



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез А43 доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, том 1. м. Суми, 21–22 квітня 2016 року. – Суми : Сумський державний університет, 2016. – 331 с.

У збірнику подані тези доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання теоретичної та практичної медицини» (посвідчення № 703 від 22 грудня 2015 р., видане УкрІНТЕІ). Матеріали конференції охоплюють питання експериментальної морфології, патологічної анатомії, теоретичної та профілактичної медицини, а також багатьох напрямів клінічної медицини.

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ VI. ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА	СТР.
РОЛЬ ОЖИРІННЯ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ <i>Анцибор І.С., Безсмертна Р.В., Гавриленко А.М.</i>	29
ВИЯВЛЕННЯ КРИТИЧНИХ ЛАНОК В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ КОМПОНЕНТІВ КРОВІ ДО ГЕМОТРАНСФУЗІЇ <i>Анциферова І.В., Любчак В.В.</i>	29
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З ІЗОЛЬОВАНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ <i>Атаман Ю.О., Єрмоленко Т.С., Перешивайло О.І., Рябоконт О. А.</i>	30
ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ КРИЗІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ЗА ДОПОМОГОЮ УРАПІДИЛУ <i>Атаман Ю.О., Корольчук С.Д.</i>	30
ЛІКУВАННЯ МАЛОПРОДУКТИВНОГО КАШЛЮ ПРИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ <i>Атаман Ю.О., Лисенко Ю.В.</i>	31
АНТИОКСИДАНТНА ТЕРАПІЯ В КОРЕКЦІЇ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ <i>Ацаулова Г.А.</i>	32
ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ <i>Бабенко О.В., Шкапо В.Л., Несен А.О., Валентинова І.А.</i>	33
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ <i>Безкоровайна Т.О.</i>	33
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В УКРАЇНІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Бережна А.В.</i>	34
ВИРАЖЕНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД GLN27GLU ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА β_2 - АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ <i>Бондаркова А.М., Картава Ю.О., Тетерюк О.В.</i>	35
ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНИХ КОМПОНЕНТІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ СТАЦІОНАРНИХ ТА ПОЛІКЛІНІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ <i>Борщ Ю.М.</i>	35
ПРОГНОЗУВАННЯ СПЕКТРУ ПСИХІЧНИХ ТРАВМ В ЗОНІ АТО НА ОСНОВІ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ <i>Бутенко Д.А., Черток В.С.</i>	36
АСОЦІАЦІЯ МІЖ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА <i>ESR1</i> І ЕСТРАДІОЛОМ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ <i>Бутова Т.С.</i>	37
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕРХ <i>Винниченко Л.Б., Козуб Д.Д.</i>	37
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ ПРИ НАЯВНОСТІ АТОПІЧНОГО ФАКТОРУ <i>Винниченко Л.Б., Небоян Є.Б.</i>	38
АРТЕРІАЛЬНА РИГІДНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Винниченко Л.Б., Привалова А.О.</i>	38
СУГЛОБОВИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКА <i>Вікторова Ю.А., Ярмолюк А.О.</i>	39
КОРЕКЦІЯ СКОРОТЛИВОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ МЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧНО-ВИВІДНОЇ СИСТЕМИ <i>Горбатюк І. Б.</i>	40
ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ ПРИ НАДАННІ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗОНІ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ <i>М.В. Горовцова, А.Р. Зюлковський</i>	40
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ХВОРИХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ З ПРИВОДУ	41

МІЖХРЕБЦЕВИХ ГРИЖ <i>Дмитренко Н.О.</i>	
ВМІСТ ХОЛЕСТЕРИНУ ЛІПОПРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД С825Т ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА β3-СУБОДИНИЦІ G-БІЛКА <i>Дорошецька Є. В., Бутенко Д. А., Слободян Г. Р., Моїсеєнко І. О.</i>	41
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ОСТЕОХОНДРОЗУ У СПОРТСМЕНІВ <i>Дорошецька Є.В., Бутенко Д.А., Юрченко О.П.</i>	42
ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ <i>Дрига Н.О.</i>	43
ВЕГЕТАТИВНО-ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЦЕРВІКОГЕННИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ <i>Дяченко М.І., Коленко О.І.</i>	44
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА МАТРИКСНОГО GLA-ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ <i>Єрмоленко Т.С.</i>	44
ІЗОЛЬОВАНА СИСТОЛІЧНА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ <i>Єрмоленко Т.С.</i>	45
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО <i>Жаркова А.В., Броснівська М.М., Ракоча І.І.</i>	45
ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ЛІКУВАННЯ УЧАСНИКІВ АТО В ГОСПІТАЛЯХ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ <i>Жаркова А.В., Зеленська Н.П., Собчишин Н.П.</i>	46
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КАРНІВІТ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ <i>Жаркова А.В., Олейніченко Ж.М.</i>	47
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ <i>Жаркова А.В., Фільчакова М. Г.</i>	47
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЯК КРИТЕРІЮ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ЯКІ НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ <i>Завгородня Н.І.</i>	48
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АДЕКВАТНОЇ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ ХВОРИМ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ <i>Зайцева Т.О.</i>	49
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ОЦІНКА ФАКТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ У СТУДЕНТІВ ВИЩОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ <i>Здинюк Н.О., Березова М.С.</i>	49
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РІДКІСНОГО СИНДРОМУ СНЕДДОНА <i>Зінченко С.С., Орел П.В., Бутенко О.О., Короза С.О, Орловський О.В.,Кмита В.В., Приступа Л.Н.</i>	50
ОЦІНКА СТАНУ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОФУНКЦІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Зудіна Т.О., Мелеховець О.К.</i>	51
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ СУПУТНЬОГО ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ <i>Іванкова А.В.</i>	51
ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ПОЛЯРИЗАЦІЙНО-ОПТИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОГІВКИ ОКА ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ <i>Каплін І.В.</i>	52
БЕЗПЕЧНЕ ЛІКАРНЯНЕ СЕРЕДОВИЩЕ. БІОМЕХАНІКА ТІЛА МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА <i>Касяненко Є.</i>	53
ЖОРСТКІСТЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ПОЄДНАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, ЦУКРОВОГО	53

ДІАБЕТУ І ОЖИРІННЯ <i>Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Саєнко О.С.</i>	
РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ОЖИРІННЯМ <i>Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Яровець А.І., Краснощок С.О.</i>	54
РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ОЖИРІННЯМ <i>Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Яровець А.І., Краснощок С.О.</i>	55
ЗАП'ЯСТКОВИЙ ТУНЕЛЬНИЙ СИНДРОМ У ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ <i>Кліщ О.О., Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.</i>	55
ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТУ АКТИЛІЗЕ(АЛЬТЕПЛАЗА) У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ <i>Клюс Т.О., Копач М.І.</i>	56
ДЕМЕНЦІЯ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ ЯК НАСЛІДОК ПЕРЕНЕСЕНИХ ІНСУЛЬТІВ: НЕВРОЛОГІЧНИЙ ОГЛЯД, НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЯ <i>Ключківська Х.Ю.</i>	57
ПОКАЗНИКИ ГЕМОГРАМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Ковчун А.В.</i>	57
ЕФЕКТ ЗАСТОСУВАННЯ L -КАРНІТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ <i>Копейчик В.Г.</i>	58
ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФЕНОТИПАМИ ХОЗЛ <i>Коритова К.П.</i>	59
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ І ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ ВІД АСОЦІЙОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ <i>Костенко О.В., Гречко С.І., Трефаненко І.В.</i>	59
АСТМА – ХОЗЛ OVERLAP СИНДРОМ <i>Костюченко Т.Ю.</i>	60
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ М-ХОЛІНОБЛОКАТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Красненко Ф.О., Приступа Л.Н.</i>	60
ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ ТА β-БЛОКАТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХОЗЛ <i>Кулібаба В.С., Масленко А.О., Деміхова Н.В.</i>	61
ГОСПІТАЛЬНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ХВОРИХ, АСОЦІЙОВАНИХ З НАСЛІДКАМИ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС <i>Лаба В.В., Коболєва А.Є.</i>	62
СТРУКТУРА СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ ЧОРНОБИЛЬСЬКОГО КОНТИНГЕНТУ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ <i>Лаба В.В., Побивайло А. С.</i>	62
ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПОШИРЕННЯ ТЮТЮНОПАЛІННЯ, ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД МОЛОДІ М. ВІННИЦЯ <i>Лагно Є.С.</i>	63
СИНДРОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Линник Л.Д., Гученко І.П., Мелеховець О.К.</i>	64
РОЛЬ УРАЖЕННЯ ДЕМОДЕКСОМ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА, ЯК ФАКТОРУ РОЗВИТКУ ІНШИХ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА <i>Лихих О.В.</i>	64
СКОЛІОТИЧНА ДЕФОРМАЦІЯ ХРЕБТА У ХВОРИХ НА СИРИНГОМІЄЛІО З ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ <i>Личко В.С., Іванова Т.В.</i>	65
МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ВТОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ	66

<i>Личко В.С., Картава Ю.О.</i>	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ СПАСТИЧНОСТІ <i>Личко В.С., Федак А.В.</i>	66
ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ <i>Лілевська А.А.</i>	67
ХРОНІЧНИЙ ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУСИТ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ <i>Лозовий Р.О.</i>	68
ДОСВІД ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ЗАКОРДОНОМ <i>Любчак В.В., Смородська О.М.</i>	68
ОЦІНКА РІВНЯ ОСВІЧЕНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО БЕЗПЕЧНОСТІ ПРОЦЕДУРИ ГЕМОДОНАЦІЇ <i>Любчак В. В., Шевченко А. І.</i>	69
ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ У НЕЙРОХІРУРГІЇ <i>Мальцева А.С.</i>	69
МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЕНДОСКОПІЇ В НЕЙРОХІРУРГІЇ <i>Мальцева А.С.</i>	70
ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ СТАЦІОНАРНИХ ВІДДІЛЕНЬ СУМСЬКОЇ ЦРКЛ НА ОСНОВІ ЦІЛЬОВОГО СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ <i>Мантула В.В.</i>	71
АНАЛІЗ СТРУКТУРИ І КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ ЗА ДАНИМИ НАДХОДЖЕННЯ У НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ЗА ПЕРІОД 2013-15 рр. <i>Масленников В. В., Литвиненко Т. М.</i>	71
ВПЛИВ ЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ НА СТАН ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ З КОМОРИДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ШЕМИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ <i>Мельник Н.А.</i>	72
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ШЕМИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЦЬЄЇ ГРУПИ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІХС <i>Мещенинов А.І.</i>	73
ТЕРАПІЯ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ЛЕГЕНЕВИМ СЕРЦЕМ <i>Мещанина Д.Р., Погорелов В.М., Телегіна Н.Д., Брек В.В., Маслова Є.П.</i>	73
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ ЛІППРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ <i>Микитюк А.В., Біляченко І.В., Шараєва М.Л.</i>	74
СИНДРОМ ХРОНІЧНИХ АРИТМІЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Миськов Д.О., Пестун І.С., Мелеховець О.К.</i>	75
ВПЛИВ НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДІЯЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ <i>Мудренко І.Г., Боднарашек О.І.</i>	76
АНАЛІЗ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ СТАТЕВОЇ СВОБОДИ ТА НЕДОТОРКАНОСТІ ОСОБИ ЗА 2013-2015 рр. В М. СУМИ <i>Мудренко І.Г., Одарченко О.П.</i>	76
ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАЖУ РОБОТИ <i>Мудренко І.Г., Юрченко В.С., Свириденко Д.Ю.</i>	77
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ <i>Муренець Н.О., Кучма Н.Г., Масленко А.О., Мазур Т.С.</i>	78
ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ГОМОЦИСТЕЇНУ З С677Т ТА А1298С ПОЛІМОРФІЗМАМИ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРАФОЛАТРЕДУКТАЗИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ <i>Муренець Н.О., Кучма Н. Г., Шпетна К.В, Коломісць О. О.</i>	78
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІВАБРАДИНУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ <i>Нагорний О.В., Ліщенко О.А.</i>	79

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ СМЕРТНОСТІ МІСЬКОГО ТА СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2014 РОЦІ <i>Нестоянова О.С.</i>	79
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ. <i>Овчаренко І.А.</i>	80
МІСЦЕ КСИПАМІДУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ <i>Ополонська Н.О., Миронов П.Ф.</i>	81
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ <i>Орел М.А., Верещакіна К.В.</i>	81
КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ <i>Орловський В.Ф., Мірошніченко Г.І.</i>	82
ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ <i>Орловський О.В., Албоета Мустафа Н.К., Перун Ю.</i>	83
ЧАСТОТА ГЕНОТИПІВ ЗА С677Т ТА А1298С ПОЛІМОРФІЗМАМИ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРАФОЛАТРЕДУКТАЗИ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ <i>Орловський В. Ф., Кучма Н. Г., Муренець Н. О., Бутенко Д. А, Черток В. С.</i>	83
СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ <i>Павлік О.В.</i>	84
ПОШИРЕНІСТЬ ІНСУЛЬТІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Потапов О.О., Панасовська К.О.</i>	84
ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ <i>Приступа Л.Н., Загорко І.- М.С.</i>	85
ВИЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І МОЖЛИВОСТІ ЙОГО КОРЕКЦІЇ СТАТИНАМИ <i>Приступа Л.Н., Погорелова О.С., Бережна О.П.</i>	86
ВПЛИВ ПРИЗНАЧЕННЯ L-КАРНІТИНУ НА ТРИВАЛІСТЬ ІНТЕРВАЛУ QT У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ <i>Пугач Н.В., Репетун А.В.</i>	86
ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА АКНЕ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Радько А.С., Швидун К.О., Харченко Т.А., Мелеховець О.К.</i>	87
ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЕНТІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ <i>Рева Т.В., Войткевич Ю.І.</i>	88
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ТА СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ОСТАННІ РОКИ <i>Рибалко Л.В., Сміянова О.І.</i>	88
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ІНФАРКТУ МІОКАРДА <i>Ринчак П.І., Боярський О.О.</i>	89
ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ БЕТА1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ НА РАННІЙ РОЗВИТОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ <i>Савченко М.П., Дудченко І.О.</i>	90
АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2010 – 2015 рр.. <i>Сасенко О.С., Токар В.С.</i>	90
ВНУТРІШНОЇ ЧЕРЕПНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ <i>Світлична Є.С.</i>	91
ЧАСТОТА ХОЗЛІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Седлярук Д.А., Валецький Ю. Ю.</i>	91
ХВОРОБА КАРОЛІ, УСКЛАДНЕНА ВТОРИННИМ БАКТЕРІАЛЬНИМ ХОЛАНГІТОМ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК. <i>Семенюк В.В., Стасій В.О.</i>	92

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ <i>Ситник К.О., Мора О.С.</i>	92
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ ОСІБ ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ А/Н1N1 <i>Сірих І.В., Любчак В.В.</i>	93
ОЦІНКА КОНТРОЛЮ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ АСОЦІЙОВАНОЇ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ <i>Січненко А.А.</i>	94
ПАРАНЕОПЛАСТИЧНА АРТРОПАТІЯ В РЕВМАТОЛОГІЇ <i>Скрипник Н.В., Примачук О.Є.</i>	94
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ДОНОРСЬКОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ <i>Слободян Г.Р., Дорошецька Є.В., Любчак В.В.</i>	95
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ <i>Сміянова Ю.О.</i>	95
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ЦД 2 ТИПУ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ <i>Сміянов В.А., Домінас В.М., Кирієнко М.В., Болотнікова Н.В., Ваглай Ю.С.</i>	96
ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКА LORHELPER У ВИВЧЕННІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ПРИ ПРОБЛЕМНО – ОРІЄНТОВАНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ <i>Смородська О.М.</i>	97
ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ПРИ АНТИАГРЕГАНТНІЙ ТА АНТИКОАГУЛЯНТНІЙ ТЕРАПІЇ <i>Сотніков Д.Д., Ломакін І.В.</i>	97
РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНИМИ ПАРЕЗАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРОМІОСТИМУЛЯЦІЇ <i>Сотніков Д.Д., Перепелиця В.А.</i>	98
ВЗАЄМОЗУМОВЛЕНІСТЬ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ, АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ІІ ТИПУ ЯК ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ <i>Стеблевська А. В., Воробей І. В., Руденко Т. М.</i>	99
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ФІЗІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЛИЦЕВИХ НЕВРОПАТІЙ <i>Стеценко Л.О., Олійніченко Н.Є., Стеценко Н.Н., Бражнік Л.Є., Чемерис І.О.</i>	99
КОЕФІЦІЄНТ АТЕРОГЕННОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПІВ ЗА С825Т ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА β3-СУБОДИНИЦІ G-БІЛКА <i>Стороженко А. В., Яценко А. В., Дудник Т. І., Моїсєєнко І. О.</i>	100
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ L-КАРНІТИНУ НА ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ <i>Стрижак С.С.</i>	101
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКВІВАЛЕНТНОСТІ ПЛАСТИКОВИХ КОНТЕЙНЕРІВ ДЛЯ ЗАБОРУ ЦІЛЬНОЇ КРОВІ (450/400 ТА 450/450) <i>Токар В.С., Вікол В.О., Любчак В.В.</i>	101
КОРЕКЦІЯ ЗМІН ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ЖІНОК З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ <i>Трефаненко І.В., Гречко С.І., Амелін М.П.</i>	102
ВПЛИВ АНТИЛЕЙКОТРИСНОВИХ ПРЕПАРАТІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ АСОЦІЙОВАНУ З ОЖИРІННЯМ <i>Фоміна В.О.</i>	103
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АТИПОВИХ ФОРМ ІНСУЛЬТУ (АКЦЕНТ НА ПСЕВДОІНСУЛЬТ). <i>Хрип'як Х.Є., Ціфринєць О.І.</i>	103
РОЗВИТОК "ІШЕМІЧНОГО КАСКАДУ" ПРИ ІНСУЛЬТАХ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ (СПІВВІДНОШЕННЯ КЛІНІКИ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ). СТРАТЕГІЇ ІНТЕНСИВЕОЇ ТЕРАПІЇ	104

<i>Ціфриниць О.І., Хрип'як Х.Є.</i> КАРДІО-РЕНАЛЬНІ ЗВ'ЯЗКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.	105
<i>Чернацька О. М.</i> УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	105
<i>Чумак О.О., Нагорна А.О., Деміхова Н.В.</i> РЕГІОНАЛЬНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	106
<i>Шаповал М. М., Сміянова О.І.</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СХЕМИ ЛІКУВАННЯ	107
<i>Шкандала А.Ю.</i> ЗНАЧЕННЯ ОКРЕМИХ ЦИТОКІНІВ В РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННІ АТОПІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	107
<i>Шумко Г.І.</i> ІНТЕНСИВНІСТЬ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	108
<i>Шумко Г.І.</i> ОЦІНКА ОКРЕМИХ ПОКАНИКІВ ГОРМОНАЛЬНО-ВЕГЕТАТИВНОГО СТАНУ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	109
<i>Шумко Г.І.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМ ГІПОПАРАТІРЕОЗОМ	109
<i>Юрченко А.В., Міронцева, Л.Н., Д'яковченко Л.І., Юрченко О.П.</i> ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	110
<i>Юрченко В.С., Свириденко Д.Ю.</i> ВИЗНАЧЕННЯ D-ДИМЕРУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ	111
<i>Ярмолюк А.О., Вікторова Ю.А.</i> МАРКЕРЫ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ	111
<i>Бабак О.Я., Сытник К.А., Чеховской А.</i> ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	112
<i>Баранюк М.А., Бильченко С.А., Боровок Н.Н., Степаненко А.Л., Бутов Д.А.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	112
<i>Батаев Д.А., Лиходедова В.П., Журавлев Ю.И., Алферов П.К.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ФЛАММЕГИС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА	113
<i>Батан Ю.Л., Сапотько А.О.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	114
<i>Башкирова А.Д., Голенко Т.М.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МЕНИСКОВ	114
<i>Бердикова Ю.О.</i> АССОРТАТИВНОСТЬ – БАЗОВОЕ УСЛОВИЕ ВЫБОРА ПАРТНЕРА	115
<i>Бутенко Д.А., Кустов А.В.</i> ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ БЦЖ - ОСЛОЖНЕНИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	116
<i>Бутов Д.А., Семенчук К.В.</i> ПОКАЗАНИЯ К МЕТОДАМ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	116
<i>Вольнкин А.А.</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ В УКРАИНЕ НА ПРИМЕРЕ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ	117
<i>Грицай Т.А., Дяченко М.И., Любчак В.В.</i> БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ В Г. МИНСКЕ НА	117

СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>Длужневская В.И.</i>	
РИСКИ РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Дубоносова Д.Г., Голивец Т.П.</i>	118
ПАРАМЕТРЫ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. <i>Еременко Г.В.</i>	119
ПРИНЦИПЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Жукова Е. М., Комарова Ю. Ю.</i>	119
ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СКРЫТЫХ ФОРМ СИФИЛИСА В МИНСКЕ ЗА 2011-2015 ГОДЫ <i>Загорей В.С., Бандура В.В., Мороз М.Д.</i>	120
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛЯРИЗАЦИОННО-ОПТИЧЕСКОГО МЕТОДА <i>Ковтун Н.М.</i>	121
НЕЙРОФИБРОМАТОЗ РЕКЛИНГАУЗЕНА II ТИПА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) <i>Коленко О.И.</i>	121
ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ <i>Кравченко Е. А., Гуринович В.В.</i>	122
ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ. <i>Красковская Т.Ю.</i>	123
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ОТДЕЛЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗА СУМСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Крыгин В.И., Погорелова О.С., Даваасурен Хулан</i>	123
МЕДИЦИНСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЕРЫ <i>Кустов А.В., Алексеева Ю.А.</i>	124
ПРИРОДА ТРАНСА <i>Кустов А.В.</i>	125
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ <i>Левченко А.В., Башкирова А.Д.</i>	125
ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В XX-XI ВЕКАХ <i>Ляховец В.А., Белая В.В.</i>	126
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА И СОСТОЯНИЯ АПОПТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Макурина Г.И.</i>	127
ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА У МУЖЧИН С ПСОРИАЗОМ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ <i>Резниченко Н. Ю.</i>	127
ЭКЗОДЕРИЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Сапотько А.О., Русакович Е.А.</i>	128
ВЫЯВЛЕНИЕ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ МОТИВАЦИЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Савич В.В.</i>	129
ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА <i>Смородская О.Н.</i>	129
СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛИЗА ПОЛИМОРБИДНОСТИ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ <i>Тхорикова В.Н., Журавлев Ю.И.</i>	130
ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ <i>Хабаль А.В.</i>	130

ИЗМЕНЕНИЯ РИТМА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРИ АНЕМИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Хабаль А.В.</i>	131
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ XXI ВЕКА, ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ И ДЕТСКИЙ АУТИЗМ. <i>Шахзадян Л.Г.</i>	132
ПАРАПСОРИАЗ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДИАГНОСТИКА <i>Шимченко Ю.В., Машиарова В.С.</i>	132
ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ <i>Шукалюкова А.К.</i>	133
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА РЕТИНАЛЬНЫХ ВЕН АФЛИБЕРЦЕПТОМ <i>Яремко Е.Р.</i>	134
THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR 1 TYPE PLASMA LEVELS IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY <i>Adigun Z.O.</i>	134
COMPARISON BETWEEN POVERTY IN NIGERIA AND UKRAINE <i>Anaga S.I.</i>	135
ASSOCIATION BETWEEN SERUM URIC ACID AND TYPE 2 DIABETES <i>Bamisile Ayodeji Segu</i>	135
ETIOLOGICAL STRUCTURE AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE IN PATHOGENS CAUSING URINARY TRACT INFECTIONS <i>Bezruk T.O., Bezruk V.V.</i>	136
FEATURES OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN PATIENTS WITH CONGENITAL SYNDROME OF IMMUNE-ENDOCRINE FAILURE <i>Boyarskiy O.O., Tikhonova O.O., Solomennyk G.O., O.I. Mohylenets O.I.</i>	137
THE MAIN ASPECTS OF METABOLISM FOR PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS, ARTERIAL HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS <i>Chernatskaya O.N., Demikhova N.V., Gintare Sakalyte</i>	137
HYPERURICEMIA AS CARDIOVASCULAR RISK FACTOR IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM <i>Chukwunonso Arinze, Obinna Nwokiea Chukwuma</i>	138
ATHEROSCLEROSIS PROGRESSION FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND DYSLIPIDEMIA <i>Efremova O.A., Demikhova N.V., Bamisile Adebayo</i>	138
PHASE-SPACED ECG MARKERS OF PSYCHO-AUTONOMIC MISBALANCE IN HEART FAILURE PATIENTS <i>Katerenchuk O.I.</i>	139
KNOWLEDGE AND AWARENESS OF EPILEPSY AMONG SECONDARY SCHOOL IN ENUGU, SOUTH EAST NIGERIA <i>Lychko V.S., Linda Chikwama</i>	139
FEATURES OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM COMBINED WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE <i>Melekhovets O. K., Lukyanenko D. O.</i>	140
CHILDHOOD MALNUTRITION IN NAMIBIA <i>Ndivelao P, Tjipepa T, Lubchak V.</i>	141
PECULIARITIES OF SICKLE CELL ANEMIA IN PATIENTS WITH MALARIA IN AFRICA <i>Okoye Chukwuebuka D., Bamisile Ayodeji Segun</i>	141
NUTRITIONAL INTERVENTION IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS <i>Posea Mihaela</i>	142
COMPARISON OF EFFICACY AND SAFETY OF LONG-TERM WARFARIN THERAPY IN PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION <i>Romaniuk S.A., Opolonskaja N.A., Kysenko E.V.</i>	142
THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR 1 TYPE PLASMA LEVELS IN PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY <i>Towenna C.A.</i>	143

СЕКЦІЯ VII. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ TORCH-ІНФЕКЦІЙ СЕРЕД ВАГІТНИХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ <i>Аксенчук Р. І.</i>	145
ВИВЧЕННЯ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ БІОТОПІВ ЖІНОК ТА НЕМОВЛЯТ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ <i>Багуля К. В., Зайцева Т. О.</i>	146
ГЕМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ <i>Болецька Т. О.</i>	146
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В І С У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2014 РОЦІ <i>Бочарова Д. С.</i>	147
КАСКАД МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ В УКРАЇНІ <i>Бруславець О. О., Бабаєва Я. М.</i>	148
ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ТА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ <i>Бутенко Д. А.</i>	148
ПРОБЛЕМИ ПРИ СТВОРЕННІ ВАКЦИНИ ПРОТИ ВІРУСУ ІМУНОДЕФЦИТУ ЛЮДИНИ <i>Бутенко Д. А., Дорошецька Є. В.</i>	149
УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТАХ <i>Бутко В. А.</i>	150
ПРОФІЛАКТИКА ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ОБЛАСТІ <i>Дорошецька Є. В.</i>	151
МАЛЕНЬКІ ВЕЛИКІ ЛЮДИ <i>Забіяка І. М.</i>	152
ДИНАМІКА ПОШИРЕННЯ ПОЛІОМІСЛИТУ В УКРАЇНІ <i>Здинюк Н. О., Баланюк І. В.</i>	153
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ВІРУСУ <i>Зінченко С. С., Іванов С. С., Орел П. В.</i>	154
ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД <i>Колос Б. В., Цимбал Б. М.</i>	154
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКА ЯК НОВІТНІЙ ЗАСІБ У ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕЦИДИВІВ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ ТА ДИСБАКТЕРІОЗУ <i>Кравцова І. А.</i>	155
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Кулинич М. О., Харанай А. Г.</i>	156
ВПЛИВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С НА АВТОІМУННІ ПОКАЗНИКИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Лішневська А. Г.</i>	157
ВАКЦИНАЦІЯ ЯК ОСНОВНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ, ВИКЛИКАНОГО ПАПІЛОМА-ВІРУСОМ <i>Молокус І. В., Голяр О. І.</i>	158
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Онищенко А. В., Кожемяченко В. С.</i>	159
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ІМОВІРНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ <i>Петрунько Д. І.</i>	160
ВПЛИВ ТЕМПЕРАТУРНОГО ФАКТОРУ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ <i>Петрунько Д. І., Малиш Н. Г.</i>	161
ФАКТОРИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЕПІДЕМІЧНИЙ ПРОЦЕС ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ <i>Петрунько Д. І., Матюха А. П., Доніка Л. І.</i>	161
ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ШЛЯХАМИ	162

ІНФІКУВАННЯ ВІЛ <i>Піддубна А. І., Логвинюк Г. О., Скательова О. О.</i>	
НОВІТНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С <i>Примачук О. Є., Скрипник Н. В.</i>	163
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ У ДІТЕЙ <i>Січненко Н. С.</i>	163
ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГРИПУ НА СУМЩИНІ У 2005-2015 рр. <i>Слободян Г. Р., Чернецька А. В.</i>	164
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОПІСТОРХОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2010-2015 рр. <i>Фролова Л.С.</i>	165
МІКРОБІОТИЧНІ АСПЕКТИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРАПІЇ <i>Чемич О. М.</i>	166
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ KLEBSIELLA PNEUMONIAE <i>Чемич О. М., Ваглай Ю. С., Масалітін І. М.</i>	167
ВИЯВЛЕННЯ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С СЕРЕД ДОНОРІВ КРОВІ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Черток В. С., Романенко І. М.</i>	168
РЕЦИДИВНА БЕШИХА: КЛІНІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ <i>Шандиба І. О.</i>	169
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ПІВНІЧНО-СХІДНОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ <i>Яшукова Є. В.</i>	170
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ЗАВОЗНОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ <i>Котелевская В. И., Кузнецова Д. А.</i>	170
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ <i>Солохидинов Шохрух</i>	171
ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НЕКОТОРЫХ ПОСТСОВЕТСКИХ ГОСУДАРСТВАХ <i>Усманов Камолiddин</i>	172
CARDIOVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT WAYS OF HIV TRANSMISSION <i>Al-Juboori Mustafa Riyadh, Al-Musa Samee</i>	173
СЕКЦІЯ VIII. ПЕДІАТРІЇ З ДИТЯЧИМИ ІНФЕКЦІЯМИ	
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ГРОПРИНОЗИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ <i>Абдуллаєва Н. Ф.</i>	176
ПРОБЛЕМА ВІТАМІННО-МІНЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ УКРАЇНИ <i>Бокова С.І., Волкова М.В.</i>	176
НЕХІМІЧНІ ЗАСОБИ БОРОТЬБИ З ДОМАШНІМИ ШКІДНИКАМИ <i>Ваганян А.Г., Загородній М.П.</i>	177
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ <i>Ваколюк А. В., Рябець Т. С.</i>	177
ПОЛІМОРФІЗМ G308A TNFA У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ <i>Волошин С.Б.</i>	178
СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ І ПОШИРЕНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ <i>Ганін Д.В.</i>	179
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ НЕСТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТАХ У ДІТЕЙ <i>Горбатюк І. Б.</i>	179
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ <i>С.В. Гуріна</i>	180

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ <i>Дейнека К. М.</i>	180
ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКЛАДУ НОСОВОГО СЛИЗУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРИ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО АДЕНОЇДИТУ <i>Є. В. Дмитрова, О. І. Сміян</i>	181
ВИПУСКНИКИ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ ПРО СВОЄ МАЙБУТНЄ <i>Загородній М.П., Богданова Г.В.</i>	182
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ <i>Зайцев І.Е., Редько О.К.</i>	182
АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНИМ УРАЖЕННЯМ НИРОК ТА СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ <i>Зайцева К.Д., Миронов П.Ф., Загородній М.П.</i>	183
КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ <i>Зіміна Н.А., Плахута В. А.</i>	183
ПРОВІДНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ <i>Зіміна Н.А., Плахута В. А.,</i>	184
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИКІВ У ДІТЕЙ З ААД ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ГРВІ <i>Івасенко В.В.</i>	184
ФОРМУВАННЯ НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ <i>Ізюмець О.І., Мурашко Т.В., Щербич Ю.В., Баньковський В.О.</i>	185
ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ <i>Карпенко Б.М.</i>	185
ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ВМІСТУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У СЕЧІ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС <i>Касян С.М., Богданова Г.В., Гапійенко О.І., Железна Т.О.</i>	186
ЧАСТОТА АБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ НЕФРОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО <i>Коробейнік Ж.В.</i>	187
ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ <i>Кулібаба В.С., Лобода А.М.</i>	187
ДИНАМІКА РІВНІВ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ СИРОВАТКИ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ШИГЕЛЬОЗ <i>Курлан Н.Ю.</i>	188
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ОРГАНІЗМУ ПІДЛІТКІВ: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ <i>Лисак М.С., Кисіль І.В.</i>	188
ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТА БАЛАНСУ МАКРОЕЛЕМЕНТІВ В СИРОВАТЦІ ТА ЕРИТРОЦИТАХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ УРАЖЕННЯМ НИРОК ВНАСЛІДОК АСФІКСІЇ <i>Лобода А.М., Маркевич В.Е., Зайцева К.Д.</i>	189
ЗНАЧЕННЯ НОВІТНІХ БІОМАРКЕРІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ НИРОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ АСФІКСІЄЮ <i>Лобода А.М., Токар В.С.</i>	190
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЕФЕКТУ ІМПУЛЬСНОГО НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ЧЕРВОНОГО ЛАЗЕРУ ПРИ МІСЦЕВОМУ ТА ПУНКТУРНОМУ ВПЛИВІ ПРИ ПІЄЛОНЕФРИТІ У ДІТЕЙ <i>Лобода Т.О., Сміян О.І.</i>	190
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ВЕГЕТОСУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ <i>Лобода Т.Ю.</i>	191
БОЛІ В ЕПІГАСТРАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ І ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ <i>Матяшок Л.А., Ляшко М.Б.</i>	192
С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН І ДЕСТРУКТИВНІ ПРОЦЕСИ В ТКАНИНІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЄЮ	192

<i>Маркевич В.Е., Горобченко Д.М., Щічка О.М.</i>	
ЩОДО ПИТАННЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РАННЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА УМОВ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ	193
<i>Маркевич В.Е., Тарасова І.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ НАПРИКІНЦІ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНЕ УРАЖЕННЯ ЦНС	193
<i>Маркевич В.Е., Тарасова І.В., Касян С.М.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ РДС	194
<i>Маркевич В.Е., Тарасова І.В., Шицук А.В.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ УРЕАЗНОГО ТЕСТУ ЗІ СЛИНОЮ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У ДІТЕЙ	195
<i>Мартиненко Л.С.</i>	
ДОСВІД ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ВІТАМІНУ ДЗ ДІТЯМ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ	195
<i>Москаленко Ю. О., Товстуха Б. П.</i>	
ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ	196
<i>Нікулеску А.С.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	196
<i>Нехаєнко І.В.</i>	
КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ	197
<i>Петрашенко В.О., Богданова Г.В., Гапієнко О.І.</i>	
КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ	198
<i>Петрашенко В.О., Зайцева К.Д., Мороз Т.Д., Тресницька Ю.В., Атрощенко О.В., Паскарик О.Ю.</i>	
КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК	198
<i>Прилуцька І.С.</i>	
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ТИМОМЕГАЛІСІЮ	199
<i>Товстенко Н. В., Рибалко Л.В., Плахута В.А.</i>	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ	200
<i>Романюк О.К., Зьобра Ю.С., Кригіна М.І.</i>	
СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ДІТЕЙ, ЯКІ БУЛИ НАРОДЖЕНІ ШЛЯХОМ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	200
<i>Сиром'ятнікова К.С.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТІВ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА РОТАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ	201
<i>К.О. Сміян-Горбунова, С.М. Андрієнко, С.Д. Татаренко, С.І. Кругляк, М.О. Корнієнко</i>	
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СИНУСИТУ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПЛЕКСНОГО ГОМЕОПАТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ ТРАУМЕЛЬ С	202
<i>Сміян О. І., Моцич О. П., Бинда Т. П., Ємець О. М., Дичко М. М., Кушніренко Л. А., Нагорна Л. Н.</i>	
ВПЛИВ ТРАУМЕЛЬ С НА ПРОТЕЇНОГРАМУ В ДІТЕЙ З ГОСТРИМ БРОНХІТОМ	202
<i>Сміян О. І., Моцич О. П., Бинда Т. П., Бугаєнко В. О., Моїсеєнко К. А., Охріменко Т. І.</i>	
СИНДРОМ ЗРИГУВАНЬ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ	203
<i>Січненко П.І., Бугаєнко В.О., Куропятник Н.П., Хрін Н.В., Січненко Д.П., Загребельна А.О.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ БУДИНКУ ДИТИНИ	204
<i>Н.О. Ситник, І.І. Андрієвський, Л.Д. Коцур</i>	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЄЮ ДО БІЛКА КОРОВ'ЯЧОГО МОЛОКА	204

<i>Н.О.Ситник, Л.Д. Коцур,</i> ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	205
<i>Н.О. Ситник, Т.Л. Процюк</i> КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ РОЗВИТКУ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС	205
<i>Тарасова І.В., Касян С.М., Свириденко Л.Ю.</i> ПРЕДИКТОРСЬКІ ВЛАСТИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У РОЗВИТКУ ПОСТГІПОКСИЧНОЇ КАРДІОПАТІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ	206
<i>Тарасова І.В., Панасовська К.О.</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФЕРОКІНЕТИКИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	207
<i>Ткач Б.Н., Недоступ І.С.</i> ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ ЗРОСТУ У ДІТЕЙ	207
<i>Ткаченко В.С.</i> ДИНАМІКА МІКРОЕКОЛОГІЇ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРАПІЇ	208
<i>Ушкаленко А.О., Мельник Л.І., Черток В.С., Сміян О.І, Мозгова Ю.А., Горбась В.А.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	208
<i>Шарова О.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ПЕРЕДЧАСНО	209
<i>Школьна І.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ЗДОРОВИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ	210
<i>Школьна І.І., Ганін Д.В.</i> РОЛЬ ПЛАЦЕНТИ В ЗАХИСТІ ПЛОДА ВІД ТОКСИЧНОЇ ДІЇ СВИНЦЮ	210
<i>Школьна І.І., Лобода А.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ	211
<i>Попов С.В., Романова Т. А.</i> ИСХОДЫ ВЖК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1 ГОД	211
<i>Редько Е.К., Камомеддин Усманов, Светлана Чепурная</i> ОСОБЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГИП ЦНС У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	212
<i>Редько Е.К., Юрченко А.П., Усова М. А.</i> МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНЫХ УПРАЖНЕНИЙ, КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	213
<i>Столяренко Н.Н., Столяренко К.Н., Брода В.С.</i> ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ СЕГОДНЯ	213
<i>Фурса А.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПОДКОРКОВО - МОЗЖЕЧКОВОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОГО НАРУШЕНИЯ В-ОКИСЛЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕЙЕ – ПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ	214
<i>Шахзадян Л.Г., Мелашвич Е.А.</i> EFFECTS OF EXPERIMENTAL HYPOXIA ON ZINC BALANCE IN THE BRAIN TISSUE OF RATS	215
<i>Alfaus Lafee Hussein, Mohammed Gharaibeh</i> THE USE OF HYPOALLERGENIC MIXTURES IN CHILDREN WITH SIGNS OF ATOPY	215
<i>Marusyk U.I.</i> MICROBIOLOGICAL RESEARCH IN NEONATAL ICU(SUMY REGION CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL)	216
<i>Muhina Ibrahim Ali, Issa Asal</i> STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF LIVER OF CHILDREN WITH ESCHERICHIOSIS INFECTED BY EPSTEIN-BARR VIRUS	217
<i>Olkhovskyy E.S.</i> EFFECTS OF EXPERIMENTAL HYPOXIA ON IRON BALANCE IN THE BRAIN TISSUE OF	217

RATS <i>Samee Al Musa, Sadid Laith</i>	
OUTCOMES OF BRAIN DAMAGE IN TERM NEONATES WITH SEVERE HYPOXIC ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY <i>Samson Sirma</i>	218
THE INFLUENCE OF ATOPIC DERMATITIS ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN <i>Slobodjan G., Romaniuk O.</i>	218
THE EFFECT OF HYPOXIA ON LEAD TISSUE CONCENTRATION IN NEWBORN RATS <i>I.V.Tarasova, O.O.Pylypets, Nwokie Obinna</i>	219
СЕКЦІЯ ІХ. СТОМАТОЛОГІЯ	
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ПРИХОВАНОГО КАРІЕСУ ЗУБІВ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ МЕТОДАМИ <i>Ажар А.В.</i>	221
ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ НА СТАН ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ <i>Бабай О.М., Рябокони Є.М.</i>	221
АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ ПІД ВПЛИВОМ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ <i>Бабай О.М., Рябокони Є.М.</i>	222
ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ НАНОРОЗМІРНОГО КРЕМНЕЗЕМУ З АНТИСЕПТИКАМИ ДЛЯ САНАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА <i>Беляєв П.В.</i>	222
БУДОВА НАВКОЛОПУЛЬПАРНОГО ДЕНТИНУ ЗУБІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ <i>Гасюк П.А., Воробець А.Б., Радчук В.Б.</i>	223
НОЗОЛОГІЧНА СУТНІСТЬ ЕКОЛОГІЧНО ОБУМОВЛЕНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ <i>Гиленко А.С.</i>	224
ХВОРОБА ШЕГРЕНА (ЗА МАТЕРІАЛАМИ КОНФЕРЕНЦІЇ «РІДКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ») <i>Гиленко А.С.</i>	224
СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИГОТОВЛЕННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ ПРОТЕЗІВ <i>Зубик Х.М.</i>	225
ЕФЕКТИВНІСТЬ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ ПЛОМБИ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗЕРНИСТОСТІ БОРА <i>Зубик Х.М., Карпуша Т.В.</i>	225
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПУХЛИНАМИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ НА ТЕРИТОРІЇ СЛОБОЖАНЩИНИ <i>Кузенко Є.В., Трейтяк І.В.</i>	226
АНАЛІЗ БАЗОВИХ ЗАСАД БЮБЕЗПЕКИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ІМПЛАНТОЛОГІЇ <i>Курило В.В.</i>	226
ЗАСТОСУВАННЯ «САНДВІЧ»-ТЕХНІКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЕСТЕТИЧНОГО ВИГЛЯДУ КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ <i>Куцевляк В.Ф., Карнець Л.М., Звягін С.М.</i>	227
ВПЛИВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ВИНИКНЕННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ЩУРІВ <i>Лахтін Ю.В., Мещенінова Н.О., Денисенко І.О.</i>	228
ПРОБЛЕМА СИСТЕМАТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В УКРАЇНІ <i>Лахтін Ю.В.</i>	228
ГРІН ВАРДИМАН БЛЕК – «БАТЬКО» СУЧАСНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ <i>Мешков Б.Є.</i>	229
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ <i>Москаленко І.В., Устянський О.О.</i>	229
ПЕРЕДУМОВИ ЛІТОГЕНЕЗУ У СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ <i>Москаленко Р.А., Чередніченко А.І.</i>	230
ОСОБЛИВОСТІ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ІМПЛАНТАТАМИ "ITERUM АСТІВ" У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ІІ ТИПУ <i>Москаленко І.В.</i>	231
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КРИСТАЛОГРАФІЇ ТА КРИСТАЛОСКОПІЇ СЛИНИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА ХВОРОБИ ШЕГРЕНА	231

<i>Москаленко П.О., Масалітін І.В.</i>	
ПРИНЦИПИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ <i>Ніколенко А.В., Устянський О.О.</i>	232
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КЛАСИЧНОГО СИНДРОМУ ШЕГРЕНА <i>Павлоградська Т.О., Рачок Т.С., Рачок А.А.</i>	232
ВИКОРИСТАННЯ ЗУБНИХ ІМПЛАНТАТІВ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ <i>Палій Т.А.</i>	233
ІНТЕРЛЕЙКІНИ СЛИНИ ЯК МАРКЕРИ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ <i>Пачевська А.В.</i>	234
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗБУДЛИВОСТІ ПУЛЬПИ У СПОРТСМЕНІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ КОНТАКТНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ <i>Пимоненко І.І.</i>	234
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ <i>Розовик Н.С., Кочкіна Н.А.</i>	235
ЕКОЛОГІЧНА СКЛАДОВА РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ <i>Селін М.С.</i>	235
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПРИНЦИПІВ ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ГІСТОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ЕМАЛІ ЗУБІВ <i>Сміянов Ю.В.</i>	236
НАУКОВА СПАДЩИНА АКАДЕМІКА МИКОЛИ СЕРГІЙОВИЧА СКРИПНІКОВА (до 80-річчя з дня народження) <i>Устянський О.О.</i>	236
ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ <i>Шеринсва Є.С., Устянський О.О.</i>	237
УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ПЬЕЗОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА <i>Алмурат С.С., Айдосов М.Р.</i>	238
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕСЕНСИТАЙЗЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ЗУБОВ <i>Вакула А.Ю., Демидова П.И.</i>	238
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ <i>Воронина А.С.</i>	239
ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ ФАКТОРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ <i>Гальметдинова Н.Р., Юсифова М.И., Романенко Е.Г.</i>	239
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РЕНТГНЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ОККЛЮЗИИ <i>Густов В.В.</i>	240
ВЛИЯНИЕ ЭНДОФТОРИРОВАНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АКТИВАЦИИ СИЛЕРА НА КАЧЕСТВО ОБТУРАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА <i>Днестранский В.И., Санжарова А.В., Днестранская Е.И.</i>	241
КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ <i>Драмарецкая С.И.</i>	241
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ <i>Жданова Н.А.</i>	242
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШИНОЙ <i>Кауртаев А.С. Базарбай М.О.</i>	243
ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ <i>Лопатка А.Ю.</i>	243
АНАЛИЗ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ <i>Марчук Т.С.</i>	244
ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ МАТЕРИАЛОВ ПРИ	244

ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР <i>Новикова Е.В.</i>	
МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ <i>Пастухова Е.А., Кириенко В.В.</i>	245
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОЛИАМИНОВ В ГИНГИВАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ <i>Розовик Н.С., Дементьева Е.В., Чумак Э.А.</i>	246
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗУБОВ <i>Сагунова К.И.</i>	246
ПРИМЕНЕНИЕ 3D – ПРИНТЕРОВ В СТОМАТОЛОГИИ <i>Слухай С.</i>	247
ГИГИЕНИЧЕСКИЙ СТАТУС ЗУБОВ ШКОЛЬНИКОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА <i>Яковлева Н. Н., Гладченко А.А.</i>	247
THE TECHNIQUE OF CREATING THREE-DIMENSIONAL COMPUTER MODEL OF THE TOOTH <i>Bilobrov R., Breslavets N., Saliya L.</i>	248
THE IMPROVEMENT BONDING IN METAL-POLYMER SYSTEM THROUGH THE DEVELOPMENT OF NEW POLYMER COATING VARNISH «SINMA-M+V» <i>Breslavets N., Bilobrov R., Saliya L.</i>	249
ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP FACTORS WHICH DETERMINED THE QUALITY OF ORTHOPEDIC DENTAL CONSTRUCTIONS <i>Janishen I.V., German S.A., Pogorila A.V.</i>	249
СЕКЦІЯ Х. ХІРУРГІЯ	
ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ <i>Леонов В.В., Анциферова І. В.</i>	252
ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ РЕНОПРОТЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАННЯМ НИРКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ <i>Сікора В.В., Анциферова І.В.</i>	252
ПОШИРЕНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ ХОРИОРЕТИНАЛЬНИХ ДИСТРОФІЇ СІТКІВКИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ РЕФРАКЦІЇ <i>Лекішвілі С.Е., Ашурбекова В.А.</i>	253
ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ, ПОЄДНАНУ ІЗ НАБУХАЮЧОЮ КАТАРАКТОЮ <i>Н.А. Мартінек Н.А., Балагуш О.Г., Ціфринець О.І.</i>	253
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ <i>Банадига Андрій</i>	254
ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ <i>Леонов В.В., Білан А.О., Тверезовський А.В., Тетюра Д.В.</i>	255
ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ <i>Бірюкова К.І., Ткач А.А.</i>	256
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОРОТКОЗОРИСТЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛАЗЕРНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ СІТКІВКИ ТА МІДРОНАТА <i>Лекішвілі С.Е., Гавенко О.М.</i>	256
ЕХОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИ ЗАГРОЗІ САМОВІЛЬНОГО ВИКИДНЯ <i>Святоцька О.В., Градик Р.Т., Ширій Т.І.</i>	257
ГІПЕРБАРИЧНА ОКСИГЕНАЦІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Сікора В.В., Грицай Т.О.</i>	257
ТУБЕРКУЛЬОЗ – ЯК ОДНА ІЗ НАЙГОЛОВНІШИХ ЗАГРОЗ ДЛЯ ЛЮДСТВА <i>Головко А.Ф., Лопатіна К.В.</i>	258
РОЛЬ ПРОБІОТИКІВ У ЛІКУВАННІ УРОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ <i>Нікітіна І.М., Демченко О.М., Заїко Г.О.</i>	259
РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗУ <i>Джоханнес Селма Нділімеке, Жданов С.М.</i>	259

ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ <i>Сміянов В.А., Дрига Н.О.</i>	260
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АУТОЛОГІЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН У ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК <i>Літвінова Н.Ю., Дубенко Д.Є., Швачкіна Г.С., Завійський В.І., Єлісеєва Г.М.</i>	260
СИНДРОМ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ <i>Єжова А.В., Сологубовська-Яснікова Ю.В., Василенко О.І., Сіренко Н.В.</i>	261
ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ В СУМСЬКОМУ РАЙОНІ, В УМОВАХ ВПЛИВУ НЕСПРЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ НАКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА <i>Єжова А.В., Семенчук О.В.</i>	261
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ РОБОТИЗОВАНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧНОГО МІХУРА <i>Леонов В.В., Іванова Т., Роговий А.</i>	262
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТРАЖДАЛИХ ДИТЯЧОГО ВІКУ, ЩО ОТРИМАЛИ ТРАВМИ УНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД <i>Шкатула Ю.В., Івченко А.О. Квартальна О.І.</i>	262
ГОСТРА ОБТУРАЦІЙНА ЖОВЧНОКАМ'ЯНА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ <i>Каценко Л.Г., Коцюба І.І., Даниленко І.А., Олісенко Д.В., Антоненко О.М.</i>	263
КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ <i>Кравець В. В.*, Заслонко М. Є.</i>	265
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ СПАЙКОВОЮ ХВОРОБОЮ ОЧРЕВИНИ <i>Ягнюк А. І., Кітченко С. С., Шульга А. А.</i>	266
ПЕРСПЕКТИВИ ГЕНЕТИЧНОГО ТЕСТУВАННЯ BRSA1TA BRSA1P У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА РАК ЯЄЧНИКІВ. <i>Пересунько О. П., Кміть Н. В.</i>	266
АНАЛІЗ ВИПАДКІВ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ТРАВМ У ПАРАШУТИСТІВ <i>Барвінська А.С., Ковальчук В.В.</i>	267
ШЛЯХИ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ, ЯК ОДНІЄЇ З ОСНОВНИХ ПРИЧИН ЕНДОКРИННОГО БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК <i>Копиця Т.В., Карабан І.М.</i>	267
ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗЛИВОГО АБОРТУ ПРЕПАРАТАМИ ЕКЗОГЕННОГО АНАЛОГУ ПРОГЕСТЕРОНУ ЛЮТЕІНА У ЖІНОК З НЕДОСТАТНІСТЮ ЛЮТЕІНОВОЇ ФАЗИ <i>Копиця Т.В., Довга К.А., Куценко Д.Е.</i>	268
МОНІТОРИНГ ПРИРОДНОЇ КЛІЕРНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ У ПРОЦЕСІ ЇХ ЛІКУВАННЯ <i>Копиця Т. В., Сумцов Д. Г.</i>	269
ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ ЗА СПОСОБОМ ЛІХТЕНШТЕЙНА <i>П'ятикоп Г.І., Коростіль С. О., Коломісць Є. В.</i>	269
ОСОБЛИВОСТІ МЕТАСТАЗУВАННЯ В КІСТКИ СКЕЛЕТУ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ <i>Костюченко В.В., Москаленко Ю.В., Винниченко О.І.</i>	270
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ГРИЖ <i>П'ятикоп Г.І., Кукса О.Ю., Сидоренко А.Ю.</i>	271
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО АНТИГІПОКСАНТУ «ЦИТОФЛАВІНУ» З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ УСКЛАДНЕНЬ НА СІТКІВЦІ У ХВОРИХ З ТРАВМАМИ ОКА <i>Лекішвілі С.Е., Грицай Л.В., Грицай Т.О.</i>	271
ПОЄДНАННЯ РАКУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ <i>Базін М. Є., Лисаченко Т. М., Жуков А. В., Шевченко О. М.</i>	272
РОЛЬ УРАЖЕННЯ ДЕМОДЕКСОМ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА, ЯК ФАКТОРУ РОЗВИТКУ ІНШИХ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА <i>Сміянов Є.В., Лихих О.В.</i>	273

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЦИКЛІЧНИХ ЗМІН В ОРГАНІЗМІ ЖІНОК-СПОРТСМЕНОК НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ <i>Калашиник Н.В., Логвинюк Г. О.</i>	273
ХРОНІЧНИЙ ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУСИТ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ <i>Сміянов В.А., Лозовий Р.О.</i>	274
ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНА-СУПРЕСОРА P-53 У ПУХЛИНАХ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ З МЕТОЮ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ. <i>М.Б.Ляшко, О.П.Манжура, Л.А.Матяшок</i>	275
ЛІКУВАННЯ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК <i>Сухомлин С.А., Мазур В.В.</i>	275
КОМПЛЕКСНА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ <i>Муравський Д. В.</i>	276
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК <i>Калашиник Н.В., Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.</i>	277
РОЛЬ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ЗМІНІ МІКРОБНОГО СПЕКТРУ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ СПАЙКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК <i>Микитин В.З., Пак В.Я., Микитин К.В.</i>	277
ПЕРИТОНІТ – ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ <i>Мисловський І.А., Кравець О.В., Попадинець В.М.</i>	278
ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ КОМІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ <i>Бабар Т.В., Мішкіна А.І.</i>	279
ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОЮВАННОСТІ НА ЕМПІЕМУ ПЛЕВРИ НА СУМЩІНІ <i>Дужий І.Д., Міщенко Ю.О., Пєвнєв Я. Г.</i>	280
РОЛЬ ГАРВАРДСЬКОЇ ШКОЛИ ХІРУРГІЇ У ВІДКРИТТІ І РОЗПОВСЮДЖЕННІ АНЕСТЕЗІЇ ЕФІРОМ <i>Редько С.І., Мочаренко Я. А., Пєвнєв Я. Г.</i>	280
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ВИСНАЖЕНИХ ЯЄЧНИКІВ ТА СИНДРОМУ РЕЗИСТЕНТНИХ ЯЄЧНИКІВ <i>Бойко В.І., Ніколенко А.В.</i>	281
СПАДКОВІСТЬ ЯК ЕТІОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК ВИНИКНЕННЯ ГІПОСПОДІЇ <i>Овечкін Д.В., Леонов В.В., Шевченко М.Ю., Козік Є.В.</i>	282
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ “ СОЛКОСЕРИЛ” ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ ЗАГАЛЬНОМУ ЗНЕВОДНЕННІ. <i>Огієнко М.М., Редько С.І.</i>	282
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЮВАННЯ ДЕФОРМАЦІЙ СТОПИ У ДІТЕЙ З ДЦП ТА МЕТОДИК ЇХ КЛІНІЧНОГО ЛІКУВАННЯ <i>Дубас В.І., Павлюк М.С., Белінський М.В., Василюшин А.Я.</i>	283
ОЦІНКА СТАНУ ВНУТРІШНЬООРГАННОГО КРОВОТОКУ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ СПАЙКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК <i>Пак В.Я., Кащенко Л.Г., Микитин В.З., Микитин К.В., Пабот К.А.</i>	284
ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ <i>Дужий І.Д., Попадинець В. М., Чуб Д. Р</i>	285
РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ У НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ <i>Нікітіна І.М., Прасол Д.А., Пабот К.А.</i>	285
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДО- І МІОМЕТРІЯ <i>Нікітіна І.М., Прасол Д. А.</i>	286
СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ РАДІОХВИЛЮЛЬОВИМ МЕТОДОМ <i>Бабар Т.В., Пушкар А.В.</i>	287
ЗАСОБИ СРІБЛА І ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ. <i>Бугайов В.І., Рябоконт О. А. Карпенко Б.М.</i>	287
ДИНАМІКА ПЕРЕБІГУ ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ РЕТИНОПАТІЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НОВИХ ПІДХОДІВ ДО РЕСПІРАТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ	288

<i>Лекішвілі С.Е., Семенчук О.В.</i>	
НОВІТНЯ МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПРОСТАТИТ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКА <i>Сікора В.В., Сірих І.В.</i>	289
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ КИШЕЧНИКА У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ <i>Слободян Г., Микитин В.З., Микитин К.В., Пак В.Я</i>	289
ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ НЕПРОХІДНОСТІ ФАЛЛОПІЄВИХ ТРУБ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ <i>Сміян С.А., Кузьоменська М.Л., Піддубна Т.І.</i>	290
ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКА LORHELPER У ВИВЧЕННІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ПРИ ПРОБЛЕМНО – ОРІЄНТОВАНОМУ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ <i>Сміянов Є.В., Смородська О.М.</i>	291
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЕРОЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ <i>Нікітіна І.М., Страхова Н.Г., Федік Л.М.</i>	292
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНИХ ЖІНОК <i>Сухарев А. Б., Сухарева В. А.</i>	292
НЕОБХІДНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ВАГІТНИХ <i>Сухарев А. Б., Сухарева В. А.</i>	293
ПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ АНОМАЛЬНОМУ РОЗТАШУВАННІ ПЛАЦЕНТИ <i>Бойко В.І., Тихановський М.Ф.</i>	293
ЕПІДЕМІЧНО-ЕТІОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ СТВОРЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЦЕНТРІВ НА ПРИКЛАДІ ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ <i>Дужий І.Д., Харченко С. В., Ходирев О. І., Кірієнко В. В., Колодка А.О.</i>	294
ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У СТАЦІОНАР <i>Дужий І.Д., Харченко С. В., Кравець Я. В., Кривохижа Д. І.</i>	295
ПЕРСОНІФІКОВАНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ ЗАЛЕЖНО ВІД ГОРМОНАЛЬНО-ГЕНЕТИЧНОГО СТАТУСУ <i>Дужий І.Д., Харченко С. В., Медведєва І. М., Лохоня І. М., Пастухова К. О., Постоецько А. І.</i>	295
КОМПЛАСНС ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЛІКУВАННЯ ОРГАНУ ЗОРУ У ХВОРИХ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ <i>Лекішвілі С.Е., Шаповал С.В., Ломакін І.В.</i>	296
ПЕРШИЙ ДОСВІД РОБОТИ ГРУПИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ ЗА УЧАСТЮ ЛЮДЕЙ З ВАДАМИ ЗОРУ <i>Лекішвілі С.Е., Шаповал С.В., Ломакін І.В.</i>	297
СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТРИКТУРИ ЖІНОЧОЇ УРЕТРИ <i>Сікора В.В., Шевченко А.І.</i>	297
МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ АПЕНДИКУЛЯРНИХ ІНФІЛЬТРАТІВ <i>Шимко В. В., Прядун О. О., Медведєва І. М.</i>	298
ДОСВІД ЛІМФОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ <i>Шимко В.В., П'ятикоп Г.І., Ганжара О.С., Супрун С.Г.</i>	298
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СОМАТИЧНИХ І ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТЕРІ З РОЗВИТКОМ СИНДРОМУ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДА <i>Ширій Т.І., Градик Р.Т., Флуд В.В.</i>	299
ПОРІВНЕВА І ПОСТАДІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА МІЖХРЕБЦЕВИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА <i>Шишук В.Д., Щербак Б.І., Шишук А.В., Смородська О.М., Коротка О.В.</i>	300
СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Москаленко Ю.В., Шишук А.В., Сусол Ю.М.</i>	301
ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ <i>Шкільна О.О., Супрунова Т.В.</i>	301

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ТАЗОВО-УРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ <i>Редько С.И., Багуля Е.В., Доница Л.А.</i>	302
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ПУПОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ <i>Баулин В.А., Баулина О.А., Баулин А.А.</i>	303
РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА <i>Баулина О.А., Баулин В.А., Ивачева Н.А.</i>	303
ИННОВАЦИОННАЯ НЕИВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ КИБЕР НОЖА <i>Билицкая В.В.</i>	304
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОЦИНОЗА КОЖИ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПОСЛЕ ПИРСИНГА <i>Бондаренко О. В., Журавлев А. С.</i>	305
АНАТОМИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО ТАЗА В СОМАТОТИПАХ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЖ. ТАННЕРА У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА <i>Бугаевский К.А., Бугаевская Н.А.</i>	305
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УНИКАЛЬНОЙ МИЕЛОАРХИТЕКТониКИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА <i>Дудников А.В.</i>	306
ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ КИСТИ <i>Дудников А.В.</i>	307
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УЛЬТРАТОНТЕРАПИИ КОЖНЫХ АЛЛОГРАФТОВ НА СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ТЯЖЕЛО ОБОЖЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Алексеев С.А., Жилинский Е.В., Скакун П.В., Губичева А.В.</i>	308
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЗРИТЕЛЬНОМ ТРУДЕ <i>Евтушенко А.С.</i>	308
ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Жукова Е.М., Наледько В.А.</i>	309
СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ НА СОСТОЯНИЕ МАТЕРИ И ПЛОДА <i>Журова А.В., Сербина Д.В., Никитина Е.В., Ялонецкий И. З.</i>	310
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПЕРИОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЗРЫВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА. <i>Игнатчик И. О., Голяк А. А.</i>	310
ФАКТОРЫ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ГАРТМАНА <i>Иоффе И.В., Лисовой Р.В.</i>	311
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ РИНОПЛАСТИКИ <i>А.С. Журавлев А.В. Кислов, М.А Семенюк, О.В. Бондаренко, Грибовод В.В.</i>	312
ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Бовтюк Н.Я., Козина А.А., Масловская В.С., Кожевников Д.В.</i>	312
СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. <i>Савицкая В. М., Комарова Ю. Ю.</i>	313
АЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ <i>Коростелев Д.С., Евдокимова Л.С., Коробицына Ж.Е., Еременко Л.В., Гирич О.П.</i>	313
ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНЕСТЕЗИИ. <i>Редько С.И., Кулинич М.О.</i>	314
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ОПЕРАЦИИ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО	315

СУСТАВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДА МАГНИТОФОТОТЕРАПИИ <i>Лисковская Ю.О., Согомонян Н.Ф., Ковалевич Е.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ <i>Литвинов И.О., Пискарева А.М., Писаренко Г.Н.</i>	315
ТРЕВОЖНОСТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Калачёв В. Н., Ляховец В.А., Белая В.В.</i>	316
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА: МОРФОЛОГИЯ ПОСЛЕДА, ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА <i>Машиарова В. С., Шимченко Ю. В., Никитина Е. В.</i>	317
ВОПРОСЫ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК <i>В.Ю. Мелешко, Е.О. Голубева, Л.Ф.Можейко</i>	317
ОДНОВРЕМЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКОГО И ПОВЕРХНОСТНОГО СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ <i>А.С. Петуховский, А. Г. Цыркунович, А.П. Антонович, М.М. Миронович, П.И. Беспальчук</i>	318
ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ АССОЦИИРОВАННЫМ С КУРЕНИЕМ <i>Прокопович И.А., Долина И.В.</i>	318
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ КЛАПАНА АХМЕДА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ <i>Рачинская А. А., Ясюкевич Я. А., Чекина А. Ю.</i>	319
РОТАЦИОННО-АСПИРАЦИОННАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЮРГЕРА <i>Рышкевич А.Г., Василевский В.П.</i>	320
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ХОРИОАМНИОНИТА ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Софонова А.С., Барановская Е.И.</i>	320
ОПЫТ ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ РАЗЛИЧНЫМИ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ <i>Редько С.И., Токарь В.С., Викола В.А.</i>	321
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА <i>Троценко С.Н., Иоффе И.В.</i>	322
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНИЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Туромша В.И.</i>	322
СТРУКТУРА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ <i>Е.В. Федорович, В.Ю. Мелешко, Е.О. Голубева, Поболь-Солонко О.Л.</i>	323
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗА НОСА ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ <i>Хабаль А.В., Журавлев А.С.</i>	324
РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>Хабаль А.В., Колесник В.П.</i>	324
РЕАКЦИЯ МИОМЕТРИЯ НА ЭНДОПРОТЕЗ ИЗ НИТИ «ПРОЛЕН» В ОПЫТЕ НА 24 КРОЛЬЧИХАХ <i>Худолей Е.П., Бежин А.И.</i>	325
ТРОМБОЗЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И КРИТИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Церах А. В., Кузьмин Ю.В.</i>	325
КОРАЛЛОВИДНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ <i>Цыркунович А. Г. , Савич В. В., Юшко Е. И.</i>	326
PROGESTERONE MYOMETRIAL EFFECT AND MECHANISM FOR THE PREVENTION OF PRETERM BIRTH <i>Dr Barbar .T. V., Nwokiea Obinna,</i>	327
INVESTIGATIVE UTILITY OF MICROSATLITE GENOTYPING FOR MOLAR PREGNANCY TESTING <i>Ezugwu Chisom Anthoinette, Babar T.V.</i>	327
FEATURES OF RADIO DIAGNOSIS OF SYNDROME OF PLEURAL EFFUSION	328

<i>Oleshchenko G.P., Voshchenko V.P., Diedkova K.A.</i>	
PROPRANOLOL-RESISTANT INFANTILE HEMANGIOMAS: THE ANALYSIS OF 2 CASES <i>Ovechkin D. V., Leonov V.V., Ngetich E., Adigun Z.</i>	329
GASTRIC CANCER IN AFRICA COMPARED TO UKRAINE AND OTHER COUNTRIES <i>Ramadhani M. Satura, Nancy L. Rutananukwa, Kristina N. Kohi, V. P. Shevchenko</i>	329
ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИКА ДЕКАСАНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГНІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН <i>Мионов П.Ф., Тімоніна К.В., Гончаров М.П.</i>	330



СЕКЦІЯ VI.

ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 року о 10⁰⁰.

Місце проведення: СОСДРЗН, конференц-зал (вул. Лучанська, 14).

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

д-р мед. наук, проф. **Н. В. Деміхова**, д-р мед. наук, проф. **О. О. Потапов.**

Секретарі: **О. М. Чернацька, А. В. Ступницька.**

РОЛЬ ОЖИРІННЯ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ*Анцибор І.С., магістр, Безсмертна Р.В*, Гавриленко А.М.***Науковий керівник: д.мед.н. Н.В. Деміхова**СумДУ, кафедра сімейної та соціальної медицини; КУ СМКЛ №1**

Проблема надлишкової маси тіла й ожиріння є надзвичайно актуальною для України. Частота ожиріння настільки велика, що набула характеру неінфекційної епідемії.

Мета: оцінити поширеність ХСН у пацієнтів із надлишковою масою тіла та ожирінням та вплив ожиріння на функціональний стан серцево-судинної системи в залежності від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали дослідження. Проведене комплексне обстеження 100 хворих на ІХС з ознаками ХСН. 36 пацієнтів, хворих на ІХС без супутнього ожиріння і надлишкової ваги, склали групу А та 33 пацієнти із ІХС та надлишковою масою тіла, 31 пацієнт із ІХС та ожирінням, увійшли до групи Б. Серед учасників дослідження було 46 чоловіків та 54 жінки, віком від 56 до 68 років включно (середній вік $62,9 \pm 0,29$ років).

Результати дослідження. Поєднаний перебіг ІХС та ожиріння частіше зустрічався серед жінок у порівнянні з чоловіками (відповідно 51% та 49%).

В залежності від ожиріння хворі гр. Б були розподілені наступним чином: ожиріння I стадії становило 31,25 % хворих (20 осіб), ожиріння II стадії – 12,5 % (8 осіб), а ожиріння III стадії – 4,69 % (3 особи). Середній ІМТ серед пацієнтів групи Б (що мали надлишкову вагу та ожиріння) становив $30,77 \text{ кг/м}^2$.

СН 0 стадії та СН III стадії не зустрічалась у жодній групі; СН I стадії діагностовано у 5 осіб (14 %) гр. А та 4 осіб (6 %) гр. Б. СН II А стадії зустрічалась з однаковою частотою у хворих обох груп (у середньому в 79 %). СН II Б стадії частіше зустрічалась серед хворих гр. Б - 9 осіб (14 %) проти 3 осіб (8 %) у групі співставлення.

У гр. А наявність стенокардії I ФК було діагностовано у 8 пацієнтів (22 %), II ФК - у 18 пацієнтів (50 %), стенокардії III ФК - у 10 пацієнтів (28 %), IV ФК не відмічалось. Серед хворих гр. Б дані показники становили 9 чол. (14 %), 31 чол. (48 %), 17 чол. (27 %) та 7 чол. (11 %) відповідно. На тлі прогресування СН від I до II ФК ІМТ збільшується ($26,83 \text{ кг/м}^2$ та $33,34 \text{ кг/м}^2$ відповідно), у хворих з ХСН III ФК з'являється тенденція до зниження маси тіла ($30,09 \text{ кг/м}^2$), а у пацієнтів з ХСН IV ФК ІМТ не перевищує $26,09 \text{ кг/м}^2$.

Висновки. Найбільш обтяжливий вплив на перебіг ІХС відбувається за наявності надлишкової маси тіла та ожиріння, що дозволяє оцінювати їх як фактори ризику розвитку та прогресування ХСН.

ВИЯВЛЕННЯ КРИТИЧНИХ ЛАНОК В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ КОМПОНЕНТІВ КРОВІ ДО ГЕМОТРАНСФУЗІЇ*Анциферова І.В., Любчак В.В.**Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини*

Згідно сучасних стандартів менеджменту та якості, якісна трансфузія можлива лише в разі забезпечення належного контролю на всіх етапах від донатії до гемотрансфузії. Після еплементатії угоди з ЄС, українські станції переливання крові почали переходити на європейські стандарти GMP. Однак, на сьогодні, в Україні не існує жодного нормативного документу, що регламентує належне розморожування та підігрів компонентів крові при ретрансфузії. Саме цей етап на шляху крові від донора до реципієнта є критичним, оскільки найбільш важливі компоненти плазми є термолабільними і змінюють свою структуру при неналежному розморожуванню і підігріві. Це призводить до зменшення ефективності компонентів крові та збільшення необхідних кількостей вливань.

Нами було проведено аудит лікарень в м. Суми. Загалом, в дослідженні було використано досвід розморожування та підігріву 16 відділень.

В результаті дослідження, було отримано наступні дані. Спеціальні розморожувачі є лише в 1 відділенні. Розморожування при кімнатній температурі на повітрі проводять в 5 відділеннях. Розморожування та підігрів компонентів крові на водяній бані здійснюють в 5

відділеннях. В теплій воді ($t = 36,6 - 37,0^{\circ}\text{C}$) розморожування та підігрів проводять в 5 відділеннях.

Враховуючи отримані результати, необхідно зазначити, що проблема відсутності спеціальних розморожувачів плазми є однією з найактуальніших у сфері трансфузіології. У разі забезпечення відділень лікарень апаратами для розморожування, можливо було б досягнути кращого збереження структури компонентів крові. За рахунок цього, зменшилася б необхідна кількість вливань та суттєво підвищилась ефективність лікування. Саме тому, проблема неналежного устаткування на етапі розморожування та підігріву компонентів крові потребує негайного вирішення на державному рівні.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З ІЗОЛЬОВАНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Атаман Ю.О., Єрмоленко Т.С., Перешивайло О.І., Рябокони О. А.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Метою нашого дослідження було вивчення якості життя, як фактору прихильності до лікування хворих з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 66 пацієнтів похилого та старечого віку, середній вік склав $82,5 \pm 2,4$ років. До дослідження було відібрано 22 хворих з нормальними значеннями артеріального тиску, а також 44 хворих на ІСАГ. В залежності від рівня середньодобового тиску через один тиждень стаціонарного лікування останні були поділені на 2 групи. Першу порівняльну групу (ПГ-1) склали 22 хворих, у яких середньодобовий рівень систолічного артеріального тиску (САТ) при чотирьох вимірюваннях становив 140-150 мм рт. ст., другу порівняльну групу (ПГ-2) – 22 хворих на ІСАГ з рівнем САТ < 140 мм рт. ст. Якість життя визначалася шляхом добровільного анкетування пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36.

Результати дослідження показали, що у хворих на ІСАГ достовірно гіршими були деякі показники, що характеризують фізичне благополуччя. Зокрема, у них спостерігалось зниження фізичної активності (КГ – $76,6 \pm 4,6$; в групах ПГ-1 та ПГ-2 – $54,1 \pm 4,2$ та $50,3 \pm 3,2$ відповідно), 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 контрольній групі цей показник був вищий (КГ – $70,6 \pm 4,8$; ПГ-1 та ПГ-2 – $48,1 \pm 3,0$ та $51,3 \pm 4,4$ відповідно). Слід зазначити, що при порівнянні показників в групах ПГ-1 та ПГ-2 не встановлено відмінностей за фізичним благополуччям. Зокрема, індекс рольового фізичного функціонування у першій та другій групах порівняння склав відповідно $57,4 \pm 4,6$ та $52 \pm 3,6$. За показниками, що характеризують психологічний стан хворих достовірних відмінностей в трьох групах хворих виявлено не було.

Висновки. Наявність артеріальної гіпертензії супроводжується погіршенням якості життя хворих. Значення артеріального тиску, що не перевищують 150/90 мм рт. ст., переносяться пацієнтами так само, як і нормальні значення. Висновок про цільовий рівень АТ має прийматися лікарем окремо у кожному конкретному випадку, після аналізу індивідуальних особливостей хворого.

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ КРИЗІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ЗА ДОПОМОГОЮ УРАПІДИЛУ

*Атаман Ю.О. *, Корольчук С.Д. * **

**Сумський державний університет, медичний інститут*

***Сумський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни*

Метою роботи була оцінка клінічної ефективності та безпечності блокатора альфа-адреноцепторів уропідилу (ебрантилу) порівняно з 25% розчином магнію сульфатом у хворих похилого та старечого віку з неускладненим гіпертонічним кризом.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 60 пацієнтів (30 чоловіків та 30 жінок) з неускладненим гіпертонічним кризом, середній вік яких склав $76 \pm 2,9$ років. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну (30 осіб), яким було призначено внутрішньовенне введення 25-50 мг ебрантилу, та контрольну, з одноразовим внутрішньовенним введенням 1,25-2,5 г магнію сульфату. Поряд з клінічним обстеженням проводилося визначення ряду біохімічних показників крові, добове моніторування артеріального тиску та електрокардіограми. Показниками ефективності препаратів були час настання та тривалість антигіпертензивного ефекту, ступінь зниження артеріального тиску.

Результати та їх обговорення. Антигіпертензивний ефект у вигляді достовірного зниження систолічного артеріального тиску в обох групах в середньому досягався через 30 хвилин, діастолічного артеріального тиску - через 50 хвилин від початку терапії, при цьому ступінь зниження артеріального тиску не перевищила 25% від початкового рівня. Виявлено перевагу ебрантилу, насамперед у плані тривалості антигіпертензивної дії зі стійким зниженням рівня артеріального тиску протягом всього періоду спостереження. У осіб з постійною формою фібриляції передсердь в групі ебрантилу відмічено зниження частоти серцевих скорочень, збільшення толерантності до фізичного навантаження, зменшення інших проявів серцевої недостатності. Підтверджено сприятливий метаболічний ефект ебрантилу, зокрема зниження вмісту глюкози в крові. В основній групі пацієнтів з ефективністю вище задовільної спостерігалось достовірно більше на 21,6%, а з переносимістю вище задовільної на 17,2%.

Висновки. Отримані результати свідчать про високу ефективність і добру переносимість ебрантилу при неускладнених гіпертонічних кризах в порівнянні з магнію сульфатом у людей похилого та старечого віку. Препарат може успішно застосовуватися для лікування зазначених станів, починаючи з догоспітального етапу, особливо у пацієнтів з супутньою патологією (серцева недостатність, цукровий діабет, метаболічний синдром).

ЛІКУВАННЯ МАЛОПРОДУКТИВНОГО КАШЛЮ ПРИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Атаман Ю.О., Лисенко Ю.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Кашель є однією з найчастіших скарг, з якою доводиться стикатись сімейному лікарю. У більшості випадків він є провідним симптомом захворювань органів дихання і завдає хворим значного дискомфорту та порушує якість їхнього життя.

Метою нашої роботи стало дослідження клінічної ефективності препарату Пектолван Фіто у складі комплексної терапії гострими запальними захворюваннями дихальних шляхів, які супроводжуються малопродуктивним кашлем.

У дослідженні взяло участь 78 пацієнтів віком від 12 до 69 років (середній вік - 32,8 років), з них: 19 підлітків (24,4%) віком 12-17 років, 59 дорослих (75,6 %) віком 18-69 років, осіб жіночої статі - 43 (55,1%), чоловічої - 35 (44,9%). Усім пацієнтам було призначено комплексне лікування згідно показів. Також у складі цієї фармакотерапії усі хворі з малопродуктивним кашлем отримували комбінований відхаркувальний препарат Пектолван Фіто.

Результати та обговорення. У всіх пацієнтів під впливом призначеної комплексної терапії спостерігалася позитивна клінічна динаміка ГРЗ. 95 % хворих уже на 2-3 день від початку спостереження відмітили покращення самопочуття.

Аналіз даних показав, що на фоні терапії середній бал вираженості і частоти кашлю вже на 3-4 день (візит «1») помітно знизився, на 6-7 день (візит «2») він становив уже менше 1/3 від вихідного бала, а у деяких пацієнтів взагалі дорівнював нулю, і лише у третини хворих до 8-9 дня (візит «3») ще зберігався кашель, який за своєю характеристикою згідно шкали у середньому давав показник 0,8 балів. Усім пацієнтам, незалежно від тривалості перебігу захворювання, було рекомендовано продовжувати прийом препарату не менше 10 днів для закріплення терапевтичного ефекту.

У всіх пацієнтів з легкими проявами БОС (5,1%) до 4-5 дня зникла задишка. Це супроводжувалось позитивними змінами даних аускультатії та спірометрії при візитах «1» і «2»: сухі свистячі хрипи перейшли у вологі, зникли прояви вентиляційних порушень за обструктивним типом, що може говорити про помірний бронхоспазмолітичний ефект досліджуваного засобу.

Висновок. Пектолван Фіто є ефективним засобом для лікування пацієнтів з гострими запальними захворюваннями дихальних шляхів, що супроводжуються малопродуктивним кашлем та утрудненим відходженням харкотиння.

АНТИОКСИДАНТНА ТЕРАПІЯ В КОРЕКЦІЇ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Ащаулова Г.А.

Науковий керівник – доцент, к.мед.н. Псарьова В.Г.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) і ожиріння (Ож) мають спільні нейрогуморальні патогенетичні механізми, що проявляються ремоделюванням серця та судинної стінки. Провідним механізмом є оксидантний стрес (ОС). Використання препаратів корегуючих антиоксидантні порушення, позитивно впливає на динаміку розвитку серцево-судинної патології.

Мета роботи. Оцінка ступеня ОС і стану антиоксидантного захисту (АОЗ) у пацієнтів із АГ та Ож на тлі цукрового діабету (ЦД) в динаміці лікування із застосуванням мексидолу та L-аргініну.

Матеріали та методи дослідження. Опрацьовано 74 історії хвороб пацієнтів із поєднаною патологією (АГ, Ож та ЦД), що лікувалися на базі Сумської обласної клінічної лікарні. Хворим проведено стандартні клінічні, лабораторні та інструментальні обстеження, включаючи двомірну ЕхоКГ і УЗД судин ший. З метою визначення показників перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) і загальної оксидантної здатності (ЗОЗ) крові застосовували метод імуноферментного аналізу (ІФА) та ензиматичний метод відповідно. Хворих розділили на 2 групи: перша – 30 хворих отримували стандартну медикаментозну терапію у комплексі з метидолом і L-аргініном. Друга – 44 хворих, що отримували лише традиційну медикаментозну терапію. Вік хворих від 45 до 73 років (в середньому $55,5 \pm 2,36$ років), чоловіків – 36 (48,6%), жінок – 38 (51,4%).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз показників ПОЛ та АОЗ продемонстрував наявність у хворих першої групи достовірного підвищення окислених ЛПНЩ на 21% ($<0,05$), зниження ЗОЗ крові на 10,3% ($<0,05$) і посилення активності супероксиддисмутази (СОД) на 16,4% ($<0,05$), порівняно з другою групою, в котрій позитивної динаміки не було виявлено. Аналіз віддалених результатів у хворих першої групи показав збереження та зростання активності СОД ще на 10,3% ($<0,05$).

Висновки. Проведені дослідження показали посилення ПОЛ і розвиток ОС на тлі гіперглікемії у хворих із АГ та Ож. Тимчасова корекція виявлених порушень із допомогою препаратів мексидолу і L-аргініну на тлі стандартного медикаментозного лікування сприяла поліпшенню метаболічних процесів, що знизило частоту розвитку серцево-судинних ускладнень у пацієнтів.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Бабенко О.В., Шкапо В.Л., Несен А.О., Валентинова І.А.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Мета. Оцінити якість життя (ЯЖ) а також вплив антигіпертензивної терапії (АТ) на фізичне та психологічне здоров'я у пацієнтів з артеріальною гіпертонією (АГ) та коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено 208 хворих на АГ з супутніми захворюваннями: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, мозковий інсульт, серцева недостатність на момент обстеження, цукровий діабет, переважно 2-го типу, хронічна хвороба нирок. Серед них 80 (38,5 %) чоловіків та 128 (61,5 %) жінок, середній вік - (60,5±0,4) роки. ЯЖ вивчалась за результатами заповнення анкети SF-36. Кількісно оцінювали вісім показників, які формують два загальних показники: «фізичний компонент здоров'я» (ФКЗ) та «психологічний компонент здоров'я» (ПКЗ). Показники ЯЖ вивчали до та через 12 місяців АТ.

Результати. ЯЖ хворих на АГ з коморбідною патологією була значно знижена за всіма шкалами. Низькими були показники за шкалами, що характеризували «рольове функціонування» (42,1±4,6) та (49,5±3,2). У хворих були значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним станом. Загальні показники ФКЗ та ПКЗ були значно меншими від нормального для популяції значення (42,0±5,1) та (40,8±2,7) відповідно ($p<0,05$). Через рік лікування суттєво зросла ЯЖ за шкалами болю (+35,7 %, $p<0,01$) та рольового фізичного функціонування (+56,5 %, $p<0,01$), що призвело до збільшення сумарного ФКЗ (+13,7 %, $p<0,01$). Більш частіше відчуття бадьорості (+33,4 %, $p<0,01$) та покращення за шкалою «загальний стан здоров'я» (+15,5 %, $p<0,05$) після лікування обумовили рівень значення шкал більше 50 балів. Загальний фон настрою («шкала психічне здоров'я» +25,5 %, $p<0,01$) не перешкоджав виконанню повсякденної роботи («рольове емоційне функціонування» +61,4 %, $p<0,01$) та спілкуванню з близькими та друзями («соціальне функціонування» +29,6 %, $p<0,01$). В результаті АТ спостерігалось покращення сумарного ПКЗ: +20,7 %, ($p<0,01$).

Висновки. АТ сприяла поліпшенню ЯЖ, але не досягала рівня здорової популяції. Покращення ЯЖ пацієнтів з АГ та коморбідною патологією на фоні АТ пов'язано зі зменшенням болю, втоми, підвищенням працездатності, задоволеності від виконаної роботи. Таким чином, завдяки АТ покращується адаптація пацієнтів в суспільстві, що позитивно впливає на їх психологічний стан.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Безкоровайна Т.О.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Бабінець Л.С.

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини

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

м. Тернопіль, Україна

Вступ. Часто проявами гіпотиреозу (ГТ) у пацієнтів є скарги на підвищену втомлюваність та порушену працездатність, біль у м'язах, поганий настрій, погіршення пам'яті, що впливає на якість життя (ЯЖ). Опитувальник SF-36 та шкала самооцінки депресії (ШСД) Цунга дозволяють інтегрально оцінити вплив хвороби на сфери життя і емоційний стан пацієнта, що важливо для визначення стратегії і якості проведеного лікування.

Мета: дослідити вплив ГТ на ЯЖ та емоційний стан пацієнтів.

Матеріали та методи. Вивчено медичні карти 42 хворих на ГТ протягом 2014-2015 рр. Контрольна група складала 20 практично здорових осіб. Проводили визначення концентрації

гормонів ЩЗ (ТТГ, вТ4). Для оцінки стану пацієнтів використовували опитувальник SF-36 та ШСД Цунга. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням критерію Манна-Уїтні (рівень достовірності $p < 0,05$).

Результати та обговорення. Рівень ТТГ становив $(12,9 \pm 10,7)$ мкМЕ/мл, вТ4 - $(12,6 \pm 3,1)$ пмоль/л. При аналізі результатів опитувальника SF-36 хворих на ГТ отримано такі показники: фізичне функціонування $(75,5 \pm 8,1)\%$, рольове фізичне функціонування $(62,5 \pm 6,6)\%$, біль $(63,1 \pm 6,6)\%$, загальний стан здоров'я $(64,0 \pm 6,5)\%$, життєва активність $(61,5 \pm 7,6)\%$, соціальне функціонування $(68,5 \pm 9,8)\%$, рольове емоційне функціонування $(69,0 \pm 9,3)\%$, психологічне здоров'я $(61,8 \pm 6,6)\%$, які є достовірно нижчі, ніж у групі контролю. Виявлено депресію у 25 пацієнтів $(59,5\%)$, з них у 20 пацієнтів – легка депресія, а у 5 пацієнтів – середньотяжка депресія. У групі контролю виявлено легку депресію у 3 (15%) чоловік.

Висновок: У хворих на ГТ було констатовано достовірно нижчий рівень показників ЯЖ за всіма шкалами опитувальника SF-36 та вищий рівень поширеності депресії $(59,5\%$ проти 15%) у порівнянні з групою контролю.

Перспективи подальших досліджень: провести оцінку ефективності медико-соціальної реабілітації хворих на ГТ за показниками якості життя.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В УКРАЇНІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Бережна А.В.

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Чумаченко Т.О.

Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології

Хронічні вірусні гепатити (ХВГ) часто призводять до цирозу або раку печінки, тому контроль за захворюваністю на ХВГ та своєчасна діагностика мають важливе значення в профілактиці таких ускладнень.

Мета. Порівняти динаміку захворюваності на ХВГ в Україні та Харківській області (ХО).

Матеріали та методи. Проаналізовані офіційні дані захворюваності на ХВГ в Україні та ХО за період 2011-2015 рр.

Результати. Динаміка захворюваності на ХВГ сукупного населення України протягом 5 років характеризувалась поступовим зростанням з показника 14,57 на 100 тисяч (тис.) населення в 2011 р. до 18,23 на 100 тис. населення в 2015 р. В ХО захворюваність зросла в 3,9 рази – з 9,01 на 100 тис. населення в 2011 р. до 35,02 на 100 тис. населення в 2015 р., що пов'язано з поліпшенням виявлення хворих на ХВГ та діагностики інфекції завдяки роботі обласного та міського спеціалізованих гепатологічних центрів після введення офіційної реєстрації випадків ХВГ. У віковій структурі захворілих на ХВГ переважали дорослі: у 2015 р. частка хворих дорослих в Україні склала 98,7 %, в ХО – 99,4 %. Показник захворюваності на ХВГ в цій групі в Україні збільшився з 17,31 на 100 тис. контингенту в 2011 р. до 21,86 на 100 тис. контингенту в 2015 р.; в ХО – з 9,77 на 100 тис. контингенту в 2011 р. до 41,3 на 100 тис. контингенту в 2015 р.

Висновки. В останні роки в ХО спостерігалось різке зростання зареєстрованої захворюваності на ХВГ у порівнянні з Україною, що пов'язано з покращенням роботи з виявлення та діагностики випадків ХВГ. Отримані дані свідчать про наявність прихованих випадків ХВГ в Україні. Створення спеціалізованих гепатологічних центрів в усіх регіонах України дозволить покращити лікувально-діагностичну, профілактичну та протиепідемічну роботу фахівців щодо вірусних гепатитів і сприятиме попередженню виникнення цирозу печінки та гепатокарциноми.

ВИРАЖЕНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД Gln27Glu ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА β_2 - АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Бондаркова А.М., Картава Ю.О., Тетерюк О.В.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Бронхіальна астма (БА) – мультифакторіальне захворювання, що виникає внаслідок впливу зовнішніх та внутрішніх чинників, серед яких – генетичні поліморфізми генів. Відомо більше тисячі поліморфізмів генів, котрі пов'язують із виникненням та погіршенням контролю БА. Чисельними дослідженнями було підтверджено наявність зв'язку між Gln27Glu поліморфізмом гена β_2 -адренорецепторів (ADRB₂) та зниженням об'єму форсованого видиху за 1с. (ОФВ₁), тому метою нашого дослідження було проаналізувати вираженість бронхіальної обструкції залежно від Gln27Glu поліморфізму гена ADRB₂ у хворих на БА, враховуючи гендерні особливості.

Матеріали та методи: Було обстежено 195 хворих із легкою, середньою та тяжкою персистуючою БА у віці від 18 до 70 років. Діагноз був встановлений на основі рекомендацій GINA (2011), Наказу МОЗ України №868 від 08.10.2013р. ФЗД та зворотність бронхіальної обструкції вивчали за допомогою діагностичного комплексу “Кардіоплюс” (Україна) та ОФВ₁ оцінювали згідно вітчизняних рекомендацій. Gln27Glu поліморфізм гена ADRB₂ визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції з подальшим аналізом рестрикційних фрагментів. Контрольну групу склали 95 практично здорових осіб. Статистичну обробку результатів проводили з використанням програми SPSS-21. Хворих на БА було поділено на 3 групи залежно від Gln27Glu генотипів гена ADRB₂. I групу склали 102 пацієнти (65 жінок та 37 чоловіків), що є носіями Gln27Gln генотипу, II – 73 носії Gln27Glu (54 жінки та 20 чоловіків) та III – 20 носіїв Glu27Glu генотипу (11 жінок та 9 чоловіків).

Результати дослідження. Визначили, що середній рівень ОФВ₁ у пацієнтів I групи склав 74±1,04 %, II групи – 66±0,75 % та III групи – 56,9±1,25% (p<0,01). Проведений аналіз бронхіальної обструкції залежно від статі продемонстрував, що ОФВ₁ у жінок I групи було 73±1,47 %, у чоловіків – 75±1,27 %, у II – 64±0,9 % та 68±1,5 %, у III – 54±1,96 % та 56±2,76 % відповідно (p>0,05).

Висновки. Пацієнти з БА, що є носіями Glu27Glu генотипу за поліморфізмом гена ADRB₂, мають нижчі показники ОФВ₁. Не виявлено достовірних відмінностей у розподілі генотипів за Gln27Glu поліморфізмом гена ADRB₂ залежно від рівня ОФВ₁ та статі.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНИХ КОМПОНЕНТІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ СТАЦІОНАРНИХ ТА ПОЛІКЛІНІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ

Борщ Ю.М.

Науковій керівник: ст. викладач Сміянова О.І.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

В Україні побудова ефективної системи охорони здоров'я та забезпечення якості медичної допомоги залишаються одними з найактуальніших проблем та гуманітарних цілей суспільства. Основним і визначальним суб'єктом в сфері охорони здоров'я є медичний працівник з його вмінням і кваліфікацією, відношенням до роботи, потребами і можливостями їх задоволення. Від медичних працівників, і в найбільшій мірі лікарів, залежить якість і ефективність надання медичної допомоги, стан здоров'я нації та демографічна ситуація в державі, благополуччя країни в цілому.

Мета: Виявлення основних мотиваційних чинників підвищення якості медичної допомоги серед лікарів закладів охорони здоров'я м. Суми.

Матеріали і методи: Цільове анкетування 334 лікарів, які працюють у стаціонарних та амбулаторних підрозділах закладів охорони здоров'я міста Суми, впродовж 2014-2016 років.

Результати: Дослідження виявило, що більшість лікарів – 87,42% не отримують доплати за якісну працю і 70,05% опитаних зазначили, що в їх лікарнях не існує ефективної системи мотивації персоналу за якість праці. Незважаючи на високу завантаженість, переважна більшість лікарів (86,23 %) готові більше і якісніше працювати за додаткову плату. Навіть при недостатньому рівні матеріального задоволення більшість лікарів (73,05%) не згодні змінити професію за умови збільшення заробітної плати. Крім матеріального стимулювання, на думку лікарів, мотиваційними чинниками підвищення якості медичної допомоги є група моральних факторів: повага оточуючих (52,09%), моральне задоволення від якісного надання медичної допомоги (46,11%), можливість кар'єрного зростання (28,14%), професійне зростання (17,96%), відзнака керівництва (5,99%). Дослідження показало, що пріоритетність стимулів залежить від стажу роботи лікарів. Опитування виявило, що 97,6% лікарів вважають, що в закладах охорони здоров'я потрібне впровадження ефективної системи мотивації надання якісних медичних послуг.

Висновки: В результаті виконаної роботи можна зробити висновок про те, що в закладах охорони здоров'я необхідні реформи з розроблення мотиваційних чинників для лікарів, які будуть сприяти покращенню якості надання медичної допомоги.

ПРОГНОЗУВАННЯ СПЕКТРУ ПСИХІЧНИХ ТРАВМ В ЗОНІ АТО НА ОСНОВІ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ

*Бутенко Д.А., Черток В.С. Студенти 5 курсу
Науковий керівник – к. мед. н., доц. Сміянов В.А.*

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Мета. Прогнозування ймовірних бойових психічних травм українських військових в зоні АТО на основі аналізу грузино-південно-осетинського конфлікту.

Завдання дослідження:

- виявити патології психічного стану, що найчастіше виявлялися у грузинських військових;
- уточнити зміст психологічної допомоги в системі морально-психологічного забезпечення в умовах бойових дій.

Методи дослідження. З огляду на ідентичність військових конфліктів у Грузії та війни на сході України був проведений аналіз матеріалів, присвячених психологічній оцінці стану військових та їх післявоєнної реабілітації.

Результати дослідження. Грузинська статистика показує, що в перші дні бойових дій психічну травму отримує 60-65% військовослужбовців, з них 20-25% не можуть виконувати посадові обов'язки і потребують спеціалізованої допомоги. Найчастіше у військових виявлялися такі психопатологічні симптоматики, як: астенична, депресивна, істерична.

Корегування психічного стану військових:

- при астеничній симптоматичі - нормалізацію сну, відпочинок, психотерапію - формування впевненості у своїх силах;
- при депресивній симптоматичі - медикаментозна терапія і психотерапевтичні заходи;
- при істеричної симптоматичі - психотерапевтичні впливи в різній модифікації.

Беручи до уваги ідентичність воєнних конфліктів України та Грузії можна припустити, що українські військові і вітчизняна система охорони здоров'я зустрінеться з тими самими патологіями психічного здоров'я, з якими у свій час зустрілася Грузія, тому їх досвід може бути використаний для підвищення якості надання медичної допомоги на місцевому рівні демобілізованих військових шляхом оптимізації діяльності закладів охорони здоров'я, що має прямий вплив на підвищення ефективності української армії.

АСОЦІАЦІЯ МІЖ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА *ESR1* І ЕСТРАДІОЛОМ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Бутова Т.С.

