*Научный руководитель - к. мед. наук., доц. Калиновская О. И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

**Актуальность темы:** по данным национального канцер-реестра в Украине, заболеваемость раком шейки матки (РШМ) среди женщин в возрасте 20-24 лет за период с 1997 по 2001 год увеличилась на 70%. Каждая пятая женщина умирает в течение первого года после постановки диагноза РШМ. Эта проблема ведет к потере репродуктивного потенциала населения страны, на фоне и так затянувшегося демографического кризиса.

**Цель работы:** обоснование введения в национальный календарь Украины вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ).

**Материалы и методы исследования:** были проанализированы данные МОЗ Украины по заболеваемости рака шейки матки (РШМ) в популяции женщин Украины.

**Результаты исследования:** хроническая инфекция, вызываемая онкогенными типами ВПЧ, является предпосылкой для развития РШМ, который ежегодно поражает 500 000 женщин в мире и приводит к 260 000 смертельных исходов. Вирусные генотипы 16 и 18 являются причиной 70% случаев РШМ. Другие проявления папилломавирусной инфекции включают в себя рак влагалища, наружных женских половых органов, полового члена. Кроме того, типы ВПЧ 6 и 11 вызывают образование аногенитальных кондилом и рецидивирующий респираторный папилломатоз.

Недавно на рынке появились две вакцины против ВПЧ: "Гардасил" и "Церварикс"(США). Эффективность и безопасность массовой вакцинации против ВПЧ была доказана на практике. В клинических исследованиях, включавших 19 тыс. женщин, вакцины продемонстрировали 100% эффективность в профилактике предраковых поражений, вызванных ВПЧ 16 и 18, причем высокий титр антител к данным типам вируса поддерживался у более 98% женщин на протяжении 5,5 лет. В рамках Глобальной программы по вакцинам и иммунизации сегодня обязательная вакцинация введена в национальные календари США, Великобритании, Франции, Австралии и тд.

**Выводы:** учитывая, что рак шейки матки – 2-я в мире по частоте злокачественная опухоль у женщин после рака молочной железы, и более 70% случаев РШМ связаны с хронической папилломовирусной инфекцией, ВОЗ рекомендует включение вакцинации против ВПЧ в национальные программы иммунизации в странах, в том числе и в Украине, где профилактика рака шейки матки является приоритетом здравоохранения.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

*Литвинов И.О., Пискарева А.М., Писаренко Г.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2*

**Актуальность.** Эмпиема плевры (ЭП) встречается у 3-5% больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, требующими хирургического лечения. В сравнении с видеоторакоскопическими операциями (ВТО) открытые оперативные вмешательства более травматичны, с длительным послеоперационным периодом.

**Цель исследования:** оценить результаты применения ВТО в лечении острой ЭП.

**Задача:** провести анализ лечения больных острой ЭП с 2009 по 2015 г. путем применения ВТО.

**Материалы и методы.** С 2009-2015 г. в клинике на лечении находились 26 пациентов с диагнозом острой ЭП. Из них: мужчины составили 15(57,7%), женщины - 9(42,3%). Постпневмоническая этиология отмечена у 14(53,8%) больных, посттравматическая у 8(46,1%). Соответственно классификации ЭП по распространенности нами выявлены следующие формы острой ЭП: тотальная – 2(7,7%), распространенная – 8(30,7%), локализованная – 16(61,6%). ВТО выполняли с использованием эндовидеохирургического комплекса «Азимут» (Россия). Всем больным производилось направленное дренирование плевральной полости по Бюлау.

**Результаты.** Обязательными этапами ВТО по поводу острой ЭП были: ревизия плевральной полости, аспирация гноя, фибрина; промывание полости раствором декасана; декорткация легкого; выполнение плевродеза путем диатермокоагуляции; дренирование плевральной полости. Все больные были оперированы в первые сутки с момента поступления. Средняя продолжительность операции составила 51,5 минут. В лечении применяли антибактериальные препараты в комбинации: цефалоспорины и фторхинолоны. Послеоперационных осложнений, летальности не отмечено. Средняя продолжительность лечения больных составила 13 суток.

**Выводы.** 1. Раннее применение ВТО эффективно и безопасно для лечения острой ЭП. 2. ВТО при эмпиеме плевры позволяет в большинстве случаев излечить острую эмпиему плевры, избежать ее перехода в хроническую.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ.

*Негодуйко В.В.<sup>1</sup>, Михайлусов Р.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Военно–медицинский клинический центр Северного региона МО Украины*

<sup>2</sup>*Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины*

*Харьков, Украина.*

Проведение антитеррористической операции (АТО) на территории Восточной Украины, в ходе которой активно применялось современное боевое огнестрельное оружие, привело к массовым поступлениям раненых с огнестрельными ранами мягких тканей, квалифицированная медицинская помощь которым оказывалась гражданскими врачами центральных районных больниц в зоне проведения АТО. В дальнейшем при лечении пострадавших и анализе оказанной медицинской помощи были выявлены определённые организационные ошибки, которые приводили к дополнительным диагностическим и лечебным мероприятиям и удлинению сроков лечения этой категории пострадавших.

В своей повседневной деятельности гражданские врачи редко сталкиваются с массовыми огнестрельными ранениями. Как правило, это единичные огнестрельные раны, которые в большинстве своём нанесены из самодельного, травматического, охотничьего или табельного стрелкового оружия либо устройств взрывного действия: петарды, фейерверки, светошумовые взрывпакеты, сигнальные и стартовые пистолеты. Это оружие не предназначено для ведения военных боевых действий и в силу малой выраженности повреждающих факторов не приводит к обширным или множественным повреждениям.

Несмотря на базовую теоретическую подготовку достаточного практического опыта оказания медицинской помощи в условиях массовых поступлений раненых огнестрельным оружием гражданские врачи не имеют. Длительное отсутствие масштабных боевых действий на территории Украины и различие в выполняемых задачах и функциях, привело к обособлению гражданской медицины и военной-медицинской службы.

Современная отечественная медицинская доктрина подразделяет следующие уровни оказания медицинской помощи:

- Базовый уровень – Первая медицинская помощь.
- I уровень – Первая врачебная помощь.
- II уровень – Квалифицированная медицинская помощь.
- III уровень – Специализированная медицинская помощь.
- IV уровень – Специализированное лечение.
- V уровень – Реабилитация.

Выполнение ПХО ран предусмотрено на III и IV уровнях оказания медицинской помощи.

**Цель исследования** – выявить, проанализировать и систематизировать ошибки организационного характера, при оказании квалифицированной медицинской помощи раненым с огнестрельными ранами мягких тканей, поступивших из зоны АТО.

Было проанализировано 217 случаев оказания квалифицированной хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями мягких тканей в районах проведения АТО, при выполнении ПХО которых в центральных районных больницах были допущены ошибки организационного характера. Впоследствии эти раненые поступили на лечение в Военно-медицинский клинический Центр Северного региона, где были исправлены допущенные ошибки и приняты меры к их дальнейшему предупреждению.

При анализе организационные ошибки были проанализированы, систематизированы и разделены на следующие группы:

1. **Нарушение очерёдности оперирования раненых** было выявлено у 47 раненых. Согласно установкам современной военно-медицинской доктрины в первую очередь необходимо оперировать раненых с временной остановкой кровотечения или опасностью его возникновения (наложенным кровоостанавливающим жгутом, временным шунтом, обширными осколочными ранениями). Во вторую очередь с загрязнёнными ранами, когда имеется значительная опасность развития анаэробной инфекции. В третью очередь всех остальных раненых.
2. **Излишний «максимализм» или «минимализм» оказания помощи** был выявлен у 86 раненых, из них у 67 пациентов объём оказания помощи был недостаточен, а у 19 избыточен. Попытки избыточного оказания медицинской помощи не приводили к улучшению качества лечения больных, в то же время способствовали излишней нагрузке на медицинский персонал без улучшения результатов работы. Недостаточный объём медицинской помощи с пациентов с огнестрельными ранами приводит к раневым осложнениям и длительному течению раневого процесса.
3. **Ошибки в сопроводительных документах** при проведении эвакуационных мероприятий у раненых были выявлены у 121 раненого. Они заключались в неполноценном документировании проведенных диагностических и лечебных мероприятий, а так же выявленных особенностей ранения и соматического статуса пострадавших в сопроводительных документах раненых. Отсутствие полной документально

подтвержденной информации приводит к выполнению дополнительных диагностических и лечебных мероприятий и затрудняет отслеживание непосредственных и отдаленных результатов оказанной медицинской помощи.