*Науковий керівник - д.мед.н., проф. Л.В. Журавльова,
Харківський національний медичний університет, м Харків, Україна
Кафедра внутрішньої медицини №3*

Мета дослідження. Визначити зв'язок між рівнем естрадіолу і поліморфізмом гена рецептора естрогена *ESR1* у жінок в постменопаузі з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження включені 137 жінок Харківської області: 30 пацієнок із ЦД 2 типу (1 група), 34 – із АГ 2-3 ступеня (2 група), 42 – із ЦД 2 типу і АГ 2-3 ступеня (3 група) та 31 здоровий донор (група контролю). Сироваткові рівні естрадіолу оцінювали за допомогою ELISA. Геномну ДНК вилучали фенольно-хлороформною екстракцією, ампліфікацію поліморфної ділянки гена проводили за допомогою полімеразно-ланцюгової реакції.

Результати. Показник естрадіолу у досліджуваних жінок (пг\мл): 1 група–52,34±1,15, 2 група–41,36±1,16, 3 група–31,82±1,69, група контролю–55,30±1,51. При порівнянні показника естрадіолу крові з групою контролю у хворих 1 групи не спостерігалася достовірної різниці ($p>0,05$), у хворих 2 групи спостерігалася достовірна різниця ($p<0,05$). Показник естрадіолу був нижче у 2 групі, ніж у 1 і групі контролю. У 3 групі рівень естрадіолу був достовірно нижчим, ніж у 2 групі ($p<0,05$). Розподіл генотипів гена *ESR1*: гомозиготний ТТ генотип достовірно ($p<0,05$) переважав у здорових донорів (70,97±8,15%(n=22)), у порівнянні з 1 групою (10,00±5,48%(n=3)), 2 групою (8,82±4,86%(n=3)), 3 групою (11,90±5,00%(n=5)). Гетерозиготний ТС генотип: у 56,67±9,05%(n=17) у 1 групі, 67,65±8,02%(n=23) у 2 групі, 61,90±7,49%(n=26) у 3 групі, 12,90±6,02%(n=4) у групі контролю. Гомозиготний СС генотип: 33,33±8,61%(n=10) у 1 групі, 23,53±7,27%(n=8) у 2 групі, 26,19±6,78%(n=11) у 3 групі, 16,13±6,61%(n=5) у групі контролю. Відмінності гетерозиготного ТС генотипу у 2-й і 3-й групах достовірні ($p<0,05$).

Висновок. У жінок в постменопаузі хворих на АГ та поєднану патологію (АГ і ЦД 2 типу) достовірно переважає гетерозиготний генотип гена *ESR1*. Пацієнтки у групах з АГ та АГ і ЦД мали нижчі рівні естрадіолу, це збіглося з більшою частотою гетерозиготного поліморфізму гена *ESR1*.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕРХ

Винниченко Л.Б., Козуб Д.Д.

*Сумський державний університет, Медичний інститут, кафедра сімейної медицини,
м. Суми*

Метою даної роботи було дослідити особливості перебігу бронхіальної астми (БА) у хворих на супутню патологію гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).

Матеріали і методи. В дослідженні приймали участь 150 пацієнтів з БА (103 жінки та 47 чоловіків), серед яких 58 осіб мали супутню патологію ГЕРХ. Сформовані групи були співставні за віком та статтю. Оцінювали: функціональні параметри дихальної системи методом спірографії та пікфлоуметрії; травної системи, зокрема шлунку та стравоходу, такими методами як рентгенографія та ФЕГДС; якість життя пацієнтів; частоту та тривалість загострень БА; вираженість загострень ГЕРХ при загостренні БА.

Результати. За результатами досліджень в усіх обстежених хворих виявлено зниження якості життя і вірогідно нижчим воно було у хворих з поєднаною патологією. Результати дослідження ФЗД у хворих на БА показали статистично значущі розбіжності показників ОФВ1 і ПШВ в досліджуваних групах. У хворих І групи показник ОФВ1 склав у середньому 77,2±4,2%, тоді як у хворих ІІ гр - 60,7±3,9 % ($p<0,05$). У хворих ІІ групи, що мали поєднану патологію, ПШВ склала в середньому 48,8±6,2 %, тоді як в І групі цей показник склав відповідно 64,7±3,9 % ($p<0,05$). Основним чинником загострень БА є клінічне погіршення ГЕРХ. Загострення БА спостерігались в 2,8±0,8 разів частіше у

пацієнтів з комбінованою патологією, порівняно з тими, що мали ізольовану БА і тривалість загострень в цій групі була довшою: $13,8 \pm 1,8$ днів порівняно з $9,6 \pm 1,4$ днями ($p < 0,05$). У пацієнтів I групи нормалізація показників ПШВ відбувалася в середньому за $7,8 \pm 1,6$ дня, тим часом як у хворих II групи - за більш тривалий термін - $12,5 \pm 2,4$ дня ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, наявність супутньої патології ГЕРХ у хворих на БА суттєво погіршує перебіг основного захворювання: сприяє зменшенню показників ФЗД, більш частим та тривалим загостренням БА.

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*

Мета дослідження. Покращення лікування хворих на ХОЗЛ шляхом вивчення особливостей перебігу ХОЗЛ при наявності atopічного фактору.

Матеріали і методи. Обстежено 230 хворих на ХОЗЛ середнього і тяжкого ступеня, які перебували на лікуванні у пульмонологічному відділенні КУ СМКЛ №1. Майже 19% обстежених мали atopічний фактор і склали першу групу. Пацієнтами другої групи були хворі на ХОЗЛ без atopічного фактору. Обстеження включало загальноклінічні дослідження, 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

Результати. Атопія була більш поширена серед чоловіків, ніж серед жінок: 21,7% і 9,4% відповідно. Атопічні чоловіки мали більшу вагу ($p = 0,017$) і ІМТ ($p = 0,016$), ніж неатопічні чоловіки. Атопічні хворі мали значно вищі рівні загального IgE сироватки, ніж неатопічні ($p < 0,0001$ у чоловіків і $p = 0,002$ у жінок). Чоловіча стать (OR: 2.21; 95% CI: 1.47–3.34), надлишкова маса тіла / ожиріння (OR: 1.41; 95% CI: 1.04–1.92) і молодший вік (OR: 0.98; 95% CI: 0.96–0.99) були незалежно пов'язані з наявністю atopії.

Атопічні хворі мали більшу інтенсивність кашлю ($p = 0,02$) і виділення харкотиння ($p = 0,08$), ніж неатопічні. Після стратифікації за статтю, вищу поширеність кашлю ($p < 0,0001$) і харкотиння ($p = 0,008$) було виявлено в atopічних чоловіків у порівнянні з неатопічними, але без істотної різниці у жінок.

Вранішня скутість у грудях була більш поширеною у atopічних жінок, ніж у неатопічних ($p = 0,042$). Фактор atopії був пов'язаний з високою поширеністю кашлю (OR: 1.71; 95% CI: 1.26–2.34) і продукцією харкотиння (OR: 1.50; 95% CI: 1.10–2.03) у загальній чисельності населення, і з вранішньою скутістю у грудях лише у жінок (OR жінок: 2,69; 95% CI: 1.11–6.55, OR чоловіка: 0,84; 95% CI: 0.47–1.49, жіночий проти чоловіків: OR: 3,21; 95% CI: 1.12–9.25).

Висновки. На підставі проведених досліджень ми дійшли висновку, що фактор atopії має місце, майже, у 1/5 частки пацієнтів з ХОЗЛ та поширеність atopії вища у чоловіків, пацієнтів з надлишковою масою тіла / ожирінням і молодших за віком. Атопічні хворі мали більшу інтенсивність кашлю і виділення харкотиння ніж неатопічні.

АРТЕРІАЛЬНА РИГІДНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Винниченко Л.Б., Привалова А.О.

СумДУ, кафедра сімейної та соціальної медицини

Мета дослідження: оцінити вираженість артеріальної ригідності (АР) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та порівняти отримані дані з такими ж у здорових добровольців співставних за віком.

Матеріали та методи: обстежено 56 осіб чоловічої статі, хворих на ХОЗЛ, які знаходились та лікуванні в пульмонологічному відділенні КУ СМКЛ №1, віком від 40 до 75 років (середній вік $54,5 \pm 1,2$ р) та 18 здорових чоловіків, що склали групу порівняння. В

залежності від особливостей клінічного перебігу хвороби й вираженості вентиляційних порушень, хворі на ХОЗЛ були розділені на 2 групи: 1-у групу склали 30 осіб (53,6%) з показниками ОФВ1 від 80% до 50% від належних величин, тобто II стадії захворювання; 2-у групу - 26 пацієнтів (46,4%) з ОФВ1 від 50% до 30% від належних., тобто III стадії. Обидві групи були співставними за віком. Тривалість захворювання у пацієнтів II ст в середньому склала $10,8 \pm 1,4$ р., III ст. – $13,7 \pm 3,4$ р. Проводилась аппланаційна тонометрія з контурним аналізом пульсової хвилі для вимірювання центрального аортального тиску і швидкості розповсюдження пульсової хвилі (ШПХ) на каротидно-феморальному сегменті за допомогою приладу SphygmoCor (AtCor Medical, Австралія). Оцінювались наступні показники: систолічний, діастолічний, пульсовий тиск в аорті, тиск аугментації в аорті, ШПХ.

Результати дослідження: середнє значення ШПХ в 1-й групі пацієнтів склала $7,7 \pm 0,7$ м/с, у 2-й групі - $8,06 \pm 0,5$ м/с, у групі порівняння – $5,2 \pm 0,9$ м/с. Середнє значення тиску аугментації в аорті складало у 1-й групі – $7,8 \pm 1,3$ мм рт. ст., у 2-й групі – $8,3 \pm 1,5$ мм рт. ст., у групі порівняння – $4,1 \pm 0,9$ мм рт. ст. Аналізуючи стан механічних властивостей аорти у хворих на ХОЗЛ, виявлено, що при даному захворюванні спостерігається достовірне підвищення жорсткості центральних артерій стабільного характеру, що проявляється збільшенням ШПХ в аорті та підвищенням тиску аугментації. Спостерігаючи за динамікою зміни показників жорсткості аорти, виявлено, що збільшення АР наростає синхронно з тяжкістю захворювання.

Висновки. Артеріальна ригідність вірогідно вища у хворих на ХОЗЛ в порівнянні зі здоровими добровольцями. Збільшення АР має лінійну залежність від стадії захворювання ХОЗЛ. Необхідне подальше вивчення і аналіз цієї проблеми, а також спостереження на більшій кількості пацієнтів для обґрунтування своїх висновків.

СУГЛОБОВИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКА

Вікторова Ю.А., Ярмолук А.О.

Науковий керівник - проф. Надашкевич О.Н.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

Кафедра сімейної медицини та дерматології

Актуальність. Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона – це хронічні запально-некротичні захворювання товстого кишечника. Вони можуть супроводжуватися суглобовим синдромом з ураженням хребта і периферичних суглобів. Суглобові прояви зустрічаються у 20-40% хворих. Їх відносять до серонегативних спондилоартритів..

Мета. Вивчення особливостей патогенезу та клініки суглобового синдрому у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

Матеріали та методи. Ми проаналізували та опрацювали дані літературних джерел щодо етіології, патогенезу та клініко-лабораторної діагностики артропатій при ХЗЗК.

Результати. Патогенез кишкового і суглобового процесів до кінця не встановлений, але припускають, що в ньому приймають участь токсичний, імунний та аутоімунний механізми. У крові хворих виявляється антитіла до клітин слизової оболонки кишки, лімфоцитотоксичні антитіла. Також у хворих підвищується проникність стінки кишечника, в результаті чого, в кров потрапляють компоненти стінок бактерій. Вони виступають в якості антигенів, які зв'язуються з комплексом гістосумісності, що активує Т-лімфоцити. Як наслідок, пептидні антигени викликають запальний процес в суглобах. Зазвичай розвиток артриту збігається із загостренням основного захворювання. Останнє найчастіше за кілька років передуює появі периферичного артриту, але іноді артрит є першою ознакою кишкового захворювання. Суглобові прояви - припухлість, болючість, гіпертермія шкірних покривів над суглобом, випіт в синовіальній порожнині запального характеру.

Висновки. Таким чином, дослідження етіології, патогенезу та клініко-лабораторної діагностики артриту при ХЗЗК, допоможе лікарю своєчасно розпочати лікування даної патології, що зменшить ранню інвалідизацію хворих.

КОРЕКЦІЯ СКОРОТЛИВОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ МЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧНО-ВИВІДНОЇ СИСТЕМИ

Горбатюк І. Б.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Мета: вивчення впливу розувастатину, мосаприду та урсодезоксихолієвої кислоти на показники функціонального стану ендотелію, інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу при хронічному холециститі та холестерозі жовчного міхура.

Матеріали та методи. 1 група (контрольна, хворі на ІХС, кардіосклероз, ожиріння I-II ступеня із хронічним холециститом (ХХ) у фазі загострення, 30 осіб) отримувала урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 г), аторвастатин (10 мг 1 раз у день) та прокінетик домперидон (10 мг 3 рази на день). 2 група (основна, хворі на ІХС, кардіосклероз, ожиріння I-II ступеня, ХХ та холестероз жовчного міхура ХЗ ЖМ, 30 осіб) в якості порівняння отримувала розувастатин (по 10 мг 1 раз на день), мосаприд (по 5 мг 3 рази на день) та УДХК (0,5 г) упродовж 1 місяця.

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

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

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ ПРИ НАДАННІ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗОНІ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ

Горовцова М.В., Зюлковський А.Р.

Науковий керівник: Ткаченко О.П.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

м. Київ, Україна

Актуальність. З огляду на нестабільну соціально-політичну ситуацію на Сході та Півдні України, доцільним є питання своєчасності та високої якості надання першої медичної допомоги (ПМД) та елементарних маніпуляцій при травмах та вогнепальних пораненнях до приїзду бригади швидкої медичної допомоги.

Мета: Визначити доцільність використання спеціалізованих мобільних додатків (СМД) при наданні ПМД в зоні ведення бойових дій (БД).

Матеріали та методи: Аналіз сучасних даних щодо наявності мобільних додатків з інструкцією ПМД та можливості їх застосування у зоні БД.

Результати: Сенсорними смартфонами користується близько 60% українців у віці 18-30р. та 40% у віці 18-50р., 70% з яких встановлюють та користуються різними мобільними додатками.

Розвиток ринку додатків до смартфонів з медичною орієнтацією дає змогу широким масам населення використовувати найновішу інформацію у зручній формі викладення.

Через проблему доступу до інтернет мережі у зоні ведення БД (низька якість або взагалі його відсутність), особлива увага надається мобільним додаткам, котрі працюють офлайн.

Було опротестовано декілька найпопулярніших мобільних додатків: "Перша мобільна допомога", "Неотложная помощь", "Первая помощь" та "Бойовий доктор" (англ.).

Додаток "Перша мобільна допомога" має текст і відео з наданням ПМД та поки є найзручнішим. Але усі вони носять енциклопедичний характер, не даючи чіткого алгоритму дій при виникненні травм та, особливо, вогнепальних пораненнях, крім додатку "Бойовий доктор", при роботі з яким можуть виникнути труднощі зі знанням англійської мови.

Це спонукає до створення вітчизняного алгоритмізованого аналогу або якісно нової розробки.

Висновок: отримані дані свідчать про те, що використання СМД, відіграє надзвичайно важливу роль в оптимізації надання ПМД. Але для підвищення показників виживаності серед населення в умовах ведення БД необхідно створити вітчизняний СМД.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ХВОРИХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ З ПРИВОДУ МІЖХРЕБЦЕВИХ ГРИЖ

Дмитренко Н.О.

Сумський державний університет,

Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології

Остеохондроз хребта та зумовлені ним вертеброневрологічні синдроми – найбільш актуальні проблеми здоров'я суспільства, що обумовлено їх поширеністю, економічними втратами у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю або інвалідністю. Ця хвороба вражає людей у соціально активному віці, триває довго, схильна до рецидивів.

Найважливішим етапом лікування є оперативне втручання, яке являє собою багатокомпонентний стрес. Одну з провідних позицій, що визначає його розвиток, займає психоемоційний стан пацієнта. Стрес викликає виражену дезорганізацію функцій основних життєво важливих органів і систем. Агресивні фактори оперативного втручання запускають каскад реакцій в організмі, які слід розглядати не тільки як фактор фізичної агресії, але й як фактор психоемоційних переживань. Можна зробити висновок, що основною метою наукової роботи є визначення шляхів поліпшення психоемоційного та фізичного стану пацієнтів в післяопераційному періоді з приводу міжхребцевих гриж.

Здійснено дослідження 3 груп хворих. До основного обстежуваного контингенту ввійшли 60 хворих, з яких 30 осіб – це особи, які мали поперековий остеохондроз та його ускладнення, що потребували оперативного втручання, 30 осіб – у яких поперековий остеохондроз виступав як основний з іншими супутніми захворюваннями, так і супутній діагноз. 30 чоловік – контрольна група, молоді особи, які не мають вертеброгенної патології. В дослідженні використовувалася шкала болю Вонг-Бейкера відповідно до якої у 75% пацієнтів був виражений біль, котрий обмежував повноцінне життя, у 15% біль був помірний та 10%, які мали незначний дискомфорт в області хребта. Розподіл обстежуваного контингенту був проведений також з урахуванням застосованих методів лікування. У 67% пацієнтів, в яких спостерігались тривожні та депресивні прояви до початку лікування, після комплексного лікування, в тому числі хірургічного, показники знизилися до 35%.

Отримані дані вимагають цілеспрямованих дії лікарів для подолання таких зсувів і розширити перелік лікарських груп, що застосовуються у традиційних схемах лікування хворих у післяопераційному періоді.

ВМІСТ ХОЛЕСТЕРИНУ ЛІПОПРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД С825Т ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА β 3-СУБОДИНИЦІ G-БІЛКА

Дорошецька Є. В., Бутенко Д. А., Слободян Г. Р., Моїсеєнко І. О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) – найбільш атерогенна фракція ліпідів, оскільки є основною транспортною формою загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ) та інших ліпофільних компонентів в організмі. Визначення вмісту

ХС ЛПНЩ є досить інформативним, оскільки підвищення цього показника асоціюється із високим ризиком розвитку атеросклерозу. За даними досліджень встановлено роль С825Т поліморфізму гена β 3-субодиниці G-білка (GNB3) у розвитку порушень ліпідного обміну.

Мета дослідження. Дослідити концентрацію та визначити ризик підвищення вмісту ХС ЛПНЩ у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) залежно від С825Т поліморфізму гена GNB3.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 155 хворих на АГ. Використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. Біохімічне дослідження включало визначення концентрацій ХС, ТГ, холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) ферментативним методом. Вміст ХС ЛПНЩ розраховували за формулою W.T.Friedewald: $\text{ХС ЛПНЩ} = \text{ХС} - (\text{ХС ЛПВЩ} + \text{ТГ}/2,22)$. 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. У процесі проведення дослідження встановлено, що показник ХС ЛПНЩ у хворих на АГ з генотипом С825С склав 2,44 (1,56 – 2,76) ммоль/л, С825Т – 2,8 (2,2 – 4,0) ммоль/л, Т825Т – 3,4 (2,5 – 4,7) ммоль/л, ($p = 0,032$). Виявлено підвищену концентрацію ХС ЛПНЩ на 24 % та 21 % у носіїв Т825Т генотипу порівняно із носіями С825С та С825Т генотипів ($p = 0,001$ та $p = 0,020$, Манна-Уїтні). У носіїв С825Т генотипу виявлено тенденцію до підвищення концентрації ХС ЛПНЩ порівняно із носіями С825С генотипу ($p = 0,056$, Манна-Уїтні). Ризик підвищення вмісту ХС ЛПНЩ у хворих на АГ носіїв Т алеля у 3,2 рази вищий порівняно з носіями С алеля (ВШ = 3,2, 95% ДІ 1,37–7,58; $p = 0,007$).

Висновки. Пацієнти з АГ, що є носіями Т825Т генотипу, мають вищий показник ХС ЛПНЩ, ніж носії генотипів С825Т та С825С. Доведено асоціацію алеля Т із ризиком підвищення вмісту ХС ЛПНЩ у хворих на АГ.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ОСТЕОХОНДРОЗУ У СПОРТСМЕНІВ

Дорошецька Є.В., Бутенко Д.А., Юрченко О.П.

Науковий керівник - доцент Юрченко А.В.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність проблеми остеохондрозу набуває все більшої значущості, так як хвороба схильна уражати не тільки людей похилого віку, а й молодші вікові групи. До групи ризику розвитку остеохондрозу відносяться і спортсмени. Інтенсивні тренування можуть сприяти перенавантаженню і перенарузі, які збільшують ризик травматизму та посттравматичних захворювань. На жаль, засоби традиційної медицини при лікуванні неврологічних проявів остеохондрозу хребта не завжди ефективні і нерідко спричиняють більше шкоди, ніж користі. Класичним прикладом є застосування НПЗП, що часто викликають серйозні гастроентерологічні ускладнення.

В зв'язку з цим однією з актуальних проблем у лікуванні є пошук нешкідливих методів, які б мали поліпатентну дію.

Протягом 2014-2015 років на базі КЗ СОКЛІ було досліджено 18 пацієнтів-спортсменів, переважно чоловіків віком від 20 до 40 років, які зверталися зі скаргами на біль у поперековому відділі хребта. В основній групі були представники таких видів спорту: футбол, волейбол, спортивна гімнастика та єдиноборство. Після проведеного клініко-лабораторного та нейровізуалізаційного дослідження у всіх пацієнтів були виявлені протрузії та кіли міжхребцевих дисків не тільки в поперековому, а й в грудному та шийному відділах. Призначена та проведена амбулаторно комплексна терапія біопунктурного введення комплексних біорегуляційних препаратів таких, як Траумель С, Цеель Т, Дискус композитум та методів фізіотерапії: електрофорез з каріпаїном, спеціальний реабілітаційний масаж та

ЛФК на фоні традиційної терапії. У групі порівняння пацієнтам проводилась тільки традиційна терапія (НПЗП і ін.).

За період дослідження спостерігалось зменшення або зникнення неврологічних проявів, припинення прогресування хвороби. У пацієнтів групи порівняння не було досягнуто бажаного ефекту, а з боку ШКТ відмічалось деяке погіршення. Протирецидивні курси було рекомендовано проводити 2 рази на рік. За цей період у пацієнтів основної групи відмічено відсутність загострення неврологічних проявів остеохондрозу, при тому, що вони продовжували займатися спортом.

Запропонований метод дозволяє відновити рухову функцію, позбавити больового синдрому та інших неврологічних проявів остеохондрозу, запобігти загостренню хвороби та повернути до занять спортом.

ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Дрига Н.О.

Науковий керівник – д. мед. н., доцент Сміянов В.А.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Пневмонія залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, значними економічними витратами.

Мета дослідження. Покращення якості організації медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію у м. Суми.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз 164 історій хвороб хворих на негоспітальну пневмонію за період за період 2014 – 2015 роки та соціологічне опитування стаціонарних хворих – 44 анкети на базі КУ «СМКЛ» № 1.

Результати. Проведене дослідження історій хвороб стаціонарних хворих показало, що у віковій структурі переважали хворі групи 60 р. і більше – 48 чол. (29%). По гендерному відношенню переважали чоловіки – 94 хворих (57,3 %).

Більшість хворих своєчасно звернулись за медичною допомогою – 108 чол.(66%), проте пізні звернення відмічається у 34% випадків (56 пацієнтів).

Встановлено що 126 пацієнтів (77%) звернулись за медичною допомогою до дільничного терапевта/ЛЗПСМ, при цьому більшість пацієнтів були госпіталізовані в той же день – 84 хворих (51,2%). Залишається доволі високим показник пізньої госпіталізації - 12 хворих (7,3%).

У 32 хворих з діагнозом сегментарної, полісегментарної пневмонії спостерігається збільшення тривалості лікування до 14,2 ліжко-днів. А серед пацієнтів з діагнозом двобічної пневмонії (10 чоловік) середній ліжко-день збільшується до 14,75 л/д.

Проведене анкетування виявило, що у віковій структурі переважали хворі групи 30 – 39 р. – 16 чоловік (36%). По гендерному відношенню переважали жінки – 30 хворих (68,2 %).

Серед опитаних 50 % мають рівень доходів до 2000 грн. При цьому 77% пацієнтів стверджують, що на лікування витратили 1500 грн. і більше.

Висновки. Своєчасне звернення хворого за медичною допомогою та своєчасна госпіталізація є одними з основних чинників, що впливають на перебіг захворювання та тривалість лікування.

Дослідженням доведено, що на сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я в Україні своєчасним є питання розроблення системи управління і контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, в основу якої покладені принципи сучасного менеджменту та впровадження механізму внутрішнього аудиту як головного інструменту системи безперервного покращання якості медичної допомоги.

ВЕГЕТАТИВНО-ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЦЕРВІКОГЕННИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ

Дяченко М.І., Коленко О.І.

Сумський державний університет,

Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології

Головний біль (ГБ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Він залишається основною причиною страждань людей і посідає друге місце серед причин тимчасової втрати працездатності. Втім досить багато лікарів не приділяють ГБ належної уваги. Широке розповсюдження астенічних та тривожних станів серед пацієнтів, може бути як причиною хвороби, так і з'являтися як його наслідок. Вивчення психічного стану пацієнтів з ГБ, а саме вплив лікування на сприйняття болю є досить важливим, так як, частіше за все, цервікалія являється прихованою маскою депресії.

Метою роботи стало дослідити деякі клінічні аспекти цервікогенного ГБ за допомогою вивчення психологічних, клінічних особливостей цього стану.

Для вивчення проблеми були вивчені клініко-діагностичні дані хворих, які лікувались в неврологічному відділенні 4-й міської клінічної лікарні. До основної групи увійшли 34 хворих, що мали цервікогенний варіант ГБ. З них 21 (62%) обстежуваних були жінки, віком від 24 до 55 років, та 13 (38%) – чоловіки, у віці від 25 до 48 років. Також була підібрана контрольна група обстежуваних, у яких не було патології шийного відділу хребта, яка складалася з 30 чоловік і відповідала за віком і статтю групі пацієнтів з ГБ.

Для вирішення поставлених задач в роботі використано дані клініко-неврологічного та інструментального дослідження за загальноприйнятими схемами. Додатково застосовані нейропсихологічні методи (госпітальна шкали депресії і тривоги HADS, анкетування для дослідження вегетативного статусу та оцінки астенізації).

За результатами обстеження у 63% хворих (21 особи) виявлено ознаки вегетативно-тривожних розладів. З них жінки склали 61%, чоловіки – 39%. У контрольній групі обстежуваних, які не мали захворювання шийного відділу хребта, таких осіб виявилось 6 (20%). Тобто це дає підстави розглядати ці порушення, як наслідок хронічного цервікогенного ГБ. Отримані дані дають підстави відкоригувати звичні схеми медикаментозного втручання для більш ефективної корекції подібних станів.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА МАТРИКСНОГО GLA-ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Єрмоленко Т.С., аспірант, кафедра сімейної та соціальної медицини.

Науковий керівник д.м.н., Атаман Ю.О.

Матриксний Gla-протеїн (MGP), це білок що складається з 84 амінокислотних залишків, 5 з яких представлено γ -карбоксиглютаміновою кислотою. MGP утворюється в кістках та багатьох м'яких тканинах, зокрема в легенях, серці, хрящах, нирках, стінках кровоносних судин. Ген MGP у людини представлено однією копією, яка міститься в короткому плечі 12-ї хромосоми (12p12.3-13.1). Сьогодні описано понад 140 видів поліморфізму поодиноких нуклеотидів (SNP) у гені MGP людини. З них найкраще досліджено з огляду їхньої асоціації з різними хворобами три: T-138C (rs 1800802), G-7A (rs 1800801), Ala83Thr (rs 4236). Сьогодні вивчається зв'язок різних алельних варіантів гена із серцево-судинними захворюваннями, а саме атеросклерозом стегнових та сонних артерій, черевної аорти, кальцифікацією коронарних артерій, інфарктом міокарда, артеріолосклерозом Менкеберга, кальцифікацією м'яких тканин, а саме трахеї, реберних хрящів та судинної стінки остеопорозом, хронічною інтоксикацією свинцем, сечокам'яною хворобою, атеротромботичним інсультом, цукровим діабетом 2 типу. Отримані дані досліджень неоднозначні, іноді суперечливі, що можна пояснити різною частотою однонуклеотидних поліморфізмів гена MGP в популяціях, на яких проводились дослідження.

Аналізуювши отримані дані як вітчизняних так і зарубіжних вчених, предметом подальших досліджень є визначення поліморфізму гена MGP у хворих на артеріальну гіпертензію в українській популяції.

ІЗОЛЬОВАНА СИСТОЛІЧНА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Єрмоленко Т.С., аспірант, кафедра сімейної та соціальної медицини.

Науковий керівник д.м.н., Атаман Ю.О.

Актуальність. Проблема підвищеного артеріального тиску (АТ) продовжує залишатись актуальною, незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні. Спостерігається зростання кількості пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ). Особливу увагу заслуговує ізольована систолічна АГ, яка проявляється підвищенням систолічного АТ на фоні нормального діастолічного АТ.

Мета дослідження: дослідити АГ, в тому числі ізольовану систолічну АГ серед пацієнтів терапевтичного відділення.

Матеріали та методи: обстежено 657 осіб, що знаходились на лікуванні в терапевтичному відділенні Госпіталю для інвалідів Великої Вітчизняної війни протягом 2015 року. Згідно діючих клінічних протоколів всім пацієнтам було проведено обстеження та лікування. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою статистичного пакета Excel.

Результати. Середній вік хворих становив $67,4 \pm 2,45$ року. Серед обстежених було жінок 306 (46,58%) жінок, 351 (53,42%) чоловіків. Встановлено, що 456 (69,4%) пацієнтів мали підвищення АТ, з них 234 (35,6%) мали підвищений лише систолічний АТ. Для хворих з ізольованою систолічною гіпертензією середній систолічний АТ $145,42 \pm 1,32$ мм.рт.ст., середній діастолічний АТ $80,21 \pm 0,82$ мм.рт.ст.. Виявлено, що діагноз АГ 1 ступеня було встановлено у 5 (1%) хворих, 2 ступеня у 449 (98,56%) хворих, 3 ступеня у 2 (0,44%) хворих, із загальної кількості пацієнтів, що страждають на підвищення АТ. Лікування було проведено згідно діючих клінічних протоколів. Виявлено, що інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) та комбінацію іАПФ з діуретиком отримували 224 (34%) пацієнти, сартани – 3 пацієнти (0,46%), в-блокатори 63 (9,6%) пацієнти, статини 202 (30,7%) пацієнти. Антиагреганти, в основному кардіомагніл або магнікор отримували 384 (58,45%) пацієнти.

Висновки. Отримані результати обстеження свідчать, що 69,4% госпіталізованих хворих мали підвищений АТ. Зростає число пацієнтів на ізольовану систолічну АГ. Питання підвищеного АТ надалі залишається відкритим і потребує подальших досліджень.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ АТО

Жаркова А.В., Броснівська М.М., Ракоча І.І.

СумДУ, медичний інститут

Кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність теми: Ситуація, що склалася на сході України, призвела до збройного конфлікту з величезною кількістю загиблих та поранених. Враховуючи постійне удосконалення військової техніки і тактики ведення боїв, учасники військових конфліктів все рідше мають можливість зберегти фізичне та психічне здоров'я. До наслідків перебування в умовах військового конфлікту можна віднести посттравматичний стресовий розлад, що, в свою чергу може призводити до розвитку соматичних захворювань, серед яких не останнє місце займає артеріальна гіпертензія (АГ).

Мета: Дослідити особливості перебігу АГ серед учасників антитерористичної операції (АТО).

Матеріали і методи: Було проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих 114 демобілізованих учасників АТО, що перебували на лікуванні в Сумському клінічному госпіталі ветеранів війни протягом 2015-2016 років, у тому числі 69 карт хворих з стійким підвищенням артеріального тиску (АТ). Контрольна група – 20 чоловіків з АГ, рандомізованих за віком, які не приймали участь у збройних конфліктах. Проаналізовано такі показники: динаміка АТ, дані фізикального обстеження, екг-ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, показники ехокардіоскопії, наявність білку в сечі, рівень креатитіну плазми крові, стан артерій сітківки ока, а також результати оцінки психічного

статусу пацієнтів. Проведено оцінку кореляції рівня АТ з об'єктивними ознаками ураження органів-мішеней.

Результати: Проведений аналіз дозволив встановити, що серед учасників АТО реєструвались більш високі рівні АТ, які потребують більш виваженого підходу до медикаментозної корекції, більший спектр і частота скарг з боку серцево-судинної та центральної нервової системи. У той же час, об'єктивні показники ураження органів-мішеней були виражені менше. У групі учасників АТО зареєстрований слабкіший кореляційний зв'язок між рівнем АТ та об'єктивними ознаками ураження органів-мішеней.

Висновки: Серед учасників АТО спостерігається високий рівень реєстрації АГ на фоні менш виражених ознак ураження органів-мішеней. На нашу думку, таке явище може бути пов'язане зі значним внеском посттравматичного стресового фактору. У той же час, потрібно забезпечити контроль за динамікою показників ураження органів-мішеней, адже прогноз щодо швидкості їх розвитку та вираженості на сьогодні невідомий.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ЛІКУВАННЯ УЧАСНИКІВ АТО В ГОСПІТАЛЯХ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

*Жаркова А.В. *, Зеленська Н.П., Собчишин Н.П. ***

**Кафедра сімейної та соціальної медицини СумДУ*

*** Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни*

Актуальність теми: Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників антитерористичної операції (АТО) нині є одним з найбільш значущих питань. Експерти акцентують увагу на психологічній адаптації, якої потребують майже всі учасники АТО. У той же час серед учасників військового конфлікту також спостерігається високий рівень захворюваності на соматичні захворювання. У випадку недостатньо ефективного лікування, з часом поствоєнні симптоми не просто повертаються, а й посилюються. Для нормальної адаптації солдатів до мирного життя лікарі мають визначити оптимальну тактику лікування та реабілітації.

Мета: Дослідити особливості реабілітаційного періоду лікування учасників АТО в госпіталях для ветеранів війни на прикладі Сумської області.

Матеріали і методи: Було проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих 348 учасників АТО, що перебували на лікуванні в Сумському клінічному госпіталі ветеранів війни (СОКГВВ) протягом 2014-2016 років. Проаналізовано рівень захворюваності на соматичні захворювання, охоплення діагностичною та консультативною допомогою, медикаментозними та фізіотерапевтичними методами лікування, а також результати проведеного лікування.

Результати: Станом на 01.01.2016 року серед мешканців Сумської області зареєстровано 2060 недемобілізованих та 2768 демобілізованих учасників АТО, у тому числі 39 осіб визнані інвалідами війни. За весь період у СОКГВВ проліковано 348 учасників АТО. Виявлено 695 випадків захворювань, в тому числі 145 – вперше. Пацієнтам забезпечено діагностичне та консультативне обстеження в обсязі, передбаченому клінічними протоколами надання медичної допомоги при відповідних захворюваннях. З 22 жовтня 2015 року в СОКГВВ працює практичний психолог, всього за звітний період проконсультовано 47 учасників АТО. Усі пацієнти були виписані з госпіталю з покращенням. За наявності показів пацієнти направляються для продовження періоду реабілітації на санаторно-курортне лікування.

Висновки: Реабілітаційний період надання медичної допомоги є важливою соціальною метою. Багатогранність завдань медичної реабілітації постраждалих в АТО потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напряму клінічної та соціальної медицини.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КАРНІВІТ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Жаркова А.В., Олейніченко Ж.М.

СумДУ, медичний інститут

Кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність теми: Цукровий діабет (ЦД) являє собою одну з провідних медико-соціальних проблем сучасного суспільства, що обумовлено високою захворюваністю та його поширеністю, частим виникненням хронічних мікро- та макросудинних ускладнень. Ішемічна хвороба серця у хворих ЦД 2 типу зустрічається в 2-4 рази частіше, ніж серед людей того ж віку без діабету. Слід зауважити, що 3 з 4 хворих цукровим діабетом помирають від причин, пов'язаних з атеросклерозом, і в більшості випадків (75%), від ішемічної хвороби серця. Левокарнітин відіграє важливу роль у серцевому метаболізмі, оскільки окислення жирних кислот залежить від наявності достатньої кількості цієї речовини. Експериментальні дослідження показали, що за деяких умов, таких як стрес, гостра ішемія, міокардит, можливе зниження рівня левокарнітину в міокардальній тканині. Проведено велику кількість досліджень на тваринах, у яких підтверджено позитивну дію левокарнітину у разі різних індукованих кардальних розладів: гостра та хронічна ішемія, декомпенсація серцевої діяльності, серцева недостатність у результаті міокардиту.

Мета: Оцінити ефективність застосування препарату Карнівiт у комплексній терапії ішемічної хвороби серця на фоні цукрового діабету 2 типу.

Матеріали і методи: було обстежено 48 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 ішемічну хворобу серця на фоні цукрового діабету 2 типу (26 пацієнтів із ЦД 2 типу та ІХС); 2) пацієнти без цукрового діабету в анамнезі (22 пацієнти). Всім хворим було виконано ультразвукове дослідження серця, запис ЕКГ, глікемічний профіль, біохімічний аналіз крові в день госпіталізації та при виписці.

Результати: Пацієнтам 1 групи до складу комплексної терапії було проведено лікування левокарнітином. Пацієнти 2 групи отримували лікування без левокарнітину. Пацієнти першої групи мали кращі показники ЕКГ при виписці, зменшення частоти проявів ішемії, зниження рівня постпрандіальної глікемії.

Висновки: У пацієнтів першої групи після проведення лікування Карнівiтом відмічалось покращення загального стану, зменшення нападів за грудинного болю, зниження рівня холестерину та ЛПНЩ і ЛПДНЩ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

Жаркова А.В., Фільчакова М. Г.

СумДУ, медичний інститут

Кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність теми: На сучасному етапі розвитку суспільства все гостріше постає проблема збереження і зміцнення здоров'я людей, дотримання здорового способу життя. Серцево-судинні захворювання потребують комплексного підходу до лікування з включенням поряд із медикаментозним лікуванням дієтотерапії, психотерапії, спеціального рухового режиму, фізичної реабілітації.

Мета роботи: вивчення ефективності засобів фізичної реабілітації у пацієнтів з гіпертонічною хворобою II стадії віком 50 – 60 років.

Матеріали і методи: було проведено аналіз медичних карт стаціонарного хворого 70 осіб з гіпертонічною хворобою. В досліджувальну групу входили жінки та чоловіки віком від 50 до 60 років, з гіпертонічною хворобою II стадії. В першу групу було включено 30 хворих, в яких лікування проводилося тільки медикаментозно; в другу групу – 40 хворих, в яких лікування проводилося як медикаментозно так із застосування засобів фізичної реабілітації (спеціальні комплекси ЛФК тривалістю 30 хвилин щодня протягом 20 днів). Групи

рандомізовані за віком та статтю. Всім хворим було виконано клінічне обстеження, запис ЕКГ, а також проведена оцінка показників якості життя відповідно до опитувача SF36 в день госпіталізації та при виписці/

Результати: серед пацієнтів II групи були отримані кращі результати нормалізації артеріального тиску (АТ) (до лікування $180 \pm 5 / 110 \pm 5$ мм рт ст, після лікування $140 \pm 5 / 80 \pm 5$ мм рт ст. У I групі спостерігались гірші результати нормалізації АТ – (до лікування $180 \pm 5 / 110 \pm 5$ мм рт ст, після лікування - $160 \pm 5 / 100 \pm 5$ мм рт ст). Крім цього, у хворих II групи спостерігалось помітне покращення самопочуття (на третій день від початку застосування ЛФК 30 % пацієнтів II групи відмітили зменшення головного болю; на десятій день – у 50 % відмічалось зменшення головного болю, головокружіння, нормалізація сну, початок відновлення працездатності, а також емоційна стійкість. Також слід відмітити, що покращення показників якості життя відповідно до опитувача SF36 було достовірно більш значимим серед пацієнтів II групи..

Висновки: Застосування засобів фізичної реабілітації, зокрема спеціальних комплексів лікувальної фізичної культури, допомагає значно покращити результати медикаментозної терапії артеріальної гіпертензії, а також покращити якість життя хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЯК КРИТЕРІЮ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ЯКІ НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

Завгородня Н.І.

Харківський національний медичний університет

Традиційно, одним із критеріїв успішності терапії вважають показники якості життя пацієнта та їх динаміку в процесі лікування. Особливе значення це набуває за умов, коли мова йде про породіль, охорона здоров'я яких розглядається пріоритетним завданням соціальної політики нашої держави.

Метою роботи було проаналізувати динаміку показників якості життя жінок, які народили недоношену дитину та страждали на розлади адаптації, після втілення програми психотерапевтичної корекції (термін спостереження 12 місяців).

Матеріали і методи: Дослідження засноване на аналізі комплексного обстеження 150 жінок, що народили недоношену дитину. Робота проводиться на базі Регіонального перинатального центру КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» м.Харків, КЗОЗ «Харківський міський перинатальний центр», КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» м.Харків. У роботі була використана методика "Оцінка якості життя" (Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G (1999р.) у модифікації Н.О.Марути), яка складається з 10 шкал, що характеризують різні спрямованості життя з градацією від 0 – погано до 10 – прекрасно.

Результати: у 74% жінок, що народили недоношену дитину, виявлено клінічно окреслені розлади адаптації, що потребували терапії.

Базуючись на отриманих даних, була розроблена та успішно впроваджена комплексна система корекції розладів адаптації у жінок, яка включала використання методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвітніх програм.

За даними повторного обстеження жінок із використанням методики «Оцінка якості життя», в жінок, які постійно проживають як у сільській місцевості або маленьких містечках, так і в містах у загальній структурі якості життя проблемною визначено громадську та службову підтримку – $6,10 \pm 0,30$, в той час, коли показники психологічного благополуччя та можливостей духовної реалізації збільшилися до $7,05 \pm 0,28$ і $7,77 \pm 0,22$ відповідно у жінок, які проживають в селі та маленьких містечках, та до $7,98 \pm 0,28$ і $8,63 \pm 0,21$ в містах.

Таким чином, відзначено підвищення показників соціально значущих факторів, що формують якість життя для усіх контингентів жінок, що, в свою чергу, є важливим критерієм ефективності терапії та реадaptaції породіль.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АДЕКВАТНОЇ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ ХВОРИМ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Зайцева Т.О.

Науковий керівник - професор Потанов О.О.

Сумський державний університет

кафедра нейрохірургії та неврології

Травма черепа та головного мозку відноситься до найбільш поширених видів пошкоджень та складає 50-60 % від загального числа усіх травм. Тяжкі травми черепа та головного мозку завершуються летально у 90% випадків. Основна ціль інтенсивної терапії при ЧМТ заключається у підтриманні порушених життєво – важливих функцій та основних механізмів гемостазу, створення умов для максимально повного відновлення функцій мозку. Провідним засобом попередження розвитку гіпоксії та лікування набряку головного мозку є оксигенотерапія.

Результативність лікування хворих з ЧМТ, адекватність оксигенотерапії хворим визначаються в тому числі і показниками летальності. Дослідження проводилися у відділенні інтенсивної терапії та реанімації (ІТАР) Сумської обласної клінічної лікарні в період з 2009 року по 2014 рік.

За останні 5 років у відділенні ІТАР надавалась медична допомога 129 хворим з ЧМТ. Переважна кількість пацієнтів (84,5%) мали закриті ЧМТ. За ступенем тяжкості, адекватністю зовнішнього дихання та показником сатурації усі хворі потребували оксигенотерапії. 54 % хворих з закритими ЧМТ перебували на штучній вентиляції легень (ШВЛ), іншим 46% проводилась інгаляційна оксигенотерапія зволеним киснем. Тяжкохворі потребували та отримували ШВЛ у 100% випадків.

При відкритих травмах 68% хворих перебували на ШВЛ. Це пов'язано з тим, що ці травми супроводжувались тяжким ступенем забою головного мозку з переважним ураженням стовбурових структур головного мозку.

Загальна летальність при усіх ЧМТ у відділенні становила 43,4%, з них при тяжких травмах - 87,2 %, при травмах середнього ступеня тяжкості – 13,7 %, що наближено до загальнодержавних показників. Летальність була вищою у хворих з відкритими ЧМТ (50 %), тоді як при закритих ЧМТ – 42,2 %.

При забезпеченні всім хворим адекватної інтенсивної терапії, в тому числі оксигенотерапії, в різних вікових категоріях хворих спостерігались різні результати лікування: у 87, 8 % хворих віком до 20 років відмічалась позитивна динаміка з наступним переведенням у нейрохірургічне відділення, тоді як у віці від 21 до 40 років такі хворі становили 61,1 %, від 41 до 60 років – 46,7 %, від 61 років і старше – 30 %. Залежності летальності від статі не встановлено: результативність лікування чоловіків та жінок була однаковою.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ОЦІНКА ФАКТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ У СТУДЕНТІВ ВИЩОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Здинюк Н.О., Березова М.С.

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Структура харчування є одним із факторів, що суттєво впливає на стан здоров'я населення. Дослідження стану харчування дозволить окреслити групу ризику та вчасно провести корекцію, попередивши метаболічні порушення.

Мета. Вивчити якість життя та особливості фактичного харчування студентів вищого медичного закладу з надлишковою вагою та ожирінням.

Матеріал і методи. В дослідженні взяло участь 156 студентів Буковинського державного медичного університету: 61,5% - дівчата, 38,5% - юнаки. Всіх студентів в залежності від наявності надлишкової ваги та ожиріння було розподілено на наступні групи: 1 групу склали студенти з нормальною вагою тіла (55 студентів), 2 групу склали студенти з надлишковою вагою (59 осіб), 3 групу – студенти з ожирінням I ступеня (52 осіб). Середній вік студентів становив $20,6 \pm 1,4$ роки. Опитування студентів щодо стану харчування

проводилося по спеціально розробленій анкеті, для оцінки якості життя використовувався неспецифічний опитувальник SF-36 (Short Form Health Status). Аналізувався щоденний харчовий раціон студентів впродовж 2 тижнів. Всім досліджуваним студентам проводилося визначення індексу маси тіла, окружності талії та вимірювали артеріальний тиск. Критерієм виключення була наявність ендокринної патології.

Результати. При аналізі зібраних показників було встановлено, що показники фізичної активності при оцінці якості життя були статистично знижені у пацієнтів 3 групи ($p < 0,05$) у порівнянні з показниками осіб з 1 групи. Перерви у прийомі їжі з харчовим навантаженням у вечірні години спостерігалось у 68% студентів з ожирінням, у 28 осіб з цієї групи було визначено підвищення артеріального тиску.

Висновки. Аналіз зібраних показників показав, що у пацієнтів з наявністю надлишкової маси тіла та ожирінням I ступеню спостерігається порушена харчова поведінка та надання переваги у раціоні хлібобулочним продуктам та їжі швидкого приготування. У студентів з наявністю надлишковою масою та ожирінням спостерігалось підвищення артеріального тиску.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РІДКІСНОГО СИНДРОМУ СНЕДДОНА

Зінченко С.С., Орел П.В., Бутенко О.О., Короза С.О.*, Орловський О.В.,
Кмита В.В., Приступа Л.Н.*

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

**Сумська обласна клінічна лікарня*

Синдром Снеддона був вперше детермінований в окрему клінічну одиницю лікарем Снеддоном та колегами у 1965 році. Діагностичні критерії даного синдрому включають в себе: чисельні транзиторні ішемічні атаки (ТІА), ішемічні інсульти головного мозку, ліведо ретикуляріс, артеріальну гіпертензію. До сьогоднішніх днів тривають дебати з приводу виділення даного синдрому як самостійної одиниці у класифікації ревматологічних захворювань або підвиду одного із клінічних варіантів антифосфоліпідного синдрому (АФЛС) з негативними антитілами до кардіоліпіну.

Метою нашої роботи було проаналізувати та диференціювати клінічний випадок рідкісного синдрому Снеддона.

Матеріали та методи. Обстежено пацієнта Б. із діагнозом «Можливий вузликосий периартеріт» на базі ревматологічного відділення КЗ СОР Сумської обласної клінічної лікарні (СОКЛ) з використанням необхідних клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження.

Результати. Хворий Б., 1962 року народження, із залишковими клінічними ознаками порушення мозкового кровообігу у вигляді лівобічного верхнього монопарезу, латеральною моноанопсією зліва, сітчастої синюшно-червоної дисколорації шкірних покривів (ліведо ретикуляріс) у ділянці верхніх та нижніх кінцівок, на тулубі, зниженням здатності до запам'ятовування та погіршенням пам'яті (зі слів самого пацієнта), періодичними епізодами підвищення артеріального тиску, на висоті яких у пацієнта з'являється відчуття потьмарення в очах, головокружіння та іноді – втрати свідомості. Пацієнт поступив до ревматологічного відділення КЗ СОР СОКЛ 15.02.2016р. Із анамнезу відомо, що пацієнт переніс біля десяти випадків ТІА та ішемічних інсультів; у батька пацієнта проведено ампутацію двох нижніх кінцівок у молодому віці, раптова смерть у віці до 50 років; аналогічні клінічні прояви були у рідного брата пацієнта, причина не встановлена. За результатами обстеження змін з боку клінічного та біохімічного аналізу крові, аналізу сечі не виявлено; серологічних маркерів васкулітів, системного червоного вовчак, АФЛС не виявлено.

Висновки. Провівши аналіз отриманих результатів обстеження, зроблено висновок про відповідність даного пацієнта діагностичним критеріям синдрому Снеддона та призначено необхідне лікування.

ОЦІНКА СТАНУ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОФУНКЦІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Зудіна Т.О., Мелеховець О.К.

Сумський державний університет

Кафедра сімейної та соціальної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Останнім часом у світі зростає зацікавленість проблемою патології щитовидної залози (ЩЗ). Відомо, що гіпофункція ЩЗ є фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Дослідження показують, що при порушенні тиреоїдного гомеостазу у хворих на гіпотиреоз виявляються порушення обміну ліпідів.

Мета дослідження: вивчення особливостей ліпідного обміну при зниженій функції щитовидної залози.

Матеріали і контингент дослідження. У дослідження включено 60 жінок у віці від 30 до 65 років. 35 пацієнтів із встановленим діагнозом гіпотиреозу (діагноз встановлений згідно протоколу № 356 МОЗ України від 22.05.2009 р.), рівень ТТГ у яких перевищував значення 4,2 мкМО/мл (норма – 0,27-4,2 мкМО/мл). У 26 хворих діагностовано гіпотиреоз середньої тяжкості, у 9 – тяжка форма. У 24 обстежених наявна супутня патологія – гіпертонічна хвороба II стадії, 2 ступеня, ризик 3. Контрольну групу склали 25 пацієнтів із еутиреозом (рівень ТТГ у межах 0,27-4,2 мкМО/мл). Критерії виключення із дослідження: цукровий діабет 1 і 2 типу, ожиріння. Усім пацієнтам визначали рівні гормонів ЩЗ (ТТГ, тироксин (Т₄)), оцінювали показники ліпідограми – методом фотометричного аналізу. Рівень загального холестерину (ХС) оцінювався за критеріями: загальний ХС менше 5,2 ммоль/л – оптимальний, 5,2-5,9 ммоль/л – проміжний, 6,0 ммоль/л і більше – високий. Статистичну обробку отриманих результатів проведено згідно методу варіаційної статистики і представлено у вигляді середнього значення ± стандартне відхилення.

Результати дослідження: у групі пацієнтів хворих на гіпотиреоз, у порівнянні із контрольною групою, показники ліпідограми вище: ХС – на 6,4% ($p<0,005$), тригліцериди (ТГ) – на 8,2% ($p<0,005$), β -ліпопротеїди (β -ЛП) – на 6,3% ($p<0,5$). При підвищенні ТТГ збільшувались значення ліпідограми: ХС ($r=+0,38$, $p<0,05$), ТГ ($r=+0,24$, $p<0,05$), β -ЛП ($r=+0,73$, $p<0,05$).

Висновки: при гіпофункції ЩЗ ліпідний спектр характеризується підвищенням рівня загального ХС на 6,4%, ТГ на 8,2%, β -ЛП на 6,3%, порівняно із еутиреозом. Встановлена пряма кореляційна залежність між рівнем ТТГ і рівнем ліпідів крові. Пацієнтам із зниженою функцією ЩЗ рекомендовано визначення ліпідного профілю крові для раннього виявлення проатерогенних порушень їх профілактики і корекції.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ СУПУТНЬОГО ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Іванкова А.В.

Науковий керівник - д.мед.н., проф. Н.В.Кузьміна

Кафедра внутрішньої медицини №1

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

м.Вінниця, Україна

Мета: Визначити особливості змін добового профілю АТ в залежності від наявності різних видів порушень серцевого ритму у хворих на АГ.

Матеріали та методи: Обстежено 62 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з наявністю порушень серцевого ритму. Шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) мала місце – у 39 (62,9%) хворого, з приблизно однаковою частотою як у чоловіків, так і у жінок ($p>0,05$). Фібриляція передсердь (ФП) зустрічалась у 23 (37,1%) пацієнтів, частіше - у чоловіків (16 (25,8%) проти 7 (11,3%), $p<0,05$). АГ 1-го ступеню визначено у 3 (4,8 %), АГ 2-го ступеню - у 47 (75,8 %), АГ 3-го ступеню – у 12 (19,4 %) хворих. Серед всіх обстежених 35 (56,5 %) чоловіків і 27 (43,5 %) жінок. У дослідження не включали хворих на ГХ, які перенесли інфаркт міокарда

або гостре порушення мозкового кровообігу, у яких на момент обстеження були виявлені захворювання нирок або печінки з порушенням функції, цукровий діабет, ожиріння III-IV ступеня, вади серця, ХСН II- III стадії, хронічні захворювання органів дихання та дихальна недостатність. Всім хворим проводили добовий моніторинг артеріального тиску, ЕКГ в 12 стандартних відведеннях, добове моніторування ЕКГ в амбулаторних та стаціонарних умовах, ехокардіографію за загальноприйнятою методикою. Статистичні розрахунки проводили з використанням програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 6.0.

Результати: Добовий профіль dipper не спостерігався у жодного хворого з АГ та порушеннями ритму серця, non-dipper - у 7 (11,3%) з 62 хворих на ГХ, night-peaker - у 27 (43,5%), over-dipper – у 28 (45,2%) пацієнтів. Встановлено, що у хворих з патологічними добовими профілями night-peaker та over-dipper найчастіше реєструвались порушення ритму серця у вигляді ФП та ШЕ. Так, у пацієнтів з ШЕ тип non-dipper визначений у 5 (12,8%) ($p < 0,05$ по відношенню до груп з іншими циркадними ритмами АТ), тип night-peaker виявлений у 15 (38,4%) пацієнтів та у 19 (48,7%) хворих верифікований тип over-dipper ($p > 0,05$ між цими двома групами). У хворих з ФП тип non-dipper визначений у 2 (8,7%), тип night-peaker спостерігався у 12 (52,2%) хворих та у 9 (39,1%) пацієнтів виявлений тип over-dipper ($p < 0,05$, між всіма групами).

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ПОЛЯРИЗАЦІЙНО-ОПТИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОГІВКИ ОКА ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ

Каплін І.В.

Київський центр терапії та мікрохірургії ока

Незважаючи на прогрес в методах лікування і діагностики, глаукома останніми роками стала головною причиною невиліковної сліпоти в розвинених країнах світу. За даними ВООЗ більше 67 млн. чоловік в світі хворіють на глаукому і до 2030 року ця цифра повинна подвоїтися. Підвищення внутрішньоочного тиску (ВОТ) є одною з основних клінічних ознак глаукомного процесу, реєстрація якого лежить в основі діагностики і вибору методу адекватного лікування. Практично всі існуючі в теперішній час методи виміру ВОТ засновані на різних впливах на око (вантажами, плунжерами або струменем повітря). Як було встановлено, результати таких вимірів ВОТ суттєво залежать від біомеханічних параметрів рогівки або ока.

Дослідження останніх років переконливо показали, що отримані при тонометрії показники ВОТ залежать від товщини і інших біомеханічних властивостей рогівки в такому ступені, що можуть впливати на правильність постановки діагнозу глаукоми. Все вищевикладене вказує на необхідність розробки нових методів визначення ВОТ, які дозволять усунути недоліки існуючих. В цьому відношенні перспективними можна вважати методи, засновані на фізичних властивостях ока, наприклад, оптичній анізотропії, яка призводить к появі на рогівці інтерференційної картини при дослідженні в поляризованому світлі. Оптична анізотропія рогівки ока залежить від її геометричних параметрів, властивостей колагену, що входить в її состав, механічної дії на рогівку ВОТ та окорухових м'язів. При підвищенні ВОТ змінюються геометричні параметри інтерференційної картини, що дозволяє використовувати ці зміни для його визначення. Дослідження інтерференційних картин, що спостерігалися на рогівці ока в поляризованому світлі, 100 хворих на глаукому з різними рівнями ВОТ та 50 здорових осіб дозволили кількісно оцінити зміни параметрів цих картин, що може бути використано для розробки методу безконтактного виміру ВОТ.

БЕЗПЕЧНЕ ЛІКАРНЯНЕ СЕРЕДОВИЩЕ. БІОМЕХАНІКА ТІЛА МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

*Касяненко Є., студент 2го курсу, «Сестринського відділення».
Науковий керівник – Коцар О.І., викладач основ медсестринства
Сумський медичний коледж*

Актуальність теми. Однією з причин появи болів в спині і травмах, є недотримання медсестрами правил біомеханіки тіла в роботі.

Робота медичних сестер пов'язана з фізичними навантаженнями. Під час догляду за пацієнтами доводиться перевозити, переміщувати, підіймати пацієнтів, тривалий час перебувати у вимушеній позі, що призводить до великого навантаження на хребет.

Мета дослідження. Детальніше вивчити тему безпечне лікарняне середовище, як впливає не виконання правил правильного положення тіла при переміщенні пацієнтів, наслідки не правильного положення тіла медичних сестер.

Метод дослідження. Анкетний метод, інтерв'ю, спостереження.

Біомеханіка – це спосіб завдяки якому тіло людини пристосовується, щоб не втратити рівновагу під час руху.

Дотримуючись правильної біомеханіки тіла медична сестра дбає про своє здоров'я. Дуже важливим аспектом є зручний одяг (вільний, без дискомфорту) та взуття (щільно облягає ногу).

За даними нашого анкетування 67% медичних працівників мають теоретичне уявлення про біомеханіку тіла, але є ті 33% котрі не знають, що таке біомеханіка.

Більшість опитаних не володіють інформацією про сучасні засоби переміщення, лише 12% володіють інформацією про них, 88% не знають про ці засоби.

Хвороби хребта є найпоширенішими професійними захворюваннями серед медичних працівників в усьому світі. Медичному персоналу досить часто доводиться підіймати і переносити пацієнтів та важкі предмети.

На питання в анкеті «Чи підіймаєте ви пацієнтів з вищим індексом маси тіла чим у вас?», ми отримали такі відповіді, що 75% підіймають, та лише 28% не підіймають взагалі. Більшість медсестер переміщують пацієнтів з вищим індексом маси тіла, ніж у них.

Знають правила переміщення 65% опитаних, лише 27% не знають.

Висновки дослідження. Лікувально – профілактичні заклади не забезпечені в достатній мірі засобами для переміщення пацієнтів, що теж збільшує ризик професійних захворювань.

Практикуючі медичні сестри не мають чітких знань про правильне положення тіла, безпечне лікарняне середовище, а також нормативних документів з охорони праці та забезпечення професійної безпеки в закладах охорони здоров'я.

ЖОРСТКІСТЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ПОЄДНАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ОЖИРІННЯ

*Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Саєнко О.С.
Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Для пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу) і ожирінням (Ож) характерні метаболічні ураження печінки, ініційовані гіперінсулінемією та інсулінорезистентністю, які призводять до підвищення активності ферментів, що розщеплюють тригліцериди жирової тканини, збільшення концентрації в крові вільних жирних кислот і їх накопиченню у цитоплазмі гепатоцитів і розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки, що може трансформуватися в стеатогепатит і цироз.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан печінки у хворих на ізольовану ГХ і при поєднанні з ЦД 2-го типу або Ож 1 ступеню (індекс маси тіла не вищий 34,9 кг/м²).

Матеріали і методи: 158 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеню були поділені на групи: I група – 35 хворих з ГХ у поєднанні з ЦД 2-го типу і нормальною масою тіла (НМТ), II група

– 38 пацієнтів з ГХ, ЦД 2-го типу і Ож 1 ступеню, III група – 30 хворих на ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож 1 ступеню. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Еластографію печінки проводили на сканері «ULTIMA PA» (фірми «РАДМІР», Україна) з функцією еластографії конвексним датчиком 1–5 МГц. Показник жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга в кілопаскалях (Elast, кПа).

Результати: показник (Elast, кПа) у хворих III групи не відрізнявся від такого у здорових, у пацієнтів IV групи в 3 рази, у хворих I групи в 3,5 рази, а у пацієнтів II групи більше, ніж в 4 рази перевищував показник у контрольній групі ($p < 0,05$). Спостерігалась статистично значуща різниця між порівнюваними групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: хворі з поєднанням ГХ і ЦД 2-го типу незалежно від маси тіла мають достовірно вищий показник жорсткості паренхіми печінки порівняно з пацієнтами хворими лише на ГХ. Наявність навіть незначного збільшення маси тіла асоціюється зі збільшенням жорсткості печінки, що вказує на підвищення ступеню гепатозу при коморбідних станах.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ОЖИРІННЯМ

Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Яровець А.І., Краснощок С.О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

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 – поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ), цукрового діабету (ЦД) і Ож, що суттєво підвищує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень у цієї категорії хворих.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан судин у хворих на ГХ та при поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу) або Ож.

Матеріали і методи: 158 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеню були поділені на групи: I група – 35 хворих з ГХ у поєднанні з ЦД 2-го типу і нормальною масою тіла (НМТ), II група – 38 пацієнтів з ГХ, ЦД 2-го типу і Ож 1 ступеню, III група – 30 хворих з ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож 1 ступеню. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Для визначення ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД) проводили пробу з реактивною гіперемією. Дослідження проводили на сканері «ULTIMA PA» (фірми «РАДМІР», Україна) тричі на лівій і правій плечових артеріях з 15-хвилинними перервами між пробами за методикою Celermajer D.S. в модифікації Іванової О.В., товщину інтими медії сонної артерії (ТІМ СА) вимірювали у стандартній точці (на 2 см проксимальніше біфуркації загальної сонної артерії). Швидкість пульсової хвилі (ШПХ) в СА визначалася W-Track-методом (методом фазового трекінгу, запатентованим виробниками сканера).

Результати: ЕЗВД була зниженою у всіх хворих порівняно зі здоровими. Спостерігалась вірогідно значуща різниця між показниками у групах ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$; $p_{III-IV} < 0,05$). ТІМ СА і ШПХ від показників у групі контролю не відрізнялися, але вірогідно різнились між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: Порушення структурно-функціонального стану судинної стінки у хворих на ГХ в поєднанні з Ож і ЦД 2-го типу проявляються зниженням ЕЗВД, збільшенням ТІМ СА і ШПХ у магістральних судинах і черевній аорті.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ОЖИРІННЯМ

Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Яровець А.І., Краснощок С.О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2-го типу) і ожирінням (Ож) асоціюється з підвищенням ризику серцево-судинних ускладнень, що зумовлено спільними нейрогуморальними та нейроендокринними патогенетичними механізмами цих захворювань.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан серця у хворих з ГХ і при поєднанні з ЦД 2-го типу або Ож 1 ступеню (індекс маси тіла не вищий 34,9 кг/м²).

Матеріали і методи: 158 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеню були поділені на групи: I група - 35 хворих з ГХ у поєднанні з ЦД 2-го типу і нормальною масою тіла (НМТ), II група - 38 пацієнтів з ГХ, ЦД 2-го типу і Ож, III група – 30 хворих з ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

На ехокардіографії оцінювали кінцеві систолічний (КСД) і діастолічний діаметри (КДД) лівого шлуночка (ЛШ), фракцію викиду ЛШ (ФВ), індекс маси міокарда (ІММ) ЛШ. Визначали показники діастолічної функції ЛШ: час ізвольомічного розслаблення (IVRT), пікові швидкості трансмітрального потоку (V_E і V_A) та їх співвідношення (E/A), співвідношення піків E і e на мітральному клапані (E/e).

Результати: показники КСД і КДД ЛШ були дещо вищими у пацієнтів усіх груп, але не відрізнялись від значень у здорових, проте вірогідно різнились між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$). ФВ ЛШ не відрізнялась від показника контролю і між групами. ІММ ЛШ у пацієнтів досліджених груп був вірогідно вищим у порівнянні з показником здорових ($p < 0,05$), але у пацієнтів I і II груп він був максимально вищим ніж у контролі та різнився між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$). Зменшення співвідношення E/A зареєстровано у хворих I групи порівняно з показником III групи ($p_{I-III} < 0,05$), що є наслідком гальмування релаксації ЛШ в діастолу. Співвідношення E/e у групах не відрізнялось від показника контролю, але вірогідно різнилось між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: поєднання ГХ II стадії, 2 ступеню з ЦД 2-го типу і Ож 1 ступеню сприяють більш вираженому ремоделюванню серця: збільшенню розмірів порожнин, ІММ ЛШ, показника діастолічного наповнення ЛШ (E/e) та не впливає на систолічну функцію ЛШ.

ЗАП'ЯСТКОВИЙ ТУНЕЛЬНИЙ СИНДРОМ У ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кліщ О.О., Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.

Науковий керівник – к.м.н. Сотніков Д.Д.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність: в умовах стрімкої урбанізації з кожним роком зростає кількість офісних працівників. Гіподинамія та стереотипні статичні навантаження у них призводять до ряду захворювань, серед яких поширеним є зап'ястковий тунельний синдром.

Мета: визначити та оцінити вплив фізичних факторів на розвиток карпального тунельного синдрому.

Матеріали та методи: дослідженню підлягли 137 офісних працівників із стажем роботи від 5 до 14 років. Середній вік обстежуваних становив $37,6 \pm 2,7$ роки, серед них переважали жінки – 57,5%.

Результати дослідження: серед обстежуваних осіб ознаки тунельного синдрому виявилися у 69,7% осіб. Серед них больові відчуття під час роботи спостерігалися у 77,5% хворих (з них у 23,2% - через 30 хвилин від початку роботи, у 30,4% - через 1 годину 30 хвилин, у 46,4% - пізніше ніж через 3 години від початку роботи), у 17,0% болі виникали у стані спокою, у 5,5% - нічні болі. Парестезії були наявні у 17,6% хворих, слабкість рухової діяльності руки спостерігалися у 11,7% хворих, відчуття стиснення і набряку - у 23,4% хворих.

Об'єктивно позитивний симптом Тіннеля спостерігався у 38,1% обстежуваних; атрофія м'язів тенора - у 2,7 % обстежуваних; посилення болю при надмірному розгинанні чи згинанні кисті на 90° - у 51,3% обстежуваних. Опитування за шкалою DN4 продемонструвало, що у 61,8% хворих ознаки болю відповідали нейропатичному.

При роботі з клавіатурою у 7,5% обстежуваних кисть розігнута менш ніж на 10°, у 16,6% - від 10° до 19°, у 75,9% - на 20° і більше. Статистичний аналіз із використанням показника відповідності показав пряму залежність частоти виникнення та інтенсивності больових відчуттів від кута розташування кисті на клавіатурі ($\chi^2=10,4$, $p<0,01$).

Висновки: монотонна робота з комп'ютером провокує розвиток карпального тунельного синдрому у значної частини користувачів (69,7%). Сприяють формуванню патологічних змін незручна поза та розташування кисті під кутом 20° і більше, відсутність опори для ліктів чи зап'ясть, тривалість безперервної роботи з комп'ютером більше 1,5 години, робочий день понад 6-8 годин та стаж роботи більше 5 років.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТУ АКТИЛІЗЕ(АЛЬТЕПАЗА) У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Клюс Т.О., Конач М.І.

Мар'єнко Лідія Борисівна

ЛНМУ ім.Данила Галицького, кафедра неврології

Актуальність. Частота інсультів в Україні становить 200-250 випадків на 100 тис. населення (у світі - 140-500). Однак смертність від інсульту в Україні значно вища - 133 на 100 тис.населення, у світі - 91,49 відповідно. Статистично, ішемічний інсульт (ІІ) трапляється у 3-5 разів частіше, ніж геморагічний. Одним із найефективніших методів терапії ІІ є тромболітична терапія(ТЛТ), яка при вчасному застосуванні забезпечує раннє відновлення кровообігу в ураженій ділянці, запобігає незворотним змінам нервової тканини. Препаратом для ТЛТ є альтеплаза (Актилізе®).

Мета. Проаналізувати та порівняти результати проведення ТЛТ у пацієнтів із ІІ у світі та в Україні (зокрема, у м. Львові).

Матеріали та методи. Використано аналітико-порівняльний метод, опрацьовано результати інформаційного(бази даних MEDLINEplus, PubMed, SITS-MOST), бібліографічного пошуку, проаналізовано історії хвороби пацієнтів, яким проведена процедура ТЛТ у 2-му неврологічному відділенні Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова за 2011-2015 роки.

Результати. У результаті ТЛТ за даними SITS-MOST(всього-23942 пацієнти) виявлено, що у 55%(13168) пацієнтів досягнуто функціональної незалежності. В Україні узагальнено цей показник - 55,4%; у м. Львові - 58,8%(47 із 80 пацієнтів). Неврологічний дефіцит у вигляді геміпарезів різного ступеня тяжкості, порушення мови, координації за даними SITS-MOST – у 33,7%(8068), по Україні - 33,9%, у м. Львові – 31,2% пацієнтів(25 із 80 пацієнтів).

Летальність за SITS-MOST становить 11,3%, в Україні – 10,7%, у м. Львові - 10%. У 8,5% за даними реєстра SITS- MOST розвинулось ускладнення у вигляді геморагічної трансформації. В Україні даний показник - 8,5%, у м. Львові – 3,8%.

Висновки. Проаналізовані дані про застосування ТЛТ за допомогою рекомбінантного тканинного активатора плазміногену (альтеплаза) при ІІ в Україні та світі доводять його високу ефективність у більшості пацієнтів, що свідчить про необхідність подальшого вдосконалення і використання даного методу.

ДЕМЕНЦІЯ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ ЯК НАСЛІДОК ПЕРЕНЕСЕНИХ ІНСУЛЬТІВ: НЕВРОЛОГІЧНИЙ ОГЛЯД, НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЯ

Ключківська Х.Ю.

Науковий керівник – доц. Н.В. Малярська

Львівський національний медичний університет імені Данила Гальцького

Кафедра неврології

Розповсюдженість деменції, за літературними даними, серед осіб похилого віку становить 5-12 %.

Мета: Дослідження методів ранньої діагностики деменції, можливостей використання нейропсихологічного та нейровізуалізаційного обстежень для запобігання прогресуванню хвороби.

Матеріали та методи: Було вивчено і проаналізовано 4 історії хвороби пацієнтів, дані нейропсихологічного тестування, неврологічного огляду та КТ(МРТ).

Результати: В усіх хворих із судинним типом деменції відмічено швидкий розвиток порушення когнітивних функцій, що поєднується з яскраво вираженою неврологічною симптоматикою (субкортикальні рефлексії, патологічні стопні рефлексії, високі сухожилкові рефлексії, геміпарез, афазія, координаторні розлади та ін.). В анамнезі – тривалий перебіг серцево-судинних захворювань, зокрема, гіпертонічної хвороби та атеросклерозу. На КТ(МРТ) у таких пацієнтів виявлено множинні гіподенсивні ішемічні вогнища - наслідки як гострого порушення мозкового кровообігу, так і перенесених інсультів. На судинний тип деменції вказують і високі показники за шкалою Хачинського – 9, 9, 11 та 13 балів. При нейропсихологічному обстеженні за короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) виявлено деменцію легкого ступеня – 22, 23, 22 і 22 бали.

Висновки: Єдиним найдостовірнішим методом діагностики деменції судинного генезу є результати нейровізуалізаційного дослідження (КТ, МРТ головного мозку). Для оцінки ступеня ішемії головного мозку доцільно використовувати шкалу Хачинського. Якщо одержано >7 балів, то можна стверджувати про судинний генез когнітивних порушень. Для постінсультної судинної деменції характерний гострий чи підгострий розвиток із легким ступенем когнітивного дефіциту, який доцільно виявляти за допомогою MMSE – швидкого методу нейропсихологічного тестування.

Лікування пацієнтів з дементними розладами повинно бути індивідуальним, але включати такі заходи: усунення причин «зворотньої деменції», патогенетичну замісну та симптоматичну терапію.

ПОКАЗНИКИ ГЕМОГРАМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ковчун А.В.

Науковий керівник – професор, д.мед.н. Л.Н. Приступа

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Актуальність: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) традиційно розглядається як одна з найважливіших причин поліцитемії, проте в останні роки активно вивчається проблема ХОЗЛ у поєднанні з анемією. Це пов'язано з широкою розповсюдженістю даної патології в цілому світі, у тому числі і на Україні, та зі значним накопиченням фактичного матеріалу про патогенетичні механізми її розвитку. Зниження розповсюдженості поліцитемії, пояснюють більш широким використанням кисневої терапії та інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту.

Мета: з'ясувати особливості гемограми у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали і методи: на базі КЗСОП «Сумська обласна клінічна лікарня» було проведено обстеження 40 пацієнтів (22 чоловіка та 18 жінок), які перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом «ХОЗЛ» протягом 2015 р. У дослідження були включені пацієнти у віці від 35 до 62 років з легким (9 пацієнтів), помірним (15 пацієнтів), середньотяжким (9

пацієнтів) і тяжким (7 пацієнтів) перебігом захворювання. Пацієнти були розподілені на три групи відповідно до показників гемограми: I група – пацієнти із показниками еритроцитів та гемоглобіну в межах норми ($n=30$), II група – хворі з анемією ($n=7$), III група – пацієнти з еритроцитозом ($n=3$). Усім хворим проводився клінічний аналіз крові методом ручного підрахунку. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою комп'ютерної програми IBM SPSS Statistics 21. Результати наведено як $M \pm m$, де M – середнє значення показника, m – середня похибка.

Результати: оцінку результатів клінічного аналізу крові проводили згідно наступних критеріїв. Анемія встановлювалася на підставі виявлення рівню гемоглобіну <140 г/л для чоловіків та <120 г/л для жінок; еритроцитоз встановлювався за наявності еритроцитів – вище 5×10^9 /л, гемоглобіну – вище 160 г/л, у чоловіків, у жінок – вище $4,7 \times 10^9$ /л і 150 г/л. Отримано наступні результати: 75% пацієнтів мали показники гемоглобіну та еритроцитів в межах норми ($141,97 \pm 8,4$ г/л та $4,1 \times 10^9 \pm 0,14$ /л), 17% – мали анемію ($116,3 \pm 12,7$ г/л та $3,5 \times 10^9 \pm 0,16$ /л), 7% – еритроцитоз ($172 \pm 4,2$ г/л та $6,3 \times 10^9 \pm 0,12$ /л).

Висновки: встановлено, що анемічний синдром трапляється частіше за еритроцитозу хворих на ХОЗЛ. У зв'язку з незначним обсягом даних стосовно цієї проблеми є доцільним подальше її вивчення.

ЕФЕКТ ЗАСТОСУВАННЯ L-КАРНІТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Копейчик В.Г., студент

Науковий керівник – к.м.н., асистент Гордіна М. А.

Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини

Інсулінорезистентність (ІР) є ключовим компонентом метаболічного синдрому (МС) та фактором ризику розвитку цукрового діабету та серцево-судинних захворювань. Як відомо, карнітин забезпечує імпорту до довголанцюгових жирних кислот (ацильних груп) із цитозоля до мітохондрій для їх подальшого бета-окислення, а також карнітин необхідний для виведення ацильних груп із мітохондрій. Дослідженнями було встановлено, що при внутрішньоклітинному накопиченні похідних ацил-КоА розвивається резистентність до інсуліну, тому застосування карнітину є можливим інструментом для лікування ІР.

Мета дослідження. Вивчення впливу застосування L-карнітину на показники ІР у пацієнтів з МС та ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали та методи. У дослідження включено 25 пацієнтів з ІХС та повним МС, які отримували стандартну терапію ІХС. Хворі були розподілені на 2 співставні групи, 13 пацієнтам додатково вводили L-карнітин у дозі 1,0 г внутрішньовенно стуминно 1 раз на добу впродовж 15 днів, 12 осіб отримували лише базисну терапію ІХС. Динаміку оцінювали за показниками глікемії, вмістом інсуліну, ІР розраховували за індексом НОМА (інсулін сировотки натще (мкОД/мл) \times глюкоза плазми натще (ммоль/л)/22,5) через 15 діб лікування, порівняння проводили між групами хворих.

Результати дослідження. У пацієнтів, що отримували L-карнітин встановлено достовірне зменшення показників глікемії ($4,6 \pm 0,18$ vs $5,3 \pm 0,19$ ммоль/л; $p < 0,05$), достовірне зниження гіперінсулінемії ($20,0 \pm 1,35$ vs $24,4 \pm 1,33$ мкОД/мл; $p < 0,05$) та зниження ІР за показником індекса НОМА ($4,1 \pm 0,35$ vs $5,7 \pm 0,41$; $p < 0,01$). У групі хворих, що отримували лише стандартну терапію ІХС достовірної різниці показників виявлено не було: глікемія ($5,4 \pm 0,16$ vs $5,6 \pm 0,32$ ммоль/л; $p > 0,05$), інсулін ($21,7 \pm 1,31$ vs $23,7 \pm 1,34$ мкОД/мл; $p > 0,05$), індекс НОМА ($5,5 \pm 0,37$ vs $5,9 \pm 0,48$; $p > 0,05$).

Висновки. Встановлено, що у пацієнтів з МС парентеральне застосування L-карнітину у дозі 1,0 г на добу впродовж 15 діб має позитивний вплив на зменшення глікемії, вмісту інсуліну та показник ІР за індексом НОМА.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФЕНОТИПАМИ ХОЗЛ

*Коритова К.П – лікар –інтерн сімейної медицини
Науковий керівник – к.мед.н. доц. Винниченко Л.Б.*

Вченими всього світу обговорюються неоднорідність клінічних, функціональних і патоморфологічних ознак, що відображають різні патофізіологічні механізми експіраторної обструкції у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Виділення окремих фенотипів ХОЗЛ з детальним вивченням біомаркерів системного запалення дозволить судити про перебіг та прогноз захворювання, а також стане підґрунтям у виборі найбільш адекватної терапії, що, у свою чергу, дозволить покращити прогноз перебігу та якість життя пацієнтів з ХОЗЛ.

Мета роботи. Вивчення особливостей системного запалення ХОЗЛ в залежності від різних фенотипів.

Матеріали і методи. Обстеження виконано у 66 хворих на ХОЗЛ (I стадія-11 хворих; II стадія-29 хворих; III стадія-21 хворий; IV-5 хворих) віком від 40 до 75 років, середній вік склав 63,7 роки; чоловіків - 55 (83,3%), жінок - 11 (16,6%). Хворим було проведено рентгенологічне дослідження органів грудної клітки та комп'ютерна томографія; спірометричне дослідження функції зовнішнього дихання; клінічний та біохімічний аналізи крові; аналіз крові на ІЛ-6, адипонектін; аналіз мокротиння.

Результати. Емфізематозний тип виявлено у 6 (15%) пацієнтів з I-II стадією та у 13 (50%) пацієнтів з III-IV стадією ХОЗЛ. Бронхітичний тип виявлено у 34 (85%) пацієнтів з I-II стадією та у 13 (50%) пацієнтів з III-IV стадією ХОЗЛ. За даними наших досліджень ступінь запального процесу більш виражений у пацієнтів з емфізематозним типом, що підтверджується збільшенням вмісту ІЛ-6 ($7,1 \pm 0,89$), збільшення адипонектіна ($13,5 \pm 1,8$) та зменшення абсолютного числа лімфоцитів ($2,5 \pm 0,6$) в порівнянні з показниками при бронхітичному типі (показники відповідно: $5,4 \pm 1,2$; $8,9 \pm 1,3$; $3,2 \pm 0,4$).

Висновки. Більша частка хворих на ХОЗЛ I-II ст. мають бронхітичний фенотип, тоді як більш тяжким хворим, з III та IV ст. притаманні обидва типи в однаковій мірі. Емфізематозний тип протікає з більш вираженим ступенем запального процесу.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ І ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ ВІД АСОЦІЙОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Костенко О.В., Гречко С.І., Трефаненко І.В.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та СМ*

Об'єктивізація лікування та профілактики стенокардії напруги у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), боротьба з раннім розвитком проявів серцевої недостатності (СН) серед пацієнтів з ураженням серцево-судинної системи потребує першочергового виявлення ранньої дисфункції міокарда та діагностики коронарної недостатності. Обстежено 54 пацієнти хворих, оцінювали функціональний стан міокарду лівого шлуночка (ЛШ) з визначенням регіонарної скоротливості міокарда у пацієнтів без прийому препаратів. Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p < 0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p < 0,05$). Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ – I група, в порівнянні з групою контролю – II група при надходженні у стаціонар ($p < 0,05$) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту ($p < 0,05$). Максимальним також було збільшення і кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ у даної категорії хворих на 18,8% ($p < 0,05$) у зіставленні з контрольною групою (II). Слід відзначити достовірне зниження ФВ у пацієнтів з АГ, в порівнянні з контрольною групою на усіх етапах проведення ЕхоКГ дослідження. Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p < 0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p < 0,05$). Відзначалось збільшення кінцевого діастолічного розміру (КДР) ЛШ з максимальним приростом на 12,0%

($p < 0,05$) у пацієнтів з СС II ФК та супутньою АГ. Отже, стан скоротливості ЛШ залежить від рівня ушкодження ЛШ, більш значний вплив на його функцію відіграє ішемізація стінки ЛШ, а не розміри некрозу у міокарді ЛШ. ЛП останнім включається у процеси ремоделювання та має здатність до збереження своєї функції при збереженні достатнього рівня скоротливості ЛШ.

АСТМА – ХОЗЛ OVERLAP СИНДРОМ

Костюченко Т.Ю.

Науковий керівник – доц., к.мед.н Винниченко Л.Б.

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

Мета дослідження. Виявити клініко-лабораторні відмінності між ізольованою БА та синдромом перекриття астма – ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Обстежено 152 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні КУСМКЛ № 1 з приводу загострення БА.

Результати. В ході дослідження було встановлено що 15,1% (23) хворих мають комбіновану патологію - СПАХ. Пацієнтів було поділено на дві групи: I групу склали хворі з ізольованою БА, II групу - хворі на СПАХ. Середній вік хворих на БА становив $43,6 \pm 2,16$ р., на комбіновану патологію - $62,39 \pm 0,77$ р. Переважну більшість пацієнтів зі СПАХ склали чоловіки (15 - 65,2%), з ізольованою БА - жінки (82 - 63,6%). Кількість осіб, які палять, або палили в минулому в II – й групі було майже в три рази більше ніж в I-й, 12 (52,2%) та 22 (17,05%) осіб відповідно. Середній стаж паління у хворих з перехресним синдромом довший ($16,6 \pm 2,53$) ніж у хворих з бронхіальною астмою ($5,48 \pm 0,34$).

Підвищена кількість лейкоцитів частіше спостерігалась при СПАХ (15 - 65,2%) на відміну від ізольованої БА (56-43,4%). Лейкоцитарний індекс інтоксикації $>2,1$ спостерігався у 17 (73,9%) пацієнтів зі СПАХ, та у 50 (47,2%) хворих на БА. Аналізуючи основні маркери запального процесу виявлено, що СРБ >8 од. спостерігався у 22 (95,7%) хворих зі СПАХ та у 55 (42,6%) осіб I гр.; підвищення рівня фібриногену $>6,0$ г/л було виявлено у 12 (55,2%) пацієнтів зі СПАХ та у 32 (24,8%) осіб з БА. У хворих з комбінованою патологією частіше спостерігається підвищення рівня холестерину (16 - 69,6%) в порівнянні з хворима на БА (50 - 38,8%). Гіперглікемія визначалася у 11 (47,8%) хворих зі СПАХ та у хворих 33 (25,6%) на БА. Підвищення рівня IgE спостерігалось у 17 (73,9%) пацієнтів з поєднанням БА та ХОЗЛ, та у 82 (63,6%) - з ізольованою БА. Рівень IgG >16 г/л визначався у 8 (34,7%) хворих зі СПАХ, тоді як у хворих на БА лише у 3 (2,3%) хворих.

Висновки. Близько 15% хворих на БА мають перехресний синдром з ХОЗЛ. Більшість пацієнтів з комбінованою патологією складають чоловіки віком більш ніж 65 років, що мають стаж паління більше 10 пачкороків. У таких хворих спостерігається більш виражений загальний запальний синдром. Хворі на комбіновану патологію мають більш виражені порушення гуморального імунітету, про що свідчить підвищення рівня IgG.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ М-ХОЛІНОБЛОКАТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Красненко Ф.О., Приступа Л.Н.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я на сьогоднішній день. М-холінолітики – основні препарати в лікуванні ХОЗЛ. Їх інгаляційне призначення рекомендується при всіх ступенях тяжкості ХОЗЛ. Постійний прийом М-холіноблокаторів тривалої дії поліпшує функцію легень, зменшує задишку, поліпшує якість життя, знижує частоту й тривалість загострень ХОЗЛ.

Метою роботи було визначення клінічної ефективності застосування М-холіноблокаторів у хворих на ХОЗЛ порівняно із β_2 -адреноміметиками.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 45 хворих на ХОЗЛ III стадії, які були поділені на дві групи: I групу склали 22 хворих, які використовували комбінований інгалятор, який включав флютиказон 125 мкг та будесонід 80 мкг по 2 інгаляції 2 рази на добу; II групу – 23 хворих, яким було призначено у Флютиказон у дозі 125 мкг по 2 інгаляції 2 рази на добу та тіотропіум бромід 18 мкг 1 раз на добу. Обстеження проводили до початку лікування та через два тижні після початку терапії. Хворих обстежували за допомогою спірометрії для оцінки функції зовнішнього дихання (ФЗД). Для характеристики клінічних проявів застосовувалися модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної Дослідницької Ради та тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ).

Результати дослідження. До лікування загальний рахунок ТОХ у пацієнтів I та II груп становив $(20,5 \pm 1,09)$ та $(21,1 \pm 1,25)$ балів, рівень задишки $(2,9 \pm 0,08)$ та $(3,1 \pm 0,07)$ балів. Після проведеного лікування в обох групах було виражене зменшення клінічних проявів. Більш наглядна динаміка спостерігалася у пацієнтів II групи, причому тіотропіум бромід не мав побічних дій. Результати ТОХ зросли у I групі на 7,9% та на 15,2% у пацієнтів II групи, рівень задишки на 8,3% та 12,1%. Аналіз отриманих результатів з боку ФЗД через 2 тижні від початку лікування показав, що у хворих I групи $ОФВ_1$ зростав на 3,8 %, а II групи – на 6,7 %; ФЖЄЛ зростала у хворих I та II груп – на 4,2 % та 7,3 %.

Висновки. Застосування М-холіноблокаторів для лікування ХОЗЛ є більш ефективним порівняно із застосуванням β_2 -агоністів. М-холінолітики сприяють зменшенню основних клінічних симптомів, а також – більш вираженому покращанню спірометричних показників.

ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ ТА β -БЛОКАТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХОЗЛ

*Кулібаба В.С., магістр, Масленко А.О., студ., Деміхова Н.В., доцент
СумДУ, кафедра сімейної та соціальної медицини*

Однією із сучасних проблем медицини є хронічний обструктивний бронхіт та хронічна астма з фіксованою бронхообструкцією, що згідно з МКХ-10 розглядається як одна нозологічна форма – ХОЗЛ. Згідно з прогностичними матеріалами «Вивчення загальних збитків від захворювань» ХОЗЛ що займало шосте місце серед причин смерті на 1990р., до 2020р., вийде на 3, а за деякими даними на 2 місце серед причин смертності. Поширеність ХСН у популяції в середньому становить 1-2%. До 62% пацієнтів старшої вікової групи з ХОЗЛ мають в анамнезі також ХСН, отже, виникає необхідність лікування одночасно обох патологій, що являє собою складну задачу, бо дія деяких груп препаратів має неоднозначний вплив на серцево-легеневу систему. Існує нагальна необхідність розглянути поширені групи для лікування ХСН, такі як інгібітори АПФ, та β блокатори.

Мета роботи. Визначити безпечність застосування β -блокаторів та ІАПФ для лікування ХСН при поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали та методи. Проведені спостереження за пацієнтами, та проаналізовані матеріали їх медичних карт. Дослідження проведено на базі КУ СМКЛ №1, СОКЛ та Липово-Долинської ЦРЛ за 2013-2015 рр. (45 пацієнтів)

Результати. Середній вік пацієнтів становив 63,28 роки. Серед пацієнтів було 30 чоловіків та 15 жінок. Середній термін перебування в стаціонарі складав 11,73 днів. На відміну від протокольного лікування у 9 (20%) пацієнтів в лікуванні застосовувались бета адреноблокатори, а у 12 (26,6%) пацієнтів в лікуванні застосовувались інгібітори АПФ. За час спостережень лише у 2 пацієнтів що становить 4,4% відмічалось незначне посилення кашлю яке не впливало на загальний стан пацієнтів, ця реакція відмічалась при використанні інгібіторів АПФ, побічної дії у пацієнтів які лікувались за допомогою бета блокаторів або поєднання їх з ІАПФ (8,8% пацієнтів) не відмічено. Показники спірометрії пацієнтів не мали суттєвої різниці у пацієнтів, у котрих використовувались бета блокатори та ІАПФ, і групи, в котрій не використовувались.

Висновки. Отже, на основі отриманих даних можна стверджувати про відносну безпеку використання бета блокаторів та ІАПФ у пацієнтів з поєднаною патологією ХОЗЛ та

ХСН, тобто це дає реальний шанс на основі використання даних груп препаратів реально продовжити життя пацієнтів в сучасних реаліях.

ГОСПІТАЛЬНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ХВОРИХ, АСОЦІЙОВАНИХ З НАСЛІДКАМИ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Лаба В.В., Коболева А.Є.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Медико-соціальні наслідки катастрофи на Чорнобильській АЕС набувають особливого змісту внаслідок прояснення масштабів і сутності процесів радіаційної патології. Різні категорії населення мають різні особливості ураження. Ті, хто проживав і був відселений, або проживає на забруднених територіях, відчули на собі вплив хронічної дії радіації, а які отримали такі ж самі дози опромінення за короткий проміжок часу, як задіяні до ліквідації наслідків катастрофи, – отримали масивний вплив негативного чинника.

Матеріали і методи дослідження. Зроблено аналіз 1197 карт хворих, що лікувались в терапевтичному відділенні обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення. Досліджено відповідність обстеження і лікування згідно вітчизняних стандартів. Проаналізовано результати проведеного перебування пацієнтів в стаціонарі.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом досліджуваного 2015 року в терапевтичному відділенні проліковано 1206 пацієнтів, з них чоловіків – 69,7%, жінок – 30,3%. Чорнобильський контингент склав 67,08% хворих, з них – інвалідів – 30,7%. Переважали ліквідатори – 52,1%, відселені – 13,3%, решта – евакуйовані – 1,2%. Серед пролікованих – працездатних – 47,9%, пенсіонерів – 52,1%. Перше місце склав клас хвороб системи кровообігу – 57%, з них: ішемічна хвороба серця – 42,7%, стенокардія – 17,6%. На другому місці за частотою госпіталізації були пацієнти з хворобами органів травлення – 18,1%, на третьому – хвороби органів дихання – 9% і на останньому – ендокринні захворювання – 4,1%. З покращенням виписано – 96,2% пацієнтів, з одужанням – 1,8%, без змін – 1,4%, переведено в інші стаціонари – 0,4%. Летальність склала – 0,67%. Пацієнти отримували необхідне обстеження і лікування згідно вітчизняних стандартів. Пропускна здатність ліжка склала 101,5%, середнє число зайнятості ліжка – 345, середня тривалість перебування на ліжку – 14,3 дня, середній оберт ліжка 24,1 дня.

Висновок. У осіб чорнобильського контингенту найпоширеною є серцево-судинна патологія, в меншій мірі – хвороби інших класів, що є наслідком різних видів негативного впливу іонізуючої радіації і стресового чиннику.

СТРУКТУРА СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ ЧОРНОБИЛЬСЬКОГО КОНТИНГЕНТУ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Лаба В.В., Побивайло А.С.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Атеросклероз, ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ) – це хвороби століття, які домінують у структурі захворюваності і смертності, маючи велике соціальне і клінічне значення. Серед усіх причин смертності від хвороб системи кровообігу (ХСК) до 70% припадає на ІХС. Виходячи з наведеного, та зважаючи на 30-річний післячорнобильський період, а також враховуючи коморбідність патології у осіб старше 50 років, особливо чоловічої статі, являє певний інтерес аналіз госпіталізованих хворих з високим і дуже високим кардіоваскулярним ризиком.

Метою дослідження було вивчення структури хворих, що перебували на курації протягом 2015 року, а також аналіз середньої тривалості перебування на ліжку, летальності та ін.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано 151 історію стаціонарних хворих кардіологічного відділення обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту

населення (19% від всіх), що перебували на лікуванні. Всі пацієнти були чоловічої статі в віці 54-68 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед пацієнтів переважаючою була категорія з ІХС, стабільною стенокардією і супутньою ГХ – 58 (38,4%). Другою за частотою була група хворих з ІХС, кардіосклерозом атеросклеротичним і супутньою ГХ – 46 (30,46%). Наступною була частка хворих з атеросклеротичною хворою серця – 20 (13,24%), близькою до неї була група пацієнтів з іншими формами стенокардії – 19 (12,58%). Пацієнти з ГХ і переважаючим ураженням серця без хронічної серцевої недостатності склали всього 5 (3,31%). По 1 пацієнту (0,66%) було госпіталізовано з дилатаційною кардіоміопатією, ревматичною хворобою аортального клапану і іншими хворобами аортального клапану. Всі пацієнти отримували стандартне лікування згідно вітчизняних клінічних протоколів і рекомендацій. Усереднений показник перебування на ліжку склав 11,1 ліжка/дня, що нижче середнього значення по відділенню на 2,1 дня. Померлих пацієнтів не реєструвалось.

Висновки. Основними нозологіями, що формують зайнятість спеціалізованого загальнокардіологічного ліжка у постчорнобильського контингенту є ІХС в формі стенокардії і атеросклеротичного кардіосклерозу в поєднанні з артеріальною гіпертензією, що складає 87,1%. Отримані результати відповідають загальним тенденціям клініко-соціального значення.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПОШИРЕННЯ ТЮТЮНОПАЛІННЯ, ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД МОЛОДІ М. ВІННИЦЯ

Лагно Є.С.

Науковий керівник: доцент, кандидат медичних наук Вільцанюк О.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Актуальність: В Україні щорічно від наркоманії, алкогольної залежності та куріння і пов'язаних з ними хвороб помирає до 120 тисяч осіб. Більше 15% населення України страждає від алкоголізму, щорічно помирає 40 тис. людей.

Мета: провести дослідження поширеності шкідливих звичок серед студентів вищих навчальних закладів м. Вінниці.

Об'єкти та методи: Об'єктом дослідження виступили 150 студентів вищих навчальних закладів м. Вінниці. Із цих 150 студентів було 68 чоловіків (45,3%) та 82 дівчини (54,7%). В анкетуванні взяли участь студенти віком від 16 до 28р. Для збору даних була використана анкета для анонімного опитування, що складається з 25 питань.

Результати дослідження: Згідно з дослідженням 100% респондентів пробували алкоголь. Слід зазначити, що частіше вживають алкоголь студенти 1 та 5-го курсу.

Згідно з отриманими даними курити не пробував 61 респондент (40,6%). Із 89 опитаних студентів, що палять 49 чоловіків (72,5%) та 40 жінок (48,8%). Студенти, які палять нерегулярно, в середньому викурюють 12,2 сигарети в місяць, які палять щодня – 10,6. 55 із 150 підтвердили вживання наркотиків із них 31 чоловік (56,4%) та 24 жінки (43,6%). В цілому, коли-небудь пробували наркотики 36,7% опитаних, хоча 11,5% з них мали пропозиції спробувати повторно. На питання "Чи є у вас знайомі, які вживають наркотики?" позитивно відповіли 27,2% студентів.

Висновки. Враховуючи отримані данні про невтішну статистику шкідливих звичок студентів вищих навчальних закладів м. Вінниці, з метою профілактики розвитку шкідливих звичок та їх ускладнень серед студентства і формування здорової нації необхідно популяризувати установку на здоровий спосіб життя серед учнівської молоді.

СИНДРОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Линник Л.Д., Гученко І.П., Мелеховець О.К.

Сумський державний університет

Кафедра сімейної та соціальної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Захворювання нирок – найбільш розповсюджена причина виникнення вторинної артеріальної гіпертензії. За даними різних авторів, АГ на різних етапах розвитку хронічної хвороби нирок спостерігається в 85- 100% випадків.

В структурі ускладнень хронічної хвороби нирок, особливо при хронічній нирковій недостатності, синдром артеріальної гіпертензії займає одне з лідируючих місць не залежно від етіологічних факторів є основною причиною ризику розвитку ішемічної хвороби серця і цереброваскулярних захворювань, які на 88,1 % визначають рівень смертності від хвороб кровообігу. В даний час розповсюдженість АГ в Україні досягла близько 12 млн. чоловік, що складає 31% від дорослого населення. З віком розповсюдженість хвороби збільшується і досягає 50-65% у людей старше 65 років.

Мета дослідження: оцінка синдрому артеріальної гіпертензії як клінічного маркера хронічних захворювань нирок.

Матеріали і методи: в дослідження включено 100 пацієнтів, які звернулися в поліклінічне відділення КЗ «Білопільська ЦРЛ» з приводу підвищеного АТ. Для дослідження використовували клінічні (скарги, збір анамнестичних даних, об'єктивне дослідження), лабораторні (креатинін, сечовинаплазми та швидкість клубочкової фільтрації, дослідження сечі) та інструментальні методи (УЗД нирок).

Результати дослідження: у 35% обстежених хворих зі скаргами на підвищення тиску без встановленої причини, після проведеного обстеження була діагностована хронічна хвороба нирок. Серед них 63% становили жінки (22 хворі), а 37% - чоловіки (13 хворих). Середній вік хворих $41 \pm 0,89$ років. В групі до 40 років з 20 хворих середній вік – $32 \pm 0,89$ роки. Середня тривалість АГ - $7 \pm 0,89$ років. В групі до 40 років АГ - $6 \pm 0,89$ років.

Висновки. На підставі проведених досліджень отримано дані про наявність ниркових захворювань у хворих, які не приділяли уваги таким клінічним проявам, як підвищений тиск та набряки, і не мали відповідного діагнозу та патогенетично обгрунтованого лікування. Таким чином, в практиці сімейного лікаря потрібно розглядати синдром артеріальної гіпертензії як ймовірний маркер хронічних захворювань нирок.

РОЛЬ УРАЖЕННЯ ДЕМОДЕКСОМ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА, ЯК ФАКТОРУ РОЗВИТКУ ІНШИХ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА

Лихих О.В.

Науковий керівник - к.мед.н, асистент Сміянов Є.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Збудники демодекозу у людини — це кліщі *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis*, що з родини *Demodecidae*.

У 1841 році збудник демодекозу був вперше відкритий. У 1843 році класифікований та отримав назву *Demodex folliculorum*.

У 1963 році був виділений *Demodex brevis*, а у 1972 році вчені довели існування двох видів демодексу.

Збудники демодекозу людини живуть лише на людині і не зустрічаються на тваринах. Вони є представниками умовно-патогенної флори і постійно живуть у вивідних протоках сальних залоз шкіри, повік, фолікулах. Вчені неоднозначні у питанні щодо того, хто, жінки чи чоловіки, частіше хворіють на демодекоз, проте за даними деяких досліджень чітко прослідковується, що захворюваність вище у людей у віці від 31 до 50 років і взагалі не зустрічається у дітей до 1 року.

Поштовхом до розвитку цього захворювання можуть стати стреси, збої у роботі травної чи ендокринної систем, що у свою чергу стають причиною змін у функціонуванні сальних залоз та зміни складу їх секрету. Не останню роль у виникненні проявів захворювання відіграє і зниження місцевого імунітету внаслідок застосування гормональних косметичних засобів чи речовин, що агресивно діють на шкіру, пошкоджуючи її.

D. folliculorum живиться вмістом порожнини фолікула та клітин фолікулярного епітелія, а *D. Brevis* — вмістом клітин і протоків сальних залоз та залоз хряща повіки. За допомогою свого колюче-сисного апарату кліщ проникає до джерела їжі, попередню впорснувши в дану ділянку секрет слинних залоз, через що у зоні ураження виникають деструктивні та проліферативні зміни шкіри, а також розвивається алергічна реакція, бо секрет має як ферментативну, так і антигенну активність. Всі ці зміни у шкірі, а також свербіж, один із симптомів демодекозу та додатковий фактором механічного пошкодження шкіри, викликають зниження її бар'єрного захисту перед іншими паразитами, що здатні викликати захворювання зовнішнього вуха.

СКОЛІОТИЧНА ДЕФОРМАЦІЯ ХРЕБТА У ХВОРИХ НА СИРИНГОМІЄЛІЮ З ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

*Личко В.С., доцент, к. мед. н., Іванова Т.В., студ. 4-го курсу
Медичний інститут Сумського державного університету
кафедра нейрохірургії та неврології*

Сколіоз, що виникає в дитячо-юнацькому віці, є поширеною патологією, яка може зустрічатися як самостійне захворювання або поєднуватися з патологією спинного мозку. Одним з найважливіших питань при наявності сколіозу у дітей є визначення його природи як ідіопатичного захворювання або пов'язаного з патологією спинного мозку. Важливою і недостатньо вивченою є проблема визначення показань для нейровізуального дослідження спинного мозку при наявності сколіозу. Це необхідно для ранньої діагностики сириномієлії в дитячо-юнацькому віці і вибору тактики лікування.

Метою дослідження було встановлення особливостей клінічних проявів сириномієлії з її початком у дитячому віці з оцінкою ступеня сколіотичної деформації хребта.

Було обстежено 29 хворих на сириномієлію з початком захворювання в дитячому віці (22 чоловіків і 18 жінок). Вік хворих на момент дослідження - 33 ± 12 років. Сколіотична деформація хребта у хворих на сириномієлію «дитячого віку» на ранньому етапі захворювання спостерігалася у 75 % хворих. На початковому етапі грубі кіфосколіотичні деформації з формуванням реберного горба (3-4-й ступінь) не спостерігалися. 1-й ступінь був виявлений у 56,7 % хворих, 2-й – у 43,3 %. Правобічна спрямованість сколіозу спостерігалася у 57,5 % хворих, лівобічна – у 42,5 %. Сколіотична деформація хребта переважно зустрічалася в грудному відділі хребта. Деформація хребта у вигляді сколіозу і кіфозу на пізньому етапі встановлена у 91,4 % хворих. Грубі кіфосколіотичні деформації з формуванням реберного горба були виявлені у 56,2 % хворих, сколіотична деформація помірного ступеню визначена у 25 %, легка форма – у 18,8 %.

Таким чином, проведене дослідження показало, що сириномієлія з маніфестацією в дитячо-юнацькому віці, характеризується на ранньому етапі захворювання переважанням сколіотичної деформації хребта (75 %), наявністю периферичних рухових розладів у руках (57,5 %) і парезу ніг (15 %). На пізньому етапі захворювання – більшим ступенем парезу в ногах, і більш вираженого неврологічного дефіциту, а також збільшенням ступеня тяжкості сколіотичної деформації хребта.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ВТОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

*Личко В.С., доцент, к. мед. н., Картава Ю.О., студ. 4-го курсу
Медичний інститут Сумського державного університету
кафедра нейрохірургії та неврології*

Розсіяний склероз (РС) – це хронічне прогресивне захворювання, що виникає переважно у людей віком від 16 до 45 років і призводить до інвалідизації та швидкого вилучення їх із числа працездатного населення. У зв'язку з ураженням захворюванням молодих людей, прогресуючим типом перебігу із подальшими втратою працездатності та інвалідизацією є потреба в детальному розумінні патофізіологічних механізмів для вдосконалення методів діагностики, патогенетичного та симптоматичного лікування.

Одним із симптомів РС є втома, яка виявляється у 75-92 % хворих, значно впливає на якість життя та поглиблює інвалідизацію. Вона характеризується прямою залежністю від навантаження будь-якої модальності, але, на відміну від втоми здорових людей, неадекватна рівню навантаження. Суб'єктивно симптом сприймається як прогресуюче зниження можливості до будь-якої діяльності.

Дослідження останніх років з використанням новітніх методів діагностики – функціональної магнітнорезонансної томографії, позитронної емісійної томографії, електроенцефалографічного картування – свідчать про гетерогенність механізмів розвитку втоми у хворих на РС.

У зв'язку з посиленням проявів втоми у хворих на РС під час екзацербачії захворювання, є припущення, що дисфункція імунної системи з вивільненням прозапальних цитокінів значним чином впливає на розвиток даного симптому. Також певна роль належить підвищенню проникності та руйнуванню гематоенцефалічного бар'єра, що виникає під впливом матриксних металопротеїназ-7 і -9, які продукуються астроцитами, макроглією, внаслідок дії на них прозапальних цитокінів.

Завдяки можливості проведення нейровізуалізаційних досліджень виявлено, що втома найчастіше виникала у разі поєданого патологічного впливу демієлінізуючого процесу на перивентрикулярні, субкортикальні ділянки і мозолисте тіло, лобові частки півкуль та стовбур мозку. Було виявлено достовірну кореляцію між тяжкістю симптому втоми у хворих на РС і атрофією у ділянці центральної борозни і прецентральної звивини.

Враховуючи багатокомпонентність патофізіологічних механізмів втоми у пацієнтів із РС, підходи до корекції цього симптому мають бути суттєвою складовою частиною комплексної терапії захворювання.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ СПАСТИЧНОСТІ

*Личко В.С., доцент, к. мед. н., Федак А.В., студ. 5-го курсу
Медичний інститут Сумського державного університету
кафедра нейрохірургії та неврології*

Мозковий інсульт (МІ) є найтяжчою формою судинних захворювань. Щорічно в Україні фіксується від 100 до 120 тис. хворих. Смертність від МІ сягає 85-90 випадків на 100 тис. населення. 38 % епізодів сталися у людей працездатного віку, до праці повертаються не більше 15 % пацієнтів, а 20-25 % хворих потребують догляду до кінця життя.

Найчастіше МІ ускладнюється спастичним парезом, що проявляється обмеженням рухомості кінцівок, м'язовою скутістю, втомою, деформацією м'язів та суглобів. Спастичність не є абсолютно стаціонарним явищем і може варіювати у відповідь на подразнення, які активують аферентну гілку сегментарного рефлексу. Тому, необхідно виявляти такі стимули у кожного пацієнта, який має спастичний парез, і за можливості зменшити чи виключити їх вплив до початку специфічної терапії.

Постановка діагнозу у таких пацієнтів повинна поєднувати використання як фізичних, так і інструментальних методів дослідження. Необхідне проведення детального неврологічного огляду, що передбачає визначення м'язової сили та функціональної активності спастичних кінцівок. З цією метою використовують відповідні шкали та тести.

Для визначення м'язового тонусу користуються модифікованою шкалою Ашворта, шкалою Тардье, шкалою тонусу привідних м'язів, шкалою частоти м'язових спазмів Пен. Функціональну здатність кінцівки визначають за допомогою шкали Комітету медичних досліджень, шкали Френха, шкали Брансторма, шкали функціональної незалежності та тесту дев'яти отворів і стержнів.

Кінцевою метою та основним критерієм успішності реабілітаційних заходів є поліпшення локомоторних функцій. Безумовно, класичний неврологічний огляд не дає належних критеріїв для оцінки покращення втраченої функції. Саме тому, використання зазначених вище шкал і тестів має надзвичайне значення, адже вони ґрунтуються на якісних і кількісних критеріях, що нівелює суб'єктивні чинники. До того ж, запропоновані варіанти діагностики мають не лише клінічну, а й реабілітаційну спрямованість, що дає змогу правильно планувати відновні заходи та оцінювати їх ефективність. Це, в свою чергу, має вирішальне значення у лікуванні та реабілітації хворих із спастичними парезами.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Лілевська А.А.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
кафедра внутрішньої медицини №1*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на теперішній час є проблемою, що має тенденцію до стрімкого зростання у всьому світі. Оцінка якості життя (ЯЖ) є важливим показником контролю перебігу захворювання та визначає здатність пацієнта адаптуватися до проявів хвороби.

Мета роботи: дослідити якість життя пацієнтів з різним перебігом ХОЗЛ та при поєднанні з серцево-судинною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено 89 пацієнтів з ХОЗЛ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім.М.І.Пирогова. Середній вік хворих $56,1 \pm 3,7$ р. Відповідно до наказу МОЗ України №555 від 27.06.2013 хворі розподілені на групи згідно зі ступенем тяжкості захворювання та на групи відповідно до класифікації GOLD. В кожній групі були виділені пацієнти без кардіальної патології та з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ішемічною хворобою серця (ІХС), стабільна стенокардія напруги I-II ФК за медичною документацією. ЯЖ оцінювали за допомогою опитувальника «St. George's Respiratory Questionnaire for COPD» (SGRQ-C) та тесту оцінки ХОЗЛ (CAT).

Висновки. Аналіз опитувальників CAT і SGRQ-C в залежності від тяжкості ХОЗЛ в комбінації з ІХС виявив погіршення ЯЖ з наростанням тяжкості ХОЗЛ. Виявлено статистично достовірні відмінності за шкалою CAT та 4 основними шкалами опитувальника SGRQ-C між ХОЗЛ II стадії в поєднанні з ІХС та відповідно ХОЗЛ III і IV з ІХС, що вказує на значне поглиблення тяжкості захворювання коморбідним станом. Аналіз кореляційних зв'язків між шкалами опитувальника SGRQ-C та основними показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД), виявив негативний зв'язок, по відношенню до ОФВ1: до шкали «симптоми» $r = -0,23$; шкали «фізична активність» $r = -0,21$; шкали «функціональна активність» $r = -0,35$. У хворих зі значним порушенням ФЗД пропорційно збільшується вплив хвороби, з тенденцією на обтяження при коморбідному стані. Патологічні зміни, виявлені при обстеженні хворих на ХОЗЛ, ведуть не лише до втрати працездатності, але й істотно змінюють як фізичний, так і психологічний стан пацієнтів, що в цілому проявляється значним зниженням їх ЯЖ.

ХРОНІЧНИЙ ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУСИТ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Лозовий Р.О.

Науковий керівник - д.мед.н., доцент Сміянов В.А.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

На даний час проблема поліпозного риносинуситу (ПРС) має важливе медико-соціальне значення. За даними різних авторів, у світі на ПРС страждає 4-5% населення. В Україні за останні роки захворюваність на риніти, риносинусити та ринофарингіти зростає і сягає 489,9 на 100 тис. населення. Широка поширеність ПРС у структурі захворювань ЛОР-органів, її зв'язок з бронхолегеневою патологією, тривалий перебіг ведуть до зниження працездатності, якості життя та інвалідизації хворих.

Вважається, що сучасні підходи до лікування хворих на хронічний ПРС повинні базуватись на досягненнях хірургічного та терапевтичного лікування. Але, не зважаючи на сучасні методи лікування хворих на ПРС, найближчі рецидиви реєструється в 60% випадків, тому питання лікування таких пацієнтів залишається актуальним.

На сьогоднішній день найбільш перспективний метод лікування поліпозного риносинуситу — ендоскопічна операція. Процедура проводиться під місцевою анестезією. В носову порожнину вводять ендоскоп з камерою. Зображення виводиться на екран комп'ютера. Це дозволяє точно визначити розмір і кількість поліпів і усунути їх, не зачепивши важливі структури носа. За допомогою ендоскопічного обладнання видаляють всі змінені тканини і виконують корекцію структур носа. При такому способі лікування не залишається травматичних рубців і шрамів.

Видалення шейвером - один з видів ендоскопічної операції, коли лікар бачить все, що відбувається на екрані монітора і повністю контролює ситуацію. Процедура проводиться під загальним або місцевим наркозом. Шейвер або мікродебрідер максимально точно видаляє поліпи до здорової тканини. Ризик виникнення кровотеч мінімальний.

Видалення поліпів лазером. В порожнину носа вводять ендоскоп з камерою і лазерне устаткування. З допомогою лазерного променя лікар нагріває клітини, з яких складається поліп, і вони випаровуються. Також при цій процедурі можливість занесення інфекції повністю виключається. Це найменш травматична процедура. В ході операції лазер запаює судини, і кровотеча не виникає.

Можна зробити висновок, що більшість операцій може виконуватися амбулаторно, що має хороший економічний ефект у сучасних умовах недостатнього фінансування, розвантажує стаціонар і не порушує звичного способу життя пацієнта.

ДОСВІД ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ЗАКОРДОНОМ

Любчак В.В., Смородська О.М.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Лікувальний плазмаферез є одним із методів екстракорпорального очищення крові, за допомогою якого відбувається видалення з крові медіаторів запалення і антитіл. Процедура широко застосовується при різних патологіях, у тому числі аутоімунних захворюваннях.

Мета дослідження – аналіз частоти застосування плазмаферезу при різних патологіях закордоном.

Матеріали і методи: Аналіз та статистична обробка літературних даних.

Отримані результати: Показання до застосування плазмаферезу у різних країнах варіюють. Однак, існують уніфіковані категорії хворих, які регулюють необхідність призначення лікувального плазмаферезу, запропоновані Американською асоціацією банків крові (AABB) та Американським суспільством по аферезу (ASFA): категорія I – стандартна (базисна) терапія; категорія II – існують достатні докази, щодо ефективності в якості додаткової терапії; категорія III – невизначене співвідношення ризик / користь; Категорія IV – недостатня ефективність. Так, було визначено, що найчастіше плазмаферез призначається при аутоімунних захворюваннях, захворюваннях системи крові та кровообігу, метаболічних розладах, неврологічних та дерматологічних захворюваннях, які відносяться до I – II

категорій. Проте, окремі нозології, такі як *myasthenia gravis*, хвороба Верльгофа та порушення метаболічної функції нирок превалюють, складаючи відповідно до 33,3%, 7,4%, 3,8%. Ефективність плазмаферезу при цих патологіях сягає 40 -70%.

Висновки: покази до призначення лікувального плазмаферезу різноманітні, однак найбільша ефективність спостерігається при його використанні у I та II категорій, сягаючи 40 – 70%.

ОЦІНКА РІВНЯ ОСВІЧЕНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО БЕЗПЕЧНОСТІ ПРОЦЕДУРИ ГЕМОДОНАЦІЇ

Любчак В. В., Шевченко А. І.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

З кожним роком в Україні спостерігається тенденція до зниження кількості донорів. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я станом на 2012 р. протягом 5 років число донорів знизилося на 55 тис. осіб. Тому, ми вирішили дослідити одного з факторів на бажання стати донором - страх бути інфікованим під час гемодонації. Як відомо, це неможливо, оскільки процедура проводиться з використанням стерильних систем одноразового використання. Однак неосвіченість населення негативно впливає на рівень донорства в Україні.

Було проведено анкетування 30 осіб донороздатного віку: 50% чоловіків і 50% жінок. Серед них 60% мають вищу освіту; 26,7% – професійно-технічну; 13,3% – неповну вищу освіту.

За результатами аналізу отриманих даних маємо, що 40% чоловіків і 53,3% жінок бояться інфікування під час здачі крові; 46,7% чоловіків і жінок не мають такого страху; 13,3% чоловіків не змогли дати відповідь. Серед осіб, що дали позитивну відповідь, 64,3% мають вищу освіту; 35,7% – професійно-технічну; 14,3% працюють у сфері медичного обслуговування.

Проаналізувавши отримані результати, можна зробити висновки про низький рівень обізнаності населення щодо процедури здачі крові, що призводить до зниження кількості донорів.

Для вирішення цієї проблеми необхідна організація інформаційно-освітніх та заохочувальних заходів та впровадження їх на державному рівні.

Враховуючи загальну кількість неосвічених осіб (46,7%), ці заходи сприятимуть підвищенню кількості безоплатних донорів.

Позитивним прикладом може слугувати досвід країн Європи та Північної Америки, у яких уже протягом багатьох років до донорських акцій залучаються благодійні фонди та відомі комерційні організації. Так, у Європі на 1000 населення припадає 25–27 донорів, у США та Канаді – 35–40. У той же час в Україні лише 17 донорів на 1000 населення.

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ У НЕЙРОХІРУРГІЇ

Мальцева А.С.

Науковий керівник - професор Потапов О.О.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології

Мета дослідження полягає в оптимізації надання нейрохірургічної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам шляхом удосконалення існуючих організаційних і лікувально-профілактичних заходів на основі сучасних наукових розробок.

Матеріал і методи досліджень. Робота базується на 16-ти спостереженнях над ВІЛ-інфікованими хворими, які лікувалися амбулаторно і стаціонарно у відділенні нейрохірургії Сумської обласної лікарні в 2014-2015 році. Також аналізували існуюче законодавство, присвячене даному питанню.

Результати дослідження. Прийняті в Україні законодавчі документи недосконалі, що пов'язано з деякою організаційною однобокністю. Згідно з наказом МОЗ України №120, для надання планової спеціалізованої медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД

визначені лікувально-профілактичні заклади, на базі яких створені спеціалізовані центри. Ургентна медична допомога цій категорії хворих повинна надаватися в усіх лікувально-профілактичних закладах. Однак відсутнє достатнє фінансування, діагностичні і захисні засоби – і це все в умовах розвитку епідемії в Україні ставить під сумнів доцільність надання медичної допомоги цій категорії хворих усіма медичними установами та потенціою можливість розвитку СНІДу як професійного захворювання медичних працівників. При проведенні оперативних втручань ВІЛ-інфікованим, ризик можливого інфікування хірурга досягає 22,7%.

Необхідно переглянути погляди щодо існуючих груп ризику. ВІЛ-інфекція вже давно вийшла за рамки позначених груп, а аварія на ЧАЕС підготувала ґрунт для виникнення нових потенційно можливих ВІЛ-асоційованих пацієнтів. У першу чергу, слід звертати увагу на хворих, які перенесли гепатит В і С, хворих з мікозними менінгітами, туберкульозом та інш. Також слід звернути увагу на те, що практично всі пацієнти з наявністю ВІЛ-інфекції при надходженні розцінювалися як здорові, хоча деякі з них вже перебували на обліку. Це зайвий раз підкреслює необхідність доопераційного обстеження планових хворих і застосування скринінгових тест-систем в ургентній практиці.

Висновки: 1. Проблема ВІЛ-інфекції в нейрохірургії вимагає подальшої всебічної наукової розробки. 2. Удосконалення організаційних заходів дозволить оптимізувати спеціалізовану та ургентну медичну допомогу хворим на СНІД і запобігти виникненню ВІЛ-інфікуванню медичних працівників.

МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЕНДОСКОПІЇ В НЕЙРОХІРУРГІЇ

Мальцева А.С.

Науковий керівник - професор Потанов О.О.

Сумський державний університет

кафедра нейрохірургії та неврології

Сучасною тенденцією в нейрохірургії являється розвиток мінімально інвазивної хірургічної техніки на основі відеоендоскопічного методу, що забезпечує зменшення обсягу доступу і травматичності втручання зі збереженням його радикальності.

Матеріал і методи. На підставі даних літератури проаналізовано можливості застосування ендоскопії на сучасному етапі розвитку нейрохірургії.

Результати. Актуальність використання сучасної відеоендоскопічної техніки в нейрохірургії багато в чому визначається можливістю отримання збільшеного зображення анатомічних утворень при оптимальному освітленні без додаткової тракції і порушенні їх мікротопографії, а також можливістю маніпуляцій на структурах, розташованих за межами прямої видимості через незначний, але достатній за розміром операційний доступ. Завдяки створенню тонких і надтонких фіброендоскопів, а також жорстких ендоскопів з різними (0, 30, 45, 70, 120) кутами напряму спостереження, забезпечене фектендомікроскопії за рахунок 10-15-кратного збільшення розглянутого об'єкта, а також його поліпроекційна (пряма, бічна і ретроградна) візуалізація. Особливу значимість нейроендоскопії надає використання сучасної відеотехніки, особливо створення мініатюрних цифрових трьохматричних кольорових стереокамер з дозволом до 800 телевізійних ліній, що синтезують об'ємне зображення. Поява подібного обладнання свідчить про настання нового етапу розвитку медично-оптичних технологій, що дозволяють ефективно здійснювати ендоскопічний відеомоніторинг та створювати високоякісні відеодокументи проведених оперативних втручань.

Висновки:

1. Використання нейроендоскопії забезпечує кращий огляд прихованих, але важливих структур в глибині рани, без посилення ретракції мозку, без додаткової резекції його ділянок і без розширення кісткового доступу. 2. Нейроендоскопію можна використовувати як основний вид втручання і як допоміжний прийом на етапах виконання «відкритих» мікрохірургічних операцій. 3. Об'єднання в практиці сучасних діагностичних можливостей (КТ і МРТ) з мікрохірургічною оперативною технікою і інтраопераційним

ендовідеоконтролем дозволило реально поліпшити результати лікування хворих і якість їхнього життя.

ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ СТАЦІОНАРНИХ ВІДДІЛЕНЬ СУМСЬКОЇ ЦРКЛ НА ОСНОВІ ЦІЛЬОВОГО СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ

Мантула В.В.

Науковий керівник – ст. викладач Сміянова О.І.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

У загальносвітових тенденціях стосовно покращання якості медичної допомоги превалює залучення механізмів безпосереднього впливу у самому закладі охорони здоров'я через систематичне оцінювання роботи персоналу та вивчення думки пацієнтів.

Мета: визначити оцінку задоволеності пацієнтів стаціонарних відділень якістю медичної допомоги на основі цільового соціологічного опитування.

Матеріали та методи: проведений метод цільового соціологічного опитування та аналіз випадків госпіталізації пацієнтів стаціонарних відділень Сумської ЦРКЛ.

Результати. Опитано 100 хворих (41 % - чоловіки, 59% - жінки) стаціонарних відділень і проведений аналіз 100 випадків госпіталізацій.

За результатами дослідження, 50 % опитаних госпіталізовані у відділення за направленням сімейного лікаря, дільничного терапевта, 16 % - вузького фахівця поліклініки за місцем проживання, 22% - машиною швидкої допомоги, 9 % – у плановому порядку, 3 % – самостійно.

Близько 98 % опитаних у приймальному відділенні перебували до 30 хв., 1 % хворих зазначили, що у приймальному відділенні вони перебували 1-2 год., 1% –3-4 год.

Більшість опитаних (75 %) умови перебування у лікарнях оцінюють як задовільні. Не задоволені умовами перебування – 1%, частково задоволені умовами перебування – 18%, важко сказати – 6 %. 86% – респондентів зазначають, що після госпіталізації їх лікування розпочато протягом півгодини, тоді як 13% – через годину. Лише 1% скаржилися про те, що їх лікувати розпочали після 2-3 год. госпіталізації.

Результати дослідження свідчать про недостатній рівень забезпечення лікування медичними засобами, 3% - повністю ними забезпечені, а 1% – в основному так, в основному ні – 19%, ні – 73%, важко відповісти 3%.

Роботою лікарів задоволені 94% опитаних, частково задоволені – 5%.

Висновки: У цілому населення Сумського району позитивно висловлюється щодо сучасного рівня надання медичних послуг. Практично всі опитані вважають свого лікаря високопрофесійним спеціалістом, переважна більшість послуг, щодо діагностичних досліджень, оцінюють як доступні.

Проте значний відсоток самостійних госпіталізацій (без направлення лікаря) та госпіталізацій машиною швидкої допомоги підкреслює необхідність невідкладного налагодження етапності надання медичної допомоги.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ І КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЧЕРЕПНО- МОЗКОВИХ ТРАВМ ЗА ДАНИМИ НАДХОДЖЕННЯ У НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ЗА ПЕРІОД 2013-15 рр.

Масленніков В. В., Литвиненко Т. М.

Науковий керівник - професор Потапов О.О.

Сумський державний університет

кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність: На сьогоднішній день ЧМТ є однією з актуальних проблем медицини, це пояснюється високим рівнем тимчасової непрацездатності та інвалідизації населення, значною розповсюдженістю, особливо, серед осіб молодого та середнього віку, що є найбільш активною у трудовому та соціальному відношенні частиною населення .

Мета: Проаналізувати структуру, клінічні особливості та наслідки ЧМТ на прикладі нейрохірургічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні(СОКЛ).

Матеріали і методи: Проаналізовано звіти діяльності нейрохірургічного відділення СОКЛ за період 2013-2015рр.

Результати: Загальна кількість постраждалих за 2013 р. склала 721 особу, з яких 230 було прооперовано, за 2014 р. – 707 постраждалих і 234 прооперовано, за 2015 р. 735 і 262 відповідно. У структурі черепно-мозкових травм за період 2013-15 рр. на першому місці стоїть струс головного мозку (470, 441 і 411 випадків відповідно), на другому забій головного мозку легкого ступеня (204,194 і 261 випадок відповідно), на третьому забій головного мозку з компресією (47,72 і 63 випадки відповідно). Летальність на 2013 р. склала 7 чоловік, на 2014 – 4 чоловіка, на 2015 – 6 чоловік, всі від забою головного мозку важкого ступеню зі стисненням, основною причиною смерті була травма не сумісна з життям. Дані післяопераційної летальності: за 2013 р. померло 9 хворих, за 2014 р. – 9, за 2015 р. – 12, всі від забою головного мозку важкого ступеню зі стисненням, гострою субдуральною та епідуральною гематомою, які не сумісні з життям.

Висновок: 1) Незважаючи на переважаючу кількість випадків, відсоток струсу головного мозку має тенденцію до зниження – 55,9% у 2015 р. порівняно з 65,2% і 62,4% у 2013 і 2014 рр. 2) За 2015 р. значно зросла кількість випадків забиття головного мозку – 35,5% порівняно з 28,3% і 27,4% у 2013 і 2014 рр. 3) Спостерігається тенденція до збільшення потреби у оперативному лікуванні – 31,9%, 33,1%, 35,6% у 2013, 2014 і 2015 рр. відповідно. 4) Збільшився відсоток післяопераційної летальності – 4,6% у 2015 р. порівняно з 3,9% і 3,8% у 2013 і 2014 рр., що свідчить про збільшення кількості випадків травм голови важкого ступеня, несприйнятливих до хірургічного лікування.

ВПЛИВ ЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ НА СТАН ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Мельник Н. А., ординатор

Наук. керівник: д. м. н., проф. Бабінець Л. С.

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

*Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної
медицини*

Гіперліпідемія здатна викликати розвиток як хронічного панкреатиту (ХП), так й ішемічної хвороби серця (ІХС). Недостатньо вивченою залишається залежність зовнішньосекреторної недостатності (ЗСН) підшлункової залози (ПЗ) від глибини порушень ліпідного гомеостазу у хворих з коморбідним перебігом ХП та ІХС.

Мета: дослідити вплив порушень ліпідного обміну на стан зовнішньосекреторної функції ПЗ у хворих з коморбідним перебігом ХП та ІХС.

Завдання: проаналізувати ліпідний обмін та стан екскреторної функції ПЗ у хворих на ХП в поєднанні з ІХС, зокрема із стабільною стенокардією напруги I-II функціональних класів (ССН I-II ФК); проаналізувати вплив порушень ліпідного гомеостазу на стан екскреторної функції ПЗ у таких хворих.

Досліджено 32 хворих на ХП та 36 хворих на ХП у поєднанні з ІХС, зокрема із ССН I-II ФК. Пацієнти були співставними за віком, статтю та тривалістю захворювання. Ліпідний обмін оцінювали за показниками ліпідограми, екскреторну ПЗ – за рівнем фекальної α -еластази.

Встановлено, що хворі на ХП+ІХС мали достовірне підвищення рівнів загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та достовірно знижений рівень ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) порівняно із групою ХП ($p < 0,05$). Рівень фекальної α -еластази у групі ХП+ІХС відповідав середньому ступеню тяжкості ЗСН ПЗ ($112,86 \pm 2,98$ мкг/г) і був достовірно нижчим такого показника в групі ХП, що відповідав

легкому ступеню ЗСН ПЗ ($157,15 \pm 7,36$ мкг/г) ($p < 0,05$). Цей показник знаходиться в помірних або сильних обернених кореляційних зв'язках із показниками ліпидограми (ЗХС ($r = -0,63$), ТГ ($r = -0,76$), ЛПНЩ ($r = -0,53$), ЛПДНЩ ($r = -0,49$)) і відмічено достовірно сильний обернений кореляційний зв'язок із рівнем ЛПВЩ ($r = 0,81$); ($p < 0,05$).

Висновок: поглиблення ліпідного дисбалансу (гіпер- та дисліпідемія) призводить до наростання ЗСН ПЗ (за рівнем фекальної α -еластази) у хворих з коморбідним перебігом ХП та ІХС, зокрема із ССН I-II ФК.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЦЬОЇ ГРУПИ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІХС

Мещенінов А. І.

Науковий керівник - к. м. н., доцент Лаба В.В.

Сумський державний університет,

кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

На сьогоднішній день лікування ішемічної хвороби серця залишається актуальною темою для досліджень. Це пов'язано з тим, що у значної частини хворих, що отримують стандартні схеми лікування ІХС, не спостерігається значного покращення стану та якості життя.

Метою дослідження було вивчення впливу метаболічної терапії на клінічний перебіг ішемічної хвороби серця та доцільність використання лікарських засобів цієї групи у складі комплексної терапії ІХС.

Об'єктом дослідження були 78 хворих кардіологічного та терапевтичного відділень Сумського спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення з діагнозом ІХС, стабільна стенокардія напруги II-III ФК віком від 46 до 73 років (середній вік $64,1 \pm 2,0$ року) та отримували базову терапію ІХС: нітрати, в-блокатори, антиагреганти та статини. Хворі були розділені на 2 групи. До терапії першої (основної) групи був включений препарат – Тіатриазолін. Хворі другої групи отримували терапію без змін.

У результаті дослідження, вдалось виявити у групі хворих, які отримували Тіотриазолін, зменшення середньої кількості типових нападів стенокардії за тиждень на 47,32%, а також середньої кількості прийнятих таблеток нітрогліцерину на 56,94%. У групі зі стандартним лікуванням кількість ангінозних нападів зменшилась лише на 33,24%, а середня кількість прийнятих таблеток нітрогліцерину зменшилась на 46,75%. Під кінець спостереження основна і контрольна групи вірогідно відрізнялись між собою за частотою ангінозних нападів — відповідно, 2,65 і 3,34 за їх тривалістю — 6,43 і 8,62 хв, кількістю таблеток нітрогліцерину, вжитих за добу — 1,96 і 2,34.

Отже, на основі отриманих даних, можна зробити висновок, що додавання тіотриазоліну до базисної терапії зменшує кількість епізодів стенокардії та кількість прийнятого пацієнтами нітрогліцерину, з моменту початку лікування, що є показниками покращення якості життя пацієнтів. Це доводить необхідність включення до стандартної терапії ішемічної хвороби серця засобів, що покращують обмін речовин та енергії в ішемізованому міокарді.

ТЕРАПІЯ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ЛЕГЕНЕВИМ СЕРЦЕМ

Мещаніна Д.Р., Погорелов В.М., Телегіна Н.Д., Брек В.В., Маслова Є.П.,

Харківського національного медичного університету

Кафедра внутрішніх та професійних хвороб

Вступ За останній час відмічається зростання хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ). Від 4 до 10% дорослого населення планети мають клінічно виражені стадії

ХОЗЛ. В Україні близько 7 % працездатних осіб страждають на це захворювання. ХОЗЛ характеризуються прогресуючою бронхіальною обструкцією, а загострення патологічного процесу призводить до змін нормальної добової варіабельності симптомів з підвищенням середнього тиску у легеневій артерії (СТЛА), наслідком якої є хронічне легеневе серце (ХЛС).

Мета роботи - оптимізація лікування недостатності кровообігу у хворих ХЛС.

Матеріали і методи У терапевтичному відділенні ДКЛ ст. Харків в 2013-2015 рр. під спостереженням перебували 59 хворих з НКПА-Б на тлі ХЛС. Середній вік хворих склав 66 ± 5 років. Всі хворі одержували загально-комплексну терапію. Хворим 1 групи (20 чоловік) додатково включали телмісартан 80 мг/добу (група порівняння). Хворим 2-ої групи (39 чоловік) - телмісартан + торасемід® 20 мг/добу (основна група). Обидві групи хворих ХЛС були порівняні за станом, віком, клініко-функціональною формою захворювання. Відзначалася клініко-лабораторна ідентичність хворих.

Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ, середній тиск у легеневій артерії (СТЛА) - за допомогою доплерЕхоКГ. Стан газового складу крові оцінювали за показниками rCO_2 і rO_2 в артеріальній крові.

Результати досліджень На тлі прове-деної терапії у хворих 2-ої групи спостереження у порівнянні із хворими 1-ої групи відзначалося значне поліпшення загального стану хворих: зменшувалася задишка та ядуга, слабкість, нездужання. При пальпації визначали зменшення розмірів печінки та практично зникали набряки нижніх кінцівок, що супроводжувалося поліпшенням перенесення фізичних навантажень.

Висновки Застосування телмісартану в поєднанні з торасемідом® у комплексній терапії хворих ХЛС, супроводжувалося поліпшенням показників внутрішньосерцевої гемодинаміки та зменшенням клінічних проявів недостатності кровообігу. Терапія недостатності кровообігу у хворих ХЛС телмісартаном і його комбінації з торасемідом® клінічно не супроводжувалася ознаками порушення іонного обміну натрію й калію, що дає підстави для більш широкого застосування цієї комбінації у терапії хворих ХЛС.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ ЛІПРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Микитюк А.В., Біляченко І.В. (к.мед.н., ас.), Шараєва М.Л. (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Актуальність. Дослідження спектру жирних кислот ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) є актуальним, з огляду необхідності пошуку патогенетичних ланок артеріальної гіпертезії (АГ) та дизліпідемії.

Мета. Дослідити зміни показників жирноокислотного спектру ліпопротеїдів низької щільності при АГ.

Матеріали та методи. У дослідження включено 14 хворих на АГ II стадії 2 ступеню з помірним ризиком. Вік хворих 38 – 63 років, в середньому – $49,6 \pm 1,1$ р. Тривалість АГ 4 – 16 років, в середньому – $11,4 \pm 1,5$ років. Контрольна група – 20 практично здорових осіб.

Для вивчення жирнокислотного спектру ЛПНЩ досліджувалася сироватка крові. Газорідний аналіз жирнокислотного спектру ЛПНЩ проводився на газовому хроматографі „Цвет - 500” у ізотермічному режимі з полум'яно – іонізаційним детектором. Кількісну оцінку спектру ЖК ліпідів проводили методом нормування площ з визначенням частки кислот у відсотках. Для аналізу результатів використовували програмне забезпечення SPSS 10.0 (США).

Результати: Виявлена достовірна різниця у співвідношенні рівнів насиченості ліпідних комплексів ЛПНЩ.

В основній групі зростання насиченості ЛПНЩ відбувалося на $70,01 \pm 0,2\%$ порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

Зростання рівнів насиченості ЛПНЩ відбувалося на тлі зменшення рівня ненасиченості ліпідного комплексу сироваткових ЛПНЩ у контрольній групі і було ($27,6 \pm 1,9\%$), що на $51,9 \pm 0,1\%$ нижче порівняно з групою практично здорових осіб ($p < 0,05$).

Зменшення ненасиченості ліпідного комплексу ЛПНЩ сироватки крові супроводжувалося зниженням рівня поліненасичених жирних кислот в основній групі на $28,5 \pm 0,1\%$ порівняно з групою контролю ($p < 0,05$).

Висновки. У дослідженні у хворих на АГ відбувався зсув жирнокислотного складу ЛПНЩ у бік зростання насиченості на тлі зниження ненасиченості та рівнів ПНЖК.

ЛПНЩ є транспортною ланкою жирних кислот у організмі. Склад ЛПНЩ визначає склад фосфоліпідів мембран, їх плинність та є фактором активності сигнальних білків. Тому зсув у бік насиченості транспортної ланки ЛПНЩ може, у свою чергу, викликати підвищення насиченості мембран клітин та порушувати проникливість мембран клітин. Таким чином, бути одним із патофізіологічних механізмів прогресування АГ.

СИНДРОМ ХРОНІЧНИХ АРИТМІЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Миськов Д.О., Пестун І.С., Мелеховець О.К.

Сумський державний університет

Кафедра сімейної медицини та соціальної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Актуальність. Фібриляція передсердь - найпоширеніша аритмія, що удвічі підвищує смертність і становить соціальну проблему, кількість інсультів при якій зростає у 5 – 6 разів. В Україні щороку реєструють близько 300 тис. осіб із аритміями, частота яких зростає разом із віком, після 55 років - подвоюється кожні 10 років, спричинюючи виникнення і розвиток тромбоемболічних ускладнень. Порушення ритму серця достовірно збільшують ризик смерті від серцево-судинних захворювань. Частота ішемічного інсульту у хворих на фібриляцію передсердь становить 5% на рік.

Мета. Покращення лікування гострих серцево-судинних ускладнень шляхом вивчення різних факторів впливу на розвиток виникнення аритмій.

Матеріали та методи. Проаналізовано 50 випадків захворювання пацієнтів, що перебували під спостереженням на базі Сумських клінічних лікарень. Всім хворим проводилось електрокардіографічне, лабораторно-біохімічне і ехокардіографічне (ЕхоКГ) обстеження.

Результати дослідження. Серед всіх обстежених 75% склали жінки (38), 25% (12) - чоловіки. Серед них курців чоловіків – 6, курців жінок – 0. Хворих із фібриляцією передсердь 25 з них 20 – жінок, 5 – чоловіків. Синусова тахікардія – 15 пацієнтів: жінок – 10, чоловіків – 5. Неповна блокада правої ніжки пучка Гісса- 10, з них жінок – 8, чоловіків – 2. Артеріальна гіпертензія зустрічається у 100% (50) пацієнтів. Гіпертонічний криз перенесли 22 пацієнта, 17 – жінок, 5 чоловіків. Інфаркт міокарда в анамнезі зустрічався в 7 осіб. 5 – жінки, 2 – чоловіки. Цукровий діабет в – 12 пацієнтів, з них 9 – жінки, 3 – чоловіки. Ознаки транзиторних ішемічних атак зустрічались в 5 особин, 4 – жінки, 1 – чоловік. Ознаки ниркової недостатності в 4 пацієнтах, 3 – жінки, 1 – чоловік.

За даними ЕхоКГ не виявлено відмінності між віковими групами за розмірами лівих відділів серця та фракції викиду лівого шлуночка. Також не виявлено суттєвих відмінностей між статевими групами по рівню загального холестерину, креатиніну, загальному білку, індексу атерогенності, та результатами загально клінічного аналізу крові.

Висновок. Таким чином встановлено, що порушення ритму та провідності частіше зустрічається в осіб жіночої статі. Визначення причин гендерних відмінностей потребують подальших досліджень.

ВПЛИВ НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДІЯЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Мудренко І.Г. к.м.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології СумДУ, Боднарашек О.І. лікар Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер

Більшість нейролептиків блокують центральні та периферичні альфа1-адренорецептори, холінорецептори. Серед можливих побічних ефектів з боку серцево-судинної системи: ортостатична гіпотензія, тахікардія, шлуночкова аритмія, порушення серцевої провідності. Метою дослідження є реєстрація порушень діяльності серцево-судинної системи у хворих, які отримують нейролептичну терапію за допомогою методів електрокардіографії (ЕКГ) (DX complex) та реоенцефалографії (РЕГ) (апарат Regina). Обстежено 70 пацієнтів під час лікування в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері хворих на шизофренію, шизотипові розлади - F20-F29. Для дослідження відібрані молоді люди без хронічної соматичної патології, під час загострення основної психіатричної патології. За результатами ЕКГ встановлено, що у 30% обстежених реєструвалась вікова норма, 70% мали порушення. Перше місце (50%) займають порушення ритму (подовження інтервалу Q-T, синусова аритмія, синусова тахікардія, синусова брадикардія, міграція провідника ритму, екстрасистолії, передсердні ритми). На другому місці (25%) зміна процесів реполяризації міокарду (метаболичні, ішемічні), гіпертрофія лівого шлуночку спостерігалась у 8% пацієнтів, порушення провідності у вигляді непрямой блокади правої ніжки пучка Гісса мали 10 %, атріовентрикулярної блокади - 2% респондентів. За результатами РЕГ у 60% зафіксовано зниження пульсового кровонаповнення судин. Тонус судин підвищений у 55%, знижений у 12%, ангіодистонію за змішаним типом мали 14% хворих, нормальний тонус судин головного мозку - 19%, у 81% пацієнтів зареєстровано порушення венозного відтоку. Очевидно, що хворі на шизофренію та шизотипові розлади внаслідок побічної дії нейролептиків мають відхилення у діяльності серцево-судинної системи, порушується метаболізм та живлення стінок судин, кровообіг, і як наслідок формується когнітивний дефіцит. Отримані дані необхідно враховувати з метою корекції виявлених порушень та рекомендувати лікарям виважено підходити до вибору нейролептика з урахуванням спектру побічних дій та супутньої соматичної патології. До комплексу лікування хворих на шизофренію необхідно включати препарати з нейротрофічною дією, ноотропи, вітаміни групи В.

АНАЛІЗ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ СТАТЕВОЇ СВОБОДИ ТА НЕДОТОРКАНОСТІ ОСОБИ ЗА 2013-2015 рр. В М. СУМИ

Мудренко І.Г. к.м.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології, курс психіатрії, наркології та мед. психології СумДУ, Одарченко О.П. голова АСПЕК, Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер

Сексуальні злочини відносяться до тяжких і кваліфікуються, згідно КК України, як злочини проти статевої свободи та недоторканості людини. По даним амбулаторної судово-психіатричної експертної комісії Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру за період 2013-2015 рр. встановлено наступне. Частота сексуальних злочинів, від загальної кількості експертиз по кримінальним справам, становила: в 2013 році – 14 випадків (2,94%±0,77%); в 2014 році - 6 (1,42%±0,57%); в 2015 році - 8, що становить 1,64%±0,58% відповідно. Найбільш поширеним є звалтування (ст. 152) (32,1%±8,99%); на другому місці - розбещення неповнолітніх (ст. 156) (25,2%±8,33%); статеві зносини з особою, яка не досягла повноліття (ст. 155) (14,3%±6,73%); насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом (ст. 153) (3,57%±3,57%). Переважно правопорушники (96,4%±3,57%) мали гетеросексуальну орієнтацію, лише в 1 випадку (3,57%±3,57%) мав місце гомосексуальний контакт. У 15 з 28 (53,6%±9,6%) обвинувачуваних не діагностовано будь-якого психічного захворювання, у чотирьох осіб (14,3%±6,73%) встановлено розлади особистості та поведінки (F60...), у п'яти (17,9%±7,37%) легку розумову відсталість (F70...), у одного (3,57%±3,57%) – розлади настрою (маніакальний епізод). Троє обстежених (10,7%±5,95%) мали хронічне психічне захворювання у формі шизофренії (F20...), з них

один обвинувачуваний за ст.156 (розбещення неповнолітніх) визнаний неосудним, рекомендовано суду застосувати примусові заходи медичного характеру. Підекспертні визнані осудними на час скоєння злочину у 27 з 28 проведених експертиз (96,4%±3,57%), тобто перебували в такому психоемоційному стані, який не міг суттєво впливати на поведінку гвалтівників. Під впливом алкоголю скоїв кримінальне діяння лише 1 підсудний (4,17%±4,17%). Сексуальні злочини становлять 1-3% від загального числа кримінальних діянь; найчастіше сексуальні злочини скоюють психічно здорові люди, серед хворих переважають особи з розладами особистості та інтелектуально-мнестичною недостатністю; наявність психічного захворювання істотно не впливає на можливість розуміння своїх дій та здатність керувати ними під час сексуальних злочинів.

ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАЖУ РОБОТИ

Мудренко І.Г., Юрченко В.С., Свиріденко Д.Ю.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

В попередніх публікаціях ми висвітлили актуальність досліджень в напрямку діагностики та психопрофілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників задля збереження їх психічного і фізичного здоров'я та кадрового потенціалу медичної галузі в цілому. Одним з наслідків даного явища є звільнення до настання пенсійного віку, зміна сфери і роду діяльності людини.

З метою виявлення динаміки у формуванні синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників в залежності від тривалості роботи на посаді нами застосовано опитувальник вигорання (перегорання) К. Маслач. Опитувальник складається з 22 пунктів, за якими можливе обчислення значень 3-х шкал: «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція професійних досягнень» та призначена для діагностики професійного вигорання. Дослідження проводилось поміж трьох груп медичних працівників: лікарів-психіатрів, лікарів загальносоматичної мережі, медичних сестер психіатричних установ. Всього взяли участь 60 осіб. Аналізуючи залежність ступеню вираженості синдрому емоційного перегорання та його складових від стажу роботи на посаді нами встановлено наступне. Середні медичні працівники на протязі професійної діяльності мають ознаки наростання емоційного виснаження. Серед тих чий стаж менший, ніж 10 років достовірно рідше зустрічається дане явище, ніж у кого період роботи більше 20 років ($p < 0,001$). Причому у медичних сестер до 10 років роботи рівень емоційного виснаження середній (19,7 б.), а чий стаж понад 20 років – високий (31 б). Після 10-річного рубежу достовірно швидше формуються ознаки емоційного виснаження ніж до десяти років роботи ($p < 0,01$). Значущого наростання емоційного виснаження в залежності від стажу у лікарів психіатрів і лікарів соматичної мережі не виявлено. Лікарі-інтерністи на початку своєї професійної діяльності мають низькі показники за шкалою «Емоційне виснаження» 13 б, при стажі понад 20 років – середні (20,1 б.), у психіатрів вони майже однакові до 10 років роботи і понад 20 років і становлять 16,7 та 17,5 балів відповідно.

На підставі отриманих нами даних можна рекомендувати безпечний щодо збереження психічного здоров'я та запобігання формуванню емоційного виснаження стаж середнього медичного працівника безпосередньо в контакт з психічнохворими до 10 років.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Муренець Н.О., Кучма Н.Г., Масленко А.О., Мазур Т.С.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Ревматоїдний артрит (РА) – це захворювання, яке перебуває у фокусі уваги ревматологів усього світу протягом багатьох десятиліть. Це пов'язано з великим медичним і соціальним значенням цієї хвороби. Її поширеність досягає 0,5-2 % від загальної чисельності населення в промислово розвинених країнах. Базисна терапія є основним компонентом лікування РА і при відсутності протипоказань повинна бути призначена кожному пацієнту з цим діагнозом. Неефективність препаратів базисної терапії призводить до підвищення рівня активності РА, прогресування захворювання та виникнення ускладнень.

Зважаючи на це, метою нашого дослідження було оцінити ступінь активності РА на фоні застосування різних доз метотрексату в якості базисної терапії.

Матеріали та методи. Було обстежено 76 пацієнтів із РА. Всі хворі були розподілені на 3 групи залежно від дози метотрексату, яку вони стабільно отримували протягом як мінімум останніх 3 місяців. 1 групу склали 18 пацієнтів, які отримували 7,5 мг/тижд., 2 і 3 – 34 та 24 хворих, які приймали 10 та 15 мг/тижд. Ступінь активності захворювання визначали за допомогою модифікованого показника DAS28, який оснований на дослідженні болючості та припухлості 28 суглобів, загальної оцінки стану здоров'я за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та рівня С-реактивного білка (СРБ). Висока активність відповідає значенню DAS28 > 5,1, низька – < 3,2, а від 3,2 до 5,1 – помірній активності.

Результати дослідження. DAS28 > 5,1 мали 77,7 % пацієнтів 1 групи, 47 % хворих 2 групи та лише 12,5 % пацієнтів 3 групи. Низький рівень активності (DAS28 < 3,2) спостерігали тільки у 5,5 % пацієнтів 1 групи та у 23,5 % і 62,5 % хворих 2 та 3 груп відповідно.

Висновки. У переважній більшості пацієнтів, які знаходились на низькій дозі метотрексату (7,5 мг/тижд.), зберігався високий рівень активності захворювання, тоді як більшість пацієнтів, які отримували метотрексат в дозі 15 мг/тижд., мали низький рівень активності РА. Отже, мінімальна початкова доза метотрексату має бути 15 мг/тижд. При неефективності даного дозування рекомендовано підвищувати дозу метотрексату до 25 мг/тижд. або застосовувати комбіноване лікування з іншими базисними препаратами, в тому числі – біологічними.

ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ГОМОЦИСТЕЇНУ З С677Т ТА А1298С ПОЛІМОРФІЗМАМИ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Муренець Н.О., Кучма Н. Г., Шпетна К. В, Коломієць О. О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Захворюваність на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) зростає з кожним роком. Одним з важливих і недостатньо вивчених механізмів прогресування стеатозу печінки є підвищення рівню гомоцистеїну в плазмі крові. Ключову роль у його метаболізмі відіграє фермент метилентетрагідрофолатредуктаза (МТГФР). Найбільш вивченими поліморфізмами гена, що кодує цей ензим, є С677Т та А1298С поліморфізми.

Метою нашої роботи було дослідити зв'язок С677Т та А1298С поліморфізмів гена МТГФР з вмістом гомоцистеїну плазми крові у пацієнтів із НАЖХП.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 98 пацієнтів із НАЖХП. Групу контролю склали 40 практично здорових осіб. Визначення гомоцистеїну здійснювали методом ІФА, визначення алельного поліморфізму проводили шляхом ПЛР з детекцією результатів гібридаційно-флуоресцентним методом в режимі реального часу.

Результати дослідження. Частота С677С, С677Т і Т677Т генотипів гена МТГФР серед пацієнтів із НАЖХП та контрольної групи становила 46%, 38%, 16% та 50%, 35%, 15%

відповідно. Частота A1298A, A1298C та C1298C генотипів серед пацієнтів основної та контрольної групи становила 53%, 33%, 13% та 50%, 42,5% та 7,5% відповідно. Вміст гомоцистеїну плазми крові у контрольній групі був $9,7 \pm 0,47$ мкмоль/л, а у пацієнтів з НАЖХП – $18,5 \pm 3,92$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Концентрація гомоцистеїну плазми крові у пацієнтів з C677C, C677T та T677T генотипами гену МТГФР була $15,7 \pm 2,27$, $19,6 \pm 2,67$ та $24,1 \pm 2,98$ мкмоль/л відповідно ($p > 0,05$), у носіїв A1298A, A1298C та C1298C генотипів гена МТГФР – $18,1 \pm 4,39$, $18,6 \pm 3,07$ та $18,7 \pm 3,78$ мкмоль/л відповідно ($p < 0,05$). Ми виявили достовірну асоціацію частоти генотипів за C677T поліморфізмом гена МТГФР залежно від вмісту гомоцистеїну. Носії T677T генотипу мали достовірно вищу концентрацію гомоцистеїну порівняно з носіями C677T та C677C генотипів.

Висновки. У пацієнтів із НАЖХП вміст гомоцистеїну плазми крові залежить від C677T поліморфізму і не залежить від A1298C поліморфізму гена МТГФР. Хворі з T677T генотипом мають найвищу концентрацію гомоцистеїну плазми крові.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІВАБРАДИНУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Нагорний О.В., Ліщенко О.А.

Науковий керівник: к.м.н., Царалунга В.М.

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця

Кафедра внутрішньої медицини №2

Актуальність. У структурі смертності населення України від хвороб системи кровообігу перше місце займає ішемічна хвороба серця, найбільш частим проявом якої є стенокардія. Тому адекватна і повноцінна терапія є запорукою підвищення якості і збільшення тривалості життя хворих. Івабрадин – препарат нового класу, який знижує частоту серцевих скорочень, вибірково інгібуючи F-канали пейсмейкерних клітин синусового вузла.

Мета. Оцінити антиангінальний та антиішемічний ефект івабрадину при тривалому прийомі у пацієнтів зі стабільною стенокардією в порівнянні стандартної терапії із включенням в схему івабрадину замість β-блокатора.

Матеріали і методи. В дослідженні взяло участь 92 пацієнти зі стабільною стенокардією II-III функціональних класів. Середній вік хворих склав $65,5 \pm 9,2$ років. Пацієнти були рандомізовані на 2 рівні групи. Пацієнти першої групи приймали метопролол, лозартан, розувастатин. В другій групі метопролол було замінено івабрадином. Для оцінки ефективності лікування використовували число ангінозних приступів в тиждень, максимальну потужність навантаження за даними велоергометрії, показники ехокардіографії.

Результати. Через 6 місяців лікування число приступів стенокардії першій групі склало $21,16 \pm 10,4$ (-42,6% в порівнянні з висхідними даними, $p < 0,001$), у другій групі $18,43 \pm 11,2$ (-48,3%, $p < 0,001$). Максимальна потужність при велоергометрії у першій групі склала $104,35 \pm 30,4$ Вт, у другій – $112,62 \pm 32,6$ Вт. Відмічено достовірне зниження індексу маси міокарда, кінцевого діастолічного об'єму лівого шлуночка, збільшення показника діастолічного кровонаповнення (E/A) у другій групі в порівнянні з першою.

Висновки. Отримані дані свідчать про високий антиангінальний та антиішемічний ефект івабрадину у пацієнтів із стабільною стенокардією.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ СМЕРТНОСТІ МІСЬКОГО ТА СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2014 РОЦІ

Нестоянова О.С.

Науковий керівник – ст. викладач Сміянова О.І.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Подолання негативних демографічних тенденцій – складний і тривалий процес, тому незважаючи на певні позитивні зрушення, демографічна ситуація в області залишається складною.

Мета дослідження. Провести аналіз смертності населення області по віковій структурі та провести аналіз сучасної структури причин смерті населення області.

Матеріали та методи. Розрахунок загальних і погрупових інтенсивних показників. Визначення стандарту. Визначення стандартизованих показників. Розрахунок коефіцієнтів смертності за причинами та статтю.

Результати. Інтенсивні показники смертності у міських населених пунктах та сільській місцевості у Сумській області у 2014 році становили для міського населення 14,7‰ (Україна – 13,1), для сільського населення – 22,8‰ (Україна – 17,7). Стандартизовані за віком показники смертності для сільського та міського населення складають 17,73 та 15,66 відповідно. Різниця між показниками складає 13,25%.

Щорічно в області помирає 82% у віці старше працездатного віку або 50 осіб на 1000 відповідного населення, 18% у працездатному віці або 5,3 особи на 1000 відповідного населення, 0,6% дітей від 0 до 17 років або 0,6 осіб на 1000 відповідного населення чоловіки усіх вікових груп помирають частіше жінок. На 1000 відповідного населення помирає 18 чоловіків і 17 жінок, в тому числі: від хвороб системи кровообігу – 12 жінок і 10 чоловіків; від новоутворень – 2 жінки і 3 чоловіка;

від зовнішніх причин смерті – 0,4 жінки і 2 чоловіка; від хвороб органів травлення – 0,8 жінки і 0,95 чоловіків; від хвороб органів дихання – 0,3 жінки і 0,8 чоловіків.

Висновки. Смертність жителів сільської місцевості в 1,6 рази (Україна – 1,4) вище за смертність жителів міських поселень, насамперед через більш "стару" вікову структуру сільського населення. Інтенсивний показник смертності області перевищує відповідний показник по Україні як для міського, так і для сільського населення. Необхідно сконцентрувати зусилля на вирішенні поточних і стратегічних завдань – економічному забезпеченні відтворення населення, належному соціальному захисту сімей з дітьми та осіб похилого віку, поліпшенні екологічної ситуації, зниженні побутового травматизму, популяризації здорового способу життя, забезпеченні доступності якісної медичної допомоги.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.

Овчаренко І.А.

Харківський національний медичний університет

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Розвиток епідемії мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) є одним з викликів, перед яким постає сьогодні світ. Нажаль, Україна входить до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем МРТБ. Впровадження в останні роки в роботу фтизіатричної служби України новітніх методів діагностики туберкульозу дозволило значно збільшити кількість виявлених випадків МРТБ у структурі захворюваності на туберкульоз (ТБ) як серед населення України загалом, так і окремо по областях.

Метою нашої роботи був аналіз динаміки показника захворюваності на МРТБ у структурі загальної захворюваності на ТБ.

Робота проведена на основі аналізу статистичних даних захворюваності на ТБ серед населення Харківської області.

За період з 2010 по 2014 роки в Україні збільшилась кількість хворих на МРТБ з 10,6 на 100 тис. населення до 17,4 на 100 тис. населення, тобто на 64% . Найбільша кількість

випадків МРТБ (19,9 на 100 тис. населення) була зареєстрована у 2013 році. По Харківській області цей показник склав у 2010 році 17,7 на 100 тис. населення, що перевищив середньо-український на 67%. У 2014 році він становив 13,3 на 100 тис. населення та на 23,5% був нижчий ніж середній по Україні. Відсоток хворих на МРТБ, що розпочали лікування за IV категорією у 2010 році по Україні дорівнював 95, 1% та збільшився до 100% у 2014 році. По Харківській же області у 2010 році він склав 69,9% (був нижчий за середній по Україні на 26,5%) та у 2014 році теж дорівнював 100%.

Таким чином, новітні діагностичні методи, що застосовуються у Харківській області для ранньої діагностики ТБ (у тому числі і хіміорезистентного), дозволили значно збільшити кількість виявлених випадків МРТБ, що дозволяє своєчасно розпочати ефективне лікування таких хворих та попередити розповсюдження стійких МБТ.

МІСЦЕ КСИПАМІДУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Ополонська Н.О., Миронов П.Ф.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Серед основних причин малої ефективності антигіпертензивного лікування на практиці – недостатнє використання комбінованої терапії, застосування нераціональних комбінацій або низьких доз препаратів, терапевтична інерція лікарів щодо змін терапії, а також брак прихильності до лікування у пацієнтів.

Метою дослідження було вивчення впливу комбінованої фармакотерапії ксипамідом та валсартаном на рівень артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих з АГ: чоловіків – 27 (67,5%), жінок – 13 (32,5%) віком 45-59 років. Всі пацієнти були поділені на дві групи. До першої групи увійшли хворі (n=20), яким як антигіпертензивну терапію була призначена фіксована комбінація ксипаміду (20 мг) з валсартаном (160 мг). Пацієнти другої групи (n=20) отримували комбінацію гідрохлортиазиду (12,5 мг) та валсартану (160 мг).

Результати та їх обговорення. Після лікування в обох групах виявлено позитивні зміни структурно-функціонального стану серця (частка хворих 1-ї групи, в яких було досягнуто стабілізація АТ нижче 140/90 мм рт. ст., становила 78 %, 2-ї групи – 61 %). Причому в 1-й групі спостерігалась більш значуща динаміка досліджуваних показників, а саме: систолічний АТ знизився у пацієнтів 1-ї групи із 166,8±8,4 до 132,4±6,0 мм рт. ст., та із 162,4±9,2 до 138,4±8,6 мм рт. ст. у пацієнтів 2-ї групи (P<0,05). Діастолічний АТ знизився із 108,6±6,8 до 85,6±6,4 мм рт. ст. та із 106,2±8,8 до 88,2±8,4 мм рт. ст. відповідно у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп (P<0,05). ЕКГ- ознаки систолічного перевантаження лівого шлуночка (ЛШ) у пацієнтів 1-ї групи до лікування реєструвались у 46 %, а після лікування – у 21 % (P<0,05). У 2-й групі відповідно до лікування – у 41 % хворих, після лікування – у 29 % хворих (P<0,05).

Висновки. Отже, виявлені зміни свідчать, що поєднане застосування ксипаміду та валсартану дозволяє досягти достовірного та клінічно значущого зниження АТ у обстежених пацієнтів та істотно покращує структурно-функціональний стан міокарда.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Орел М.А., Верещагіна К.В.

Науковий керівник: проф. С.М. Андрейчин

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України", кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії

В останні десятиліття спостерігається зростання захворюваності на подагру, при цьому така тенденція має місце як в Україні, так і в інших європейських країнах. Часто проблематичним є процес діагностики цієї недуги та вибір тактики лікування, особливо, при поєднанні із супутньою патологією. Останнє, зокрема, стосується пацієнтів із

захворюваннями гепато-біліарної системи (ГБС), частка яких серед хворих на подагру сягає 25 %.

Мета роботи – дослідити вплив патології ГБС на клінічні особливості перебігу подагри.

Проведено комплексне обстеження 38 хворих із первинною подагрою, які були розподілені на 4 групи:

1. без захворювань ГБС;
2. з жовчнокам'яною хворобою та хронічним некалькульозним холециститом;
3. з ознаками гепатозу;
4. з хронічним гепатитом.

Виявлено відмінності переважаючої локалізації ураження суглобів: у 1-й групі провідним у клінічній картині були зміни першого плюсне-фалангового суглобу; у 2-й групі превалювали ознаки ушкодження колінних, гомілково-ступневих, променево-зап'ястних та дрібних суглобів кистей; у 3-й групі спостерігалось поєднання змін першого плюсне-фалангового суглобу та колінних, гомілково-ступневих суглобів і суглобів кистей. У досліджуваній 2-й групі порівняно з іншими значно частіше зустрічалися периферичні тофуси, вони мали місце у 60 % спостережень. У цій же групі при рентгенологічному дослідженні відмічалися ознаки подагричного артриту II-III ст. (за E. Kavenoki-Mince). У пацієнтів 2-ї і 3-ї груп частота загострень подагри протягом року збільшувалася до 8 разів.

Таким чином, супутні захворювання ГБС, особливо жовчнокам'яна хвороба та хронічний некалькульозний холецистит, обтяжують перебіг подагри, що необхідно враховувати при курації хворих з комбінацією зазначених недуг.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Зав.каф. сімейної медицини, професор, д.м.н. Орловський В.Ф., Мірошниченко Г.І.

СумДУ, медичний інститут, кафедра сімейної та соціальної медицини

Мета дослідження: вивчити якість життя (ЯЖ) пацієнтів з ревматоїдним артритом (РА) в залежності від різних факторів (віку та статі хворого, тривалості та рентгенологічної стадії РА, лікування).

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 45 пацієнтів з достовірним РА, що знаходилися на лікуванні у ревматологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні та на амбулаторному прийомі у лікаря-ревматолога Сумської міської клінічної лікарні №5. Серед пацієнтів 40 жінок (89%) та 5 чоловіків (11%). Середній вік пацієнтів 48,5 років. Активність захворювання: I ст.-8 чол. (17,7%), II ст.-37 чол. (82,3%). Рентгенологічна стадія: II ст.-23 чол. (51,1%), III ст.-18 чол. (40%), IV ст.- 4 чол. (9%). Пацієнти отримували лікування: 24 чол. (53,4%) метилпреднізолон у дозі 4-8 мг на добу та 21 чол. (46,6%) комбіновану терапію, включаючи метотрексат дозі 2,5-10 мг 1 раз на тиждень. Тривалість РА 2-15 років.

ЯЖ оцінювалася за допомогою короткої форми загального SF-36 та специфічного опитувальника HAQ.

Результати. РА однаково погіршує ЯЖ пацієнтів незалежно від статі. Показники ЯЖ за опитувальником SF-36 були однаково знижені як у жінок, так і у чоловіків. Але показники соціального функціонування (SF), життєздатності (VT) та стану психологічного здоров'я (MH) у чоловіків з РА були значно вищі, ніж у жінок ($p < 0,05$). Виявлено, що вік при РА не є визначаючим фактором для ЯЖ, пов'язаним зі здоров'ям; був виявлений слабкий зворотній кореляційний зв'язок між віком і показниками SF-36: PF ($r = -0,26$, $p < 0,05$), BP ($r = -0,24$, $p < 0,05$), VT ($r = -0,22$, $p < 0,05$). Активність і тривалість хвороби достовірно впливає на ЯЖ пацієнтів з РА. Виявлений взаємозв'язок між індексом HAQ і активністю РА: $r = 0,39$, $p < 0,05$; між тривалістю захворювання та індексом HAQ: $r = 0,625$, $p < 0,05$. Рентгенологічна стадія РА не мала суттєвого впливу на показники ЯЖ пацієнтів по опитувальнику SF-36 ($p > 0,05$), але виявлений кореляційний зв'язок між рентгенологічною стадією РА та індексом HAQ ($r = 0,645$, $p < 0,05$). Показники фізичного та соціального функціонування, болю,

життєздатності вище у пацієнтів, що отримують комбіновану терапію з включенням метотрексату, ніж у тих, що отримують монотерапію преднізолоном ($p < 0,05$).

Висновки. РА значно погіршує ЯЖ пацієнтів.

ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Орловський О.В., Албоета Мустафа Н.К., Перун Ю.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Відомо, що надмірна вага тіла не сприяє підвищенню якості життя людини, а у поєднанні з деякими хронічними хворобами погіршує перебіг останніх.

Мета: вивчити особливості сприйняття здоров'я у хворих на ревматоїдний артрит (РА) із надмірним індексом маси тіла (ІМТ).

Методи дослідження. Обстежено 38 пацієнтів на РА віком від 22 до 68 років. Анамнез захворювання складав від 1 до 26 років. Усі хворі отримували стандартну терапію з використанням базисних препаратів, глюкокортикостероїдів та нестероїдних протизапальних засобів (дозування залежало від тяжкості перебігу).

Для дослідження пацієнтів використовували аналіз скарг, об'єктивний огляд хворих з оцінкою уражених суглобів, виміром ІМТ, визначення якості їх життя (з використанням ВАШ – візуально-аналогової шкали, анкети HAQ - Health Assessment Questionnaire 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)). Обробку результатів виконували на персональному комп'ютері з використанням Microsoft Excel.

Результати. Виявлено, що близько 75% пацієнтів мали надмірну масу тіла. І ступінь активності захворювання з урахуванням рівнів СРБ, ШОЕ, індексу DAS28 встановлено у 82%, II ступінь – у 28%. Нами не встановлено закономірності між вираженістю клінічних проявів, активністю захворювання та ІМТ.

Виявлено пряму закономірність між хворими з нормальним та підвищеним ІМТ у сприйнятті свого здоров'я. Найбільш значні відмінності спостерігалися за пунктами, які характеризували повсякденну активність та здатність до самообслуговування. Причому, ця відмінність пропорційно зростала із підвищенням ІМТ.

Висновки. Функціональний стан хворих на РА пропорційно залежить від ступеня надлишкової ваги.

ЧАСТОТА ГЕНОТИПІВ ЗА С677Т ТА А1298С ПОЛІМОРФІЗМАМИ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРАФОЛАТРЕДУКТАЗИ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Орловський В. Ф., Кучма Н. Г., Муренець Н. О., Бутенко Д. А, Черток В. С.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини, післядипломної освіти.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) розповсюджена у 50% дорослого населення та є причиною розвитку дисфункції печінки. Поширеність зайвої ваги робить проблему НАЖХП актуальною серед дорослого населення. Більшість пацієнтів із НАЖХП мають зайву вагу і ожиріння, що підвищує ризик розвитку атеросклерозу та цукрового діабету 2-го типу. Широко вивчаються поліморфізми генів, асоціація яких тісно пов'язана з прогресуванням хвороб печінки і ожиріння. Існують дані, що ген метилентетрагідролатредуктази (МТГФР) впливає на розвиток та прогресування НАЖХП.

Метою нашої роботи було: дослідити залежність індексу маси тіла (ІМТ) від С677Т та А1298С поліморфізмів гена МТГФР у пацієнтів із НАЖХП.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 98 пацієнтів із НАЖХП. Групу контролю склали 40 практично здорових осіб. НАЖХП виставлялася на основі лабораторних та інструментальних методів обстеження. Визначення алельного поліморфізму

проводили шляхом ПЛР з детекцією результатів гібридаційно-флуоресцентним методом. Статистичну обробку даних проводили за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу.

Результати досліджень. Носії С677С, С677Т, Т677Т генотипів гена МТГФР мали показники ІМТ $34,7 \pm 3,63$, $37,9 \pm 3,82$ та $39,7 \pm 3,22$ кг/м² відповідно, це свідчить про те, що гомозиготи за мінорним Т-алелем (Т/Т генотип) мають достовірно вищі показники ІМТ порівняно з носіями С-алелю (С/С та С/Т генотипи). Носії А1298А, А1298С та С1298С генотипів гена МТГФР мали показники ІМТ $37,1 \pm 4,10$, $36,6 \pm 4,25$ та $36,9 \pm 3,83$ кг/м² відповідно, що свідчить про відсутність достовірної різниці у розподілі частоти генотипів за А1298С поліморфізмом залежно від ІМТ. У пацієнтів контрольної групи носіїв С677С, С677Т та Т677Т генотипів гену МТГФР ІМТ становив $27,2 \pm 2,91$, $24,8 \pm 2,84$ та $26,7 \pm 3,54$ кг/м² відповідно ($p > 0,05$), а у носіїв А1298А, А1298С та С1298С генотипів гена МТГФР – $25,1 \pm 2,48$, $27,4 \pm 3,63$ та $25,3 \pm 2,98$ кг/м² відповідно ($p > 0,05$).

Висновок. У пацієнтів із НАЖХП ІМТ залежить від С677Т поліморфізму і не залежить від А1298С поліморфізму гену МТГФР. Пацієнти гомозиготні за мінорним Т-алелем мають найвищий ІМТ порівняно з носіями С677С та С677Т генотипів.

СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Павлик О.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Распутіна Л.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Актуальність: Серцево-судинні захворювання (ССЗ) і депресивні розлади є одними з найбільш поширених хвороб, їх поєднання є досить відомим в клінічній практиці фактором і підтверджено численними популяційними дослідженнями.

Мета: Визначити ступінь депресії у хворих на ІХС, вплив лікувальної тактики на поширеність депресії.

Матеріали та методи: Проведено анкетування 37 пацієнтів з ІХС, серед яких середній вік чоловіків складав 57 років (65%), жінок 61 рік (35%). Всіх пацієнтів було розділено на 2 групи: 1 група – пацієнти, яким було проведено черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ), 2 група – пацієнти без ЧКВ. Анкетування проведено згідно загальноприйнятої анкети RHQ-9. Статистична обробка виконувалась на персональному комп'ютері.

Результати: Встановлено, що серед хворих на ІХС ознаки депресії виявлені у пацієнтів двох груп. В 1 групі (14) 82% хворих страждають на мінімальні депресивні розлади, у (1) 6% легка депресія, (2) 12% депресія середнього ступеня тяжкості, прояви тяжкої депресії відсутні. В 2 групі у (10) 50% визначено мінімальні депресивні розлади, (5) 25% з легкою депресією, (4) 20% з середньою та (1) 5% важкою депресивною симптоматикою. Також пацієнти після ЧКВ мають менший стаж ІХС, в анамнезі незначний відсоток перенесеного ІМ (23,5%) в порівнянні з хворими, яким не проводили ЧКВ (45%).

Висновки: У пацієнтів, яким проводили ЧКВ відмічається менший ступінь депресії, наявні мінімальні депресивні розлади, відсутня тяжка депресія, що супроводжується меншими проявами задишки.

ПОШИРЕНІСТЬ ІНСУЛЬТІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Потапов О.О., Панасовська К.О.

Сумський державний університет

кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність теми: З усіх країн Європейського союзу Україна посідає одне з перших місць за показниками захворюваності на цереброваскулярні захворювання та смертності від інсульту, що створює велике навантаження на систему охорони здоров'я, соціальне забезпечення, економіку та все суспільство. В Україні, згідно з офіційною статистикою,

щороку діагностується 100–110 тис. інсультів, 30-40% хворих на інсульт помирають впродовж перших 30 днів і до 50% – впродовж 1 року від початку захворювання, 20-40% хворих, що вижили, потребують сторонньої допомоги, і тільки 10-15% повертаються до повноцінного життя. На жаль, тенденції до зменшення цих показників за останні роки не спостерігається.

Мета: визначення поширеності геморагічних та ішемічних інсультів у Сумській області, а також частоти ускладнень та смертності після них.

Матеріали і методи: Для дослідження було проаналізовано 334 історій хвороби пацієнтів, що знаходились на лікуванні в неврологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні (СОКЛ) за період з 2013 по 2014 роки з перенесеним геморагічним та ішемічним інсультом, а також проведення статистичного аналізу отриманих результатів.

Результати: Виявлено, що за період 2013-2014 років до СОКЛ звернулось 334 пацієнтів з мозковим інсультом. Серед гострих порушень мозкового кровообігу у більшості випадків виявлено ішемічні та геморагічні інсульти, значна кількість яких у процесі лікування відзначалася наявністю ускладнень та смертністю. Аналіз отриманих даних виявив тенденцію до переважання ішемічного інсульту (299 пацієнтів) над геморагічним (35 пацієнтів). Частота ускладнень після ішемічного інсульту склала – 276 випадків, а після перенесеного геморагічного інсульту – 23, в свою чергу, за два роки смертність після ішемічного інсульту склала – 10 випадків, а після геморагічного інсульту – 4.

Висновки: Результати проведеного дослідження свідчать про те, що за період 2013-2014 років в неврологічному відділенні СОКЛ число хворих на ішемічний інсульт значно переважає над їх кількість з геморагічним інсультом,

а також те, що ускладнення після перенесених мозкових інсультів зустрічаються в більшості випадків.

ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Пристапа Л.Н., Закорко І.- М.С.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Актуальність: Частка серцево-судинної смертності в загальній структурі причин смерті в Україні в 2014 році склала 66,5%. Близько 90% смертей пов'язані з важкими формами ішемічної хвороби серця та інсультами, більшість з яких прогресувати на фоні гіпертонічної хвороби (ГХ). Найбільш поширеним захворюванням, що протікає поєднано з гіпертонічною хворобою є ожиріння.

Мета дослідження: Метою дослідження було порівняти структурно-функціональний стан органів-мішеней у хворих на ізольовану ГХ та у поєднанні з ожирінням.

Матеріали та методи: Було обстежено 68 пацієнтів: 38 хворих на ГХ з ожирінням (індекс маси тіла $> 30 \text{ кг} / \text{м}^2$); 30 хворих на ГХ з нормальною вагою. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Ультразвукове дослідження серця та судин проводилося за допомогою ультразвукового сканера "Siemens Sonoline SI 200" (виробництва компанії Siemens, Німеччина) в одно-, двовимірному та доплеровських режимах з використанням загальних методик аналізу.

Результати дослідження: В ході порівняльного аналізу середніх значень інтегрального ремоделювання органів-мішеней у хворих на гіпертонічну хворобу з групою контролю, було виявлено, що прогресування ГХ пов'язано зі збільшенням товщини інтими-медії (ТІМ) сонних артерій (СА), жорсткістю великих судин та ремоделюванням міокарда ($p < 0,05$). Наявність ожиріння пов'язане з більш значними порушеннями структурних і функціональних параметрів серця, кровоносних судин ($p < 0,05$). Значний кореляційний зв'язок індексу маси тіла зі значеннями інтегральних параметрів структурно-функціонального стану органів-мішеней у хворих на ГХ із ожирінням (формування ексцентричного типу гіпертрофії лівого шлуночка, порушення діастолічної функції, формування трансмітрального кровотоку за псевдонормальним та рестрективним типом,

збільшенням ТІМ СА, швидкості поширення пульсової хвилі у великих судинах, $p < 0,05$) показав важливість збільшення маси тіла при ремоделюванні органів-мішеней.

Висновки: наявність ожиріння у хворих на гіпертонічну хворобу призводить до прогресуючого ремоделювання серця та судин.

ВИЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І МОЖЛИВОСТІ ЙОГО КОРЕКЦІЇ СТАТИНАМИ

Приступа Л.Н., Погорєлова О.С., Бережна О.П.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Вступ. Системне запалення грає провідну роль у розвитку і прогресуванні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), також є спільною патогенетичною ланкою ХОЗЛ і хронічної ішемічної хвороби серця (ІХС). С-реактивний білок (СРБ) є одним із маркерів системного запалення.

Метою нашого дослідження було вивчення вмісту СРБ у хворих на ХОЗЛ, при його поєднанні із ІХС, та у групи здорових осіб, а також дослідження протизапальної активності статинів у даних хворих.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 84 хворих: 1 група – 20 хворих на ХОЗЛ (групи А, В за GOLD), 2 – 20 пацієнтів із ІХС, 3 – 24 хворих, які мали поєднану патологію (ХОЗЛ+ІХС). Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Хворим всіх груп до стандартної схеми лікування були включені статини. Всім хворим проводилося загально клінічне обстеження, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Вміст СРБ визначався до початку лікування статинами, через 1 та 3 місяці. Статистична обробка результатів здійснювалася за допомогою on-line програми GraphPad Software.

Результати: У хворих на ІХС встановлено достовірне підвищення вмісту СРБ до $(5,31 \pm 1,96)$ мг/л ($p \leq 0,0001$), у пацієнтів із ХОЗЛ – до $(5,19 \pm 1,83)$ мг/л ($p \leq 0,0001$), при коморбідній патології – до $(7,66 \pm 1,91)$ мг/л ($p \leq 0,0001$). Вміст СРБ достовірно не відрізнявся ($p = 0,84$) у хворих 1 і 2 груп, а у пацієнтів 3 групи вміст СРБ був на 44,25 % ($p = 0,0005$) вищим, ніж у хворих на ІХС та на 47,59 % ($p = 0,0002$) порівняно із у пацієнтами із ізольованим ХОЗЛ. Показник ОФВ₁ у пацієнтів із ХОЗЛ був на рівні – $(53,50 \pm 10,07)$ % ($p \leq 0,001$) та у хворих з коморбідною патологією – $(49,60 \pm 8,36)$ % ($p \leq 0,001$) від належного. Не встановлено достовірної різниці між ОФВ₁ у пацієнтів 1 і 2 груп ($p = 0,19$). При цьому виявлений негативний зв'язок середньої сили між зазначеними показниками у пацієнтів із ХОЗЛ ($r = -0,53$) та сильний – у хворих 3 групи ($r = -0,81$). У ході лікування вміст СРБ знизився у хворих усіх груп через 3 місяці застосування статинів.

Висновки. Таким чином, найбільший вміст СРБ виявлений у пацієнтів із коморбідною патологією. У ході дослідження виявлена позитивна динаміка щодо вмісту СРБ при застосування статинів протягом 1- 3 місяців.

ВПЛИВ ПРИЗНАЧЕННЯ L-КАРНІТИНУ НА ТРИВАЛІСТЬ ІНТЕРВАЛУ QT У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ

Пугач Н.В., Репетун А.В.,

*Науковий керівник – к.м.н., асистент Гордіна М. А.
Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини*

Подовження інтервалу QT (iQT) є предиктором виникнення фатальних шлуночкових аритмій та раптової серцевої смерті у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Механізми, які відповідальні за пролонгацію iQT, до кінця невідомі. Останні дослідження виявили, що первинна та вторинна недостатність карнітину може призводити до збільшення тривалості iQT.

Мета дослідження. Вивчення впливу застосування парентерального введення розчину L-карнітину на тривалість іQT у пацієнтів з ІХС стабільною стенокардією напруги (СШ) II-III функціонального класу (ФК).

Матеріали та методи. У дослідження включено 25 пацієнтів з ІХС СШ ФК II-III (середній вік склав $53,4 \pm 1,02$ роки). Всі хворі отримували базисну терапію ІХС. Хворі були розподілені на 2 групи методом випадкового розподілу, 13 пацієнтам додатково вводили L-карнітин у дозі 1,0 г внутрішньовенно стуминно 1 раз на добу впродовж 15 днів, 12 осіб отримували лише базисну терапію ІХС. Вимірювання іQT проводили у II стандартному відведенні у трьох послідовних циклах та розраховували середнє значення. Для визначення корегованого іQT використовували формулу Базетта ($QTc = iQT / \sqrt{RR}$). Вимірювання іQT та розрахунок QTc проводили до початку лікування та на 15 день.

Результати дослідження. Пацієнти порівнюємих груп не відрізнялись за початковими характеристиками. На фоні проведеного лікування відмічалось зменшення частоти серцевих скорочень та довжини іQT у хворих обох груп. Однак, у пацієнтів групи, що отримували лише базисну терапію ІХС, зменшення показника QTc не було достовірним ($418 \pm 6,3$ vs $427 \pm 5,1$ мс, $p > 0,05$). У хворих, що отримували L-карнітин додатково до стандартної терапії ІХС спостерігалось достовірне зменшення показника QTc ($411 \pm 3,4$ vs $435 \pm 2,1$ мс; $p < 0,05$).

Висновки: Встановлено, що внутрішньовенне введення розчину L-карнітину у дозі 1,0 г на добу впродовж 15 днів має позитивний вплив на зменшення тривалості інтервалу QT, який є маркером негативного прогнозу у пацієнтів з ішемічною хворобою серця.

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА АКНЕ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Радько А.С., Швидун К.О., Харченко Т.А., Мелеховець О.К.

Сумський державний університет

Кафедра сімейної медицини та соціальної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Акне - хронічне захворювання з рецидивуючим перебігом. За даними G. Dummond-Wallon поширеність "acne juvenalis" і "acne adultorum" становить відповідно 90% і 54%. Хворіють особи віком від 26,5 до 40,5 років. Наявність вугрового висипу на відкритих ділянках шкіри значно знижує самооцінку, викликає тривогу, депресію, дисморфофобію, проблеми адаптації у суспільстві.

Мета: покращити ефективність лікування акне, зменшивши кількість рецидивів захворювання і їх важкість за допомогою лікування Nd YAG Fotona з довжиною хвилі 1064.

Матеріали і контингент дослідження: критерії включення акне середнього ступеня тяжкості за класифікацією ААД (Американської Академії Наук): до 25 комедонів, 10-20 папул, одиничні пустули, виражене запалення; вік від 16 до 25 років; результат APSEA (Assessment of Psychological and Social Effect of Acne) від 95 до 105 балів.

Результати. Обстежено 90 осіб. Група дослідження (50 осіб) протягом трьох місяців отримала курс лікування на Nd YAG Fotona з довжиною хвилі 1064, а група контролю (40 осіб) отримувала стандартну терапію: дерива-гель (1 раз на добу), мазь «Акнестоп» (2 рази на добу), за потребою - 2% спиртовий розчин саліцилової кислоти. У 80% хворих досліджуваної групи і у 65% осіб групи контролю відмічалось поліпшення стану (комедони - до 10, папули - до 5, відсутність пустул, зменшення площі запалення). Повторне проходження APSEA тесту виявило зменшення балів у досліджуваній групі на 30%, у групі контролю - на 25%. Через три місяці після закінчення лікування у досліджуваній групі відсоток рецидивів склав 15% (до 5 папул, відсутність пустул), у контрольній групі - 40% (до 10-15 папул, одиничні пустули). Пацієнти групи контролю відмічали погіршення стану на протязі трьох місяців після лікування до вихідного стану. Пацієнти досліджуваної групи відмічали, що рецидиви протікали легше. При повторному проведенні APSEA тесту досліджувана група мала 80-85 балів, а група контролю - 95-100 балів.

Висновки. Використання Nd YAG Fotona з довжиною хвилі 1064 є ефективним засобом для лікування акне, що дозволяє зменшити кількість рецидивів та їх тяжкість, що разом з тим покращує психоемоційний стан пацієнта і його адаптацію у суспільстві.

ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЕНТІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Рева Т.В., Войткевич Ю.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) має високу поширеність, стійкий та швидко рецидивуючий перебіг та погіршує якість життя пацієнтів. Серед дорослого населення печія - кардинальний симптом ГЕРХ - зустрічається у 20-40% хворих.

На тлі зниження функції щитоподібної залози відбуваються порушення ліпідного обміну із розвитком ожиріння, функціональної активності травного каналу: уповільнення шлункової евакуації, розвиток хронічного дуоденостазу, дуоденогастрального рефлюксу.

Метою роботи було вивчити ефективність застосування сорбенто-гелю (ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», Україна) у хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом.

Обстежено 33 хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом. Усім пацієнтам проводилось клінічне обстеження, дослідження ліпідного обміну, тиреоїдного гомеостазу, ендоскопічне дослідження, рН-метрія стравоходу та шлунка.

Основній групі пацієнтів (20 осіб) була проведена оптимізована терапія із призначенням препарату «Сорбенто-гель». Контрольну групу склали 13 пацієнтів, що отримували базисне лікування. Показники умовної норми отримали у результаті обстеження 20 практично здорових осіб.

Застосування загальноприйнятої методики лікування даної категорії хворих із застосуванням великих доз обволікаючих препаратів, кислотосупресивної терапії, призначенням прокінетиків не завжди дозволяє досягнути бажаних результатів, адже обволікаючі препарати нерівномірно обволікають слизову оболонку стравоходу і не завжди захищають її від впливу агресивного дуоденального вмісту.

У результаті проведеного лікування у всіх хворих було ліквідовано запальні зміни у нижній третині слизової оболонки стравоходу та шлунка за рахунок обволікаючої дії препарату сорбенто-гелю, а також адсорбції значної кількості середньомолекулярних токсичних з'єднань, жовчних кислот і лугів, продуктів розпаду білка, білірубину, холестерину, сечовини, креатиніну.

Застосування сорбентів ефективно коригує дисліпідемію: достовірно знижує рівень загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності та індексу атерогенності.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ТА СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ОСТАННІ РОКИ

Рибалко Л.В., студентка 6-го курсу; Сміянова О.І., ст. викладач

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Головним пріоритетом демократичних держав, до яких прагне наблизитися і Україна, є збереження і зміцнення здоров'я населення. Вирішення питань охорони здоров'я – невід'ємна складова сучасної політики нашої держави.

Здоров'я населення України характеризується системою статистичних показників, серед яких вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є важливою складовою стратегічного планування медичної галузі.

Мета дослідження. Аналіз сучасних особливостей рівня, структури та змін стану захворюваності та поширеності хвороб серед населення України.

Матеріали та методи. Проаналізовані показники поширеності та захворюваності населення України за період 2010-2014 рр.

Результати. Динаміка поширеності хвороб серед населення України протягом останніх років свідчить про існуючі тенденції до її зростання. Так, за період 2010-2014 рр. рівень поширеності зріс на 2,2% і сягнув у 2014 р. 185,5 тис. випадків на кожні 100 тис. населення. Водночас відмічається зниження рівня первинної захворюваності за цей період на 2,46%.

Найвищі рівні поширеності за підсумками 2014 р. були зареєстровані в м. Києві, Вінницькій, Дніпропетровській, Київській та Черкаській областях. Найменші рівні поширеності хвороб зареєстровані в Запорізькій, Сумській та Чернігівській областях.

Структура поширеності хвороб сформована переважно за рахунок хвороб системи кровообігу (31,5%), органів дихання (19,2%), травлення (9,7%), кістково-м'язевої (5,4%) та сечостатевої (5,3%) систем.

Найвищі рівні захворюваності за підсумками 2014 р. були зареєстровані в Івано-Франківській, Львівській, Вінницькій та Рівненській областях при середньому показнику по Україні 68,6 тис. на 100 тис. населення. Найменші рівні захворюваності відмічались у Сумській та Житомирській областях.

Основа захворюваності традиційно формували хвороби системи органів дихання (42,2%), хвороби системи кровообігу (7,4%), травми та отруєння (6,9%), хвороби сечостатевої системи (6,6%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,9%).

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Ринчак П.І., Боярський О.О.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Кравчун П.Г.

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології

м. Харків, Україна

Вступ. Не дивлячись на сучасні досягнення в ранній діагностиці гострого інфаркту міокарда (ГІМ), це питання залишається досить актуальним на сьогодні. Хоча більшість хворих звертається до професійної допомоги у перші години розвитку гострого коронарного синдрому та лікування починається відразу після звернення, в 30% випадків діагностика ІМ викликає труднощі через нетиповість клінічного перебігу, безсимптомність клініки хвороби або відсутності діагностично значущих змін на ЕКГ: аневризми лівого шлуночка, рубцеві зміни міокарда. Через це пошук ранніх маркерів ІМ продовжується багатьма вченими світу.

Мета дослідження. Вивчення діагностичної значущості копептина у пацієнтів із підозрою на ГІМ.

Матеріали та методи дослідження. Ми провели дослідження на 65 хворих (35 чоловіках та 30 жінках) у віці з 51 до 69 років, які потрапили до Міської клінічної лікарні №27 протягом 2015 року у перші години захворювання з діагнозом гострий коронарний синдром. Усім пацієнтам визначали рівень копептину в перші 3, 6 та 12 годин розвитку хвороби. Зразки крові хворих були поміщені у пробірки з етилендіамінуксусною кислотою. Після центрифугування та заморожування до -80°C було визначено рівень копептину методом імунолюмінесцентного аналізу (BRAHMS LUMItest CT-proAVP, BRAHMS AG, Hennigsdorf/Berlin, Germany).

Результати. У 62 хворих (95,4%) спостерігалось підвищення рівня копептину до клінічно значущих. Середні значення показника у 3 годину $54,1 \text{ пмоль/л} \pm 3,1 \text{ пмоль/л}$, 66 годину $50,2 \text{ пмоль/л} \pm 2,7 \text{ пмоль/л}$, 12 годину $45,2 \text{ пмоль/л} \pm 2,1 \text{ пмоль/л}$. Проте тільки в 56 з 65 хворих (86,2%) в подальшому підтвердився діагноз ГІМ (на підставі клінічних, об'єктивних та лабораторних даних). Подрібно відзначити, що усі 56 хворих, у яких було встановлено діагноз ГІМ, було відмічено підвищення рівня копептину.

Висновки. На підставі проведеного дослідження можна зробити висновок про можливість клінічного використання визначення рівня копептину при підозрі на ГІМ, але потрібне подальше вивчення інших чинників, які впливають на підвищення цього показника.

ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ БЕТА1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ НА РАННІЙ РОЗВИТОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Савченко М.П., Дудченко І.О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із провідних чинників зростання серцево-судинних ускладнень, інвалідизації та зменшення тривалості життя. За даними МОЗ України (2011) показник поширеності АГ у міській популяції становив 29,6%, а в сільській – 37,9%.

Найбільш значущими серед предикторів АГ є генетичні фактори. Встановлено, що поліморфізми ряду генів мають більший вплив на перебіг і ускладнення АГ, ніж на ризик її розвитку. Особливого значення у розвитку АГ надають симпато-адреналовій системі, тому дослідження Arg389Gly поліморфізму β_1 -адренорецепторів (ADR β_1), що впливає на її активність є актуальним.

Мета. Аналіз залежності більш раннього розвитку АГ у пацієнтів чоловічої та жіночої статі від генотипів за Arg389Gly поліморфізмом гену ADR β_1 .

Матеріали та методи. У дослідженні приймали участь 113 чоловіків та 63 жінки хворі на есенціальну АГ. Для визначення віку пацієнтів, під час встановлення діагнозу АГ, використовували дані амбулаторних карт та карт стаціонарного хворого. Поліморфізм гену досліджували за допомогою полімеразної ланцюгової реакції з наступним проведенням аналізу фрагментів ДНК. Для статистичної обробки даних використовували програму SPSS Statistic 22,0.