Выявленную закономерность уменьшения раненых с дефектами выполнения ПХО через два месяца от начала проведения АТО можно объяснить улучшением взаимодействия и координации между гражданскими и военными специалистами на этапах эвакуации. Проведенная в дальнейшем информационно – разъяснительная работа с администрацией и специалистами лечебных учреждений, совместный разбор частных случаев, где выявлялись подобные ошибки оказания медицинской помощи дали положительный эффект.

**Выводы.** Организационные ошибки, выявленные при оказании квалифицированной медицинской помощи раненым с огнестрельными ранами связаны с недостаточным, взаимодействием между гражданскими и военными специалистами на этапах эвакуации, а так же различными подходами гражданской и военной доктрины в вопросах оказания медицинской помощи.

### **ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ.**

*Савченко Б. А., Сусол Ю. Н.*

*Научный руководитель - ассистент Редько С.И  
Сумский государственный университет  
кафедра ортопедии и травматологии*

Эпидуральная анестезия при лапароскопических операциях в гинекологии в 15-30 % случаев осложняется тошнотой и рвотой ( ПОТР) различной степени выраженности. В литературе очень мало работ, посвященных проблеме интраоперационной тошноты и рвоты при нейроаксиальных методах анестезии, и в частности в гинекологической практике. С этим связан постоянно продолжающийся поиск средств профилактики.

**Цель работы:** оценить эффективность профилактики ПОТР различными антиэметическими препаратами на модели лапароскопических операций в гинекологии с использованием эпидуральной анестезии.

**Материалы и методы.** В проспективное сравнительное исследование включены 150 пациенток, которым проводили лапароскопические операции в гинекологическом отделении 1-й Сумской городской клинической больницы. Для профилактики ПОТР использована комбинация дексаметазона с ондансетроном. Пациентки были разделены на 3 группы. Группа D получала дексаметазон 8 мг однократно перед началом операции, группа О- ондансетрон 8 мг., группа ДО- дексаметазон 8 мг плюс ондансетрон 8 мг (n=50 в каждой группе). Все препараты вводились в/в однократно болюсно перед началом операции. Группы исследования были сопоставимы по виду и продолжительности операций, по возрастной принадлежности пациенток, антропометрическим показателям и соматическому статусу, по критериям ASA, а также по характеру интеркуррентной патологии. Риск развития ПОТР во всех группах составлял 3-4 степень по шкале Апфеля. Эпидуральная анестезия выполнялась по общепринятой методике на уровне L 2-4 раствором 2% лидокаина. Оценка результатов включала время, продолжительность и выраженность ПОТР непрерывно интраоперационно и в течение первых 24 часов после анестезии. В интраоперационном периоде использовался неинвазивный мониторинг (АД, САД, ЧСС, SpO<sub>2</sub>). При возникновении тошноты или рвоты дополнительно внутривенно вводился ондостерон в дозе 8 мг.

#### **Результаты**

В группе D было зарегистрировано 3(6%) случая развития тошноты и 1(2%) случай рвоты интраоперационно и 6(12%) случаев тошноты и 2 (4%) случая рвоты в послеоперационном периоде. Суммарно ПОТР развился в 22% случаев. В группе О эти цифры составили соответственно 2(7%), 0(0%), 4(9%) и 1(2%). Суммарно в группе О зарегистрировано 7 случаев

развития ПОТР (18%). В группе ДО тошнота наблюдалась у 3 пациенток в послеоперационном периоде (6% случаев). Во всех группах авторы не наблюдали осложнений и побочных действий антиеметических препаратов.

#### **Выводы.**

При проведении монопрофилактики наблюдается значительное количество случаев возникновения ПОТР. Комбинация дексаметазон 8 мг плюс ондансетрон 8 мг позволяет значительно снизить вероятность развития ПОТР, однако не предохраняет в 100% случаев. Необходим дальнейший поиск средств для профилактики ПОТР

### **СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Савицкая Л.И. – студентка,*

*Альмаггази Хамза, Хамзе Мохаммад – клинические ординаторы*

*Научный руководитель – к.м.н., асист. Лекишвили С.Э.,*

*Сумской государственной университет*

*кафедра ортопедии и травматологии*

Развитие синдрома «сухого глаза» (ССГ) у больных сахарным диабетом (СД) связано с нарушением проведения импульса с глазной поверхности в мозг, т.е. ССГ является следствием нейропатии, развивающейся в глазу.

Нейропатия – одно из самых частых осложнений СД, которое может затронуть любой отдел нервной системы. Она проявляется изолированно или совместно с другими осложнениями СД. Гистологический нейропатия характеризуется потерей как больших, так и мелких миелинизированных нервных волокон, что сопровождается разрастанием соединительной ткани.

К факторам риска развития нейропатии относят возраст, продолжительность СД, гликемию, липидемию, артериальную гипертензию, микрососудистые нарушения и курение.

Таким образом, диабетическая ретинопатия и синдром «сухого глаза» имеют одинаковые факторы риска развития. Очевидно, что в этом главная причина частого сочетания этих осложнений. Отмечена также ассоциация синдрома «сухого глаза» с нейропатической потерей чувствительности стопы и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Компенсация метаболических нарушений на ранних этапах СД должна служить профилактикой как ДР, так и синдрома «сухого глаза».

На сегодняшний день нет эффективных методов лечения диабетической нейропатии, поэтому при развившемся синдроме «сухого глаза» основные мероприятия направлены на устранение симптомов, вызванных дисфункцией.

Наличие синдрома «сухого глаза» у больных с препролиферативной или пролиферативной стадиями ДР осложняет проведение лазеркоагуляции сетчатки. Лазерное воздействие может ухудшить течение синдрома «сухого глаза». Лазеркоагуляцию этим больным следует проводить с особой осторожностью и на фоне применения гелей, обладающих корнеопротективными свойствами.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

*Николаенко Р.М., Сумцов Д.Г., \* Сумцов Г.А., Павлюк Л.А.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

*\*Хирургическая клиника СИЛМЕД*

В последние годы отмечается бурное развитие эндоскопической хирургии. Несмотря на определенный скептицизм ряда врачей хирургических специальностей, лапароскопия завоевывает все новые позиции не только в абдоминальной хирургии и гинекологии, но фактически пришла во все отрасли хирургии, включая самую сложную – онкологию.

Эндоскопическая хирургия это не только косметический эффект, но и минимальная травматизация, минимальная кровопотеря, короткие сроки реабилитации и много других преимуществ. Она нередко подвергается критике из-за осложнений во время и после оперативных вмешательств. Однако в литературе практически отсутствуют работы, систематизирующие и обобщающие данные об эффективности и осложнениях лапароскопических операций.

**Задачи.** Изучить результаты и осложнения лапароскопических вмешательств.

**Материал и методы.** За 2011-2013 годы в хирургической клинике «СИЛМЕД» лапароскопически прооперировано 382 больных. Из 382 оперированных у 52 (13,6%) больных были симультанные операции, т.е. фактически произведено 434 вмешательства. Преимущественно проводились лапароскопические холецистэктомии (167 – 43,7%) и операции на придатках матки (139 – 36,4%). Среди операций на придатках, кроме кистэктомий, резекций и каутеризации яичников у 7 больных произведены операции по поводу внематочной беременности и у 15 – восстановительные операции на маточных трубах при бесплодии с обязательной хромосальпингоскопией. Кроме того, на органах таза проведено 18 больших операций (экстирпации и надвлагалищные ампутации матки, консервативные миомэктомии).

Особого внимания заслуживают симультанные операции (13,6%), когда одновременно оздоравливалась патология брюшной полости и органов таза. При обычной хирургии, как правило, производится одна, а через время вторая операция и оздоровление пациента затягивается на полгода и более. При лапароскопии больные легко переносят два вмешательства и через 3-5 дней готовы на выписку. По данным ряда авторов симультанные операции, по сравнению с общехирургическими, в 3 раза повышают эффективность лечения и качество жизни больных. Среди симультанных операций, произведенных в клинике следует отметить холецистэктомию в сочетании с кистэктомиями, экстирпациями матки, пластиками гриж, кистэктомии с консервативными миомэктомиями.