Результати. Встановлено, що у чоловіків – носіїв генотипу Arg389Arg вік виникнення АГ склав 49 (44-60) років, Arg389Gly – 50 (42-58) років та Gly389Gly – 55 (49-56) років. Хоча спостерігається тенденція до більш раннього виникнення АГ серед носіїв Arg389Arg генотипу, проте вона не набула статистично значущої різниці ($p=0,367$, за методом Краскала-Уолліса). Серед жінок – носіїв генотипу Arg389Arg вік виникнення АГ склав 56 (47-60) років, Arg389Gly – 57 (44-65) років та Gly389Gly – 60 (51-65) років, що статистично не відрізняється ($p=0,577$ за методом Краскала-Уолліса).

Висновки. Arg389Gly поліморфізм гену ADR β_1 не впливає на більш ранній розвиток АГ у пацієнтів чоловічої та жіночої статі.

АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2010 – 2015 рр..

Саєнко О.С., Токар В.С.

Науковий керівник – к.мед.н. Васильєв Ю.К.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Суттєве значення для оцінки здоров'я населення має природний рух населення - зміна його чисельності внаслідок взаємодії демографічних явищ: народжуваності та смертності.

Мета: Проаналізувати рівні загальної народжуваності, смертності та природного приросту (спаду) населення в Сумській області за 2010-2015 рр..

Матеріали та методи: дослідити та спрогнозувати рівні загальної народжуваності, смертності та природного приросту (спаду) населення в Сумській області, за даними інформації Головного управління статистики (<http://sumy.ukrstat.gov.ua/>), використовуючи динамічний аналіз та прогнозування.

Результати дослідження: Загальний показник народжуваності в 2010 р. склав 8,9⁰/₁₀₀ (10360); 2011 р. – 9,1⁰/₁₀₀ (10473); 2012 р. – 9,7⁰/₁₀₀ (11093); 2013 р. – 9,2⁰/₁₀₀ (10411); 2014 р. – 9,2⁰/₁₀₀ (10344); 2015 р. – 8,8⁰/₁₀₀ (9795). Загальний показник смертності в 2010 р. був 17,3⁰/₁₀₀ (20146); 2011 р. – 16,3⁰/₁₀₀ (18833); 2012 р. – 16,6⁰/₁₀₀ (19002); 2013 р. – 16,9⁰/₁₀₀ (19219); 2014 р. – 17,2⁰/₁₀₀ (19452); 2015 р. – 17,0⁰/₁₀₀ (19013). Природний спад населення в 2010 р. склав -8,4⁰/₁₀₀ (-9789); 2011 р. – -7,2⁰/₁₀₀ (-8360); 2012 р. – -6,9⁰/₁₀₀ (-7909); 2013 р. – -7,7⁰/₁₀₀ (-8808); 2014 р. – -8,0⁰/₁₀₀ (-9108); 2015 р. – -8,2⁰/₁₀₀ (-9218).

Висновок: При вирівнюванні динамічного ряду по параболі першого порядку виявили чітку тенденцію до зниження показників народжуваності протягом 2010-2015 рр.,

збільшення показників загальної смертності населення, та зростання показників природного спаду. Прогнозований рівень: народжуваність населення: 2016 р. – 9,08 ‰, 2017 р. – 9,06 ‰, смертності: 2016 р. – 17,0 ‰, 2017 р. – 17,02 ‰.

ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ПОСТТРАВДАЛИХ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Світлична Є.С., студентка 5 курсу

Науковий керівник - професор Потапов О.О.

Сумський державний університет

кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність. Підвищення внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) є одним з патогенетичних механізмів, що визначають перебіг та результат черепно – мозкової травми (ЧМТ).

Мета дослідження. Вивчення динаміки ВЧТ у постраждалих, яким проводили хірургічне та консервативне лікування тяжкої ЧМТ, визначення факторів ризику, що викликають підвищення ВЧТ.

Матеріали і методи. На базі нейрохірургічного відділення СОКЛ проведений аналіз результатів клініко – інструментальних досліджень, хірургічного та консервативного лікування 38 пацієнтів з ЧМТ з урахуванням оцінки результатів моніторингу ВЧТ під час хірургічного втручання та в ранньому післяопераційному періоді.

Кістково – пластичну трепанацію черепа було виконано у 11 хворих, декомпресійну трепанацію – у 17. 10 постраждалих проводили інтенсивну терапію під контролем рівня ВЧТ. Виявляли взаємозв'язок між вихідним рівнем ВЧТ та клінічними ознаками, даними КТ головного мозку, що чинили вплив на перебіг та результат тяжкої ЧМТ. Аналізували наступні фактори: вік, рівень пригнічення свідомості за шкалою коми Глазго (ШКГ), зіничні реакції, порушення м'язового тону, стадію дислокаційного синдрому, вид та об'єм вогнища ураження, величину латеральної дислокації, ступінь аксіальної дислокації, величину 2-го вентрикуло - краніального коефіцієнта (ВКК - 2) за даними КТ головного мозку.

Результати. Післяопераційна летальність складала 61%. Задовільний результат був у 29% хворих, хороший – у 10%. Достовірного зв'язку між вихідним рівнем ВЧТ та результатом хірургічного лікування не виявлено.

Висновки. Виявлені ознаки розвитку вираженої внутрішньочерепної гіпертензії (понад 40 мм. рт. ст.) у постраждалих з тяжкою ЧМТ – пригнічення рівня свідомості менше 5 балів за ШКГ, наявність анізокорії, зниження м'язового тону, об'єм вогнища ураження більше 100 см³, величина латеральної дислокації більше 15 мм, груба деформація базальних цистерн, величина ВКК – 2 менше 9% за даними КТ.

При інших клінічних та КТ – ознаках величина ВЧТ варіабельна.

ЧАСТОТА ХОЗЛ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Седлярук Д.А., Валецький Ю. Ю.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор М. І. Сахелашвілі

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра фтизіатрії і пульмонології

Актуальність. Хронічні обструктивні захворювання легенів (ХОЗЛ) – проблема, актуальність якої в усьому світі стрімко зростає. За прогнозами фахівців, до 2020 р. ХОЗЛ посяде 3-тє місце в структурі причин смертності, і на сьогодні це єдине захворювання, показник смертності від якого продовжує зростати. На ХОЗЛ страждає від 8 до 40 % дорослого населення віком 40 років і старше.

Лише у половини хворих на ХОЗЛ діагноз достовірно обґрунтований. Поширеність ХОЗЛ серед осіб, старших 60 років, становить 40,8 % усіх бронхолегеневих захворювань. Середня тривалість життя пацієнта з ХОЗЛ після встановлення II групи інвалідності – 5,5

року.

Мета роботи. Вивчити поширеність хронічного обструктивного захворювання легень у хворих на вперше діагностований туберкульоз.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленого завдання ми проаналізували, на предмет наявності супутньої патології у вигляді ХОЗЛ, медичну документацію всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, які знаходились з цього приводу на обліку у Волинському обласному територіальному медичному протитуберкульозному об'єднанні в 2015 році.

Результати. За цей період діагноз вперше діагностованого туберкульозу був встановлений 653 (62,78 випадків на 100 тис. населення) жителям Волинської області. З них у 208 (20,00 випадків на 100 тис. населення) процес в легенях мав деструктивний характер. У 197 (30,17 %) пацієнтів було діагностовано ХОЗЛ. Серед пацієнтів з деструктивним туберкульозом легень (208) ХОЗЛ виявлено в 111 (53,37 %).

Висновки. 1 Частота ХОЗЛ у хворих на туберкульоз у Волинській області сягає 30,17 %.

2 Частота ХОЗЛ у хворих на деструктивний туберкульоз легень у Волинській області сягає 53,37 %.

ХВОРОБА КАРОЛІ, УСКЛАДНЕНА ВТОРИННИМ БАКТЕРІАЛЬНИМ ХОЛАНГІТОМ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Семенюк В.В., Стасій В.О.

Науковий керівник: доцент, к.м.н. Нечипорук О.В.

ВНМУ ім. М. І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №1

Мета: виявити предиктори рецидивів вторинного бактеріального холангіту у пацієнтки з хворобою Каролі.

Матеріали та методи: узагальнені дані 14-ти річного проспективного спостереження хворої із рідкісним спадковим захворюванням, що характеризується кістозним розширенням внутрішньопечінкових жовчних проток.

Усі загально клінічні та лабораторно-інструментальні показники включені в єдину матрицю для запобігання втрати клінічної інформації та проаналізовані за допомогою статистичного методу головних компонент.

Отримані в ході кореляційного аналізу дані використані нами для створення регресійної моделі рецидиву холангіту. Коефіцієнт детермінації даної моделі =0,889.

Результати. Протягом періоду спостереження зафіксовано 7 епізодів вторинного бактеріального холангіту. В усіх випадках рецидивам холангіту передувало підвищення рівня маркерів холестази (гамаглутамілтранспептидази, $r=0,84$ та лужної фосфатази $r=0,9$).

Висновки. В якості предикторів рецидивів холангіту найбільший вплив мали перерви у прийомі препаратів урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) тривалістю більше двох тижнів; заміна оригінального препарату УДХК генеричним.

Оптимальною антибактеріальною терапією виявилась комбінація антибіотика фторхінолонового ряду (ципрофлоксацин) та похідного нітроїмідазолу (метрагіл).

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Ситник К.О., Мора О.С.

Харківський національний медичний університет,

Кафедра Внутрішньої медицини №1, м. Харків, Україна.

Мета — визначити особливості харчової поведінки у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих на НАЖХП віком 31—57 років (середній вік — $(55,41 \pm 11,48)$ року), які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої

НАМН України». До групи порівняння залучено 30 практично здорових осіб. Діагноз НАЖХП встановлювали відповідно до критеріїв Американської асоціації з вивчення печінки. Визначали тип харчової поведінки (екстернальний, емоціогенний, обмежувальний) за модифікованим опитувальником DEBQ. Досліджували стан гепатобіліарної системи на ультразвуковій діагностичній системі Phillips IU. Стан вуглеводного обміну оцінювали за рівнем глікемії натще та глікозильованого гемоглобіну.

Результати. Серед хворих на НАЖХП домінувала екстернальна харчова поведінка (у 48,3 % випадків; $p < 0,05$). Обмежувальну харчову поведінку виявлено у 28,3 % хворих, емоціогенну — у 23,3 %. Серед чоловіків переважаючим типом харчової поведінки був екстернальний ($p < 0,05$), тоді як у жінок різні типи харчової поведінки виявлено приблизно в рівних частках. В усіх вікових групах переважав екстернальний тип харчової поведінки.

Висновки. У хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки виявлено порушення вуглеводного та ліпідного обмінів: розвиток інсулінорезистентності та підвищення концентрації атерогенних фракцій ліпідів, ожиріння, зокрема його абдомінальну форму. У них встановлено переважання екстернальної харчової поведінки ($p < 0,05$). Корекцію харчової поведінки у цих хворих можна застосовувати для первинної та вторинної профілактики, а також лікування зазначеної нозології.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ ОСІБ ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ А/Н1N1

Сірих І.В., Любчак В.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

За останній час вірус А/Н1N1 набув розповсюдження серед етіологічних чинників гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ). У ряді країн вірус А/Н1N1 виявляється в 70% зразків біоматеріалу хворих на ГРВІ. Під час аналізу даних по Україні схожої епідемії 2009 із матеріалами 2015-2016 рр. виявлений однаковий етіологічний агент ГРВІ – вірус грипу А/Н1N1. В Україні на початок 2016 р. грипом заразилися 20% населення із летальним наслідком зафіксовано в межах 4,7% від загальної кількості інфікованих.

В 2009 року ВООЗ оголосила про введення шостого, максимального рівня загрози пандемії у зв'язку зі стрімким поширенням грипу А/Н1N1 у світі. Ці дані дають підставу на те, щоб розглядати дану ситуацію як підвищену небезпеку для здоров'я та життя населення в 2015-2016рр.

Метою роботи стало вивчення частоти захворюваності на вірус А/Н1N1 та кількість летальних випадків зафіксованих в місті Суми і Сумській області станом на 2009 та 2015-2016рр. та визначення оптимальних шляхів профілактики населення. Для підтвердження генотипу вірусу була використана полімеразно-ланцюгова реакція. Було опрацьовано архіви статистичних даних кафедри патоморфології СумДУ.

Під час піку захворюваності у 2009 році кількість померлих від захворювання на грип в Україні сягнула 414 осіб. У Сумській області зареєстровано 11 випадків смертей хворих на дану патологію. Станом на перший квартал 2016 року ці показники становили 120 осіб по Україні та 6 померлих по Сумській області.

Статичний аналіз епідеміологічної ситуації 2009 та першого кварталу 2016 рр. показав, що існує суттєве зниження рівня захворюваності на грип А/Н1N1 на 29%. На нашу думку такі показники захворюваності на грип повинні спонукати лікарів сімейної практики до активної роз'яснювальної роботи щодо неспецифічної профілактики та методів активної імунопрофілактики.

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ АСОЦІЙОВАНОЇ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Січенко А.А.

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Приступа Л.Н.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Зниження контролю бронхіальної астми (БА) призводить до погіршення якості життя, а також до несприятливих психосоціальних та економічних наслідків. Одним із факторів, який впливає на погіршення контролю БА є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), яка може імітувати симптоми БА та обтяжувати її перебіг. Асоціація даних захворювань трапляється у 65% хворих, при цьому у 24% ГЕРХ клінічно не проявляється.

Метою нашої роботи була оцінка контролю перебігу БА асоційованої з ГЕРХ.

Матеріали та методи. Для вивчення рівня контролю БА нами було обстежено 85 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній клінічній лікарні у 2012-2015 рр. Оцінку контролю перебігу БА проводили за допомогою опитувальника АСQ-5.

Результати. З усіх обстежених пацієнтів виявлено тільки 55 (64,7%), що отримували терапію ГЕРХ. Контрольована БА у цій групі хворих діагностувалась у 39(45,9%), частково контрольована – у 16 (18,8%). У 30 (35,3%) хворих, які не отримували терапію з приводу ГЕРХ, контрольований перебіг захворювання був у 17 (20%), і у 13(15,3%) – частково контрольований, що може вказувати на значний вплив ГЕРХ на перебіг БА. Опитування показало, що частота загострень була пропорційно пов'язана з лікуванням ГЕРХ – кількість загострень у хворих на БА і ГЕРХ значно зменшувалась при своєчасному виявленні і лікуванні ГЕРХ.

У цілому, результати дослідження показали, що при будь якому клінічному режимі лікування ГЕРХ, контроль над БА покращується, а кількість хворих, у яких досягається більш високий рівень контролю над БА, збільшується. Таким чином, рівень контролю БА у хворих з ГЕРХ прямо пропорційно залежить від обсягу лікування даної клінічної асоціації, що обов'язково повинно включати ІПП й антацидні препарати. Це дозволить покращити рівень контролю БА, скоротити кількість денних, й особливо нічних симптомів та покращити прогноз у хворих із асоціацією ГЕРХ та БА.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНА АРТРОПАТІЯ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Скрипник Н.В., Примачук О.Є.

Науковий керівник- к.мед.н., ас. Л. І. Маринич

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра внутрішньої медицини №2

Актуальність: Відомо, що кожного року більше ніж у 10 млн людей на планеті діагностують злякисні новоутворення різної локалізації. При цьому нерідко ознаки злякисного новоутворення, у тому числі й на ранніх стадіях, перебігають під маскою доброякісних уражень, що одержали назву паранеопластичних захворювань, чи синдромів. Паранеопластичний синдром (ПНС) – клініко - лабораторна сукупність ознак, які виникають у хворих при злякисних пухлинах та зумовлені неспецифічною реакцією з боку різних органів і систем або ектопічною продукцією пухлиною біологічно активних речовин.

Мета: Проаналізувати, згідно даних літератури особливості перебігу паранеопластичного синдрому.

Матеріали та методи: статті в наукових журналах, присвячені вивченню та описанню клінічних випадків ПНС.

Результати: Одним із проявів ПНС є паранеопластична артропатія (ПА). ПА відзначається у 10–15% хворих із ПНС. Особливостями ураження суглобів при вказаному синдромі є гострий початок, асиметричність ураження, невираженість запальної реакції суглобів, неспецифічність клініко-лабораторних проявів, відсутність деформації та суттєвих патологічних змін на рентгенограмах кісток і суглобів, рефрактерність до протизапальної терапії, невідповідність між тяжкістю стану пацієнта та відносною невираженістю

суглобового синдрому. Відмінною рисою ПНС є те, що на відміну від більшості ревматичних хвороб, дебют яких припадає на молодий та середній вік, випадки вторинних проявів на фоні малігнізації найбільш характерні для осіб старшого віку з тривалим анамнезом хвороби, що закономірно потребує більш ретельного скринінгу цього контингенту пацієнтів. В той же час, відміну від справжніх ревматичних захворювань, ПНС не мають їхньої повної клінічної картини.

Висновок: Своєчасна верифікація паранеопластичного процесу дозволяє суттєво впливати на клінічний прогноз, починаючи з раннього виявлення пухлини, своєчасного призначення протипухлинної терапії, покращення якості життя та відповідно його віддаленого прогнозу.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ДОНОРСЬКОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Слободян Г.Р., Дорошецька Є.В., Любчак В.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Донорська служба має стародавню історію. Метод кровопускання застосовувався в скіфів при багатьох захворюваннях. Відомо, що люди для омолодження брали кров вмираючих глadiatorів. Кров вживали під час воєн. Система кровообігу описана в 1628 р. Вільямом Гарвеем. У 1667 р. французький учений Жан Батист Денні перелив 250 мл крові ягняти юнакові, що страждав лихоманкою, і хворий нібито одужав.

Британський акушер Джеймс Бланделл у 1818 р. врятував життя однієї зі своїх пацієнток, перелив їй кров чоловіка. В 60 - 80-х рр. XIX с. було введено методи: внутрішньоартеріального переливання, консервування крові, хімічної стабілізації крові. У 1900 р. К. Ландштейнер відкрив три групи крові. У 1907 р. Я. Янський і в 1910 р. В.Л. Мосс виділили четверту групу крові. Перше науково обгрунтоване переливання крові з урахуванням її групової приналежності у Радянському Союзі було зроблено 20 червня 1919 р. В. Н. Шамовим. В Україні з урахуванням груп крові здійснили переливання Є.Ю. Крамаренко та Л.Я. Берінштейн у м. Одеса у 1922 році. Перше офіційне видання Інструкції з використання переливання крові як лікувального методу 14 серпня 1928 р. В Україні у 1930 організовано Український інститут переливання крові у Харкові, а в 1934р. – у Києві.

У 1998 р. інститут у Львові перейменований у Львівський науково-дослідний інститут патології крові та трансфузійної медицини МОЗ України.

Тепер служба крові України побудована за територіальним принципом і складається з 68 станцій переливання крові та 600 відділень переливання крові, які входять до складу лікарень та два інститути крові - у Києві та Львові.

Отже, у історії донорської служби є чітка багатогранна послідовність розвитку подій, які беруть початок з часів скіфів і тривають й досі.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Сміянова Ю.О., аспірант

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Функція ендотелію відображає комплексний вплив усіх атерогенних і антиатерогенних факторів, і тому можна її розглядати як показник активного патологічного процесу та суттєвий фактор ризику для майбутніх серцево-судинних ускладнень. Генетичний поліморфізм – це результат мутацій, які передбачають заміну одного нуклеотиду на інший, так звані крапкові однонуклеотидні поліморфізми (single nucleotide polymorphism – SNP). Вважається, що приблизно 30 % генів, що кодують білки, поліморфні. Виділені найбільш значущі гени, які обумовлюють поліморфізм регуляторних ферментних систем при артеріальній гіпертензії (АГ). Ген ендотеліну-1 (EDN1), що кодує ET-1, знаходиться на хромосомі 6р24-23. Добре вивчено вплив однонуклеотидного поліморфізму цього гену, який призводить до заміни амінокислоти лізину (Lys) на аспарагін (Asn) у положенні 198 поліпептидного ланцюга (G 1 A), на АГ та її ускладнень.

Варіант rs5370 (T) гену ET-1 (EDN1) призводить до формування білка ET-1 підвищеної активності. Наявність хоча б однієї алелі T є фактором ризику більш низького рівня ЛПВЩ, що може служити додатковим фактором у патогенезі атеросклерозу і ІХС, а для носіїв обох алелей T (генотип TT) у три рази підвищений ризик гіпертонічної хвороби.

Для носіїв алелі Asn характерний більш високий рівень ET-1 у плазмі, у той час як генотип LysLys асоційований із найменшим рівнем ET-1. Доведено, що поліморфізм Lys198Asn не впливає на рівень EDN1 і його попередників, що містяться в клітинному супернатанті, але вміст пептиду у крові хворих із АГ, що мають генотип TT, істотно вище, ніж у пацієнтів із генотипом GG. Згідно даних різних авторів існує взаємозв'язок генотипів T / T гену BNP (T-381C), A / A гену ФНП- α (G-308A), G / G гена ІІ-6 (C-174G), Asn / Asn гену ET-1 (Lys198Asn), T / T гену MTHFR (C677T) і C / C гену VEGF (G-634C), які відображають генетичну схильність в якості ведучого патогенетичного механізму ішемічної дисфункції міокарда та серцевої недостатності. Це вказує на предикторне значення підвищеної експресії даних нейрогормонів і прозапальних цитокінів у ранній діагностиці хронічної серцевої недостатності.

Таким чином, актуальним предметом подальших досліджень є визначення поліморфізму гена ендотеліну-1 у хворих на артеріальну гіпертензію в українській популяції.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ЦД 2 ТИПУ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Сміянов В.А., Домінас В.М., Кириєнко М.В., Болотнікова Н.В.*, Ваглай Ю.С.
СумДУ, кафедра сімейної і соціальної медицини; КУ СМКЛ №1**

Цукровий діабет (ЦД) та його ускладнення посідають одне з лідируючих місць серед причин смертності та інвалідності населення.

Мета: вивчення безпосереднього впливу ЦД 2 типу на морфологічні та функціональні зміни в міокарді ЛШ за наявності АГ.

Матеріали та контингент дослідження: обстежено 44 хворих на ЦД 2 типу та 22 хворих з АГ без ЦД у віці від 35 до 80 років. У першу групу увійшли хворі, що знаходились на лікуванні в ендокринологічному відділенні КУ «СОКЛ» із приводу ЦД 2 типу з АГ 1-2 ст., I-II ст. До другої групи увійшли хворі, що знаходились під наглядом в кардіологічному відділенні КУ «СМКЛ №1» і мали АГ. Проведене вимірювання глікемічного профілю та артеріального тиску (АТ), ЕхоКС дослідження з метою вивчення систолічної та діастолічної функції міокарду в обох групах. Обчислено індекс маси міокарду (ІММ), відносну товщину стінок (ВТС), співвідношення Е/А.

Результати. Серед 66 хворих із АГ збільшення ІММ більше 95 г/м^2 у жінок та більше 115 г/м^2 у чоловіків було виявлено у 32 хворих (48,5%), збільшення ВТС > 0.42 було виявлено у 37 хворих (56%); зменшення фракції викиду (ФВ) $< 55\%$ у 6 хворих (9,1%), зменшення відношення Е/А $< 1,0$ у 30 хворих (45,5%).

У 1 групі порушення систолічної функції ЛШ не виявлено, порушення діастолічної у вигляді порушення релаксації Е/А $< 1,0$ відмічено у 24 хворих (54,5%). Морфологічні зміни міокарду у вигляді збільшення ІММ більше 95 г/м^2 у жінок та більше 115 г/м^2 у чоловіків були виявлені у 24 хворих (54,5%), у вигляді збільшення ВТС > 0.42 у 25 хворих (56,8%). У 2 групі порушення систолічної функції лівого шлуночка виявлено у 6 хворих (27,3%), порушення діастолічної - у 3 хворих (13,6%). Морфологічні зміни міокарду у вигляді збільшення ІММ більше 95 г/м^2 у жінок та більше 115 г/м^2 у чоловіків були виявлені у 8 хворих (36,4%), у вигляді збільшення ВТС > 0.42 у 12 хворих (54,5%).

Висновки. Наявність ЦД має безпосередній вплив на функціональні та морфологічні характеристики міокарду ЛШ. У групі хворих із ЦД та АГ порушення релаксації ЛШ зустрічалось значно частіше, ніж у групі без ЦД, в той час як для групи без ЦД більш характерним було порушення систолічної функції ЛШ. Група хворих на ЦД та АГ також характеризувалася частою появою більш вираженої гіпертрофії міокарду ЛШ, ніж група хворих без ЦД.

ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКА LORHELPER У ВИВЧЕННІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ПРИ ПРОБЛЕМНО – ОРІЄНТОВАНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ

Смородська О.М.

Науковий керівник – к.мед.н., асист. Сміянов Є.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Запальні хвороби ЛОР-органів – досить велика група запальних захворювань, кожне з яких людина переносить кілька разів у житті. У цю групу входять запальні хвороби навколоносових пазух, глотки і мигдаликів і середнього вуха. Значення цих захворювань визначається їх надзвичайною поширеністю, особливо в дитячому віці.

Метою даної роботи було створення програмного забезпечення для опанування курсу оториноларингологія студентами, які навчаються за програмою проблемно-орієнтованого навчання.

Матеріали та методи: клінічні протоколи з оториноларингології, затверджені МОЗ України

Результати: Створено програму LORHELPER на базі операційної системи Android. Дана програма дозволяє різнобічно розглядати клінічні випадки, які передбачені програмою, за участю віртуального пацієнта. Програма містить сучасні клінічні протоколи з високою доказовою базою, затверджені МОЗ України і побудовані на міждисциплінарному підході, що дозволяє студенту ознайомитись з найновішими підходами у лікуванні захворювань ЛОР - органів. Студент має змогу «відвідати» операційний блок і бути присутнім на операції не виходячи з навчальної кімнати, переглядаючи операцію на планшеті або смартфоні в режимі реального часу. Також програма допомагає студенту опанувати основні етапи та правила постановки діагнозу, медичну логіку, візуалізувати клінічну картину під час огляду пацієнта при різних патологічних станах.

Висновки: LORHELPER – сучасний додаток для мобільних пристроїв, який дозволить удосконалити викладання оториноларингології і перейти до нового рівня подачі матеріалу, а отже полегшити засвоєння предмету, покращити якість освіти шляхом візуалізації клінічних ситуацій та розвитку клінічного мислення студентів.

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ПРИ АНТИАГРЕГАНТНІЙ ТА АНТИКОАГУЛЯНТНІЙ ТЕРАПІЇ

Сотніков Д.Д., Ломакін І.В.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність. Основою профілактики тромбоемболічних ускладнень є антитромбоцитарна і антикоагулянтна терапії, що є актуальним для пацієнтів із фібриляцією передсердь, серцевою недостатністю, перенесеними ішемічними інсультами тощо. Тривале використання препаратів указаних груп пов'язане із підвищенням ризику шлунково-кишкових кровотеч (ШКК).

Мета дослідження: встановити частоту та фактори ризику ШКК при використанні антитромбоцитарної та антикоагулянтної терапії.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведений порівняльний аналіз факторів ризику ШКК у 809 пацієнтів відділення абдомінальної хірургії СОКЛ.

Результати досліджень. Серед досліджуваних хворих 105 (12,9%) указували на прийом антиагрегантів та/або антикоагулянтів, а саме: варфарин – 26 (24,8%), рівароксабан – 11 (10,5%), аспірин – 13 (12,4%), клопідогрел – 9 (8,5%), комбінації аспірин із варфарином – 31 (29,5%) та варфарин із клопідогрелем – 15 (14,3%). Більшість хворих становили чоловіки – 61,9%, віковий діапазон від 27 до 82 років (у середньому – 58,7±5,2 роки). Порівняльний аналіз факторів ризику ШКК при лікуванні антиагрегантами, антикоагулянтами або їх комбінацією представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Фактори ризику	Антиагреганти, n=22	Антикоагулянти, n=37	Комбінація антиагрегантів із антикоагулянтами, n= 46
Вік >65 років	15 (68,2%)	19 (51,4%)	24 (54,3%)
Чоловіча стать	14 (63,6%)	14 (37,8%)	22 (47,8%)
Артеріальна гіпертензія (САТ > 160 мм.рт.ст.)	15 (68,2%)	26 (70,1%)	28 (60,8%)
Порушення печінки (підвищення білірубіну, АСТ, АЛТ, ЛФ)	5 (22,7%)	12 (32,4%)	12 (26,1%)
Порушення нирок (підвищення креатиніну)	2 (9,1%)	8 (21,6%)	5 (10,9%)
Щомісячний контроль ПТІ або МНВ (% осіб)	5 (22,7%)	11 (29,7%)	15 (32,6%)

Висновки

Найчастіше причиною ШКК виявився прийом комбінації варфарину із аспірином або лише варфарину. У всіх групах переважали хворі старше 65 років, із супутньою некерованою артеріальною гіпертензією. Антиагрегантна терапія частіше призводила до ШКК серед чоловіків, антикоагулянтна та комбінована – серед жінок. Порушення функції печінки або нирок більше відображалися при лікуванні антикоагулянтами.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНИМИ ПАРЕЗАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРОМІОСТИМУЛЯЦІЇ

Сотніков Д.Д., Перепелиця В.А.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології.

Актуальність проблеми: гострі порушення мозкового кровообігу є однією з основних причин смертності та інвалідизації серед населення. Лише 10-20 % хворих здатні повернутися до роботи, 25% - потребують постійної допомоги. Тому актуальним залишається пошук ефективного методу реабілітації таких хворих.

Мета дослідження: аналіз та оцінка ефективності методів електроміостимуляції у хворих з постінсультними парезами.

Матеріали і методи дослідження: на базі санаторія-профілакторія медичного інституту СумДУ нами проведено реабілітацію 34 хворих з постінсультними спастичними парезами від 2 до 4 балів шляхом електроміостимуляції апаратом АЄСТ-01. Методом випадкового розподілення пацієнти були поділені на 2 групи по 17 осіб, яким застосовували дві методики:

1) з метою підвищення аферентної стимуляції відповідних зон кори головного мозку, активізації нервово-м'язового апарату та покращання кровообігу паралізованих м'язів застосовувалась електроміостимуляція ослаблених м'язів (антагоністів спастичним) струмом силою 12-24 мА до появи дрібних скорочень (методика №1);

2) для розслаблення спастичного гіпертонусу використовувалося накладання електродів на спастичні м'язи з електроміостимуляцією струмом 6-12 мА до відчуття легкої вібрації (методика №2).

Для оцінки спастичності м'язового тонусу використовувалась шкала Ешоурта, м'язева сила визначалася за 5-ти бальною шкалою.

Результати дослідження: Після 15-денного курсу електростимуляції у 1-й групі спостерігалось зниження спастичності м'язів з 2,6 до 1,8 бали - на 30,7%, збільшення м'язової сили з 2,9 до 3,5 балів – на 17,1%. При лікуванні за методикою №2 було досягнуто зменшення м'язового тонусу з 2,7 до 2,4 балів - на 11,1%; збільшення сили з 2,8 до 3,0 балів - на 6,7%.

Висновки: таким чином, динаміка відновлення м'язової сили та зменшення м'язового тонуусу спостерігалася в обох групах. Проте більш ефективною виявилася методика №1, що свідчить про позитивний вплив електроміостимуляції на м'язи-антагоністи спастичним.

ВЗАЄМОЗУМОВЛЕНІСТЬ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ, АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ ЯК ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Стеблевська А. В., Воробей І. В. – студенти 3 курсу, Руденко Т. М.
Кафедра сімейної та соціальної медицини СумДУ*

Концепція профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) ґрунтується на контролі різних факторів ризику (ФР).

Дисліпідемія може мати різний ступінь вираженості за інших ФР, тому **метою** нашої роботи став пошук асоціацій між кількісними порушеннями ліпідних параметрів крові, а сам рівнем загального холестерину, β -ліпопротеїдів та іншими класичними ФР ССЗ, такими як АГ та ЦД.

Методи і матеріали: Шляхом випадкового вибору було відібрано 69 хворих віком до 60 років (середній вік $(52,0 \pm 1,0)$ року).

Проводилось загально-клінічне обстеження, визначення в крові рівня загального холестерину, β -ліпопротеїдів.

За рівнем загального холестерину всіх хворих було розподілено на три групи. Першу групу склали 4 пацієнта з низьким рівнем (< 180 мг/дл), другу – 25 хворих з нормальними показниками ($180 - 220$ мг/дл) і третю – 40 осіб із підвищеним рівнем (> 220 мг/дл).

Критерієм гіперліпопротеїнемії служив рівень бета-ліпопротеїнів вище 55 г/л.

Отримані результати. Нами визначено, що серед пацієнтів 1-ї групи встановлений діагноз АГ мав лише 1 пацієнт (25 %), пацієнти з ЦД II типу були відсутні, середній вік склав $36,0 \pm 1,0$ років; у 2-й групі – 8 пацієнтів (32 %) мали встановлений діагноз АГ, 3 (12 %) – мали поєднання АГ та ЦД II типу, середній вік склав $43,0 \pm 1,0$ роки; 3-я група була представлена пацієнтами серед яких – 15 (38 %) з АГ; 6 хворих (15 %) мали встановлений діагноз ЦД II типу; 8 чоловік (20 %) мали поєднання АГ та ЦД II типу, середній вік склав $51,0 \pm 1,0$ рік.

Підвищений рівень β -ліпопротеїдів (> 55 г/л) було діагностовано у 4 % 1-ї групи пацієнтів, 20 % – 2-ї групи і 80 % – 3-ї групи хворих.

Слід відзначити, що серед пацієнтів 3-ї групи було виявлено 11 осіб з гіперліпідемією, яка була асоційована лише з одним фактором ризику – віком.

Висновки:

1. АГ та ЦД II типу мають більш виражену асоціацію серед групи хворих з гіперліпідемією.

2. Хворі з гіперліпідемією, навіть при відсутності інших прелічених факторів ризику, які не отримуть лікування, мають велику вірогідність розвитку серцево-судинних захворювань.

3. Для профілактики серцево-судинних захворювань, дослідження ліпопротеїдів крові повинно проводитись всім хворим у віці понад 40 років.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ФІЗІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЛИЦЕВИХ НЕВРОПАТІЙ

*Стеценко Л.О., *Олійніченко Н.Є., **Стеценко Н.Н., **Бражнік Л.Є., Чемерис І.О.*

Науковий керівник – доцент Юрченко А.В.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

**КЗ СОКЛ, **КУСМКЛ №4*

Гостра лицева невропатія (ГЛН), яка проявляється переважно парезами та паралічами лицьової мускулатури, продовжує залишатися важливою медико-соціальною проблемою. Прийнято вважати, що ураження лицьового нерва поліетіологічні (ідіопатичні, ішемічні,

отогенні, травматичні та іншого генезу). При використанні традиційних методів лікування одужання настає у 40-60% випадків. Однак у частини хворих (від 20 до 30%) через 4-6 тижнів можуть розвиватися контрактури м'язів, які створюють не тільки косметичні незручності, але і викликають виражені психо-емоційні розлади.

Метою дослідження був підбір оптимальних методів електростимуляції при комбінованій фізіотерапії ГЛН. За період дослідження 2014 - 2015 рр. були визначені найбільш оптимальні схеми фізіотерапії при комплексному лікуванні ГЛН у 27 хворих, де центральною ланкою було проведення електростимуляції уражених м'язів. Лікувальні заходи, спрямовані на посилення крово- і лімфообігу в ділянці обличчя, поліпшення провідності лицьового нерва, відновлення функції м'язів, попередження розвитку м'язової контрактури включали фармакологічні (антибіотики - за показаннями, кортикостероїди, антигістамінні препарати, діуретики, антиоксиданти, вітаміни) і фізіотерапевтичні методи, включаючи комплекс ЛФК та масажу. В один день застосовували такі фізіотерапевтичні методи: КВЧ - терапію на навколочушну і хвору половину лица, електрофорез (напівмаска Бергоньє) з каріпаїном, солюкс, електростимуляцію м'язів обличчя за схемою. Електростимуляцію проводили апаратом СНМ - 2 - 01, точковим електродом по точках акупунктури ділянки лица. Курс лікування призначався індивідуально та становив 10-15 процедур.

Одночасне застосування фармакологічного лікування і фізіотерапевтичних процедур дозволило вирішити такі завдання:

- покращити якість лікування ГЛН практично у всіх хворих (за винятком 1 пацієнта);
- нормалізувати рухи м'язів лица;
- гармонізувати міміку;
- покращити жувальну і мовну функцію;
- покращити психо - емоційний стан пацієнтів;
- скоротити, в порівнянні з загальноприйнятим, терміни лікування хворих в середньому на 5-10 днів.

Вище зазначена схема комбінованої фізіотерапії ГЛН може бути рекомендована в якості лікування даної патології.

КОЕФІЦІЄНТ АТЕРОГЕННОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПІВ ЗА С825Т ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА β -СУБОДИНИЦІ G-БІЛКА

Стороженко А. В., Яценко А. В., Дудник Т. І., Моїсеєнко І. О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Дисліпідемії є однією з найбільш важливих причин розвитку атеросклерозу, тому їх своєчасна діагностика і правильне лікування можуть уповільнити процес розвитку атеросклерозу і зменшити ризик серцево-судинних ускладнень. Для більш адекватного аналізу порушень ліпідного обміну важливо оцінювати коефіцієнт атерогенності (КА).

Атеросклероз розглядають як багатофакторний процес, ініціація розвитку та прогресування якого визначається складним характером взаємодії традиційних факторів ризику з генетичними чинниками. Встановлено, що генетична детермінація атеросклерозу зумовлена великою кількістю поліморфних генів з різною потужністю фенотипічних ефектів. До них належить й досліджений С825Т поліморфізм гена β -субодиниці G-білка (GNB3), асоційований із розвитком атеросклерозу, а саме носії Т алеля мають вищі показники КА.

Мета дослідження. Визначити показник КА у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) залежно від С825Т поліморфізму гена GNB3.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 155 хворих на АГ. Використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. КА обчислювали за формулою Ф.М.Климова: $КА = \frac{\text{загальний холестерин} - \text{холестерин ліпопротеїдів високої щільності}}{\text{холестерин ліпопротеїдів високої щільності}}$. За норму приймали КА нижчий 3,0 ум.од.

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. Встановлено, що показник КА у хворих на АГ з генотипом С825С склав 2,6 (1,9 – 3,2) ум.од., С825Т – 2,8 (2,2 – 4,0) ум.од., Т825Т – 3,4 (2,5 – 4,7) ум.од., ($p = 0,032$). КА у носіїв Т825Т генотипу порівняно із носіями С825С був на 24 % вищий ($p = 0,011$, Манна-Уїтні), проте у носіїв С825Т генотипу різниці з носіями С825С та Т825Т генотипів не виявлено ($p = 0,0741$ та $p = 0,184$, Манна-Уїтні).

Висновки. Пацієнти з АГ, що є носіями Т825Т генотипу гену мають вищий показник КА ніж носії генотипів С825Т та С825С. Визначення С825Т поліморфізму гена GNB3 необхідне для проведення ранньої профілактики серцево-судинних ускладнень у хворих на АГ.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ L-КАРНІТИНУ НА ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Стрижак С.С., студент

Науковий керівник – к.м.н., асистент Гордіна М. А.

Медичний інститут СумДУ, кафедра сімейної медицини

Метаболічний синдром (МС) супроводжується атерогенною дисліпідемією, а саме «ліпідною тріадою»: гіпертригліцеридемією, низьким рівнем холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) і підвищенням фракції ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). Корекція показників ліпідного профілю є важливим компонентом попередження розвитку серцево-судинних ускладнень та раптової коронарної смерті у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС). Відомо, що L-карнітин забезпечує транспорт вільних жирних кислот із цитозоля до мітохондрій, а отже зменшується їх доступність для синтезу тригліцеридів (ТГ).

Мета дослідження. Вивчення впливу застосування препарату L-карнітин на показники ліпідного профілю у пацієнтів з ІХС у поєднанні з МС.

Матеріали та методи. У дослідження включено 25 пацієнтів з ІХС та повним МС, які отримували стандартну терапію ІХС (у тому числі аторвастатин у дозі 20 мг на добу). Хворі були розподілені на 2 співставні групи, 13 пацієнтам додатково вводили L-карнітин у дозі 1,0 г внутрішньовенно стуминно 1 раз на добу впродовж 15 днів, 12 осіб отримували лише базисну терапію ІХС. Динаміку показників ліпідограми оцінювали через 15 днів лікування, порівняння проводили між групами хворих.

Результати дослідження. Пацієнти порівнюваних груп достовірно не відрізнялись за початковими показниками ліпідограми. Через 15 днів у хворих, що отримували додатково до базисної терапії L-карнітин, достовірно знизилась концентрація ТГ ($1,8 \pm 0,12$ vs $2,4 \pm 0,23$ ммоль/л; $p < 0,05$), у пацієнтів, що отримували лише стандартну терапію ІХС достовірного зменшення вмісту ТГ не було ($2,1 \pm 0,21$ vs $2,3 \pm 0,18$ ммоль/л; $p > 0,05$). За іншими показниками ліпідограми (рівнем загального холестерину, ЛПВЩ та ЛПНЩ) достовірної різниці вмісту між початковими значеннями та через 15 днів терапії в обох групах пацієнтів нами виявлено не було.

Висновки: Встановлено, що парентеральне застосування L-карнітину у дозі 1,0 г на добу впродовж 15 днів має позитивний вплив на зменшення вмісту ТГ плазми крові пацієнтів з ІХС у поєднанні з МС.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКВІВАЛЕНТНОСТІ ПЛАСТИКОВИХ КОНТЕЙНЕРІВ ДЛЯ ЗАБОРУ ЦІЛЬНОЇ КРОВІ (450/400 ТА 450/450)

Токар В.С., Вікол В.О., к.м.н. Любчак В.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність: сучасна різноманітність ринку пластикової тари для взяття цільної крові іноді призводить до суперечностей відносно пріоритетності тих чи інших її типів. Одним з

найактуальнішим питань є еквівалентність контейнерів 450/450 з 450/400 та 350/350 з 350/300 мл.

Мета дослідження: дослідити фізіологічні та технологічні властивості пластикових контейнерів для забору крові об'ємом 400 та 450 мл.

Матеріали та методи: в результаті проведених досліджень встановлено, що залишковий об'єм в контейнерах 450 мл в середньому складає 1,41 мл, а в контейнерах 400 мл - 0,71 мл. Враховуючи фізіологічну варіабельність заповнення контейнерів, згідно інформації, наданої станціями переливання крові, такий залишок є статистично, фізіологічно та технологічно несуттєвим, тому 450/450 і 450/400 є еквівалентними з цього параметру.

Отримані дані щодо швидкості крапельної та струминної трансфузії ($n=30$, $m_1 - 0.3$; $m_2 - 1.17$; $V=200$ мл, $v=50-60$ крапель/хв). Крапельна трансфузія для контейнерів 450 мл склала в середньому 76,26 хв., 78,11 для контейнерів 400 мл., струминна - в середньому 54,46 сек. для контейнерів 450 мл, та 54,79 сек. - для контейнерів 400 мл.

В результаті експерименту встановлено, що в однакових умовах швидкість заморозки контейнерів 450 мл в середньому 118,46 хв. Швидкість заморозки контейнерів 400 мл - в середньому 146,03 хв. Різниця в швидкості заморожування мішків 400мл. і 450мл достовірна, так як вірогідність безпомилкового прогнозу більше 95% ($p<0,001$) $t>2$.

В разі неможливості використання контейнерів 450/450 мл замість 450/400 рекомендовано замінити холодильники на більш сучасні.

Висновок: контейнери 450 мл можна вважати еквівалентом контейнерів 400 мл з кращими властивостями, але контейнери 400 мл не можуть бути еквівалентом 450 мл.

КОРЕКЦІЯ ЗМІН ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ЖІНОК З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Трефаненко І.В., Гречко С.І., Амелін М.П.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

За 25-річний період поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) серед жіночої популяції населення коливається від 17,9 до 16,4%. Сьогодні кожна п'ята жінка віком 50-59 років має ознаки ІХС. Найчастішою формою хронічного холециститу є хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), який діагностується у 55-63% випадків захворювань біліарного тракту. Тому поєднаний перебіг ІХС та ХНХ є сучасною рисою жінки працездатного віку. Мета роботи: дослідити вплив препарату Магнію оротату дигідрат на зміни гемодинаміки у жінок з поєднаним перебігом ІХС та ХНХ за даними ЕхоКС. Було проведено обстеження 27 жінок з поєднаним перебігом ХНХ та ІХС. Середній вік склав $52,0 \pm 2,8$ років. Жінок розподілили на дві групи: I-а група (10 осіб) отримала базисне лікування, II-а група (17 осіб) додатково отримала Магнію оротату дигідрат в добовій дозі 3 г. Після проведеного лікування в дослідній групі можна відзначити зменшення скарг, пов'язаних із жовчовивідною системою, та проявів астено-вегетативного синдрому. При вивченні показників КДР, КДО слід зазначити їх зменшення, відповідно на 5,3% та 15,4% ($p<0,05$), при майже не змінених показниках КСР та КСО ($p>0,05$). Фракція викиду достовірно незмінилась. При дослідженні динаміки показників скоротливої фази вигнання виявили зменшення швидкості циркулярного вкорочення волокон міокарда на 10,2% ($p<0,05$). Варіація показника кінцевого систолічного меридіального стресу у жінок засвідчила зменшення його на 9,0% ($p<0,05$). За показниками функціонального стану лівого шлуночка та міокардіальної скоротливості по відношенню до першочергових показників встановили відповідне зменшення ФСЛШ на 13,8% ($p<0,05$) та збільшення МС на 64,7% ($p<0,05$). Таким чином, застосування Магнію оротату дигідрат в комплексному лікуванні жінок з поєднаним перебігом ХНХ та ІХС позитивно впливає на діастолічну функцію міокарда.

ВПЛИВ АНТИЛЕЙКОТРИЄНОВИХ ПРЕПАРАТІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ АСОЦІЙОВАНУ З ОЖИРІННЯМ

Фоміна В.О.

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

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Актуальність: Одним з найпоширеніших видів коморбідності є поєднання бронхіальної астми (БА) і ожиріння. Поширеність БА складає в середньому від 7 до 15% у різних країнах, більше 30% населення страждає на ожиріння. У пацієнтів з коморбідністю БА та ожиріння залишаються досить низькими показники контролю БА та якості життя (ЯЖ). Тому актуальною є розробка диференційованих підходів до лікування хворих з даним фенотипом БА.

Мета дослідження: Дослідити вплив антилейкотрієнових препаратів на показники ЯЖ хворих на БА з ожирінням.

Матеріали і методи: Обстежено 90 хворих на БА 4 ступеня, неконтрольовану або частково контрольовану та ожиріння, з них 30 хворих (І група) протягом 4 тижнів отримували базисну терапію середніми дозами інгаляційних глюкокортикоїдів (ІГКС) та β_2 -агоністів тривалої дії у комбінації з холінолітиками тривалої дії; інші 30 хворих (ІІ група) отримували таку ж базисну терапію у комбінації з антилейкотрієновими препаратами. Контрольну групу склали 30 хворих на БА 4 ступеня та ожиріння, що протягом вказаного терміну отримували базисну терапію високими дозами ІГКС та β_2 -агоністів тривалої дії. Ожиріння діагностували шляхом обчислення ІМТ ($\geq 30 \text{ кг/м}^2$). Для визначення ЯЖ хворих використовували загальний опитувальник SF-36.

Результати дослідження: Оцінка показників ЯЖ у динаміці після 4-тижневої терапії виявила підвищення сумарної кількості балів у кожній з груп порівняно з початковими даними, проте у І та ІІ групі спостерігалися кращі результати порівняно з контрольною. У ІІ групі порівняно з І групою відбулося статистично значиме підвищення балів за такими розділами: «фізична активність» ($63,9 \pm 5,72$), «загальне здоров'я» ($68,8 \pm 5,42$), «життєздатність» ($62,3 \pm 5,87$), «соціальна активність» ($58,6 \pm 5,72$), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» ($53,6 \pm 4,31$), «психічне здоров'я» ($63,3 \pm 5,11$) ($p < 0,05$). У ІІ групі також виявлено зв'язок показників ЯЖ з віком пацієнтів (у хворих віком менше 40 років показники виявилися достовірно кращими ($p < 0,05$)).

Висновки: Комбінація базисної терапії середніми дозами ІГКС та β_2 -агоністів тривалої дії з антилейкотрієновими препаратами виявилася ефективною у хворих на БА з ожирінням.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АТИПОВИХ ФОРМ ІНСУЛЬТУ (АКЦЕНТ НА ПСЕВДОІНСУЛЬТ).

Хрип'як Х.Є., Ціфриниць О.І.

Науковий керівник – доц. Малярська Н.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології*

Актуальність: Псевдоінсульт – патологічний стан, що за клінічною картиною нагадує гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), а на аутопсії головного мозку не виявляються морфологічні зміни, які могли б пояснити вогнищеві неврологічні прояви. Частота псевдоінсульту серед ГПМК коливається від 3,6 до 6,3% випадків. Розвиток псевдоінсульту можуть зумовити захворювання легень, серця, печінки, нирок.

Мета дослідження: визначити основні клінічні особливості, диференціально-діагностичні критерії синдрому псевдоінсульту при соматичних захворюваннях на основі аналізу історій хвороб.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося на базі неврологічного відділення ЛОКЛ протягом року. За час спостереження та аналізу історій хвороб, пацієнтів з ГПМК було 312 осіб, з них 30 історій хвороб проаналізовано після аутопсії.

Результати : У багатьох пацієнтів в анамнезі були дані про наявність серцево-судинної патології : артеріальна гіпертензія (38%), ішемічна хвороба серця (26%), інфаркт міокарду (ІМ) (10%), перенесені раніше інсульти (26%). Під час обстеження пацієнтів в неврологічному відділенні як основне захворювання було діагностовано : тромбози та тромбоемболії легеневих артерій (ТЕЛА) (20%), ІМ (6.7%), рак внутрішніх органів (16,6%), апостематозний нефрит (10%), гіпертонічна хвороба (10%) та ГПМК за геморагічним типом (36,7%). При аутопсії у 24 пацієнтів були підтверджені морфологічні вогнищеві зміни тканин мозку у вигляді геморагічного та ішемічного інсульту, ще у двох пацієнтів виявлені субарахноїдальні крововиливи, а у 4 – розбіжності із встановленим діагнозом. Згідно з паталогоанатомічним діагнозом причиною смерті у хворих були : серцева недостатність (3,3%), ТЕЛА (23,3%), рак внутрішніх органів (16,7%), інфаркт мозку (10%) та набряк головного мозку із вклиненням у потиличний отвір (46,7%).

Висновки :

1. Соматичні захворювання є пусковим механізмом розвитку псевдоінсульту.
2. Поставити діагноз псевдоінсульту, спираючись тільки на клінічні прояви неможливо.
3. Характер ураження головного мозку можна визначити лише за допомогою КТ, МРТ. Інформативність цих методів становить 70-100% протягом 1-2 доби.

РОЗВИТОК "ІШЕМІЧНОГО КАСКАДУ" ПРИ ІНСУЛЬТАХ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ (СПІВВІДНОШЕННЯ КЛІНІКИ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ). СТРАТЕГІЇ ІНТЕНСИВЕОЇ ТЕРАПІЇ

Ціфриньць О.І., Хрип'як Х.Є.

Науковий керівник-доц. Малярська Н.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра неврології

Актуальність. Загальна смертність при легкій черепно-мозковій травмі (ЧМТ) становить 4-5%, а при важкій – 68-70%. Віддалені наслідки при ЧМТ спостерігаються у 50-100% випадків залежно від важкості травми. За даними "Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2008" інсульт займає друге місце серед захворювань з фатальним наслідком, а також є найбільш поширеною причиною втрати працездатності.

Мета. Ретельно дослідити клініку та нейровізуалізаційні зміни на комп'ютерній томографії(КТ), магнітно-резонансній томографії (МРТ) при ЧМТ та інсультах та показати кореляційний зв'язок між ними.

Методи та матеріали. Проведено обстеження 11 хворих віком від 19 до 55 років: серед них 10% з ЧМТ, 50% з ГПМК, 40% з хронічною ішемією мозку(ХІМ), внаслідок перенесених ГПМК раніше. Зібрано скарги, анамнез хвороби, життя, проведено неврологічне обстеження пацієнтів, проаналізовано параклінічні та інструментальні методи дослідження (доплерографія судин шиї, КТ та МРТ головного мозку).

Результати. Особливості перебігу патофізіологічних процесів («ішемічного каскаду») при інсульті та травмі свідчать, що в основі пошкодження цілісності клітин та тканин при різних формах ураження мозку лежать подібні механізми. Екзоцитотоксичні фактори активуються при ЧМТ та інсультах, що спричиняє вторинне пошкодження мозку. Встановлено, що на початку захворювання між вираженістю клінічної картини і змінами на КТ є непрямий кореляційний зв'язок, на піку і по завершенні - прямий кореляційний зв'язок.

Висновки. Лікування має бути спрямоване на "сповільнення" розвитку "ішемічного каскаду" завдяки відновленню адекватної перфузії мозку та нейропротекторній терапії шляхом:

1. Усунення гіпоксії (РаО₂ більше 60 мм.рт.ст.)
2. Попередження розвитку артеріальної гіпотензії (систоличний АТ більше 90 мм.рт.ст., у хворих на артеріальну гіпертензію – не менше 110-120 мм.рт.ст.), чи артеріальної гіпертензії, при перевищенні систоличного АТ 180-200 мм.рт.ст.
3. Підтримання адекватного церебрального перфузійного тиску (більше 70 мм.рт.ст.)

4.Корекція внутрішньочерепного тиску (не вище 20-25 мм.рт.ст.)

5.Профілактика і усунення вазоспазму.

КАРДІО-РЕНАЛЬНІ ЗВ'ЯЗКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.

Чернацька О. М., аспірант

*Медичний інститут Сумського державного університету,
кафедра сімейної та соціальної медицини.*

Мета. Дослідити взаємозв'язок показників систолічної та діастолічної серцевої недостатності (СН) із маркерами діабетичної нефропатії, які слугують факторами ризику серцево-судинних ускладнень (ССУ) у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу і артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи. Обстежено 80 хворих із АГ і ЦД 2 типу, які проходили лікування у СМКЛ № 1. Пацієнтів було поділено на дві групи в залежності від рівня глікозильованого гемоглобіну (НЬА1с). У 36 осіб першої (I) групи він був меншим за 8%, а у 44 другої (II) – більшим. Взято саме це значення, бо при ньому значно зростає ризик розвитку ССУ у пацієнтів із ЦД 2 типу. Методи дослідження: клінічні, біохімічні, інструментальні, математичні, статистичні. Після визначення рівня мікроальбуміну та креатиніну в сечі біохімічним методом, було обчислене співвідношення цих показників. Усім пацієнтам проведено ехокардіоскопію, після чого розраховано індекс маси міокарда (ІММ) лівого шлуночка (ЛШ) та співвідношення Е/А (для оцінки діастолічної СН) та оцінено фракцію викиду (ФВ) ЛШ (показник систолічної СН). Дані оброблялися статично.

Результати. У пацієнтів I групи у порівнянні із особами II групи констатоване менше співвідношення альбумін / креатинін у сечі ($(428 \pm 6,5)$ мг/г, $(464 \pm 9,1)$ мг/г, $t = 3,22$, $p < 0,01$); більше співвідношення Е/А ($(0,82 \pm 0,01)$, $(0,77 \pm 0,02)$, $t = 2,24$, $p < 0,05$), вищий рівень ФВ ЛШ ($(56,72 \pm 1,8)$ %, $(49,5 \pm 1,6)$ %, $t = 2,998$, $p < 0,01$), менші значення ІММЛШ ($(82,7 \pm 1,79)$ г/м^{2,7}, $(90,21 \pm 1,43)$ г/м^{2,7}, $t = 3,27$, $p < 0,01$).

Висновок. Встановлено пряму пропорційну залежність між маркерами діабетичної нефропатії, які слугують факторами ризику ССУ при ЦД 2 типу та показниками систолічної і діастолічної СН, що доводить взаємозв'язок цих патологій та необхідність комплексного підходу до лікування.

УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Чумак О.О., магістр, Нагорна А.О., студ., Деміхова Н.В., доцент

СумДУ, кафедра сімейної та соціальної медицини

Медико-соціальна значимість ураження серця при ревматоїдному артриті (РА) визначається її високою поширеністю, неухильно прогресуючим перебігом, незадовільним довгостроковим прогнозом і відсутністю позитивної динаміки кардіоваскулярної захворюваності та смертності при РА протягом останніх десятиліть. Несвоєчасна діагностика кардіоваскулярних захворювань і особливості їх перебігу (ранній розвиток, атипова симптоматика або безсимптомний перебіг) у хворих РА підтримують ці несприятливі епідеміологічні тенденції.

Мета дослідження. Оцінити структуру ураження серця у хворих на РА.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 70 історій хвороб хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні КУСОКЛ з 2015 по 2016 рр. з приводу РА. Для дослідження використовувалися клінічні (збір анамнезу, скарг, фізикальне обстеження), лабораторні, інструментальні методи.

Результати дослідження. У більшості хворих на РА виявлені клінічні ознаки можливого ураження кардіоваскулярної системи (тахікардія, екстрасистолія, кардіалгії, патологічні шуми в серці) що відповідає 64,2% хворих. Вади серця виявлені у 4 хворих: аортальний стеноз - у 2 (2,9%), мітральна недостатність – у 2(2,9%) хворих. Розвиток перикардиту спостерігався у 9 (12,9%) хворих РА, із них у 7 хворих виявлений ексудативний перикардит,

а у 2 – тільки потовщення листків перикарда; одиничні шлуночкові екстрасистолії - у 9 (12,6%), одиничні передсердні екстрасистолії - у 12 (17,1%) хворих. Синусова тахікардія зареєстрована – у 10 (14,3%) , брадикардія у 2 (2,9%) хворих. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка виявлені у 5 (7,1%) хворих, дифузні зміни міокарда у 6 (8,6%) хворих. Порушення провідності у вигляді неповної блокади правої і лівої ніжок пучка Гіса відмічені у 4 (5,7%) і у 2 (2,9%) пацієнтів відповідно.

Висновки. На підставі проведених досліджень отримано переконливі дані про ураження серцево-судинної системи у переважній більшості хворих на РА. У частини хворих виявлено ураження серця, що представлено ендокардитом, перикардитом, порушеннями ритму серця та ін. Установлена необхідність проведення ЕхоКС, ЕКГ, холтеровського моніторингу ЕКГ для ранньої діагностики та виявлення ураження серцевого м'язу, що необхідно враховувати при виборі стратегії обстеження та призначення комплексної терапії хворим РА.

РЕГІОНАЛЬНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Шаповал М. М., студент 6-го курсу; Сміянова О.І., ст. викладач

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Демографічною проблемою України є несприятлива смертність населення. Сучасна ситуація зі смертністю є неблагополучною як для міського, так і для сільського населення.

Мета дослідження. Аналіз сучасного рівня смертності населення України та його регіональних особливостей.

Матеріали та методи. Проведений аналіз загальних показників смертності та її структури в Україні за останні 5 років.

Результати. За останні п'ять років (2010-2014 рр.) загальний показник смертності в Україні утримується на надто високому рівні і складає 16,3-14,7 %. Він має також регіональні відмінності: у 2014 р. величина коефіцієнта коливалася у межах від 9,8% у м. Києві до 18,6% у Чернігівській області. Найвищий показник загальної смертності спостерігається в північних областях – 16,6-18,6 %, відносно нижчий рівень показника – у західній частині України , 11,8-13,8%. Значною мірою такі коливання пояснюються дією структурного (вікового) чинника. Так, у західних областях (Закарпатська, Івано-Франківська, Рівненська, Чернівецька) відносно молода вікова структура населення змінює загальний показник смертності у бік зменшення, а в областях зі старою віковою структурою (Чернігівська, Сумська, Житомирська) – в бік підвищення. Крім того, на півночі спостерігаються найсуттєвіші диспропорції смертності за статтю.

Вигідно вирізняється на фоні змін вікового профілю вимирання населення в Україні смертність дітей віком від 1 до 15 років. Ризик смерті цих дітей порівняно з іншими віковими групами є найменшим. Смертність дітей даного вікового контингенту має позитивну динаміку і за останні п'ять років зменшилася майже на чверть. Інтенсивність смертності дітей між 1 і 15 роками відчутно варіює за типом поселення: діти, які проживають у селах, помирають у 1,3 рази частіше, ніж їхні ровесники в містах.

За поєднанням рівнів смертності у різних вікових групах у 2014 р. на території України можна виділити такі регіони: до територій з низьким рівнем смертності в усіх вікових групах можна віднести тільки Львівську область та м. Київ. Високий рівень смертності в усіх вікових групах спостерігався у Чернігівській, Сумській, Полтавській, Житомирській, Черкаській областях, які становлять велику просторову ланку території України. В усіх регіонах країни смертність сільського населення була вищою, ніж міського.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СХЕМИ ЛІКУВАННЯ

Шкандала А.Ю.

Науковий керівник: асистент Грек А.В.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Актуальність теми: Ішемічна хвороба серця (ІХС) – основна причина смертності та втрати працездатності населення. Своєчасна діагностика та адекватне лікування ІХС визначають не тільки можливість зниження частоти коронарних ускладнень, але й, якість життя пацієнтів.

Мета: Оцінити якість життя хворих на ІХС залежно від схеми обраного лікування.

Матеріали і методи дослідження: Обстежено 60 хворих на ІХС, які проходили лікування в Сумському обласному кардіологічному диспансері. Діагностику та лікування проводили згідно Наказу №436 МОЗ України (2006р). Пацієнти поділені на 2 групи: у I групі проводилась базова терапія (n = 31), а у II – базова терапія із додаванням фолієвої кислоти в дозі 5 мг/д у поєднанні із вітамінним препаратом, що містить: (1 ампула 3 мл) тіаміну гідрохлориду (вітаміну B1) 100 мг, піридоксину гідрохлориду (вітаміну B6) 100 мг, ціанокобаламіну (вітаміну B12) 1 мг (n = 29). Оцінка якості життя проводилась згідно Сієтлівського опитувальника якості життя хворих (SEATTLE ANGINA QUESTIONNAIRE). Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS – 17.

Результати та їх обговорення: Визначено, що обмеження фізичних навантажень на початку лікування в I групі становило 28,9 (6,7 – 53,3), у II групі – 17,8 (6,7 – 46,7) балів. Через 1 місяць спостереження у I групі показник становив – 51,1 (22,2 – 73,3), у II – 46,7 (28,9 – 93,3), через 3 місяці – 80,0 (51,1 – 93,3), та – 80,0 (46,7 – 93,3) балів. Стабільність нападів стенокардії у I групі склала 25 (0 – 75) на початку лікування, у II групі – 25 (0 – 75), через місяць лікування у I групі – 75 (50 – 100), у II – 75 (25 – 125), через 3 місяці у хворих I і II групи – 100 (75 – 125), та – 125 (75 – 125) балів. Ми враховували частоту нападів стенокардії, що на початку лікування становила 40 (0 – 40) і 20 (0 – 20), через 1 місяць – 60 (20 – 70), та 50 (20 – 90), через 3 місяці – 80 (50 – 100), та – 80 (50 – 100). Задоволеність лікуванням становила у I групі – 47,5 (11,3 – 13,8), у II – 60,0 (6,3 – 13,8), через 1 місяць – 71,3 (46,3 – 113,8), та – 71,3 (30,0 – 95), через 3 місяці – 93,8 (48,8 – 113,8), та 95 (51,3 – 100).

Висновок. Використання базової терапії із додаванням вітамінних препаратів має тенденцію покращення показників якості життя у хворих на ІХС.

ЗНАЧЕННЯ ОКРЕМИХ ЦИТОКІНІВ В РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННІ АТОПІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Шумко Г.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Вагоме значення у розвитку та прогресуванні бронхіальної астми (БА) відіграють різні клітинно-медіаторні механізми. Зокрема, досить актуальним є вивчення ролі окремих цитокінів (інтерлейкіну-1 (ІЛ-1) – медіатор розвитку місцевої запальної реакції; фактору некрозу пухлин-альфа (ФНП- α) – медіатор розвитку пізньої фази atopічної реакції та хронізації atopічного запалення), а також цитокін-опосередкованої гіперпродукції імунoglobуліну Е (Ig E) в патогенезі atopічного запалення при БА.

Метою нашого дослідження є оцінка значення окремих цитокінів в розвитку та прогресуванні atopічного запалення в осіб молодого віку, хворих на БА.

Завдання дослідження: визначення окремих цитокінів та Ig E в осіб молодого віку, хворих на БА.

Матеріали та методи. Дослідження проведені в 62 осіб молодого віку, хворих на інтермітуючу та персистувальну легку БА (відповідно I та II групи хворих). Контрольну

групу склали 10 практично здорових осіб. Концентрацію в плазмі крові ІЛ-1 β , ФНП- α та загального Іg Е визначали методом імуноферментного аналізу.

Основні результати. Рівень ІЛ-1 β в плазмі крові в I та II групах обстежених зростав відповідно в 1,9 та 2,7 рази ($p < 0,01$) порівняно з практично здоровими особами. У хворих I групи ФНП- α був в 2,6 рази ($p < 0,001$), а в пацієнтів II групи в 4,4 рази більший порівняно з групою практично здорових осіб ($p < 0,001$) та в 1,7 рази більший порівняно з хворими I групи ($p < 0,05$). Значного зростання зазнав Іg Е у всіх групах обстежених. Так, в I та II групах хворих Іg Е плазми зростав відповідно в 2,9 та 4,6 рази ($p < 0,001$) порівняно з практично здоровими особами. Дані зміни свідчать про наявність значного запального процесу у осіб, хворих на БА, особливо при персистуванні захворювання.

Отже, в осіб, хворих на БА відмічається активація системи цитокінів за рахунок достовірного зростання ІЛ-1 β та ФНП- α , внаслідок чого відбувається цитокіноопосередкована гіперпродукція загального Іg Е. Найбільш значні зміни показників виявлені у хворих персистувальною БА. Тому, доцільним буде якомога раніше провести корекцію виявлених змін з метою не допустити прогресування патологічного процесу.

ІНТЕНСИВНІСТЬ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Шумко Г.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Численні наукові повідомлення доводять, що активні форми кисню (АФК) викликають окисну модифікацію білків (ОМБ) з утворенням карбонільних похідних амінокислотних залишків. Згідно сучасним уявленням, у розвитку та прогресуванні бронхіальної астми (БА) велику роль відіграє зростання ОМБ, будучи одним із найважливіших механізмів регуляції стану мембран і клітин.

Метою нашого дослідження є оцінка інтенсивності ОМБ в осіб молодого віку, хворих на БА залежно від .

Завдання дослідження: визначення інтенсивності ОМБ в осіб молодого віку, хворих на БА.

Матеріали та методи. Дослідження проведені в 76 осіб молодого віку, хворих на БА. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб. Ступінь ОМБ оцінювали за рівнем альдегідо- та кетоніпохідних динітрофенілгідрозонів нейтрального характеру (АКДНФГ НХ) (E₃₇₀, нм) та основного характеру (АКДНФГ ОХ) (E₄₃₀, нм) в плазмі крові за методом О.Є. Дубініної та співавторів у модифікації І.Ф. Мещишена.

Основні результати. Аналіз отриманих даних свідчить, що в осіб молодого віку хворих на БА значно підвищуються в плазмі крові показники вмісту продуктів ОМБ. Так, рівень АКДНФГ НХ у хворих на БА був вірогідно вищим, ніж у практично здорових осіб на 45,3 % ($p < 0,001$). Рівень АКДНФГ ОХ також був вірогідно вищим порівняно з групою практично здорових осіб на 22,3 % ($p < 0,001$). Рівень АКДНФГ НХ та ОХ тісно взаємопов'язані, про що свідчить встановлений між цими показниками прямий кореляційний зв'язок.

Зростання рівня продуктів ОМБ може бути раннім критерієм пошкодження тканин АФК. Рівень внутрішньоклітинних модифікованих білків відображає стан рівноваги між рівнем окислених білків і темпом їх розпаду. Накопичення продуктів ОМБ є складовою багатьох факторів, які керують синтезом і окисленням білків з одного боку та активністю різних протеаз – з іншого. Втрата активності внутрішньоклітинних протеаз, при дії на них АФК, призводить до окислювального стресу та нагромадження в клітині окислених білків.

Отже, у осіб молодого віку хворих на БА спостерігається значне підвищення інтенсивності ОМБ, особливо за рахунок АКДНФГ НХ.

ОЦІНКА ОКРЕМИХ ПОКАНИКІВ ГОРМОНАЛЬНО-ВЕГЕТАТИВНОГО СТАНУ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Шумко Г.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Нині бронхіальна астма (БА) займає одне з провідних місць серед захворювань органів дихання та є актуальною проблемою сьогодення. Не викликає сумнівів вагома роль порушення гормонально-вегетативного стану у формуванні таких ключових ланок патогенезу БА, як алергічне запалення та гіперреактивність бронхів.

Метою нашого дослідження є оцінка взаємозв'язку між гормональним та вегетативним станом в осіб молодого віку, хворих на БА.

Завдання дослідження: визначення гормонально-вегетативного стану в осіб молодого віку, хворих на БА.

Матеріали та методи. Дослідження проведені в 76 осіб молодого віку, хворих на БА. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб. Гормональний стан вивчався шляхом визначення в плазмі крові естрадіолу та тестостерону методом імуноферментного аналізу. Вегетативний тонус досліджували за допомогою визначення активності холінестерази в плазмі крові, опитувальника розробленого Г.К. Ушаковим та А.Д. Соловйовою, розрахунку вегетативного індексу Кердо та міжсистемного співвідношення за допомогою коефіцієнта Хільдебранта.

Основні результати. У осіб молодого віку, хворих на БА спостерігалось підвищення рівня естрадіолу в дівчат, зниження рівня тестостерону в хлопців та зниження активності холінестерази ($p < 0,05$), порівняно з практично здоровими особами. Також виявлені негативні кореляційні зв'язки між активністю холінестерази та рівнем естрадіолу в осіб жіночої статі ($r = -0,816$; $p < 0,01$). Дослідження вихідного вегетативного тону показало наростання парасимпатичних впливів та зниження симпатичних із прогресуванням БА. Вегетативний індекс Кердо виявив наявність парасимпатикотоній у 38,9 % осіб, хворих на інтермітуючу БА та 50 % у хворих на персистувальну легку БА. Це призводить до прогресування гіперреактивності бронхів, бронхоспазму та бронхообструкції та відіграє суттєву роль у прогресуванні БА в осіб молодого віку.

Отже, порушення рівноваги вегетативної нервової системи в дівчат молодого віку, хворих на БА, супроводжується дисбалансом гормонального фону за рахунок підвищення рівня естрадіолу та зниження активності холінестерази.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМ ГІПОПАРАТІРЕОЗОМ

*Юрченко А.В., *Міронцева, Л.Н., *Д'яковченко Л.І, Юрченко О.П.*

*СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології, *КЗ СОКЛ*

Гіпопаратіреоз (ГПТ) – захворювання, що пов'язане зі зниженням функції паращитовидних залоз, недостатньою продукцією паратгормону (ПТГ), яке характеризується вираженими порушеннями фосфорно-кальцієвого обміну і супроводжується нападами тонічних судом. Проблема післяопераційного ГПТ залишається невирішеною, частота його варіює від 5 до 10%. Серед клінічних проявів ГПТ та гіпокальціємії значне місце займають неврологічні порушення. Раніше за все з'являються неврозоподібні та вегетативно-вісцеральні прояви. Викликає складності диференціальна діагностика пароксизмальних нападів та синдрому тетанії при ГПТ з іншими пароксизмальними станами, з епілепсією, що затримує постановку діагнозу та призначення ефективного лікування.

Метою дослідження було уточнення особливостей біоелектричної активності головного мозку (БЕАГМ) у пацієнтів з ГПТ та гіпокальціємією для покращення діагностики та лікування.

На протязі 2013-2015 р.р. на базі ендокринологічного відділення КЗ СОКЛ були обстежені та проліковані 25 осіб з післяопераційним ГПТ. Всі хворі були обстежені клінічно,

лабораторно, інструментально. Лабораторне дослідження включало показники мінерального метаболізму (загальний та йонізований Са, магній, фосфор сироватки, екскреція Са з сечею, ПТГ) та гормонального статусу (тироксин, трийодтиронін, тиреотропний гормон, АТТПО). При нейрофізіологічному дослідженні у більшості хворих на фоновому запису ЕЕГ виявилися порушення основного ритму та заміщення α -ритму високочастотною або повільнохвильовою активністю β - або θ -діапазону. Патологічного δ -ритму не виявлено. При проведенні проби з гіпервентиляцією у 13 (52%) хворих відмічалась поява пароксизмів у вигляді поліморфної активності. У 9 (35%) обстежених такі зміни виявлялись і на фоновому запису. Епілептиформна активність у вигляді поодиноких комплексів “гостра хвиля-повільна хвиля” реєструвалась у 3 (10 %) пацієнтів.

Таким чином, при дослідженні БЕАГМ пацієнтів з ГПТ та гіпокальціємією виявлені ознаки підвищеної збудливості та функціональної нестійкості кірково-підкіркових утворень. Тому, в комплекс лікування цих пацієнтів, поряд з корекцією кальцієвого метаболізму, доцільно включати препарати з антиоксидантним, нейрометаболічним, вегетокорегуючим та анксиолітичним ефектом.

ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Юрченко В.С., Свириденко Д.Ю. студ. 3-го курсу

Науковий керівник - к.м.н., асистент Мудренко І.Г.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології, курс психіатрії, наркології та медичної психології

Синдром емоційного вигорання (burnout) - поняття, введене в психологію американським психіатром Фрейденбергом в 1974 році, яке являє стан емоційного, психічного, фізичного виснаження, що розвивається як результат хронічного стресу на робочому місці. Групу ризику розвитку даного синдрому становлять працівники соціономічних професій робота яких пов'язана з постійним спілкуванням. Зазвичай медичні працівники становлять групу ризику розвитку даного явища. Люди з синдромом вигорання мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції. Передумови розвитку синдрому - це наявність організаційних проблем: велике робоче навантаження; відсутність організаційної спільності; недостатня моральна і матеріальна винагорода; несправедливість, відсутність значимості виконуваної роботи. Основні симптоми синдрому емоційного вигорання: погіршення відносин з колегами і родичами; наростаючий негативізм стосовно пацієнтів (колег); втрата почуття гумору, постійне відчуття невдачі і провини; підвищена дратівливість, вперте бажання змінити рід занять; неуважність; порушення сну; підвищена стомлюваність, відчуття втоми протягом усього робочого дня. Можливий розвиток тривожного, депресивного розладів, залежностей від психоактивних речовин, суїцид. Найактуальнішим дане питання є для співробітників психіатричних закладів. По результатам бліцопитування працівників Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру за допомогою методики діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко встановлено, що професійну деформацію мають 78,5% співробітників. При чому у лікарів зі стажем роботи понад п'ятнадцять років виявлено високий рівень вираженості синдрому в 100% випадків, низький та середній у працівників зі стажем 5-10 років, і найрідше цей синдром виникає у інтернів.

Для профілактики синдрому емоційного вигорання рекомендовано: адекватне відношення до роботи і відведення їй належного місця у житті; планування та рівномірний розподіл навантажень; вміння переключатися з одного виду діяльності на інший; формальне ставлення до конфліктів на роботі; повноцінний активний відпочинок, багате особисте життя, спілкування з друзями.

ВИЗНАЧЕННЯ D-ДИМЕРУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Ярмолюк А.О., Вікторова Ю.А.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Кафедра внутрішньої медицини №2*

Актуальність. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – одне з найпоширеніших ускладнень багатьох захворювань, що представляє загрозу для життя людини. Відомо, що серед пацієнтів терапевтичного профілю найчастіше ТЕЛА виникає при інсульті (65%), інфаркті міокарда (ІМ) (22%), а також у людей похилого віку (9%). Це призводить до розвитку гіпертензії малого кола кровообігу та легеневого серця.

Мета. Визначити перспективу застосування D-димеру для діагностики ТЕЛА.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення даних літературних джерел щодо можливостей застосування лабораторного методу діагностики ТЕЛА- визначення D-димеру.

Результати. Патогенез тромбозу пов'язаний з фібриноутворенням. Процес перетворення фібриногену на фібрин відбувається в 3 етапи. На I етапі під дією тромбіну від фібриногену відщеплюються по два фібринопептиди А та В, утворюючи фібрин-мономер. Наступний етап-полімеризація мономерних молекул фібрину, в результаті якої, формується сітка так званого розчинного фібрину. На останньому етапі цей фібрин стабілізується під впливом XIIIа фактора згортання крові, який каталізує утворення ковалентних зв'язків між ланцюжками двох сусідніх мономерних молекул фібрину, із яких і формуються D-димери та надалі утворюється нерозчинний фібрин-полімер. При розщепленні зшитих фактором XIIIа волокон фібрину утворюються D-димери та, меншою мірою, тримери.

Висновки. При ТЕЛА визначення D-димерів характеризується високою чутливістю (96–99 %), проте низькою специфічністю (не більше 50 %). Адже підвищення рівня D-димерів може бути обумовлене й іншими причинами, пов'язаними з активним тромбоутворенням (сепсисом, гострим інфарктом міокарда, вагітністю). Отже, при виявленні підвищеної концентрації D-димерів пацієнту потрібне дообстеження для підтвердження наявності тромбу в легеневих судинах.

МАРКЕРЫ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Бабак О.Я., Сытник К.А., Чеховской А.

*Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра Внутренней медицины №1.*

Цель: Изучить особенности липидного обмена и проатерогенные нарушения у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) без клинических проявлений ишемической болезни сердца.

Материалы и методы: Обследовано 70 больных НАЖБП в возрасте 31 — 57 лет средний возраст — $(42,1 \pm 2,7)$ года), находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУ «Национальный институт терапии им. Л. Т. Малой НАМН Украины». Изучены антропометрические параметры, состояние углеводного и липидного обмена, содержание С-реактивного белка, толщина комплекса интима — медиа (ТКИМ), как маркер раннего атеросклероза.

Результаты. У больных НАЖБП выявлены нарушения липидного обмена и углеводного обмена — инсулинорезистентность, повышение концентрации проатерогенных фракций липидов. Увеличение ТКИМ более 0,9 мм обнаружено у 33 (47,1 %) пациентов, тогда как в группе контроля только у 2 (6,6 %). Выявлена сильная положительная корреляционная связь ($r = 0,58$; $p < 0,01$) между ТКИМ общей сонной артерии и концентрацией С - реактивного белка в сыворотке крови у больных с НАЖБП.

Выводы. НАЖБП представляет собой сложное метаболическое заболевание, которое может быть предиктором развития раннего атеросклероза и появления сердечно-сосудистых заболеваний. Больных с НАЖБП необходимо обследовать на наличие ранних признаков атеросклероза: изучить концентрацию в крови атерогенных фракций липидов, ТКИМ сонных

артерий. При выявлении изменений у данной группы больных следует проводить динамическое наблюдение за состоянием липидного обмена и динамикой ТКИМ.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Баранюк М.А.¹, Бильченко С.А.¹, Боровок Н.Н.², Степаненко А.Л.¹, Бутов Д.А.¹

1. Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

2. КУОЗ «Областной противотуберкулезный диспансер №1» г. Харьков

Цель: исследование клинического случая больного с мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) и ВИЧ.

Материалы и методы. Использованы данные о пациенте К. 37 лет с ВИЧ-инфекцией с впервые установленным диагнозом туберкулез (ТБ), который проходил лечение в стационаре ОПТД № 1.

Результаты. Больной поступил с подозрением на ТБ, состоял на учете в центре СПИДа с диагнозом: В20,IV клиническая стадия. Больному поставлен диагноз ВДТБ(05.11.13) милиарный (легких и внутригрудных лимфоузлов), Дестр+, МБТ+, М+, МГ0, Риф0, К0, Резист0, ГИСТО, Кат.1, Ког4(2013). Были назначены противотуберкулезные препараты по 1 категории: изониазид(Н)0.3, рифампицин(Р)0.6, пиперазидин(З)2.0, этамбутол(Е)1.2, стрептомицин(С)1.0 в/м, антиретровирусная терапия по схеме: ламивудин, эфавирин, абакавир, антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. Через 7 дней состояние больного ухудшилось, не смотря на проводимую терапию. Было получено культуральное исследование мокроты (МБТ+) с результатом устойчивости (устойчивость к Н, Р, З, С, Оfx(офлоксацин)). Диагноз перерегистрирован: МРТБ(26.12.13) милиарный (легких, плевры, внутригрудных лимфоузлов, печени, селезенки, почек, абсцесс паранефральной клетчатки), Дестр+, МБТ+, М+, МГ+, Риф+, К+, РезистI(HRZS), РезистII(Ofx), ГИСТО, Кат4(ВДТБ05.11.13), Ког.4(2013). Произведена коррекция противотуберкулезной терапии, назначена схема: Е, З, каприомицин(Км), гатифлоксацин(Gfx), протионамид(Pt), циклосерин(Cs), ПАС(Pas). На фоне лечения наметилась положительная клинико-рентгенологическая динамика.

Выводы: данный клинический случай показывает, что у пациентов с ВИЧ часто наблюдаются химиорезистентные штаммы ТБ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Батаев Д.А., Лиходедова В.П., Журавлев Ю.И., Алферов П.К.

Белгородский национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

Результаты клинических исследований свидетельствуют о значительном снижении, интегральных показателей качества жизни (КЖ), в том числе – за счет нарушений в психо-эмоциональной сфере (ПЭС) у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) на фоне метаболического синдрома (МС) (Коц Я. И., 1993; Беспалова, И. Д., 2012).

Цель исследования: Изучить КЖ и психо-эмоциональный фон у больных ССЗ на фоне МС.

Материалы и методы. Обследовано 35 пациентов (муж – 20 чел., жен. - 15 чел., средний возраст – 51,4±2,5 г.), находящихся на стационарном лечении по поводу ГБ и ИБС.

Определяли ИМТ, объем талии и бедер, КЖ (методика SF-36), изменения ПЭС (госпитальная шкала депрессии (Д) и тревоги (Т) (Zigmond A. S., 1983).

Статистическая обработка проведена с применением пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., USA). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Для оценки статистической взаимосвязи между показателями вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r), сила связи определялась по шкале Чеддока.

Результаты. Выявлен ряд особенностей со стороны КЖ и ПЭС у пациентов с МС. Уровень Т и Д в целом по группе составили 6,5+0,7 у.е. и 6,0+0,7 у.е. соответственно, что свидетельствует об отсутствии выраженной Т и Д. У женщин в возрасте 20-29 лет Т в два раза превышала ($p<0,05$) средний показатель по всей группе (12,0+0,1 у.е.). Наиболее низкий уровень Д наблюдался у мужчин возрастной группы 20-29 лет (3,7+1,9 у.е.). Интегративный показатель КЖ в группе был в 2 раза ниже должного (54,9+5,2 у.е., $p<0,05$). При этом самые высокие значения показателя КЖ выявлены в группе мужчин 40-49 лет 78,8+5,8 у.е. ($p<0,05$), а самые низкие - в группе женщин старше 60 лет (27,6+2,6 у.е., $p<0,05$).

Установлена высокая степень обратной связи связь между уровнями Д и КЖ ($r=-0,745$), а также умеренная обратная зависимость КЖ и ИМТ ($r=-0,346$).

Выводы. 1. У пациентов с ССЗ на фоне МС наблюдается существенное снижение КЖ, особенно у женщин старше 60 лет.

2. Снижение эмоционального функционирования и ожирение - важные факторы, определяющие низкое КЖ у пациентов с ССЗ на фоне МС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ФЛАММЕГИС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Батан Ю.Л., Сапотько А.О.

Научный руководитель: Хидченко С.В.

БГМУ, Кафедра внутренних болезней

Цель. Оценить результаты лечения псориатического артрита у пациентов, получавших инфликсимаб и у пациентов, не принимавших препарат.

Материалы и методы. Были проанализированы 40 историй болезни пациентов с псориатическим артритом, находившихся на лечении в ревматологическом отделении УЗ «9 ГКБ» г. Минска. Оценивались клинические (состояние кожи, суставов) и лабораторные данные. Для обработки информации использовался программный пакет Microsoft Excel и STATISTICA 6.0.

Результаты. У пациентов, которым проводилась схема лечения Фламмегисом, уже после первой инъекции отмечалось значительное улучшение самочувствия: уменьшение количества болезненных и припухших суставов, уменьшение псориатических высыпаний на коже. Отмечалось снижение уровня острофазовых показателей в анализах крови. После четвертой инъекции у пациентов полностью исчезли жалобы на болезненность и припухлость суставов, полностью исчезали псориатические высыпания. Побочных эффектов от использования инфликсимаба (фламмегиса) в группе пациентов с псориатическим артритом не отмечалось. Пациенты, которые не принимали инфликсимаб, отмечали постепенное снижение эффективности базисной терапии, что приводило к необходимости увеличения доз назначаемых препаратов. В 30 % случаев у пациентов сохранялись болезненность и припухлость суставов, а также кожные проявления полностью не исчезали. Кроме этого, применение высоких доз препаратов базисной терапии (метотрексата) вызывало серьезные побочные эффекты: выпадение волос, ухудшение зрения, диспептические явления, усугубление течения псориаза.

Выводы. В ходе исследования было установлено, что использование инфликсимаба в схеме лечения псориатического артрита более эффективно, чем использование только базисной терапии. Значительно улучшается качество жизни пациентов, использовавших инфликсимаб. Высокая стоимость препарата ограничивает его применение у пациентов с псориатическим артритом.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Башкирова А.Д., Голенко Т.М.

Кафедра внутренней медицины № 1

Харьковский национальный медицинский университет

Термин «реноваскулярная артериальная гипертензия» (РАГ) можно трактовать как вторичную (симптоматическую) артериальную гипертензию (АГ), что возникает в результате нарушения магистрального кровотока в почках, как артериального, так и венозного характера, без поражения почечной паренхимы. Проблема РАГ является чрезвычайно актуальной в современной практике врача-терапевта. Распространенность РАГ достигает 2,5-3% от числа всех форм симптоматической АГ.

Цель работы: освещение наиболее рациональных современных методов лечения РАГ. Материалы и методы: В результате многочисленных анализов медикаментозного и хирургического лечения РАГ установлено, что наиболее эффективной тактикой лечения является хирургическая. Действенными методами восстановления просвета почечных артерий (ПА) считается чрескожная транслюминальная ангиопластика (ЧТА) и стентирование ПА. ЧТА является малоинвазивной методикой, в связи с чем может использоваться для лечения лиц с тяжелым соматическим состоянием и сопутствующими патологиями. Достаточно низкие показатели летальности и развития осложнений этого метода свидетельствуют о рациональности его использования при лечении РАГ по сравнению с хирургической реваскуляризацией. ЧТА является наиболее эффективной при лечении стенозов ПА, обусловленные фибромышечной дисплазией сосудов. Стентирование ПА зарекомендовало себя, как достаточно действенный метод в борьбе с повторными сужениями ПА, которые могут развиваться после проведенного ранее эндоваскулярного лечения. При атеросклеротическом стенозе ПА ангиопластика с имплантацией стента дает гораздо лучшие результаты по сравнению с баллонной ангиопластикой. Риск развития осложнений при использовании данного метода является относительно низким и обычно обусловлен дислокацией стента с развитием тромбоза ПА. Успех стентирования сейчас приближается к стопроцентному.

Вывод: Малоинвазивные хирургические методы лечения РАГ, такие как ЧТА и стентирование ПА, являются патогенетически обоснованными и более рациональными для устранения нарушений кровотока в сосудах почки по сравнению с хирургической реваскуляризацией. Таким образом, ЧТА и стентирование ПА являются наиболее предпочтительными методами лечения реноваскулярной артериальной гипертензии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МЕНИСКОВ

Бердикова Ю.О.

Харьковский Национальный Медицинский Университет

кафедра физической реабилитации и спортивной медицины с курсом физического воспитания и здоровья

Актуальность. Проблема травматизации коленного сустава является одной из основных проблем потери спортивной работоспособности. По последним данным, около половины всех спортивных травм приходится на коленный сустав, а в частности ведущее место среди них занимает патология менисков. Наибольший процент травм менисков приходится на такие виды спорта как борьба и футбол, где основная нагрузка приходится на колено. Решение этой проблемы лежит в разработке лечебно - восстановительных методах коррекции нарушения функциональной активности в коленном суставе.

Цель - анализ причин возникновения патологии менисков и разработка общих и индивидуальных профилактических мероприятий для сохранения и повышения спортивного мастерства.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основе специально подготовленного опросника для спортсменов данных видов спорта (футбол и борьба).

Опросник включает две части - общеспортивную и часть спортивно- видовых отличий. Основное внимание уделялось субъективным ощущениям (нарушение подвижности, боль) и объективных клинических данных. Исследование включало два этапа: диагностический - обнаружение спортсменов с коленной патологией, лечебно-реабилитационно-профилактический.

Работа проводилась на базе ХНМУ среди студентов 1-5 курсов, активно занимающихся данными видами спорта и на базе спортивного центра ДЮСШ. В результате были сформированы 4 группы (2 экспериментальные и 2 контрольные). Спортсменам контрольных групп не проводилась активная спортивно - реабилитационная терапия. Через 5 месяцев наблюдения около 70% спортсменов экспериментальных групп продемонстрировали улучшение объективных и субъективных показателей, что положительно отразилось на их спортивной деятельности. У спортсменов контрольных групп спортивная техника не совершенствовалась и общая спортивная результативность была снижена.

Выводы. Травматизация менисков очень неблагоприятно сказывается на спортивной результативности. Минимальное время реабилитации после повреждения составляет в среднем 6-8 недель.

АССОРТАТИВНОСТЬ – БАЗОВОЕ УСЛОВИЕ ВЫБОРА ПАРТНЕРА

*Бутенко Д.А., студент V курса, Кустов А.В., доцент
Сумский государственный университет, мединститут*

Проявления дружбы, любви, привязанности, зависимости людей друг от друга, их объединение по социальным, политическим, статусным, этническим, гендерным, возрастным и другим признакам кажется очевидным. Когда же возникает необходимость понять, что объединяет иногда совершенно разных людей и делает их единомышленниками, поддерживающих друг друга, мы отвечаем весьма расплывчато и туманно. Что общего в группах верующих, патриотов, политиков, депутатов, людей, имеющих националистические взгляды, объединяющихся в криминальные группировки? Кроме того, нас интересует практические вопросы, имеющие прямое отношение к медицинской деятельности. Как складываются отношения в семьях психически больных, что удерживает членов семей от деструкций и распада отношений?

Ответы на эти и другие вопросы может дать ещё слабо дифференцированная, не имеющая чёткого научного базиса, концепция ассортативности, которая вяло развивается более ста лет. В данной заметке отражены обобщения 16 публикаций, в т.ч. на английском языке, которые мы обнаружили в интернете.

Термин ассортативность появился в рамках анализа брачных отношений. В соответствии с этим понятием подчёркивалось, что выбор брачных партнёров не бывает случайным, а основывается на избирательности качеств, которые люди подсознательно выбирают для объединения друг с другом, и, выбирая, их отношения переживаются более комфортно. Предполагалось, что от этого выбора зависит продолжительность брака и гармоничность супружеских отношений. Первым, кто предложил целесообразность таких исследований, был К. Пирсон, более известный как «отец» биометрии и ряда статистических методов исследования. В первой половине двадцатого века в разных странах были проведены исследования ассортативности с использованием известных в тот период психологических тестов, а позже и генетических методов исследования. Несмотря на разноречивость результатов, исследования показывают, что выбор партнёров в широком смысле действительно не случаен и отражает потребность личности в единении людей с одинаковыми базовыми ценностными ориентациями, похожим стилем мышления, конкордантными и взаимодополняющими психологическими и физическими характеристиками. В связи с этим для лучшего понимания психики больных и их межличностных отношений исследования в рамках концепции ассортативности можно считать целесообразными.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ БЦЖ - ОСЛОЖНЕНИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Бутов Д.А., Семенчук К.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра пульмонологии и фтизиатрии

Актуальность: На сегодняшний день одной из ведущих профилактических мероприятий туберкулёза является вакцинация БЦЖ. Осложнения при вакцинации БЦЖ – это одна из главных проблем, которые связаны с профилактикой туберкулеза. Они существенно влияют на дальнейшую жизнь человека и на социум, в целом.

Цель: изучить наиболее частые осложнения, возникшие после вакцинации БЦЖ, т.е. целью нашего исследования является изучение поствакцинальных БЦЖ - осложнений у лиц, проживающих в Харьковской области.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 60 детей, в возрасте до 1г.5мес, которым была проведена вакцинация на 7 день жизни. Исследуемых детей разделили по возрастным группам до 6 мес., от 6 до 12 мес., от 1 год до 1 г. 5мес.

Результаты: В первые 6 мес. после прививки выявляют 56,7 % осложнений, от 6 до 12 мес. — 15,6 %, через год и позже после прививки — 27,7 %. В ходе исследования выявлено, что наиболее частые осложнения это: холодный абсцесс (50,8 %) возникает у детей в возрасте от 2 до 8мес., лимфаденит (71,4 %) – от 4 до 9мес., келоидный рубец (45,5%) – через 1 год после вакцинации.

Вывод: Осложнения у детей диагностировались в различные сроки от момента введения вакцины. Большинство осложнений и реакций связывают с качеством проведения прививки, что требует значительного контроля правильности хранения и введения вакцины БЦЖ.

ПОКАЗАНИЯ К МЕТОДАМ РОДРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Волынкин А.А.^{1,2}

Научный руководитель – д.м.н., профессор Власов П.Н.^{1,2}

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»¹

ГБУЗ «МОНИИАГ»²

Кафедра нервных болезней¹. Акушерское физиологическое отделение²

Введение. Черепно-мозговая травма является одной из основных причин травм среди молодого населения. Последние годы зафиксирован рост как изолированных, так и сочетанных черепно-мозговых травм (ЧМТ). Частота сочетанных ЧМТ колеблется от 43% до 90% случаев, что определяют актуальность данной проблемы и необходимость углублённого изучения влияния экстрагенитальных заболеваний, в том числе последствий ЧМТ, на период беременности и родов.

Цель. Изучить показания к различным видам родоразрешения у беременных с последствиями тяжелой ЧМТ.

Материалы и методы. Нами проанализированы показания к методам родоразрешения у 25 беременных с последствиями ушиба головного мозга, в возрасте от 19 до 41 года, госпитализированных в акушерское физиологическое отделение ГБУЗ МОНИИАГ с 2013 по 2015г.

Результаты. По данным анамнеза изолированная ЧМТ выявлена у 13 (52%) беременных и сочетанная – у 12 (48%). Родоразрешение через естественные родовые пути без ограничения потуг выполнено у 8 (32%) беременных и с ограничением (вакуум-экстракция плода) – у 10 (40%), по показаниям: акушерским (5; 20%); неврологическим (2; 8%); офтальмологическим (3; 12%). Кесарево сечение выполнено в 7 (28%) случаях по показаниям: акушерским (4; 16%); неврологическим (2; 8%); травматологическим (3; 12%); офтальмологическим (2; 8%). У 4х (16) беременных выявлено сочетание показаний к кесареву сечению.

Выводы. В результате проведенного исследования 25 беременных с последствиями тяжелой ЧМТ установлена необходимость тщательного комплексного обследования до родов, так как тактика родоразрешения при последствиях сочетанной травмы только в 16% (4) случаев определяется неврологическими показаниями.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ В УКРАИНЕ НА ПРИМЕРЕ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Грицай Т.А., Дяченко М.И., к.м.н. Любчак В.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Заболевания зрительного нерва (ЗН) занимают 3-5 ранговые места в структуре офтальмологической заболеваемости развитых стран мира, особенное место занимает атрофия зрительных нервов (АЗН).