**Выводы.** Общим преимуществом лапароскопических операций, кроме косметического эффекта, является минимальная травматичность и кровопотеря, небольшое число осложнений, возможность симультанных вмешательств, легкая переносимость послеоперационного периода, быстрое выздоровление и реабилитация (среднее пребывание в стационаре 2-3 к/дня). Осложнения зарегистрированы у 6 из 382 оперированных (1,5%). Это кровотечения во время и после операции, воспалительный инфильтрат раны передней брюшной стенки, обострение хронического поверхностного тромбофлебита голени. Заслуживает внимания случай тромбэмболии легочной артерии с летальным исходом (0,26%) у больной 65 лет с варикозной болезнью конечностей, хотя проводились необходимые профилактические мероприятия.

## ОБ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА МАТОЧНЫХ ТРУБ

*Сумцов Г. А., Сумцов Д. Г.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

До последнего времени оптимального лечения первичного рака маточных труб (РМТ) еще не предложено. С 1967 по 1973 год на базе Сумского областного клинического онкологического диспансера с привлечением наблюдений Харьковского института медицинской радиологии, Харьковского и Полтавского областных онкологических диспансеров проводилось изучение возможностей диагностики, особенностей распространения и метастазирования РМТ. За этот период у 15 больных с этой опухолью были проведены пангистерэктомии с лимфаденэктомиями и резекциями большого сальника. Выявленные клиничко-морфологические особенности РМТ и результаты наблюдения за этой группой больных представляют определенный практический интерес.



У 11 из 15 больных диагноз РМТ установлен до операции путем комплексного клинического и рентгено-цитологического обследования. Две пациентки были оперированы повторно через 1,5-2 месяца после нерадикальных операций в других ЛПУ, и у двух больных диагноз РМТ установлен во время лапаротомии. Кроме того, 9 больным РМТ до операции проведена прямая нижняя лимфография. По результатам обследования, кроме удаления нижних подвздошных, у четырех больных запланировано и произведено удаление верхних подвздошных и нижних поясничных групп лимфоузлов. Ретроспективно, на основании изучения протоколов операций и результатов морфологических исследований, произведено стадирование опухолей согласно современным рекомендациям FIGO. У 5 больных установлен диагноз РМТ стадия IA, у одной – IB, у двух – IC, у одной – IIA, у одной – IIIA, у двух – IIIC и у троих больных IV стадия РМТ, то есть в начальных стадиях заболевания было оперировано 9 (60±13%; ДИ 32-84) больных и 6 (40±13%; ДИ 16-68) – при распространенных формах РМТ. Метастазы в нижние подвздошные лимфатические узлы гистологически подтверждены у 6 (40±13%; ДИ 16-68) больных. Из них у двух в сочетании с метастазами в общих подвздошных и нижних поясничных лимфатических узлах, в том числе у одной – двустороннее поражение. Метастазы в яичник на стороне поражения и сальник обнаружены у одной больной, прорастание опухоли в ткани дугласового кармана – у одной. Всем больным на область таза был проведен послеоперационный курс телегамматерапии в дозах 35-40 Гр, а в случаях прорастания или подозрения на прорастание опухоли в задний свод (9 больных) дополнялся аппликацией кобальта к влажной рубцу в дозах 28-39 Гр. Из 15 больных у 11 проведен курс химиотерапии тиофосфамидом в дозах 300-350 мг который часто продолжался параллельно с лучевой терапией. До 1980 года сроки наблюдения представленной группы больных достигали 5,5-12 лет. Свыше 5 лет жили без рецидивов и метастазов 9 (60±13%; ДИ 32-84) женщин, а из группы больных первыми двумя стадиями – 7 (88±12%; ДИ 47-100). Остальные 6 больных РМТ прожили после операции от 8 месяцев до 4 лет, в среднем 28 месяцев. Это больные II-IV стадий и одна со стадией IB. Из этой группы больных одна умерла не от РМТ, а токсического гепатита.

Представленный анализ показывает, что РМТ обладает значительной инфотропностью, но при выявлении в ранних стадиях и радикальных операциях, представляется возможным достигнуть достаточно оптимальных результатов лечения.

## **ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ НА БАЗЕ ЦГКБ №1.**

*Клинический ординатор - Хсино Исса;*

*Научный руководитель – доц. Сикора В.В.*

*СумГУ, Медицинский институт,*

*кафедра хирургии с детской хирургией с курсом урологии*

**Актуальность темы.** В урологии оперативная лапароскопия стала внедряться сравнительно поздно и не столь широко, как в других разделах хирургии. Это связано скорее всего с тем, что изначально лапароскопические операции разрабатывались для органов брюшной полости и требовалось время для осознания возможностей данной технологии для вмешательств на других органах, в частности на органах забрюшинного пространства.

Анатомически и технически наиболее рациональны лапароскопические операции в урологии при варикоцеле и кистах почек. При этой патологии объекты операции находятся в непосредственной близости от брюшины или предлежат к ней, что существенно облегчает проведение вмешательства. С другой стороны известно, что традиционные операции при этих нозологиях не являются абсолютно эффективными и дают определённый процент рецидивов и осложнений, а при люмботомии несравненно более тяжёлую операционную травму.

**Материалы и методы.** В 2014 г. внедрены операции: лапароскопическое пересечение семенной вены и лапароскопическое иссечение простых кист почек. Прооперированно 31 чел. с варикоцеле (из них 5 - рецидивы после традиционных операций) и 19 чел. с кистами почек.

Варикоцеле у всех пациентов было левосторонним. Из пациентов с кистами почек было 14 женщин, 5 мужчин. Локализация кист 15 - правая почка, 4 - левая почка; нижний полюс - 12, средний сегмент - 4, верхний полюс - 2, парапеллвикально - 1. Возраст пациентов с варикоцеле колебался от 15 до 29 лет, с кистами почек от 38 до 66 лет. Показания к лапароскопическим операциям были те же, что и при традиционных вмешательствах. После наложения пневмоперитонеума проводилась диагностическая лапароскопия, определялась топография внутреннего пахового кольца с семенной веной или кисты почки. При варикоцеле над семенной веной рассекалась брюшина, вена выделялась, клипировалась и пересекалась. Многократное увеличение оптической системы делает ревизию области внутреннего пахового кольца абсолютно надёжной, даже при рассыпном типе семенной вены. При кистах почек брюшина рассекалась в продольном направлении, экстраренальная часть её максимально выделялась и после пункции иссекалась на расстоянии 3-5 мм от паренхимы почки. Интратренальная часть кисты после тщательного осмотра и исключения новообразований обрабатывалась склерозантом (спиртовой раствор йода). Иссеченная часть кисты удалялась из брюшной полости и направлялись на гистологическое исследование.

**Результаты:** все пациенты с варикоцеле и кистами почек через сутки после операции активизировались, вели обычный образ жизни. Жалоб не предъявляли. После иссечения кист почек обязательно проводилось контрольное УЗИ через 2-3 дня. Осложнений и рецидивов не было, но небольшой объем работы делает выводы предварительными.

**Выводы:**

- ⓐ Лапароскопические операции при варикоцеле и кистах почек должны стать методом выбора в их лечении.
- ⓑ Основным преимуществом лапароскопического варианта лечения варикоцеле является меньшая вероятность рецидива. Основным преимуществом лапароскопического иссечения кист почек является минимальная операционная травма при полном клиническом эффекте. Минимальная операционная травма снижает риск осложнений, длительность госпитального периода и сроки утраты трудоспособности, даёт отличный косметический эффект.

## РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ, КАК ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ.

*Червань И.В.*

*Научный руководитель: асс. Шушлятина Н.О.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра оториноларингологии*

**Введение.** На сегодняшний день весьма актуальными вопросами остаются вопросы длительной интубации трахеи и способы ее реализации. Отсутствуют четкие параметры места и времени наложения трахеостомии. А возникающие постреанимационные рубцовые стенозы гортани и трахеи - до сих пор сложная и нерешенная проблема оториноларингологии.

**Цель исследования.** Анализ причин и механизмов развития стенозирования трахеи, поиск оптимальной тактики наложения трахеостомы.

**Материалы и методы.** Работа включала анализ 44 историй болезни пациентов с наложением трахеостомы и длительной интубацией больного (12-30 суток).

**Результаты.** Все наблюдаемые больные были распределены следующим образом: продленная эндоларингеальная интубация и ИВЛ-27 больных; интубация, через наложение трахеостомы по Бьерку-1 больной; интубация, при проведении трахеостомии продольным рассечением колец трахеи- 5 больных, поперечным- 3 больных; крестообразным- 2. В результате ретроспективного анализа историй болезни, было отмечено, что у 27 больных (61% случаев наблюдения) причиной формирования грубого рубцового процесса в гортанно-трахеальной зоне явилась продленная (12-30 суток) интубационная травма в этой области. Кроме того, были выявлены дефекты техники выполнения трахеостомии: высокая

трахеостомия с пересечением первого полукольца и повреждением перстневидного хряща и низкая трахеостомия на уровне 5-6 полуколец с ранением брахицефального ствола.

**Выводы.** Мы не нашли четкой достоверной зависимости возникновения стеноза от проводимых методов наложения трахеостомы, но установили четкую зависимость тяжести рубцового процесса от сроков интубации. Было отмечено, что длительное пребывание пациентов на ИВЛ приводит к формированию многоуровневого стеноза гортани и трахеи с нарушением трофики и иннервации тканей. Немаловажным является сохранение целостного каркаса трахеи с минимальной травматизацией ее колец (методом Бьерка), которое дает возможность предупредить возможные осложнения, связанные с последующим стенозом трахеи.

### ГЛАУКОМА НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)

*Цабадзе Т.Н. – клинический ординатор  
Научный руководитель – к.м.н., асист. Лекишвили С.Э.,  
Сумской государственной университет  
кафедра ортопедии и травматологии*

**Актуальность.** В настоящее время считают, что глаукома нормального давления (ГНД) – это оптическая нейропатия с хронической потерей ганглиозных клеток сетчатки вследствие генетически обусловленной гиперчувствительности к повышению ВГД. В связи с нормальным уровнем ВГД заболевание часто выявляется уже в далеко зашедших стадиях. В настоящее время остается не до конца изученным патогенез ГНД. При ГНД с особой яркостью проявляются другие, помимо толерантного ВГД, факторы риска развития глаукомной оптической нейропатии. По данным мировой литературы ГНД составляет от 11 до 30% [Levene R., 1980] в европейских странах.

Причиной развития ГНД является снижение внутриглазного кровообращения, в частности, снижение перфузионного глазного давления в области ДЗН и сетчатки.

**Цель.** Изучение клинических особенностей глаукомы с нормальным давлением. Методы исследования стандартные офтальмологические и ОКТ.

**Материал и методы.** Нами обследован 41 больной (82 глаза) с ГНД.

**Результаты.** Проведенные нами исследования выявили следующее: ВГД у больных ГНД не превышало 26 мм рт.ст., у 26 больных (52 глаз) отмечалась глаукомная экскавация ДЗН, у 9 больных (18 глаз) была расширенная физиологическая экскавация, у 6 больных с подозрением на ГНД не было изменений ДЗН. ОКТ – исследование было проведено 20 больным. Это были преимущественно больные с I и II стадиями заболевания (18 больных – 36 глаз), с III стадией было 2 пациента (4 глаза). Изучение соматического состояния больных показало: наиболее часто встречались гемодинамические кризы, низкий уровень артериального давления, гипертоническая болезнь, носившая симптоматический характер; у одной больной в анамнезе был посттромботический синдром, у 5 – сахарный диабет, у 1 больного – болезнь Паркинсона.

**Выводы.** 1. При оценке клинического состояния больных ГНД следует больше внимания уделять общесоматическому статусу, так как это имеет большое значение при назначении им лечения. 2. С целью коррекции лечения данной категории больных следует учитывать показатели ОКТ-исследования. 3. При назначении медикаментозного лечения больным ГНД с учетом снижения перфузионного давления и первичной сосудистой дисрегуляции следует отдавать предпочтение препаратам простагландинового ряда.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

*Цверошвили Н.Ю. – клинический ординатор  
Научный руководитель – к.м.н., асист. Лекишвили С.Э.,  
Сумской государственной университет  
кафедра ортопедии и травматологии*

**Актуальность.** Неврит зрительного нерва представляет собой острое воспаление зрительного (оптического) нерва.

Чаще всего зрительный неврит возникает в возрасте 18-50 лет, редко встречается у детей и пожилых людей. Среди больных преобладают женщины. Обычно поражается только одна сторона.

Оптический неврит приводит к снижению зрительных функций. У 35% больных в течение 5-7 лет после неврита формируется клиническая картина рассеянного склероза, поражающего чаще лиц трудоспособного возраста.

**Цель.** Оценить этиологию оптических невритов, нарушение зрительных функций и эффективность консервативного лечения.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезни 79 больных (94 глаза), получавших лечение в КУ СГКБ №5» в 2010-2013гг. Средний возраст составил  $34 \pm 2,8$  лет. Поражение одного глаза отмечено у 66 (84%) больных, обоих – 14 (16%). У 8 (10%) больных было рецидивирующее течение. Ретробульбарный неврит выявлен на 67 (71%) глазах.

**Результаты.** Этиологические факторы: одонтогенный – у 1 пациента, токсический – у 6 пациентов, ВПГ – у 1, острый тонзиллит – у 1; патология ЦНС – у 19: в 5 случаях уже стоял диагноз рассеянного склероза, у 14 (18%) пациентов по МРТ впервые обнаружены признаки демиелинизирующего заболевания. При поступлении острота зрения 0 (ноль) – на 1 (1%) глазу, светоощущение с неправильной проекцией – 4 (4%), с правильной проекцией – 2 (2%), от 0,005 до 0,09 – на 34 (36%), от 0,1 до 0,5 – на 37 (39%), 0,6 и выше – на 16 (17%) глазах. По данным периметрии на 85 (90,4%) глазах выявлены патологические изменения поля зрения. При выписке положительная динамика зрительных функций была у 70 больных (89%), отрицательная – у 1 (1%), без динамики – у 8 (10%).

**Выводы.** В большинстве случаев этиология оптического неврита остается неясной. МРТ, консультацию невролога необходимо включить в объем обследования всех больных с данной патологией. Положительная динамика зрительных функций отмечена у 88,6% пациентов.

## ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЮНОШЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ ПРИ МИОПИИ

*Шакотько С. В. – студент  
Научный руководитель – к.м.н., асист. Лекишвили С.Э.,  
Сумской государственной университет  
кафедра ортопедии и травматологии*

**Актуальность:** Юношеская глаукома миопического глаза занимает особое место среди других видов глауком и встречается приблизительно в 2% случаев, поражая людей молодого, наиболее творческого возраста, имеет генетическую предрасположенность, часто протекает бессимптомно на фоне быстрого прогрессирования миопии, в связи с чем поздно диагностируется.

Увеличение передне-заднего размера глаза при прогрессировании близорукости ведет к увеличению радиуса кривизны роговицы и к ее уплощению. Это, в свою очередь, занижает показатели ВГД десяти граммового тонометра Маклакова.

**Цель:** Изучение особенностей современной диагностики юношеской глаукомы миопического глаза с использованием ОСТ и периметрии Centerfield.

**Материалы и методы:** Нами было обследовано 50 больных (100 глаз) в возрасте от 8 до 17 лет с быстрым прогрессированием миопии (более 1 дптр. за год), и изменениями глазного

дна – расширение экскавации ДЗН и смещение сосудистого пучка. ОСТ и периметрия Centerfield проведена 21 больным.

**Результаты:** Средний уровень ВГД среди обследуемой группы составил 21 мм. рт. ст; повышенное ВГД (>25 мм.рт.ст ) наблюдалось только у 2 больных. Диагноз был подтвержден у 8 больных на ОСТ и периметрии Centerfield. При этом использование метода периметрии Centerfield позволило выделить следующие диагностические показатели ювенильной глаукомы миопического глаза: 1.увеличение площади слепого пятна; 2. Снижение чувствительности в зоне Бьррума; 3. Отклонение среднего дефекта поля зрения (MD norm (-2dB)-(+2dB). На ОСТ отмечается тенденция к истончению высоко рефлектирующего слоя нервных волокон в зоне Бьррума; 2-углубление экскавации ДЗН (C/D vertical >0,7) 3-расширение площади ЗН позволили наиболее подробно обследовать участок ДЗН и слоя НВ.