Анализ первичной инвалидности в 2013 г., проведенный Т.А. Алифановой показал, что в Украине АЗН составляет 7,9% от всех инвалидизирующих форм офтальмопатологии.

Среди факторов, что влияют на высокий уровень инвалидности, выделяют следующие: недостатки в организации офтальмологической помощи населению, особенно в сельской местности, малодоступность и низкое качество амбулаторно-поликлинической службы; интенсивный рост производства при отставании службы безопасности, что обуславливает увеличение глазного травматизма и связанной с ним инвалидности; изменения в структуре заболеваемости разными формами офтальмопатологии с увеличением удельного веса тяжелокурабельных заболеваний; демографические и социально-экономические особенности.

Ранняя диагностика имеет практическое значение для предупреждения или ограничения структурного повреждения ЗН и необратимой потери функций глаза.

Цель данного исследования - оценка организации офтальмологической помощи населению, эффективности профилактики и своевременности диагностики АЗН в Сумской области.

По Сумской области за 2008 год выявлено 179 случаев АЗН, заболеваемость составила 18,7 на 100 тыс. населения. Из них 23 случая составило первичную инвалидность из-за функциональной слепоты, что составило 0,2 %.

По данным на 2014 год, АЗН выявлено 175 случаев, заболеваемость составила 18,1 на 100 тыс. населения. Из них 19 случаев первичной инвалидности, что так же составляет 0,2 %.

Таким образом, можно сделать вывод, что выявление заболеваний ЗН на достаточном уровне, а снижение инвалидности говорит об эффективной профилактике.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ В Г. МИНСКЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Длужневская В.И.

Научный руководитель - к.м.н, доц. Емельянцева Т.А.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Белорусский государственный медицинский университет

Цель: повысить эффективность оказания медицинской помощи путем комплексного воздействия на различные аспекты послеродовой депрессии (далее – ПД).

Задачи: 1) Определить частоту встречаемости ПД в г. Минске на современном этапе; 2) Установить биологические, социальные, психические факторы, связанные с ПД; 3) Определить влияние ПД на развитие ребенка в первые месяцы жизни.

Методы. Исследовано 35 женщин на базе УЗ «3-я городская детская клиническая поликлиника» г. Минска с 01.07.14 по 01.03.15 с оценкой психического, социального статуса, акушерско-гинекологического анамнеза, антропометрических показателей развития ребенка путем анализа медицинской документации и личной беседы. Использовались: скрининг-

шкала постпартальной депрессии, опросник удовлетворенности браком, шкала депрессии Цунга, шкала тревожности Спилберга-Ханина, рисуночный тест «Я и мой ребенок».

Результаты. ПД была выявлена у 21 женщины (58,3%). Женщины были разделены на 2 группы: с ПД (основная) и без депрессивной симптоматики (контрольная). Установлена отрицательная связь умеренной силы между и возрастом матери ($r=-0,44$, $p\leq 0,01$), возрастом отца ($r=-0,423$, $p\leq 0,01$), разницей в возрасте родителей ($r=-0,364$, $p\leq 0,05$), количеством детей в семье ($r=-0,464$, $p\leq 0,05$), сроком выписки из роддома ($r=-0,364$, $p\leq 0,05$). Установлена положительная связь умеренной силы развитием ПД и оценкой по Апгар на 5 мин ($r=0,359$, $p\leq 0,05$), уровнем личностной тревожности ($r=0,503$, $p\leq 0,01$), сокращением сроков грудного вскармливания ($r=0,388$, $p\leq 0,05$), уровнем ситуативной тревожности ($r=0,466$, $p\leq 0,01$). При сравнении опытной и контрольной групп не было выявлено статистически значимых различий в прибавках массы и длины тела ребенка в первые 3 месяца жизни.

РИСКИ РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Дубоносова Д.Г., Голивец Т.П.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»), г. Белгород

Актуальность проблемы. Несмотря на постоянные усовершенствования системы антенатального наблюдения и родовспоможения, число беременных с ожирением в экономически развитых странах достигает 15,5–26,9% и постоянно увеличивается.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру осложнений беременности у пациенток с морбидным ожирением (МО) и избыточной массой тела (ИЗМТ) и скорректировать тактику оказания профилактической и лечебной помощи пациенткам с метаболическим синдромом, с целью минимизации гестационных осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 2-х летнего наблюдения на уровне женской консультации в 3-х группах беременных женщин в возрасте от 19 до 42 лет. В 1-ю группу включены пациентки с ИЗМТ, индекс массы тела (ИМТ) 25-29,9 кг/м², окружность талии ≥ 80 см до беременности ($n=30$). 2-ю группу составили пациентки ($n=18$), страдающие МО (ИМТ 30 - 42 кг/м²). В качестве группы сравнения (3-я группа) выделена категория пациенток с нормальной массой тела (ИМТ $<24,9$ кг/м²), ОТ ≤ 80 см до беременности ($n=47$).

Результаты. Наиболее частой экстрагенитальной патологией (ЭП) у пациенток с ИЗМТ явился гестационный сахарный диабет (ГСД) - 47% случаев ($n=14$). Отеки беременных составили 27% ($n=8$), а патологическая прибавка веса - 17% ($n=5$). Среди перинатальной (ПП) патологии в той же группе преобладали хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) - 47% ($n=14$) и многоводие - 17% ($n=5$).

У женщин, страдающих МО, значительно чаще выявляется ГСД - 67%, артериальная гипертензия (АГ) - 33% и нефропатия беременных зарегистрирована в 22% случаев ($p<0,05$).

В структуре ПП у пациенток с МО ХФПН составила 33% случаев. В данной группе достоверно чаще встречается угроза прерывания беременности - 22% ($n=4$) ($p<0,05$).

Среди случаев ЭП в 3-й группе, ГСД - 13%, а отеки беременных - 15,5%. В структуре ПП в этой группе основную долю занимают: ХФПН - 25,5%, внутриутробная инфекция и патология околоплодных вод - по 13% случаев.

Выводы. На этапе планирования беременности следует проводить более углубленное обследование пациенток с участием эндокринолога, терапевта, включающее диагностику основных компонентов метаболического синдрома, коррекцию массы тела не только при МО, но и при ИЗМТ с целью минимизации риска тяжелых гестационных осложнений.

ПАРАМЕТРЫ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Еременко Г.В.

Национальный медицинский университет г. Харьков

Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, в большинстве случаев связано с IgE-опосредованными механизмами. Цель исследования – изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных бронхиальной астмой.

Обследовано 113 пациентов БА средней степени тяжести (53 мужчины и 60 женщин), в возрасте от 18 до 60 лет), в период обострения заболевания. Популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов оценивали с помощью непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител к CD4, CD8, CD16, CD19, определяли иммунорегуляторный индекс (ИРИ). Концентрацию общих иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG, IgE) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. ЦИК в сыворотке крови оценивали турбидиметрическим методом преципитации. Для статистической обработки использовали пакет прикладных программ Statistica 6.0.

Анализируя результаты, было выявлено повышение уровней IgG, IgE и снижение IgM ($8,95 \pm 0,1$ г/л $p < 0,01$; $184,5 \pm 9,14$ МЕ; $0,90 \pm 0,02$ г/л $p < 0,05$ соответственно) относительно контроля. Индекс относительного синтеза иммуноглобулинов лимфоцитами (Ig/CD19) был повышен в отношении продукции IgE (составил в среднем $607,6 \pm 23,14$ нг/кл $p < 0,01$) и снижен – в отношении синтеза IgM и IgA. В особенностях клеточного звена иммунитета отмечено повышение абсолютного содержания Т-лимфоцитов за счет Т-хелперного звена (лимфоциты - $2,66 \pm 0,2 \times 10^9$ /л $p < 0,01$; CD4- $0,98 \pm 0,01 \times 10^9$ /л $p < 0,01$; CD16- $0,43 \pm 0,03 \times 10^9$ /л $p < 0,01$) и снижение CD8 ($20,0 \pm 1,21\%$ $p < 0,001$). Снижение относительного числа CD8 - клеток, влечет за собой переключение дифференцировки Th1 клеток на Th2 типа.

Таким образом, для обследованных больных БА характерны изменения со стороны клеточного и гуморального иммунитета, связанные с повышением CD4, CD16, CD19- клеток и уровня IgE и формирование иммунного ответа Th2 типа.

ПРИНЦИПЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Жукова Е. М., Комарова Ю. Ю., 4-й курс

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. Артериальная гипертензия беременных и ассоциированные с ней патологические изменения – одна из основных причин материнской и неонатальной смертности, а также ряда акушерских осложнений. Вопросы лечения артериальной гипертензии у беременных имеют специфику, незнание которой может нанести ущерб здоровью как самой беременной, так и будущему ребенку.

Цель: изучение медикаментозного лечения артериальной гипертензии у беременных.

Задачи:

1 Изучение лекарственных средств, используемых в мировой практике для лечения артериальной гипертензии у беременных и их сравнение.

2 Изучение лекарственных средств, применяемых в клинической практике для лечения артериальной гипертензии у беременных.

Материал и методы. Для решения поставленных задач была использована учебная и научная литература, а также были использованы истории болезней беременных с артериальной гипертензией за 2013 год 1 и 6 ГКБ. Особо внимание уделялось заключительному диагнозу, степени и риску артериальной гипертензии, осложнениям, лекарственным препаратам и их дозировкам, а также их комбинациям.

Результаты и их обсуждение. Согласно клиническим протоколам обследования и лечения РБ препаратами для гипотензивной терапии являются гексаметоний бензосульфат, магния сульфат, клонидин; амлодипин, атенолол, метопролол, нифедипин. Для лечения артериальной гипертензии в мировой клинической практике применяют

следующие группы препаратов, а также их комбинации: блокаторы кальциевых каналов, β -адреноблокаторы, смешанные адреноблокаторы, α -адреноблокаторы, диуретики, прямые вазодилататоры, α -адреномиметики. Исходя из результатов собственного исследования, проведенного на базе 1 ГКБ и 6 ГКБ (анализ историй болезней), основными препаратами, используемыми для лечения артериальной гипертензии, являются: амлодипин, метопролол, дротаверин, дибазол, пентоксифиллин, дипиридамол.

Выводы:

1 При изучении историй болезней было выяснено, что в клинике используются препараты для антигипертензивной терапии, которые составляют лишь незначительную часть средств из протоколов обследования и лечения, а также средств, используемых в мировой клинической практике.

2 Применение любого антигипертензивного средства связано с риском как для матери, так и для плода, поэтому особое внимание должно уделяться дозировкам используемых препаратов.

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СКРЫТЫХ ФОРМ СИФИЛИСА В МИНСКЕ ЗА 2011-2015 ГОДЫ

Загорей В.С., Бандура В.В., Мороз М.Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Панкратов Валентин Гаврилович.

Белорусский государственный медицинский университет, кафедра кожных и венерических болезней.

Цель: оценить особенности регистрируемой сифилитической инфекции у жителей Минска в период с 2011 по 2015 гг.

Материалы и методы. Изучались отчетные статистические данные по заболеваемости сифилисом, амбулаторные карты больных скрытым и поздним сифилисом, проходивших обследование и лечение в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере г. Минска.

Результаты и их обсуждение. В период эпидемического роста заболеваемости сифилисом в г. Минске (1990-1996 гг.) преобладали ранние манифестные формы сифилиса. Пик заболеваемости в Минске имел место в 1996 г. – 5084 случая: первичный сифилис – 1157, вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек – 2458, ранний скрытый сифилис (РСС) – 1460, поздний скрытый – 3, сифилис сердечно-сосудистой системы – 3, нейросифилис – 2, ранний врожденный сифилис – 1.

В последние 5 лет в Минске наблюдается тенденция снижения удельного веса манифестных форм и РСС на фоне роста содержания позднего скрытого сифилиса. В 2011 году манифестные формы составили 39,9%, РСС – 43,5 %, поздние формы сифилиса – 16,6%; в 2012 г. – соответственно 31,3%, 51,5%, 17,2%; в 2013 г. – 22,3%, 38,5%, 39,2%; в 2014 г. – 14,5%, 38,2%, 47,3%. В 2015 г. – 13,3%, 32,4%, 54,3%.

Сифилис сердечно-сосудистой системы и нейросифилис регистрировались в последние 5 лет в виде единичных случаев.

Основой диагностики скрытого сифилиса являются положительные серологические тесты у пациентов при отсутствии поражения кожи, слизистых оболочек и изменений в спинно-мозговой жидкости. Анализ контингента больных РСС показал, что мужчины болели в 2011-2015 гг. чаще женщин (1,42:1,0).

Среди больных поздним скрытым сифилисом несколько чаще были пациентки женского пола (1,07:1,0).

Выводы: высокая относительная доля поздних форм скрытого сифилиса – следствие поздней его выявляемости, а иногда – нерационального лечения и самолечения у ряда пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛЯРИЗАЦИОННО-ОПТИЧЕСКОГО МЕТОДА

Ковтун Н.М.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра офтальмологии*

Значительный удельный вес в структуре заболеваний органа зрения у детей имеет патология глазодвигательного аппарата, сопровождающаяся косоглазием. По данным разных авторов явным косоглазием страдают 0,5–3,5% детей, в структуре детской глазной патологии косоглазие занимает второе место после аномалий рефракции, удельный вес его составляет 25,6% случаев, частота – 3,9 на 1000. Если рассматривать причины возникновения косоглазия с позиций биомеханики, то внешне одинаковые отклонения глаза могут возникать при различных структурных, функциональных и структурно-функциональных нарушениях глазодвигательных мышц (ГДМ). Как показали работы разных авторов, большими возможностями для диагностики патологии ГДМ обладает поляризационно-оптический метод, основанный на исследовании оптической анизотропии роговицы глаза в поляризованном свете. При освещении роговицы живого глаза поляризованным светом на ней наблюдается интерференционная картина, отражающая распределение в ней внутренних напряжений. Существенный вклад в формирование этой картины вносят воздействия на оболочку глаза прямых ГДМ. При их симметричном действии и нормальном прикреплении к склере интерференционная картина представляет собой достаточно симметричную фигуру, сходную с ромбом, углы которого опираются на горизонтальный и вертикальный диаметры глаза. При изменении силы действия или места прикрепления ГДМ симметрия интерференционной картины нарушается определенным образом. Проведенные нами исследования параметров интерференционных картин 150 глаз больных разными видами косоглазия позволили установить, что смещение места прикрепления мышцы к склере вдоль линии ее действия вызывает смещение угла интерференционного ромба в том же направлении, а от линии действия – приводит к смещению угла ромба от соответствующего меридиана в том же направлении. Полученные результаты позволяют повысить точность диагностики поражений ГДМ за счет объективизации оценки их структурно-функционального состояния.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ РЕКЛИНГАУЗЕНА II ТИПА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Коленко О.И.

*Сумский государственный университет,
Медицинский институт, кафедра нейрохирургии и неврологии*

Факоматозы – это полиморфная группа наследственных заболеваний, основной клинической особенностью является сочетание поражения нервной системы, кожных покровов и внутренних органов. Наиболее часто встречающимся факоматозом является нейрофиброматоз Реклингаузена. Внедрение в медицинскую науку молекулярно-генетических методов исследования позволило выделить несколько разновидностей этого заболевания, имеющих разные подходы к ведению пациентов.

В сосудистом отделении 4-й городской клинической больницы г. Сум под наблюдением находится больная М, 32 лет. Впервые поступила в 2006 году с острой очаговой неврологической симптоматикой. На основании клинического обследования и результатов компьютерной томографии был выставлен диагноз острого нарушения мозгового кровообращения стволовой локализации. С этого момента пациентка регулярно проходит восстановительное лечение в условиях стационара. 2 года назад поступила с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, боли в левом подреберье. Отметила, что в течение последних двух лет заметно «похудела» левая рука и «стали выпирать ребра слева».

Объективно: левое плечо опущено, больная не в состоянии поднять руки выше горизонтальной линии, не может пожать плечами, левая лопатка отстоит от туловища,

трапецевидная мышца атрофирована. Выраженные атрофии межкостных мышц левой кисти. Мышечная сила в левой руке снижена до 3 баллов. Фибрилляции не вызываются. В позе Ромберга пошатывание. Учитывая признаки поражения периферических двигательных структур на уровне шейных сегментов была рекомендована МРТ шейного отдела позвоночника. Проведенное исследование показало наличие очага глиоза в области ствола мозга, что было расценено, как последствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения, и наличие экстремедуллярных объемных образований, описанных как множественные спинальные невриномы и эпендимомы на уровне С3.

На основании данных анамнеза и результатов дополнительных методов исследования у больной был заподозрен нейрофиброматоз Реклингаузена II типа. Характерной особенностью этого заболевания являются шванномы, невриномы различной локализации и опухоли мозговых оболочек, определяющие широту клинических проявлений.

Консультация в Институте генетики подтвердила диагноз нейрофиброматоза II типа.

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Кравченко Е. А., Гуринович В. В.

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Панкратова Ю. Ю.

1-я кафедра внутренних болезней БГМУ

10 Городская клиническая больница, г. Минск

Республика Беларусь

Цель: оценить выраженность проявлений синдрома ВВДСТ у пациентов с буллезной эмфиземой, осложненной СП.

Задачи:

1. Обследовать клинически пациентов с буллезной эмфиземой, осложненной СП.
2. Выявить проявления синдрома ВВДСТ у пациентов с буллезной эмфиземой, осложненной СП.
3. Сделать заключение по полученным результатам.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов, госпитализированных в отделение торакальной хирургии 10-й ГКБ города Минска по поводу эпизода СП в 2014-2015 гг. Наличие ВВДСТ определяли на основании внешних диагностических критериев, предложенных Г.И. Нечаевой и И.А. Викторовой. Для определения степени тяжести ВВДСТ использовали критерии Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева в модификации Р.Р. Шиляева и С.Н. Шальной.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов со СП составил 29 ± 5 лет. Среди пациентов преобладали мужчины – 72,2%. Астенический тип конституции имели 72,2%. Индекс массы тела (ИМТ) составил в среднем $18,8 \pm 1,4$. Клинические проявления ВВДСТ были диагностированы у 75,2% пациентов со СП. Основными проявлениями ВВДСТ были деформации позвоночника (83,3%) и грудной клетки (56%), гипотрофия и гипотония мышц (38,8%), гипермобильность суставов (55,5%), патология зрения (44,4%), бледность кожи (44,4%), повышенная растяжимость кожи (50%).

Выводы:

1. Большинство пациентов со СП имеют проявления ВВДСТ.
2. Из клинических проявлений ВВДСТ преобладают изменения опорно-двигательного аппарата.
3. Необходимо комплексное обследование пациентов со СП для выявления проявлений ВВДСТ и последующей профилактики возможных осложнений.

ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ.

Красковская Т.Ю.

Научный руководитель: к. мед. н. Зеленская Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Ранний детский аутизм (РДА, синдром Каннера) – погружение в мир собственных переживаний с ослаблением и потерей контакта с реальностью, отсутствие стремления к общению с людьми, бедность эмоциональных проявлений. По данным ВОЗ в мире около 67 млн. людей с аутизмом. За последние 10 лет число заболеваний РДА увеличилось почти в 300 раз.

Современные исследования свидетельствуют о необходимости комплексного медикаментозного и психокоррекционного подхода к терапии РДА. При этом основными акцентами лечебной программы являются стимуляция речевого и социального развития ребенка, контроль над дезадаптивным поведением.

В настоящее время при реабилитации пациентов с РДА перспективной выглядит дельфинотерапия – комплексное воздействие на организм, состоящее из ультразвуковых волн, излучаемых дельфином, двигательной активности, пребывания в морской воде с целебными свойствами, мощного психологического эффекта.

Цель работы: оценка эффективности дельфинотерапии в системе реабилитации больных РДА.

Было проведено динамическое наблюдение 12 детей (7 мальчиков и 5 девочек) в возрасте 3–11 лет с установленным диагнозом Ранний детский аутизм (F84.0) и проходящими курс дельфинотерапии на базе дельфинария «Немо». Использовался клинко-психопатологический метод (изучение жалоб, психического и соматоневрологического статуса, выделение основных психопатологических синдромов).

Результаты: дельфинотерапия оказывает комплексное воздействие на организм ребенка: улучшает физическое состояние, нормализует деятельность нервной системы, укрепляет уверенность в себе, способствует снятию заторможенности и патологических нарушений движения, облегчению нормальных автоматических реакции и улучшению сенсорно-моторной восприимчивости.

Вывод: использование метода дельфинотерапии в реабилитации детей с РДА дает положительные результаты. Общение ребенка с дельфином – полноценная коммуникативная цепочка с обратной связью между ребенком и окружающим миром, позволяющая ему целно воспринять реальность.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ОТДЕЛЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗА СУМСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Крыгин В.И. *, Погорелова О.С., Даваасурен Хулан*

**Сумская областная клиническая больница,*

*Сумский государственный университет, кафедра внутренней медицины
последипломного образования*

Актуальность проблемы. Терминальная почечная недостаточность (ТПН) является показанием для заместительной почечной терапии (ЗПТ). ЗПТ включает в себя гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантацию почки (ТП).

Цель работы. Анализ распространенности использования гемодиализа для лечения ТПН у пациентов-жителей Сумской области.

Материалы и методы. Выполнен анализ клинко-anamнестических данных, лабораторных и инструментальных методов исследования 20 больных, получающих ЗПТ методом хронического гемодиализа в СОКБ.

Результаты. В Украине на 2014 год с ТПН насчитывалось 8013 пациентов, в Сумской области – 204 пациента. В Сумской области (март 2016 года) методом хронического

диализа лечится 187 больных (в т.ч. 69 - в отделении хронического гемодиализа Сумской областной клинической больницы (СОКБ)).

Обследуемая группа состояла из 20 пациентов с ТПН, получающих ЗПТ методом хронического гемодиализа в СОКБ. В структуре причин ТПН лидировала диабетическая нефропатия (ДН) (у 8 пациентов), гломерулонефрит (5 пациентов), гипертоническая нефропатия (3 пациента), поликистоз почек и единственную почку имели по 2 пациента. В исследуемой группе продолжительность заболевания до диализа составляла: $12 \pm 2,5$ лет у больных с ДН, $9 \pm 2,3$ лет у пациентов с гломерулонефритом, $7 \pm 2,5$ года при гипертонической нефропатии, при единственной почке – $3 \pm 1,2$ года, при поликистозе почек $2 \pm 1,2$ года. Длительность наблюдения в стационаре до начала диализа составляет $6,6 \pm 4,16$ лет. Средняя продолжительность жизни этих пациентов на гемодиализе – $9,3 \pm 2,7$ лет. У всех пациентов исследуемой группы выявлена анемия различной степени тяжести и АГ.

Выводы. Необходим скрининг пациентов с АГ, СД 2 типа, ожирением, дислипидемиями, пожилого возраста для раннего выявления нарушения функции почек при помощи теста на МАУ и расчет СКФ. Это позволит предупредить необратимое ухудшение функции почек, снизить частоту осложнений ХПН. Учитывая проблему доступности трансплантации почки в Украине, основным методом ЗПТ является гемодиализ, который позволяет улучшить качество жизни и ее продолжительность у пациентов-жителей Сумской области с ТПН.

МЕДИЦИНСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЕРЫ

Кустов А.В., Алексеева Ю.А.,

СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии

Киевский Национальный педагогический университет им. М.П. Драгоманова

Проблема веры в последние годы уже не рассматривается как исключительно религиозный феномен и изучается не только философами и социологами. Эту эстафету давно уже подхватили психологи, которые пытаются понять природу веры, её функции, взаимосвязь с общественным и индивидуальным сознанием.

Изучение литературы и проведенные нами исследования позволяют предложить концептуальную модель веры, которая состоит из нескольких блоков. Вера – системно организованное и системоорганизующее образование, которое включает эмоциональные, когнитивные и конативные составляющие. Вера выполняет базовые функции, как в общественном, так и в индивидуальном сознании. По влиянию на личностное развитие можно выделить продуктивные, непродуктивные и дезадаптирующие формы веры. По степени соответствия концептов или конструкторов веры, она может быть рациональной, нерациональной и иррациональной. Вера является отражением переживания смысла и теснейшим образом связана с его поиском со стороны личности. Рациональное изучение веры возможно только в ее взаимосвязи с мотивационными процессами, ценностной системой и потребностной сферой личности.

Изучение веры в медицине и клинике психических расстройств, насколько нам известно, не рассматривалось вообще. При этом можно выделить следующие направления, которые заслуживают серьезного внимания: психологический, психопатологический и психотерапевтический.

В медицинской психологии веру можно рассматривать в ракурсе формирования внутренней картины болезни и здоровья, как фактор, влияющий на формирование уровня комплаенса, доверия или недоверия к врачу. Расстройства мышления и их многочисленные формы никто ещё не рассматривал с точки зрения искажений механизмов, связанных с верой. Бредовые состояния можно изучать как иррациональную форму веры в содержание материала индивидуальных комплексов и архетипических образов, которые высвобождаются из области бессознательного в результате блокирования репрессивных и контролирующих механизмов. В психотерапии следует отметить непочатый край работы, связанный с изучением веры. В перспективе можно даже говорить о таких направлениях, как фидетерапия и фидедекоррекция (от лат. *fides* – вера). За верой и так признают возможность

чудесного исцеления, поэтому надо только найти ключи к её рациональному и продуктивному управлению.

ПРИРОДА ТРАНСА

Кустов А.В.

СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии

Транс – собирательное понятие, которое включает разнообразные по происхождению формы изменённого сознания, возникающие либо естественным путём, либо в результате управляемого психотерапевтом процесса гипнотизации, либо состояния, возникающие спонтанно в результате органических поражений головного мозга. Нас в этой проблеме интересует природа искусственно вызываемого транс вследствие погружения индивида в гипнотическое состояние. Несмотря на то, что исследования в области гипноза ведутся около 150 лет, давно описаны его феноменологические проявления, техники погружения в транс, до сих пор ещё остаются «пути для манёвра». Мы предлагаем с нашей точки зрения рациональную модель природы транс.

Сознание человека выполняет универсальную функцию – структурирование внешнего и внутреннего мира. Чтобы лучше понять и запомнить то, с чем мы сталкиваемся, необходимо придать воспринимаемым объектам определённую форму, т.е. создать структуру, которая включала бы уже известные элементы и какие-то детали, дополняющие старые и не входящие в противоречие с ними. Структуризация и лежащее в её основе стремление личности к поиску смысла осуществляется постоянно. Происходят процессы дифференциации, нивелирования, одобрения, приобретения и накопления знаний об элементах тех ценностных объектов, с которыми мы сталкиваемся.

Структурирование действительности возможно благодаря двум механизмам, находящимся в непрерывном единстве и лежащим в основе функционирования сознания и самосознания: проекции и рефлексии. Благодаря проекции, объекты, их качества и функции, которые приписываются субъектом, определяются его опытом, знаниями, имеющимися комплексами и приобретают определённую форму и содержание. Рефлексия – механизм, находящийся в реципрокных отношениях с проекцией, фиксирует стимулы, указывающие на несовпадение между желаемым, ожидаемым и действительным, и постоянно стимулирует процессы коррекции. Благодаря рефлексии человек способен осознавать свои и чужие мысли, чувства, мотивы состоявшихся или готовящихся поступков.

Транс – это состояние, которое тотально или парциально возникает в результате функционального ослабления механизмов проекции и рефлексии, когда блокируются функции контроля и самоконтроля, минимизируется или исчезает способность индивида выделять и фиксировать в сознании детали внешних объектов и своего внутреннего мира, необходимость искать их смысл, управлять своими мыслями и переживаниями.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Левченко А.В., Баширова А.Д.

Научный руководитель – д. м. н., проф. О. Я. Бабак

Кафедра внутренней медицины № 1

Харьковский национальный медицинский университет

Острая ревматическая лихорадка – постинфекционное осложнение тонзиллита или фарингита, вызванных β -гемолитическим стрептококком группы А, в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе, суставах, мозге и коже, развивающееся главным образом у лиц молодого возраста (7–15 лет). Данное заболевание склонное к рецидивированию и формированию пороков сердца. Таким образом, лечение ревматизма является чрезвычайно актуальной проблемой.

Цель исследования: изучение различных тенденций и подходов к лечению острой

ревматической лихорадки.

Материалы и методы: Лечение начинается с обязательной госпитализации и строгого постельного режима. Основным направлением этиотропного лечения ОРЛ является антибактериальная терапия, а именно препараты бензилпенициллина в течение 10 дней, поскольку именно они оказывают бактерицидное действие на β -гемолитический стрептококк группы А. В дальнейшем переходят на применение пенициллина пролонгированного действия – бензатин бензилпенициллина. При непереносимости пенициллина применяют макролиды, линкозамиды. При патогенетической терапии назначается ГКС с целью подавления активности ревматического процесса, а также предупреждения у больных с первичным ревмокардитом формирования или прогрессирования порока сердца. Препаратом выбора является преднизолон. Во избежание развития синдрома отмены после прекращения приема преднизолона больные в течение 1,5-2 мес. должны принимать нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак, индометацин. Симптоматическая терапия представляет собой назначение препаратов, улучшающих метаболические процессы в миокарде: аспарат калия и магния, инозинмонофосфат, триметазидин. Длительность терапии – от 2-х месяцев при остром течении и 4 месяца при подостром течении.

Вывод: Несмотря на существенные успехи, достигнутые в лечении и профилактике ОРЛ, данная проблема сохраняет актуальность в наши дни. Ревматические пороки сердца остаются наиболее частой причиной летальных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях в возрастных группах до 35 лет в большинстве стран мира, превышая показатели смертности таких “болезней века”, как ИБС и гипертония.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В XX-XI ВЕКАХ

Ляховец В.А., Белая В.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

*Гомельский государственный медицинский университет г. Гомель,
Республика Беларусь*

Актуальность: в настоящее время в структуре неврологической заболеваемости рассеянный склероз (РС) занимает одно из ведущих мест и представляет собой важную медико-социальную проблему в связи с распространением среди молодого трудоспособного населения, быстрым прогрессированием и высокой инвалидизацией.

Цель исследования: рассмотреть проблему распространения и заболеваемости РС, а также сравнить клинко-эпидемиологические изменения ситуации в мире в прошлом и настоящем веках.

Материалы и методы: теоретический анализ литературы.

Результаты и обсуждения: Рассеянный склероз (*син. множественный склероз*) — хроническое, мультифакториальное, генетически детерминированное, аутоиммунное заболевание, характеризующееся многоочаговым поражением белого вещества ЦНС и развивающееся у лиц молодого и среднего возраста.

Изменения эпидемиологической картины РС в XX и XI веках:

- ранее РС болели преимущественно лица европейской расы, есть этнические группы (эскимосы, индейцы и коренные жители центральной Африки), у которых РС не встречался. В настоящий момент РС - во всех этнических группах.
- возрастает количество случаев семейного РС.
- отмечается увеличение заболеваемости РС среди женщин (соотношение женщин к мужчинам достигает до 2 : 5).
- РС можно назвать болезнью молодых лиц, т.к. дебют заболевания начинается уже с 16 лет.
- на фоне использования современных препаратов частота обострений при ремитирующем РС снижается от 1-2 до 0,2-0,5 в год.

По данным генетических и хромосомных исследований, одной из генетических детерминант являются человеческие лейкоцитарные антигены на 6-й хромосоме, также гены

b-цепи антигенраспознающих рецепторов T-лимфоцитов на 7-й хромосоме, гены тяжелых цепей иммуноглобулинов на 19-й хромосоме и ген основного белка миелина на 18-й хромосоме. Внешние факторы (инфекции, инсоляция, интоксикации) могут стимулировать развитие воспалительно-аутоиммунного процесса в ЦНС, разрушение миелина и повреждение нервных волокон.

Вывод: можно отметить практически повсеместное повышение показателей распространенности и заболеваемости РС в настоящее время, а также смело назвать РС болезнью молодых лиц, связанную не только повышением возможностей его эффективного лечения, но и с развитием современных методов диагностики.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА И СОСТОЯНИЯ АПОПТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Макурина Г.И.

*Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии
и эстетической медицины ФПО*

Псориаз на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем современной клинической дерматологии. По данным разных авторов, у 29 - 40% пациентов, страдающих этим дерматозом, отмечается сочетание с артериальной гипертензией, в связи с чем нас заинтересовала именно эта категория больных.

Целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи клинических проявлений псориаза и показателей апоптоза у пациентов, страдающих одновременно указанным дерматозом и артериальной гипертензией.

Для решения поставленной задачи мы обследовали 53 пациента с псориазом, из которых 26 человек имели нормальный уровень артериального давления, а 27 - имели сопутствующую артериальную гипертензию. Для оценки степени тяжести псориаза использовался индекс PASI. Определение каспазы-8, как показателя состояния апоптоза, проводили методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа в сыворотке крови.

У пациентов, страдающих лишь псориазом, уровень каспазы-8 составил в среднем $0,08 \pm 0,011$ пг/мл, у пациентов с изучаемой коморбидностью этот показатель составил $0,16 \pm 0,023$ пг/мл. Разница в лабораторных исследованиях сопровождалась существенными различиями в клинической картине псориаза. Так, у пациентов без артериальной гипертензии преобладали более легкие формы псориаза (преимущественно вульгарный бляшечный, в меньшей степени – экссудативный, артропатический, диффузный), средний показатель PASI составил $26,5 \pm 1,7$. В группе псориаза и артериальной гипертензии PASI составил $32,6 \pm 1,8$, преобладали пациенты с экссудативной, артропатической и диффузной формами, значительно меньше был представлен вульгарный бляшечный псориаз.

Таким образом, имеется обратная взаимосвязь между тяжестью течения псориаза и состоянием апоптоза, более выраженная у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА У МУЖЧИН С ПСОРИАЗОМ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Резниченко Н. Ю.

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра
дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической
медицины ФПО*

У лиц старшего возраста отмечается рост заболеваемости псориазом, что обуславливает актуальность поиска новых путей его лечения.

Цель работы: изучение уровней половых гормонов у мужчин старшей возрастной группы, болеющих псориазом, и поиск путей их коррекции.

Материал и методы обследования. Обследовано 95 мужчин 25-64 лет: в основная группа - 36 больных псориазом 45-64 лет; группа сравнения - 25 здоровых мужчин того же возраста; контрольная - 34 здоровых мужчины 25-44 лет.

Клинические группы: I – 12 человек, получавшие базовую терапию псориаза, II – 12 - дополнительно применяли ноотропный препарат, III – 12 - дополнительно применяли препарат растительного происхождения, содержащий стероидные сапонины.

Исследовали уровни тестостерона, тестостеронсвязывающего глобулина, ФСГ и ЛГ, пролактина в сыворотке крови, оценка степени тяжести псориаза проводилась согласно индекса PASI, качества жизни - по опроснику DLQI, симптомов старения и андрогенного дефицита - по шкале AMS.

Результаты исследования. У здоровых мужчин 45-64 лет наблюдается снижение уровня тестостерона и повышение уровней ФСГ и ЛГ, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина в крови, а также повышение AMS.

У больных псориазом в возрасте 45-64 лет выявлено достоверное снижение уровня тестостерона и повышение уровней ФСГ и ЛГ, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина в сравнении со здоровыми мужчинами аналогичного возраста.

Применение в комплексной терапии псориаза у мужчин 45-64-летнего возраста ноотропного препарата приводило к снижению индексов PASI, DLQI, позволяло нормализовать уровень тестостерона, ФСГ и ЛГ, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина до значений, полученных у здоровых мужчин данной возрастной категории. У мужчин 45-64-летнего возраста на фоне базовой терапии псориаза применение препарата на основе стероидных сапонинов приводило к снижению индексов PASI, DLQI, позволяло нормализовать уровень тестостерона и лютеинизирующего гормона до значений, полученных у здоровых мужчин аналогичного возраста.

ЭКЗОДЕРИЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сапотько А.О., Русакович Е.А.

Научный руководитель: Хилькевич Н.Д.

БГМУ, Кафедра кожных и венерических болезней

Цель. Оценить эффективность метода лечения онихомикоза у пациентов с сахарным диабетом, который заключается в топическом нанесении раствора экзодерила и включении в схему мидокалма, помимо использования системных антимикотиков.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ лечения 36 пациентов в возрасте от 35 до 59 лет с сахарным диабетом, страдающих онихомикозами. Все пациенты указывали на длительный период поражения стоп и ногтей, а так же на неоднократное безрезультатное лечение данной болезни. У всех пациентов диагноз был подтвержден лабораторно.

Результаты. Спустя 4 недели от начала лечения у 70% пациентов отрастающие ногтевые пластины посветлели, наметился рост клинически здоровых пластинок. Через 12 недель от начала терапии клиническое выздоровление наблюдалось у 60%, микологическое у 74%. Через 12 месяцев от начала терапии клиническое выздоровление наблюдалось у 75%, микологическое у 80%. Аллергических реакций или серьезных побочных явлений, требующих прекращения терапии не наблюдалось.

Выводы. Проведенные исследования показывают, что предложенная комплексная терапия пациентов с сахарным диабетом, страдающих онихомикозами, значительно повышает эффективность традиционно используемых методов лечения у данного контингента. Разработанный нами метод, является высокоэффективным и относительно безопасным.

ВЫЯВЛЕНИЕ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ МОТИВАЦИЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Савич В. В.

Научный руководитель: ассистент Алексеева Е. С.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, РБ

Кафедра поликлинической терапии

Цель и задачи исследования. Выявить категории пациентов с артериальной гипертензией (АГ) с низкой мотивацией к лечению на основе анализа удельного веса лиц с АГ, достигших целевого уровня артериального давления (ЦУ АД), в зависимости от пола, возраста, степени АГ, отягощенности семейного анамнеза, индекса массы тела (ИМТ), регулярности самоконтроля АД, охвата обучением в «Школе больных АГ».

Методы и их применение. Анализ 100 медицинских карт амбулаторных больных (форма № 025/у-07) и анкетирование пациентов диспансерной группы с АГ УЗ «20-я городская поликлиника» г. Минска. Критерием эффективности антигипертензивной терапии считалось достижение и стабильное поддержание ЦУ АД, поэтому для анализа отобраны медицинские карты пациентов с АГ, состоящих на диспансерном учете более года.

Основные результаты. ЦУ АД достигнут у 49,0% пациентов, из них: у мужчин - 45,9%, женщин - 50,8%; по возрасту: до 50 лет - 30,8%, 51-60 лет - 50,0%, старше 60 лет - 52,9%; с АГ I ст. - 25,0%, АГ II ст. - 57,9%, АГ III ст. - 52,6%; с отягощенным семейным анамнезом - 57,7%, неотягощенным - 39,6%; с ИМТ в пределах нормы - 67,3%, выше нормы - 32,4%; у регулярно контролируемых АД - 76,5%, не контролируемых - 0%; у прошедших обучение в «Школе больных АГ» - 93,3%, не обучавшихся - 12,7%.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что мотивация к лечению АГ ниже у лиц мужского пола, моложе 50 лет, с АГ I ст., с ИМТ выше нормы, с неотягощенным семейным анамнезом, не использующих метод самоконтроля АД и не обучавшихся в «Школе больных АГ», и рекомендовать практическим врачам при разработке индивидуальных планов диспансеризации вышеперечисленным категориям пациентов с АГ включать мероприятия, повышающие мотивацию к лечению.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Смородская О.Н.

Научный руководитель – Коленко О.И.

Сумский государственный университет,

Медицинский институт, кафедра нейрохирургии и неврологии

Проблема болевого синдрома при дегенеративно–дистрофических поражениях позвоночника занимает одно из ключевых мест среди причин госпитализации и обоснования хирургического лечения. Болевые синдромы в спине и шее носят хронический характер, часто сочетаются с проявлениями тревоги, являясь актуальной проблемой современной медицины. Литературные данные описывают различные причинно-следственные взаимоотношения между эмоциональной дезадаптацией и хроническим болевым синдромом в нижней части спины.

В исследовании приняли участие 40 человек. Среди них женщин было 18 (45%), мужчин – 22 (55%), средний возраст больных составил $42,5 \pm 7,8$ года. Обследование больных проводилось по стандартным схемам и включало общие клинические и лабораторные исследования, а также специальные методы: МРТ пояснично–крестцового отдела, рентгенодиагностику, оценку интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале, анкетирование по шкале HADS. Из общего числа обследованных 20 человек принимали препараты для лечения нейропатической боли, являющиеся аналогами гамма–аминомасляной кислоты и обладающие определенным анксиолитическим действием. В результате исследования было выявлено, что интенсивность болевого синдрома, 4 (10%)

пациентов оценили в 1-3 балла, 19 (47,5%) в 4–6 баллов, 15 (37,5%) в 7-8 баллов, 2(5%) в 9-10 баллов.

Таким образом, большинство пациентов 34 (85%) оценивали свои ощущения, как боль средней интенсивности. Астенические и тревожные проявления, причиной которых, по нашему мнению, был хронический болевой синдром, были выявлены у 90% больных. Однако у пациентов, по тем или иным причинам не принимавших указанные лекарственные средства, диагностированы субклинические и клинические тревожные расстройства. На основании полученных данных можно сделать вывод о системном действии на нервную систему рассмотренной группы препаратов и необходимости обязательного включения их в стандартные схемы лечения не только для терапии болевого синдрома, но и комплексной коррекции системных неврологических нарушений, обуславливающих восприятие болевых импульсов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛИЗА ПОЛИМОРБИДНОСТИ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Тхорикова В.Н., Журавлев Ю.И.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия, кафедра госпитальной терапии

Большинство пациентов, обращающихся за первичной медико-санитарной помощью (ПМСП), имеют полиморбидность (П) [Fortin M., 2005; Верткин А.Л., 2008; Huntley A.L., 2012]. Актуальность приобретает количественное измерение П. Известен ряд таких методов (CIRS, CIRS-G, индексы Kaplan-Feinstein (KF), Charlson (C), ICED и мн. др.).

Цель исследования: сравнительная клиническая оценка эффективности анализа П с помощью оригинального метода комплексной оценки П (МКОП) (Журавлев Ю.И. с соавт., 2014) и ранее предложенных методов KF, CIRS и C и определение валидности МКОП.

Материалы и методы. Обследовано 110 пациентов поликлиники (муж. – 47 чел., жен. – 63 чел., средний возраст – $57,8 \pm 1,0$ г.).

Статистическая обработка проведена с применением пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., USA). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Для оценки статистической взаимосвязи между показателями вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты и их обсуждение. Индексы П составили: МКОП – $0,68 \pm 0,01$; KF – $9,13 \pm 0,32$; CIRS – $10,11 \pm 0,37$; C – $4,019 \pm 0,20$ баллов. В процессе ранжирования результатов корреляции между показателями по степени убывания они распределились следующим образом: МКОП и индекс KF – $r_s = -0,892$ ($p < 0,05$); МКОП и индекс CIRS – $r_s = -0,885$ ($p < 0,05$); МКОП и индекс C – $r_s = -0,822$ ($p < 0,05$). В среднем коэффициент ранговой корреляции составил $r_s = 0,866 \pm 0,022$ при дисперсии выборки 0,00148 и интервале 0,07. В связи с этим сила связи коэффициентов корреляции между МКОП и KF, CIRS и C по шкале Чеддока оценена как высокая.

Обратная корреляция наблюдалась в связи с тем, что в методиках KF, CIRS и C степень П возрастает с увеличением количества набранных баллов (обратная зависимость), в то время когда в МКОП наиболее низким показателям ИП соответствует более высокая степень П (прямая зависимость).

Выводы. Результаты исследования позволяют оценить степень валидности МКОП как высокую, позволяющую ее использование в широкой сети медицинских организаций ПМСП.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Хабаль А.В.

Научный руководитель – проф. Бездетко П.А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии.

Одним из эндокринных заболеваний которое существенно изменяет качество жизни больных является эндокринная офтальмопатия. ЭОП - поражение ретробульбарных тканей

и мышц глазного яблока аутоиммунной природы, которое развивается при болезни Грейвса (БГ). Она имеет активную (обратимую) с преобладанием процессов лимфоцитарной инфильтрации и отека и необратимую с фиброзом.

Цель. Доказать важность применения ультразвукового исследования для диагностики ЭОП. Выяснить половой и возрастной состав ЭОП, изучить эхографическую картину ЭОП и её сравнение с данными экзофтальмометрии.

Материалы и методы. Изучение данного метода проходило на базе офтальмологического отделения ХОКБ. Ретроспективно проанализировано 31 амбулаторна карта пациентов (32 глаза) с диагнозом «БГ», направленных на подтверждение сопутствующего диагноза «ЭОП». Среди исследованных пациентов было 13 мужчин и 18 женщин в возрасте от 33 до 64 лет. Оценка статус проходила путем наружного осмотра и экзофтальмометрии.

Полученные результаты. Из 31 пациентов часть мужчин составила 42% (13 пациентов), женщин – 58% (18 пациентов). Средний возраст больных с ЭОП составил $48,87 \pm 1,29$ лет. У всех пациентов с БГ, в том числе с субклиническим течением ЭОП, было выявлено утолщение внешних мышц глаз от 4,83 до 7,52 мм (при норме до 4 мм) за счет перифокального отека. Больше всего изменения наблюдались в m. rectus superior ($6,49 \pm 0,07$ мм);

Выводы. Эндокринная офтальмопатия развивается чаще всего у лиц трудоспособного возраста, существенно изменяя уровень благосостояния. Терапия ЭОП наиболее показательная в активную стадию болезни, поэтому необходима заблаговременная, высокоспециализированная диагностика, с небольшими затратами на исследования. К выше перечисленным запросам полностью соответствует эхография глазного яблока и окологлазничных тканей.

ИЗМЕНЕНИЯ РИТМА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРИ АНЕМИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хабаль А.В.

Научный руководитель – доц., Химич Т.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра ПВМ№2

Актуальность. Распространенность анемии за последние десятилетие выросла в дважды. Это очень актуально для таких групп риска, как дети первых лет жизни, беременные, женщины детородного возраста. К диагностическому минимуму осложнений анемии любой этиологии относят проведения ЭКГ-мониторинга, что объективно отображает степень поражения сердца.

Цель. Исследовать отклонения работы сердца на фоне анемического синдрома различного генеза.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 25 пациентов с анемическим синдромом различной этиологии, кроме метапластической и метастатической. Все исследуемые были разделены на четыре группы, по степени тяжести анемии: 8 – с анемией легкой степени тяжести, 10 – с анемией средней степени тяжести, 5 – с анемией тяжелой степени и 2 – с крайне тяжелой степенью анемии.

Результаты: В ходе исследования были выявлены следующие нарушения проводимости и ритма сердца: синусовая тахикардия – у 17 (68%); у 15 (60%) – депрессия сегмента ST; изменения зубца R – в 4 случаях (16%); в 9 (36 %) - экстрасистолия I-III классов по Лауну. Также у 1 пациента (4%) были эпизоды мерцательной аритмии, а в 2 случаях (8%) – AV- блокады I-II степени, и 2 случаев неполной блокады правой ножки пучка Гиса(8%). Выше перечисленные нарушения ритма были выявлены: в I группе – у 4 (50% этой группы), во II группе – у 6 (60% этой группы), в III группе – у 3 (60% всей группы), в IV группе – 2 (100% всей группы)

Выводы: Симптоматическая терапия самой анемии должна сопровождать лечение основного заболевания, которое её вызвало. Наблюдается прямо пропорциональная связь

между уровнем гемоглобина и возрастом вышеуказанных осложнений, что приведет к снижению развития сердечно-сосудистых осложнений в будущем.

ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ XXI ВЕКА, ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ И ДЕТСКИЙ АУТИЗМ.

Шахзадян Л.Г.

Научный руководитель: к.мед.н., доцент Георгиевская Н.В.

Харьковский Национальный Медицинский Университет

Кафедра: Психиатрии и наркологии. Харьков.

Не смотря на значительные достижения в лечении шизофрении и детского аутизма, во всем мире наблюдаются стабильные цифры встречаемости этих заболеваний. Показатели распространенности детской шизофрении от 0 до 14 лет - 1,66 на 1000. Аутизм встречается у 2-4 детей из 10 000, у мальчиков в 3 раза чаще, чем у девочек. До сих пор этиология этих заболеваний остается тайной.

Аутизм – тяжелая детская аномалия психического развития ребенка, характеризующаяся главным образом нарушением контакта с окружающими, эмоциональной холодностью, перверсией интересов, стереотипностью деятельности. Заболевание развивается постепенно. Первыми признаками являются падение психической активности, ослабление суждений и снижение умственной продуктивности. Пациенты утрачивают естественные чувства к близким, становятся одинокими и грубыми. Более позднее развитие речи, отсутствие логики в мышлении и речи, своеобразное восприятие собственного «я», равнодушие и вместе с тем повышенная чувствительность.

Неизвестно, почему у некоторых детей отдельные проявления шизофрении отмечаются в раннем возрасте, а развернутая симптоматика, как правило, появляется в конце подросткового периода. Однако точно известно, что развитие шизофрении не связано с неправильным воспитанием.

Диагностика основана на симптомах. Специфических инструментальных и лабораторных диагностических исследований не существует. Одним из **признаков аутизма** является нарушение восприятия реальности. Ребенок ни с кем не вступает в контакт. Иногда даже кажется, что он не чувствует боли. Симптомом аутизма считаются также медленное развитие или недоразвитие речи, боязнь всего нового, выполнение монотонных, повторяющихся движений. Такая симптоматика проявляется до трехлетнего возраста ребенка, что дает возможность диагностировать заболевание.

Терапия, основные ее цели: снижение ассоциированных с аутизмом дефицитов и напряжения в семье, повышение качества жизни и функциональной независимости аутиста. Программы интенсивного, длительного специального образования и поведенческой терапии на ранних этапах жизни могут помочь ребёнку в освоении навыков самопомощи, общения, поспособствовать обретению рабочих навыков и часто повышают уровень функционирования, снижают тяжесть симптомов и неадаптивного поведения.

ПАРАПСОРИАЗ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДИАГНОСТИКА

Шимченко Ю.В., Машарова В.С.

Научный руководитель - канд. мед. наук, доцент Панкратов Валентин Гаврилович

Кафедра кожных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика

Беларусь

Введение. Увеличение частоты первичных кожных лимфом диктует необходимость их изучения. Для повышения эффективности лечения лимфом требуется разработка методов диагностики ранних стадий грибovidного микоза, а также предопухолевых процессов, наиболее важным из которых является парапсориаз.

Цель и задачи: Изучить клинические особенности течения и морфологические проявления различных форм парапсориаза.

Материалы и методы: В данной работе было изучено 164 истории болезни пациентов с различными формами парапсориаза (из них однократно наблюдались 123 (90%) пациента, повторно 9 (7%) пациентов, многократно 5 (4%) пациентов), проходивших обследование и лечение на базе городского клинического кожно-венерологического диспансера города Минска в период с 2010 по 2014 гг.

Результаты: Диагноз парапсориаз был выставлен на основе данных анамнеза и местного статуса. Все пациенты были разделены на группы: первую группу составили 88 человек с бляшечным парапсориазом (53% мужчины, 47% женщины), вторую группу – 35 человек с парапсориазом Муха-Габермана (83% мужчины, 17% женщины), третью группу – 12 человек с каплевидным парапсориазом (100% мужчины) и четвертую группу – 2 человека с лихеноидным парапсориазом (100% мужчины). Клиническая картина бляшечного парапсориаза чаще всего характеризовалась появлением пятен или слабо инфильтрированных бляшек с шелушением на поверхности от бледно-розового до коричневого цвета, очертания овальные, округлые или неправильные, склонные к периферическому росту. Высыпания чаще располагались на коже грудной клетки и конечностях, сопровождающихся зудом в 74% случаев.

Среди повторно обращающихся пациентов всех групп период от обострения до обострения в среднем составил 11 месяцев.

Назначенное лечение проводилось согласно клиническим протоколам (Минск 2008).

Выводы: Изучение различных форм парапсориаза показало сходство их клинических и гистологических проявлений. Переход в грибовидный микоз был отмечен у 5 (5,68%) пациентов.

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ

Шукалюкова А.К.

*Республиканский центр трансплантации органов и тканей на базе УЗ «9-я городская
клиническая больница г. Минска»,
Республика Беларусь*

Введение: Дисфункция эндотелия, повышение протромбогенного потенциала, системное воспаление приводят к повышению риска сердечно-сосудистых нарушений у реципиентов органов и тканей.

Цель исследования: Оценка кардиоваскулярного риска у реципиентов-трансплантата почки.

Материалы и методы: Изучен анамнез жизни и заболевания 144 пациентов, проведено физикальное обследование, общий анализ мочи и крови, биохимическое исследование крови, скрининговые тесты для оценки системы гемостаза. Оценка суммарного кардиоваскулярного риска проведена по критериям Framingham Heart Study.

Результаты: Среди обследованных 74 (51,39%) мужчины и 70 (48,61%) женщин. Причиной хронического болезни почек у 84 (58,33%) пациентов выступил хронический нефритический синдром, у 21 (14,58%) - хронический пиелонефрит, 17 (11,81%) – поликистоз почек, 8 (5,56%) – сахарный диабет 1 типа, 5 (3,47%) – врожденные аномалии мочевыводящих путей, у 3 - (2,08%) системное заболевание.

Артериальная гипертензия была выявлена у 114 пациентов (79,17%), при этом более склонными к артериальной гипертензии оказались женщины (51,75%). При анализе показателей липидограммы у реципиентов донорской почки уровень триглицеридов (у 77 чел.- 53,47%), липопротеинов низкой плотности (у 79 чел.-54,86%), липопротеинов очень низкой плотности (у 130 чел.-90,28%) были выше оптимальных показателей.

Выводы: Среди реципиентов трансплантата почки распространены артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела, приводящие к повышению кардиоваскулярного риска у данной группы пациентов. Своевременное выявление факторов риска и их коррекция окажет благоприятное влияние на отдаленный прогноз выживаемости и заболеваемости реципиентов почки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА РЕТИНАЛЬНЫХ ВЕН АФЛИБЕРЦЕПТОМ*Яремко Е.Р.**Научный руководитель д-р.мед. наук, проф. Марченко Л.Н.**Кафедра глазных болезней**Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность: Тромбозы ретинальных вен составляют около 60% от всей острой сосудистой патологии органа зрения и в 15% случаев являются причиной инвалидности по зрению. Важным механизмом в патогенезе заболевания является нарушение ангиогенеза. Ключевым фактором, вызывающим неоваскуляризацию, признан фактор роста эндотелия сосудов (ФРЭС). Афлиберцепт (Eylea, Bayer) является наиболее эффективным анти-ФРЭС препаратом среди зарегистрированных в РБ.

Цель: установить эффективность лечения афлиберцептом тромбоза ретинальных вен.

Материал и методы. В период с января 2014 г. по февраль 2016 г. на лечении афлиберцептом в кабинете ретинальной патологии УЗ 3 ГКБ г. Минска находились 18 пациентов с тромбозом ретинальных вен. Из них было отобрано 12 пациентов (12 глаз), которым проводилось однократное (7 глаз) или двукратное (5 глаз) введение интравитреальной инъекции 2 мг афлиберцепта через плоскую часть цилиарного тела. Исследовались результаты оптической когерентной томографии (ОКТ) макулярной области до и после проведенной терапии.

Результаты и обсуждение. По данным ОКТ у пациентов была выявлена неоваскуляризация, которая сопровождалась отёком сетчатки и кровоизлияниями, экссудативными и геморрагическими её отслойками. Средняя центральная толщина сетчатки после однократного введения афлиберцепта уменьшилась на 106 ± 36 мкм (критерий Уилкоксона, $p < 0,05$) (исходная – 356,7 мкм, после инъекции – 250,3 мкм), после двукратного – на 140 ± 47 мкм ($p < 0,05$) (исходная – 397,4 мкм, после первой инъекции – 254,6 мкм, после второй инъекции – 257,2 мкм).

Выводы: Применение препарата афлиберцепт способствует восстановлению структурной целостности макулярной области у пациентов с тромбозом ретинальных вен после однократного ($p < 0,05$) и двукратного ($p < 0,05$) введения.

THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR 1 TYPE PLASMA LEVELS IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

*Adigun Z.O., 5th year student**Scientific adviser – Kmyta O.P.**Medical Institute of Sumy State University, Department of Neurosurgery and Neurology*

Plasminogen activator inhibitor 1 type (PAI-1) is act as the principal inhibitor of fibrinolysis. It's secreted by adipose tissue. Moreover, the production of PAI-1 by adipose cells could be an important contributor to the elevated PAI-1 levels.

Our study was aimed to analyze the relationship between obesity and PAI-1 plasma levels in patients with mild traumatic brain injury (MTBI).

176 subjects have been examined. They were grouped into two categories: first group contained 81 patients with MTBI, second (control) – 95 almost healthy individuals. Patient in each group were subgrouped according to their body mass index (BMI) and waist-hip ratio (WHR). We checked their PAI-1 plasma levels on the 1, 3, 7 and 14 days after hospitalization.

During the 1st day study, higher PAI-1 levels were reported to have association with obesity and MTBI (75.7 ± 6.81 , normal body weight (NBW) – 54.1 ± 3.31 ng/ml, $p = 0.015$). Moreover, in the control group higher PAI-1 level were recorded in obese subjects (52.3 ± 0.86 , NBW – 25.4 ± 1.0 ng/ml, $p = 0.0001$) Thus, the association between obesity and increased PAI-1 level was still obvious on the 3^d day study, levels of PAI-1 didn't change much in patients with MTBI. The analysis of PAI-1 levels in MTBI patients on the 7th day showed that the association remained significant between obesity and elevated PAI-1 level trending to decrease (70.1 ± 7.73 , NBW – 46.9 ± 2.87 ng/ml, $p = 0.005$). PAI-1 levels in the subjects with MTBI decreased slowly, independently of the

BMI and WHR. Analyzing PAI-1 level on the 14th day, it was recorded that in the patients with MTBI and NBW the PAI-1 level came within normal limits (according to the values in the control group); the patients with obesity and overweight still had high values –level of PAI-1 was 1.2 times higher than that in the control group (61.8 ± 7.22 and 52.3 ± 0.86 ng/ml respectively, $p=0.0001$).

According to the results of the study, we can make a conclusion as for the association between changes in the plasma PAI-1 levels and body weight: PAI-1 values were significantly higher in the patients and control with obesity than in the patients with NBW, thus we can suggest the influence of overweight and obesity upon MTBI course.

COMPARISON BETWEEN POVERTY IN NIGERIA AND UKRAINE

Anaga S.I., 4th year student

Scientific supervisor – Smiianov Ye.V.

Sumy State University, Department of Family and Social Medicine

Poverty is such an important topic in the society and influences on the rate of progress of any nation.

Nigeria is a country in West Africa, 20th largest economy in the world worth more than 500 billion dollars. However the issue of poverty is still rising. This is due to the high rate of corruption in the political system, interethnic conflicts and inequality in income to mention but a few.

Ukraine is a country in Eastern Europe with the 46th largest population in the world and has an economy which is quite difficult to explain. From the year 2014 due to political crisis and conflicts on land ownership, the economy of the nation has suffered greatly. Solutions to the issues of poverty in the countries:

Creation of job opportunities. Job opportunities should be created with substantial wages to meet the needs of the people.

Improvement in political system. Routine investigations should be carried out to unveil hidden cases of fraud and misappropriation of funds by leaders and other people in power even in the financial sector.

Creation of Non-Governmental Organizations. They can reach out to the rural areas where poverty is higher and help out with any basic amenities which are lacking in the area.

Conflict resolution. Conflicts whether on a domestic (Nigeria) or international level (Ukraine) should be settled amicably without necessarily influencing on the economy of the nations.

Budgeting. Most importantly the country's funds should be allocated properly. Budgeting well would make it easier to hold people accountable in cases of failed duties.

Education. It will help encourage saving and also ensure a safety net for people in periods of crisis. Also formal education increases the workforce as people are equipped with skills and knowledge to survive in life.

In 2013 the human development index of Ukraine was 0,734, which is 0,032 more than in 1996 despite the political instability. It shows a positive influence of health care system reforms, that influence greatly on the index.

Having analyzed the above data it can be assumed that Ukrainian experience in health care reforms can be used in Nigeria. This experience with the above mentioned measures to improve the standard of living can increase the human development index (which is 0.504 for today) and to improve the quality of health care.

ASSOCIATION BETWEEN SERUM URIC ACID AND TYPE 2 DIABETES

Bamisile Ayodeji Segu

Scientific adviser – G.A. Fadieieva, MD

Sumy State University, Department of Internal Medicine postgraduate education

The results of population-based studies suggest that serum uric acid (UA) is a strong and independent risk factor for diabetes complications. The aim of our study to investigate the association between serum UA level and type 2 diabetes (T2D).

Methods: The diagnosis of T2D were based on American diabetes association criteria (2012). The 1st group included 26 patients with optimal control (glycosylated haemoglobin 7-7.5%) of T2D, the II group – 20 healthy persons (control group). All patients underwent medical examination, which included height, weight, calculation of body mass index (BMI). Patients were evaluated for lipid profile (triglyceride, low-density lipoprotein (LDL) cholesterol), serum UA, HOMA-index, serum creatinine. Hyperuricemia was defined as serum uric acid >420 $\mu\text{mol/L}$ in men and >360 $\mu\text{mol/L}$ in women, respectively.

Results: The mean age of patients of the 1st group was 58.5 ± 1.24 years, duration of T2D (6 ± 1.08) years, BMI (29.0 ± 0.55) kg/m^2 . Patients with T2D had UA (305.4 ± 0.17) $\mu\text{mol/l}$ in comparing with control group (234.8 ± 0.25) $\mu\text{mol/l}$ ($p < 0.001$). The prevalence of hyperuricemia was 20% and increased with increasing BMI ($r = 0.25$; $p < 0.05$).

Higher serum uric acid levels in diabetic patients of the 1st group is accompanied by elevated triglyceride (3.1 ± 0.34) mmol/l , LDL-cholesterol (2.9 ± 0.25) mmol/l HOMA-index, higher serum creatinine ($p < 0.05$).

Serum uric acid level was positively correlated with serum triglyceride and serum creatinine

Conclusion: The prevalence of hyperuricemia in patients with T2D was increased. Higher serum uric acid levels lead to atherogenic dyslipidemia increasing the risk of early atherosclerosis in diabetic patients.

ETIOLOGICAL STRUCTURE AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE IN PATHOGENS CAUSING URINARY TRACT INFECTIONS

Bezruk T.O., Bezruk V.V.

Higher State Educational Institution of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Department of Internal Medicine,

Department of Pediatrics, Neonatology and Perinatology of Medicine

There is an increase of the number of patients with urinary tract infections in Ukraine.

The objective is the definition of the range of sensitivity to the antibiotics of major groups of pathogens of the urinary system among the population of the Chernivtsi region.

In order to conduct an accurate bacteriological study 2828 urine samples of patients of medical institutions in the Chernivtsi region were analyzed during 2009 – 2013. Our aim was the verification of the diagnosis «urinary tract infections» (UTI).

The total amount of 801 strains of bacteria and fungi was extracted according to the etiologically significant quantities. The sensitivity of the extracted strains was found concerning 24 antibiotics. There are differences in the species composition of the urinary system infection agents between sexes, e.g. in female patients. *E.coli* is extracted more often, and in male patients the same concerns bacteria of the genus *Proteus*. The differences between sexes in the composition of the resident microflora of urine do exist as the strains of *E.coli* are extracted more often among female patients, which may be a prerequisite for the top spot of the pathogen in the etiology of infections of the urinary system among women and girls. The study suggests that the sensitivity to antibiotics of the main group of the pathogens of the urinary system infections (except genus *Proteus*) was depended on the age and sex of patients. Strains of bacteria which were belonged to the major groups of pathogens of the urinary system (*Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas*) are highly sensitive to carbapenems and aminoglycosides. The sensitivity to cephalosporins of the 3rd-4th generations (to a greater extent in strains extracted from female patients) and fluoroquinolones remains relatively high.

Conclusion. Common signs of the urinary tract pathology among the population of Chernivtsi and the Chernivtsi region were revealed. The using of penicillins, cephalosporins of the first and second generations, tetracyclines, kanamycin and chloramphenicol without bacteriological urine analysis and determination of sensitivity to antibiotics is inappropriate.

FEATURES OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN PATIENTS WITH CONGENITAL SYNDROME OF IMMUNE-ENDOCRINE FAILURE

Boyarskiy O.O., Tikhonova O.O., Solomennyk G.O., O.I. Mohylenets O.I.

Supervisor: G.O. Solomennyk, MD, associate professor

Kharkiv National Medical University

Department of Infectious Diseases

Kharkiv, Ukraine

Congenital syndrome of immune-endocrine insufficiency (CSIEI) is the type of constitution that is morphologically characterized by primary hyperplasia of the thymus, generalized hyperplasia of lymphoid tissue, adrenal hypoplasia in combination with various anomalies of cardiovascular, and less frequently of urogenital systems. Features of CSIEI in a functional sense are the failure of infectious and immune violations of adaptation under stress.

Endocrine failure, which occurs in patients with CSIEI, usually go unnoticed in the outpatient setting and in the ICU appears Addisonian crisis with hypovolemia and shock, which are resistant to treatment.

Objective: to develop criteria for lifetime diagnosis and prevention CSIEI.

The observation came to the intensive care unit of the Regional Clinical Infectious Hospital in Kharkov on the fourth day of illness in very serious condition with a diagnosis of influenza. The patient died in 2 hours after admission despite emergency aid. We studied clinical and anamnesis, results of additional methods of examination and autopsy of thymus, lymph nodes, adrenal glands, spleen, liver and so on. It was conducted by microscopic examination of histological material (hematoxylin and eosin staining).

Conclusions. Acute respiratory viral infection on the background CSIEI is a malignant course of the development of serious complications, resistant to the therapy and a higher risk of fatal outcome.

Considering the consequences CSIEI there is a need for active clinical examination of such persons and assigning them to a particular risk for them immunodeficiency states adrenal insufficiency.

THE MAIN ASPECTS OF METABOLISM FOR PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS, ARTERIAL HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

*Chernatskaya O.N. *, Demikhova N.V. *, Gintare Sakalyte, Assoc.Prof. ***

*Sumy State University, Medical Institute**

*Lithuanian Health Science University, Clinic of Cardiology ***

Importance. Abdominal obesity (AO) is the component of metabolic syndrome. The accumulation of fat cells stimulates the excessive load of lumbar vertebrae. The high level of uric acid (UA) in blood is the significant predictor of complications for patients with cardiovascular diseases. Furthermore, the coexistence with arterial hypertension (AH) has a significant impact of the poor prognosis for patients with diabetes mellitus (DM).

Objective. The objective of our research is the determination of metabolic aspects for patients with osteochondrosis (OH).

Participants and methods. We obtained 82 patients with type 2 DM and AH during our clinical trial. They were treated in Sumy City Clinical Hospital № 1 during 2015 year. Participants were divided in two groups according to the development of OH. People from the first (I) group had it. It's symptoms was absent in the second (II) group. In addition, 10 persons are obtained in control (III) group. We use this biochemical method for determination the level of UA, profile of lipids. All data were analyzed with the help of statistical methods (Excel 2007). In addition, we evaluated the Student criteria (t) and the veracity of differences (p) for assessment results.

Results. The atherogenic index (AI) was higher for patients with OH. The mean levels of AI were $(5,5 \pm 0,07)$, $(4,9 \pm 0,22)$, $(2,5 \pm 0,32)$ for participants from the I, II, III groups respectively. The mean levels of UA were $(430 \pm 0,22)$ mmol/l, $(404 \pm 0,33)$ mmol/l, $(250 \pm 0,22)$ mmol/l respectively. Among persons from the I group twelve patient had overweight, four patients had the second stage of obesity and four men had the third stage of obesity. The first stage of obesity was diagnosed for

the 50 % of persons and the second stage of it is presented also for the 50 % of participants from the II group. There was no connection between stage of obesity, OH and the levels of UA.

Conclusions. In our clinical trial we determined the absence of interrelation between stage of obesity, stage of OH and the levels of UA. Even primary changes of metabolism stimulate the appearance and development the symptoms of OH. The higher levels of UA, AI, stage of obesity we determined for patients with OH.

HYPERURICEMIA AS CARDIOVASCULAR RISK FACTOR IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Chukwunonso Arinze, Obinna Nwokiea Chukwuma

Scientific adviser – G.A. Fadieieva, MD

Sumy State University, Department of Internal Medicine postgraduate education

Thyroid dysfunction is associated with dyslipidemia, a well-known cardiovascular risk factor. Besides dyslipidemia, thyroid dysfunction can induce insulin resistance, hypertension, endothelial dysfunction.

Study objectives: to determine prevalence of hyperuricemia and association with lipid profile in patients with hypothyroidism.

Methods: The study included 58 patients with hypothyroidism and a control group of 20 healthy euthyroid volunteers. The following measurements were made in all participants: thyroid-stimulating hormone (TSH), free thyroxin (FT4) concentration, thyroid peroxidase antibodies, total cholesterol (TC), low-density lipoprotein (LDL) cholesterol, high-density lipoprotein (HDL) cholesterol, triglycerides (TG), uric acid. The 1st group included 47 patients with hypothyroidism and normal serum uric acid level, the IInd group – 11 hypothyroid patients with hyperuricemia. Hypothyroidism was defined as a TSH > 4.0 mU/L with a decreased free T₄ level, hyperuricemia – serum uric acid > 420 μmol/l for men and >360 μmol/l for women.

Results: The mean age of patients was 66.3±3.25 years. Prevalence of hyperuricemia in hypothyroidism is 18,9%.

Patients from the 1st group had total cholesterol (5.4±0.77) mmol/l, LDL-cholesterol (3.5±0.45) mmol/l, triglycerides (2.0±0.28) mmol/l.

Hyperuricemia in hypothyroid patients from the 2nd group is accompanied by more elevated total cholesterol concentrations (6.7±0.83) mmol/l (p<0.05), LDL cholesterol (4.3±0.63) mmol/l (p<0.05), triglyceride (2.4±0.32 mmol/l).

Conclusion: In case of hyperuricemia patients with hypothyroidism have more pronounced changes in atherogenic lipid profile that require special attention in practical medicine.

ATHEROSCLEROSIS PROGRESSION FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND DYSLIPIDEMIA

Efremova O.A., Demikhova N.V., Bamisile Adebayo (group 119)**

Belgorod State University, RF; Sumy State University, Ukraine*

The main cause of death for patients with diabetes mellitus (DM) in Europe is connected with cardiovascular diseases. There is the correlation between them and hyperglycemia.

Aim. To diagnose atherosclerosis in early stages, to develop measures for prevention its progression for patients with type 2 DM and dyslipidemia.

Materials. Study involved 61 patients with type 2DM. They were divided into 2 groups. Group 1 (30) - (22 – with defragment intima and media thickening, 8 – with formed atherosclerotic plaques without changes of vessel diameter), group 2 (31) – with qualitative changes of intima media complex (IMC) (19 people - defragmentation intima and media thickening, 12 – with atherosclerotic plaques without changes the diameter of the vessel). Combined therapy included 20 mg of atorvastatin. The clinical picture was confirmed by the level of HbA1c <7%. For determination the features of atherosclerosis we used complex clinical, laboratory and instrumental methods, including daily monitoring of blood glucose; definition of glycated hemoglobin

HbA1c,%; vascular sonography with color Doppler apparatus using Toshiba HDI 1500 linear transducer with frequency range 2.5-5 MHz.

Results. Sonographic study in extracranial vessels was conducted by the standard method of measurement and description of CMMs on the back wall at a distance of 1 cm proximal to the bifurcation of the left artery total. Clear division into layers for increased echogenicity and thickness dimensions (0.9 ± 0.2 mm) were found in 7 patients of group 1(23%) and 5(16%) - group 2. Baseline defragmentation with or without intima media thickening was found in 19(64%) patients of group 1 and 21(68%) - group 2.

The primary evidence of vascular remodeling of DM and dyslipidemia is thickening IMC and local violation of the integrity of the intima. Over time defragmentation IMC becomes widespread nature, disturbed differentiation into layers. The final step is the formation of atherosclerotic plaques and local hemodynamics abuse.

Conclusions. Using of 20 mg atorvastatin has shown the ability to control the progression of atherosclerosis in its early stages. Structural IMC rating can be used as a marker for early diagnosis of vascular remodeling in diabetic patients and as a criterium for treatment.

PHASE-SPACED ECG MARKERS OF PSYCHO-AUTONOMIC MISBALANCE IN HEART FAILURE PATIENTS

Katerenchuk O.I.

Chief: MD, PhD V.M. Zhdan

Ukrainian Medical Dental Academy (Poltava, Ukraine)

The combination of psychological and autonomic disturbances is typical in patients suffering on chronic heart failure. The method of phase-spaced ECG gives opportunities to evaluate specific markers that possibly are linked with psycho-autonomic misbalance.

Aim of the study: to detect the specific ECG-markers those are related to the psychosomatic misbalance by using method of phase-ECG analysis.

Methods: all patients were enrolled to the study after the informed consent was signed and all criteria for eligibility obtained. Psychosomatic disorders were diagnosed by using PHQ-SADS Scale. The status of autonomic regulation was detected by method of heart rate variability.

Results: 155 patients were enrolled to the study. After the initial investigations patients were divided into four groups according to presence and/or absence of psychosomatic and autonomic misbalance. The signs of sympathetic overdrive were present in way of reduced heart rate variability in combination with higher rates of T-loop symmetry and T-loop alternations. The presence of depression and/or anxiety has no relations to the heart rate variability parameters in line- and spectral domains, but the changes of T-loop symmetry and T-loop alternations were the same as in the group of patients with sympathetic overdrive. In the case of combined psychosomatic and autonomic misbalances combination more pronounced changes were observed in mental and orthostatic stress-tests.

Conclusions: the presents of depression and/or anxiety resulted in the same changes of T-loop parameters as the presence of sympathetic overdrive. The excessive increase in T-loop symmetry and T-loop alternation in stress-tests is a marker and additional risk factor for heart failure progression.

KNOWLEDGE AND AWARENESS OF EPILEPSY AMONG SECONDARY SCHOOL IN ENUGU, SOUTH EAST NIGERIA

Lychko V.S., MD, PhD, Associate Professor

Linda Chikwama, 4th year student

Medical Institute of Sumy State University

Department of Neurosurgery and Neurology

In Nigeria own study have addressed the problems of knowledge and attitude of epilepsy in African students. However there are persisting gaps in the understanding of these facts especially in relation to how to utilize the existing knowledge for educational interventions.

The major aim of this study was to determine the knowledge and attitude of secondary school students to epilepsy and its treatment that could pose as barriers in the treatment and care of epilepsy patients within the community so that they could constitute targets for educational interventions.

The responses of 107 were analyzed. Majority (90.3 %) had heard of epilepsy as a disorder and most of the students heard about it from the electronic media (television, films and radio) (32.9 %) or from parents and family members (25.8 %). Epilepsy was considered a psychiatric disorder by 50 %, an infectious disease by 41.6 % and due to some natural causes (neurological) by 41 %. On the question "who (where) is best to treat people living with epilepsy?", 64.1 % considered that doctors (orthodox medicine) and herbalists (traditional healing) were to treat epilepsy. A small percentage (6.9 %) believed the herbal (traditional medicine) to be the best remedy. No one accepted that prayers alone could cure epilepsy. On attitude, 62.5 % said they would not keep a friend with epilepsy, 65.5 % would not play with someone with epilepsy, 81.7 % would not marry someone with epilepsy. Only 36.5 % of the students disagreed that people with epilepsy should marry or have children.

Most secondary school students exhibit a poor knowledge and attitude among secondary school students in Enugu South East Nigeria. Efforts should be made to include the teaching of common neurological disorders in schools.

FEATURES OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM COMBINED WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Melekhovets O. K., Lukyanenko D. O.

Sumy State University

General Medicine Department

Background. The problem of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is very important nowadays. On the one hand, the characteristic of it is wide spread and on the other hand – there are a lot of factual material about the pathogenic mechanisms of development. Decompensated hypothyroidism leads to dyslipidemia in any age.

The aim of this study is the definition of the peculiarities of dyslipidemia for patients with the combination of hypothyroidism and NAFLD.

Participants and methods. The study included 64 patients which were divided in two groups. There are 30 patients with NAFLD in the first group and 34 patients with hypothyroidism and NAFLD in the second group. For determination the degree of fibrosis we conducted the test "FibroMax". It was calculated with the help of formula: $f = 4.467 \times \log[\alpha 2\text{-macroglobulin(g/l)}] \log[\text{haptoglobin(g/l)}] + 1.017 \times \log[\text{GGT(U/L)}] + 0.0281 \times [\text{years}] + 1.737 \times \log[\text{bilirubin(mmol/l)}] - 1.184 \times [\text{apolipo-protein A1(g/l)}] + 0.301 \times \text{sex}(\text{female}=0, \text{male}=1) - 5.540$. The ultrasound of the abdomen and thyroid gland were prescribed for all patients.

Results. We define the increasing of the levels of total cholesterol (TC), triglycerides (TG), low density lipoprotein (LDL) in both study groups. Moreover the patients from the second group had more obliqueness (in the 2 group the level of TC was $(7,3 \pm 1,2)$ mmol/l, TG level – $(3,2 \pm 0,8)$ mmol/l, LDL lever – $(4,07 \pm 1,02)$ mmol/l, in the 1 group the levels of TC were $(6,2 \pm 1,4)$ mmol/l, of TG – $(3,1 \pm 0,6)$ mmol/l, of LDL – $(3,99 \pm 0,6)$ mmol/l. After ultrasound research we found that patients from both groups had steatohepatosis. After conducting the test "FibroMax" we found, that patients in the 2 group had the next stage of fibrosis: F0-F1 - 21 patients (61,7%), F1-F2 - 9 patients (26,4%), F3 - 4 patients (11, 9%); patients in the 1group: F0-F1 - 15 patients (50%), F1 - 8 patients (27%), F1-F2 - 5 patients (23%).

Conclusions. Finally, patients with hypothyroidism had complex metabolic disorders, which caused the development of NAFLD. It is confirmed by the results of "FibroMax" test and definition of laboratory parameters. Therefore, timely diagnosis and correction of the hypothyroidism can prevent the development of NAFLD, which is an early predictor of complications of cardio - vascular diseases.

CHILDHOOD MALNUTRITION IN NAMIBIA

Ndivelao P, Tjipepa T, Lubchak V.

Sumy State University, Department of Family and Social Medicine

2012 Nutrition country profile. HDI ranking: 128th out of 182 countries, Life expectancy: 61 years, Life time risk of maternal death: 1 in 1702 Under-five mortality rate: 42 per 1,000 live births, Global ranking of stunting prevalence: 56th highest out of 136 countries. Over one-third of child deaths are due to under nutrition mostly from increased severity of disease. Children who are undernourished between conception and age two are at high risk for impaired cognitive development, which adversely affects the country's productivity and growth. Survey in 2012 shows 29% of children under the age of five are stunted, 17% are underweight, 8% are wasted and 16% of infants are born with a low birth weight.

Comparison with Ukraine. The most recent MICS survey in 2012 did not have data on wasting among children, but it is expected that between 2000 and 2012, the percentage of wasted children did not deteriorate substantially as economic situation in Ukraine remained approximately the same during this period, with exception of 2008-2009 crisis where there might have been a slight change in the nutritional situation deterioration. As per the pre-crisis data, the prevalence of wasting was far below the 5% acceptable rate by WHO.

Solutions to eliminate malnutrition. Increase nutrition capacity within the Ministries of Health and Agriculture. Improve infant and young child feeding through effective education and counseling services. Implement multiple solutions to tackle anemia including deworming and multiple micronutrient sachets for young children, and iron supplementation for pregnant women. Achieve universal salt iodization. Improve dietary diversity through promoting home production of a diversity of foods and market and infrastructure development.

PECULIARITIES OF SICKLE CELL ANEMIA IN PATIENTS WITH MALARIA IN AFRICA

Okoye Chukwuebuka D., Bamisile Ayodeji Segun

Scientific adviser – Kmyta V.V.

Sumy State University, Internal medicine department with postgraduate education

Background. Sickle cell anemia is an autosomal recessive disease caused by a single point mutation in nucleobase sequence of chromosome 11 with substitution of glutamic acid by valine and formation of HbS is widespread in mainly African countries with prevalence of 20% - 30% in Cameroon, Republic of Congo, Gabon, Ghana, Nigeria and 45% in Uganda. Malaria on the other hand is an infection caused by a parasite (*Plasmodium* sp.) that is transmitted to humans by female anopheles mosquito and is prevalent in tropical and subtropical regions of Africa due to increased rainfall, constant high temperatures and high humidity.

Aim. To understand the peculiarities of sickle cell anemia in patients with Malaria in Africa.

Materials and Methods: About 356 articles and epidemiological studies have been studied.

Results: According to the literature data Translocation of Sickle cell Erythrocyte MicroRNA into *Plasmodium falciparum* inhibits parasite translocation and contributes to Malaria resistance as individuals with three microRNAs (miR-223, miR-451, let-7i) that are effective in reducing *P.falciparum* growth and replication and the later two are increased in HbAS and HbSS than in HbAA individuals, giving HbSS and HbAS individuals genetic advantage. Heterozygous for sickle cell gene (AS) are relatively protected against severe form of malaria as *P.falciparum*-infected red cells sickle preferentially and then removed by macrophages while homozygous for sickle cell gene (SS) suffer from severe form of malaria due to severe anaemia and hyposplenism in SCA with reduced clearance of parasites.

Conclusion. From the above research, it can be deduced that HbAA individuals with SS gene are at a higher risk of being predisposed to severe forms of malaria as compared to HbAS and Hb SS individuals with AS gene.

NUTRITIONAL INTERVENTION IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS*Posea Mihaela, PhD**National Institute of Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases "N. C. Paulescu", Bucharest*

Background and Aims. Obesity is a major risk factor for type 2 diabetes, cardiovascular diseases, cancer, pulmonary diseases, 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. We evaluated the content of food before running a nutritional intervention program of 124 overweight and obese patients. We assessed the kilocalories, vitamins and minerals from intake food using a 7-day weighed food self-records; measured resting metabolic rate after eight hours fasting with an indirect calorimeter and parameters like weight, body mass index, body fat, percent of body fat, abdominal circumference and arterial tension.

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. Overweight and obese patients had an excessive intake of sodium, iron and selenium. They 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). After the nutritional intervention, overweight and obese patients had significantly lower level of intake carbohydrates ($P = .018$), lipids ($P = .002$), B1 vitamin ($P < .001$), B3 vitamin ($P = .02$) and E vitamin ($P = .016$). There is a significantly increased level of proteins ($P < .001$). The intake levels of following's decreased: sodium ($P < .001$), magnesium ($P = .006$), zinc ($P = .035$), copper ($P = .002$), manganese ($P < .001$). Phosphorus is the only mineral of which the intake level increased significantly ($P < .001$). All the anthropometric parameters decreased significantly: weight ($P < .001$), body mass index ($P < .001$), body fat ($P < .001$), percent of body fat ($P < .001$), abdominal circumference ($P < 0.001$), systolic arterial tension ($P < .001$), diastolic arterial tension ($P = .002$).

Conclusions. All the patients had imbalanced intake of vitamins and minerals both before and after 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.

COMPARISON OF EFFICACY AND SAFETY OF LONG-TERM WARFARIN THERAPY IN PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION*Romaniuk S.A., Opolonskaja N.A., Kysenko E.V.**Scientific research supervisor: Pristupa L.N., professor**Sumy State University, Department of Internal Medicine postgraduate education*

Introduction: Anticoagulation with vitamin K antagonist (VKA) has been an enduring gold standard for stroke prevention in atrial fibrillation (AF). But the potential for serious bleeding complications of the drug remains a problem for the safe use of drug

Aim: Examine the prevalence of thromboembolic and bleeding complications in patients with non-valvular atrial fibrillation who receiving warfarin.

Materials and methods: A total of 40 patients with non-valvular atrial fibrillation were recruited between July 2015 and January 2016 and were provided written informed consent. They were divided on two groups: firsts group of patients who did not take warfarin and second group of patients who took warfarin. We used CHA₂DS₂VASc score to assess the risk of thromboembolic complications (TEC), scale HAS-BLED to assess the risk of bleeding, control of laboratory parameters. Patients who taking warfarin, was calculated time spent in the target range (TTR) of International Normalized Ratio (INR). Participants also completed a questionnaire about their vitamin K-rich beverage and food intake.

Results: The majority of patients (72%) were aged from 65 to 70 years. Patients, who taking warfarin, INR time (2-3) arranged from 78 to 82%. Patients with high risk of thromboembolic complications (more than 5 points) of CHA₂DS₂VASS scale was significantly more in patients, who were not taking warfarin (18%) compared with patients, who received warfarin ($p = 0.011$). The majority of patients had a high risk of bleeding (more than 3 balls) on a HAS-BLED scale.

Conclusions: The relationship between monitoring VKAs and their safety balance is proven. The exponential increase in studies evaluating health-related quality of life as an important outcome in anticoagulated patients has shown that monitoring these patients leads to more anticoagulation stability, lower incidence of bleeding, and less ischemic events. The structure of the leading risk factors was defined among patients with atrial fibrillation. The treatment of new oral anticoagulants allows us to assign them without special control laboratory control.

THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR 1 TYPE PLASMA LEVELS IN PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

Towenna C.A., 5th year student

Scientific adviser – Kmyta O.P.

Medical Institute of Sumy State University, Department of Neurosurgery and Neurology

Plasminogen activator inhibitor 1 type (PAI-1) is the principal inhibitor of fibrinolysis. The production of PAI-1 by adipose tissue could be an important contributor to the elevated PAI-1 plasma levels.

Our study was aimed to analyze the relationship between obesity and PAI-1 plasma levels in patients with severe traumatic brain injury (STBI).

214 subjects have been examined. They were grouped into two categories: 1st group contained 119 patients with STBI, 2^d (control) – 95 almost healthy individuals. Patient in each group were subgrouped according to their body mass index (BMI) and waist-hip ratio (WHR). We checked their PAI-1 plasma levels on the 1, 3, 7 and 14 days after hospitalization.

During the 1st day study, higher PAI-1 levels were reported to have association with obesity and STBI (119.1 ± 2.51 , normal body weight (NBW) – 111.7 ± 1.45 ng/ml, $p=0.042$). Moreover, in the control group higher PAI-1 level were recorded in obese subjects (52.3 ± 0.86 , NBW – 25.4 ± 1.0 ng/ml, $p=0.0001$) Thus, the association between obesity and increased PAI-1 level was still obvious on the 3^d day study, levels of PAI-1 didn't change much in patients with STBI. The analysis of PAI-1 levels in STBI patients on the 7th day showed that the association remained significant between obesity and elevated PAI-1 level trending to decrease (98.3 ± 5.61 , NBW – 70.1 ± 3.86 ng/ml, $p=0.005$), but was almost 2 times higher than that in the control group. PAI-1 levels in the subjects with STBI decreased slowly, independently of the BMI and WHR. Analyzing PAI-1 level on the 14th day, it was recorded that in the patients with STBI and NBW the PAI-1 level (56.2 ± 3.98 ng/ml) was 2 times higher (according to the values in the control group); the patients with obesity and overweight still had high values (87.9 ± 8.0 ng/ml) – level of PAI-1 was 1.7 times higher than that in the control group ($p=0.004$).

According to the results of the study, we can make a conclusion as for the association between changes in the plasma PAI-1 levels and body weight: PAI-1 values were significantly higher in the patients and control with obesity than in the patients with NBW, thus we can suggest the influence of overweight and obesity upon STBI course.



СЕКЦІЯ VII.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 о 10⁰⁰.

Місце проведення: ауд. 307, Бібліотечний корпус СумДУ (вул. Римського-Корсакова, 2).

Керівник секції: д-р мед. наук, професор **М. Д. Чемич**, асистент **Т. О. Болецька**.

Секретар: **Д. А. Бутенко**

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ TORCH-ІНФЕКЦІЙ СЕРЕД ВАГІТНИХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Аксенчук Р. І.

Науковий керівник: доцент Ільїна В. В.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Поширення TORCH-інфекцій на тлі депопуляції в Україні змушує розробляти нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації при цих захворюваннях. Залишається актуальним і питання внутрішньоутробного інфікування, невиношування вагітності та дитячої смертності. Ці проблеми виходять за рамки вузькоспеціалізованої медичної допомоги та щоразу ширше стосуються лікарів загальної практики. TORCH – комплекс, який об'єднує інфекції, що мають негативний вплив не тільки на внутрішньоутробний плід, але й на запліднення, вагітність та новонароджених дітей. Абревіатура складена з перших літер слів: T – Toxoplasmosis, O – others, R – Rubella, C – Cytomegalovirus, H – Herpes virus. Крім того, «TORCH» перекладається як смолоскип або факел, що вкладає в це поняття більший зміст і підкреслює небезпеку та тяжкі наслідки даних захворювань. До групи «інших інфекцій» вже віднесено сифіліс, гонорею, хламідіоз, уреаплазмоз, мікоплазмоз, папіломавірусну інфекцію, а також інфекції, спричинені групою В-стрептококів. Більшість перерахованих захворювань є секстрансмісивними, що пояснює необхідність обстеження та лікування статевих партнерів.

Мета роботи - вивчити залежність виношування та народження здорових дітей від інфікованості TORCH-інфекціями вагітних.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження вагітних на TORCH-інфекції у 2010-2014 рр. Проведено аналіз 4007 індивідуальних карт вагітних, з яких 2487 обстежено на TORCH-інфекції, а також проаналізовано 206 медичних карт вагітних, у яких вагітність закінчилася викиднем. З них обстежено на TORCH-інфекції 91 жінка. Оцінено динаміку дослідження жінок на TORCH-інфекції та взаємозв'язок з невиношуванням вагітності. Вивченню підлягали індивідуальні карти вагітних та медичні карти гінекологічного відділу Чортківської ЦКРЛ Тернопільської області.

Результати. За період з 2010 по 2014 роки кількість вагітних, обстежених на TORCH, збільшилася з 55 % до 70 % . У двох випадках гострого токсоплазмозу вагітності закінчилися викиднями у пізніх термінах.

У 2012 році на TORCH-інфекції обстежено 37 % вагітних, кількість викиднів – 45, що становить 5,66 % від загальної кількості вагітних і, навпаки, у 2014 році при обстеженні 58,8 % кількість викиднів складає 34 (4,42 %). Збільшення кількості обстежених вагітних на TORCH-інфекції з 55 % у 2010 році до 70 % 2014 році і раннє виявлення і лікування TORCH-інфекцій дає можливість дещо знизити кількість викиднів .

Викидні першовагітних відбувались частіше, ніж у повторновагітних, що дає підставу думати про головну з причин викидів - TORCH-інфекції у необстежених (а значить нелікованих) до вагітності жінок. Відсоток співвідношення викиднів у повторновагітних коливається від 27 % до 44 %, а у першовагітних - від 56 % до 73 % .

При обстеженні вагітних, у яких відбулися викидні до 22 тижнів, виявлено гостру або хронічну форму TORCH-інфекції. Кількість виявленої гострої інфекції прямопропорційна до зростання кількості викиднів. Так, при найменшій кількості викиднів у 2011 році (14) виявлено 4 випадки гострої TORCH-інфекції, а у 2013 році при кількості викиднів 8 виявлено 7 випадків гострої TORCH-інфекції.

Висновки. Таким чином, проведення обстеження на TORCH-інфекції та адекватне лікування виявленого захворювання суттєво впливають на виношуваність плоду у вагітних жінок.

ВИВЧЕННЯ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ БІОТОПІВ ЖІНОК ТА НЕМОВЛЯТ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

Багуля К. В., Зайцева Т. О.

Науковий керівник: к-т мед. наук Малиш Н. Г.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Проблема внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських та неонатологічних стаціонарах залишається актуальною для охорони здоров'я України у зв'язку з високим рівнем захворюваності, відсутністю тенденції до зниження. Розвитку ВЛІ передують колонізація різних біотопів вагітних та новонароджених госпітальними штамми, як правило, умовно патогенних мікроорганізмів (УПМ).

Мета роботи - встановити домінуючі колонізуючі агенти біотопів жінок і дітей в акушерських стаціонарах.

Матеріали та методи. Дослідження проводилися в акушерських стаціонарах № 1 і № 2 м. Суми. Використані епідеміологічні, мікробіологічні, статистичні методи.

Результати. У вагітних жінок, що надходили в акушерський стаціонар № 1 у м. Суми у 39,4 % випадків із піхви були виділені мікроорганізми *Enterobacteriaceae*, *Streptococcaceae*, *Staphylococcus* та гриби роду кандиди. Серед грампозитивної кокової флори домінували ентерококи (3,2 %), стафілококи (4,0 %). Серед грамнегативних аеробів – кишкові палички (4,5 %). Із сечі майже у кожній третій жінки (34,8 %) були виділені *E. coli*. Частота виділення ентерококів складала 7,5 %, клебсіел - 4,7 %.

В акушерському стаціонарі № 2 м. Суми, із піхви вагітних найчастіше ізолювали *E. coli* (у 9,5 %) та *S. aureus* (у 4,8 %), із сечі - *E. coli* (33,3 %), *K. pneumoniae* (14,3 %), *Proteus spp.* (9,5 %).

У 64,6 % випадків із носоглотки немовлят з пологового будинку № 1 були виділені УПМ (у концентрації 10^3 і більше). Домінували *S. aureus* (22,6 %), *E. coli* (19,4 %), *P. aeruginosa* (16,1 %). Псевдомонади і кишкові палички були виділені у змивах з ендотрахеальної трубки у кожного десятого немовляти.

Патологічна колонізація слизової оболонки носоглотки новонароджених пологового будинку № 2 була 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. pneumoniae* (19,1 %), із ендотрахеальної трубки - *P. aeruginosa* (18,8 %).

Висновки. Результати мікробіологічного моніторингу необхідно враховувати при проведенні емпіричної антибіотикотерапії у випадку виникнення нозокоміальної інфекції в акушерському стаціонарі.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ

Болецька Т. О.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Чемич М. Д.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Для оцінки адаптаційних реакцій організму одним із методів є оцінка гематологічних показників.

Мета роботи. Вивчити гематологічні зміни у хворих на Лайм-бореліоз у залежності від статі та віку.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 221 медичної карти стаціонарного хворого (ф. 003/о), які знаходились на лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні в 1999-2015 рр., з них жінки 133 (60,18 %), чоловіки 88 (39,82 %). Середній вік хворих склав $(46,61 \pm 0,95)$ роки. Методи: ретроспективний та статистичний аналіз. За формулами розраховувалися індекси інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), індекси неспецифічної реактивності - лімфоцитарний індекс (ЛІмф), 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 - лимфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛІГ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ЛІШОЕ). Статистично значимі відмінності для середніх величин порівнювалися з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати. За розподілом хворих за віком встановлено достовірну різницю між чоловіками та жінками - (42,31±1,59) та (49,45±1,13) років відповідно ($p < 0,05$). За клінічними формами не виявлено суттєвої відмінності в розподілі між обома статями – стадія локальної інфекції 85,23 % (75) та 87,22 % (116), стадія десимінації з ураженням нервової системи - 9,09 % (8) та 9,77 % (13), стадія персистенції – 2,27 % (2) та 1,50 %, суглобова форма – 1,14 % (1) та 0,75 % (1) відповідно чоловіки та жінки.

При вивченні показників загального аналізу крові було встановлено, що у чоловіків спостерігалось достовірне підвищення рівня сегментоядерних нейтрофілів - (59,43±1,05) % та (56,48±0,94) % ($p \leq 0,05$), еозинофілів - (2,77±0,26) % та (1,81±0,19) % ($p \leq 0,01$), еритроцитів - (4,84±0,05) $\times 10^{12}/л$ та (4,37±0,04) $\times 10^{12}/л$, гемоглобіну - (141,54±1,41) г/л та (127,15±1,25) г/л, гематокриту - (0,44±0,004) л/л та (0,38±0,003) л/л ($p \leq 0,001$), та нижчий рівень тромбоцитів - (202,13±4,61) $\times 10^9/л$ та (214,92±4,45) $\times 10^9/л$ ($p \leq 0,05$), ШОЕ - (6,47±0,56) мм/год та (10,68±0,60) мм/год ($p \leq 0,001$) відповідно.

При аналізі гематологічних показників інтоксикації встановлено підвищення у жінок ЛПІ - (1,22±0,11) в порівнянні з чоловіками (0,88±0,10) та групою контролю (0,92±0,10) ($p \leq 0,01$) та ($p \leq 0,05$) відповідно. Достовірно значимо було підвищення ЛІШОЕ (3,37±0,19) та (1,94±0,18) та (0,58±0,04) ($p \leq 0,001$) відповідно. Як у чоловіків так і у жінок спостерігалось достовірне зниження показників у порівнянні з контролем - ІСНМ (15,69±1,11) та (11,88±0,66) та (31,55±2,07), ІСЛМ (8,07±0,62) та (6,31±0,46) та (15,21± 1,07) ($p \leq 0,001$) відповідно.

Встановлено, що достовірної різниці в показниках загального аналізу крові залежно від віку не виявлено. В залежності від віку хворих виявлено достовірне зниження гематологічних показників ІРО– молодий вік - (266,16±42,69), середній вік – (133,77±16,58), старечий вік – (89,88±13,44), ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,001$, $p \leq 0,05$), та підвищення ЛІШОЕ – (2,04±0,18), (3,17±0,22), (3,67±0,40) ($p \leq 0,001$).

Висновки. Таким чином, розвиток тієї чи іншої клінічної форми Лайм-бореліозу не залежить від статі. Гематологічні зміни свідчать про тенденцію до активації аутоімунних процесів переважно у жінок з Лайм-бореліозом і осіб старечого віку та неспроможність системи мікро- та макрофагоцитів як у жінок так і у чоловіків хворих на Лайм-бореліоз.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В І С У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2014 РОЦІ

Бочарова Д. С.

Науковий керівник: к-т мед. наук Малиш Н. Г.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

У медицині проблема вірусних гепатитів (ВГ) з гемоконтактним механізмом передавання є однією з найбільш значущих. За офіційними даними, близько 300 млн. людей страждають на вірусний гепатит В, більше 500 млн. осіб інфіковані вірусом гепатиту С, 1 млн. хворих щорічно гине від цирозу та раку печінки. Все частіше реєструються випадки гострих безжовтяничних та хронічних форм вірусних гепатитів, що виявляються випадково під час профілактичних оглядів або лабораторних обстежень з приводу інших хвороб.

Мета роботи - встановити рівень захворюваності, поширеність ВГВ і ВГС у Сумській області, дослідити частоту виявлення супутньої патології та ускладнень.

Матеріали та методи. Офіційні звіти Головного управління Держсанепідслужби України у Сумській області у 2014 р., медичні карти стаціонарного хворого (ф.003/о) (всього 502). Використані епідеміологічні, статистичні методи.

Результати. У 2014 р. показник поширеності вірусних гепатитів з гемоконтактним механізмом передавання склав 44,3 на 100 тис. нас. При цьому питома вага хворих на вірусний гепатит С була найбільшою і становила 87,6 %. Частка осіб, що страждали на хронічний вірусний гепатит В, склала 8 %. Хронічні гепатити змішаної етіології (В та С) мали 4,4 % пацієнтів.

Вперше до лікувальних закладів з приводу ВГВ у 2014 році звернулося 40 жителів Сумщини, з них у 55 % випадків була діагностована гостра форма ВГВ (показник – 1,9 на 100 тис. нас.), у 45 % - хронічна (показник – 1,6 на 100 тис. нас.). За аналогічний період часу абсолютна кількість виявлених пацієнтів з ВГС була в 11 разів вищою і становила 440 осіб. З них хронічний ВГС діагностували у 98 % пацієнтів (показник - 38,0 на 100 тис. нас.) і лише у 2 % випадків - гострий ВГС (показник - 0,2 на 100 тис. нас.). Вищезазначене пояснюється клінічними особливостями ВГ. ВГС частіше має латентний перебіг, довго лишається нерозпізнаним і часто діагностується вже на стадії розвитку цирозу печінки.

Хронічну патологію органів шлунково-кишкового тракту мали 65,2 % хворих на гострий ВГВ, 72,5 % - на хронічний ВГВ, 55,5 % - на гострий ВГС, 75,2 % - на хронічний ВГС.

Висновки. У Сумській області у структурі вірусних гепатитів превалює хронічний ВГС. Частота виявлення супутньої патології у хворих на ВГВ і ВГС складає від 55,5 до 75,2 % відповідно.

КАСКАД МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ В УКРАЇНІ

Бруславець О. О., Бабаєва Я. М.

Науковий керівник: к-т мед. наук Піддубна А. І.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Оцінка якості тестування на ВІЛ-інфекцію та медичної допомоги людям, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), в останні роки набула поширення, коли стало відомо, що антиретровірусна терапія (АРТ) запобігає подальшому зростанню захворюваності. ЮНЕЙДС розробив стратегію прискорення для мобілізації глобальних зусиль і ресурсів, щоб «покласти край епідемії СНІДу до 2030 року». Ці заходи включають конкретну мету по континууму допомоги при ВІЛ-інфекції "90-90-90": до 2020 року 90 % ЛЖВ будуть знати про свій статус, 90 % тих, що знають про свій статус, будуть отримувати АРТ і 90 % осіб, що отримують АРТ, досягнуть зниження вірусного навантаження. За даними моделювання, здобуття даних цілей покладе край пандемії ВІЛ-інфекції до 2030 року і призведе до отримання значних економічних переваг.

Мета роботи - дослідити каскад медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію в Україні.

Матеріали та методи. Оброблено та проаналізовано дані організації ЮНЕЙДС, Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, клінічні протоколи медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію в Україні, дані Міжнародних конференцій з ВІЛ/СНІДу, наукові лекції Valerie Delpech і Jacoba Levi.

Результати. Темпи розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні зростають: щорічно понад 30 тисяч людей інфікуються вірусом; за даними лабораторних досліджень, реєструють майже 20 тисяч осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та до 12 тисяч осіб знімають з обліку з різних причин, у тому числі у зв'язку зі смертю від хвороб, зумовлених ВІЛ. При проведенні аналізу каскаду медичної допомоги було встановлено, що, за оціночними даними, на території України проживає 460 000 ВІЛ-інфікованих осіб, з яких лише у 237 903 діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено лабораторно: для досягнення рекомендованого 90 % рівня виявлення не вистачає 42 % осіб. Лише 44 % ЛЖВ отримують АРТ, що свідчить про те, що для досягнення 90 % охоплення населення АРТ потрібно забезпечити терапією ще 109 573 ЛЖВ. 40 % осіб з ВІЛ, які отримують протівірусне лікування, досягли невизначеного рівня вірусологічного навантаження (що на 52 566 осіб менше поставленого завдання).

Висновки. Таким чином, Україна на сьогодні все ще далека від досягнення мети ЮНЕЙДС з подолання епідемії ВІЛ/СНІДу "90-90-90", що, можливо, обумовлено дією чисельних факторів, у тому числі дефіцитом лікарських засобів, критичною ситуацією із забезпеченням тест-системами для обстеження на ВІЛ-інфекцію різного контингенту населення та проведення лабораторного моніторингу стану здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб.

ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ТА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

Бутенко Д. А.

Науковий керівник: Чемич О. М.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

На сьогодні загальна кількість хворих на вірусні гепатити В і С у світі у 14-15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих, яка становить близько 40 млн. осіб. Через прихований перебіг хвороба може поширюватися надзвичайно швидкими темпами. За ступенем негативного впливу на здоров'я населення та рівнем захворюваності вірусні гепатити в Україні займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології.

Мета роботи - визначити наявність печінкової енцефалопатії (ПЕ) та змін у психоневрологічному стані у хворих на хронічні вірусні гепатити під час проведення противірусної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 22 пацієнти хворих на ХВГ В та С у віці ($45,77 \pm 2,77$) років, які отримують противірусну терапію в даний час або отримували в минулому безрезультатно. З них 14 (63,6 %) чоловіків та 8 (36,4 %) жінок. Для визначення енцефалопатії та оцінки психоневрологічного статусу використовували опитувальник Mini-Mental State Examination (MMSE); нейропсихологічні тести: тест зв'язку чисел, тест малювання годинника, шкала депресії Бека (ШДБ).

Результати. Тест зв'язку чисел вказав на те, що у 16,66 % хворих ПЕ відсутня; у 29,16 % - латентна ПЕ; у 37,50 % - 1-а стадія ПЕ; у 4,16 % - 2-а; у 8,33 % - 3-а; у 4,16 % - 4-а. MMSE виявив переддементні когнітивні порушення у 50,0 % пацієнтів, серед показників найбільші порушення діагностуються з боку пам'яті (79,16 %), конструктивного праксису (62,50 %), концентрації уваги (54,16 %). Тест малювання годинника довів, що у 13,60 % пацієнтів є когнітивні порушення.

За шкалою депресії Бека найбільш вираженими були такі симптоми, як стомлюваність, дратівливість, порушення сну і настрою. Встановлено прямий кореляційний зв'язок результатів ШДБ із отриманням противірусної терапії. За ШДБ у 33,33 % пацієнтів депресія відсутня; у 33,33 % - легка; у 12,5 % - помірна; у 16,66 % - середньої тяжкості; у 4,16 % - тяжка.

Висновки. У більшості хворих з хронічними гепатитами виявлена печінкова енцефалопатія та переддементні когнітивні порушення - порушення пам'яті та конструктивного праксису. Отримані результати психоневрологічного обстеження пацієнтів з ХВГ вказують на потребу постійного та динамічного спостереження за ними задля корекції наявних психоемоційних порушень.

ПРОБЛЕМИ ПРИ СТВОРЕННІ ВАКЦИНИ ПРОТИ ВІРУСУ ІМУНОДЕФЦИТУ ЛЮДИНИ

Бутенко Д. А., Дорошецька Є. В.

Науковий керівник: Чемич О. М.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Актуальність. З огляду на специфіку ВІЛ, єдиним дієвим шляхом покінчити з епідемією ВІЛ/СНІДу є створення безпечної вакцини, здатної захистити від широкого спектру різноманітних ізолятів ВІЛ.

Мета роботи. Класифікувати існуючі проблеми при створенні анти-ВІЛ вакцини на сучасному етапі.

Результати дослідження. Здійснивши аналіз даних розробок анти-ВІЛ вакцин була створена наступна класифікація проблем, які необхідно вирішити для створення ефективної та безпечної вакцини.

1 Стосовно до вірусу: гіперваріабельність ізолятів ВІЛ; антигени ВІЛ, необхідні для протекції, лишаються невідомими; ВІЛ інфікує, пригнічує і руйнує ключові клітини імунної системи; обмеження у виборі експериментальної моделі.

2 Стосовно до імунної відповіді: природня імунна відповідь не позбавляє від ВІЛ; кореляти протективного імунітету лишаються невизначеними; роль вродженого імунітету слабо вивчена; можлива суперінфекція при інфікуванні іншим ізолятом.

3 Стосовно до трансмісії ВІЛ та його патогенезу: різні форми трансмісії – у вигляді вільного і асоційованого з клітинами вірусу; різноманітні шляхи зараження; реплікативний цикл ВІЛ включає інтеграцію в геном клітини – господаря; незалежно від шляху передавання ВІЛ швидко проникає в асоційовані з кишечником лімфоїдні тканини, де ампліфікується і потім поширюється в інші лімфоїдні органи.

При створенні дієвих вакцин вченим належить вирішити ряд проблем. По-перше вірус може передаватися як у вигляді вільних вірусних частинок, так і всередині інфікованих клітин, тому вакцина повинна стимулювати як гуморальний, так і клітинний імунітет. Інша проблема - це різноманіття типів і підтипів ВІЛ, які здатні швидко мутувати, що в свою чергу суттєво ускладнює адаптацію до них імунітету. Схильність до множинних мутацій ускладнює і пошук ефективної вакцини проти вірусу. Крім того, результати досліджень показали, що природня імунна відповідь на ВІЛ-інфекцію є специфічною, але не є протективною, тому ефективна вакцина проти ВІЛ повинна викликати протективну імунну відповідь.

Висновок. При вирішенні описаних класифікаційні проблеми є можливість створити вакцину з протективною імунною відповіддю і зупинити пандемію ВІЛ/СНІД.

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТАХ

Бутко В.А.

Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім З.Й. Красовицького

Хронічні вірусні гепатити (ХВГ) залишаються серйозною проблемою світової медицини, що зумовлено їх глобальним поширенням, тривалим перебігом, несприятливими наслідками прогресуючого перебігу хвороби — фіброз, цироз печінки та гепатоцелюлярна карцинома. Перебіг ХВГ ускладнюється ураженням жовчовивідних шляхів. Досить поширені запальні процеси з розвитком холециститів, холангітів, холецистохолангітів. Ці ускладнення зумовлені зниженням бактерицидних властивостей жовчі, оскільки при ХВГ змінюється біохімічний склад жовчі за рахунок зменшення кількості жовчних кислот, а також знижується екскреторна функція печінки. Зниження бактерицидності жовчі зумовлює активізацію умовно-патогенної мікрофлори. Порушується і моторика ЖВШ, наслідком чого є розвиток дискінезій, що перебігають за гіперкінетичним, гіпокінетичним та змішаним типами. Ураження ЖВШ суттєво впливає на перебіг та ефективність лікування ХВГ.

Ультразвукове дослідження (УЗД) має широке поширення в діагностиці захворювань печінки в зв'язку з доступністю, неінвазивністю, відсутністю променевої навантажень.

УЗД жовчного міхура і жовчовивідних шляхів направлене на визначення форми, розмірів, деформації, вроджених аномалій, конкрементів ЖВШ.

Мета роботи - дослідження стану ЖВШ у хворих на ХВГ.

Матеріали та методи. Під спостереженням було 78 хворих на ХВГ (ВГВ – 12, ВГС – 66 відповідно). Вік хворих коливався у межах 22-67 років. Серед обстежених переважали чоловіки (69%). Діагноз ХВГ верифікований клініко-епідеміологічними та лабораторними даними (ІФА, ПЛР).

Для діагностики уражень ЖВШ використовувались загальноприйняті методи дослідження: клінічний та біохімічний аналізи крові, дуоденального вмісту, бактеріологічне дослідження жовчі, УЗД гепатобіліарної зони.

УЗД виконано апаратом лінійного сканування в реальному масштабі часу, з зупинкою кадру і фотографуванням в різні періоди часу. Дослідження проводилося натщесерце. З метою визначення об'єму жовчного міхура вимірювалися його максимальні розміри: довжина, ширина, товщина при поздовжньому та поперечному скануванні, за лінійними розмірами оцінювався стан стінки міхура і вивідних протоків. В якості жовчогінного сніданку використовувалася сметана. Вимірювання об'єму жовчного міхура після стимуляції виконувалося кожні 10 хвилин протягом години з обов'язковим підрахунком зміни об'єму в порівнянні з вихідними даними. Моторна функція жовчного міхура вважалася нормальною, якщо на 40-50 хвилинах УЗД після прийому жовчогінного сніданку максимальне скорочення об'єму міхура складало 60-70%.

Результати. У 14% пацієнтів з ХВГ порушень моторики ЖВШ виявлено не було. Дискінезії ЖВШ діагностовано у 86% хворих з ХВГ, причому переважали дискінезії за гіпокінетичним типом (94%). Для них характерні відчуття тяжкості в ділянці печінки, періодичні ниючі болі, диспепсичні явища (гіркота, сухість у роті, зниження апетиту, нудота, здуття живота).

Висновки. Таким чином, ультразвукова діагностика порушень моторики жовчного міхура має очевидні переваги перед іншими способами діагностики (нешкідливість, об'єктивність, перспективність). Дискінезії ЖВШ досить часто супроводжують перебіг ХВГ. Для ХВГ більш притаманний гіпокінетичний характер дискінезії.

ПРОФІЛАКТИКА ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ОБЛАСТІ

Дорошецька Е. В.

Науковий керівник: Троцька І. О.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Питання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити займає одне з провідних місць у сучасній інфектології. Актуальність даної проблеми визначають високий рівень хронічних форм захворювань і значний рівень ускладнень, що впливають на структуру інвалідності та смертності від вірусних гепатитів. Вірусний гепатит В (ВГ В) серед нозологічних форм гепатитів займає особливе місце з огляду на можливість вакцинопрофілактики даного захворювання.

Мета роботи - оцінити вплив імунопрофілактики на стан захворюваності медичних працівників на ВГ В.

Матеріали та методи. Проведений аналіз інформаційно-статистичної звітності ф. № 1, ф. № 40 – здоров, галузевої звітності державної санітарно-епідеміологічної служби за 1994-2015 роки, а також дані інформаційно-аналітичної програми «Укрвак».

Результати. Встановлено, що у довакцинальний період захворюваність на ВГ В серед медичних працівників була значно вища загальної захворюваності населення. Так, у 1994 році її рівні склали відповідно 36,9 та 8,5 на 10 тис. населення, у 1998 – 23,5 та 8,7, у 2001 – 27,2 та 12,6.

В області, як і загалом в Україні, широке впровадження імунопрофілактики ВГ В розпочалося з 2002-2003 років, коли в групу пріоритетного напрямку вакцинації були включені діти до 5 років та медичні працівники. На той період вакцина проти гепатиту В для імунізації обох визначених груп постачалася централізовано, за кошти Державного бюджету України. Внаслідок цілеспрямованої діяльності з імунізації проти ВГ В медичних працівників вдалося досягти охоплення щепленнями даної цільової групи у 2003-2008 рр. на рівні не нижче 85 %. Це мало суттєвий вплив на стан захворюваності медичних працівників на ВГ В, рівень якої знизився вже у 2004-2005 роках порівняно з 2003 більш як у 3 рази, а порівняно з довакцинальним періодом – у середньому в 9,23 рази. У 2006 році

захворюваність ВГ В серед даного контингенту не реєструвалася взагалі. Рівень охоплення щепленнями цільового контингенту в цей період становив 94,2 %-100 %.

З 2007 року в області реєструється суттєве зниження охоплення медиків профілактичною імунізацією, однією з об'єктивних причин якої стало призупинення централізованих поставок вакцини проти гепатиту В для дорослих та перехід на її закупівлі за кошти місцевих бюджетів. Середній щорічний рівень охоплення медичних працівників щепленнями за період 2010-2015 рр. склав 33,7 % (у діапазоні від 17,7 % у 2011 до 46, % у 2012 році). Закономірним на цьому фоні стало поступове зростання захворюваності даного контингенту на гострий вірусний гепатит В до 16,2 на 100 тис. у 2015 році, що перевищило захворюваність всього населення майже у 4 рази.

Висновки. Отже, медичні працівники залишаються пріоритетною групою ризику для попередження професійного інфікування ВГ В. Рівень захворюваності медичних працівників даною патологією протягом всього періоду спостереження перевищує показники серед всього населення. Для зниження захворюваності медичного персоналу ВГВ необхідне охоплення профілактичними щепленнями цільової групи не нижче 85 %. В іншому разі забезпечується індивідуальний захист щепленого, який не має вирішального впливу на структуру та рівень захворюваності населення. Запровадження профілактичної імунізації мало вирішальний вплив на рівень інтенсивності епідемічного процесу ВГ В серед медичних працівників, проте цей показник перебуває в прямій залежності від стану охоплення контингенту профілактичними щепленнями.

МАЛЕНЬКІ ВЕЛИКІ ЛЮДИ

Забіяка І. М.

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Львіна Н. І.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Протягом тисячоліть лютували на землі пошесні хвороби, лишаючи по собі трупи і спустошення. На боротьбу з ними ставали лікарі - люди доброго серця і допитливого розуму. Вагомий внесок належить українським дослідникам.

Мета роботи - вивчити внесок вітчизняних вчених у боротьбу з небезпечними інфекційними хворобами.

Матеріали та методи. Було опрацьовано дані вітчизняної та зарубіжної літератури по даній темі.

Результати. Під час роботи над даним питанням нами було знайдено низку згадок про самовідданих дослідників, які свідомо заражали себе, щоб вивчити хворобу, випробувати різні методи боротьби з нею. Значний внесок до цієї боротьби зробили вчені-медики нашої країни.

Найбільш яскравою постаттю є український лікар Данило Самойлович, який відкрив перший засіб, що допомагав обмежувати поширення чуми. Володимир Хавкін, випускник Київського університету, 10 січня 1897 року створив протичумну вакцину. Її ефективність і безпеку вчений випробував на собі. У цей день людство здобуло активний спосіб боротьби з чумою.

Вплив холерних бацил на організм людини перевірів на собі І. І. Мечников. Він проковтнув велику кількість «холерних ком» і залишився здоровим. Його приклад наслідував доктор Жюпій, але результат виявився жахливим. Він захворів холерою і його одужання викликало сумнів. На щастя, дослідник залишився живий. Володимир Хавкін 18 липня 1892 року вирішив випробувати на собі інактивовану вакцину проти холери. Переборюючи високу температуру та лихоманку, вчений довів її ефективність. А через кілька місяців йому довелося перевірити своє відкриття в Калькутті. За два з половиною роки роботи Хавкіна в Індії було щеплено 2000 жителів, завдяки чому захворюваність на холеру зменшилась у сім разів. Серед медиків, які стежили за роботою В. Хавкіна, був Данило Заболотний. Молодого вченого цікавила можливість приймання вакцини через рот, адже збудник потрапляє з водою та їжею саме в шлунковий тракт. Він перевірів це на собі.

Експеримент пройшов успішно. То був новий — простіший, безпечніший — метод створення імунітету.

І. Мочутковський довів, що кров хворого на висипний тиф здатна викликати захворювання у здорової людини, провівши в Одесі у 70-их роках минулого століття експеримент на собі. Протягом декількох тижнів Мочутковський перебував на межі життя і смерті, потім ознаки хвороби почали слабшати і, нарешті, він видужав.

Інфекційну здатність крові хворого поворотним тифом було підтверджено вченими, що працювали в Одесі - спочатку Мінхом, а потім Мечниковим. Дану теорію вчені перевірили також в експериментах на собі.

Висновки. Наведені факти становлять лише малу частину дослідів лікарів, які перетворили свою професію - лікування хворих - у героїзм. Яке велике коло цих вчених насправді, ми не дізнаємося ніколи. Багато з цих хвороб вже не страшні, але ще багато чого залишається загадкою для науки. Тому в своїй повсякденній діяльності лікар має залишатися дослідником, має прагнути знайти щось нове, що могло б наблизити людство до розкриття таємниць природи і допомогти врятувати не одне життя.

ДИНАМІКА ПОШИРЕННЯ ПОЛІОМІЄЛІТУ В УКРАЇНІ

Здинюк Н.О., Баланюк І.В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Поліомієліт – це інфекційне захворювання, збудником якого є поліовірус. Найчастіше хворіють діти до трьох років, у яких спостерігаються явища паралічу. Вірус вражає нервові тканини спинного і головного мозку та слизові стінки кишечника, носа і глотки.

Мета роботи. Проаналізувати динаміку поширення поліомієліту за 1924-2015 рр.

Матеріали та методи. З метою дослідження епідеміології поліомієліту за 1924-2015 рр. проаналізовано дані Інформаційного бюлетня Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України.

Результати. У результаті дослідження виявлено, що у 1924-1925рр. поліомієліт вперше був зареєстрований в Україні (56 випадків). У 1959 році в Україні розпочата імунізація проти цього захворювання. Протягом 1991 - 1996 рр. захворюваність на поліомієліт спостерігалась висока. За цей період зареєстровано 36 випадків поліомієліту. На початку циркуляція поліовірусу проходить приховано, до виявлення першого випадку хвороби. Тому ВООЗ вважає, що навіть один підтверджений випадок поліомієліту, викликаного диким поліовірусом фактично означає епідемію. З 1997 року в м. Києві випадки поліомієліту не реєструються.

21 червня 2002 року Європейська регіональна комісія по сертифікації ліквідації поліомієліту об'явила Україну вільною від поліомієліту.

Станом на 1 вересня 2015 року в Україні зафіксовано два випадки поліомієліту. Захворювання виникло у двох дітей віком 4 роки та 10 місяців у Закарпатській області. Розвиток паралічів відбувся 30 червня та 7 липня 2015 року відповідно. Вакцинація дітям не проводилася. Отже, Україна на сьогодні входить до тих територій, де циркуляція дикого поліовірусу може бути поновлена.

Нажаль, на сьогоднішній день є значні проблеми з вакцинацією в Україні. Щоб мати захист суспільства, потрібно вакцинувати принаймні 95% людей. У нас цей рівень був 60%. У 2014 році рівень покриття вакцинацією був 49%, а в цьому році – 15%.

Висновки. В Україні ризик поширення поліомієліту підвищується. Тому запобігти такій проблемі можна профілактичним щепленням від цієї хвороби, де найкращим способом вважається масова вакцинація.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ВІРУСУ

Зінченко С. С., Іванов С. С., Орел П. В.

Науковий керівник: Троцька І. О.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Значне поширення гепатиту С та несприятливі наслідки захворювання вимагають ретельного ставлення до його лікування.

Мета роботи - вивчити ефективність противірусної терапії хронічного вірусного гепатиту С (ХГ С) у залежності від генотипу вірусу та індивідуальних даних хворих (стать, вік, стадія фіброзу печінки, вага, наявність супутньої патології тощо).

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз 112 медичних карток амбулаторного хворого (ф. 025/о) та медичних карток стаціонарного хворого (ф. 003/о) пацієнтів з ХГ С, що знаходились на лікуванні в ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З. Й. Красовицького».

Результати. Серед хворих було 60 чоловіків та 52 жінки від 18 до 65 років. Медіана віку склала 43,8 років (у чоловіків – 44,9, жінок – 41,7). За віком пацієнти розподілялись наступним чином: до 20 років – 2 особи, 21-30 – 21, 31-40 – 24, 41-50 – 32, 51-60 – 28, понад 60 – 6. Всі хворі отримували ін'єкції Пег ІФН один раз на тиждень та рибавірин внутрішньо у залежності від ваги протягом 16-48 тижнів. Період спостереження за пацієнтами склав 12-24 тижні після закінчення лікування. У більшості хворих реєструвався 1-ий генотип вірусу - 52 особи (46 %), 45 (40 %) мали 3-ій генотип та 15 (14 %) – 2-ий. Серед пацієнтів з 1-им генотипом було 25 чоловіків та 27 жінок, з 2-ім – 8 і 7, з 3-ім – 27 і 18 відповідно. За ступенем фіброзу печінки хворі розподілялись таким чином: F₄ (за шкалою METAVIR) констатовано у 34 (30 %) осіб, F₃ – у 17 (15 %), F₂ – у 43 (39 %), F₁ та F₀ – по 9 (8 %). У більшості пацієнтів мала місце супутня патологія: вузловий зоб І-ІІ ст. – у 46 (41 %), захворювання серцево-судинної системи – у 32 (29 %), інші – у 12 (10,7 %).

У 47 (42 %) пацієнтів спостерігалась зайва вага: індекс маси тіла (ІМТ) перевищував 25, у 12 (10,7 %) відмічалась гіпотрофія (ІМТ був нижче 20).

Швидка вірусологічна відповідь (ШВВ) констатована у 47 (41,9 %) осіб, у тому числі у 8 (15,4 %) – з 1-м генотипом, у 7 (46,7 %) – з 2-м та у 32 (71,1 %) – з 3-м. Рання вірусологічна відповідь (РВВ) отримана у 76 пацієнтів (67,9 %): у 25 (48 %) – з 1-м генотипом, у 8 (53,3 %) – з 2-м та 43 (95,6 %) – з 3-м. Стійка вірусологічна відповідь (СВВ) через 12-24 тижні після закінчення курсу лікування відмічена у 63 (56,3 %) осіб: у 20 (38,5 %) – з 1-м генотипом, у 7 (46,7 %) – з 2-м та у 36 (80 %) – з 3-м. При цьому вища ефективність ПВТ спостерігалась серед жінок - СВВ отримана в 34 (65,4 %) випадках, тоді як у чоловіків СВВ констатована у 29 (48,3 %). Маса тіла впливає на ефективність лікування. Так, СВВ отримана у 24 (51 %) хворих з зайвою вагою, в інших групах – 60 % (39 осіб). При цьому як у гіпо-, так і у нормотрофіків показники ефективності були фактично однакові. Найвища ефективність лікування спостерігалась у осіб до 40 років, серед яких СВВ отримана у 30 із 47 (62 %) пацієнтів, а старше 40 років у 33 з 65 (50 %). За даними нашого дослідження, залежності ефективності ПВТ від наявності у пацієнтів супутньої патології фактично не встановлено. Не встановлено також суттєвої залежності і від ступеня фіброзу печінки.

Висновки. Отже, ефективність проведеної ПВТ вища у жінок, в осіб з нормальною або зниженою масою тіла, у пацієнтів до 40 років та у хворих з 2 або 3 генотипами HCV.

ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД

Колос Б. В., Цимбал Б. М.

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Ільїна Н. І.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Опортуністичні інфекції у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД перестали бути тільки медичною проблемою. Їх поширення зачіпає всі сфери життя нашого суспільства та

стосується кожної людини. Погляд на епідемію як на проблему асоціальних людей відійшов у минуле. Нині ВІЛ-інфекція проникла в усі верстви населення, включаючи благополучні, що не належать до «груп ризику», але практикують ризиковану поведінку. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні досі зберігає найвищі темпи в Європі. Кількість ВІЛ-інфікованих, за даними Міністерства охорони здоров'я України, сягає понад 220 тисяч. За весь період епідеміологічного спостереження від захворювань, зумовлених СНІДом, в Україні померло понад 25 тисяч людей. Щороку смертність зростає.

Мета роботи – аналіз шляхів інфікування ВІЛ та супроводжуючих опортуністичних інфекцій.

Матеріали та методи. З 2013 по 2015 роки в другому інфекційному відділенні СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького було обстежено та проліковано 66 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД з різними клінічними стадіями, які мали прояви вірусних та бактеріальних хвороб.

Результати. Серед хворих було 39 чоловіків та 27 жінок. Найбільша кількість хворих за віковим складом належала до групи 30-40 років – 61,7 %, у віці 18-29 – 25,2 %, група старше 40 – 13,1 %. Всі були європеоїдної раси. З них 49 осіб не працює, 16 мають офіційне працевлаштування, 1 в'язень, 1 пацієнтка знаходилась у декретній відпустці. 9 хворих інфікувалися парентеральним шляхом (споживачі наркотичних речовин), 21 – статевим шляхом, у 36 – шлях зараження не встановлений. Середній термін перебування у стаціонарі склав 13+1,0 дні. У I клінічній стадії хвороби поступило 3 особи, у II – 2, у III – 20, у IV – 41. У I та у II клінічних стадіях опортуністичних інфекцій не виявлено, у III переважала герпетична інфекція, спричинена ВПГ-1, у IV – герпетична інфекція, спричинена ВПГ-1 разом з EBV-інфекцією. Опортуністичні інфекції діагностовано у 45 хворих. Герпетичну інфекцію, спричинену ВПГ-1 діагностовано у 25 хворих, з них 22 мали типові ураження шкіри. У 3 випадках процес набув генералізованого характеру з ураження нервової системи і з розвитком менінгоенцефаліту. Генітальний герпес виявлено у 5 осіб, EBV-інфекція – у 10, у 4 – волосиста лейкоплакія язика. VZV-інфекцію встановлено у 5 осіб. У 19 хворих було ураження дихальної системи, з них у 15 – пневмонія, у 3 – плеврит, у 1 – ГРВІ. У 30 пацієнтів відмічено ураження нервової системи: у 15 – енцефалопатії, у 7 – менінгіти, у 8 – енцефаліт. У 2 осіб виявлений міокардит, у 38 осіб – уражена печінка, з них у 8 осіб – гострий гепатит В, у 24 гострий гепатит С, у 6 – цироз печінки. Ураження шлунково-кишкового тракту визначалося у 21 хворого: у 2 – дисбактеріоз, у 16 – панкреатит, у 3 – холецистит.

Висновки. Отже, серед опортуністичних інфекцій при ВІЛ-інфекції/СНІД найпоширенішими є хвороби вірусної етіології. У більшості хворих спостерігається ураження одразу декількох систем органів. Серед інфікованих переважають чоловіки середнього віку – 30-40 років.

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКА ЯК НОВІТНІЙ ЗАСІБ У ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕЦИДИВІВ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ ТА ДИСБАКТЕРІОЗУ

Кравцова І. А.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Чемич М. Д.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Тільки в США антибіотикорезистентні штами *Clostridium difficile* є причиною понад 250 тисяч госпіталізацій та 14 тисяч смертей. Для терапії даних станів застосовують метронідазол та ванкоміцин, які знищують у тому числі і власну мікрофлору кишечника, таким чином наносячи ще більшої шкоди в окремих випадках. Саме тому для лікування даної патології було використано трансплантацію мікрофлори кишечника. Трансплантація мікрофлори кишечника – метод терапії, який полягає в пересадці фекальних бактерій від здорової людини до реципієнта. Він включає в себе відновлення кишкової мікрофлори шляхом введення здорової бактеріальної флори у вигляді інфузій калу або перорально у формі капсули, що містить ліофілізований матеріал, отриманий від здорового донора. Метод

відомий вже близько 50 років, але лише у 2013 р. було проведено рандомізоване контрольоване дослідження, яке показало високі результати його ефективності.

Мета роботи - ознайомитися з експериментальним методом терапії захворювань кишечника, який полягає в трансплантації мікрофлори, дослідити показання, протипоказання та можливу побічну дію.

Матеріали та методи. Оброблено та проаналізовано дані організації Open Biome, Австралійського центру хвороб органів травлення, публікації вчених університету Амстердама в журналі *New England Journal*.

Результати. Процедура пересадки мікрофлори проводиться в товстий кишечник при фіброколоноскопії (тонкий ендовідеоскоп). Ця процедура проходить під загальним знеболенням. Показанням для трансплантації є: хронічні запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт), синдром подразненого кишечника (як з закрепамми, так і з діареєю), ожиріння, лікування інфекції, спричиненої *C. difficile* (псевдомембранозний ентероколіт).

Можливою побічною дією проведення даної маніпуляції може бути механічне пошкодження стінки кишечника. Крім того, проведення трансплантації за допомогою колоноскопа, клізми чи назогастрального зонду є досить дискомфортним для пацієнта. В такому випадку проведення трансплантації можливо перорально.

Новий підхід полягає в наступному: фекалії здорових донорів заморожують, потім отриману з них суміш кишкових бактерій фасують в кислотостійкі капсули, призначені для перорального приймання. Попередньо проводиться лабораторне дослідження зразків фекалій на різні інфекції і алергени. Результати дослідження показали, що приймання заморожених фекалій в капсулах настільки ж ефективно і безпечно при клостридальній діареї, як і інфузії фекалій через колоноскоп або назогастральний зонд.

За даними науковців (*Kelly CR, De Leon L, Jasutkar N; Women and Infant's Hospital, Brown University Alpert School of Medicine, Провіденс, Род-Айленд, США*), з 16 членів групи, яким була здійснена пересадка калу, 13 повністю одужали після першої ж процедури, ще двоє - після другої (94 %), в той час, як з 26 пацієнтів, які отримували ванкоміцин, одужали тільки семеро (27 %). Решта членів цієї групи самі попросили лікарів провести їм таку ж процедуру і одужали після однієї-двох процедур.

Висновки. Враховуючи те, що трансплантація фекальної мікрофлори може бути ефективно застосована при багатьох видах патології кишечника різної етіології, необхідно подальше вивчення даного методу з метою його використання в умовах терапевтичних та інфекційних лікарень і відділень. Слід відмітити, що трансплантація фекальної мікрофлори достатньо проста маніпуляція, з технічної точки зору та не несе значних матеріальних витрат задля її впровадження.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кулинич М. О., Харанай А. Г.

Науковий керівник: Болецька Т.О.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Лайм-бореліоз – це природно-осередкове трансмісивне захворювання, збудником якого є спірохети комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, яке характеризується поліморфною клінічною картиною, стадійністю розвитку та схильністю до хронічного та латентного перебігу. Наявність механізмів, які допомагають збуднику уникати імунній відповіді людини (перехід у внутрішньоклітинні L-форми), та можливість забезпечити дисбаланс клітинної та гуморальної ланок імунітету створює сприятливі умови для тривалої персистенції борелій в організмі з подальшим прогресуванням хвороби і розвитком нейробореліозу, Лайм-артриту, Лайм-кардиту, Лайм-гепатиту. Тому Лайм-бореліоз є однією з актуальних проблем сучасної інфектології

Мета роботи - вивчити клінічні особливості Лайм-бореліозу в Сумській області.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 221 медичної карти стаціонарного хворого (ф. 003/о), які знаходились на лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні в 1999-2015 рр., з них жінки - 133 (60,18 %), чоловіки - 88 (39,82 %). Середній вік хворих склав $(46,61 \pm 0,95)$ років. Методи: ретроспективний та статистичний аналіз.

Результати. Більшість пацієнтів було з локальною формою Лайм-бореліозу (кільцеподібна еритема) – 191 (86,43 %). У стадії десимінації з ураженням нервової системи – 21 хворий (9,50 %), на пізню стадію персистенції припадало - 4 (1,81 %), безеритемну форму – 3 (1,36 %), та по 1 (0,45 %) випадку Лайм-артриту та шкірно-суглобової форми. За віковою структурою спостерігався такий розподіл: особи молодого віку 18-44 роки – 88 (39,82 %), середнього віку 45-59 – 97 (43,90 %), похилого та старечого старше 60 років – 36 (16,28 %).

При поступленні хворі скаржилися на: слабкість – 130 (58,82 %), біль у м'язах, суглобах – 26 (11,76 %), підвищення температури – 22 (9,95 %), біль в місці укусу – 21 (9,50 %), біль у животі – 20 (9,05 %), зниження пам'яті – 14 (6,33 %), висипання на шкірі, підвищену втомлюваність – 14 (6,33 %), головокружіння, пітливість, озноб, зниження працездатності – 13 (5,88 %), безсоння – 6 (2,71 %), затерпання кінцівцівок, зниження зору, гіркоту у роті, тяжкість у правому підбер'ї – 5 (2,26 %), шум у вухах, відчуття серцебиття – 4 (1,81 %), розлади випорожнень, нудоту, відчуття печії по тілу – 2 (0,9 %).

Кільцеподібна еритема з'являлась на $(14,60 \pm 1,26)$ добу від часу присмокування кліща. Діаметр еритеми склав $(16,73 \pm 0,88)$ см. Суб'єктивні відчуття в ділянці еритеми: свербіння реєструвалося у 67 (31,6 %) пацієнтів, цианотичність – у 22 (10,38 %), біль – у 20 (9,43 %), набряк – у 15 (7,08 %), печія – у 5 (2,36 %), лущення шкіри – у 4 (1,89 %), оніміння – у 3 (1,42 %), пігментація – у 2 (0,94 %). Поява одномоментно 2 еритем реєструвалась у 8 (3,77 %) хворих, 3 - у 3 (1,42 %), 4 – у 2 (0,94 %).

Підвищення температури тіла до фебрильних цифр спостерігалась у 63 (28,51 %) хворих. Гепатомегалія реєструвалась майже у половини хворих – 109 (49,32 %).

Висновки. Таким чином, проведене дослідження свідчить про те, що в клінічній картині переважають локальні форми інфекції, що свідчить про гіподіагностику пізніх стадій Лайм-бореліозу. Серед хворих переважають особи працездатного віку та жінки.

ВПЛИВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С НА АВТОІМУННІ ПОКАЗНИКИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Лішневська А. Г.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Чемич М. Д.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Лікування хронічних вірусних гепатитів (ХВГ) є важливою проблемою як у медичній науці, так і в практичній медицині. Обумовлено це їх широким поширенням, високим рівнем захворюваності, поліморфізмом клінічних проявів, чисельністю шляхів передавання, а також труднощами у лікуванні та прогнозуванні наслідків у хворих із супутньою патологією, зокрема автоімунними відхиленнями.

Мета роботи - дослідити зміни автоімунного статусу у хворих на ХВГ С при проведенні противірусної терапії (ПВТ).

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз медичних карток амбулаторного хворого (ф. 025/о) 57 хворих на ХВГ С, що знаходилися на противірусній терапії (ПВТ) медичних карток стаціонарного хворого у СОІКЛ у 2014-2015 рр. Були вивчені анамнестичні, клініко-епідеміологічні, інструментальні та лабораторні дані (перед початком ПВТ та після 12 тижня).

Результати. Серед обстежених частка чоловіків (68,4 %) була у 2,2 раза більша, ніж жінок (31,6 %). Пацієнти молодого віку становили 54,4 %, що у 1,3 раза більше, ніж середнього (42,1 %) та у 15,5 раза більше, ніж похилого (3,5 %) віку. Переважну кількість склали особи, які проживали у містах (75,4 %).

За генотипами хворі, що отримували ПВТ, розподілилися наступним чином: генотип 1в склав 79 % від загальної кількості обстежених, що у 22,6 раза більше, ніж генотип 2 (3,5 %) та у 1,3 раза за генотип 3 (17,5 %). Найбільшу частку склали пацієнти, які перед початком терапії мали мінімальну активність (77,2 %), з помірною (21,0 %) та високою активністю (1,8 %) хворих було у 3,4 раза менше.

Серед хворих з 1в генотипом за ІЛ 28В пацієнти розподілились наступним чином: найбільша кількість пацієнтів мала СТ/ТГ (44,4 %), що більше у 2,2 раза, ніж з СТ/ТТ (20,0 %), у 2,5 – з СС/ТТ (17,8 %), у 3,3 – з ТТ/ТГ – 13,3 % (6), у 9,9 – з ТТ/ГГ (4,5 %).

При порівнянні рівня антитіл до тиреоглобуліну (АТТГ) перед початком ПВТ та після 12 тижнів, показники підвищилися у 42,1 % (24) хворих, знизилися у 57,9 % (33). Рівень антитіл до пероксидази щитоподібної залози (АТПО) змінився наступним чином: підвищився у 52,6 % (30) пацієнтів, знизився у 47,4 % (27). Кількість тиреотропного гормону (ТТГ) збільшилась у 61,4 % (35), а зменшилась у 38,6 % (22) хворих.

За даними УЗД щитоподібної залози (ЩЗ), 31,6 % обстежених мали вузловий чи дифузний зоб на початку ПВТ, що у 2,2 раза менше, ніж хворих без структурної патології (68,4 %).

У пацієнтів, що мають зоб, зниження АТТГ у процесі терапії спостерігалось у 66,7 %, що у 1,2 раза частіше, ніж у хворих без структурної патології (53,8 %); підвищення АТТГ у цих осіб було у 1,4 раза рідше порівняно з іншими пацієнтами, що проходили ПВТ. АТПО у 1,8 раза частіше підвищувалося у хворих із патологією ЩЗ (72,2 %), ніж у пацієнтів без відхилень (41,0 %); зниження АТПО у 2,1 раза рідше зустрічалося в осіб зі структурною патологією (27,8 %) порівняно з іншою групою. ТТГ у 6,0 разів частіше знижується у хворих з вузловим чи дифузним зобом (77,8 %), ніж у пацієнтів, що не мають змін на УЗД ЩЗ (12,8 %). Підвищення ТТГ спостерігається рідше у хворих зі структурною патологією (22,2 %) у 3,9 раза, ніж у хворих без неї (87,2 %).

Висновки. Серед хворих на ХВГ С, що знаходилися на ПВТ, більшість склали чоловіки молодого віку, жителі міст. Переважали пацієнти з 1в генотипом, мінімальною активністю та за ІЛ 28В - СТ/ТГ.

При отриманні ПВТ у хворих на ХВГ С, що мають патологію ЩЗ, переважно відбувається зниження рівня АТТГ і ТТГ при підвищенні АТПО, у пацієнтів без відхилень – навпаки. Це може бути обумовлено у хворих з зобом впливом інтерферону на LATS-протеїн і, відповідно, на гормональний стан ЩЗ або впливом на співвідношення CD4+/CD8+ – клітин, або генетичними особливостями, що одразу детермінують схильність до структурних змін ЩЗ та відповідну гормональну та аутоімунну відповідь.

ВАКЦИНАЦІЯ ЯК ОСНОВНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ, ВИКЛИКАНОГО ПАПІЛОМА-ВІРУСОМ

Молокус І. В., Голяр О. І

Науковий керівник: к-т мед. наук Голяр О. І

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Рак шийки матки займає одне з перших місць серед інших ракових захворювань, а папілома-вірусом інфіковані близько 50 % чоловіків та жінок. За даними ВООЗ, кожна п'ята жінка, досягнувши 75-річного віку, хворіє на дану патологію. В Україні від даної патології щорічно помирає шість жінок. Вірус папіломи людини (ВПЛ) викликає не лише рак шийки матки, а й велику кількість інших захворювань, таких як бородавки, папіломи, кондиломи. Майже у 100 % людей можна виявити вірус протягом життя, але у 80 % він пригнічується імунітетом і лише у 20 % може викликати захворювання (О. Літус, 2013).

Мета дослідження. Популяризація профілактики раку шийки матки, викликаного ВПЛ, основою якої є вакцинація серед населення України. На сьогоднішній день синтезовано дві ліцензовані вакцини проти ВПЛ: "Гардасил" і "Церварікс". Дані вакцини вважаються безпечними, оскільки в їх складі відсутня ДНК вірусу, а значить інфікуватися при проведенні вакцинації неможливо. Також до їх складу входить гідроксид алюмінію, необхідний для

активації імунної системи, щоб вона була спроможна виробляти антитіла в достатній кількості. До складу вакцини входять два штами, які перешкоджають розвитку раку шийки матки (ВПЛ 16, 18) та гострих кондилом. Обидві вакцини вводяться триразово за такою схемою: 0 – 2 – 6 або 0 – 1 – 6. Одним із мінусів такої вакцинації є той факт, що антитіла проти вірусів в організмі виробляються лише на короткий термін, тому вакцину необхідно повторно ввести через кілька років. Вакцинація від ВПЛ рекомендована всім молодим людям. Однак найбільш ефективна вона для тих, хто ще не живе статевим життям. Це чудова можливість з часом знизити захворюваність на рак шийки матки, оскільки вакцини захищають від зараження найбільш поширеними типами ВПЛ, які є причиною близько 70 % випадків раку шийки матки.

Висновки. Отже, профілактичні огляди та застосування вакцин можуть допомогти уникнути зараження ВПЛ-інфекцією і запобігти розвитку онкологічних захворювань, пов'язаних з вірусом папіломи.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Онищенко А. В., Кожемяченко В. С.

Науковий керівник: Болецька Т. О.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Менінгококова інфекція є однією з найнебезпечніших форм дитячих нейроінфекцій, при наявності якої майже 50 % випадків закінчується летально. Також відіграють важливу роль здорові носії, що становлять приблизно 1-3 % населення. 18 травня 2015 р. генеральний директор ВООЗ д-р Маргарет Чен на 68-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я повідомила про спалах менінгіту в Нігерії, захворіло 6000 людей, зафіксовано смертей більше ніж 400.

Мета роботи - дослідити клінічні та епідеміологічні особливості, етіологічну структуру менінгітів у дітей в Сумській області.

Матеріали та методи. 42 медичні карти стаціонарного хворого (ф. 003/о), які знаходились на лікуванні в Сумській обласній дитячій лікарні в 2010-2014 рр., з них хлопчиків 26 (61,90 %), дівчат 16 (38,09 %). Методи: ретроспективний аналіз, статистичний.

Результати. У 2010 році було госпіталізовано 2 (4,76 %) хворих, 2011 – 3 (7,14 %), 2012 – 10 (23,81 %), 2013 – 18 (42,86 %), 2014 – 9 (21,42 %). Серед хворих більшість склали мешканці м. Суми і Сумського району – 9 (21,42 %). З інших районів: Охтирський – 6 (14,28 %), Конотопський та Глухівський – по 4 (9,52 %), Шосткинський, Білопільський, Лебединський – по 3 (7,14 %), Великописарівський, Путивльський, Недригайлівський – по 2 (4,76 %), Тростянецький, Роменський, Кролевецький, Липоводолинський – по 1 (2,39 %).

Розподіл хворих за віковою структурою: новонароджені – 10 (23,81 %), з них хлопчиків – 5 (50 %), дівчаток – 5 (50 %), діти грудного віку – 10 (23,81 %), з них хлопчиків – 7 (57,14 %), дівчаток – 3 (42,86 %), діти старше 1 року – 22 (52,38 %), з них хлопчиків – 14 (63,64 %), дівчаток – 8 (36,36 %).

Основними проявами хвороби у дітей раннього віку були: гіпертонус м'язів - 8 (19,05 %), порушення сну - 7 (16,67 %), неспокій - 6 (14,28 %), головний біль, блювання, блідість шкірних покривів, закидування голови - 4 (9,52 %), асиметрія лицьової мускулатури, збільшення розмірів родничків - 1 (2,39 %). У дітей старше 3-х років: слабкість, головний біль - 18 (42,86 %), блювання - 11 (24,19 %), втрата апетиту - 9 (21,42 %), порушення сну, гіпертонус м'язів, асиметрія лицьової мускулатури - 2 (4,76 %).

В етіологічній структурі переважав бактеріальний менінгіт неуточненої етіології – 21 (50 %) хворих, 5 (11,89 %) випадків стрептококового менінгіту, 4 (9,52 %) - неуточненого менінгіту, 3 (7,14 %) – менінгіту, викликаного іншими бактеріями, 2 (4,76 %) - ентеровірусного менінгіту, 2 (4,76 %) - пневмококового менінгіту, 2 (4,76 %) - стафілококового менінгіту, 1 (2,39 %) - гострої менінгококцемії, 1 (2,39 %) - бактеріального менінгоенцефаліту і менінгомієліту, 1 (2,39 %) - вірусного менінгіту неуточненого.

Серед лабораторних показників найбільш типовими змінами є зменшення кількості еритроцитів - 11 (26,19 %), гемоглобіну – 7 (16,67 %), лейкоцитоз - 5 (11,91 %).

Висновки. Серед захворілих на менінгіт більшість склали хлопчики (61,90 %). Половина випадків захворювання реєструється у дітей до 1 року. Найбільша кількість госпіталізованих – мешканці м. Суми та Сумського району. 80 % випадків менінгітів мали бактеріальну природу. У половини пацієнтів етіологія захворювання не була встановлена, що може бути показником недостатньої діагностики

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ІМОВІРНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Петрунько Д. І.

Науковий керівник: к-т мед. наук Малиш Н. Г.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Інфекційні хвороби на початку XXI сторіччя все ще залишаються однією з найважливіших проблем охорони здоров'я в усьому світі. За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструють 1-1,2 млрд. діарейних захворювань, від яких помирає близько 4 млн. людей, з них 60-70 % складають діти у віці до 14 років.

Мета роботи - епідеміологічна оцінка поведінкових факторів ризику кишкових інфекцій у студентів.

Матеріали та методи. Дані анкетування проведені серед студентів (всього 120) Сумського державного університету. Вік респондентів варіював від 17 до 32 років. Використані статистичний, пошуковий, соціологічний методи.

Результати. Для оцінки знань про вплив поведінкових факторів ризику на поширеність кишкових інфекцій нами було проведене анкетування студентів. Анкета містила 17 питань, із відповідей на які отримували інформацію про знання профілактики діарейних інфекцій, типів водозабезпечення, питання дотримання особистої гігієни, місць проживання і наявності шкідливих звичок.

На питання «Чи знаєте Ви, як передаються кишкові інфекції?», більшість респондентів (80,0 %) відповіли позитивно. На питання, якою водою користуються, респонденти вказали, що вони використовують воду із центрального водогону і лише 25,0 % студентів відмітили, що також часто вживають воду із колодязя. Разом з тим сиру воду п'ють 67,5 % студентів, бутильовану – 37,5 %, фільтровану – 32,5 %, кип'ячену – 12,5 %.

До поведінкових факторів ризику ГКІ належать шкідливі звички. Виявилося, що 70,0 % респондентів мають наступні шкідливі звички: кусати і гризти нігті – 7,5 %, класти ручку або олівець у рот – 62,5 %, курили та вживали алкоголь, відповідно, 47,5 % та 27,5 % опитаних студентів. Перед вживанням їжі руки миють 80,0 % респондентів, після вживання їжі – 15,0 %, після відвідання туалету – 92,5 %. Заклади громадського харчування відвідують 57,5 % опитаних студентів не менше 1 разу у тиждень, 30,0 % - не менше 1 разу у місяць.

Ознаки кишкової інфекції, 1 раз на рік відмічають 25,0 % респондентів, 2 і більше разів – 12,5 %, з них 90,0 % випадків у літньо-осінній період.

Висновки. Переважна кількість ГКІ виникає у літньо-осінній період. Більше третини студентів щорічно страждають на ГКІ, хоча добре поінформовані про шляхи і фактори передавання недуги.

ВПЛИВ ТЕМПЕРАТУРНОГО ФАКТОРУ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Петрунько Д. І., Малиш Н. Г.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

У сучасних умовах змінилася етіологічна структура збудників інфекційних захворювань, що пов'язано з постійною еволюцією бактерій і залученням у патологічні процеси умовно патогенних мікроорганізмів (УПМ).

Мета роботи – встановити вплив температури повітря на захворюваність на гострі кишкові інфекції (ГКІ) у Сумській області.

Матеріали та методи. Офіційна звітна документація (ф. 1, ф. 2) Головного управління Держсанепідслужби України у Сумській області, дані Сумського обласного центру гідрометеорології. Використані епідеміологічні, статистичні методи.

Результати. У Сумській області у 2001-2014 рр. інцидентність на гострі кишкові інфекції (ГКІ) варіювала від 163,7 на 100 тис. нас. до 195,6 на 100 тис. нас., без тенденції до зниження. В етіологічній структурі діарейних інфекцій превалювали ГКІ, викликані встановленими збудниками та невстановленої етіології, питома вага яких знаходилася у межах 71,8-90,2 %. Серед встановлених збудників діарейних інфекцій найбільш значущими були УПМ: клебсієли, золотисті стафілококи, ентеробактери. Гострі діарейні інфекції клебсієльозної та ентеробактерної етіології найчастіше реєстрували навесні та влітку (відповідно, березень – 11,3 і 11,7 %, квітень – 11,7 і 11,0 %, травень – 9,9 і 12,7 %, червень – 11,1 і 12,7 %, липень – 11,4 і 8,7 %). Найбільшу кількість випадків ГКІ стафілококової етіології виявляли у квітні (14,6%) та червні (12,1%).

Середні показники температури повітря складали у січні і лютому (-5,3⁰ С), березні – 0,4⁰ С, квітні – 8,8⁰ С, травні – 15,8⁰ С, червні – 18,5⁰ С, липні – 21,2⁰ С, серпні – 20,0⁰ С, вересні - 13,8⁰ С, жовтні – 7,3⁰ С, листопаді – 2,1⁰ С, грудні - (3,2⁰ С).

Між середніми показниками температури повітря і захворюваністю на ГКІ, що викликані клебсієлами і ентеробактерами, існували прямі середньої сили зв'язки ($r=0,645$ і $r=0,534$, відповідно). Впливу температурного фактору на інцидентність ГКІ, спричинених золотистими стафілококами, встановлено не було.

Висновки. ГКІ, викликані клебсієлами і ентеробактерами, розвиваються циклічно з підйомами і спадами, з вираженою залежністю від температури повітря.

ФАКТОРИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЕПІДЕМІЧНИЙ ПРОЦЕС ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ

Петрунько Д. І., Матюха А. П., Доніка Л. І.

Науковий керівник: к-т мед. наук Малиш Н. Г.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

У сучасний час у загальній структурі інфекційної патології гострі кишкові інфекції (ГКІ) лишаються однією з основних проблем. При цьому вплив факторів середовища життєдіяльності на інтенсивність та динаміку епідемічного процесу ГКІ вивчено недостатньо.

Мета роботи – встановити імовірність впливу забруднення повітря пилом, діоксидом сірки, оксидом вуглецю, діоксидом азоту, оксидом азоту, формальдегідом і аміаком на перебіг епідемічного процесу ГКІ у Сумській області.

Матеріали та методи. Офіційні звіти Головного управління Держсанепідслужби України у Сумській області у 2009-2014 рр. Використані епідеміологічні, статистичні методи.

Результати. У 2009-2014 рр. інцидентність на ГКІ знаходилася у межах 173,0-193,9 на 100 тис. нас. В етіологічній структурі превалювали діарейні інфекції, викликані умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ) (49,6-58,3 %).

Рівень захворюваності дітей на ГКІ, викликані УПМ, знаходився у межах 232,5-486,2 на 100 тис. контингенту та перевищував дорослих у 7-12 разів. Інцидентність на ГКІ, викликані УПМ, вірусами та невстановленої етіології, міського населення перевищувала захворюваність сільських жителів у 2,1-4,4 раза.

У м. Суми максимальні разові і середньодобові показники забруднення повітря пилом (норма, відповідно, 0,5 мг/м² і 0,15 мг/м²) перевищували нормативні у 1,3 раза, середньодобові показники забруднення діоксидом азоту (норма - 0,004 мг/м³) – у 1,5 раза, середньодобові показники забруднення формальдегідом (норма 0,003 мг/м³) – у 1,3 раза. Прямої кореляційної залежності між динамікою захворюваності на ГКІ у м. Суми та частотою виявлення зразків, що не відповідають нормативним нами встановлено не було.

Висновки. Безпосередньо на інтенсивність епідемічного процесу ГКІ екоотоксиканти не впливають. Однак, зважаючи на виражену біологічну і екологічну пластичність УПМ, їх здатність до широкого поширення у зовнішньому середовищі і тривалій персистенції в організмі людини з одного боку та негативний вплив на імунну систему людини шкідливих факторів зовнішнього середовища, можна припустити подальше зростання інцидентності на ГКІ, викликані опортуністичними мікроорганізмами.

ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ШЛЯХАМИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

Піддубна А. І., Логвинюк Г. О., Скателова О. О.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

ВІЛ/СНІД призводить до системних порушень гомеостазу, що у значній мірі негативно відображається на стані пацієнта. Доведено, що варіант трансмісії збудника асоційований з швидкістю і тяжкістю перебігу захворювання. Проте недостатньо вивченими залишаються питання відмінностей біохімічних показників крові у ВІЛ-інфікованих з різними шляхами зараження.

Мета роботи – дослідити особливості біохімічних показників крові у пацієнтів у залежності від шляху інфікування ВІЛ.

Матеріали та методи. Проаналізовано 150 медичних карток стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні у Сумській клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького за період з 2003 по 2013 рр. Вивчали зміни показників біохімічного аналізу крові (загальний білірубін, АлАТ, АсАТ, лужна фосфатаза, креатинін, сечовина) у пацієнтів, розділених на дослідні групи в залежності від шляху інфікування ВІЛ. Групу I склали 49 споживачів ін'єкційних наркотиків у стадії активної залежності (85,7 % чоловіків, 14,3 % жінок; середній вік (29,67±0,73) років); групу II – 51 особи, які мали досвід застосування наркотичних речовин у минулому (64,7 % чоловіків, 35,3 % жінок; середній вік (30,8±0,93) років). До групи III увійшли особи зі статевим шляхом інфікування: 50 хворих (26,0 % чоловіків, 74,0 % жінок, середній вік (28,72±1,02) роки). Статистична значимість відмінностей між групами оцінювалась з використанням χ^2 критерію Пірсона для категоріальних змінних та t критерію Стьюдента – для нумеричних. Розбіжності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати. При проведенні порівняльного аналізу середніх значень загального білірубіну встановлено, що серед репрезентантів всіх дослідних груп показники достовірно не різнилися (група I – (27,77±12,93), група II – (10,68±1,42), група III – (7,68±0,64) мкмоль/л). Серед осіб з обтяженим парентеральним анамнезом рівні печінкових ферментів перевищували у 2 рази показники групи з статевим шляхом передавання (АлАТ: група I – (80,2±14,24), група II – (85,53±12,86), група III – (41,56±4,65) Од/л, АсАТ: група I – (97,24±12,36), група II – (90,2±11,89), група III – (44,98±5,09) Од/л) ($p < 0,05$).

Прослідковується тенденція до підвищення рівня лужної фосфатази серед осіб з статевим шляхом передавання ВІЛ (група I – (138,67±25,33), група II – (145,53±21,22), група III – (161,12±34,53) Од/л) ($p > 0,05$). Рівень сечовини статистично не різнився між досліджуваними контингентами і становив для групи I (4,75±0,93), II – (4,0±0,58), III – (3,38±0,35) ммоль/л. Середні значення креатиніну було вищим серед споживачів ін'єкційних

наркотиків у стадії активної залежності, проте показник не досяг достовірнозначимого рівня (група I – (83,21±9,31), група II – (81,26±6,99), група III – (74,26±2,09) мкмоль/л).

Висновки. Встановлені порушення біохімічних показників крові у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Виразні лабораторні зміни прослідковувалися серед осіб з досвідом споживання наркотичних речовин, що можна пов'язати з наявністю додаткової дії токсичних факторів та, як наслідок, приєднанням супутньої патології.

НОВІТНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Примачук О. Є., Скрипник Н. В.

Науковий керівник: к-т мед. наук Давидюк І. О

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Вірусний гепатит С (ВГС) є важливою проблемою сучасної медицини. Це зумовлено широким розповсюдженням, високою захворюваністю, вираженим поліморфізмом клінічних проявів, численістю шляхів та факторів передавання збудника, а також надзвичайно несприятливими наслідками - цироз і гепатоцелюлярна карцинома. В останні роки помітна тенденція до збільшення випадків хронічних форм захворювання. За оцінками експертів ВООЗ, на хронічний гепатит С хворіють ≈150 млн осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С.

Мета роботи. Систематизація знань щодо сучасних підходів до лікування хронічного гепатиту С.

Матеріали та методи. Аналіз тематичних публікацій наукової літератури за останні роки.

Результати. Мета противірусної терапії – досягнення стійкої вірусологічної відповіді при використанні подвійної, потрійної або безінтерферонової схем лікування.

В Україні зберігають свою актуальність подвійні схеми лікування - інтерферон + рибавірин, оскільки немає зареєстрованих препаратів, які використовуються в нових схемах лікування а їх передбачувана вартість недоступна для пересічного громадянина України.

При потрійній терапії застосовуються наступні комбінації препаратів: ПЕГ-інтерферон-α + рибавірин + софосбувір/сімепревір. безінтерферонова схема передбачає: софосбувір + рибавірин/ ледіпасвір/ даклатасвір/ сімепревір; паритапревір, посилений ритонавіром + омбітасвір, або паритапревір, посилений ритонавіром + омбітасвір + дасабувір. Ефективність лікування оцінюють за концентрацією РНК ВГС у крові. Потрійна або безінтерферонова терапія показана всім наявним хворим, у крові яких визначається вірус гепатиту С, а також хворим, які не відповіли на подвійні схеми ПВТ.

Висновки. Пошук ефективних методів лікування ХВГС залишається важливим завданням сучасної гепатології. Незважаючи на значні досягнення світової медицини в лікуванні захворювання, дані схеми залишаються малодоступними для середньостатистичного українця в силу своєї дороговартості.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ У ДІТЕЙ

Січненко Н. С.

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Ільїна В. В.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

У структурі інфекційної патології значну питому вагу займають захворювання, в клінічній картині яких домінуючим клінічним симптомом є висипання на шкірі (екзантема), що має важливе, а іноді й вирішальне значення в розпізнаванні хвороби, проведенні диференціального діагнозу з метою клінічної верифікації діагнозу. Крім того, екзантеми відіграють важливу роль у диференціальній діагностиці не тільки у розмежуванні різних нозологічних форм самих інфекцій, а й при проведенні диференціальної діагностики

інфекційних та неінфекційних захворювань. Тому розуміння характеру висипань, їх локалізації, терміну проявів від початку захворювання, розповсюдженості, динаміці перебігу, сезонності має колосальне значення не тільки для лікаря інфекційного профілю, але і для клініциста взагалі.

Мета роботи - вивчити структуру інфекційних захворювань з екзантемою у дітей, сезонність, вікові особливості.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 93 історій хвороб дітей з інфекційними захворюваннями, основним патогномонічним симптомом яких була екзантема, що знаходились на лікуванні у Сумській міській дитячій клінічній лікарні «Святої Зінаїди» протягом 2012-2015 років.

Результати. Результати аналізу показали, що в структурі інфекційних захворювань з екзантемами переважали скарлатина (45,2 %), інфекційний мононуклеоз (27,9 %), хвороба Лайма (11,8 %), інші захворювання – менінгококцемія, бешиха, тяжкі форми вітряної віспи, кору – склали 15,1 %.

Найбільший рівень захворюваності на інфекційні хвороби з екзантемами виявлений у віці від 3 до 8 років, незалежно від нозологічної форми хвороби. Ймовірно дана вікова категорія найбільш сприятлива до цих хвороб. Для скарлатини, інфекційного мононуклеозу характерна осінньо-зимова сезонність, для бореліозу – літньо-осіння.

Висновки. Таким чином, виявлені епідеміологічні особливості перебігу інфекційних хвороб з синдромом екзантеми, а саме сезонність, вікова структура, частота захворюваності будуть корисними для педіатра і можуть бути використані у розробці плану нагляду та профілактичних заходів у здорових дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГРИПУ НА СУМЩИНІ У 2005-2015 рр.

Слободян Г. Р., Чернецька А. В.

Науковий керівник: к-т мед. наук, Малиш Н. Г.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Грип – глобальна інфекція для людства. За даними ВООЗ, щорічно на грип у світі хворіє від 3 до 5 млн. чол. Виражена мінливість збудника грипу та надзвичайна активність механізму його передавання зумовлюють щорічні епідемії як в нашій країні, так і інших країнах світу

Мета роботи – визначити особливості епідемічного процесу (ЕП) грипу у 2005-2015 рр. у Сумській області.

Матеріали та методи. Дані статистичної звітності ГУ Держсанепідслужби у Сумській області за 2005-2015 рр. Використані епідеміологічні та статистичні методи.

Результати. Ретроспективний аналіз захворюваності на грип показав, що в області спостерігається тенденція до зростання рівня інцидентності. Показник захворюваності населення Сумської області на грип у епідсезоні 2005-2006 рр. склав 3842,9 на 100 тис. нас., у 2006-2007 рр. – 4727,1; у 2007-2008 рр. – 3645,6; у 2008-2009 рр. – 3509,8; у 2009-2010 рр. – 13161,1; у 2010-2011 рр. – 12354,6; у 2011-2012 рр. – 9097,0; у 2012-2013 рр. – 12354,6; у 2013-2014 рр. – 14319,2; у 2014-2015 рр. – 15326,5. Тобто, у 2005-2006 рр. рівні інцидентності були меншими у 3,9 раза. Частка захворюваності населення на грип, у загальній структурі захворюваності на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) варіювала і складала у 2005-2006 р. р. лише – 0,7 %; у 2006-2007 рр. – 16,6 %; у 2007-2008 р. р. – 4,6 %; у 2008-2009 рр. – 4,1 %; у 2009-2010 рр. – 1,8 %; у 2010-2011 рр. – 1,1 %; у 2011-2012 рр. – 0,6 %; у 2012-2013 рр. – 1,1 %; у 2013-2014 рр. – 0,9 %, у 2014-2015 рр. – 0,8 %, тобто була не лише надзвичайно низькою, але і знизилася з 2006-2007 рр. у 15 разів, що, на нашу думку, свідчило про неповну реєстрацію даної нозології та не відображало дійсний стан захворюваності на грип, оскільки віруси грипу А(Н1N1) Каліфорнія в епідсезонах 2009-2010 та 2010-2011 рр. виділяли у 17,7 % пацієнтів з діагнозом грип, у 8,9 % – з ГРВІ, у 20,1 % – з пневмонією.

За допомогою методу флуорескуючих антитіл ізолювано вірусів грипу А у 2005-2006 р. р. – у 2,4 % випадків, у 2006-2007 рр. – 2,1 %, у 2007-2008 рр. – 1,4 %, у 2008-2009 рр. – 3,2

%, у 2009-2010 рр. - 3,9 %, у 2010-2011 рр. – 6,7 %, у 2011-2012 рр. – 3,9 %, у 2012-2013 рр. – 0,7 %, у 2013-2014 рр. – 1,7 %, у 2014-2015 рр. – 2,4 %, віруси грипу В - у 2005-2006 рр. – у 0,3 % випадків, у 2006-2007 рр. – 0,9 %, у 2007-2008 рр. – 0,3 %, у 2008-2009 рр. – 0,7 %, у 2009-2010 рр. та у 2010-2011 рр., відповідно – 0,2 та 4,9 %, у 2011-2012 рр. – 0 %, у 2013-2014 рр. – 1,4 %, у 2014-2015 рр. – 4,1 %. В епідсезонах 2009-2010 рр. та 2010-2011 рр. завдяки методу ПЛР віруси грипу А(Н1N1) Каліфорнія були виявлені у 34,2 та 16,4 % проведених досліджень відповідно.

Висновки. ЕП грипу у 2005-2015 рр. характеризувався зниженням показників захворюваності і питомої ваги у структурі ГРВІ, при цьому, частота ізоляції сезонних вірусів грипу А і В та грипу А(Н1N1) Каліфорнія з клінічного матеріалу зросла.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОПІСТОРХОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2010-2015 рр.

Фролова Л. С.

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Ільїна Н. І.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Опісторхоз - природно-осередкове захворювання Сумщини, є другим за величиною після Об-Іркутського басейну, де екстенсивність інвазії місцевого населення досягає 85 % (С. А. Бер, 2005), поширене в басейні Дніпра і його приток (Псел, Сула, Сейм, Ворскла та ін.). Опісторхоз розповсюджений на території Сумської області і не має тенденції до зниження (за 2015 рік захворюваність зросла на 34 %). Вказаний протозооз може призвести до формування вторинних імунодефіцитних станів, посилювати епідеміологічно несприятливу ситуацію щодо кишкових бактеріозів, знижувати ефективність вакцинопрофілактики при різних інфекціях, ускладнювати перебіг та збільшувати частоту супутньої патології.

Мета роботи - визначити клінічні особливості перебігу опісторхозу на Сумщині.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичні карти 65 пацієнтів (36 чоловіків та 29 жінок), які перебували на лікуванні у СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького у 2010-2015 рр. з діагнозом опісторхоз. Отримані дані занесені в електронну карту досліджень, піддані статистичній обробці з використанням програми Microsoft Excel.

Результати. Середній вік хворих складав ($47,20 \pm 1,94$) років, при цьому 83,08 % обстежених старше 30. Захворювання мало переважно хронічний перебіг (98,5 %), лише у поодиноких випадках - гострий (1,5 %); у більшості випадків спостерігався середній ступінь тяжкості (86,0 %), в незначній кількості - легкий та тяжкий, 11,0 % та 3,0 % відповідно; діагностовано в основному мінімальний ступінь інвазії (76,92 %), у частини обстежених - помірний (21,54 %) та високий (1,54 %). Середня тривалість лікування – 11 днів.

У половини хворих (53,84 %) були скарги на загальну слабкість. Кожний третій обстежений відмічав тяжкість у правому підребер'ї (33,85 %), Близько третини пацієнтів скаржились з однаковою частотою на біль у правому підребер'ї та нудоту (30,77 %). Кожний п'ятий скаржився на печію (20 %). Певну частину пацієнтів турбували проноси, що змінювалися закрепками (16,92 %). Однакова кількість обстежених висловлювала скарги на біль у епігастрії та гіркоту в роті (15,35 %). Деякі висловлювали невдоволення з приводу відчуття тяжкості у ділянці шлунка (12,3 %), частих закрепів (9,23 %), сухості в роті (6,15 %), здуття живота (6,15 %), болю по всьому животу (4,61 %), відрижки (1,53 %), блювання (1,53 %). Незначна частина пацієнтів скаржилася на зниження маси тіла (9,23 %) та апетиту (6,15 %), лихоманку (6,15 %), висипання (4,62 %), субфебрилітет (3,07 %), свербіж (1,53 %). Температура тіла нормалізувалася в середньому на 2-й день госпіталізації.

У клінічному аналізі крові середній рівень лейкоцитів ($5,98 \pm 0,18$)/л був у межах норми і не відрізнявся від групи порівняння ($6,0 \pm 0,13$; $p > 0,05$). Середній рівень еозинофілів ($3,57 \pm 0,51$) % не перевищував норми, але його рівень виявився вищим у 2 рази порівняно з контрольною групою ($1,63 \pm 0,08$; $p > 0,05$). ШОЕ ($10,94 \pm 1,25$) мм/год та середній рівень гемоглобіну ($135,82 \pm 1,93$) /л відповідає значенням норми та групи порівняння ($9,53 \pm 0,64$; $p > 0,05$) та ($131,63 \pm 1,06$; $p > 0,05$) відповідно.

За даними УЗД, у більшості пацієнтів розміри печінки збільшені (92,31 %), при цьому більш ніж у половини обстежених її ехогенність підвищена (64,61 %), ущільнення судин печінки спостерігалось у 53,84 % осіб. При обстеженні жовчного міхура виявлено ущільнення стінки – у кожного другого (52,3 %), наявність пристінкового шару – у 60 %, наявність конкрементів – у 7,93 %. Розміри підшлункової залози здебільшого у межах норми (96,82 %), лише у незначної частки вона збільшена (3,17 %), при цьому переважає її однорідна структура (58,73 %).

Майже у половини обстежених (46,15 %) виявлено хронічний холецистит. У 43,07 % виставлено діагноз гастродуоденіт, з них у (64,29 %) – у стадії загострення зі збереженою секреторною функцією шлунка. Кожний четвертий (24,62 %) хворів на хронічний холецистохолангіт у стадії загострення. У 21,54 % пацієнтів діагностовано хронічний гепатит неуточнений, у 4,52 % – вірусні гепатити. Невелика частка хворих (13,85 %) мала дискінезію ЖВШ за гіпокінетичним типом. У 6,15% зустрічався дуоденогастральний рефлюкс, у 3,07 % – виразка дванадцятипалої кишки, у 3,07 % – хронічний панкреатит у стадії нестійкої ремісії.

Висновки. Серед обстежених пацієнтів переважали чоловіки середнього віку. Недуга мала хронічний перебіг середнього ступеню тяжкості з мінімальним ступенем інвазії. Хворі найчастіше скаржились на загальну слабкість, біль і тяжкість у правому підребер'ї, нудоту, печію, проноси, що змінювалися закрепамі. При дослідженні клініко-лабораторних показників виявилось, що середні рівні лейкоцитів, еозинофілів, ШОЕ не відрізнялося від норми та показників групи порівняння. УЗД показало, що у більшості пацієнтів печінка збільшена, ехогенність її підвищена та судини ущільнені. У кожного другого у жовчному міхурі виявлялося ущільнення стінки, конкременти були лише у незначної частки хворих. Найбільш частим ускладненням виявився хронічний холецистит та гастродуоденіт середнього ступеню тяжкості у стадії загострення зі збереженою секреторною функцією.

МІКРОБІОТИЧНІ АСПЕКТИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРАПІЇ

Чемич О. М.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Мороз Л. В.

*Сумський державний університет. Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. Кафедра інфекційних
хвороб з курсом епідеміології*

В Україні існують екологічні та соціально-економічні передумови для існування гострих кишкових інфекцій. У результаті широкого застосування антибактеріальних препаратів, постала проблема зростання чисельності полірезистентних штамів, пригнічення нормальної мікрофлори.

Мета роботи. Встановити мікробіотичні зміни вмісту товстої кишки при сальмонельозі в залежності від терапії.

Матеріали і методи. Обстежено 165 хворих, госпіталізованих у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького, середній вік яких склав $(43,97 \pm 1,56)$ року. Було 104 чоловіків і 61 жінка. Пацієнти ушпиталізовані на $(1,91 \pm 0,10)$ день від початку захворювання.

Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. Крім загальноклінічних обстежень було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на $(5,98 \pm 0,18)$ добу з моменту госпіталізації. Хворих було поділено на 3 групи. Пацієнти, які отримували лише базисну терапію увійшли у групу А, іншим до базисної терапії було введено пробіотик лакто – група Б і пацієнти які не отримували антибактеріальної терапії – група В. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів.

Результати дослідження. При дослідженні мікробіоценозу товстої кишки до лікування встановлено, що в усіх групах хворих кількість біфідобактерій і лактобацил була на два порядки меншою, ніж у контрольній групі, а рівень інших представників умовно патогенної мікрофлори (УПМ) був збільшений ($p < 0,05-0,001$).

Встановлено, що в періоді ранньої реконвалесценції різні лікувальні препарати неоднаково впливали на мікробіоценоз товстої кишки. Так, у хворих які отримували лише

базисну терапію, дисбіотичні зміни поглибилися – кількість біфідобактерій і лактобацил була нижчою, порівняно з гострим періодом недуги ($p < 0,05$) і меншою за значення групи пацієнтів, пролікованих без використання антибіотиків, найвищими були показники в групі де використовували пробіотик ($p < 0,05$). При цьому у пацієнтів групи А рівень інших представників УПМ залишився на попередньому рівні ($p > 0,05$), в осіб групи В зменшився ($p < 0,05$), але був нижчим, ніж у пацієнтів групи Б. У хворих групи В, порівняно з пацієнтами групи А, кількість умовно патогенних мікроорганізмів та грибів роду *Candida* зменшилась ($p < 0,05$). У всіх обстежених під впливом лакто відбулася елімінація гемолізуювальної *E. coli* та зниження рівню грибів роду *Candida* і інших УПМ.

Висновки. У гострому періоді сальмонельозу відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які супроводжуються зменшенням кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, збільшенням інших вмісту умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*. Після проведеного базисного лікування дисбіотичні зміни посилюються – відбувається подальше зменшення біфідо- і лактобактерій. Без використання антибактеріальних препаратів зміни менш виражені. При використанні пробіотика показники є найкращими - відбувається збільшення кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, елімінація гемолізуювальної кишкової палички, зменшення інших умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Чемич О. М., Ваглай Ю. С., Масалітін І. М.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

В Україні зростає захворюваність на гострі кишкові інфекції, викликані умовно патогенними мікроорганізмами. До них відноситься і *K. pneumoniae*. При порушенні функціонування органів шлунково-кишкового тракту чи зовнішньої дії можливе значне збільшення кількості клебсієл і розвиток недуги. При призначенні антибіотиків не завжди враховують їх дію на мікробну флору кишечнику, що веде до дисбактеріозу, виникнення симптомів гострих кишкових інфекцій (ГКІ), а також розвитку полірезистентності мікроорганізмів до лікарських засобів.

Мета роботи - дослідити особливості клінічного перебігу гострих кишкових інфекцій, спричинених *K. pneumoniae*.

Матеріали та методи. Проведено клініко-епідеміологічне та лабораторне обстеження 40 хворих із середньотяжким перебігом харчових токсикоінфекцій (ХТІ) (60,0 %) і ГКІ (40,0 %), збудником яких була *K. pneumoniae*, госпіталізованих у СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького. Середній вік склав ($34,40 \pm 2,31$) роки. Переважали жінки – 22 (55,0 %), чоловіків було 18 (45,0 %). Пацієнти госпіталізовані на ($1,95 \pm 0,20$) добу від початку захворювання.

Результати. Серед клінічних форм у хворих найчастіше зустрічалась гастроентеритна (60,0 %), ентероколітна (17,5 %), рідше гастроентероколітна та гастритна (відповідно 12,5 %; і 7,5 %), з ентеритною був лише 1 хворий. Серед скарг при госпіталізації у всіх пацієнтів спостерігалась діарея до ($6,54 \pm 0,66$) рази на добу у 92,5 % обстежених, слабкість - у 90,0 %, нудота – у 70,0 % і блювання ($4,77 \pm 1,08$) рази на добу у 72,5 %. Біль у животі при пальпації спостерігався у 80,0 % хворих і локалізувався переважно в епігастральній (40,0 %), та мезогастральній (32,5 %) ділянках, рідше права та ліва здухвинна ділянки, гіпогастрій (відповідно 7,5 %; 5,0 %; 2,5 %). Ознаки зневоднення спостерігались у 90,0 % обстежених. Такий симптом як бурчання в животі при пальпації виявляли у 30,0 % пацієнтів, збільшення печінки було незначним ($1,75 \pm 0,30$) см і виявляли у 20,0 %, спазм сигмоподібної кишки - у 5,0 %. У 10,0 % спостерігався головний біль, у 5,0 % головокружіння. На догоспітальному етапі 97,5 % хворих відмічали підвищення температури до ($37,76 \pm 0,16$) °C.

Зникнення клінічної симптоматики відбувалося в наступному порядку: блювання на ($1,35 \pm 0,13$) добу, підвищеної температури – на ($2,5 \pm 0,22$) добу, бурчання в животі при пальпації – на ($2,70 \pm 0,21$), зневоднення – на ($2,77 \pm 0,20$), слабкість – на ($3,43 \pm 0,30$),

порушення випорожнень – на $(3,86 \pm 0,28)$, болю – на $(4,14 \pm 0,29)$, спазму сигмоподібної кишки – $(4,25 \pm 0,85)$, і найдовше нормалізувались розміри печінки – на $(5,50 \pm 0,56)$ добу.

Висновки. Усі обстежувані пацієнти були молодого віку. Захворювання найчастіше перебігало у гастроентеритній і ентероколітній формах. Хвороба супроводжувалась діареєю, підвищенням температури до фебрильних показників, болем з локалізацією в епігастрії і мезогастрії, нудотою та блюванням, зневодненням. Першими зникали блювання, нормалізувалась температура тіла, зникало бурчання в животі при пальпації. В останню чергу зник спазм сигмоподібної кишки і нормалізувались розміри печінки.

ВИЯВЛЕННЯ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С СЕРЕД ДОНОРІВ КРОВІ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Чертюк В. С., Романенко І. М.

Науковий керівник: Чемич О. М.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

За даними ВООЗ, на земній кулі нараховується понад 300 млн. носіїв вірусу гепатиту В і близько 100 млн. носіїв вірусу гепатит С. Україна належить до країн із середньою поширеністю цих інфекцій. Однак, стрімкий ріст ін'єкційної наркоманії, слабка матеріальна база лікувальних закладів, недостатні рівні використання одноразових медичних інструментів і обстеження донорів біологічних тканин створюють сприятливі передумови для подальшого росту захворюваності.

Мета роботи - дослідити частоту виявлення вірусних гепатитів В і С серед донорів крові Сумської області.

Матеріали та методи. Використано дані Сумського центру переливання крові за 2011-2015 рр. Статистично обробили дані, які попередньо були занесені у робочу програму Microsoft Excel 2010 і провели порівняльну характеристику чисельності виявлених ВГВ і ВГС у Сумській області.

Результати. Проаналізувавши дані таблиці, ми побачили, що кількість обстежених на антитіла до вірусних гепатитів щорічно збільшується. Так у порівнянні з 2011 роком у 2015 році кількість обстежених збільшилась у 2,8 рази. Серед донорів була тенденція до переважання чоловіків (на 9,4 % більше, ніж жінок).

Рік	Обстежено			Виявлено антитіла до			
	всього	у тому числі		ВГВ		ВГС	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
2011	11861	53,3% (6089)	48,7% (5772)	0,14% (17)	0,7% (9)	0,05% (6)	0,03% (3)
2012	15822	50,7% (8016)	49,3% (7806)	0,13% (21)	0,08% (13)	0,06% (10)	0,03% (4)
2013	20596	51,4% (10588)	48,6% (10008)	0,14% (28)	0,09% (18)	0,07% (14)	0,03% (7)
2014	28453	53% (15088)	47% (13365)	0,15% (42)	0,09% (25)	0,07% (19)	0,04% (11)
2015	39089	53,7% (20994)	46,3% (18095)	0,25% (99)	0,11% (44)	0,09% (36)	0,05% (21)

Можемо сказати, що виявлення ВГВ у 2-3 рази перевищує ВГС. Вірусні гепатити В і С у 1,5-2 рази частіше виявляються у чоловіків порівняно з жінками. За останній 2015 рік показники виявлення ВГВ перевищили ВГС майже у 3 рази.

Висновки. З кожним роком люди частіше здають кров і проходять перевірку на наявність ВГ. У чоловіків вірус виявляють частіше, це може бути пов'язано із шкідливими звичками, безладними статевими контактами. Частіше діагностують ВГВ. Щоб уникнути поширення вірусних гепатитів, потрібно проводити пропаганду здорового способу життя і посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику, робити профілактичні

щеплення, посилити безпеку донорства, удосконалити епідеміологічний нагляд та реєстрацію хворих на хронічні гепатити В і С.

РЕЦИДИВНА БЕШИХА: КЛІНІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Шандиба І. О.

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Ільїна Н. І.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Рецидивна форма бешихи має важливе значення в етіології слоновості, яка у більшості випадків призводить до інвалідизації хворих. Лікувальні заходи в умовах стаціонару не зменшують частоту рецидивів. Актуальним є диспансерне спостереження пацієнтів з факторами ризику рецидивів даного захворювання та розробка методів вторинної профілактики.

Для проведення адекватних лікувальних та реабілітаційних заходів необхідне своєчасне прогнозування рецидивів бешихи, що є важливою проблемою як з медичної, так і з соціально-економічної точки зору.

Вирішення даної проблеми неможливе без дослідження клінічного перебігу, гендерних особливостей, наявності супутньої патології, ускладнень захворювання, проведеного лікування та виконання рекомендацій у осіб групи ризику щодо розвитку рецидиву та хворих на рецидивну форму бешихи.

Мета роботи – вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу рецидивної бешихи на сучасному етапі. Провести аналіз вікової структури, клінічних форм, супутньої патології та ускладнень захворювання.

Матеріали та методи. Карти стаціонарних хворих на рецидивну бешиху, які перебували на лікуванні у СОКІЛ ім. З. Й. Красовицького протягом 2012-2014 років. Опрацьовано 45 історій хвороб. Використані загальноприйняті клінічні та лабораторні методи дослідження. Результати досліджень були піддані статистичній обробці за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати. Більшість хворих на рецидивну бешиху склали жінки – 29 (64,4 %) осіб, чоловіки – 16 (35,5 %). Вік пацієнтів коливався у межах від 27 до 81 років. Патологічний процес у більшості випадків локалізувався на нижніх кінцівках – 42 (93,3 %), на верхніх – у 2 (4,4 %), на обличчі – у 1 (2,2 %) особи. Серед клінічних форм переважала еритематозна – 31 (68,8 %). Інші форми – еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна, бульозно-геморагічна та виразково-некротична спостерегались у 6 (13,3 %), 2 (2,3 %), 5 (11,1 %) та 1 (2,2 %) осіб відповідно. При рецидивній бешисі поява гіперемії у першу добу відмічалась у 76 % пацієнтів. Розвитку рецидивів бешихи сприяла наявність супутньої патології: гіпертонічна хвороба визначалась у 28 (62,2 %) осіб, ожиріння – у 5 (11,1 %), цукровий діабет – у 3 (6,6 %), алергічний дерматит – у 2 (4,4 %), мікози стоп – у 1 (2,2 %). Серед ускладнень на першому місці була хронічна лімфо-венозна недостатність – у 7 (15,5 %), лейкоїдна реакція за мієлоїдним типом – у 2 (4,4 %) осіб. Біцилінопрофілактика проводилась 29 (64,4 %) пацієнтам.

Висновки. На рецидивну бешиху частіше хворіють жінки. Патологічний процес у більшості випадків локалізувався на нижніх кінцівках. Серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна. Хронічна лімфо-венозна недостатність – одне з основних ускладнень даного захворювання. Супутня патологія (гіпертонічна хвороба, ожиріння, цукровий діабет, алергічний дерматит, мікози стоп) більш виражена у пацієнтів з рецидивною бешихою саме жіночої статі.

КЛІНІКО–ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ПІВНІЧНО–СХІДНОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Ящукова Є. В.

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Ільїна В. В.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Проблема інфекційного мононуклеозу (ІМ) набуває в наш час все більшої актуальності. Це пов'язано з високою поширеністю циркуляції вірусу Епштейн-Барра (ВЕБ) серед населення земної кулі, яка сягає 80-100 %, поліетіологічністю захворювання, легкістю зараження, поліморфізмом клінічних проявів, частим розвитком ускладнень, відсутністю засобів специфічної профілактики та етіотропної терапії, здатністю вірусу тривало персистувати в організмі людини, схильністю до рецидивного та хронічного перебігу хвороби.

Мета роботи - вивчити та дослідити клініко-епідеміологічні особливості перебігу ІМ у Північно-Східному регіоні України на підставі аналізу анамнестичних, клінічних та лабораторних даних динамічного обстеження хворих.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 122 хворих на ІМ, які перебували на стаціонарному лікуванні в 2012–2014 рр. у СОКІЛ. Діагноз встановлювали на підставі епідеміологічних та клінічних даних, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Результати. Захворюваність на ІМ у Північно-Східному регіоні України висока і має тенденцію до зростання. Достовірної різниці у розподілі захворюваності на ІМ за статевою ознакою не спостерігається. На ІМ частіше хворіють діти та особи молодого віку. В епіданамнезі у переважній більшості хворих має місце вказівка на тривалий контакт з подібним інфекційним хворим. З'ясовано, що хвороба переважно має середньотяжкий перебіг. Основними скаргами хворих на ІМ є інтоксикація, біль у горлі при ковтанні, закладеність носа, тяжкість у правому підребер'ї. Встановлено, що у типових випадках гарячка є одним з найбільш постійних проявів хвороби. Клініка ІМ характеризується вираженим поліморфізмом. Найхарактернішими ознаками при цьому є генералізована лімфаденопатія, тонзиліт, гепатолієнальний синдром. Визначено, що серед показників загального аналізу крові діагностичними критеріями для ІМ є лейкоцитоз за рахунок лімфоцитозу та моноцитозу, зменшення рівня сегментоядерних нейтрофілів, незначне підвищення вмісту паличкоядерних нейтрофілів, прискорення ШОЕ, а також наявність атипичних мононуклеарів. Дослідження ІГП показало, що неспецифічна імунологічна реактивність у хворих на ІМ відрізняється від такої у здорових осіб. Визначено, що у більшості хворих на ІМ спостерігаються прояви цитолітичного синдрому різного ступеня виразності. У половини хворих визначаються також прояви мезенхімально-запального синдрому. З використанням методів специфічної діагностики встановлено, що ІМ викликає не тільки ВЕБ, а й інші герпесвіруси, особливо ЦМВ, а також часто це є мікст-інфекція – ВЕБ+ЦМВ. Виявлено, що перспективним у лікуванні хворих на ІМ вважається поєднання противірусних препаратів групи АНА з імуномодельючими препаратами, призначення антибіотиків необхідне лише в разі приєднання бактеріальної інфекції.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ЗАВОЗНОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

Котелевская В. И., Кузнецова Д. А.

Научный руководитель: к-т мед. наук, доцент Меркулова Н. Ф.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

На сегодняшний день 106 стран являются эндемичными по малярии, соответственно половина всего населения земли подвержена риску данного заболевания. Наиболее опасна - тропическая малярия, от которой ежегодно умирает около 2 миллионов человек.

Цель работы. Определить особенности течения и диагностики завозной тропической малярии.

Материалы и методы. Обследовано 27 больных, находившихся на лечении в Харьковской ОКИБ с диагнозом тропическая малярия за период 2008-2015 г. Из них 24 (88,89 %) - мужчин, 3 (11,11 %) - женщин. Средний возраст – (29,26±2,20) лет. Граждан Украины было 5 (18,52 %), 22 (81,48 %) - студенты, эмигранты из стран Африки.

Результаты. Во всех случаях заражение происходило в эндемичных районах за пределами Украины. Клиническая картина развивалась спустя 1-21 день после выезда из эндемичной зоны. Средний срок поступления в клинику – (4,32±0,90) суток от начала заболевания. Во всех случаях диагноз подтверждался паразитоскопическим методом. У 40,74 % больных в анамнезе были указания на перенесенную ранее малярию. У 8 (29,63 %) пациентов диагноз установлен во время профилактического обследования. По тяжести течения: лёгкое – у 34,4 %, среднетяжелое – у 61,9 %, тяжелое – у 3,7 %. Всем пациентам проводилась этиотропная терапия: артиметр, люмифонтрен 3-5 дней. У 26 (96,3 %) больных на фоне терапии наблюдалось клиническое выздоровление, в одном случае заболевание окончилось летально.

Выводы. В Украине ежегодно регистрируются случаи завозной малярии, большую часть составляет тропическая малярия с наиболее тяжёлым течением, угрозой развития злокачественных форм и летальным исходом. Факторами риска являются пребывание или проживание в эндемичных по малярии странах и сведения о перенесенной малярии в анамнезе, что необходимо учитывать при постановке диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Солохидинов Шохрух

Научный руководитель: Болецкая Т. А.

Сумский государственный университет

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией

Удельный вес инфекционного мононуклеоза в структуре инфекционной патологии в последнее время заметно повысился. ВЭБ-инфекция относится к первично хроническим инфекциям: из каждых 10 тысяч заразившихся этим вирусом примерно у 9999 она переходит в хроническую форму без острого эпизода заболевания. Заражение ВЭБ обычно происходит от клинически бессимптомных вирусоносителей, которых среди детей около 25 %, среди взрослых – около 20 %. Именно это обеспечивает ВЭБ столь массовое распространение в человеческой популяции, приближающееся в отдельных странах и регионах к 100 %.

Материалы и методы – 44 медицинских карт стационарного больного (ф.003/у), которые находились на лечении в СОИКБ им. З. Й. Красовицкого в 2012-2015гг. Средний возраст больных составил (22,18±0,69) лет, из них мужчин – 26 (59,09 %), женщин – 18 (40,91 %). Группу контроля составили 100 практически здоровых лиц, которые проходили медицинский осмотр в КУ «СМКЛ №1» поликлиническое отделение №2, г. Сумы. По формулам рассчитывались: индексы интоксикации - лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), реактивный ответ нейтрофилов (РОН), индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛК), индексы неспецифической реактивности – лимфоцитарный индекс (Илимф), индекс адаптации (СПНР), индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), индекс иммунореактивности, индекс аллергизации (ИА), индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ) индексы активности воспаления – лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ). Статистически значимые различия для средних величин сравнивались с использованием t- критерия Стьюдента.

Результаты. Основные жалобы на момент поступления: общая слабость – 36 (81,82 %), повышение температуры тела – 34 (77,28 %), боль в горле – 30 (68,19 %), затруднение при глотании – 11 (25 %), сыпь на коже – 7 (15,91 %), головная боль – 6 (13,64 %), сухой кашель

– 5 (11,37 %), головокружение, заложенность носа – 4 (9,09 %), боль в шее, снижение работоспособности – 2 (4,55 %), выделения из носа, тошнота, потливость – 1 (2,28 %). Больные поступали на (7,75±0,81) день от начала заболевания. Регионарный лимфаденит регистрировался в 37 (84,09 %) случаях за счет нижнечелюстных – 17 (45,95 %), подчелюстных – 12 (32,44 %), заднешейных – 5 (13,52 %), затылочных – 3 (8,11 %) групп лимфатических узлов. Средний размер составил (1,32±0,12) см. Повышение температуры тела наблюдалось у 41 (93,19%) больного до фебрильных цифр – (38,01±0,09)⁰ С. Гепатомегалия регистрировалась у 24 (54,55 %) больных. Печень была увеличена в среднем на (1,43±0,07) см.