**Выводы.** 1-При подозрении юношеской глаукомы данные тонометрии по Маклакову нельзя считать достаточно объективными. 2-С целью верификации диагноза юношеская глаукома рекомендуем испробовать периметрию Centerfield как наиболее чувствительный метод диагностики субъективных изменений при глаукоме. 3-ОСТ томография уникальный метод, который позволяет с высокой точностью выявить начальные изменения слоя НВ и ДЗН.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ПО КУРСУ ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ УКРАИНЫ

*Шишук В.Д., Редько С.И., <sup>1</sup>Ляпа Н.Н.*

*Сумский государственный университет*

*Кафедра ортопедии и травматологии*

*<sup>1</sup>Кафедра военной подготовки*

В течение многих лет по программе обучения студентов-медиков был исключен курс военно-полевой хирургии, что, безусловно, сказалось на подготовке врачей к работе в экстремальных условиях. Однако условия военной обстановки делают военно-полевую хирургию настолько своеобразной и отличной от хирургии мирного времени, что для всякого военного врача, военного хирурга и санитарного начальника изучение военно-полевой хирургии является совершенно необходимым.

В связи со сложной военной ситуацией на востоке Украины в зоне проведения АТО возникла острая потребность в подготовленных специалистах, способных оказывать медицинскую помощь раненым и пострадавшим на высоком профессиональном уровне. Министерство обороны Украины заявило о необходимости возврата военно-медицинского образования в систему высших учебных заведений Украины и внесении изменений к действующим учебным планам и программам. Вместе с тем, на 11 медицинских кафедрах военной медицины всех высших учебных заведений МОЗ Украины будет осуществляться подготовка специалистов всех образовательно-квалификационных уровней и ступеней по военной медицине с присвоением после сдачи соответствующих экзаменов воинских званий медицинского состава запаса.

В настоящее время Минздрав Украины согласовал проект правительственного распоряжения о возобновлении работы медицинских кафедр и военной медицины в 8 высших медицинских учебных заведениях МОЗ Украины в дополнение к пяти уже существующим - в Запорожском, Тернопольском, Днепропетровском, Одесском государственных университетах и Харьковском национальном медицинском университете. Министерством в сентябре 2014 года утверждены методические рекомендации "Принципы и технология домедицинской помощи пострадавшим в результате боевых действий", которые уже внедрены в учебно-методическую деятельность медвузов Украинским центром научной медицинской информации и патентно-лицензионной работы и Центральным методическим кабинетом высшего медицинского образования МОЗ Украины.

Ранее, до исключения из учебных дисциплин медицинских заведений, курс военно-полевой хирургии преподавался на кафедрах ортопедии и травматологии, поскольку именно специфика специальности «Ортопедия и травматология» соответствует стандартам данного курса. Война - это травматическая эпидемия, а подготовка высококвалифицированных специалистов должна прежде всего включать знания оказания медицинской помощи и лечения при огнестрельных и минно-взрывных повреждениях опорно-двигательной системы. Так, в эпидемиологии военной травмы (по данным Днепропетровской областной клинической больницы) преобладает тупая травма (70%), проникающие ранения (21%) и прочие повреждения (9%); в структуре смертности от предотвратимых причин среди раненых в боестолкновениях лидирующие позиции занимают кровотечения (60%), пневмоторакс (34%), непроходимость дыхательных путей (6%).

**Выводы.** 1. На основании вышеизложенного считаем необходимым включить курс “Военно - полевая хирургия” в программу преподавания ортопедии и травматологии.

2. Программы подготовки студентов всех образовательно-квалификационных уровней и ступеней должны предусматривать изучение соответствующих разделов по медицинскому обеспечению войск и гражданского населения в военное время и при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

## ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Шкатула Ю.В.*

*СумГУ, медицинский институт*

Интранатальная травма новорожденного – это патологическое состояние, развившееся во время родов и характеризующееся повреждениями тканей и органов ребенка, сопровождающимися, как правило, расстройством их функций. До настоящего времени интранатальные повреждения остаются одной из малоизученных проблем детской травматологии.

Целью исследования является повышение эффективности диагностики и лечения интранатальных травматических повреждений у новорожденных путем изучения их клинико-нозологических и клинико-эпидемиологических характеристик.

Для изучения структуры интранатальных повреждений и выявления факторов риска их возникновения, проведен ретроспективный анализ 618 родов. По материалам первичной медицинской документации сплошным методом выявлено 55 случаев интранатальной травмы. Группу сравнения составили 90 случаев рождения здоровых доношенных детей.

В ходе исследования установлено, что средний срок гестации обследованных новорожденных с интранатальной травмой составил  $39,2 \pm 0,2$  недели (в контрольной группе –  $38,6 \pm 0,2$ ) ( $p < 0,05$ ). У 7,3% рожениц основного массива исследования роды были затяжными (более 18 часов или более 12 часов для повторнородящих), в то же время у женщин контрольной группы затяжных родов нами не зафиксировано. В основной группе в 7,3% случаев выполнялись вакуум-экстракция плода и медикаментозная стимуляция родовой деятельности. В контрольном массиве исследования достоверно чаще выполнялось абдоминальное родоразрешение (20,0% против 3,6%). Обращает на себя внимание то, что у 12,7% рожениц основной группы исследования произошло преждевременное излитие околоплодных вод, в то же время в контрольной группе имело место только 2,2% таких случаев. При изучении нозологических характеристик установлено, что среди интранатальных повреждений наиболее часто встречались травмы волосистой части головы (кефалогематомы) (65,4%), травмы скелета (21,8%) и травмы периферической нервной системы (9,1%).

Родовая травма является критерием качества стационарной акушерской помощи. Непосредственной причиной родового травматизма нередко бывают неправильно выполняемые акушерские пособия и другие травмирующие способы родоразрешения. Факторами, предрасполагающими к возникновению интранатальной травмы, являются сопутствующая патология у рожениц, длительность родового акта, срок гестации.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КРУПНЫХ КОНКРЕМЕНТАХ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА

*Клинический ординатор – Шавлакадзе Л.И.*

*Научный руководитель – доц. Сикора В.В.*

*СумГУ, медицинский институт,*

*кафедра хирургии с детской хирургией с курсом урологии*

**Актуальность темы:** Сравнить результаты использования метода чрескожной нефролитоэкстракции с предварительным смещением конкремента в почечную лоханку и трансуретральной контактной литотрипсии для удаления крупных и плотных конкрементов из средней и нижней трети мочеточника.

**Материалы и методы исследования:** Трансуретральный доступ к конкременту в верхних мочевых путях осуществляли под эндоскопическим и рентгенотелевизионным контролем через естественные мочевые пути, которые обычно адекватны для проведения по ним ригидных инструментов. Мы использовали уретеропиелоскоп фирмы KARL STORZ 11 Fг. Дилатации устья, как правило, не требовалась. После визуализации конкремента проводили его ретроградное смещение в полость лоханки тубусом уретеропиелоскопа или катетером, или усилением ирригации жидкости. В мочеточнике оставляли катетер № 5 (лучше с баллоном), а в мочевом пузыре уретральным катетер, к которому прикрепляли мочеточниковый. Пункционно или по нефростомическому дренажу в лоханку заводили струну, по которой бужировали нефростомический канал до диаметра тубуса нефроскопа. Выполняли нефроскопию с литоэкстракцией. По окончании манипуляции в лоханку на 3-5 дней устанавливали дренажную трубку, катетер удаляли через сутки.

**Результаты исследования.** С 2013 по 2015 гг. в нашей клинике получили лечение 123 пациента с крупными и плотными конкрементами средней и нижней трети мочеточника. Из них 63 мужчин (51,2 %) и 60 женщины (48,7 %). Размеры конкрементов от 0.9 см. до 2.5 см располагались в нижней трети у 54 больных (44%) и у 69 (56 %)- в средней трети мочеточника. У 78 больных была выполнена трансуретральная контактная уретеролитотрипсия при помощи лазерного волокна karl storz calculase. У других 45 пациентов конкремент был смещен в лоханку и удален методом чрескожной нефролитоэкстракции. Следует отметить, что у 71 пациента (58 %) крупный конкремент находился в мочеточнике длительное время (от 1.5 месяцев до 2 лет), что привело к формированию уретерогидронефроза и потребовало предварительного наложения ЧПНС. Собственно удаление конкремента производили через 1,5 - 2 месяца после дренирования верхних мочевых путей и восстановления функции почки.

В послеоперационном периоде острый пиелонефрит возник у 20 пациентов, подвергнутых трансуретральной уретеролитотрипсии (16.4%) и у 11 пациентов после чрескожной нефролитоэкстракции (8.7%).

Методика операции со смещением конкремента в полостную систему почки позволила уменьшить интраоперационные осложнения на 50%, время оперативного вмешательства на 27%, возникновение пиелонефрита в послеоперационном периоде на 50%, средний послеоперационный койко-день на 35%.

**Выводы:** Таким образом, оперативная методика чрескожной нефролитоэкстракции с предварительным смещением конкремента в почечную лоханку имеет преимущества перед трансуретральной контактной литотрипсией при удалении крупных и плотных конкрементов из средней и нижней трети мочеточника.

## SPINAL MANIPULATION

*Amannullah Waheedullah - clinical ordinator –  
Scientific supervisor – prof. Shyshchuk V.D.  
Sumy State University, Medical Institute  
Department of orthopedic and traumatology*

Spinal manipulation is a therapeutic intervention that has roots in traditional medicine and has been used by various cultures, apparently for thousands of years. Hippocrates, the "father of medicine

**AIM** : the role of manual therapy is to reliving sever pain without any operation and to prepare some body or improve him to his own life style to a good way

**Methods** is one of several options—including exercise, massage, and physical therapy—that can provide mild-to-moderate relief from low-back pain. Spinal manipulation appears to work as well as conventional treatments such as applying heat, using a firm mattress, and taking pain-relieving medications: (SAID such as deprasspan , betaspan, bethametazone,etc ) doing as an inject in they joint under ligament and those points that have severe pain once then after 2/3 week ,

**Result** The effects of spinal manipulation have been shown to include:

Temporary relief of musculoskeletal pain

Shortened time to recover from acute back pain

Temporary increase in passive range of motion

Physiological effects on the central nervous system (specifically the sympathetic nervous system

Altered sensorimotor integration

No alteration of the position of the sacroiliac joint

## ULTRASOUND CRITERIA OF THE CERVIX UTERI IN THE DIAGNOSIS OF PRETERM LABOR IN MULTIPLE PREGNANCIES

*Boyko V.I., profesors Nikitina I.M., assistant. Kopytsa T.V., assistant.  
Sumy State University, department of obstetrician and gynecology*

With increasing cases of assisted reproductive technology significantly increased the number of multiple pregnancies. Patients with multiple pregnancy constitute a high-risk of perinatal complications, including the threat of premature birth is in the foreground. Transvaginal cervical monitoring at multiple pregnancy carries valuable information about the state of the cervix (length, inner mouth, the cervical canal) and is a reliable prognostic indicator in the diagnosis of complex high risk of premature birth. The widespread implementation of this diagnostic method in daily practice antenatal care will significantly improve perinatal indicators.

The aim of our work was to study the characteristics of the dynamics of the cervix in the progression of pregnancy and detect ultrasonic kryterii risk of preterm birth in women with twins.

**Materials and methods.** To address the problems in the work conducted prospective analysis of 150 case histories of women with singleton pregnancies and 200 pregnant women with histories of twins (114 - with dyhorianalic, 86 - with monohorianalic diamniotyc) who were registered in the antenatal clinic and treatment in Sumy Regional Clinical perinatal center in the 2011-2014. We use the criteria ultrasound cervical condition and identified the following groups. The control group consisted of 100 patients where pregnancy was without the threat of termination, and labor which took place in the period of full-term pregnancy (50 - with a singleton pregnancy, 50 - with a multiple pregnancy). In the study group included 100 women with singleton pregnancies (group 1) and 150 of the twins (group 2), whose pregnancy was complicated by the threat of termination in different periods of gestation. All patients, who had pregnancy with complications by the threat of termination received pathogenetic therapy according to current clinical protocols. In the study group were included patients with cervical incompetence and habitual.

We have studied general, somatic, obstetric and gynecological history, pregnancy, childbirth, and in particular the state of the cervix with the progression of singleton and multiple pregnancies. In conventional clinical examination and laboratory tests, carried ultrasound tservikometry

To assess the state FPC carried ultrasound fetal and placental complex using modern ult 10-13 Weeks., 16-22 weeks. and 28-34 weeks of pregnancy. As I trimester ultrasound diagnosis was made



with using two standard methods: transvaginal sonography and transabdominal scanning techniques with full bladder. The ultrasonic sensor is introduced into the vagina, directing the front arch, while trying not to put pressure on the neck, so as not to cause her artificial extension. After receiving the sagittal cut cervical mucous echogenic used to determine the internal endocervical cells. To measure cervical length linear sliders placed on a triangular echogenic area external os and V-shaped slot inner eye. Each survey took about 2-3 minutes.

Statistical analysis of the data was performed using parametric methods of statistical computer programs

**Results.** The dynamics of the state of the cervix in multiple and singleton pregnancy using transvaginal sonography. Revealed distinctive feature state of the cervix with twins, that is more rapid reduction of cervical after 24 weeks compared with singleton pregnancy. Developed ultrasound cervical length criteria for early formation of an increased risk of preterm delivery among patients with twins. Developed standards cervical length for each gestational period in twins.

When analyzing the individual values of cervical length in patients with twins and preterm delivery, we found a clear correlation dynamics of the cervix in these terms for a period of spontaneous labor. By 22-24 weeks of gestation dynamic changes in the cervix was virtually identical. However, since this term (22-24 weeks) in patients who had labor to 32 weeks, the rate of cervical shortening was more pronounced: 5.53 mm / week. against 2.33 mm / week. in women who had labor in 32-35 weeks. In terms of labor in 32-35 weeks cervical length was  $28 \pm 3,8$  mm in 25-27 weeks and preterm labor at 32 weeks cervix was 1.47 times shorter -  $19 \pm 3,2$  mm. Thus, the earlier attacked at birth twins, the more important were changes in the cervix that manifested not only shortening it, but V- or U -shaped opening of the internal os. In patients with multiple pregnancy who had preterm labor, as in patients who have had a period, we found no significant differences in the length of the cervix of the women with first and second pregnancy and depending on the type of placentation (mono and double dyhorionic). The exceptions were 3 (2%) patients with monohorionic double sharp shortening of the cervix (up to 13-15 mm) in 25-27 weeks, which is not due to the type of placentation, and the presence of polyhydramnios expressed in one of the fetus of the syndrome fetofetal transfusion heavy degree, which makes it difficult to 15% monohorionical twins. Installed "critical" periods (22-24 weeks) when it is necessary to conduct research cervix to determine the degree of risk of preterm birth. With a length of cervix  $<34$  mm in 22-24 weeks increased risk of preterm birth before 36 weeks; of the risk of preterm birth at 32-35 weeks is cervical length  $<27$  mm, the criterion of risk "early" preterm birth (before 32 weeks) -  $<19$ mm.

### THE OSTEOTOMY OF THE KNEE DEFORMATION AFTER GONARTHROSIS (ARTHROSIS OF THE KNEE)

*Khalid Nazbar – clinical ordinator, Shalimov I.M.<sup>1)</sup>*

*Scientific supervisor – prof. Shyshchuk V.D*

*Sumy State University, Medical Institute*

*Department of orthopedic and traumatology*

*<sup>1)</sup> Sumy Municipal Clinical Hospital*

The knee joint is comprised of three bones: the thigh bone (femur), the shin bone (tibia) and the kneecap (patella). In case of arthrosis, in most cases female had problem with the cartilage deteriorates and the bones start rubbing directly against each other. The result is joint pain, which worsens day by day, and limits motion.

**AIM:** the role of osteotomy of the tibia bone is to remove the bone syndrome and remove they deformity which was rubbing directly against each other and scratching cartilage .

**Result:**

in Sumy region In CMCH with we had 96 case during 2013-2015 of osteotomy of tibia bone and fixation of it with palate it is one of the good method with a good result we have done 85 women and and 9 men we had 99% good result with our patients.