При УЗИ регистрировались гепатолиенальный синдром у 11 (25 %) больных, холецистит у 6 (13,64 %), дискинезия ЖВП – у 5 (11,37 %), косвенные признаки гастродуоденита – у 4 (9,09 %) и стеатогепатоз – 1 (2,28 %). В биохимическом анализе крови наблюдались повышение активности АлАТ – (73,44±14,81), АсАТ – (54,29±6,10), ГГТ – (60,32±10,58), ЛДГ – (611,11±108,95) Ед/л. В общем анализе крови было статистически достоверное повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов (7,18±1,02) и (4,56±0,15), эозинофилов (3,34±1,45) и (1,63±0,08), моноцитов (9,33±0,53) и (3,04±0,21), лимфоцитов (42,30±2,93) и (30,59±0,83), лейкоцитов (8,86±0,81) и (6,0±0,13), СОЭ (19,98±1,71) и (9,53±0,64), гемоглобина (146,09±4,99) и (131,63±1,06), эритроцитов (5,00±0,08) и (4,15±0,03), Илимф (1,62±0,25) и (0,5±0,02), ИЛГ (14,91±2,25) и (4,86±0,19), ИЛСОЭ (32,04±5,15) и (0,58±0,04), СПНР (2,17±0,35) и (0,54±0,02), ИА (4,06±1,14) и (1,66±0,08) соответственно и снижение уровня сегментоядерных нейтрофилов (34,22±2,95) и (59,94±0,75), ИСНМ (5,35±0,68) и (31,55±2,07), ИСЛМ (5,45±0,64) и (15,21±1,07), ИИР (5,71±0,64) и (16,03±1,11) соответственно.

Выводы. Среди больных большую часть составляют мужчины и люди молодого возраста. Обнаруженные гематологические изменения указывают на нарушения в иммунной системе, а именно превалирование гуморального (повышение Илимф, ИА) и угнетение клеточного звеньев иммунитета (повышение ИЛГ, ИЛСОЭ, СПНР, снижение ИСНМ, ИСЛМ, ИИР), что создает благоприятные условия для развития аутоиммунных процессов.

ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НЕКОТОРЫХ ПОСТСОВЕТСКИХ ГОСУДАРСТВАХ

Усманов Камолиддин

Научный руководитель: Болецкая Т. А.

Сумский государственный университет

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией

По темпам распространения ВИЧ-инфекция занимает первое место в странах Восточной Европы, особенно в таких постсоветских странах как Украина, Россия, Беларусь, Узбекистан, Казахстан. Отсутствие эффективной этиотропной терапии делает эту проблему актуальной. Несмотря на активную и дорогостоящую терапию, средняя продолжительность жизни больных составляет в среднем 12 лет. Официально ВИЧ-инфекция регистрируются с 1987 г.

Цель работы - изучить распространенность и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в Украине, Республике Беларусь, Республике Узбекистан, Республике Казахстан за 2010-2015 гг.

Материалы и методы. Информационные бюллетени ВОЗ и UNAIDS за 2010-2015.

Результаты исследования. *Украина.* По темпам распространения ВИЧ-инфекции Украина занимает первое место среди стран Европы. По оценкам экспертов UNAIDS, в Украине с ВИЧ-инфекцией живет до 270 000 человек. В 2012 году общее количество ВИЧ-инфицированных составило 223 178, показатель распространенности – 491,0 случаев на 100 тыс. нас., в 2013 году – 500,7 (227 178), в 2014 – 572,5 (245 161). По состоянию на 1 октября 2015 года распространенность ВИЧ-инфекции – 650,9 (277 481).

Начиная с 2008 года, украинцы чаще всего инфицируются во время незащищенного полового контакта. Если в 2005 году на долю полового пути передачи приходилось 33%, то в

2013 году - 51%. Большинство случаев инфицирования регистрируются у молодых людей в возрасте 15-30 лет.

Республика Беларусь. На 1 июля 2015 года зарегистрировано 197,2 случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. нас. (18 703 ВИЧ-инфицированных). На конец 2014 года этот показатель составлял 185,2 (17 344), в 2013 - 157,5 (14913), в 2012 - 145,0 (13276), 2011 - 131,6 (12648), 2010 - 117,5 (11157). Большую часть ВИЧ-инфицированных составили люди молодого возраста 15-29 лет. В 2013 и 2014 годах в гендерной структуре большую часть составили мужчины - 52,5 % и 57,2 % соответственно. Увеличилось количество случаев с парентеральным путем передачи. Так, в 2013 году на долю парентерального пути передачи приходится 13,5 %, то в 2014 - 19,4 %. Снизилась значимость полового пути передачи - 85 % и 78,8 % соответственно.

Республика Узбекистан. В 2010-году было зарегистрировано 16 611 ВИЧ-инфицированных и показатель распространенности составил 59,9 на 100 тыс. нас. В 2011 году распространенность составила 67,0 (18 758), в 2012 - 78,3 (22 126), 2013 - 88,8 (25 338), 2014 - 93,2 (26 977). 65,2 % ВИЧ-инфицированных приходится на людей молодого трудоспособного возраста - 25-49 лет. Большинство составляют мужчины - 53,6 %. На долю передачи ВИЧ-инфекции половым путем приходится 41,8 %, парентеральным - 40,6 %, вертикальным - 3,4 %.

Республика Казахстан. В 2010 году уровень распространенности ВИЧ-инфекции составил 85,0 (13 784 ВИЧ-инфицированных). В 2011 году этот показатель равнялся 106,2 (17 457), в 2012 - 116,6 (19 443), в 2013 - 119,3 (20 170), в 2014 - 125,7 (21 578), в 2014 - 125,7 (21 578). К окончанию 2015 года распространенность ВИЧ-инфекции составила 129,03 (17 417).

В общей структуре ВИЧ-позитивных лиц преобладают мужчины - 69 %. 60,9 % случаев инфицирования приходится на парентеральный путь передачи. С 2011 года возрастает роль полового (как гомо-, так и гетеросексуального) пути передачи. Так, в 2010 году его доля составляла 42,8 %, а в 2013 - 61,2 %. При половом пути передачи ВИЧ-инфекции чаще заражаются 43 % мужчин и 31 % женщин. В 2013 году среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных 80 % составили женщины.

Выводы. Во всех выше приведенных странах наблюдается увеличение количества ВИЧ-инфицированных людей, о чем свидетельствует увеличение уровня распространенности ВИЧ-инфекции. Украина среди постсоветских стран занимает первое место по распространению ВИЧ-инфекции. В гендерной структуре преобладают мужчины и лица молодого и трудоспособного возраста. С 2013 года наблюдается тенденция к увеличению случаев передачи ВИЧ-инфекции половым путем.

CARDIOVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT WAYS OF HIV TRANSMISSION

Al-Juboori Mustafa Riyadh, Al-Musa Samee

Supervisor: PhD A. I. Piddubna

Sumy State University

Department of Infectious Diseases and Epidemiology

Background. Cardiovascular disorders (CVDs) occur in each 10th patients infected with HIV. Emergence of this group of diseases related to direct action of the virus and opportunistic infections, exposure to antiretroviral drugs, smoking, heredity, age. CVDs associated with HIV include atherosclerosis, coronary heart disease, vasculitis, pulmonary hypertension, heart tumors, dilated cardiomyopathy, pericarditis, myocarditis, endocarditis. Heart diseases are more common in persons with HIV, develop in younger age and occur aggressively compared to the general population. However, CVDs in HIV-infected patients with different ways of virus transmission are not specified.

The aim of the study was to investigate differences in pathology of cardiovascular system in HIV-infected persons depending on the route of HIV infection.

Materials and methods. 167 medical records of in-patient HIV-infected people who were treated at the Sumy Regional Clinical Infectious Diseases Hospital named after Z. J. Krasovitsky from 2001 to 2013 were analyzed. Patients were divided into study groups according to the way HIV transmission. Injecting drug users (IDUs) accounted for 108 people (75,9 % male, 24,1 % female; mean age (30±0,7) years). The group of people with sexual way of HIV transmission (SWHT) included 59 patients (28,9 % male, 71,1 % female, mean age (29±0,4) years). Statistical significance of differences between groups was assessed using χ^2 criteria. The difference was considered statistically significant at $p < 0,05$.

Results. It was established that CVDs met with equal frequency in individuals of study groups (IDU – 53,7 %, SWHT – 57,8 %: $\chi^2 = 0,237$, $p > 0,05$). The most common pathology was myocardiopathy, that was found in 51 (47,2 %) IDUs and 33 (55,9 %) SWHT ($\chi^2 = 1,158$, $p > 0,05$). Clinical manifestations of myocarditis diagnosed in 1,85 % of IDUs (2 persons) and 1,7 % SWHT (1 person) ($\chi^2 = 0,007$, $p > 0,05$). Bacterial endocarditis was registered in 6 IDUs (5,6 %), but in the group with SWHT this pathology are not completely met ($\chi^2 = 3,4$, $p > 0,05$). Although the data did not achieve significant values that can be said about the tendency to the appearance of inflammatory lesions in the membranes of the heart in group of people infected parenterally, due to the high risk of this disease in injecting drug use manner.

Defeat of CVS, accompanied by symptoms of heart failure (HF), found in 85 (50,8 %) patients and did not differ statistically between the study groups. HF I degree was often faced and amounted to 43,5 % and 49,1 % of IDUs and SWHT ($\chi^2 = 0,239$, $p > 0,05$). HF II degree was detected in 6 drug addicts (5,6 %) and 3 (5,1 %) infected through sex ($\chi^2 = 0,017$, $p > 0,05$). The manifestations of heart failure on the background of HIV infection do not exceed IIB stage, which is set in 5 (4,6 %) IDUs and 1 (1,7 %) SWHT ($\chi^2 = 0,949$, $p > 0,05$).

Conclusions. The defeat of the cardiovascular system against the backdrop of HIV are widespread and found in a half of HIV-infected persons. The development of heart disease in patients with HIV does not depend on the way of transmission and not statistically differ in groups of injecting drug users and infected sexually. Thus doctors should be equally attentive to the early diagnosis of CVDs in people living with HIV to prevent cardiovascular risk regardless of the way of infection.



СЕКЦІЯ VIII.

ПЕДІАТРІЯ З ДИТЯЧИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 о 10⁰⁰.

Місце проведення: актовий зал СМДКЛ Св. Зінаїди (вул. Троїцька, 28).

Керівник секції: д-р мед. наук, професор **С. В. Попов.**

Секретар: **В. А. Плахута.**

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ГРОПРИНОЗИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

Абдуллаєва Н. Ф., магістрант

Науковий керівник – к. мед. н., доцент Бинда Т. П.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій

Метою даної роботи було визначення клінічної ефективності і безпеки застосування гропрінозину при інфекційному мононуклеозі в дітей.

Під наглядом знаходилося 54 дітей з інфекційним мононуклеозом середнього ступеня тяжкості у віці від 1 року до 18 років (середній вік $5,3 \pm 0,6$ роки), які отримували стаціонарне лікування в МДКЛ м. Суми. Діагноз підтверджували визначенням ДНК вірусу в крові та слинні методом ПЛР і серологічно по виявленню специфічних антитіл – IgM до капсидного антигену, IgG - до ядерного антигену Епштейна-Барр вірусу методом імуноферментного аналізу. Хворі діти були розділені на дві групи: основна група – 17 дітей, що отримували на фоні базисної терапії (симптоматична і антибактеріальна) гропрінозин і група порівняння – 37 дітей, які отримували тільки базисну терапію. Гропрінозин призначали в дозі 50 мг/кг тіла на добу в 3-4 прийоми. Обидві групи на момент госпіталізації до стаціонару були ідентичні за досліджуваними показниками.

Використання в лікуванні інфекційного мононуклеозу гропрінозину скорочувало тривалість прояву таких симптомів захворювання як симптоми інтоксикації (до $4,9 \pm 0,4$ днів, $p < 0,05$) і лихоманка (до $5,1 \pm 0,3$ днів, $p < 0,05$). Ступінь прояву та тривалість у процесі лікування лімфаденопатії, гепатомегалії і спленомегалії у дітей основної групи і групи порівняння достовірно не розрізнялися. Тривалість перебування хворих у стаціонарі становила $10,5 \pm 0,61$ днів і $10,9 \pm 0,41$ днів відповідно ($p > 0,05$).

Отже, отримані результати доводять ефективність і безпеку застосування гропрінозину в комплексній терапії дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз.

ПРОБЛЕМА ВІТАМІННО-МІНЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ УКРАЇНИ

Бокова С.І., Волкова М.В., магістрант

кафедра сімейної та соціальної медицини СумДУ

Питання забезпеченості сучасних дітей вітамінами та мінералами стає все актуальнішим протягом останніх років і не полишає інтерес лікарів та науковців. Загально відомо, що мікронутрієнти мають суттєвий вплив на ріст і розвиток дитячого організму, а їх кількісні варіації вносять корективи у функціонування органів та систем. Так, вітамінно - мінеральна недостатність (ВМН) порушує обмін речовин, що призводить до негативних наслідків і позначається на загальному стані організму, процесах росту та розвитку, імунній системі тощо. Зазвичай це має відповідні клінічні прояви, обтяжує перебіг соматичних захворювань.

Єдиний можливий шлях забезпечення організму вітамінами та мінералами – це отримати їх із навколишнього середовища. Безперечно, головним джерелом мікронутрієнтів є їжа, яка повинна покривати всі потреби зростаючого організму. Для цього необхідно забезпечити раціональне харчування дитини якісними продуктами у відповідній віковій кількості, контролювати стан шлунково – кишкового тракту (ШКТ), раціонально проводити терапію захворювань. Нажаль у більшості випадків дотриматися основних правил не вдається. Проблеми загалом схожі – це не завжди вищий гатунок та тип продуктів, умови та строки їх зберігання, характер технологічної обробки, незбалансоване і нерегулярне харчування, захворювання ШКТ тощо. В окрему групу віднесені різноманітні стани із підвищеною потребою у вітамінах та мінералах.

За даними авторів, в Україні дефіцит вмісту окремих вітамінів у дітей сягає 50 – 80%, а комплексний білково – вітамінний і мінеральний – 90%. Вітчизняні дослідження вказують на формування несприятливого типу полігіповітамінозу у поєднанні з недостатністю мікроелементів протягом всього календарного року, включно і з літньо – осіннім періодом. Викликає також занепокоєння виявлення довготривалої ВМН у дітей різного віку. Тому все

більше приділяється увага питанню її корекції та профілактики за рахунок мінерально – вітамінних комплексів.

Таким чином, спираючись на дані авторів, можна зауважити, що харчування дітей різного віку в сучасних умовах не спроможне забезпечити їх мікронутрієнтами у повному обсязі, тому є доцільним вивчення питань корекції та профілактики дефіциту ВМН за рахунок мінерально – вітамінних комплексів відповідно віку та потребам.

НЕХІМІЧНІ ЗАСОБИ БОРОТЬБИ З ДОМАШНІМИ ШКІДНИКАМИ

Ваганян А.Г. – студ.5 курсу, Загородній М.П.

Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики медичного інституту СумДУ

Використання хімічних засобів захисту значно полегшило боротьбу із домашніми шкідниками. Але ми і самі знаходимося під їх впливом.

Мета. Запропонувати на основі аналізу літератури нехімічні засоби боротьби із домашніми шкідниками.

Результати та їх обговорення. Для боротьби з блохами необхідно не рідше, ніж через день обробляти пилососом любими місця перебування домашніх тварин, щотижня прати їх підстилки у гарячій мильній воді. Після купання тварини проводити наступне полосканням відваром трав: ½ стакана свіжого чи висушеного розмарину на 1 літр киплячої води (для великих тварин – збільшити удвічі). Настояти 20 хвилин, процідити, остудити. Рівномірно облийте тварину, не витирати.

Мурашки досить часто є надтоїдливими сусідами. Для боротьби необхідно посипати червоним меленим перцем підлогу та плінтуси. Доцільно посадити м'яту біля дверей будинку (мурахи не переносять м'яту)

Моль часто є причиною псування наших речей чи прордуктів. Для боротьби з моллю провітрюйте одяг раз в тиждень, щоб видалити яйця та попередити її розмноження. Прання одягу убиває моль у всіх її формах.

Заверніть одягу та покладіть її на мороз на 3-7 днів.

Жучки в продуктах досить часта неприємність. Для попередження: заморозьте муку та крупу на 48-72 години після покупки її та зберігайте в закритій посуді (в скляних банках в прохолодному місці. В кожному банку покладіть лавровий лист).

Кліщі зустрічаєте як на тваринах, так і в людей. Не забувайте відправити видалені кліщі на дослідження на наявність інфекційного начала. Для видалення капніть на кліща спиртом. Як тільки кліщ витяне голову із шкіри, схватіть його великим та указовим пальцями, поверніть та видаліть.

Висновок. Використання даних рекомендацій дозволить більш ефективно боротися із домашніми шкідниками без хімічних засобів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ

Ваколюк А. В., Рябець Т. С.

Науковий керівник: д.мед.н., доц. Процюк Т. Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра педіатрії №1

Мета дослідження: вивчити особливості та порівняти ефективність лікування хворих на бронхіальну астму (БА) у дітей в залежності від фенотипу.

Матеріали та методи: Було опрацьовано дані лікування у 50 хворих дітей на БА з різними фенотипами, віком від 6 до 17 років, які знаходилися у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні (ВОДКЛ). 25 хворих склали групу контролю на БА, що отримували протокольне лікування (ПКЛ) без урахування фенотипу. Хлопчики - 53%, дівчатка - 47%. Діти з вірусіндукованою астмою (ВІА) додатково отримували противірусні препарати (ПВП), а діти з астмою фізичного навантаження – антилейкотрієнові препарати (АЛТ). У хворих збирали дані алергологічного анамнезу, проводили поглиблене клінічне та

параклінічне обстеження, визначали в сироватці крові загальний IgE. Оцінка ефективності терапії проводилася на основі аналізу динаміки клінічних симптомів захворювання. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми «STATISTICA 6,0».

Результати: Клінічна картина захворювання у дітей з ВІА, що отримували в комплексному лікуванні ПВП покращилася на 7 й день, тоді як в групі дітей, що отримували лише ПКЛ- на 10 й день. На тлі терапії АЛТ істотно зменшилася частота нападів БА, знизилася потреба в $\beta 2$ агоністах, покращилася переносимість фізичного навантаження. Через місяць після початку лікування напади в денний час проявлялися рідше в 1,5 рази, а нічні - в 2 рази. При оцінці результатів алергологічного обстеження виявлено, що у 80% пацієнтів відзначалося збільшення в сироватці крові загального IgE і його показники становили у дітей до лікування 792 ± 25 МО/мл ($p < 0,05$), після лікування - 624 ± 10 МО/мл ($p < 0,05$); через 4 тиж. - $254 \pm 25,0$ МО/мл та $138 \pm 16,0$ МО/мл ($p < 0,05$) через 8 тиж., відповідно, тобто знизилася в 2,5 рази.

Висновки: Астма – це хвороба, яка характеризується комплексом фенотипів. Хворих на БА дітей слід лікувати за індивідуальною програмою з урахуванням ступеню контролю і клінічного фенотипу астми.

ПОЛІМОРФІЗМ G308A TNFA У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Волошин С.Б.

Кафедра педіатрії ННІ ПО

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Банадига

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

України»

Сучасні підходи до ведення бронхіальної астми (БА) передбачають проведення базисної (протизапальної) терапії, яка узгоджується із тяжкістю перебігу, ступенем контролю. Однак не в кожного пацієнта вдається досягнути належного ефекту протизапальної терапії, що в значній мірі може бути обумовлена генетичним дефектом окремих рецепторів. Туморнекротичний фактор альфа (TNF α) є прозапальним цитокіном, рівень якого в організмі може бути генетично детермінованим, та залежно від концентрації, може здійснювати як протекторну дію так і погіршувати перебіг запального процесу.

Мета роботи: дослідити особливості заміни G308A TNF α у пацієнтів з бронхіальною астмою залежно від тяжкості перебігу та статевої структури.

Проведено поглиблене клініко-лабораторне обстеження 64 пацієнтів із БА віком від 5 до 18 років, серед яких у 19 (29,69 %) осіб встановлено інтермітуючий перебіг, у 45 (70,31 %) – персистуючий перебіг: легкого ступеня у 17 (26,56 %) хворих, середнього ступеня також у 17 (26,56 %) пацієнтів, а у 11 (17,19 %) осіб – тяжкий перебіг. У гендерній структурі переважали особи чоловічої статі (64,06 %). Досліджуючи генотипові особливості у обстежених пацієнтів вдалось виявити переважання GG генотипу (68,75 %), з меншою частотою зустрічався GA генотип (26,56 %) та лише у 3 (4,69 %) хворих – AA заміна G308A TNF α . У випадку як інтермітуючого, так і персистуючого перебігу БА переважав та майже з однаковою частотою зустрічався гомозиготний варіант GG заміни (відповідно: 73,68 % та 66,67 %), рідше – GA генотип (відповідно: 21,05 % та 28,89 %). Проведений аналіз розподілу даних генотипів засвідчив, що незалежно від статі переважав гомозиготний GG варіант заміни (відповідно: 82,61 % та 60,98 %), GA генотип виявлявся значно рідше серед дівчаток (17,39 %), в той час серед хлопчиків у 31,71 % випадків. Гомозиготна AA заміна спостерігалась лише серед осіб чоловічої статі. Отже, результати досліджень встановили вагоме переважання генотипу GG заміни G308A TNF α незалежно від тяжкості перебігу та гендерних особливостей.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ І ПОШИРЕНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Ганін Д.В., студент 5 курсу (ЛС-106)

Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

У сучасних класифікаціях стани, що виникають в різних системах організму людини, підрозділяють на органічні і функціональні. Органічні зміни пов'язані з пошкодженням структури органу або системи органів, ступінь їх вираженості прояв може коливатися в найширших межах. При функціональних порушеннях зазначених ушкоджень не знаходять, що призвело до сумнівів в тлумаченні сутності даної групи станів. Згідно широко поширеним визначенням функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) по D.A.Drossman (1994), вони представляють собою «різноманітну комбінацію гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень». Інтерес на наш погляд представляла поширеність функціональних порушень шлунково-кишкового тракту серед дітей які поступили у відділення СОДКЛ, а також їх види та сприятливі фактори. Проведений нами аналіз даних за 2012-2014 рік показав, що патологія шлунково-кишкового тракту зустрічалася з частотою від 22,7% до 33,5%. З них в середньому близько 48% склали захворювання жовчного міхура, а від 18,3 до 23,7% склали захворювання шлунку і кишечника. Слід зазначити, що число «функціональних» діагнозів при госпіталізації склало в середньому 17% (аліментарний гастрит, синдром ацетонемічного блювання та ін.) від всієї патології шлунково-кишкового тракту. Надалі, при проходженні стаціонарного обстеження у більшості дітей з функціональними змінами виявлялися органічні порушення. При цьому частота підтверджених «функціональних» діагнозів знижувалася до 3%. Таким чином, можливо, що дані про широку поширеність функціональних розладів шлунково-кишкового тракту у дітей є перебільшеними, а в більшості випадків їх наявність обумовлено соматичною патологією.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ НЕСТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТАХ У ДІТЕЙ

Горбатюк І. Б.

Науковий керівник – д. мед. н. Іванова Л. А.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

З метою вивчення діагностичної цінності показників загального аналізу крові (ЗАК) та результатів імунологічного дослідження крові у дітей з нестрептококовими тонзилофарингітами для оптимізації стартового етіотропного лікування, сформовано першу (I) групу спостереження з 66 пацієнтів із гострим тонзилофарингітом (ГТФ) нестрептококової етіології; другу (II) клінічну групу склали 32 дітей із діагнозом «стрептококовий ГТФ». Стрептокова етіологія захворювання підтверджена позитивним результатом культурального дослідження мазку із зіву на стрептокок. Всім дітям окрім загальноклінічного дослідження проведено визначення вмісту в сироватці крові ІЛ6 та ІЛ8. При оцінці результатів ЗАК вдалося встановити вірогідну різницю лише за кількістю еритроцитів: I група – $4,2 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$, II група – $3,9 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$ ($P < 0,05$); та рівнем гемоглобіну в крові: I група – $129,7 \pm 1,8$ г/л, II група – $121,8 \pm 2,6$ г/л ($P < 0,05$). Було проаналізовано також вміст ІЛ-6 та ІЛ-8 у сироватці хворих. Відмічено, що нестрептококовий чинник ГТФ у дітей збільшує ризик реєстрації нормальної концентрації ІЛ-6 у сироватці крові відносно представників другої групи, зокрема, показник відносного ризику становить 1,4 (95%ДІ 1,0-1,7) при співвідношенні шансів (СШ) 1,8 (95%ДІ 1,0-3,2). Водночас, встановлено, що нестрептококова етіологія ГТФ в дітей асоціювала зі зниженням концентрації ІЛ-8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл) відносно групи дітей із ГТФ зумовленого БГСА наступним чином: відносний ризик – 1,7 (95%ДІ 1,4-2,0), абсолютний ризик – 0,2, при СШ 2,7 (95%ДІ 1,3-5,0).

Враховуючи неоднорідність показників діагностичної цінності, наведені вище параклінічні тести можуть бути використані лише комплексно із іншими клінічно-параклінічними критеріями діагностики гострого нестрептококового тонзилофарингіту.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

С.В. Гуріна

Науковий керівник – О.І. Сміян

Сумський державний університет, медичний інститут

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсом дитячих інфекцій

Актуальність: гострі бронхіти займають провідне місце в нозологічній структурі гострих інфекційно-запальних захворювань нижніх дихальних шляхів у дітей протягом останніх десятиліть.

Мета роботи: проаналізувати особливості клінічного перебігу гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку.

Матеріали та методи дослідження: для досягнення поставленої мети нами були проаналізовані 54 історії хвороб дітей віком від 1 міс. до 3 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в Сумській міській дитячій клінічній лікарні протягом 2014-2015 р. Отримані результати були оброблені за допомогою статистичної програми Excel.

Результати дослідження: встановлено, що у більшості хворих дітей при госпіталізації спостерігалися типові клінічні ознаки гострого бронхіту такі як: підвищення температури тіла до субфебрильних цифр – 68 %, катаральні явища – 75 %, в'ялість та слабкість – у 77 %, зниження апетиту – у 71 %; кашель, частіше продуктивний – у 85 % дітей. Постійним симптомом при гострому бронхіті була наявність перкуторно дифузного коробкового відтінку звуку у – 86 %, жорсткого дихання та хрипів з обох боків в різних відділах легень, що змінювались при кашлі у – 88 % дітей. На початку захворювання хрипи були сухі, які з часом переходили в вологі дрібно-, середньо-, великоміхурцеві. За даними клінічного аналізу крові – у 89 % дітей виявлені нейтрофільний лейкоцитоз і збільшення ШОЕ до 17 мм/год. При аналізі рентгенологічного дослідження встановлено, що майже у половини хворих дітей – 51 %, спостерігалися підвищення просвіту легеневих полів, високе стояння куполів діафрагми, а також симетричне посилення легеневого малюнка.

Висновок: основними симптомами гострого бронхіту є прояви інтоксикаційного та бронхообструктивного синдромів, коробковий відтінок перкуторного звуку, жорстке дихання над усіма поверхнями легень, велико-, середньоміхурцеві вологі хрипи при об'єктивному обстеженні, та в клінічному аналізі крові нейтрофільний лейкоцитоз зі збільшенням ШОЕ.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Дейнека К. М., магістрант

Науковий керівник – к. мед. н., доцент Бинда Т. П.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії ПО з курсами пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій

Гострі деструктивні захворювання легень (ГДЗЛ), як ускладнення негоспітальної пневмонії, є однією з головних причин летальності та інвалідизації дітей різного віку. Різноманітність клінічних проявів, труднощі діагностики та лікування, відсутність єдності поглядів на імуноморфологічну відповідь, спектр гнійної інфекції, що швидко змінюється, з наростаючою частотою асоціацій і грамнегативної флори з антибіотикорезистентністю – усе це загострює проблему й диктує необхідність подальших досліджень у даному напрямку.

Метою роботи було виявити взаємозв'язок особливостей перебігу пневмонії на догоспітальному етапі зі ступенем ендогенної інтоксикації.

Лейкоцитарні індекси інтоксикації: індекс імунореактивності (ІІ), індекс загальної інтоксикаційної активності (ЗІА) - розраховувалися у 1-й день госпіталізації. Вивчали особливості анамнестичних даних.

Під спостереженням перебували 29 дітей віком від 2 місяців до 3 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в КУ СМДКЛ у 2014 – 2015 рр. Статистична обробка даних проводилася програмою SPSS 16.

Усіх хворих було розділено на 3 групи: 10 дітей із вогнищево-зливною пневмонією, 13 - з полісегментарною пневмонією, 6 дітей мали ГДЗЛ. У першій групі ІІ становив 30,1 умов. од., тоді як у другій групі - 42,3 умов. од., у третій – 39,2 умов. од. ЗІА у дітей з вогнищево-зливною пневмонією становив 15,9 умов. од., з полісегментарною пневмонією - 39,7 умов. од., з ГДЗЛ - 47,9 умов. од. За допомогою дисперсійного аналізу Краскелла-Уоліса та коефіцієнту кореляції Спірмена визначили, що загальна інтоксикаційна активність має прямий сильний зв'язок із днями захворювання до госпіталізації та тривалістю лихоманки вдома. Індекс імунореактивності мав сильний зворотній зв'язок з тривалістю прийому антибактеріальних препаратів до госпіталізації.

Отже, несвоєчасна госпіталізація та нераціональний прийом антибактеріальних препаратів на догоспітальному етапі впливає на ступінь ендогенної інтоксикації та погіршують перебіг захворювання.

ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКЛАДУ НОСОВОГО СЛИЗУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО АДЕНОЇДИТУ

Є. В. Дмитрова, О. І. Сміян

Кафедра педіатрії післядипломної освіти із курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій

Слизова оболонка носової порожнини являє собою імунний бар'єр та запобігає адгезії бактерій. Гуморальний захист здійснюється за участю інтерферонів, секреторного імуноглобуліну, інгібіторів протеаз. Поряд з цим до клітинних факторів місцевого імунітету відносять клітини епітелію слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, нейтрофіли, макрофаги, тощо. Клітинний склад носового слизу вказує на глибину ураження слизової та прогноз перебігу захворювання.

Метою дослідження було вивчення клітинного складу носового слизу у дітей хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції.

Матеріали та методи дослідження. Цитологічне дослідження назального секрету проводилося за методом Матвеевой Л. А. Обстежено 90 дітей віком від 3 до 7 років, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції. Дослідження проводилося на базі КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди».

Усі діти обстежені в першу добу захворювання та поділені на три групи. До І групи увійшло 33 пацієнти з діагнозом гостра респіраторна вірусна інфекція, ІІ групу склали – 32 пацієнти, хворі на гострі респіраторні вірусні інфекції на фоні хронічного аденоїдиту, ІІІ група – 25 здорових дітей (група контролю).

Результати. В ході дослідження встановлено, що у дітей контрольної групи показники деструкції клітин носового слизу мінімальні. Проте у дітей І групи виявлялися деструктивні зміни в нейтрофілах 2 і 3 класу. В той же час, 4-й та 3-й клас деструкції нейтрофілів достовірно частіше спостерігався у дітей ІІ групи ($p < 0,001$) у порівнянні з І та ІІІ групами.

Висновки. Таким чином, підвищення показника деструктивних змін нейтрофілів у дітей ІІ групи підтверджує їх безпосередню участь у запальному процесі слизової носа, що має значення у тактиці ведення хворого та прогнозі перебігу захворювання.

ВИПУСКНИКИ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ ПРО СВОЄ МАЙБУТНЄ*Загородній М.П. Богданова Г.В.***Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики медичного інституту СумДУ, СОДКЛ**

Уряд остаточно ще не доповів суспільству яку систему охорони здоров'я планується будувати. Введення страхової медицини в такій бідній країні, як Україна, в багатьох відомих організаторів охорони здоров'я викликає сумнів.

Проведені нами анкетування випускників два роки назад і в даний період свідчать про зміни в пріоритетах у випускників.

Мета нашого дослідження: на основі анонімного анкетування 92 випускників медичного інституту розглянути їх плани на майбутнє.

Результати та їх обговорення. Більше половини респондентів навчалося за контрактом. Як і при минулому анкетуванні, викладачами задоволені більшість респондентів (87,8%).

Матеріальні можливості продовжити навчання чи стажування в зарубіжних університетах мають лише 8,7%, а пройти стажування в Білорусі, Польщі, Прибалтійських країнах чи Росії готові 53,8% (2 роки назад цей показник сягав 82,2%). Серед студентів зменшився відсоток осіб, що в достатній мірі володіють іноземними мовами з 57,4 до 40,4%. В той же час 69,2% респондентів готові вивчати іноземну мову за додаткову оплату.

На питання чи вважають випускники, що вони навчалися за болонськи процесом, відповіли позитивно 36,5% (2 роки назад -69,3%). Серед респондентів 88,5% відмічають, що їм цікаво вчитися у медичному інституті. Проте кожен четвертий випускник розчарувався у виборі професії за час навчання в інституті. Серед респондентів 78,8% позитивно відносяться до комп'ютерного тестування. Реформування охорони здоров'я підтримують 86,5% (2 роки 7,9%). Це дає надію, що при такій підтримці можна досягти запланованих результатів.

Серед випускників 63,5% планують працювати за кордоном (2 роки назад - 37,7%). Якщо держава не змінить свою політику, то Україна поступово може стати державою, яка за свої кошти готує лікарів як для Європи та і Африканських країн.

Висновок. Таким чином знання думок випускників допоможе здійснювати адекватні організаційні заходи в реформуванні медичної галузі.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ*Зайцев І.Е., доцент, Редько О.К., доцент**Сумський державний університет,**кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Мета. Визначити питому вагу пацієнтів із структурними змінами легень серед дітей шкільного віку з середньотяжкою і тяжкою формою бронхіальної астми; уявити характеристику цих змін.

Методи дослідження: комп'ютерна томографія органів грудної клітини. Обробка даних проводилася з використанням програмного пакета Microsoft Excell 2010 і Statistica 6.0. Законні представники кожного пацієнта дали інформовану згоду на виконання програми дослідження.

Отримані результати. Обстежено 23 пацієнта з середньотяжкою і тяжкою формою бронхіальної астми. Середній вік обстежених склав 10,8 років. Переважали хлопчики 61,4%. У 57% пацієнтів за даними томографії виявлено структурні зміни легень, без статистично значущих відмінностей. В питомій вазі пацієнтів із структурними змінами легень 55,8% хлопчиків і 59,2% дівчаток (критерій Фішера = 0,06). Характер виявлених змін був наступним: пневмофіброз – 45%, посилення і деформація легеневого малюнка – 32,5%, субплевральні вузлики – 12,5%, еозинофільні інфільтрати – 5%, емфізема – 5%.

Висновок: у більшій частині обстежених пацієнтів з середньотяжкою і тяжкою формами бронхіальної астми виявлено структурні зміни легень незалежно від гендерної приналежності пацієнтів.

АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНИМ УРАЖЕННЯМ НИРОК ТА СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Зайцева К.Д. студ. 5 курсу, Миронов П.Ф., студ. 6 курсу, Загородній М.П.

Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики медичного інституту СумДУ

Актуальність цієї проблеми продовжує зростати у зв'язку з поширенням полірезистентності бактерій до антибіотиків. Наприкінці 90-х років з'явилися штами, що набули стійкості до всіх відомих антибіотиків.

За даними ВООЗ, тільки половина хворих одержують адекватну та раціональну антибактеріальну терапію.

Інфекції сечовивідних шляхів у новонароджених зустрічаються із частотою 2,5%, а в дошкільному віці в 0,5%. Після 2 років життя інфекційні ураження сечовивідної системи у дівчаток зустрічаються у 9-10 разів частіше.

Мета. Задачею нашого дослідження було встановлення етіології інфекційних захворювань нирок у дітей різного віку та чутливості до антибіотиків.

Матеріали і методи дослідження. Проведено мікробіологічне дослідження сечі 90 дітей, які були госпіталізовані в обласну дитячу клінічну лікарню з приводу інфекційних уражень нирок та сечовивідної системи.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у дітей з інфекційними ураженням нирок та сечовивідної системи найчастіше виділялися збудники: *E. Coli* (37,8%), *E. Faecalis* (23,3%), *E. Cloacae* (16,6%), *S. Aureus* (8,9%), *S. Epidermidis* (8,8%). У частини дітей збудники не виділялися, що, мабуть, пов'язано з використанням антибактеріальної терапії до госпіталізації. В цих випадках результати до уваги не бралися.

При цьому встановлено, що виділена мікрофлора з сечі найбільш чутливі до таких антибіотиків: меропенем (100%), цефатоксим (88,3%), цефтазидим (94,1 амікацин (53,3%,). Відмічено, що збудники практично нечутливі до гентаміцину, цефепіму, пеніциліну, іміпенему, цефазоліну.

Висновок. На основі одержаних результатів можна стверджувати, що при лікуванні інфекційних уражень нирок та сечовивідних шляхів у дітей недоцільно використовувати гентаміцин, цефепім, пеніциліни, іміпенем, цефазолін.

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Зіміна Н.А., інтерн, Плахута В. А., асистент кафедри педіатрії ПО

Науковий керівник проф.Сміян О. І.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Хвороби органів дихання широко розповсюджені серед дитячого населення. Провідне місце у структурі загальної захворюваності займають негоспітальні пневмонії (НП). НП навіть у ХХІ столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою, так як рівень захворюваності у дитячому віці не знижується, а навпаки має тенденцію до зростання. Метою нашої роботи було визначення основних клінічних симптомів та рентгенологічних ознак НП.

Нами було обстежено 46 дітей, хворих на НП, які перебували на стаціонарному лікуванні у 1 інфекційному відділенні СМДКЛ св. Зінаїди. Серед них було 26 (56,5%) дівчат та 20 (43,5%) хлопчиків. Серед симптомів у дітей частіше зустрічався сухий, непродуктивний кашель (54,3%), нежить, закладеність носа виявлялись у 85,3% дітей, дихальна недостатність, що супроводжувалась периферійним ціанозом, відмічалась у 21,3 % хворих. Щодо рентгенологічних ознак, то частіше зустрічалась правостороння локалізація процесу (83,3%) та ураження нижньої доля легень у 72,3%.

Розглядаючи характер уражень, було встановлено, що частіше виявлялись вогнищеві ураження легень (53,3%), вогнищево-зливні (37,7%) та сегментарні (9%).

Таким чином, провідними симптомами НП у дітей раннього віку є сухий малопродуктивний кашель, нежить та дихальна недостатність. Частіше спостерігалась правостороння нижньодольова вогнищева пневмонія.

ПРОВІДНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Зіміна Н.А., інтерн, Плахута В. А., асистент кафедри педіатрії ПО

Науковий керівник проф. Сміян О. І.

СумДУ, кафедра педіатрії ПО з курсами ПП і ДІ

Патологія бронхолегеневої системи є однією з найпоширеніших у дитячому віці. Незважаючи на значні досягнення у вивченні етіопатогенезу, діагностики та лікування негоспітальних пневмоній (НП), вони залишаються важливою проблемою сучасної педіатрії.

Метою нашого дослідження було вивчення провідних факторів ризику негоспітальних пневмоній.

Для досягнення поставленої мети нами було проведено ретельний клініко-статистичний аналіз 40 історій хвороб дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з приводу НП у 1 інфекційному відділенні СМДКЛ в період із серпня 2015 р. по січень 2016 р. НП зустрічалась однаково часто, як у хлопчиків так і у дівчат. Більшість хворих ($72,2 \pm 3,5$) % народилися від 1-ї вагітності. У ($40,82 \pm 3,7$) % матерів дітей, хворих на НП вагітність перебігала на фоні дефіцитної анемії різного ступеня важкості, у ($11,05 \pm 3,5$) % - перебіг вагітності ускладнився загрозою її переривання, у ($15,5 \pm 3,7$) % - гестоз 1 половини вагітності, у ($11,15 \pm 2,7$) % - гестоз 2-ї половини вагітності. У ($47,37 \pm 4,7$) % матерів вагітність перебігала без ускладнень. Лише 3,23 % дітей народилися недоношеними та 8,85 % хворих - в асфіксії. Серед пацієнтів, які хворіли на НП 23,58 % народилися з масою тіла нижче 3000 г. При поступленні до стаціонару більше половини дітей до року ($56,67$ %) знаходилися на штучному вигодовуванні. До того ж, майже 1/4 ($23,68 \pm 3,6$ %) пацієнтів отримували штучні суміші з народження. Встановлено, що діти раннього віку частіше хворіли зимою ($44,75$ %). Таким чином, факторами ризику розвитку НП в дітей раннього віку є: ускладнений перебіг вагітності матерів дітей, хворих на НП; маса тіла при народження менше 3000 г.; штучному вигодовуванні.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИКІВ У ДІТЕЙ З ААД ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ГРВІ

Івасенко В.В., магістр

Науковий керівник – проф. С.В. Попов

СумДУ, кафедра педіатрії ПО з курсами пропедевтики педіатрії та дитячих інфекцій

Широке розповсюдження у дітей раннього віку гострих респіраторних вірусних захворювань дихальних шляхів, які протікають з бактеріальними ускладненнями (синусит, отит, трахеїт, пневмонія) являється загальноновизнаним фактом. Поза тим, що ГРВІ займають провідне місце в структурі захворюваності, вплив на рівень дитячої смертності також є достатньо суттєвим. Антибіотикотерапія при ускладнених формах ГРВІ є необхідною і доцільною. При цьому доцільність застосування антибіотикотерапії строго регламентується спеціальними протоколами МОЗ України. По даним різних авторів антибіотикасоційована дірея (ААД) розвивається у 5%-39% осіб, що отримували антибіотики. Метою дослідження було визначення ефективності застосування різних типів пробіотиків для лікування ААД.

Було обстежено 70 дітей від 1 року до 8 років, що отримували антибіотикотерапію з приводу пневмонії -23%, отит-7%, бронхіт-25%, синусит, гайморит -30%, трахеїт, ринофарингіт-15%, у 15%. Прояви ААД виявлялися протягом 2 діб після застосування антибіотика у 17 дітей, протягом 3 днів у 7 дітей, через тиждень після антибіотикотерапії - у 3 дітей. Загальне число хворих на ААД склало 27 дітей. Дисбактеріоз кишечника був підтверджений лабораторно у 6 обстежених. ААД з розвитком *Clostridium difficile*, був підтверджений у 2 дітей в легкій формі. Для лікування діареї були застосовані препарати трьох типів пробіотиків. Оцінювали клінічну картину по зменшенню частоти стільця, зникненню больових відчуттів, лабораторних показників. Пробіотики показали високу ефективність з першого дня застосування. У 13 дітей клінічна картина мала позитивну динаміку з першого дня застосування, стілець нормалізувався до 1 разу на добу. У 10 дітей

клінічна картина покращилася на третій день лікування, у 3 дітей стан кишечнику нормалізувався після тижня застосування пробіотиків.

Таким чином, застосування пробіотиків в педіатричній практиці є доцільним і обгрунтованим, особливо для лікування ААД.

ФОРМУВАННЯ НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Ізюмець О.І., Мурашко Т.В., Щербич Ю.В., Баньковський В.О.

Ізюмець О.І. (к.мед.н, доц)

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра педіатрії №2

Актуальність: Некротичний ентероколіт (НЕК) - це запалення тонкої та/або товстої кишки, в основі якого лежить ішемічне ураження кишечної стінки з наступним розвитком геморагічних та виразково-некротичних змін. Захворюваність на НЕК становить 2,4 на 1000 новонароджених. Середні показники летальності при НЕК складають 10-45% і залежать, крім ступеня зрілості, також від стадії і поширеності процесу. В даний час НЕК розглядають як поліетіологічне захворювання. До факторів ризику розвитку НЕК відносять недоношеність, гіпоксію (асфіксію) при народженні, бактеріальну колонізацію кишечника патогенною мікрофлорою.

Мета та завдання: Аналізування усіх випадків захворювання новонароджених на некротичний ентероколіт на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні за період з 2011 по 2013 роки.

Матеріали та методи: Проаналізовано 42 карти стаціонарних хворих з діагнозом некротичний ентероколіт.

Результати: У 37 дітей – 88% з дуже малою масою тіла та терміном гестації 28–32 тижні встановлено некротичний ентероколіт I ступеня важкості, як супутній діагноз. Частіше діагноз був встановлений до 7-го дня життя – 23 дитини (55%), а у 2 дітей - на 1-6 добу II-IV ступені важкості, як основний. В дослідженні переважали хлопчики – 30 дітей - 71%. Серед усіх новонароджених простежувалися фактори ризику в пренатальному періоді. Лише новонароджена дитина з IV ступенем важкості була пролікований оперативним шляхом.

Висновки: У більшості випадків дітей некротичний ентероколіт визначений як супутній діагноз, у дітей з дуже малою масою тіла відповідно до терміну гестації, внаслідок перинатальної дії хронічної гіпоксії плода.

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Карпенко Б.М., студент 5 курсу (ЛС-101)

Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Актуальність. Позалікарняна пневмонія з огляду на її медичної та соціальної значущості багато років знаходиться в центрі уваги педіатрів. Парадокс цієї патології полягає в тому, що з одного боку, досягнуті вражаючі результати в розумінні патогенезу інфекційного процесу, підвищенні ефективності хіміотерапії, а з іншого, відбувається збільшення числа хворих з важким перебігом хвороби.

Мета дослідження. Проаналізувати клініко-лабораторні особливості перебігу пневмонії у дітей. Матеріали і методи дослідження. Під наглядом перебувало 49 дітей з діагнозом позалікарняна пневмонія середнього ступеня тяжкості у віці від 7 до 17 років. В ході дослідження за даними аналізу амбулаторних карт (форма №025/о), медичних карт стаціонарного хворого (форма №003/о) розглядалися такі показники як початок прояву перших симптомів захворювання, терміни госпіталізації та дані загального аналізу крові.

Отримані результати. Клінічний аналіз показав, що підозра на позаликарняну пневмонію на етапі амбулаторно-поліклінічного обслуговування виникало при наявності у хворого субфебрильної температури, кашлю, анорексії, підвищеної стомлюваності, початок захворювання носило млявий характер. У зв'язку з цим більшість хворих були госпіталізовані на пізніх термінах захворювання: на 6-7-й день - 34,6% (17), на 10-14-й дні - 36,7% (18), більш ніж через 2 тижні від початку захворювання - 14,2% (7), і лише 14,2% надійшли в перші 3 дні від початку захворювання. При цьому слід підкреслити, що практично половина дітей (48,5%) в амбулаторних умовах вже отримала антибактеріальну терапію, яка була без позитивного ефекту. Більш того 16,3% дітям було призначено два або більше курсів антибактеріальної терапії. Вивчення клінічного аналізу крові показало, що лейкоцитоз відзначався лише у 32,6% обстежених, а ШОЕ була збільшена лише у 18 з 49 пацієнтів, в основному в межах 20-25 мм/год.

Висновок. Отже, як видно з результатів наших досліджень, чітко простежується трансформація клінічного перебігу позаликарняної пневмонії. З огляду на це представляє значимість розробка нових критеріїв, що дозволять своєчасну постановку діагнозу і проведення раціональної терапії хворим дітям.

ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ВМІСТУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У СЕЧІ НОВОНАРОДЖЕНИХ

ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

Касян С.М., ¹⁾Богданова Г.В., ¹⁾Гапієнко О.І., ¹⁾Железна Т.О.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

¹⁾Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС (ГІУ ЦНС) є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сучасної неонатології та неврології.

Наслідки гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС визначаються формуванням неврологічних і соматичних розладів, які призводить до інвалідизації та соціальної дезадаптації. У кожній третій дитині річного віку діагностується неврологічна патологія – від затримки психомоторного розвитку до тяжких форм дитячого церебрального параліча (ДЦП). Серед дітей, вперше визнаних інвалідами, 57% складають хворі на ДЦП.

Метою нашого дослідження було підвищити ефективність діагностики та прогнозування розвитку дитячого церебрального паралічу у дітей першого року життя на підставі визначення вмісту мікроелементів (кобальт, нікель, свинець) у сечі новонароджених дітей.

Сформовані альтернативні групи: з наявністю та відсутністю ДЦП на першому році життя дітей. Для створення прогностичного алгоритму використані предикторські властивості мікроелементного гомеостазу (вміст Co, Ni та Pb) у сечі новонароджених.

Всі МЕ виявили дуже високу прогностичну інформативність (12,82-15,0). Про розвиток ДЦП свідчать: низький рівень Co ($\leq 0,60$ мкмоль/л), Pb ($\leq 0,11$ мкмоль/л) та Ni ($\leq 0,50$ мкмоль/л).

Таким чином, чим менший вміст МЕ, що виводяться із сечею із організму, тим більша вірогідність розвитку ДЦП у хворого.

Алгоритм прогнозу, що ґрунтується на високонадійних показниках, слід використовувати для прогнозу розвитку дитячого церебрального паралічу з урахуванням найбільш впливових потенційних регресорів – вмісту кобальту, нікелю та свинцю у сечі.

Таким чином, дослідження мікроелементного балансу як складова комплексу прогностичних ознак розвитку ДЦП, дозволить впровадити у клінічну практику ранні критерії неінвазивної діагностики і дасть можливість прогнозування розвитку ДЦП. Це може знизити малюкову захворюваність та інвалідність дітей, що має важливе економічне і соціальне значення.

ЧАСТОТА АБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ НЕФРОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

Коробейнік Ж.В., студент 5 курсу (ЛС-106)

Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Рецидивуючі болі в животі з мінімальними змінами в сечі майже в 40% випадків пов'язані з патологією нирок або системою сечовиділення. Широке поширення абдомінального синдрому у дітей з патологією нирок поряд з недостатньою увагою педіатрів до даної проблеми нерідко призводять до пізньої діагностики та діагностичних помилок. У літературі описані випадки оперативного втручання у дітей з абдомінальним варіантом нефротичного кризу, що проходив під маскою гастроінтестинального патологічного стану або перитоніту.

У зв'язку з цим в нашому дослідженні були вивчені клінічні ознаки ураження гастроінтестинального тракту у 140 дітей з патологією нирок.

У 57 дітей з гломерулонефритом як первинного, так і вторинного походження в 41% випадку в анамнезі був встановлений абдомінальний синдром, який проявлявся болями в животі, нудотою, блювотою і гастральним дискомфортом. У кожному третьому випадку у дітей з нефротичним кризом розвивалася картина гострого перитоніту. У 6 дітей з гострою нирковою недостатністю абдомінальний синдром проявлявся болями в животі і діареєю, нерідко з блювотою і нудотою, відображаючи важку картину уремічного гастроентериту. У 83 хворих із захворюваннями первинно негломерулярного ураження нирок (пієлонефрит, нирковокам'яна хвороба, дизметаболічні нефропатії, гідронефроз і ін.) абдомінальний синдром спостерігався значно частіше - у 87% випадках.

Поєднання абдомінального синдрому з дизурією і лейкоцитурією було характерним для циститу, пієлонефриту і інтерстиціального нефриту. При розвитку абдомінальних болів на тлі гіпертензії та протеїнурії частіше визначався нефроптоз і аномалія ниркових судин, а при наявності ще й гематурії – гломерулонефрит.

ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ

Кулібаба В.С., Лобода А.М.

Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Щороку бронхіальна астма (БА) забирає в світі близько 2 мільйонів життів. Ця проблема немає кордонів, і потребує особливої уваги в суспільстві. Для вивчення БА світове суспільство витрачає щороку мільярди коштів, але, не дивлячись на доволі значні успіхи в лікуванні патології, існують прогалини в розумінні причин виникнення бронхіальної астми як мультифакторіального захворювання. Українські науковці також активно приймають участь у дослідженнях, знаходячись на вістрі сучасної науки.

Мета роботи. Визначити, проаналізувати та систематизувати інформацію щодо досліджень генетичних маркерів бронхіальної астми в Україні.

Матеріали та методи. Проаналізовано публікації в періодичних медичних виданнях України, матеріали дисертаційних робіт вітчизняних медиків-науковців, науково - практичних конференцій, конгресів, з'їздів. Глибина наукового пошуку – 5 років.

Результати. Виявлено, що вивчення генетичних чинників розвитку БА в нашій країні базується на дослідженні ролі низки маркерів:

група глутатіон - S - трансферази (GSTM1, GSTT1, GSTP1), що кодує синтез ферментів детоксикації ксенобіотиків II фази;

C159T, відповідального за кодування CD14 рецептора (моноцитів, макрофагів, гранулоцитів), який впливає на продукцію прозапальних цитокінів залучених до процесів ремоделювання бронхів;

Asp299Gly – ген, що відповідає за кодування TLR4 рецептора (моноцитів, макрофагів, гранулоцитів);

mERHX1 – ген синтезу ферментів I фази детоксикації ксенобіотиків;

гени системи детоксикації – CYP1A1 (сімейства CYP1) (Pе462Val);

гени цитокінів – IL4 (C-589T), IL17A (G-197A), IL17F (His-161 Arg) (причетні до захворювання не тільки на БА, але і на псоріаз та atopічний дерматит).

Висновки. Одними із найбільш досліджуваних в нашій країні маркерів є Asp299Gly та група глутатіон - S - трансферази (GSTM1, GSTT1, GSTP1). Менш досліджені гени системи детоксикації та гени цитокінів можуть бути потенційно перспективними групами генетичних маркерів, вивчення яких дозволить поглибити знання щодо генетики.

ДИНАМІКА РІВНІВ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ СИРОВАТКИ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ШИГЕЛЬОЗ

Курлан Н.Ю.

Харківський національний медичний університет, кафедра дитячих інфекційних хвороб

Питання патогенезу шигельозу у дітей активно вивчаються в клінічних дослідженнях. Провідну роль в імунопатогенезі хвороби відіграє цитокінова відповідь. Тому, вкрай актуальним подальше поглиблене вивчення цитокінової відповіді при шигельозі у дітей.

Мета роботи - вивчення діагностичної ролі динаміки рівнів IL-1 β , IL-4, TNF α периферичної крові хворих на шигельоз дітей.

Визначення концентрації інтерлейкінів IL-1 β , IL-4, TNF α проводили методом імунферментного аналізу у зразках сироватки периферичної крові 76 дітей віком від 3 місяців до 3 років, серед яких було 52 хворих на шигельоз з тяжким перебігом та 24 — з шигельозом середньої тяжкості. Отримані результати порівнювали з відповідними показниками 18 практично здорових дітей, результати обробляли за допомогою статистичного аналізу.

Виявлено, що під час гострої фази у всіх хворих на шигельоз мало місце значне підвищення рівню IL-1 β , IL-4 та TNF α , але при тяжких формах було відмічено більш суттєве підвищення рівня прозапальних цитокінів у порівнянні з показниками хворих на середньотяжкі форми, (P<0,05). Крім того, при тяжкому перебігу шигельозу звертала на себе увагу повільніша нормалізація рівнів прозапальних цитокінів та помірне підвищення концентрації цитокіну IL-4 у період рековалесценції, на противагу хворим на середньотяжкі форми, у яких клінічне одужання супроводжувалось швидким зниженням рівнів інтерлейкінів IL-1 β і TNF α , а підвищення кількості протизапального IL-4 було більш вираженим.

Таким чином шигельоз у дітей супроводжується істотним підвищенням рівнів про- та протизапальних цитокінів, при цьому виявлений прямий кореляційний зв'язок між ступенем тяжкості і рівнем IL-1 β та TNF α , підвищений рівень яких при тяжких формах може зберігатися до періоду рековалесценції, що може бути передумовою загострення патологічного процесу.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ОРГАНІЗМУ ПІДЛІТКІВ: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ

Лисак М.С., Кисіль І.В.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Фролова Т.В.

Харківський Національний Медичний Університет

Кафедра пропедевтики педіатрії №1

м. Харків, Україна

Вступ. Вегето-судинні розлади є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Це обумовлено декількома факторами і насамперед величезною поширеністю вегетативних порушень у підлітків. За даними численних епідеміологічних досліджень, в популяції вегетативні порушення, зустрічаються в 25-80% спостережень.

Мета роботи: Вивчити адаптаційно-компенсаторні механізми організму підлітків залежно від наявності діагнозу вегето - судинної дистонії (за даними медичних карт) та визначити медико-соціальні проблеми даної теми.

Матеріали і методи дослідження: У дослідженні приймали участь 50 підлітків Харківського ліцею №89 віком від 12-16 років (24 дівчат та 26 хлопців). Були проаналізовані медичні карти школярів, проведена функціональна проба Шалкова №5. Всім підліткам було проведено вимірювання артеріального тиску (АТ) та частоту серцевих скорочень (ЧСС), до проби та після неї. Дослідження проводили згідно міжнародних стандартів. Діти були розділені на 2 групи: I - діти з вегето-судинною дисфункцією та II – діти без наявності діагнозу ВСД.

Результати: При аналізі результатів дослідження встановлено, що у дітей I групи середні показники АТ у стані спокою становить: систолічний — $128,3 \pm 4,2$, діастолічний — $74,4 \pm 3,9$ мм рт.ст. та ЧСС $84,22 \pm 1,19$ в минуту; у дітей II групи АТ систолічний – $122 \pm 6,0$, діастолічний — $70,6 \pm 4,3$ мм рт.ст. та ЧСС $78,01 \pm 0,98$ в минуту відповідно. Після проведення проби Шалкова у 16,5% дітей I групи та 13,3% дітей II групи спостерігалось збільшення систолічного тиску (СТ) у межах 10-15%, діастолічного тиску (ДТ) у межах 5-10% та ЧСС у межах 15-20%. Збільшення більш ніж на 20% від початкових показників СТ, ДТ та ЧСС спостерігалось у 7,2% дітей I групи та 6% дітей II групи. Зниження відповідних показників не було відмічено ні у жодної дитини.

Висновки. Таким чином, адаптаційно – компенсаторні можливості у дітей не залежать від наявності діагнозу ВСД. Саме тому, для збереження здоров'я дитячої популяції медичні та педагогічні працівники не повинні обмежувати фізичне навантаження дітей та підлітків щодо занять фізкультурою у школі за діагнозом вегето – судинна дистонія.

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТА БАЛАНСУ МАКРОЕЛЕМЕНТІВ В СИРОВАТЦІ ТА ЕРИТРОЦИТАХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ УРАЖЕННЯМ НИРОК ВНАСЛІДОК АСФІКСІЇ

Лобода А.М., Маркевич В.Е., Зайцева К.Д.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Розуміння метаболічних шляхів та ключових точок впливу макроелементів є важливим моментом у новонароджених із ураженням нирок у разі асфіксії. Своєчасна корекція їх порушень може підвищити ефективність лікувальних заходів.

Мета роботи – вивчити особливості вмісту та балансу есенційних макроелементів (Na, K, Ca, Mg) у сироватці крові та еритроцитах немовлят із порушенням функції нирок на тлі асфіксії.

Матеріали та методи. Обстежено 200 доношених новонароджених, які мали ознаки ушкодження нирок, внаслідок важкої (1-ша група – 100 дітей) чи помірної асфіксії (2-га група – 100 дітей). Групу порівняння склали 20 здорових немовлят. Вміст електролітів визначали на 1-2-гу, 7-8-му та 25-30-ту добу життя методом емісійної фотометрії. Макроелементний баланс вивчали шляхом розрахунку показників співвідношення в антагоністичних парах Na/K, Ca/Mg та трансмембранних співвідношень макроелементів.

Результати. Критичним терміном виникнення електролітного дисбалансу у немовлят із порушенням функції нирок на тлі помірної асфіксії є перший тиждень життя, на фоні тяжкої асфіксії – весь перший місяць життя дитини.

Новонародженим із порушенням функції нирок на тлі асфіксії властиве збільшення сироваткової концентрації Na і K та зменшення Ca і Mg, а також зниження показників співвідношення Na/K і зростання Ca/Mg. Еритроцитарні зміни характеризується підвищеним рівнем Na та дефіцитом K, Ca та Mg, а також зростанням співвідношення Na/K та зменшення коефіцієнту трансмінералізації Ca/Mg. Зростання трансмембранного співвідношення щодо Na та Mg свідчить про переміщення їх до клітини, а зменшення їх відносно K та Ca відображає переважний транспорт зазначених елементів до позаклітинного середовища.

Висновок. Зміни вмісту та балансу макроелементів в сироватці крові та еритроцитах слід враховувати у разі проведення інфузійної терапії у новонароджених із ураженням нирок внаслідок асфіксії.

ЗНАЧЕННЯ НОВІТНІХ БІОМАРКЕРІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ НИРОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ АСФІКСІЄЮ

Лобода А.М., Токар В.С.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Рання діагностика ураження нирок у новонароджених, що народилися у асфіксії, утруднена через відсутність специфічної клінічної симптоматики і недостатню інформативність традиційних методів обстеження.

Традиційним маркером ураження нирок є сироватковий креатинін, який використовується для оцінки функції нирок у немовлят шляхом визначення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ).

У якості перспективних біомаркерів ушкодження ниркової тканини у новонароджених розглядаються низка молекул, в т.ч. цистатин С, визначення вмісту якого в сироватці крові є важливим для виявлення ниркової дисфункції у новонароджених.

Мета роботи – оцінити діагностичну цінність новітнього маркеру ушкодження ниркової паренхіми – сироваткового цистатину С у новонароджених, що перенесли асфіксію, та порівняти її з традиційним визначенням креатиніну сироватки.

Обстежено 50 доношених новонароджених із ознаками ушкодження нирок: 25 дітей, які перенесли тяжку асфіксію, та 25 дітей з помірною асфіксією. Групу порівняння склали 10 немовлят, що не мали асфіксії при народженні. Вміст цистатину С в сироватці досліджували на 1-2-гу, 7-8-му та 25-30-ту добу життя методом імуноферментного аналізу. Рівень креатиніну досліджували біохімічним методом, що базується на реакції Яффе.

Встановлено, що у новонароджених із асфіксією креатинін сироватки не може розглядатися в якості надійного раннього маркера ушкодження нирок, а обчислена на його підставі ШКФ є завищеною, що небезпечно у зазначеної категорії немовлят, оскільки викликає передчасне припинення моніторингу функції нирок.

Сироватковий цистатин С є раннім і чутливим маркером ураження нирок у немовлят із асфіксією, а розрахована за цим показником ШКФ достовірно характеризує величину клубочкової фільтрації у новонароджених.

У дітей із порушенням функції нирок на тлі асфіксії рівень цистатину С достовірно зростає вже на 1-2-гу добу життя, досягає максимуму до кінця раннього неонатального періоду та зберігається на високому рівні навіть наприкінці 1-го місяця життя.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЕФЕКТУ ІМПУЛЬСНОГО НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ЧЕРВОНОГО ЛАЗЕРУ ПРИ МІСЦЕВОМУ ТА ПУНКТУРНОМУ ВПЛИВІ ПРИ ПІЄЛОНЕФРИТІ У ДІТЕЙ

Лобода Т.О., Сміян О.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики і дитячих інфекцій

Проблема пієлонефриту у дітей до теперішнього часу не втрачає своєї актуальності у зв'язку з його значною поширеністю, етіологічної мультифакторіальністю, а також схильністю до хронізації, затяжного і рецидивуючого перебігу.

Мета роботи – вивчити ефективність різних варіантів впливу гелій-неоновим лазером в комплексному лікуванні гострого пієлонефриту у дітей.

Проведено лазеротерапію хворим на пієлонефрит дітям, віком від 3 до 14 років, що отримували курс стаціонарного лікування на базі нефрологічного відділення КУ СОДКЛ. Всі хворі були розподілені на 3 групи: I група – 18 хворих, отримували лише медикаментозне лікування згідно клінічного протоколу, II – 12 хворих – отримували стандартну терапію та додатково лазеротерапію (низькоінтенсивним червоним лазером, з довжиною хвилі 0,63 мкм

і потужністю 3 мВт, по 3 поля над ділянками проекції нирок, наднирників і пахових судин). III група включала 12 дітей, яким додатково до медикаментозної терапії проводилася лазеропунктура шляхом впливу на основні точки меридіана нирок (R) і сечового міхура (V): R3, R7, R13, V22, V23 і V53.

Отримані результати оцінювалися за динамікою больового та дизуричного синдромів та змінам в клінічних аналізах. По закінченню курсу лікування у дітей II та III груп відзначали швидше усунення явищ дизурії порівняно з I групою, а в III групі отримали також найбільший анальгезуючий ефект. Терміни нормалізації лабораторних показників, що характеризують активність запалення, при використанні обох способів застосування лазера є порівнюваними і достовірно швидшими, ніж при традиційному способі лікування.

Таким чином, включення до схеми лікування пієлонефриту місцевого або пунктурного застосування імпульсного низькоінтенсивного червоного лазера є доцільним, оскільки пришвидшує санацію сечі та зникнення дизурії. При вираженому больовому синдромі перевагу слід віддавати пунктурній лазеротерапії.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ВЕГЕТОСУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ

Лобода Т.Ю.

Науковий керівник: професор Попов С. В.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії ПО

Ціль роботи: провести аналіз захворюваності на вегето- судинну дистонію дітей на педіатричній дільниці. В завдання дослідження були включені: 1. Проаналізувати поширеність вегето-судинної дистонії серед дітей та підлітків. 2. Простежити віково-статевої склад. 3. Визначити частоту зустрічаємості серед різних категорій дітей. 4. Оцінка ефективності лікування вегето-судинної дистонії на педіатричній дільниці. 5. Розробити профілактичні заходи.

Методи дослідження: проводилося дослідження на базі КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня», за даними амбулаторних карт, хворих дітей, що перебували на лікуванні в педіатричному відділенні (ф. №112 / у). Було включено 33 дитини. Критерії включення: а) хворі з встановленим діагнозом ВСД, взяті на диспансерний облік в 2012-2014 році; б) діти, які проходили стаціонарне обстеження і лікування з 2012 по 2014 рік.

Результати: кількість дітей на ділянці в 2012 р - 964, з них на диспансерному обліку з цим діагнозом - 27 (2,9%) ; в 2013 р - 981 на обліку перебувало 29 (2,9%) дітей; в 2014 р - 976 на обліку 34 (3,5%) дітей, з них 15 хлопчиків і 19 дівчаток. Вік дітей, яким виставлений діагноз ВСД: 18 років - 6 осіб (18%); 17 років - 4 людини (12%); 16 років - 3 особи (9%); 15 років - 4 людини (12%); 14 років - 4 людини (12%); 13 років - 3 особи (9%); 12 років - 1 людина (3%); 11 років - 2 особи (6%); 10 років - 2 особи (6%); 9 років - 1 людина (3%); 8 років - 3 особи (9%); 7 років - 1 особа (3%).

Висновок : вегето-судинна дистонія у дітей і підлітків м. Суми, за даними КУ «СМДКЛ поліклініка №2» є одним з чільних місць серед інших захворювань. Тенденція до підвищення захворюваності вегето-судинною дистонією у дітей і підлітків за останні 3 роки на даній педіатричній дільниці - 3,5%, переважання захворювання в віковому інтервалі від 15 до 18 років, більша схильність осіб жіночої статі - 55,9%.

Мета профілактики : запобігання можливості появи і розвитку ВСД, підтримання організму людини, активізація його власних життєвих сил. Фактори ризику : генетична схильність; гормональні, ендокринні перебудови і збої в організмі; нервово напруження, постійний стрес; гіподинамія, надмірне фізичне навантаження.

БОЛІ В ЕПІГАСТРАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ І ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ*Матяшок Л.А., Ляшко М.Б.**Науковий керівник: к. мед. н., доц. С.П. Ходаківська**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця**Кафедра педіатрії №5**(зав. каф.: д. мед. н., проф. В.Д. Лукашук)**м. Київ, Україна*

Актуальність. У дорослих існує позитивний зв'язок між збільшеним індексом маси тіла (ІМТ) і болем в верхній частині живота. Ми прагнули порівняти поширеність болю в епігастральній ділянці у дітей, які страждають на ожиріння і дітей з нормальною вагою.

Мета і завдання. У дослідженні брали участь 80 дітей з ожирінням і 40 дітей з нормальною вагою у віці 5-16 років. Діти з гострою хворобою були виключені. ІМТ і його оцінка були вираховані і розраховані у всіх дітей. Оглядність була визначена як ІМТ більше ніж у 95% за віком і статтю (ІМТ = 1,64).

Матеріали і методи виконання. Двадцять п'ять дітей мали значення ІМТ більше ніж 2.7 і були класифіковані як діти, які страждають на ожиріння. Була тенденція до поширення епігастрального болю у дітей з ожирінням у порівнянні з контрольною групою ($p = 0,05$). Показник поширеності болю в епігастральній ділянці був вищим у огрядних дітей (12-16 років) в порівнянні з показником у відповідній контрольній групі (16,9% проти 6,2%, $p = 0,04$). Діти, які страждають на ожиріння, частіше скаржаться на болі в епігастральній ділянці в порівнянні з контрольною групою (20% проти 7,2%, $p = 0,02$). Коли ми все стратифікували за віком (5-12 років) і статтю, поширеність болю в епігастральній ділянці не відрізнялася між дітьми з ожирінням і відповідними контрольними групами.

Висновки. В даному перехресному дослідженні була відзначена тенденція до більш високої поширеності болю в епігастральній ділянці у дітей з ожирінням в порівнянні з дітьми які мали нормальну вагу тіла. Старші діти, які страждають на ожиріння (12-16 років) і дуже огрядні діти мали значно вищу поширеність епігастрального болю в порівнянні з контрольною групою.

С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН І ДЕСТРУКТИВНІ ПРОЦЕСИ В ТКАНИНІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЄЮ*Маркевич В.Е., Горобченко Д.М., Щічка О.М., ст. VI к. (010 гр.)**Сумський державний університет**Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Визначався зв'язок експресії С-реактивного протеїну (СРП) у дітей з перинатальною гіпоксією (ГІЕ) та інфекцією (ІЗ). Виконано ретроспективне дослідження стац. карт 36 померлих дітей (11 доношених і 25 недоношених), що лікувалися в неонатальних відділеннях СОДКЛ., яким проводилося п/а дослідження. Всі діти померли в результаті гіпоксичного ураження (18 дітей) або ІЗ (18 дітей); клін. і п/а діагнози за основним захворюванням ідентичні. Всім дітям проводилися 1-3 тести на СРП у крові (якісним або кількісним методом).

Результати. Не виявлено значущих відмінностей за показниками ГТ у зв'язку з наявністю СРП. Виявлено відмінності за Апгар на 3 та 5 хв. життя дітей. У групі (I) з ГІЕ 75% дітей за Апгар < 4 балів. У групі (II) з ІЗ, оцінка за Апгар у 66,7% > 5 балів. У гр. I середня тривалість життя становила 14 год.- 25 діб; в гр. II - 21 - 55 д. Осн. захворювання, що стало причиною смерті, в групі I діагностувалося з народження, тоді як в гр. II діагноз виставлявся від 4 діб життя до 2 м.19 діб. В 1 д. життя СРП у крові визначався у 19,4% від усіх випадків. У гр. I позитивний СРП був тільки у 1 дитини, У II - у 2 дітей. У решти 29 немовлят СРП у крові визначався в більш пізній терм, призначення тесту залежало від змін в стані дітей. В цілому в гр. I зустрілося 72% - СРП; тільки у 28% виявлена його експресія - у цих 5 дітей виявилася лейкомаляція (парасагіт. некроз у 4 дон. дітей, а ПВЛ - у 1 недон.). У

всіх цих дітей + СРП виявлявся за 3-6 год. до погіршення стану (кома II-III ст.); протягом 1-х 5 дн. життя 4 дон. дітей померли.

У II гр. + СРБ (хоча б 1 епізод) визначався у 83,3%. Серед них: 1 сепсис з ПВЛ; + СРП у крові визначалася на 2, 12 добу, потім у віці 5 тиж., У 3 дітей з гр. II (ВУІ - пневмонія, ДН III) СРП не виявлено жодного разу; всі 3 померли на 3-6 добу життя).

Висновки. 1. Виражена експресія СРП у крові виявляється в групі дітей з ІЗ. 2. Частота + СРП зростає зі збільшенням віку дитини в обох групах. 3. У дітей з гіпоксичними ураженнями + СРП може свідчити про некротичні зміни в головному мозку.

ЩОДО ПИТАННЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РАННЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА УМОВ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ

Маркевич В.Е., Тарасова І.В.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Рання анемія новонароджених (РАН) - важлива медико-соціальна проблема з огляду на її високу частоту (75-100%), суттєве погіршення якості життя новонароджених, виникнення різних порушень у неонатальному і подальших періодах життя дітей. Відомо, що анемія виникає на тлі мікроелементного дисбалансу, але дані про участь мікроелементів (МЕ) у патогенезі анемії новонароджених суперечливі. Мета роботи: визначення предикторських властивостей вмісту та балансу МЕ та клініко-анамнестичних показників для прогнозу розвитку анемії у недоношених новонароджених із гіпоксичними ураженнями (ГУ) ЦНС.

Вивченню підлягав вміст МЕ у сироватці, еритроцитах крові та сечі 96-ти недоношених новонароджених із ГУ ЦНС які були розподілені на групи: без анемії на 14-у добу життя (n = 67) та з анемією на 14-у добужиття (n = 29). Як статистичний метод була використана неоднорідна послідовна процедура Вальда-Генкіна.

Встановлена висока прогностична інформативність МЕ у сироватці та еритроцитах крові ($\bar{I} = 7,5 - 8,8$). Про розвиток анемії свідчив низький вміст $Cu \leq 0,90$ мкмоль/л, $Co \leq 2,0$ мкмоль/л, $Fe \leq 18,0$ мкмоль/л, $Mn \leq 5,0$ мкмоль/л, $Zn \leq 17,0$ мкмоль/л, $Cr \geq 25,1$ мкмоль/л у сироватці крові та вміст $Cu \leq 0,20$ мкг/мг попелу, $Co \leq 0,06$ мкг/мг попелу, $Fe \leq 10,5$ мкг/мг попелу, $Mn \leq 0,070$ мкг / мг попелу, $Zn \leq 1,70$ мкг/мг попелу, $Cr \geq 0,081$ мкг/мг попелу в еритроцитах крові. Прогностична значимість вмісту МЕ у сечі, була дуже високою ($\bar{I} = 8,9 - 15,0$) для усіх, окрім Fe. Про розвиток анемії свідчив: вміст $Cu (\geq 6,1$ мкмоль/л), $Mn (\geq 3,51$ мкмоль/л), $Zn (\geq 1,81$ мкмоль/л), $Co (\geq 0,41$ мкмоль/л), $Fe (\geq 2,6$ мкмоль/л) $Cr (\leq 0,081$ мкмоль/л). Прогностична інформативність вмісту МЕ у біосередовищах недоношених новонароджених є найвищою у сечі ($I=10,03$). Серед клінічних факторів, які сприяли розвитку РАН найбільш інформативними були: внутрішньошлуночковий крововилив ($\bar{I}=5,15$; $ПК=+14,9$) та синдром поліорганної недостатності ($\bar{I}=2,61$; $ПК=+4,2$).

ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ НАПРИКІНЦІ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНЕ УРАЖЕННЯ ЦНС

Маркевич В.Е., Тарасова І.В., Касян С.М.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Перинатальні ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу є найбільш частою причиною неврологічних відхилень в періоді новонародженості і суттєво впливають на подальший фізичний та нервово-психічний розвиток (НПР) дитини.

Мета дослідження: вивчити особливості НПР дітей наприкінці першого року життя, які перенесли гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС (ГУ ЦНС).

Всі діти були оцінені за якісно-кількісною шкалою відставання у НПР. При дослідженні розвитку по окремим лініям в залежності від віку була виявлена вікова залежність у відставанні дітей. У віці 1 місяць у 39,7% дітей відстають рухи, у 19,1% відстають відповідні емоційні реакції, у 17,8% дітей зорові реакції. У віці 9 місяців

зменшується відставання у розвитку рухів на 10%, що свідчить про деяку компенсацію, але збільшується відставання у розвитку навичок та рухів руки. До 12 місяців у дітей із ГПУ ЦНС спостерігається тенденція до зменшення відсотка відставання в розвитку рухів руки, що прогнозує затримку в розвитку предметної діяльності на 2-му році життя. Відставання лише по одній лінії розвитку спостерігалось у 43 (58,9%) дітей, із них 19 (44,2%) дітей відставали у розвитку рухів, 8 (18,7%) – у розвитку рухів руки, 6 (13,9%) – у розвитку навичок, 5 (11,6%) – у розвитку активного мовлення, 5 (11,6%) дітей – у розвитку емоційних реакцій.

Для аналізу поведінки нами використані 6 основних показників: емоційний стан, засипання, сон, апетит, характер бадьорості, індивідуальні особливості. У дітей із ГПУ ЦНС найбільш страждає емоційний стан, він був нижче, ніж у дітей з нормальним розвитком ($11,57 \pm 1,67$ бала и $24,81 \pm 0,84$ бала відповідно, $p < 0,001$). Для цих дітей характерними є низька пізнавальна діяльність та поганий апетит на першому році життя. Таким чином виявили достовірну перевагу у більш низькому рівні НПП серед дітей, які перенесли ГПУ ЦНС порівняно з групою контролю.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ РДС

Маркевич В.Е., Тарасова І.В., Шищук А.В., студентка 6 курсу

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Респіраторний дистрес синдром (РДС) до тепер залишається однією з важливих проблем неонатології, особливо серед недоношених дітей. Ризик розвитку захворювання збільшується зі зменшенням гестаційного віку. Важливими каталізаторами біохімічних реакцій є мікроелементи (МЕ).. Кожна патологія у дітей має свої особливості вмісту та балансу МЕ, що відображає участь окремих компонентів у патогенезі.

Визначався вміст Fe, Zn, Cu, Co, Mn та Cr, методом атомно-абсорбційної мас-спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115М1, виробництва НВО "Selmi" (Україна), у біосередовищах (сироватка, еритроцитокрові) 47 недоношених із РДС, що народились у термін гестації 28-36 тижнів. У цих дітей швидко виникає та довго зберігається дефіцит Fe, Zn і Mn у сироватці (на 21,1%; 50,6% та 52,5% відповідно) та еритроцитах крові (на 6,4%; 15,4% та 40,8% відповідно) і перевантаження цих середовищ Cr (на 70%) та Co (на 35,8% у сироватці та на 66,2% в еритроцитах). У сироватці крові збільшений вміст Cu (на 35,6%), а в еритроцитах спостерігається майже подвійний його дефіцит.

Знайдений дефіцит Fe, Zn та Mn може бути однією із ланок патогенезу РДС, оскільки первинний радикал – супероксидний аніон-радикал - бере участь у генерації вельми активних молекулярних сполук: перекису водню, гіпохлориту і гідроперекисів ліпідів. Під дією іонів металів змінної валентності, в першу чергу іонів Fe²⁺, з цих речовин утворюються вторинні радикали, які надають руйнівну дію на клітинні структури. Іони Zn зменшують продукцію запальних цитокінів, які призводять до апоптозу клітин; іони Mn впливають на тромбоцитопоез та синтез гіалуронової кислоти, хондроетинсульфату, гепарину, що відіграє важливу роль у формуванні сполучної тканини; іони Fe активують окислювально-відновлювальну систему. Cu є металом, необхідним для синтезу колагену та еластину – складових еластичної тканини кровоносних судин, легеневих альвеол. Так, високий його вміст у сироватці недоношених новонароджених із РДС пояснюється підвищеною потребою у ньому.

ЗАСТОСУВАННЯ УРЕАЗНОГО ТЕСТУ ЗІ СЛИНОЮ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У ДІТЕЙ

Мартиненко Л.С., студент 5 курсу (ЛС-104)

Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Вступ. Відповідно до сучасних уявлень, хелікобактерної інфекції (Нр-інфекції) надається вирішальне значення в розвитку хронічної гастродуоденальної патології як дорослих, так і дітей. Однак, інвазивність і трудомісткість більшості розроблених методів діагностики Нр-інфекції, обмежують їх широке застосування в педіатричній практиці. У зв'язку з цим триває пошук неінвазивних, простих і швидких методів виявлення *H. pylori* (Нр) є актуальною проблемою дитячої гастроентерології.

Мета дослідження: оцінка результатів застосування уреазного тесту зі слиною в комплексній діагностиці хелікобактеріозу у дітей.

Матеріал і методи: обстежено 23 дитини у віці від 3 до 12 років. Наявність Нр-інфекції встановлювалося культуральним і імунологічними методами дослідження. Визначення уреазної активності слини проводилося *in vitro* перед ендоскопічним дослідженням із застосуванням «ХЕЛПП-тесту». Результат оцінювали протягом 1 години по зміні забарвлення індикатора, при цьому враховувалися інтенсивність забарвлення і швидкість її появи.

Результати та їх обговорення. В результаті проведених досліджень Нр-інфекція встановлена у 12 дітей, причому у 1 з них слизова оболонка ендоскопічно була нормальною (І група). Решта 11 пацієнтів мали зміни в гастродуоденальній області, але без наявності Нр-інфекції (ІІ група). Уреазна активність слини виявлена у 7 дітей з І групи, в тому числі 1 хворий з незміненою слизовою (58,3%), і у 5 з ІІ групи (45,4%). Характерною ознакою була більш високий ступінь уреазної активності слини у дітей з встановленою Нр-інфекцією (78% позитивних і різко позитивних результатів), у порівнянні з дітьми з ІІ групи (63% слабо позитивний результат).

Висновок. Отримані результати свідчать про те, що у деяких дітей з гастродуоденальною патологією при наявності Нр-інфекції підвищується уреазна активність слини. У зв'язку з цим даний тест може бути використаний тільки в якості неінвазивного скринінг-тесту при масових обстеженнях.

ДОСВІД ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ВІТАМІНУ Д3 ДІТЯМ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Москаленко Ю. О., Товстуха Б. П.

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Сміян О. І.

Медичний інститут Сумського державного університету

кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій

Профілактика рахіту є одним з пріоритетних напрямків підтримки здоров'я дитини на першому році життя. У Франції розповсюдженість вітамін D-дефіцитного рахіту досягає 40% серед дітей, що отримували препарати вітаміну D з профілактичною метою. У 39% дітей перших 6 міс життя у Саудівській Аравії діагностують прояви рахіту. Поширеність рахіту в Україні становить 40 – 66% серед дітей раннього віку.

Метою спостереження було відображення досвіду профілактичного призначення вітаміну D3 у залежності від вигодовування у зв'язку із поширеністю рахіту у дітей до року. Матеріали та методи: виконано аналіз амбулаторних карток 44 дитини 1-го року життя поліклінічного відділення КУ СМДКЛ Святої Зінаїди. Усіх пацієнтів було розподілено на групи спостереження: діти на грудному вигодовуванні 36 (81%), які отримували 500 МО вітаміну D3 з віку 1 місяць, на штучному вигодовуванні адаптованою сумішшю 7 (16%) без потреби у призначенні вітаміну D3, на змішаному вигодовуванні адаптованою сумішшю – 1 дитина (3%), що отримувала профілактику рахіту вітаміном D3 по 500 МО через день у

зв'язку зі зменшенням об'єму адаптованої суміші (Малютка Premium) до 360 мл на день. Стан здоров'я дітей оцінено за зросто-ваговими показниками, ГРВІ в анамнезі, рівнем гемоглобіну та психомоторним розвитком.

Проведене спостереження відображає стан профілактики рахіту у дітей 1-го року життя – 100% дітей отримує профілактично вітамін ДЗ (84% з водного розчину, 16% – з достатньої кількості вітаміну ДЗ у адаптованих сумішах).

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Нікулеску А.С.

Асистент Черниш С.Б.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Кафедра пропедевтики педіатрії

Актуальність проблеми: Вплив харчової алергії (ХА) на ризик розвитку atopічного дерматиту (АД) у дітей є актуальною проблемою сучасної педіатрії. ХА у дітей раннього віку найчастіше обумовлена алергією до білка коров'ячого молока. Встановлено, що у 80-85% дітей з ХА до трьох років формується алергічна толерантність до білка коров'ячого молока. Проте, у певного відсотка дітей ХА є дебютом АД.

Мета і завдання дослідження: Проаналізувати вплив факторів, які впливають на розвиток АД у дітей.

Матеріали і методи: Нами був проведений порівняльний ретроспективний аналіз факторів ризику розвитку ХА у дітей. Були проаналізовані наступні фактори: термін введення прикорму, дієта з обмеженням потенційно небезпечних продуктів та використання гідролізованої формули у дітей з високим ризиком розвитку atopії, які отримували не тільки грудне молоко.

До основної групи дослідження входило 46 дітей до 5 років з АД. До контрольної групи входило 30 дітей без atopії.

Результати дослідження: Під час даного дослідження був встановлений статистично достовірний протективний ефект використання гідролізованих формул у дітей з високим ризиком розвитку atopічних захворювань, які отримували не тільки грудне молоко.

Висновки: Використання гідролізованих формул та грудне вигодування знижують ризик розвитку АД у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Лікар-інтерн ЗПСМ Нехаєнко І.В.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Попов С.В.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Актуальність: ГРЗ являються однією із найбільш частих патологій в дитячому віці, особливо у дітей до 3 років. Щорічно 4-5 млн дітей в Україні хворіють на ГРЗ з розвитком ускладнень. Одним із ускладнень при лікуванні ГРЗ в умовах застосування антибіотиків є антибіотикоасоційована діарея (ААД). Її частота складає від 20 до 60% у дітей, котрі отримують антибіотик. Розвиток ААД ускладнює течію основного захворювання, це в подальшому погіршує прогноз що до стану здоров'я дитини. Мета: виявлення особливостей виникнення антибіотикоасоційованої діареї у дітей з ГРЗ з метою підвищення ефективності лікування.

Антибіотикоасоційована діарея вважається наявною тоді, коли мають місце 3 або більше епізодів неоформленого стулу протягом 2 або більше днів, що виникли на тлі застосування антибіотиків впродовж до 4-8 тижнів після їх відміни, якщо не виявлена інша причина. Частіше за все (в 70% випадків) ААД розвивається під час лікування, хоча також мають місце 30% випадків, коли ААД розвивається після закінчення лікування. До факторів ризику виникнення ААД відносяться: вік до 2 років, штучне вигодування, високі дози

антибіотиків, використання кількох антибіотиків одночасно, довготривалий курс антибіотикотерапії, імунодефіцитні стани, тривала госпіталізація, хірургічні втручання. Також вагоме значення у розвитку даного стану має група призначеного антибіотика. Так, зокрема, при застосуванні цефалоспоринові II-III покоління ААД виникає у 4-9%, макролідів—2-5%, ампіциліну—5-10%, амоксициліна клавунат—10-25%, лінкозамідів—20-30% випадків. Слід відмітити, що спосіб введення антибіотика для розвитку ААД не має суттєвого значення, оскільки при пероральному застосуванні антибіотик впливає не тільки на мікрофлору кишечника, а й безпосередньо на його слизову оболонку. При парентеральному же введенні антибіотик впливає на мікрофлору кишечника виділяючись зі слиною, жовчю, секретами кишечника.

Таким чином, приведенні літературні дані свідчать про те, що виникнення ААД являється серйозною проблемою педіатрії. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на більш детальне вивчення етіопатогенетичних чинників виникнення ААД у дітей.

КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ

Петрашенко В.О., асистент, Богданова Г.В., Гапієнко О.І.***

**СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

*** Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики ураження нирок у недоношених новонароджених з асфіксією шляхом виявлення структурних маркерів за даними дослідження фацій сечі.

Обстежено 100 передчасно народжених малюків з гестаційним віком $33,5 \pm 0,52$ (27-36) тиж. із ознаками нефропатії на тлі асфіксії: 50 дітей, які перенесли тяжку асфіксію (гестаційний вік $31,9 \pm 0,68$ (27-35) тиж.), та 50 дітей з помірною асфіксією (гестаційний вік $35,1 \pm 0,31$ (34-36) тиж.). Групу порівняння склали 20 недоношених дітей (гестаційний вік $35,7 \pm 0,26$ (35-37) тиж.).

У недоношених новонароджених групи порівняння наявний розподіл краплі на крайову та центральну зони фації. Краплі містили кристалічні включення хрестоподібної форми лише в центральній зоні. На 1-2 добу життя кількість включень складала від 10 до 19 на фацію ($12,35 \pm 0,62$), а їх загальна площа була $0,74 \pm 0,02\%$.

У недоношених новонароджених з ураженням нирок на тлі помірної асфіксії на 1-2 добу життя відзначали наявність поділу фації на зони: центральну, перехідну та периферійну. Ширина периферійної зони складала $11,4 \pm 0,95\%$ від радіусу краплі, ширина перехідної зони була – $17,4 \pm 0,82\%$.

У недоношених новонароджених, які мали прояви ураження нирок на тлі важкої асфіксії, на 1-2 добу життя фації також можна було поділити на центральну, перехідну та периферійну зони. При цьому ширина периферійної зони ($16,1 \pm 1,1\%$ від радіусу краплі) майже дорівнювала ширині перехідної ($16,7 \pm 0,9\%$ від радіусу краплі).

Таким чином, морфологічна картина фацій залежить від гестаційного віку дитини та 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.

КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ

*Петрашенко В.О., Зайцева К.Д., студ. 5-го курсу,
Мороз Т.Д., Тресницька Ю.В., Атрощенко О.В., Паскарік О.Ю.*
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

** Обласна дитяча клінічна лікарня*

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики ураження нирок у доношених новонароджених з асфіксією шляхом виявлення структурних маркерів за даними дослідження фацій сечі.

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 здорових 20 доношених новонароджених (гестаційний вік $39,8 \pm 0,23$ (39-41) тиж.).

При дослідженні сечі здорових доношених новонароджених виявлено схильність до аморфізації фацій (низький вміст кристалів солей) та відсутність розподілу на крайову та центральну зони.

На 1-2 добу життя кількість включень складала від 3 до 25 на фацію ($11,9 \pm 1,75$), а їх загальна площа була $0,81 \pm 0,11\%$. Протягом раннього неонатального періоду суттєвих змін вищезазначених кількісних показників не спостерігали.

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.

У новонароджених, які мали прояви порушення функції нирок на тлі важкої асфіксії, фації лише умовно можна було поділити на центральну і периферійну зони. При цьому ширина периферійної зони складала $5,2 \pm 0,57\%$ від радіусу конкреції. Структура центральної зони в більшості випадків зберігала дрібнозернистий характер, але зустрічалися ділянки розриву фацій. 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, 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.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК

Прилуцька І.С., студент 5 курсу (ЛС-104)

Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.

*Сумський державний університет,
кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Вступ. Перебіг і результат захворювань нирок у дітей визначається не тільки тяжкістю ураження нирок, а й порушенням діяльності інших органів і систем. В останні роки все частіше обговорюються питання про збільшення частоти патологічних змін слизової оболонки гастроуденальної зони при патології нирок у дітей, що сприяють прогресуванню основного захворювання.

Однак літературні дані в основному стосуються хронічного перебігу захворювання і хронічній нирковій недостатності, тоді як стан гастроуденальної зони при гострому гломерулонефриті у дітей залишається недостатньо вивченим.

Метою нашого дослідження було вивчити стан слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки в залежності від клініко-морфологічних форм гломерулонефриту у дітей.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 27 дітей з різними клініко-морфологічними формами гломерулонефриту у віці 5-14 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні нефрології СОДКЛ.

У 11 з 27 відзначалася гостра форма гломерулонефриту (ГГН), а у решти 16 - хронічний гломерулонефрит (ХГН).

Поряд зі звичайним клініко-лабораторним дослідженням всім хворим проводилась езофагогастроуденоскопія.

Результати. Ендоскопія верхніх відділів травного тракту у всіх дітей виявило поєднане ураження шлунку і дванадцятипалої кишки у вигляді гастродуоденіту, однак при ГГН переважали поверхневі катаральні і ерозійні явища, тоді як при ХГН - ерозійні та катаральні явища спостерігалися на тлі атрофії або субатрофії слизової оболонки.

Висновок. Таким чином, нами виявлено певний взаємозв'язок між характером патологічних змін слизової гастродуоденальної зони і різними клініко-морфологічними формами перебігу гломерулонефриту у дітей.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ

Товстенко Н. В. – магістр кафедри сімейної та соціальної медицини, Рибалко Л.В. – студентка 6-го курсу, Плахута В.А. – асистент кафедри педіатрії ПО

Науковий керівник – проф., д.м.н. Сміян О.І.

СумДУ, кафедра педіатрії ПО з курсами ПП та ДІ

Метою нашої роботи було вивчення клінічних особливостей перебігу НП у дітей раннього віку з ТМ.

Для досягнення поставленої цілі нами було обстежено 42 пацієнта віком до 3х років, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні № 1 КУ "Сумська Дитяча Клінічна Лікарня Св. Зінаїди".

У ході роботи було встановлено, що діти раннього віку потрапляли до лікувального закладу в середньому на 4 добу від початку захворювання. При госпіталізації хворі мали прояви риніту, назофарингіту, кон'юнктивіту та трахеїту.

Клінічна картина НП з тимомегалією характеризувалась субфебрильною температурою у 31 (74,47%) дитини, малопродуктивним кашлем – у 20 (48,94%) пацієнтів, а у 4 (9,42%) обстежених супроводжувалася нежиттю, задишкою - у 19 (45,0%) хворих, в'ялістю, слабкістю – у 8 (19,92%) дітей, зниженням апетиту в 7 (17,40%) випадках. При об'єктивному обстеженні пацієнтів, під час перкусії виявлено притуплення легеневого звуку для ділянками ураження – у 19 (45,70 %) дітей; аускультативно – жорстке дихання у 41 (97,35 %) хворого та сухі свистячі розсіяні хрипи у 16 (39,07 %) обстежених, різнокаліберні вологі хрипи – у 29 (68,87 %) випадків, участь допоміжної мускулатури в диханні визначалась у 5 (11,92 %), а прояви дихальної недостатності визначалися у 40 (95,78%) хворих дітей 0-I ступеню.

Таким чином, НП на фоні тимомегалії у дітей раннього віку дебютує з симптомами риніту, трахеїту та перебігає на фоні субфебрильної температури. А також характеризується малопродуктивним вологим або сухим кашлем, нежиттю, задишкою, слабкістю, зниженням апетиту. При обстеженні перкуторно над легеневим полем визначається притуплення звуку над ділянками ураження, аускультативно – жорстке дихання з хрипами.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

*Романюк О.К., Зьобра Ю.С. - студентка ЛС- 203, Кригіна М.І. - лікар
Сумський державний університет,
кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ,
дерматологічне відділення «СМКДЛ»*

Мета дослідження: оцінити ефективність зовнішньої терапії без застосування топічних глюкокортикоїдів.

Зміст роботи. Під спостереженням знаходилися 44 дитини віком від 6 місяців до 6 років з проявами загострення перебігу АД. Загалом серед дітей лікувалось 27 хлопчиків, що становило 61% та 17 дівчаток – відповідно 39%. Діти були поділені на дві групи. I група – діти раннього віку (до 3-х років) кількістю 21 дитина. В II групі були зосереджені діти переддошкільного віку (3-6 років) кількістю 23 дитини. За гендерною характеристикою в I групі кількість дівчаток та хлопчиків була практично однаковою відповідно 52% та 48% , в II групі переважали хлопчики на 52% ($p \leq 0,01$). За характером вигодовування першого року життя в обох групах переважало грудне вигодовування, що складало значну більшість випадків ($> 60\%$), та прояви atopії у сім'ї зустрічалися в обох групах: відповідно у 57% випадків у першій та 56,5 % у другій групах. У жодному випадку загострення не було пов'язане із порушенням дієти. Оцінювалась швидкість зменшення інтенсивності об'єктивних ознак загострення (еритеми, набряку, мокнуття) та суб'єктивних ознак (скарги на свербіж, порушення сну за 10-бальною шкалою згідно із середніми цифрами за останні 3 ночі). За результатами спостережень об'єктивні симптоми інтенсивності алергічного запального процесу такі як еритема, мокнуття зникали достовірно ($p < 0,05$) раніше у пацієнтів які застосовували топічний блокатор кальциневрину. У I групі це спостерігалось на 8,62 день лікування, що на 0,2 дня ($p > 0,05$) пізніше дітей старшої групи. Суб'єктивні ознаки (скарги на свербіж, поганий сон) зникали практично одночасно у всіх підгрупах (на 2,2 – 2,3 день лікування).