**Conclusion:** Osteotomy is best method for controlling and not let to improve the pain syndrome and more deformities in patient with gonarthrosis or knee arthritis.

## RELATIONSHIP BETWEEN ABNORMAL PLACENTATION AND PREVIOUS CAESAREAN SECTION

*Kopycja T. V., asistant*

*Sumy State University, Department of Obstetrics and Gynecology*

Abnormal implantation of placenta *previa* is life-threatening condition. The increased incidence of placenta praevia in the last decade may be the result of increasing caesarean delivery rates during this period or the more widespread use of ultrasonography for detecting placenta praevia.

**Aim:** The purpose of this study was to assess relationship between previous Caesarean section and subsequent development of placenta praevia

**Methods:** This analytical study was conducted in the Sumy City Maternity Hospital №1 during 2010-2014 years. 252 pregnant women were included in this study, - 38 (15,1%) with history of previous Caesarean sections. These patients were divided into two groups. Group A with previous one Caesarean section, group B with previous, two Caesarean sections. The diagnosis is usually established by ultrasonography and occasionally supplemented by magnetic resonance imaging (MRI).

**Results:** Out of 252 cases placenta praevia was diagnosed in 14 cases (5,6%). All patients with abnormal implantation of placenta *previa* were analyzed prospectively. 11 (5,1%) from pregnant women without history of previous Caesarean sections were found to have placenta praevia. Group A included 28 patients and 2 (7,1%) were found to have placenta praevia. In Group B 10 patients were studied and placenta praevia was diagnosed in 1 (10%) of them.

**Conclusion:** It was confirmed that previous caesareans increase the risk of placenta praevia and the risk is proportional to the number of previous Caesarean sections.

## CAUSES OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN NIGERIA

*Nnamani Chizoba, Anagbani Ikenna - students of 3 course*

*Scientific supervisor – docent V.P.Shevchenko*

*SumSU, Medical institute, department of general surgery*

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is one of the commonest gastrointestinal emergencies.

The aetiology of UGIB differs throughout the world, reflecting geographical differences in common disease states. In South and Central Africa, and in most of the developing world, a bleeding peptic ulcer is the commonest cause of bleeding from the upper intestinal tract, but there are parts of East Africa and India where bleeding varices as the result of portal hypertension are more common. They may be the result of cirrhosis of the liver, schistosomiasis causing noncirrhotic periportal fibrosis, or extrahepatic portal vein obstruction. Other causes of bleeding include stress ulcers, hiatus hernia, uraemia, gastric carcinoma, a tear in the lower oesophagus following a forceful vomit (the Mallory-JWeiss syndrome), and multiple shallow erosions following aspirin or some other drugs.

**Aim** This study was carried out to determine the aetiology and management outcome of patients with UGIB presenting at our facility located in Southwest Nigeria and compare them to the few studies done in the Northern part of the country and other parts of the world.

**Materials and methods:** 67 patients who presented with UGIB and underwent upper gastrointestinal endoscopy at the Ekiti State University Teaching Hospital (EKSUTH), Ado-Ekiti, Southwest Nigeria, were retrospectively studied, relevant data extracted and analysed.

**Results:** The demographic data of the patients showed a mean age of 41.84± 12.81 years, (ages ranged from 17 to 75 years), 40 (59.7%) were males, while 27 (40.3%) were females giving a male to female ratio of 1.5:1. Clinical presentations included haematemesis and melena in 26 (38.8%), followed by haematemesis in 22 (32.8%) and melena in 19 (28.4%) of the patients. Antral mucosal erosions were the commonest cause of UGIB (49%) in this study, this finding was contrary to the earlier reports from the studies in the Northern part of Nigeria, Egypt and Tanzania where variceal

bleeding was the commonest cause of UGIB. This difference might be explained by the high prevalence of chronic liver disease which in turn is as result of the high endemicity of hepatitis B virus in the Northern part of Nigeria and these other countries. This finding was also contrary to those reported from Europe, India and South America where erosive mucosal disease was identified as the second commonest cause of UGIB. Peptic ulcer disease was the second commonest cause of UGIB in this study (25.4%), contrary to the findings from the west where peptic ulcer disease which has been identified as the commonest cause of UGIB. Variceal bleeding was the third commonest cause of UGIB (11.9%) while gastric mass (1.5%) was the least common in this study.

**Conclusion:** Antral mucosal erosions were the commonest cause of UGIB in our environment. NSAIDS intake was very high among the populace, especially in mucosal erosion group leading to high morbidity, absent from work and huge financial cost. It is recommended that serious awareness campaigns be mounted to educate the populace of the dangers inherent in indiscriminate use of NSAIDS in our society

### **SIMILARITIES AND DIFFERENCES IN BREAST CANCERS BETWEEN BLACK AFRICAN AND WHITE EUROPEAN WOMEN**

*Okoye Chukwuebuca Daniel., Ndossa Annia Ibrahim - students of 3 course*

*Scientific supervisor – docent V.P.Shevchenko*

*SumSU, Medical institute, department of general surgery*

Breast cancer (BC) continues to remain the most lethal malignancy in women across the world. A number of studies have suggested that there are epidemiological differences between BC among women in Europe and Africa. In Europe, the incidence is five times higher than that in Africa. Risk factors such as menopause, oral contraceptive use, cigarette smoking, and family history of breast cancer have been shown to have different relations to BC among blacks and whites.

**Aim:** to uncover some of the epidemiological similarities and differences in breast cancers between white European women and black African women.

**Materials and methods:** Due to lack of a reliable population statistics and absence of population-based cancer registries were studied several epidemiological studies done in Nigeria and Tanzania mostly hospital-based.

**Result:** The mean age at presentation varies between Africa and Europe, he is 48 years in Africa and approximately two-thirds are premenopausal. On the contrary, the majority of women present at postmenopause in Europe. That differences in the epidemiology of BC among races could partly be attributed to endogenous hormones. In comparison to Caucasians, African women had 18% higher levels of oestradiol in premenopausal age. These findings may explain the higher incidence of premenopausal BC among women of African origin. Histologically, ductal carcinoma is the commonest type of BC among women in Africa and Europe with similar frequency. However, medullary and mucinous carcinomas are more common in Africa than in Europe. In addition, more women have grade 3 tumours in Africa than in Europe. In Tanzania, for example, 56.4% have tumours with histological grade 3, while, in Nigeria, 45,1% have grade 3 tumour. On the contrary, only 15,8% of Ukrainian women have a grade 3 tumour. This may explain why the progression of BC more aggressive in African women than in European women. There is a significant difference in staging at the time of presentation between European women and their African counterparts. Most women in Africa present when the disease is at an advanced stage. In a study in East Africa, more than 70% of the patients presented at stage III or IV. However, in Europe, women are more likely to present when the disease is still in its early stage. The reason for the advanced presentation in Africa could be due to lack of health care coverage especially in remote rural areas and poverty as healthcare is not free in most countries. This is in contrast to Ukraine where health care is not only free, but also regular screening is available to women of certain ages. This increases the probability of detecting BC at a very early stage. As a result, most women in Africa have mastectomy and adjuvant hormonal therapy or chemotherapy and many others only receive palliative care because the tumour is advanced and inoperable.

**Conclusion:** the incidence of BC is still low in Africa compared to the incidence in Europe. This has largely been attributed to a protective reproductive history including late menarche, early menopause, high parity with prolonged breastfeeding. However, African women tend to present at an earlier age and the disease appears to be more aggressive than in their European counterparts.

### **ADVANTAGES CARBON DIOXIDE LASER IN THE SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL PIGMENTED NEVI**

*Shevchenko V.P., Konanyhin V.I., Shevchenko V.V., Vashchenko O.I., Solodchenko M.I.  
SumSU, Medical institute, department of general surgery.  
Sumy regional oncological dyspancer*

Pigmented nevi are benign proliferations present at birth that consists of cells normally present in skin. Some nevi have a malignant potential. There is a lot of methods of treatment of this abnormal condition, namely surgical resection, cryosurgery, laser excision, the use of bleaching agents. Surgical method not impeded the spread of nevi cells, what has the potential for malignancy. Non contact mode of excision with laser can reduce introperative wound contamination by tumor cells. For its universal properties the carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) laser appears to be an excellent surgical instrument in oncologic surgery of skin lesions.

**Aim:** To improve results of surgical treatment of congenital pigmented nevi by using CO<sub>2</sub> laser.

**Materials and methods:** CO<sub>2</sub> laser was used in treatment of 50 patients with pigmented nevus consisting of 24 (48%) males and 26 (52%) females with age ranges from 16 - 68 years. For local anesthesia 0,5% Sol. lidocaine was used The treatment effect was based on the surgical wound evaluation, the relative time of healing and possible local recurrence of the tumor after 3 months after surgery.

**Results:** excision was made in 20 (40%) cases of nevi greater than 1.5 cm diameter, and 30 (60%) patients of nevi ranging from 0.5 to 1.5 cm in diameter. In all patients, whom CO<sub>2</sub> laser was used for excision of pigmented nevi, bleeding was absent during operation, injury of surrounding tissues was minimal and healing of wound was during 7-14 days, without infection complications. Improved visibility through better hemostasis provides greater confidence of complete excision and time saving. In 34 (68%) cases time needed for complete resection of lesions was less than 10 minutes. Time of healing was longer than 12 days in 8 cases (16,0%) . Local recurrence was observed only in two cases (4%). The probable cause of this is the sealing of small blood vessels and lymph vessels by the CO<sub>2</sub> laser which prevents tumor cells spreading. The advantages of the CO<sub>2</sub> laser surgery were better hemostasis, precision of working, non-contact dissection (absence of the potential for malignancy), minimum traumatization of the surrounding tissues, reduced postoperative pain, quick postoperative healing .

**Conclusion:** CO<sub>2</sub> laser is an effective method of surgical treatment of congenital pigmented nevi.

### **FACTORS AFFECTING THE LOWER RISK OF COLORECTAL CANCER IN NIGERIA.**

*Ubee Terna Jude., Adebisi John Ademayowa - students of 3 course  
Scientific supervisor – docent V.P.Shevchenko  
SumSU, Medical institute, department of general surgery*

Colorectal carcinoma (CRC) is the third most common cancer worldwide and the third most common cause of deaths from cancer in both sexes in industrialized nations. The incidence varies according to geographical location with the highest rates reported from Northern and Western Europe, USA. The incidence of CRC in USA reaches 57,0 per 100 000 population, in Ukraine, according to the National Cancer Registry in 2013 was 44,0 per 100 000 population, in the Sumy region, this date was 43,1/100 000. Although the highest incidence of CRC in USA is seen among African Americans (71,0/100 000) , CRC is an uncommon malignancy in Nigeria. Studies that have been published from

various centres in the country show that the Incidence rates in Nigeria are put at 3,4 cases per 100,000. This suggests that there may be factors either anthropomorphic or environmental which may be responsible for this.

**Aim:** Examine the factors affecting the low incidence colorectal carcinoma in Nigeria compared to the population of European countries and USA.

**Materials and Methods:** Due to lack of a reliable population statistics and absence of population-based cancer registries were studied several epidemiological studies done in different parts of Nigeria, mostly hospital-based, to determine the incidence of CRC among the population of Nigeria and reasons to reduce the risk of developing cancer of this particular localization.

**Result:** According to reports from different parts of Nigeria the age range from 42,9 to 50,7 years in patients with CRC. This observed lower age at presentation in Nigerians when compared with presentation at seventh decade in European countries may not be unconnected with the reduced life expectancy in developing countries. There is slight male predominance of male with CRC, a male: female ratio of 1,5:1. This is similar to findings from other studies on CRC in other countries. Even though no agreeable reason has been attributable to this male preponderance worldwide, it may be due to higher frequency of abdominal obesity, cigarette smoking, and alcohol consumption in men. Histologically, adenocarcinomas of varying degrees of differentiation accounted for 77,2% of all CRC. This is similar to reports from European countries with overwhelming proportion of the adenocarcinoma. Diet is one of the major difference between Nigeria and the Caucasians. Africans have little meat in their diet and instead ate a lot of fibre from fruits, grains, and vegetables. The typical Nigerian stews are hot and spicy with a base of ground tomatoes, red chilli peppers, and onions. This has led to a closer look at these phytonutrients as they are now called and their mode of protection against CRC. Increased caloric intake and reduced physical activity seems to be the sign of improved economic development and civilization, and this leads to obesity which is a common ailment in the USA. In Nigeria, the level of poverty precludes the luxury of overindulgence in food and ensures continuous physical activity. Lactose intolerance is seen more in the African race than in Caucasians. Interestingly, the malabsorption that this causes has now been hypothesized to be a protective factor against the development of CRC. Africa is blessed with sunlight all year round. Sunlight is important in the peripheral manufacture of vitamin D in the human body. Vitamin D and calcium have been shown to be protective against colorectal cancer.

**Conclusion:** The explanation why the incidence of colorectal cancer in Nigerians specifically remains low is rooted in the rarity of adenomatous polyposis syndromes, the protective effects of our starch-based, vegetable-based, fruit-based, and spicy, peppery diet, and our geographical location which ensures sunshine all year round.

## MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF WOMEN WITH ENDOMETRIAL POLYPS

*Yusuf Israel, Smiyan S.A., Kuzomenskaya M.L.*

*Sumy State University, department of obstetrician and gynecology*

Endometrial polyps are a common gynecologic disorder whose incidence is unknown because many polyps are asymptomatic. The prevalence is reported to be between 7.8% to 34.9%, depending on the population studied. Endometrial polyps may be symptomatic, with abnormal vaginal bleeding being the most common presentation. They may be found incidentally in symptom-free women investigated for other indications. Risk factors for the development of endometrial polyps include age, hypertension, obesity, inflammatory disease and tamoxifen use.

Increasing age appears to be the best-documented risk indicator for endometrial polyps. Specific populations at risk include women with infertility. Malignancy arising in polyps is uncommon, and specific risks for malignancy include increasing age and postmenopausal bleeding. Management may be conservative, with up to 25% of polyps regressing, particularly if less than 10 mm in size. Hysteroscopic polypectomy remains the mainstay of management, and there are no differences for outcomes in the modality of hysteroscopic removal. Symptomatic postmenopausal polyps should be excised for histologic assessment, and removal of polyps in infertile women

improves fertility outcomes. Blind removal is not indicated where instrumentation for guided removal is available. Surgical risks associated with hysteroscopic polypectomy are low. Hysteroscopic polypectomy is effective and safe as both a diagnostic and therapeutic intervention. Visualization and direct removal is reported to be effective and reduces recurrence rate compared with the use of vision and removal by polypectomy forceps.

Polypectomy in infertile women is very effective in improving fertility with fertility rates improving to 40-80% over the ensuing 12 month, i.e.: almost as good as the baseline pregnancy rate over 12 months of 84%. Spontaneous pregnancy rates as well as IVF pregnancy rates are increased.

We observed from 2013 to 2015 there were 42 women with endometrial polyps in age from 21 to 52 years. Women up to 35 years was 17 (40,5%), older – 25 (59,5%). All patients diagnosed with endometrial polyp with a transvaginalultrasound (TVUS). In 60% of cases were asymptomatic for a 40% - uterine bleeding. In women of reproductive age in 30% had secondary infertility. In 10% of women over the endometrial polyp already conducted a blind dilatation and curettage. All patients in the gynecology department of Sumy City Clinical Hospital № 1 held Hysteroscopic polypectomy. Histological findings showed that most (90.5%) met Glandular polyps, in 1 case (2.4%) was the placental polyp in 1 (2.4%) - fibrous, and 2 (4.8% ) results - adenomatosis polyps. Background process in 6 (14.3%) women had endometrial inflammatory infiltration, and 4 (9.5%) - glandular cystic hyperplasia of the endometrium.

During follow-up there was no recurrence. In 3 (23.1%) of women within 3 months pregnancy.

Наукове видання

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ**

## **TOPICAL ISSUES OF CLINICAL AND THEORETICAL MEDICINE**

Збірник тез доповідей  
III Міжнародної науково-практичної конференції студентів та  
молодих вчених  
(Суми, 23–24 квітня 2015 року)

Відповідальна за випуск Н.В. Деміхова  
Комп'ютерне верстання А.О. Масленко

Стиль та орфографія авторів збережені.

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 36,74. Обл.-вид. арк. 43,24. Тираж 20 пр. Зам. № .

Видавець і виготовлювач  
Сумський державний університет,  
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007, Україна,  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.