Висновки : 1. АД у переддошкільному віці частіше зустрічається у хлопчиків. 2. Застосування топічного блокатора кальциневрину дає змогу достовірно раніше отримати позитивний ефект терапії. 3. Суб'єктивні ознаки інтенсивності прояву АД усувалися практично однаково як на фоні топічних глюкокортикостероїдів, так і топічного блокатору кальциневрину. 4. Переоцінена роль гіпоалергенного харчування у лікуванні дітей з АД.

СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ДІТЕЙ, ЯКІ БУЛИ НАРОДЖЕНІ ШЛЯХОМ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Сиромятнікова К.С.

Науковий керівник: проф., д.м.н. Сміян О.І.

*Сумський державний університет, Медичний Інститут
Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Метою дослідження було оцінити психоемоційні особливостей дітей, які народились шляхом кесаревого розтину (КР) у порівнянні з такими, які народились вагінальним шляхом (ВШ).

Вивчено основні анамнестичні дані, особливості неонатального періоду на основі аналізу 105 амбулаторних карт дітей Червоненської АЗПСМ та 110 амбулаторних карт дітей поліклініки Сумської обласної дитячої клінічної лікарні, народжених як ВШ, так і шляхом КР. Проведене опитування 215 дітей (відповідно до амбулаторних карт) за допомогою опитувальника KINDLR (діти та батьки), для оцінки за суб-шкалами: психологічне благополуччя (емоційна сфера) (ПсБ), самооцінка (Со), відносини з однолітками (ВО), відносини в школі (ВШ), відносини в сім'ї (ВС), які яскраво характеризують стан психоемоційної сфери, за шкалою від 0 до 100.

Пацієнти були сформовані у групи за віком: 5-6 років – 67 дітей (49,3 % - хлопчиків та 50,7 % дівчаток), 7-10 років – 80 дітей (51,3 %- хлопчиків та 48,7 % дівчаток), 11-13 років – 68 дітей (47,1 %- хлопчиків та 52,9 % дівчаток).

В підгрупі 5-6 років отримані наступні дані (ВП/КР): ПсБ - 79,84/73,01 ($p=0,001$); Со - 79,18/75,24 ($p>0,05$); ВО - 82,85/74,92 ($p=0,001$); ВШ - 80,46/83,32 ($p>0,05$); ВС - 76,67/78,6 ($p=0,001$). В підгрупі 7-10 років (ВП/КР): ПсБ - 82,07/78,48 ($p=0,05$); Со - 79,77/73,77 ($p=0,05$); ВО - 79,95/76,16 ($p=0,05$); ВШ - 81,61/75,66 ($p=0,001$); ВС - 80,87/80,25 ($p>0,05$). В підгрупі 11-13 років (ВП/КР): ПсБ - 84,12/81,61 ($p>0,05$); Со - 80,03/85,02 ($p=0,05$); ВО - 78,99/76,23 ($p>0,05$); ВШ - 83,52/83,65 ($p>0,05$); ВС - 82,68/81,05 ($p>0,05$).

Отже, наведені дані свідчать про помітний вплив методу розродження на психоемоційний стан вікової групи 5-6 років, а саме вищі показники ПсБ, ВО при ВП та не суттєво відмінні показники ВШ, ВС при КР; менш переконливий вплив на психоемоційний стан вікової групи 7-10 років - вищі ПсБ, Со, ВО, ВШ при ВП. У віковій групі 11-13 років суттєвих відмінностей не відмічено.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТІВ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА РОТАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ

К.О. Сміян-Горбунова, С.М Андрієнко, С.Д. Татаренко*, С.І. Кругляк*, М.О. Корнієнко**
Сумський державний університет

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП та ДД

**лікар Сумської міської дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди*

Метою нашого дослідження було визначення Cu, Fe, Zn, Mg, K, Ca, Na в сироватці крові у пацієнтів з ротавірусною інфекцією в гострому періоді захворювання.

Дослідження проводилося на базі Сумської міської дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди у 2015–2016 рр. Під спостереженням знаходилось 29 дітей хворих на ротавірусний гастроентерит та 14 практично здорових дітей. Визначення вмісту мікро- та макроелементів проводилося у гострий період захворювання (на 1–2 добу) за допомогою атомно-абсорбційного спектрофотометричного аналізатора С 115 – МІ з графітовим електротермічним атомним затором ГРАСФО – 1 (графіт - 5), (ВАТ „SELMI”, Україна) методом абсорбційної спектрофотометрії. Для статистичної обробки даних використовували комп'ютерну програму Microsoft Office Excel, що адаптована для медико-біологічних досліджень.

Гострий період захворювання у пацієнтів з ротавірусною інфекцією характеризувався підвищенням міді до $(19,90 \pm 0,36)$ мкмоль/л, порівнянно з аналогічним показником дітей групи порівняння $(11,22 \pm 0,36)$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Поряд із цим, у хворих дітей в сироватці крові знижувалися показники заліза, цинку та магнію і становили $(7,03 \pm 0,21)$ мкмоль/л, $(7,08 \pm 0,34)$ мкмоль/л та $(0,65 \pm 0,03)$ ммоль/л, тоді як рівень даних мікро- та макроелементів у практично здорових дітей був $(10,91 \pm 0,52)$ мкмоль/л, $(12,82 \pm 0,42)$ мкмоль/л та $(0,99 \pm 0,06)$ ммоль/л відповідно, ($p < 0,001$). Крім того, у пацієнтів при госпіталізації в сироватці крові визначалися: калій $(3,39 \pm 0,12)$ ммоль/л, кальцій $(1,86 \pm 0,05)$ ммоль/л та натрій $(132,48 \pm 1,92)$ ммоль/л, що були нижчі за аналогічні показники дітей контрольної групи $(4,14 \pm 0,14)$ ммоль/л, $(2,47 \pm 0,04)$ ммоль/л та $(143,36 \pm 2,04)$ ммоль/л відповідно ($p < 0,001$).

Отже, аналіз складу мікро- та макроелементів сироватки крові дітей, хворих на ротавірусну інфекцію показав наявність значного дизелементозу, що проявлявся зниженням вмісту цинку, калію, кальцію, натрію, магнію та заліза, а також гіперкупремією. Перспективним буде доповнення стандартних терапевтичних програм препаратами для корекції виявлених порушень.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СИНУСИТУ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПЛЕКСНОГО ГОМЕОПАТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ ТРАУМЕЛЬ С

Сміян О. І., д. мед. н., проф., Моцич О. П., д. мед. н., проф., Бинда Т. П., доцент, Смець О. М., лікар, Дичко М. М., магістрант, Кушніренко Л. А., лікар, Нагорна Л. Н., лікар Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій

КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди

Останніми роками в практику впроваджуються нові методи діагностики та лікування запальних захворювань навколоносових пазух, але синусити ускладнюють близько 5% інфекцій верхніх дихальних шляхів у дітей і у 10-15% дітей приймають хронічний перебіг. Тому вдосконалення лікування синуситів є важливим завданням, яке потребує вирішення.

Метою роботи було вивчення клінічної ефективності застосування гомеопатичного препарату Траумель С у терапії гострого синуситу в дітей шкільного віку.

Під спостереженням знаходилося 52 дітей з верифікованим діагнозом гострого синуситу, 25 з яких склали основну групу та отримували препарат Траумель С як доповнення до базисної терапії, а 27 дітей контрольної групи отримували лише базисну терапію. З метою комплексної оцінки активності запального процесу і ступеня прояву інтоксикації на основі показників клінічного аналізу крові розраховувався модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації Б. А. Рейса (ЛІІр).

ЛІІр у хворих на гострий синусит у динаміці хвороби поступово зменшувався: з $1,72 \pm 0,16$ умов. од. при госпіталізації до $1,05 \pm 0,11$ умов. од. на 7-й день обстеження і при виписці зі стаціонару у пацієнтів основної групи він був достовірно меншим ($1,01 \pm 0,07$ умов. од., $p < 0,05$), ніж при госпіталізації до стаціонару. У дітей контрольної групи даний показник мав лише тенденцію до зменшення ($1,58 \pm 0,72$ умов. од. і $1,07 \pm 0,13$ умов. од., $p > 0,05$) і навіть на 14-й день лікування ($1,05 \pm 0,11$ умов. од.) достовірно не відрізнявся від показника при госпіталізації ($p > 0,05$).

Отже, під дією антигомтоксичної терапії препаратом Траумель С відмічалася позитивна динаміка перебігу гострого синуситу в дітей.

ВПЛИВ ТРАУМЕЛЮ С НА ПРОТЕЇНОГРАМУ В ДІТЕЙ З ГОСТРИМ БРОНХІТОМ

Сміян О. І., д. мед. н., проф., Моцич О. П., д. мед. н., проф., Бинда Т. П., доцент, Бугаєнко В. О., лікар, Моїсеєнко К. А., магістрант, Охріменко Т. І., лікар Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій

КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди

На сьогоднішній день гострі хвороби органів дихання в дітей, незважаючи на значні досягнення в галузі сучасної медицини, продовжують займати перше місце в структурі дитячої захворюваності. Покращання наслідків гострого бронхіту в дітей, зменшення кількості ускладнень залежить від своєчасно призначеного та адекватного лікування. Відомо, що запальний процес у дихальних шляхах завершується не тільки усуненням причини, яка його викликала, а і потребує протизапальної терапії, що направлена на морфологічне та функціональне відновлення структур бронхолегеневої системи.

Метою роботи було вивчення впливу препарату Траумель С на перебіг гострого бронхіту, зокрема протеїнограму, в дітей.

Дослідження проводилося на базі інфекційного відділення №2 КУ «СМДКЛ Св. Зінаїди» як відкрите, порівняльне. У дослідженні прийняли участь 50 пацієнтів із верифікованим діагнозом гострого бронхіту. Діти були розділені на дві групи: 25 хворих (основна група), які на фоні традиційної терапії гострого бронхіту отримували лікування Траумелем С і група порівняння (25 дітей), які отримували тільки традиційне лікування.

При госпіталізації до стаціонару у хворих обох груп виявлялося підвищення рівня α_1 -глобулінів ($6,27 \pm 0,55\%$ і $6,29 \pm 0,98\%$), що свідчило про гостру фазу захворювання. На 7-й день лікування рівень даного показника знижувався ($5,94 \pm 0,53\%$ і $5,96 \pm 1,01\%$) і при

виписці зі стаціонару у хворих основної групи був достовірно нижчим, ніж при госпіталізації ($4,16 \pm 0,48\%$, $p < 0,05$), тоді як у дітей контрольної групи продовжував знижуватися, але достовірно не відрізнявся ($4,36 \pm 0,86\%$, $p > 0,05$).

Отже, отримані результати свідчать про те, що включення до комплексу лікування антигомтоксичного препарату Траумель С пришвидшує розрешення запального процесу.

СИНДРОМ ЗРИГУВАНЬ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Січненко П.І., доц.; Бугаєнко В.О., Куропятник Н.П., Хрін Н.В. - лікарі-педіатри,

Січненко Д.П. - студент 5 курсу, Загребельна А.О. - студентка 3 курсу

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій,

КУ "Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди"

Серед функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГР) найбільш часто зустрічаються відрижка та зригування – пасивне закидання невеликих кількостей молока із шлунку у ротову порожнину в поєднанні з відходженням повітря, що обумовлено анатомо – фізіологічними особливостями шлунково – кишкового тракту у ранньому віці (у дітей за рахунок більш розвинутого пілорічного відділу шлунку і відносної слабості кардіального відділу створюються умови для розвитку зворотного закидання їжі - регургітації). Вважається, що у дітей до 4 місяців життя зригування можуть спостерігатися у 60 – 70% здорових дітей, які при відсутності патології до року самостійно зникають. В той же час, у деяких дітей зригування можуть мати стійкий характер, що нерідко призводить до порушення функції шлунково – кишкового тракту і, як наслідок, до розвитку гіпотрофії чи інших патологічних станів.

З метою визначення ймовірних причин тривалих зригувань та розробки оптимальних шляхів покращання ефективності терапії нами проведено обстеження та лікування 54 дітей від 1 місяця до 1 року, що знаходились на лікуванні у інфекційному відділенні СМДКЛ «Святої Зінаїди» з приводу ГРВІ і з вираженими клінічними проявами ФГР. До терапевтичних заходів, поряд з призначенням протокольного лікування ГРВІ та ФГР 29 дітям додатково призначали прокінетичний препарат «Домлід», який застосовували у вигляді суспензії по 0,25 мг (0,25 мл) на 1 кг маси тіла тричі на добу впродовж 7 діб.

Результати показали, що практично у всіх обстежених дітей виявлено несприятливий анамнез. Найбільш часто зустрічались гестози, недоношеність, асфіксія при народженні, затяжний перебіг жовтяниці. У 90% (49) дітей діагностовано гіпоксично – травматичні ураження ЦНС, клінічні прояви рахіту відмічались у 26% (14) дітей. 15% (8) дітей мали встановлену дефіцитну анемію різного ступеню тяжкості. Прояви атопічного дерматиту, тимомегалії зустрічались у 6 дітей. Комбінована патологія виявлена у більш ніж 50% обстежених пацієнтів. На фоні лікування, у групі дітей, які отримували «Домлід» відмічався більш виражений клінічний ефект – на 5 добу у 20 дітей зригування не відмічались взагалі і у 9 дітей відзначалось клінічне покращення симптомів. У дітей 2 групи симптоматика ФГР значно зменшилась у 15 (60%) дітей, у 5 (20%) проявів зригування не спостерігалось, в той же час у 9 дітей (36%) частота зригувань не зменшилась. Інтенсивність клінічних проявів ГРВІ зменшувалась пропорційно інтенсивності проявів ФГР, що також має важливе значення в плануванні терапевтичної тактики у дітей при ГРВІ з ФГР.

Таким чином, одержані дані дозволяють рекомендувати включати прокінетичні засоби до комплексної терапії у дітей, хворих на ГРВІ, у яких спостерігається ФГР.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ БУДИНКУ ДИТИНИ

Н.О. Ситник, І.І. Андрієвський

Л.Д. Коцур, к.м.н., доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Актуальність: Серед причин інвалідності дітей, за останніми даними, вроджені вади розвитку займають перше місце. На сьогодні точні дані про захворюваність і поширеність вроджених вад центральної нервової системи (ЦНС) в Україні відсутні. За даними ВООЗ (2004) у світі щорічно народжується 4-5 % дітей з вродженими вадами розвитку (ВВР), серед яких 25-30 % - із вадами розвитку ЦНС. За цих умов особливої актуальності набуває вивчення методів реабілітації таких хворих.

Мета: Вивчення структури вроджених вад розвитку ЦНС у дітей та методів їх реабілітації в умовах стаціонару Вінницького обласного спеціалізованого будинку дитини.

Матеріали та методи: На базі ВОСБД нами було оглянуто 15 дітей-інвалідів віком від 2 до 9 років з вадами розвитку ЦНС (4 дівчинки і 11 хлопчиків). Нами було проаналізовано карти стаціонарного хворого та листи призначення дітей-інвалідів з методами реабілітації.

Результати: В структурі захворюваності обстежених дітей-інвалідів переважають вади розвитку ЦНС, а саме мікроцефалія - 40 % (6 хворих), гідроцефалія – 26,7% (4 хворих), агенезія мозолистого тіла з полімікрогірією – 20% (3 хворих). За останні роки спостерігається тенденція до зростання дитячої інвалідності (в 2013 р – 23 хворих, 2014 – 25, 2015 – 31 дитина). Комплекс медико-фізичної реабілітації включає в себе всі види масажу, лікувальну фізичну культуру та кондуктивну педагогіку, логопедичну корекцію, фізіотерапевтичні процедури, а також симптоматичну медикаментозну терапію.

Висновки: Вроджені вади розвитку нервової системи не підлягають хірургічній корекції та медикаментозній терапії і тому є причиною інвалідності дитини. Поширеність вроджених аномалій серед дітей регіону за останні роки має тенденцію до збільшення. Медико-фізичні заходи забезпечують дітям новий функціональний стан в організмі, що проявляється в нормалізації м'язового тону, у відновленні симетрії тіла, рухів кінцівок і відкриває можливості для моторного, психо-соціального і мовного розвитку дитини.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЄЮ ДО БІЛКА КОРОВ'ЯЧОГО МОЛОКА

Н.О.Ситник, Л.Д. Коцур, к.мед.н., доцент

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність: Проблема алергічних захворювань у дітей протягом останніх десятиліть набула масштабів глобальної медико-соціальної проблеми. Харчова алергія у дітей раннього віку переважно представлена реакціями на один або декілька білків коров'ячого молока (БКМ).

Мета: Виявлення клінічних проявів алергії до білка коров'ячого молока у дітей першого року життя та ефективність елімінаційної дієтотерапії.

Матеріали та методи: Нами обстежено 22 дитини віком від 1 міс. до року. Всі діти мали легкий та середній ступінь перебігу атопічного дерматиту. На грудному вигодовуванні було 11 дітей (група №1) і протягом одного місяця матері цих дітей знаходились на елімінаційній дієті; 11 дітям (група №2), що знаходились на штучному вигодовуванні, була призначена на 1 міс. гіпоалергенна суміш з глибоким гідролізом білка.

Результати: За клініко-анамнестичними даними всі діти народились доношеними, більшість з них (91%) були прикладені до грудей матері в першу годину життя. У 90,5% дітей обтяжений спадковий алергологічний анамнез. У всіх дітей з місячного віку відмічались шкірні прояви алергії, крім того у чотирьох були гастроінтестинальні симптоми. У 71% дітей специфічний IgE до БКМ значно вищий вікової норми. Діти отримували в якості

лікувальної суміші кисломолочну або гіпоалергенну з частковим гідролізом білка, із раціону матері не виключались молоко та молочні продукти. На тлі призначеної елімінаційної дієти для матерів дітей 1 групи, суміші з глибоким гідролізом білка для дітей групи №2 після 10 днів лікування відмічалась позитивна динаміка шкірних та шлунково-кишкових симптомів. Висновки: Харчова алергія у дітей раннього віку найчастіше виникає у відповідь на вживання БКМ. Дітям грудного віку із обтяженою алергологічною спадковістю слід рекомендувати грудне вигодовування з обмеженням в раціоні матері БКМ. При змішаному або штучному вигодовуванні немовлятам показані гіпоалергенні суміші на основі гідролізату білка.

ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Н.О. Ситник, Т.Л. Процюк (д.мед.н., доц.)

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра педіатрії №1*

Актуальність: Бронхіальна астма - глобальна проблема сучасної цивілізації. Дефіцит вітаміну D3 – фактор, що може впливати на тяжкість перебігу цього захворювання.

Мета: Встановити вплив рівня вітаміну D сироватки крові на перебіг БА у поєднанні із метаболічним синдромом(МС).

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 46 пацієнтів хворих на БА. З них 32 пацієнта з діагнозом БА у поєднанні із МС, 14 пацієнтів з БА без МС. Група контролю становила 24 особи. Тяжкість БА, фенотип, ступінь контролю оцінювалися за критеріями GINA 2011.

Результати: Інтермітуюча БА була діагностована у 13% пацієнтів, легкого ступеня тяжкості – 39%, середнього ступеня тяжкості – 39%, тяжка БА – 9%. За фенотипом 39% пацієнтів мали алергічну БА, 26% - змішану, 35% - не алергічну. У групі пацієнтів з БА у поєднанні із МС і БА без МС було виявлено 32% пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, 42% з недостатністю вітаміну D і в 26% випадків з достатнім вмістом вітаміну D. В групі контролю – 33% пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, 9% с недостатністю, 58% з достатнім вмістом вітаміну D. При інтермітуючій БА рівень вітаміну D становив $20,15 \pm 4,07$ нг/мл, при легкому ступені тяжкості БА – $19,30 \pm 6,29$ нг/мл; середнього ступеня тяжкості БА – $15,5 \pm 3,8$ нг/мл; тяжкій БА - $14,89 \pm 6,55$ нг/мл. У групі БА у поєднанні із МС і БА без МС рівень вітаміну D був достовірно знижений у пацієнтів з неконтрольованою БА. Нами було встановлено, що у пацієнтів з дефіцитом вітаміну D неконтрольована БА діагностувалась в 4 рази частіше. При дослідженні у контрольній групі пацієнтів середній показник концентрації вітаміну D був достовірно вище, ніж у групах БА у поєднанні із МС і БА без МС. У групі пацієнтів з рівнем вітаміну D нижче 20 нг/мл, ІМТ був достовірно вище, ніж в групі пацієнтів з рівнем вітаміну D вище 20 нг/мл.

Висновки: Рівень вітаміну D статистично значимо залежить від коморбідності стану, а його дефіцит може виступати одним із факторів ризику розвитку БА і МС, а також впливати на тяжкість перебігу БА та МС.

КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ РОЗВИТКУ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

Тарасова І.В., Касян С.М., Свириденко Л.Ю.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Метою нашої роботи було розробити прогноз розвитку дитячого церебрального паралічу у дітей, які перенесли гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС.

Серед багатьох методів оцінки значущості основних факторів ризику виникнення ДЦП обрано статистичний метод прогнозування Вальда-Генкіна. Для оцінки факторів ризику розвитку ДЦП було визначено перспективність використання алгоритму розпізнавання

ознак, виявлення їх діагностичної інформативності, ранжування за їх диференційною інформативністю та формування діагностичних таблиць.

Для створення прогностичного алгоритму використані предикторські властивості мікроелементного гомеостазу (вміст Co, Ni та Pb у біосередовищах новонароджених та їх матерів), клініко-анамнестичні дані (наявність передчасного відшарування плаценти та пологи шляхом кесарового розтину, характер клінічного синдрому ураження ЦНС у гострому періоді, характер патологічних змін на НСГ, стан матеріального становища, наявність ЗВУР, наявність професійних шкідливостей та шкідливих звичок (вживання алкоголю, тютюнопаління) у матері, стать новонародженого, оцінка за шкалою Апгар на 1-й та на 5-й хвилині у балах, наявність обвиття пуповиною навколо шиї плода, наявність гестозу другої половини вагітності, кількість пологів, вік матері, кількість вагітностей, наявність кольпіту у матері під час вагітності, кількість абортів, тривалість ШВЛ).

Для кожного із факторів ризику, що аналізувалися розраховано прогностичний коефіцієнт (ПК) та індекс інформативності (І).

Величина прогностичної значимості показників алгоритму була наступною: мікроелементози ($\bar{I}=15,0$, $ПК=+16,1$), передчасне відшарування плаценти ($\bar{I}=6,50$, $ПК=+14,5$), ХФПН ($\bar{I}=5,35$, $ПК=+10,4$), синдром гострого періоду ($\bar{I}=5,0$, $ПК=+9,4$), патологічні зміни на НСГ ($\bar{I}=4,65$, $ПК=+9,0$), низький рівень матеріального становища та нутрієнтна недостатність ($\bar{I}=4,35$, $ПК=+7,5$), ЗВУР ($\bar{I}=4,0$, $ПК=+4,50$), професійні шкідливості ($\bar{I}=3,5$, $ПК=+6,5$). З восьмого по п'ятнадцяте місце займають ознаки з індексом інформативності від 2,90 до 0,35.

ПРЕДИКТОРСЬКІ ВЛАСТИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У РОЗВИТКУ ПОСТГІПОКСИЧНОЇ КАРДІОПАТІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Тарасова І.В., Панасовська К.О., студентка 6 курсу

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Перинатальні гіпоксичні ураження ЦНС займають друге місце в структурі перинатальної захворюваності та смертності. Одним із проявів перинатальної гіпоксії є розвиток гіпоксичного ураження серцево-судинної системи, який зустрічається у 40-70% новонароджених. Мікроелементи (МЕ) забезпечують перебіг біологічних реакцій у серці. Тому метою роботи було вивчення предикторських властивостей мікроелементного гомеостазу для прогнозу постгіпоксичної кардіопатії новонароджених.

Вивченню підлягало 85 доношених новонароджених із перинатальними гіпоксичними ураженнями ЦНС, які були розподілені на групи: 1-а (n = 30), в якій на 14-у добу життя сформувалась постгіпоксична кардіопатія; 2-а (n = 55) - у новонароджених якої не виявлена дана патологія.

Як статистичний метод була використана неоднорідна послідовна процедура Вальда-Генкіна.

Розрахунок інформативності для МЕ у сироватці крові показав, що для всіх МЕ існує висока прогностична інформативність: від $I=7,10$ для Cu до $I=16,50$ для Fe. На користь розвитку кардіопатії свідчили вміст Fe ($\geq 18,59$ мкмоль/л), Co ($\geq 3,01$ мкмоль/л), Cu ($\geq 0,91$ мкмоль/л), Mn ($\geq 5,1$ мкмоль/л), Zn ($\geq 17,1$ мкмоль/л) та Cr (18,1-20,0 мкмоль/л). Для прогностичної цінності вмісту МЕ в еритроцитах, дуже високі предикторські властивості встановлені для Cu ($I=6,40$) та Co ($I=6,24$). Інші МЕ виявили високу інформативність. Критеріями прогнозу розвитку кардіопатії були вміст в еритроцитах Cu $\geq 0,26$ мкг/мг попелу, Co $\geq 0,61$ мкг/мг попелу, Fe $\geq 10,91$ мкг/мг попелу, Cr $\leq 0,06$ мкг/мг попелу та Zn \geq мкг/мг попелу. Відносно вмісту МЕ в сечі всі ознаки мали високу прогностичну значимість, яка коливалась від $I=5,82$ для Zn та $I=1,96$ для Fe. На користь розвитку кардіопатії свідчать вміст у сечі Zn $\leq 1,50$ мкмоль/л, Cu $\leq 5,5$ мкмоль/л, Cr $\geq 6,01$ мкмоль/л, Mn $\leq 4,0$ мкмоль/л, Co $\leq 0,40$ мкмоль/л та Fe $\leq 1,0$ мкмоль/л.

Неінвазивний метод визначення вмісту МЕ в сечі доцільно використовувати для прогнозування зазначеної патології, оскільки він має дуже високу прогностичну інформативність ($I=11,09$).

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФЕРОКІНЕТИКИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ткач Б.Н., Недоступ І.С.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Метою нашого дослідження було вивчення клінічних та лабораторних показників сидеропенії при ХЗГДЗ у дітей шкільного віку.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 46 дітей шкільного віку, яких поділили на 2 групи. Першу групу склали 26 дітей з анемією I та II ступеня, другу - 20 дітей з нормальним показником гемоглобіну. Групу контролю склали 24 практично здорові дитини. Комплексне клініко-параклінічне обстеження проводили згідно затверджених протоколів. У 6 хворих діагностовано виразкову хворобу цибулини 12-палої кишки, у 28 - хронічний гастродуоденіт (ХГД), у 10 - ХГД, поєднаний з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою і у 2 хворих діагностовано хронічний гастрит. Визначали вміст сироваткового заліза (СЗ) і феритину та насиченість трансферину залізом (НТЗ).

Результати дослідження та їх обговорення. Скарги і клінічні ознаки у більшості хворих характеризувались поєднанням таких основних синдромів: диспепсичного (93,7% хворих), больового (92,9% хворих) та астено-вегетативного (61,8% хворих). Ознаки сидеропенічного синдрому відмічені у 63,9% пацієнтів, на який вказували: блідість шкіри та видимих слизових оболонок, склери з голубим відтінком, тьмяність волосся, ламкість волосся і нігтів, сухість шкіри, ангулярний стоматит, бітурія, наявність функціональних шумів у серці, зміна харчової поведінки та інші. У 71,5% дітей першої групи діагностовано дефіцитну анемію легкого ступеня (зниження Нb до 90 г/л), у 28,5% - анемію середнього ступеня (Нb 70-89 г/л). У 61,9% були ознаки пограничного з анемією стану (Нb < 120 г/л, зниження СЗ, феритину). У хворих на ХГДЗ 2 групи вміст СЗ мав тенденцію до зниження, концентрація феритину була підвищеною в порівнянні зі здоровими дітьми (56 ± 18 мкг/л, $p < 0,01$), а НТЗ - зниженою ($0,195 \pm 0,014$ ум.од., $p < 0,01$).

Висновки. У періоді загострення у дітей з ХГДЗ необхідно визначати основні показники ферокінетики і при виявленні її порушень слід проводити корекцію залізодефіциту: призначення залізовмісних препаратів у поєднанні з дієтотерапією.

ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ ЗРОСТУ У ДІТЕЙ

Ткаченко В.С.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Частота звернень пацієнтів до ендокринологів у зв'язку з низькорослістю займає третє місце після патології щитовидної залози та ожиріння. Серед дітей, які відстають у зрості від однолітків, близько 20% мають затримку росту ендокринного генезу. Низькорослість часто призводить до порушення психологічної адаптації та соціальної депривації дитини.

Мета роботи - поліпшення якості діагностики затримки зросту у дітей з метою розробки ефективних заходів щодо їх ведення та лікування.

Був проведений ретроспективний аналіз 75 історій захворювань дітей, що знаходилися на стаціонарному лікуванні, а також вивчалися випадки поточних госпіталізацій 25 дітей з основним або супутнім діагнозом «Затримка зросту». Методи дослідження включали як загальноклінічні, так і лабораторно-інструментальні. Зокрема, для підтвердження гіпофізарного нанізму використовувалися стимуляційні тести з клофеліном, інсуліном і визначення кісткового віку.

Зі 100 проаналізованих випадків діагноз гіпофізарного нанізму (ідіопатичний дефіцит гормону росту) встановлений у 8 дітей. Ступінь затримки зросту у всіх дітей перебувала в діапазоні нижче 3 центіля, що відповідало визначенню «нанізму». Діагноз соматогенного субнанізму був встановлений в 24 спостереженнях. У всіх випадках тяжкість основного захворювання корелювала зі ступенем низькорослості, яка, однак, не перевищувала діапазону 3 центіля. В інших проаналізованих випадках, після виключення гіпофізарного і

соматогенного нанізму, був діагностований сімейний або сімейно-конституціональний характер затримки росту.

Отже, затримка зросту у дітей є проявом ряду захворювань, як ендокринного, так і соматичного генезу. Їх диференціація дозволяє визначити правильну тактику лікування і спостереження пацієнтів.

ДИНАМІКА МІКРОЕКОЛОГІЇ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРАПІЇ

Ушкаленко А.О., студентка 6-го курсу, Мельник Л.І., студентка 4-го курсу, Черток В.С., студент 5-го курсу, Сміян О.І, д.мед., професор, Мозгова Ю.А., к.мед.н., асистент, Горбась В.А., к.мед.н., доцент

Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Проблема хронічного тонзиліту протягом багатьох десятиріч залишається актуальною у практиці педіатрів. У захисті мигдаликів, ротової порожнини, носоглотки від заселення патогенною мікрофлорою має значення стан колонізаційної резистентності, який значно порушується у хворих на гострий або хронічний тонзиліт.

Метою дослідження було вивчення особливостей мікроекології ротової порожнини та товстої кишки у дітей, хворих на хронічний тонзиліт.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 63 дитини віком від 13 до 17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу хронічного тонзиліту в Сумській міській дитячій клінічній лікарні, з них – основну групу I склали 38 хворих, які отримували стандартне лікування, групу II – 25 пацієнтів, терапія яких була доповнена синбіотичним препаратом. Для вивчення складу мікрофлори ротоглотки використовували бактеріологічне дослідження.

Результати досліджень. При бактеріологічному дослідженні мікрофлори ротоглотки хворих дітей переважно виділялась стрептококова мікрофлора (*Streptococcus pyogenes* – (19,05±4,99) %, *Streptococcus mitis* – (11,11±3,99) %, *Streptococcus pneumoniae* – (1,59±1,59) %), і стафілококова (*Staphilococcus aureus*) – у (17,46±4,82) % хворих. Аналіз мікрофлори ротоглотки хворих на хронічний тонзиліт залежно від терапії показав достовірне зниження частоти виділення *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus mitis* та *Staphilococcus aureus* серед пацієнтів, які отримували лікування синбіотичним препаратом (група II), тоді як на тлі стандартного лікування (група I) динаміки складу мікрофлори не спостерігалось.

Таким чином, виявлені зміни мікрофлори ротової порожнини можуть бути одним із факторів, що сприяють формуванню хронічного вогнища інфекції у мигдаликах і розвитку тонзилітогенних процесів у організмі. Поряд з цим, позитивний вплив синбіотичного препарату проявлявся у покращанні складу мікрофлори ротоглотки у вигляді зменшення частоти виділення стрептококової та стафілококової флори, що необхідно враховувати при виборі раціональної терапії дітей, хворих на хронічний тонзиліт.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Шарова О.В.

Науковий керівник – д. мед. н., професор Попов С.В.

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Вегетативна дисфункція – одне з найбільш поширених захворювань, що діагностують у 20-29% дітей і супроводжується симптомами церебральної гіперперфузії. Ушкодження шийного відділу хребта сприяють ішемії хребцевих артерій, і як наслідок ішемії мозку. Остеопатична корекція як один з поширених методів нетрадиційної медицини використовується у багатьох країнах світу для лікування функціональних проблем шиї.

Метою дослідження було вивчити вплив остеопатичної корекції на вегетативну реактивність хворих з метою зменшення симптоматики та покращення якості життя.

Усього було досліджено 59 дітей віком з 9 до 17 років з діагнозом ВСД за змішаним типом. У контрольну групу (29) увійшли діти, що отримували стандартну терапію. В основну групу (30) увійшли діти, котрим на фоні стандартної терапії проводили остеопатичну корекцію постави (механічний зв'язок по Шофурі та активація точок Чапмана). До і після лікування проводилася кліноортостатична проба (КОП) та фіксувалися скарги пацієнтів.

Середній вік дітей становив 14,5 років. Після проведення корекції систолічний артеріальний тиск (АТ) (САТ) та пульсовий АТ (ПАТ) на 1-2 хвилині ортоположення підвищувалися ($p < 0,05$), а частота серцевих скорочень (ЧСС) була нижче ($p < 0,05$), ніж у контрольній групі. У кліноположенні діастолічний АТ (ДАТ) ($p < 0,05$) знижувався. В основній групі значне зниження симптоматики спостерігалось на 3 день лікування. У контрольній – на 10 день.

Підвищення САТ, ПАТ та зменшення наростання ЧСС на перших хвилинах ортоположення в основній групі пов'язано зі збільшенням фракції викиду серця і централізацією кровообігу. Зниження ДАТ у кліноположенні – зі зменшенням загального периферичного опору судин. Це свідчить про покращення взаємодії симпатичної (СНС) та парасимпатичної нервової системи, котре відобразилося у більш швидкому зменшенні скарг пацієнтів.

Таким чином, остеопатична корекція постави покращувала якість життя та вегетативну реакцію на зміну положення тіла, що може бути показанням для використання цього методу у дітей з ВСД за змішаним типом.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ПЕРЕДЧАСНО

Школьна І.І., аспірант

Науковий керівник - д.м.н., професор В.Е. Маркевич

СумДУ, медичний інститут, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Під клінічним спостереженням знаходилося 71 недоношених новонароджених та 65 їх матерів. Першу групу склали 22 (31%) дітей, народжених у термін гестації 35-37 тижнів, до другої групи увійшли 21 (29,6%) новонароджений строком гестації 32-34 тижня, третю групу склали 16 (22,5%) дітей, народжених у 29-31 гестаційний тиждень і до четвертої групи увійшли 12 (16,9%) немовлят, що народились в строк гестації 24 - 28 тижнів.

Середня маса тіла та зріст становили $2459,09 \pm 76,3$ г та $46,41 \pm 0,4$ см у першій групі, $2085,71 \pm 0,65$ г та $45 \pm 0,38$ см у другій групі, $1661,9 \pm 67,9$ г та $42,38 \pm 0,42$ см у третій групі, $987,5 \pm 87,3$ г та $37,08 \pm 1,36$ см у четвертій групі.

У перебігу вагітності матерів I групи гестаційні набряки спостерігались у 2 породіль (10%), загроза переривання вагітності - у 4 вагітних (20%).

У перебігу вагітності жінок II групи фетоплацентарна недостатність спостерігалась у 2 жінок (11,1%), гестаційні набряки - у 2 вагітних (11,1%), загроза переривання вагітності - у 8 породіль (44,4%).

У перебігу вагітності породіль III групи фетоплацентарна недостатність спостерігалась у 4 жінок (26,67%), загроза переривання вагітності - у 1 вагітної (6,67%).

У перебігу вагітності матерів IV групи фетоплацентарна недостатність спостерігалась у 1 жінки (8,33%;) гестаційні набряки - у 1 породілі (8,33%), загроза переривання вагітності - у 3 вагітних (25%).

Анемія вагітних була діагностована у 6 жінок (30%) першої групи, у 6 матерів (33,3%) другої, у 8 породіль (53,3%) третьої групи та 3 жінок (25%) четвертої групи.

Вищенаведені дані свідчать, що серед жінок з передчасними пологами був досить високий відсоток ускладненого перебігу вагітності, а саме у 30% породіль I групи, у 66,6% матерів II групи, у 33,34% жінок III групи та у 41,66% матерів IV групи. Несприятливим є те, що 30% жінок I групи, 33,3% матерів II групи, 53,3% породіль III групи та 25% жінок IV групи мали анемію вагітних.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ЗДОРОВИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Школьна І.І., аспірант, Ганін Д.В. студент 5 курсу

Науковий керівник - д.м.н., професор В.Е. Маркевич

СумДУ, медичний інститут, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Під клінічним спостереженням знаходилось 33 новонароджених та їх матерів. Середній вік матерів склав $27,3 \pm 0,89$ років. Вищу освіту мали 21 жінка (63,6%), середню – 12 (36,4%). Близько 97 % породіль перебували у шлюбі. Під час вагітності 66,7% жінок та 60,1% їх чоловіків були працевлаштовані.

У 4 жінок (12,12%) дана вагітність була четвертою, у 7 жінок (21,21%) - другою, 22 жінки (66,67%) завагітніли вперше. Встановлено, що 25 матерів (75,76%) народжували вперше, для 6 (18,18%) жінок пологи були другими, у 1 жінки (3,03%) – третіми, четверті пологи були у 1 жінки (3,03%). Медичні аборти в анамнезі мали 5 жінок, що становить 15%. Аналіз антропометричних даних породіль, а саме середня маса тіла, зріст та індекс маси тіла (ІМТ) становили $62,61 \pm 1,63$ кг, $165,54 \pm 1,05$ см та $23,02 \pm 0,56$ відповідно. У перебігу вагітності фетоплацентарна недостатність спостерігалась у 2 жінок (6%), гестаційні набряки - у 7 породіль (21,21%), загроза переривання вагітності - у 4 вагітних (12,12%). За даними ультразвукової діагностики, багатоводдя, гіперплазія плаценти та аномально низька плацентажія значились у 3 (9%), 4 (12,12%) та 2 (6%) жінок відповідно. Досить високим був відсоток матерів, які не були обстежені на TORCH-інфекції (72,7%). Решта 27,3% матерів мали негативний результат. Переданемічний стан під час вагітності спостерігався у 3 жінок (9%), у 14 (42,42%) жінок діагностовано анемію вагітних.

Через природні пологові шляхи народжено 22 (66,7%) малюка, решта 11 дітей – шляхом кесарського розтину (33,3%). Всі діти групи здорових новонароджених були народжені від одноплідної вагітності. Серед новонароджених малюків переважали хлопчики – 19 (57,58%) на противагу дівчаткам – 14 (42,42%). Середній гестаційний вік при народженні в групі здорових новонароджених становив $39 \pm 0,26$ тижня. Аналіз антропометричних даних групи здорових новонароджених встановив, що середня маса тіла і зріст склали $3522,9 \pm 76,2$ г та $50,5 \pm 0,96$ см відповідно.

Вищенаведені дані свідчать про те, що навіть серед жінок, що народили здорових новонароджених, 39,3 % мали ускладнений перебіг вагітності. За даними ультразвукової діагностики, патологічні відхилення були у 27,12% жінок цієї групи. Значним був відсоток (72,7%) жінок необстежених на TORCH-інфекції. Несприятливим є те, що 51,42% жінок мали анемію вагітних.

РОЛЬ ПЛАЦЕНТИ В ЗАХИСТІ ПЛОДА ВІД ТОКСИЧНОЇ ДІЇ СВИНЦЮ

Школьна І.І., аспірант, Лобода А.М., доцент

Науковий керівник - д.м.н., професор В.Е. Маркевич

СумДУ, медичний інститут, кафедра педіатрії з курсом медичної

Для плаценти характерний ряд функцій, що забезпечують проходження багатьох біологічних речовин до плода, а також функція бар'єру для певних речовин. За даними дослідників, вона може бути використана як маркер дії екологічних несприятливих факторів (G.V. Iyengar et.al., 2001, Monika Zadrozna et.al.; 2012).

Джерелом впливу свинцю є етилований бензин, забруднена свинцем вода, промислові викиди металу в повітря та етиловані фарби. Свинець проникає до організму людини через шлунково-кишковий тракт, дихальні шляхи і при контакті зі шкірою. Концентрація свинцю в крові відображає нещодавню його дію на організм, тоді як концентрація його в волоссі і кістках відображає хронічну токсичність. Абсорбція свинцю значно підвищується при дефіциті заліза, фосфору і кальцію в організмі. Свинець може зберігатися в кістках до десяти років. Активна його передача відбувається між кістками і кров'ю, особливо під час вагітності і лактації.

Забруднення свинцем під час вагітності збільшує ризик абортів, передчасних пологів і пренатальної смертності. Свинець пуповидної крові виступає в якості негативного

предиктора маси тіла, зросту та окружності голови при народженні. Концентрація свинцю 10-15 мкг/дл можуть викликати несприятливі результати розвитку плода. Було відмічено, що відкладення свинцю в плаценті відображають дію цього металу під час вагітності. Кількість свинцю, що накопичується в плаценті і передається до плода залежить від свинцевого навантаження на організм матері. Після Чорнобильської катастрофи, в більшості регіонів України рівень свинцю значно підвищився.

Плацента є тонким захисним бар'єром для плода. Середній вміст свинцю в крові вагітних жінок 0,09-0,18 мкг/дл, а в пуповинній крові - 0,12-0,22 мкг/дл. Низька бар'єрна функція плаценти, щодо свинця, пояснюється пасивною дифузією цього металу до плода. Токсична дія металу, у малюків раннього віку, проявляється гіперактивністю, анемією, уповільненням росту, зниженням інтелектуальних здібностей.

Виходячи з вищезазначеного, сучасною актуальною проблемою є дослідження токсичного впливу свинцю в системі мати-плацента-плід. Важливим є вивчення ролі свинцю як одного з токсичних факторів, що сприяє невиношуванню вагітності.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

*Попов С.В., Романова Т. А.**

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии ПО

**Белгородский Государственный Университет*

Вегетативная дисфункция является одним из наиболее частных патологических состояний детей школьного возраста. Отдельные ее формы могут быть связаны с изменением функционального уровня сердца. Диагностика особенностей последнего может являться важным фактором успешной терапии основного заболевания. Допплерэхокардиография является одним из главных методов оценки функции сердечно-сосудистой системы. Целью работы было изучение особенностей внутрисердечной гемодинамики у детей с вегетососудистой дистонией.

Было обследовано 65 детей школьного возраста с помощью доплерэхокардиографии по стандартным методикам. Исследование проводилось в условиях нахождения пациентов в стационаре. Определялись и рассчитывались основные показатели размеров камер, скоростные параметры на уровне клапанов, систолической и диастолической функции сердца.

Было выделено несколько типов отклонений в состоянии внутрисердечных параметров гемодинамики. Наиболее часто встречались отклонения в виде повышения скорости на уровне клапанов. Реже определялись признаки дисплазии в виде выявления аномально расположенных хорд или трабекул, пролапса митрального клапана 1 степени, изменений диаметра аорты. Сократительная способность миокарда находилась в пределах нормы. В то же время регистрировались отдельные эпизоды отклонения в диастолической функции.

Таким образом, для детей с вегетососудистой дистонией было характерным наличие изменений внутрисердечной гемодинамики, которые характеризовались гиперкинетическим синдромом и признаками дисплазии.

ИСХОДЫ ВЖК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1 ГОД

Редько Е.К., Камомеддин Усманов, Светлана Чепурная ст. V курса (125 гр.)

Сумский государственный университет

Кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики

Проведен анализ 30 карт детей возрастных групп от 0 до 1 года с (ВЖК) различного генеза (ВУИ, ГИЭ, билирубиновая энцефалопатия (БЭ), родовая травма(РТ)). Изучены заключения невролога. Характер ВЖК был оценен по данным УЗИ и СТ мозга. Изучалась симметричность поражения желудочковой системы, (5 групп) – 2-стор. симметр. ВЖК; 2-

стор. ВЖК <слева; 2-стор. ВЖК <справа; кровоизлияния только в правой и только в левый БЖ.

Результаты. В 68% случаев ВЖК имели 2-стор. хар-р, из них – в 33.3% наблюдалось 2-стор. поражение БЖ, <слева. Гипоксия и инфекция приводят к 2-стор. кровоизлияниям, <слева, РТ у доношенных чаще сочетается с 2-стор. кровоизлиянием, <справа; БЭ – с симметр. ВЖК - у 80%; ВУИ отмечается при симметричных и 2-стор. ВЖК, <справа (по 20%), но чаще (36%) встречаются <слева. Эти факты подтверждают более высокую резистентность левого полушария головного мозга к гипоксии. Раннее действие ПФ на плод чаще вызывает 2-стороннее кровоизлияние, <слева (42%), более позднее чаще приводит к симметр. и 2-стор. кровоизлияниям, <справа. С увеличением степени тяжести ВЖК увеличивается число случаев с симметр. кровоизлияниями (при ВЖКШ-36%) и кровоизлияниями, <справа (29%), уменьшается с расширением левого бокового желудочка. Определяющая сторона кровоизлияний имела связь с развитием гемипарезов на противоположной стороне, что было выявлено у 15,8% – 30% в возрасте 3-4 месяца. Наиболее благоприятные исходы отмечены в случаях с 2-стор. кровоизлиянием, <слева.

Выводы. 1. В большинстве случаев кровоизлияния имели 2-сторонний характер, чаще, <слева. 2. Раннее действие ПФ на плод чаще вызывает 2-стор. кровоизлияние, больше <слева, а позднее чаще приводит к симметр. и 2-сторонним кровоизлияниям, <справа. 3. Проявления ВЖК в виде развития гемипарезов на противоположной кровоизлиянию стороне составляют 15-30%. 4. 2-стор. кровоизлияния в желудочки, <слева, связаны с гипоксией и ВУИ. 5. 2-стор. симметричные кровоизлияния в результате БЭ, ВУИ и 2-стор. кровоизлияния, <справа, связаны с травмами и ВУИ и чаще проявляются в виде тяжелых ВЖК и неврологическим дефицитом.

ОСОБЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГИП ЦНС У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Редько Е.К., Юрченко А.П. (014 гр.), Усова М. А., (010 гр.) студ. VI к.

*Сумский государственный университет
Кафедра педиатрии с курсом мед. генетики*

Изучалась эффективность вариаций терапии ГИП ЦНС у недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ).

В исследование вошли 88 младенцев, рожденных с ОНМТ. Все они нуждались в проведении реанимации и интенсивной терапии с первых суток жизни. Дети были разделены на две группы: I – 45 детей, II – 43. Критерии формирования групп: отсутствие наследственных заболеваний, врожденных пороков развития, родовых травм. Проводилась НСГ на 2е, 5е, 10е, 20е сутки. При необходимости проводилось КТ головного мозга. Комплексная терапия включала респираторную, нутритивную поддержку, медикаментозное лечение. I группа: цитофлавин 0,5 мл/кг в/в капельно №10, затем кортексин 0,5 мг/кг в/м №10, затем пантогам 250 мг по ¼ таб. 2 раза в день 1 месяц. Группа II не получала цитофлавин. При появлении судорожного синдрома всем детям назначались антиконвульсанты.

Результаты и обсуждение. Необходимость в респираторной поддержке (РП) у детей из I группы составила 6 ± 3 суток, из II – 8 ± 4 . У всех детей отмечался синдром общего угнетения ЦНС. У детей I гр. длительность зондового питания составила 13 ± 5 дн., у II – 16 ± 4 . Судорожный синдром (СС) у детей I гр. у 22%, из II – 40%. Гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) отмечался в I гр. у 30%, во II у 44%. Синдром вегетовисцеральной дисфункции (ВВД) в I гр. у 62%, во II – у 81%. По данным НСГ, ПВЛ в обеих группах – 100%. При этом ВЖК в I гр. – у 33,3%, во II у 63%. Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре в обеих группах составила 51 ± 13 дней.

Выводы. Группа детей, которая получала цитофлавин, в РП нуждалась меньше в полтора раза; СС – в два раза реже, ГГС и ВВД на треть реже. ВЖК почти в два раза чаще встречались во II группе. Таким образом виден положительный эффект от применения

комплексной (с применением цитофлавина) схемы лечения недоношенных новорожденных детей, рожденных с ОНМТ.

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНЫХ УПРАЖНЕНИЙ, КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Столяренко Н.Н., Столяренко К.Н., Брода В.С.
Одесский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики педиатрии*

Целью данной работы является усовершенствование методики оценки работоспособности сердца при физических нагрузках и создание комплексов упражнений для повышения его резистентности к физическим нагрузкам детей младшего школьного возраста.

Для выполнения поставленных задач использовались ниже перечисленные методы исследования: анкетирование по системе «сбор анамнеза», ряд функциональных проб: проба Генча, Штанги, Руфье, модифицированная проба Мартинета.

В период времени с 1 июля по 25 августа 2015 года, на базе школьного летнего лагеря, обследовано 80 детей которые по данным поликлиники имели неудовлетворительные пробы Руфье (от 7 до 10 баллов), что соответствовало подготовительной группе относительно допустимых физических нагрузок на занятиях физической культуры. Данная группа детей прошла обследование по выше указанным пробам, что дало объективные данные о состоянии ССС обследуемых детей: проба Руфье — 30 детей – 7 баллов, 25 детей – 9 баллов, 20 – 10 баллов, 5 – 11 баллов. Относительно пробы Мартинета: 32 ребёнка – 6 баллов, 25 – 8 баллов, 22 – 9 баллов, 1 ребёнок – 10 баллов. При пробах Генча и Штанге отмечалась относительно постоянная динамика, которая не несла особой информативности относительно состояния сердечно-сосудистой системы у детей данной группы, но дала общую картину выносливости обследуемых детей, что позволило полноценно создать комплекс необходимых упражнений.

После выполнения обследуемой группой детей предложенного комплекса упражнений были получены следующие результаты: относительно пробы Руфье: 48 детей – 3 бала, 20 – 5 баллов, 12 детей – 6 баллов. Относительно пробы Мартинета: 45 детей – 2 бала, 18 – 5 баллов, 5 – 6 баллов, 12 – 7 баллов.

Комплекс предложенных упражнений даёт позитивную динамику в механизмах повышения резистентности ССС к физическим нагрузкам. А так же следует отметить, что модифицированная проба Мартинета позволяет ранние изменения на ЭКГ, что даёт возможность предвидеть адаптационные способности сердечно-сосудистой системы детей.

ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ СЕГОДНЯ

Фурса А.С.

Сумская областная детская клиническая больница

Дакриоциститы - частые воспалительные заболевания глаз у детей, особенно у новорожденных, с осложнениями - флегмона слезного мешка и орбиты, тромбофлебит орбитальных вен, тромбоз кавернозного синуса, сепсис, язва роговицы.

Проведен сравнительный анализ заболеваемости, методов и результатов лечения дакриоциститов новорожденных среди детей Сумской области в разные временные периоды (2015 г. и 2006 г.) с интервалом 10 лет.

Изучено 293 стационарных карты детей с дакриоциститом новорожденных (ДН), находившихся на стационарном лечении в СОДКБ в 2015 г. и 30 детей, пролеченных в 2006 г. Всем детям было проведено зондирование слезных путей.

Результаты. В 2015 г. количество детей с ДН в 9,8 раз превысило количество детей, пролеченных 10 лет назад (на фоне уменьшения рождаемости детей в 2015 г.). Увеличилось количество случаев двустороннего дакриоцистита - 10,5% в 2006 г., до 33,9% в 2015 г. В

2015 г. отмечалась более ранняя диагностика дакриоцистита новорожденных: в первые 3 месяца после рождения ДН диагностирован у 95,2% детей, 10 лет назад — у 43,3%.

Всем детям перед зондированием слезных путей амбулаторно проводились массаж слезного мешка и антибактериальная терапия в виде капель. Выраженный эффект данного лечения у этих детей отсутствовал. Всем детям было проведено зондирование носослезных путей. Большинству детей, как в 2015 г. (86,7%), так и в 2006 г. (51%), зондирование проведено в возрасте от 3 до 6 мес. Но, если в 2015 г. зондирование в возрасте от 6 мес. и старше проведено в 13,3% случаев, то в 2006 г. в 49%. Положительный эффект после однократного зондирования в 2015 г. отмечен у 85,4% детей, после двукратного — у 97,9%; после трехкратного — у 1,7%. В 2006 г. положительный эффект после однократного зондирования отмечен у 70% детей, после повторного у 26,7%, после трехкратного — у 3,3%. Отрицательных результатов зондирования не было.

Заключение. 1. В настоящее время отмечается увеличение случаев ДН (более раннее выявление в неонатальных отделениях СОДКБ и более своевременное обращение родителей за помощью). 2. Принципы лечения и исходы лечения дакриоцистита новорожденных с 10-летним временным интервалом существенно не отличались друг от друга.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПОДКОРКОВО - МОЗЖЕЧКОВОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОГО НАРУШЕНИЯ В-ОКИСЛЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕЙЕ – ПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ

Шахзадян Л.Г., Мелашич Е.А.

Научный руководитель - доцент Урываева М.К.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии № 1 и неонатологии. г. Харьков, Украина.

Нами представлен клинический случай развития подкорково-мозжечковой дегенерации на фоне врожденного нарушения В-окисления жирных кислот, осложнившийся Рейе-подобным синдромом, что было подтверждено морфологически. При изучении доступных источников литературы мы не встретили подобного сочетания, диагностированного прижизненно и подтвержденного морфологически.

Под нашим наблюдением находился ребенок А., 1 год 3 мес., поступивший в клинику впервые в возрасте 8 месяцев с проявлениями судорожного синдрома, генез которого уточнялся все время пребывания ребенка в клинике. Особенностью судорог у данного ребенка был гемиоклонический синдром, который характеризовался постоянными клонусами конечностей, не смотря на высокие дозы комбинированной противосудорожной терапии. Анамнез жизни отягощен, угроза прерывания в сроке гестации 32-33 недели, роды в срок со слабостью родовой деятельности, в родах - перелом ключицы. До 7 месяцев ребенок отставал в психомоторном развитии, впервые неврологическая симптоматика появилась после ОРВИ, что потребовало исключения нейроинфекции, проведения МРТ головного мозга, при которой диагностирована подкорково-мозжечковая дегенерация. Несмотря на проводимое лечение, течение заболевания носило прогрессивный характер, что дало возможность предполагать врожденное нарушение обмена, которое подтверждено в МГЦ г. Харькова и типировано как нарушение обмена В-окисления жирных кислот. Ребенок в течение 5 месяцев постоянно находился под наблюдением врачей, однако, наложение вирусного заболевания привело к метаболической катастрофе в виде угнетения функции ЦНС, миоклонических судорог, носивших непрерывный характер, не поддающихся медикаментозной коррекции и появления прогрессирующего нарушения функции печени в виде цитолиза (превышение до 10 норм), гипербилирубинемии за счет прямой фракции и гипопропротеинемии (вирусные гепатиты исключены), что было расценено как развитие осложнения в виде синдрома Рейе.

На фоне проводимой терапии состояние ребенка ухудшалось, осложнилось синдромом полиорганной недостаточности (церебральная, дыхательная), и несмотря на проведение реанимационных мероприятий, была констатирована биологическая смерть.

При патологоанатомическом исследовании биоптатов: печень – дисконкомплексация балочной структуры печени, гепатоциты в состоянии крупнокапельной жировой дистрофии с разрывом цитолеммы и цитолизом. Почка – в части эпителиоцитов канальцев жировая дистрофия – интрацеллюлярно внутри цитоплазмы жировые вакуоли. Головной мозг – явления выраженного периваскулярного, перичеллюлярного и перинуклеарного отека. Заключение: особенность данного клинического случая заключается в сочетании подкорково-мозжечковой дегенерации на фоне нарушения обмена жирных кислот с дальнейшим развитием Рейе-подобного синдрома.

EFFECTS OF EXPERIMENTAL HYPOXIA ON ZINC BALANCE IN THE BRAIN TISSUE OF RATS

Alfaus Lafee Hussein, Mohammed Gharaibeh - 5th year students

Scientific supervisor - associate professor Petrashenko V.O.

Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics

Micronutrient disbalance is one of the mechanisms of damage of membranes. The role of microelements and especially ultramicroelements in metabolic adaptation of newborns on the background of hypoxia is staying unknown.

Research purpose: to research zinc cerebral tissue supply in case of experimental hypoxia with different degrees of complexity.

Microelement supply for zinc was studied as well as the lead level of cerebral tissue in experimental hypoxia conditions. Microelement supply was investigated on 44 laboratory rodents on their first and seventh days.

Zinc content on the first day of live is $158,54 \pm 0,66$ mkg/g, but in the end of first week it is $109,07 \pm 0,92$ mkg/g.

The weak and mild-powerful interactions were distinguished between element content in brain and liver ($r = -0,23$), heart ($r = 0,37$) and kidneys ($r = 0,21$). In a week these interactions were faded away and it might indicate zinc content elaboration in organs.

The light hypoxia affect caused zinc content reducing in newborn brains in 16,43% ($p \leq 0,05$). The seven-days old animals had its lowering for more 16,43% ($p \leq 0,05$).

The complicated hypoxia level extended changes in elementary compound mostly in newborn animals. In comparison to the light hypoxia affect zinc content in cerebral tissues was reducing in 43,71% ($p \leq 0,05$) the first day, and at the same time the seven-day old animals had its reducing in 3,89% ($p \leq 0,05$).

When newborn rats had hypoxia effect, it was noticed that converse correlation between brain and kidney zinc content was formed ($r = -0,62$) and heart ($r = -0,41$). In case of complicated hypoxia the positive mild-powerful correlation occurred between cerebral and heart tissues' zinc content ($r = 0,54$).

That's why, hypoxia affect causes the new element content correlation formations in brain and as well as in other organs, this happens due to tissue excitability changes of pathological factor influence during the neonatal period.

By means of two-factor analysis of variance it is pointed out that hypoxia stage has a minimal influence on cerebral tissue zinc content (12,1%). The age factor efficiency is 69,8%. Otherwise, monitored factor combination has a lower effect just 17,4%.

THE USE OF HYPOALLERGENIC MIXTURES IN CHILDREN WITH SIGNS OF ATOPY

Marusyk U.I.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Pediatrics and Children Infectious Diseases

Question feeding children with clinical manifestations of atopy at impossibility of breastfeeding from a scientific point of view remains controversial. Evaluate the clinical

effectiveness of a hypoallergenic diet therapy (HD) products based on the full or partial hydrolysis of serum protein in cow's milk (CMP) in infants with symptoms of atopic dermatitis (AD).

Integrated dynamic, within 2 months of observation conducted in 31 infant child that was bottle-fed, had clinical signs of atopic dermatitis. With the use of tables of random numbers were distributed on two clinical comparison group. The first (I) clinical group entered 21 patient, which was designed soft hypoallergenic diet therapy blends "HiPP HA₁ combiotik" and "HiPP HA₂ combiotik" (according to age and severity of manifestations of AD). To the second group (group) included 10 infants who were administered hypoallergenic mix of other manufacturers (optional mother).

Duration of observation was 2 months. On the main clinical characteristics were comparable groups. Following the correction of malnutrition among children in group I mean score on the EASI scale decreased by 2,2 times (from 12,6±2,6 to 5,7±0,9 points (P<0,05)), where as in infants group II - is only 1,6 times (from 3,8±1,1 to 2,3±0,6 score (P<0,05)). In the beginning of the observation points indicated amount was recorded in 85,7% of children in I group and after - only 57,1 % of patients (P<0,05). In II group, the proportion of such patients decreased from 20,0 % to 10,0 % of children (P>0,05). As a result of consistent HD children showed decrease in symptom severity AD 57,1±10,8% of cases, where as patients II group - only 10,0±9,4% of observations (P<0,05). The relative risk reduction EASI score on a scale of 4,4 points or higher in patients of group versus control was 47,1% absolute risk reduction – 52,3% with a minimum number of patients to be treated to obtain one positive result - 2.

Thus the product "HiPP HA₁ combiotic» recommended as a starting formula feeding for children allergic to cow's milk proteins are easy and moderate to anyone under 1 year of age, starting of the first days of life, and for the necessary term to stabilize the clinical effect and subsiding manifestations of atopic dermatitis.

MICROBIOLOGICAL RESEARCH IN NEONATAL ICU (SUMY REGION CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL)

Muhina Ibrahim Ali, - 6th y. student, 029 gr., Issa Asal, - 6th y. student, 019 gr.

Scientific supervisor – associate professor E.K. Redko

Sumy State University

Department of Pediatrics with Medical Genetics

Newborns with very low and extremely low body weight at birth (VLBW and ELBW) are the most complicated category of patients in a Department of resuscitation and intensive therapy of newborns (ICU).

Objective: to determine of colonization by opportunistic microorganisms and fungi, as well as their sensitivity in newborns in ICU.

Results. In 60%, samples of the cultures material were positive (+). Coagulase-Negative St. (CoNS) (48/100 +); with mucous membranes of neonates most often stood. 58% of CoNS isolates methicillin-resistant were, respectively. Representatives of the Enterobacteriaceae were inoculated with a frequency of 16/100 +: a total of 268 isolates, 15% was resistant to Cephalosporin I–IV generation, and 0.7 % r to Carbapenem. The trend of decrease in the isolation rate of non-fermentative gram-negative rods up to 2.5/100 + noted. They were represented only by two species of *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter* spp. and had a wide spectrum of antimicrobial sensitivity. 618 samples of blood cultures from 453 children were studied, of whom 6% +. Fungi represented by 3 genera: *Candida*, *Malassezia* and *Saccharomyces*. The most frequently inoculated *Candida* – 1.4% and *Malassezia* – 1%. 70% from fungi - *Candida albicans* sensitive to fluconazole.

Conclusion. 1. Microbiological monitoring enables to monitor the stages and features of the CPM colonization of the newborns in the hospital. Individual approaches to each patient undergoing treatment in ICU, conducting flexible antibioticotherapy reduce the use of antimicrobials reserve and to reduce the frequency of colonization in children fungal flora.

2. On the background of reducing the frequency of use of antibiotics of a reserve in dynamics is clearly a trend towards reducing the frequency of colonization of newborns no

fermentative microorganisms. The results are similar to the trends observed in ORAN of most of Europe.

STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF LIVER OF CHILDREN WITH ESCHERICHIOSIS INFECTED BY EPSTEIN-BARR VIRUS

Olkhovskyy E.S.

Scientific head - prof. Kuznetsov S.V.

Kharkiv National Medical University, Department of Children Infectious Diseases.

From year to year the frequency of combined infections increases in pediatrician practice. One of the most common infections are Herpes viral and bacterial intestinal infection, including - Escherichiosis. The course of disease is basically determined by the condition of internal organs, especially - the liver.

Purpose of investigation to study structural and functional condition of the liver in children with Escherichiosis, infected by Epstein-Barr virus (EBV).

The liver ultrasound investigation and liver function test in 64 children 1 mo - 3 years with moderate forms of Escherichiosis were done. Among all patients 25 children with persistent EBV infection have been isolated (co-infection). The parenchymal reaction of liver with increased echogenicity to 10-12 gradation was found in 20 (80%) patients, the signs of hepatosplenitis in 4 patients (16%), liver gate lymphadenitis in 16 patients (64%), mesadenitis in 12 patients (48%) with co-infection. An examination of patients with Escherichiosis (mono-infection) revealed parenchymal reactions of liver only in 10 patients (25,64%) with a slight increase of tissue echogenicity. There was only one case of hepatitis among patients with mono-infection, and no inflammation of the lymph nodes. Comparison of liver function test revealed increase of ALT in 13 children (52%) with co-infection. The level of ALT exceeded the physiological parameters not more than one and a half times. All patients with Escherichiosis without EBV infection have normal rates of the liver test.

Thus Escherichiosis in young children with persistent EBV infection is accompanied by changes of liver structural and functional condition that must be considered at all stages of treatment.

EFFECTS OF EXPERIMENTAL HYPOXIA ON IRON BALANCE IN THE BRAIN TISSUE OF RATS

Samee Al Musa, Sadid Laith - 5th year students

Scientific supervisor - associate professor Petrashenko V.O.

Summy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics

Hypoxic-ischemic lesion is one of important problems of neonatology, which is determined by their place in the structure of morbidity, perinatal mortality and a value in the disorders formation. Microelements provide course of important biological reactions and are catalysts of many of them.

Research purpose: to research iron cerebral tissue supply in case of experimental hypoxia with different degrees of complexity.

Microelement supply for iron was studied as well as the lead level of cerebral tissue in experimental hypoxia conditions. Microelement supply was investigated on 44 laboratory rodents on their first and seventh days.

The newborn rats had a high level of iron in their cerebral tissues like $571,5 \pm 1,5$ mkg/g. Microelement level was rapidly reduced after a week of their born. It might be caused by high usage of tissue iron during oxidative reactions and energy generation processes. In this case the iron level was just $58,33 \pm 1,09$ mkg/g.

The correlation analysis of contained iron level in animal organs on their first alive day pointed out that the level of element correlation in brain with iron level of other organs is quiet weak ($r = -0,28$ for the liver) or totally absent ($r = 0,12$ for the kidneys and $r = -0,07$ for the heart).

When there is light hypoxia stage in animal organism the iron content in brain is reducing twice. In case of complicated hypoxia its content reduced for 36,64% ($p \leq 0,05$). Thus animals, which were one-week old, had the same level of element in comparison to monitored animal group and it was $50,00 \pm 0,65$ mkg/g for light hypoxia and $47,67 \pm 0,81$ mkg/g for complicated hypoxia. During hypoxia against iron fall-off may be formed positive element content correlation between brain and liver ($r=0,54$) and brain and heart ($r=0,49$) and strong negative correlations between its level in brain and kidneys ($r=-0,84$).

In newborns' organisms mild-power converse correlations are formed between element level in brain and kidneys ($r=-0,58$) in case of complicated hypoxia stage.

So, brain tissue of neonatal rats is characterized by high intensity and great dynamism of iron. By the end of the first week of life the content of these minerals decreases in 1.5 - 10 times.

OUTCOMES OF BRAIN DAMAGE IN TERM NEONATES WITH SEVERE HYPOXIC ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY

Samson Sirma, - 6th y. student, 029 gr.

Scientific supervisor - associate professor E.K. Redko

Sumy State University

Department of Pediatrics with Medical Genetics

Study is to describe clinical and neuroimaging data of term newborns admitted to neonatal NICU, who presented clinical-neurological alterations and encephalomalacic lesions whose presence was documented by ultrasonography or pathologic-anatomical conclusions. Stationary cards 18 full-term infants who were treat in NICU studied. In all infants a selective neuronal necrosis and diffuse necrosis of neurons, Subcortical Leukomalacia were diagnoses.

Uncomplicated spontaneous vaginal delivery was in 33.3%; 11.1% were delivered with forceps and vacuum extraction; 44.4% infants born CS & 87.5% were emergency CS. Apgar sc. at 5 min < 4 had 94.4%. All infants received initial resuscitation. Artificial lung ventilation was first conducted to all newborns in the delivery room. Respiratory insufficiency III, irregularities of heart rate and blood pressure were present in all infants. Signs of multiorgan failure manifested in all newborns. Cramps - 18 infants. During the first 7-10 hours of life convulsions appeared in 50%. Fontanelles were bulged, suggesting increasing cerebral edema. All infants received treatment with according to protocol and symptomatic therapy. Currently remain the alive 16.7% All three surviving children have a deep neurological deficit - in one spastic quadriplegia. 15 infants - 83.3% died. Noteworthy: 8 infants born by CS, died 7. The diagnosis of Subcortical Leukomalacia been confirmed for all infants resulting mortem studies.

Conclusions. I. We have reason to suspect that in studied by us cases, emergency CS were carried late. In cases of fetal distress is very important time to produce CS. II. Numerous studies show that H-I cerebral damage develops in two phases: the first dominated by necrotic processes in the ischemic areas and the second dominated by apoptotic processes extending beyond ischemic areas. Therapeutic hypothermia has been indicated for asphyxiated full-term newborn infants according multicenter randomized controlled studies. The method of therapeutic hypothermia in newborns is necessary to implement in Ukraine asap.

THE INFLUENCE OF ATOPIC DERMATITIS ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN

Slobodjan G.– students of 107 group, Romaniuk O.

Sumy State University

The aim: to analyze psychosocial aspects based on a comprehensive assessment of determine the quality of life parameters in families where a child suffers from atopic dermatitis

Materials and Methods. The study involved 62 families in which a child suffers from atopic dermatitis. The diagnosis of AD is installed in accordance of the classification and diagnostic criteria, according to the Protocol of diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children №767 Ministry of Health of Ukraine. The age of surveyed children were from 3 to 11 years. The

dermatological life quality index - DLQI (Dermatology Life Quality Index-DLQI) can be used in clinical practice an example of a simple questionnaire for practical everyday. Each survey question involves one of the four possible answers: "no", "little", "moderate", "very much", were scored 0, 1, 2, 3, respectively. The answer "irrelevant" is valued at 0 points. DQLI is the sum of all points. The maximum score (30) corresponds to the heaviest defeat of the quality of life. DQLI can be expressed as a percentage of the maximum possible number of points.

Results and discussion. The study involved 62 children, including 30 girls, 32 boys. The distribution of children by age showed a significant prevalence of children's age from 6 to 10 years, the length of illness was at least 2 years old at the time of the study, patients were in remission. The analysis of the results of questioning was found that the summary measure of quality of life was 13.5 points in children with atopic dermatitis in remission. The following results were obtained by the subjective evaluation of the degree of atopic dermatitis affecting on the quality of children's life : the disease is "very strong" impact on quality of life - $9,1 \pm 2,5\%$, «significant" effect - $68,7 \pm 4,2\%$, «negligible "impact - $11,0 \pm 5,2\%$, «does not affect» - $11,3 \pm 6,4\%$.

Conclusion. Due to the high significance of psychosocial factors it is a necessary assessment of psycho-emotional and social development conditions, not only of small patients but also in their parents in the complex of diagnostic and treatment and rehabilitation measures.

THE EFFECT OF HYPOXIA ON LEAD TISSUE CONCENTRATION IN NEWBORN RATS

I.V.Tarasova, O.O.Pylypets, Nwokie Obinna

Mentor – Associate Professor Tarasova I.V.

Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics

Hypoxic-ischemic lesions is one of important problems of neonatology, which is determined by the place in the structure of morbidity, perinatal mortality and a value in the disorders formation. Microelements provide course of important biological reactions and are catalysts of many of them. Micronutrient disbalance is one of the mechanisms of damage of membranes. The role of microelements in metabolic adaptation of newborns on the back ground of hypoxia is staying unknown. Providing vital organs, such as cerebrum, heart, liver and kidneys, with microelements in the case of hypoxia is uninvestigated too. Here with, the role of toxic microelements, namely lead, is not determined. The present objective was to research toxic lead dynamics in vital organs tissues (brain, heart, liver, kidneys) of newborn rats in the case of experimental hypoxia of various severity degrees. All rats were randomly divided in two groups. The first group (12 rats) was control. Hipobaric model of hypoxia was used in second experimental group (48 rats). The content of toxic lead is the largest in brain and al most twice increases in liver, heart and kidneys. The level of lead is stable during the first week of life in liver and heart, but its content in kidneys increases in three times as much as decrease in brain tissues of rats. Effect of moderate hypoxia leads to increase of accumulation of lead in heart and kidneys – in 8 times, in liver– in 3 times and in brain(28,2%, $p < 0,05$). In case of severe hypoxia we can see a decrease of lead content in liver, but in other organs its content is much higher than results of control group and animals, affected by moderate hypoxia. Accumulation of lead is accompanied by formation of correlations of medium strength in kidneys and liver($r = 0,43$) under conditions of moderate hypoxia and the strong connection- in case of severe hypoxic injury($r = 0,76$). A significant power relationships is formed about the element content in heart and kidneys both in the case of light($r = 0,92$), and severe ($r = 0,81$) hypoxia.



СЕКЦІЯ ІХ.

СТОМАТОЛОГІЯ

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 о 10⁰⁰.

Місце проведення: Стоматологічний корпус, С-117 (вул. Санаторна, 1).

Керівник секції: д-р мед. наук, проф. **Ю. В. Лахтін.**

Секретар: А. С. Гиленко.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ПРИХОВАНОГО КАРІЄСУ ЗУБІВ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ МЕТОДАМИ

Ажар А.В., студентка, гр. СМ-304

Науковий керівник: д. мед. н., доцент Лахтін Ю.В.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Захворювання твердих тканин зубів є найбільш поширеними. Проте діагностика прихованих каріозних порожнин клінічними методами має певні труднощі, а їх несвоєчасне виявлення може привести до розвитку періодонтиту, періоститу, остеомієліту, флегмон та абсцесів щелепно-лицевої ділянки. Тому пошук ефективного методу діагностики карієсу є актуальним.

Метою дослідження було вивчення частоти виявлення прихованих каріозних порожнин за допомогою ортопантограм.

Матеріали і методи. Було проаналізовано ортопантомограми 32 хворих, серед яких 13 чоловіків та 19 жінок віком 16-70 років. Вивчали стан 769 зубів, частку виявлених каріозних порожнин в них визначали залежно від глибини ураження, локалізації та групової приналежності зубів.

Результати. При аналізі ортопантограм діагностовано 98 каріозних порожнин, що становить $12,7 \pm 1,7\%$. Найбільше прихованих каріозних порожнин діагностовано в молярах ($64,2 \pm 3,2\%$), причому половина випадків припадає на перші. За характером уражень $52 \pm 5,1\%$ порожнин були первинними, а $48,0 \pm 4,3\%$ - вторинними. За глибиною ураження частіше виявлявся середній карієс - $77,6 \pm 4,8\%$. В $27,5 \pm 4,1\%$ порожнини локалізувались на контактній поверхні, $20,5 \pm 4,0\%$ - жувальній, $4,0 \pm 3,2\%$ - коренях зубів.

Висновки. Таким чином, за допомогою ортопантомографії приховані каріозні порожнини частіше діагностуються в молярах. Більшість порожнин є вторинними, після попереднього пломбування зубів. За глибиною дефектів переважають середні. Серед поверхонь зубів уражаються в основному контактні. За результатами досліджень доведена ефективність ортопантомографії при діагностиці прихованого карієсу.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ НА СТАН ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Бабай О.М., Рябоконт Є.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра терапевтичної стоматології, Україна

Порушення метаболізму, що виникає в тканинах пародонту при їх запаленні, викликає підвищення рівня вільних радикалів та накопичення речовин, які каталізують перекисне окислення ліпідів (ПОЛ). На цей ланцюг патогенетичного механізму розвитку генералізованого пародонтита (ГП) дієво впливають ліпосомальні форми есенціальних фосфоліпідів (ЛФФ), такі як яєчний фосфатидилхолін (препарат «Ліпін»).

Метою дослідження було вивчення динаміки змін прооксидантних показників ротової рідини (РР) на етапах тривалого клінічного моніторингу (КМ) хворих на ГП задля оцінки клінічної ефективності диференційованого застосування ЛФФ.

Матеріали та методи. В клініці були досліджені 110 хворих на ГП в стадії загострення I-II ступеня тяжкості. Лікування пацієнтів проведено з використанням трьох терапевтичних стоматологічних комплексів (ТСК): ТСК₀ (n₀=55) – лікування згідно до клінічного протоколу, ТСК₁ – ТСК₀ (n₁=30) з додатковим внутрішньовенним застосуванням препарату «Ліпін», ТСК₂ – ТСК₀ (n₂=25) з додатковим депонуванням препарату шляхом інфільтраційних ін'єкцій та пародонтальної пов'язки та пацієнти групи контролю (ГК, n_к=25). Оцінку вмісту метаболітів ПОЛ в ротовій рідині (РР) виконували на етапах КМ-I – до лікування, КМ-II – через 1-3 доби, КМ-III – через 30 діб, КМ-IV – 6 міс та КМ-V – 12 міс після лікування.

Результати та їхнє обговорення. Динаміка вмісту у РР дієвих конюгатів (ДК) та малонового діальдегіду (МДА) при КМ характеризувалася достовірним зменшенням. При

КМ-I ці показники сягали референтних рівнів ГК, зберігаючись на референтному рівні в групах пацієнтів з ТСК₁ та ТСК₂ впродовж 1 міс. після лікування. При КМ-IV в групі пацієнтів, що отримували ТСК₀ показники значимо та достовірно зростали, насамперед в групі пацієнтів з ТСК₀, тоді як в групах ТСК₁ та ТСК₂ вони також зростали, але менш виразно. При КМ-V в групі n₂ зареєстровано найнижчі рівні.

Висновки. Використання есенціальних фосфоліпідів дозволяє зменшувати інтенсивність процесів ПОЛ і забезпечувати більш тривалий та стійкий термін метаболічної ремісії ГП.

АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ ПІД ВПЛИВОМ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Бабай О.М., Рябоконт Є.М.

*Харківський національний медичний університет, кафедра терапевтичної стоматології,
Україна*

Відомо, що на процеси вільно радикально окислення тканинах пародонта у хворих на генералізований пародонтит впливають ліпосомальні форми есенціальних фосфоліпідів (ЛФФ).

Метою дослідження було вивчення активності ферментативної та неферментативної ланкисистеми антиоксидантного захисту в ротовій рідині (РР) у хворих на ГП під впливом диференційованого застосування ліпосомальної форми есенціальних фосфоліпідів (ЛФФ). Матеріали та методи. В клініці були досліджені 110 хворих на ГП в стадії загострення I-II ступеня тяжкості. Лікування пацієнтів проведено з використанням трьох терапевтичних стоматологічних комплексів (ТСК): ТСК₀ (n₀=55) – лікування згідно до клінічного протоколу, ТСК₁ – ТСК₀ (n₁=30) з додатковим внутрішньовенним застосуванням препарату «Ліпін», ТСК₂ – ТСК₀ (n₂=25) з додатковим депонуванням препарату шляхом інфільтраційних ін'єкцій та пародонтальної пов'язки та пацієнти групи контролю (ГК, n_к=25). Оцінку вмісту метаболітів ПОЛ в ротовій рідині (РР) виконували на етапах КМ-I – до лікування, КМ-II – через 1-3 доби, КМ-III – через 30 діб, КМ-IV – 6 міс та КМ-V – 12 міс після лікування.

Результати та їхнє обговорення. Рівні вмісту у РР супероксиддисмутази (СОД), каталази (КАТ) та SH-груп характеризувалися достовірним зростанням. До лікування ці показники в групах ТСК₁ та ТСК₂ сягали референтних рівнів ГК, зберігаючись на референтному рівні в групах пацієнтів з ТСК₁ та ТСК₂ впродовж 1 міс. після лікування, на відміну від пацієнтів з ТСК₀. Через 6 міс. в групі пацієнтів, що отримували ТСК₀₋₁ показники значимо та достовірно зменшувались, насамперед в групі ТСК₀, тоді як в групах ТСК₁ та ТСК₂ він зростав менш виразно. Через рік в групі n₂ зареєстровано найвищі рівні показників, що були достовірно вищими, ніж в інших групах.

Висновки. Використання есенціальних фосфоліпідів значно корегує в РР змінні функції антиоксидантної системи за рахунок підвищення активності її ферментів.

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ НАНОРОЗМІРНОГО КРЕМНЕЗЕМУ З АНТИСЕПТИКАМИ ДЛЯ САНАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА

Беляєв П.В.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Курс стоматології кафедри хірургії факультету післядипломної освіти*

Проблема лікування запальних та гнійно-запальних захворювань порожнини рота залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної стоматології. Нами розроблено спосіб санації ротової порожнини, який ґрунтується на використанні препарату на основі нанодисперсного кремнезему (НДК) з антисептиками.

Мета дослідження. Обґрунтувати ефективність використання препарату на основі НДК з антисептиками для санації ротової порожнини хворих з запальними захворюваннями

слизової оболонки (гінгівіт,стоматит)та після оперативного втручання з приводу гострого гнійного періоститу.

Матеріали та методи. Оцінку ефективності застосування препарату на основі НДК з антисептиками проведено з використанням фізико-хімічних, мікробіологічних, клінічних та статистичних методів дослідження.

Результати показали, що найкращі властивості має композиція, до складу якої входить 75 мас%НДК, 23,5 мас% поліметилсилоксану та 1,5 мас% катіонних поверхнево активних антисептиків. Водна суспензія, яка містить 3% препарату, не зсідається, має високу сорбційну, антимікробну та протигрибкову активність, здатна впливати на адгезивні властивості мікроорганізмів і має протизапальну дію. На основі отриманих даних нами був розроблений спосіб санації ротової порожнини, який передбачає полоскання рота при запальних захворюваннях або промивання гнояків вказаною композицією. Порівняльна оцінка ефективності розробленого способу показала, що при його використанні у хворих основної групи більш швидко, ніж в контрольній групі, яких лікували традиційним способом, зникали явища запалення, зменшувалась мікробна забрудненість післяопераційних ран та активізувались процеси репаративної регенерації, що приводило до скорочення термінів лікування запальних процесів.

Висновки. Використання композиції на основі НДК зантисептиками є експериментально обґрунтованим та доцільним для санації порожнини рота при запальних захворюваннях та при лікуванні гнійно-запальних процесів.

БУДОВА НАВКОЛОПУЛЬПАРНОГО ДЕНТИНУ ЗУБІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Гасюк П.А., Воробець А.Б., Радчук В.Б.

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

Метою роботи є вивчення гістохімічних особливостей шарів дентину, а саме: предентину та регулярного дентину залежно від статі.

Методи дослідження. Для досягнення мети використовували шліфи кутніх зубів жінок та чоловіків з їх наступним гістохімічним забарвленням для виявлення елементів матриксу дентину.

Результати.Встановлено, що у навколопульпарній зоні дентину локалізуються монопедичні відростки одонтобластів. Згідно досліджень при забарвленні ШЙК-тіоніновим синім, монопедичні відростки одонтобластів забарвлюються у темно-синій, а предентин – у червоний колір. В ділянках орієтованих до горбів, відростки одонтобластів мають паралельний між собою та перпендикулярний до пульпової камери хід. В ділянці стилів дентинні трубочки мають косий хід. ШЙК-позитивні структури предентину представлені тонкими фібрилярними структурами, які є попередниками колагену і складаються з нейтральних глікозаміногліканів.

Відростки одонтобластів на поперечному розрізі оточені капсулою Неймана блакитного кольору. Між нею та відростком існує простір в якому розміщується колаген. За капсулою Неймана розміщуються тонковолокнисті ШЙК-позитивні структури преколагену. Шар регулярного дентину представлений дихотомічними відростками одонтобластів, що знаходяться в дентинних трубочках, відокремлених тангенціальними колагеновими волокнами Ебнера.

Висновки.У чоловіків, в ділянці монопедичних відростків одонтобластів відмічається менш чіткі контури нільськ-позитивної капсули Неймана за рахунок наявності в ній дрібної гранулярності. Враховуючи транспортну властивість мембрани Неймана, можна думати про більшу функціональну активність монопедичних відростків одонтобластів у чоловіків в порівнянні із жінками. Це пов'язано із більшими розмірами коронки великих кутніх зубів згідно морфометричних даних.

НОЗОЛОГІЧНА СУТНІСТЬ ЕКОЛОГІЧНО ОБУМОВЛЕНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Гиленко А.С.

Науковий керівник – д. мед. н. Лахтін Ю.В.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Масивна або тривала дія факторів навколишнього середовища може викликати виснаження адаптаційних резервів організму і сприяти формуванню патологічних змін в тканинах і органах. До характеристики патологічних станів в організмі, які виникають під дією небезпечного оточення, серед фахівців існують різні тлумачення.

Метою дослідження було з'ясування наявних термінів, які характеризують патологічні стани зубощелепної системи, викликані несприятливими факторами довкілля.

Матеріали і методи. Було проведено аналіз літературних джерел щодо термінологічного позначення порушень в організмі, які виникли під впливом цих факторів.

Результати. Вітчизняними спеціалістами пропонується такі порушення називати "екологічна патологія" та "екологічна нозологія". До «екологічної патології» відносяться загально-патологічні зміни в організмі під впливом небезпечних агентів довкілля. Термін "екологічна нозологія" об'єднує хвороби, які викликані певним етіологічним стимулом, мають окреслену клініку (симптоматику), патогенез і морфогенез.

Інші фахівці також пропонують розділити зміни в організмі на дві групи в залежності від ролі фактора. У першому випадку фактор зовнішнього середовища виступає як причина розвитку захворювання і вони позначаються як детерміновані (екопатії). У другому - умовою, на фоні якої під дією інших чинників або факторів ризику розвивається несприятливий ефект - індуковані або неспецифічні екологічно зумовлені порушення (екогенії).

Висновки. На нашу думку, найбільш дотепним в стоматології буде визначення флюорозу зубів, ртутний і вісмутувий стоматит як прояв екопатії, а гіпоплазію емалі зубів, незавершений дентиногенез, одонтодисплазію – екогенії.

ХВОРОБА ШЕГРЕНА (ЗА МАТЕРІАЛАМИ КОНФЕРЕНЦІЇ «РІДКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ»)

Гиленко А.С., студентка

Науковий керівник: доц. Михайлова Т.І.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра фізіології і патофізіології

Поєднання сухого кератокон'юнктивіту та ксеростомії було настільки детально описано шведським офтальмологом Хенріком Шегреном, що даний феномен незабаром привернув увагу багатьох клініцистів різних країн, хоча поодинокі спостереження подібної тріади або окремих проявів секреторної залозистої недостатності описувалися і раніше. Відповідно до сучасних уявлень хвороба Шегрена - хронічне запальне аутоімунне захворювання, яке відноситься до групи дифузних хвороб сполучної тканини і характеризується поступовим руйнуванням слинних і слізних залоз лімфоцитами та плазматичними клітинами.

Поряд з хворобою Шегрена як самостійним захворюванням (первинний синдром Шегрена), існує і вторинний синдром Шегрена, який супроводжує багато аутоімунних захворювань: ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, системна склеродермія, хронічний активний гепатит, біліарний цироз печінки, аутоімунний тиреоїдит та інші.

Етіологія хвороби Шегрена остаточно не встановлена. У розвитку патології надають значення генетичним, імунологічним, гормональним, інфекційним чинникам. Але найбільш поширена думка про аутоімунний генез в зв'язку з обширною лімфоїдною (переважно В-лімфоцитарною) інфільтрацією уражених слинних і слізних залоз, виявленням циркулюючих аутоантитіл до клітин епітелію проток цих залоз, ревматоїдного фактору (IgM), що продукується в лімфоїдних інфільтратах слинних та інших залоз.

Враховуючи статистику на хворобу Шегрена в Сумській області і схильність до збільшення ризику виникнення цієї патології, є сенс для подальшого вивчення етіологічних і патогенетичних питань.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИГОТОВЛЕННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ ПРОТЕЗІВ

Зубик Х.М., студентка, гр. СМ-303

Науковий керівник: асистент Животовський І.В.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини, м. Суми, Україна

Потреба населення України у виготовленні незнімних ортопедичних конструкцій зубних протезів - 70-80% загальної кількості пацієнтів, які звернулися з метою протезування. Мета - провести порівняльне дослідження сучасних методів виготовлення керамічних ортопедичних конструкцій. Визначити їх позитивні та негативні сторони: оцінити клінічні показники біосумісності; провести порівняльний аналіз фізико-механічних характеристик; визначити естетичні властивості кераміки, в залежності від складових каркасу конструкції та ступінь прилягання керамічної маси в області шийки зуба.

Методи дослідження: інформаційно-аналітичні: пошук даних у базах даних Medline та Embase з достатнім рівнем релевантності та узагальнення даних літератури.

Результати. На основі комплексного аналізу літератури ми дійшли таких висновків: металокерамічні ортопедичні конструкції прекрасно справляються з жувальним навантаженням і не поступаються в цьому натуральним зубам; застосування сучасних високоміцних матеріалів на основі нікелю, кобальту, хрому дозволяє виготовляти надійні каркаси оптимальної анатомічної форми. Структура каркаса з підтримкою горбків і ямок (гібридна форма) підвищує міцність реставрації. В порівнянні з безметалевими конструкціями металокераміка має менший ризик до появи сколів керамічного облицювання. Нанесення плечової маси маскує просвічування через ясна з вестибулярної поверхні границі керамічної коронки і металевого каркаса, чим суттєво покращує естетичні властивості конструкції. Одонтотрепарування під металокераміку з уступом покращує ступінь прилягання коронки в області шийки зуба.

Поряд із багатьма перевагами металокераміка має і деякі недоліки: недостатня прозорість коронок, їх опалесцентність і транспарентність у порівнянні із природніми зубами; значне одонтотрепарування; можлива поява таких явищ як гальванізм, корозія металу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ ПЛОМБИ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗЕРНИСТОСТІ БОРА

Зубик Х.М. Карпуша Т.В.

Науковий керівник: д. мед. н. Лахтін Ю.В.

Медичний інститут Сумського державного університету, секція «стоматологія», м. Суми, Україна

На сьогоднішній день досить часто зустрічається порушення крайового прилягання пломби до емалі зубів, що в подальшому призводить до виникнення вторинного карієсу і її випадіння. Теоретично були припущення, що ступінь зернистості бора впливає на якість пломбування, але практичних досліджень з цього приводу ніхто не проводив.

Метою дослідження є визначення крайового прилягання пломбувального матеріалу, в залежності від ступеня зернистості бора, який використовують для створення фальцу емалі.

Методи. Для проведення дослідження ми використали 4 видалених зуба, в яких сформували каріозні порожнини I класу за Блеком, скіс емалі за допомогою алмазних борів різної зернистості (76-125, 126-177). В якості пломбувального матеріалу використали композит хімічного затвердіння. Шліфовку провели за допомогою силіконової головки. Зуб покрили лаком для нігтів, залишаючи вільною зону контакту між зубом та пломбою. Потім занурили зуби на 2 години в 2% розчин метиленового синього, після цього промили під проточною

водою. Проводили розпили зубів, за допомогою USB-мікроскопа вивчали наявність проникнення розчину на межі прилягання пломбувального матеріалу та емаллю зуба.

Результати. В процесі проведеного дослідження було виявлено незначне проникнення метиленового синього на межі прилягання пломби до емалі зуба, який був препарований за допомогою алмазного бора із зернистістю 126-177. В той час, як у зубах, препаративаних за допомогою бора із зернистістю 76-125, проникнення розчину не спостерігали.

Таким чином, можна дійти до висновку, що ступінь зернистості бора впливає на якість крайового прилягання пломби. Чим зернистість бора більша, тим гірше щільність прилягання пломбувального матеріалу, а чим зернистість менша, тим крайове прилягання краще.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПУХЛИНАМИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ НА ТЕРИТОРІЇ СЛОБОЖАНЩИНИ

Кузенко Є.В., Трейтяк І.В., студент

Сумський державний університет, Медичний інститут, Суми, Україна

Вступ. Пухлини слинних залоз являються поліетіологічними захворюваннями і складають 1-5% всіх новоутворень тіла людини. Різноманітність нозологічних форм пухлин і непухлинних захворювань слинних залоз, не до кінця з'ясовані етіологічні фактори, різноманітний морфогенез, подібний клінічний перебіг і значна кількість післяопераційних ускладнень найчастіше ставлять перед щелепно-лицьовим хірургом досить складні завдання. Все це визначає актуальність дослідження розповсюдженості пухлин слинних залоз.

Мета. Метою нашого дослідження є порівняльний аналіз захворюваності пухлинами слинних залоз серед населення північних областей України.

Матеріали і методи. Інформація щодо захворюваності пухлинами слинних залоз була надана інформаційно-аналітичними центрами медичної статистики Чернігівської та Сумської обласних лікарень за 2014 рік та 3 квартали 2015 року. Статистичні обчислення проводились у програмі STATISTICA 8 з використанням критерія Спірмена та перевіркою вибірки на нормальність.

Результати досліджень. Аналіз нормальності свідчить, що гіпотеза про нормальність вибірок Чернігівської та Сумської області ($X_{\text{ср}} = 0,29\%$ $S = 1 \cdot 10^{-6}\%$, $X_{\text{ср}} = 0,44\%$ $S = 8,19 \cdot 10^{-9}\%$) не відповідає. У Сумській області розповсюджені такі види пухлин: аденома – 10%, аденолімфома – 17,5%, плеоморфна аденома – 50%, мономорфна аденома – 7,5%, протокова папілома – 2,5%, муцинозна пухлина – 2,5%, аденокарцинома – 5%, а у Чернігівській області: аденолімфома – 11,5%, плеоморфна аденома – 76,9%, мономорфна аденома – 3,8%, протокова гіперплазія – 3,8%, аденоїд-кістозний рак – 3,8%.

Висновки. Спираючись на отримані результати дослідження, можна стверджувати, що високий рівень захворюваності пухлинами слинних залоз у Сумській області порівняно з Чернігівською областю зумовлений гіршою екологічною ситуацією. Кількість промислових об'єктів на Сумщині значно переважає, хоча географічно Чернігівська область знаходиться ближче до ЧАЕС.

АНАЛІЗ БАЗОВИХ ЗАСАД БІОБЕЗПЕКИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ІМПЛАНТОЛОГІЇ

Курило В.В.¹⁾

Науковий керівник – Аблєєва І.Ю.^{1,2)}

¹⁾*Наукове товариство учнів Білопільського центру дитячої та юнацької творчості*

²⁾*Сумський державний університет, кафедра прикладної екології*

Мета дослідження: визначити умови та фактори безпечної для здоров'я людини дентальної імплантації.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено аналіз літературних даних, дослідження щодо дотримання вимог при проведенні дентальної імплантації та вживання

комплексу заходів для підвищення рівня безпеки і зниження ризику здоров'я пацієнтів під час та після операції.

Результати. Було визначено, що у більшості стоматологічних закладів використовуються переважно титанові імпланти, під час обстеження хворих не завжди дотримуються всі вимоги, які висуваються для цієї категорії пацієнтів. Організм людини є цілісною системою взаємопов'язаних елементів, тому дослідження повинно проводитись не тільки зубо-щелепної системи а й всього організму з виявленням системних захворювань, порушень фізіологічних функцій. Необхідно вивчити спосіб життя хворого: від характеру харчування до наявності шкідливих звичок. Обов'язково враховувати вагітність і вік пацієнтів, тому щовнаслідок зміни гормонального фону у жінок можлива дезінтеграція імплантатів, а у осіб похилого віку шанси на успіх імплантації зменшуються через зниження інтенсивності обмінних процесів.

Для безпечного здоров'ю людини, за даними літератури, найбільш ефективними з матеріалів є нанотитан, його сплави та біокомпозити на їх основі.

Хворому наголошується, що у післяопераційний період недотримання належної гігієни порожнини рота, зловживання курінням, алкоголем, кавою призводить до порушення метаболізму кісткової тканини і сприяє розвитку остеопорозу.

Висновки. Таким чином, при виконанні лікарями-стоматологами всіх рекомендацій щодо проведення дентальної імплантації можна досягти суттєвого підвищення безпеки для здоров'я пацієнта та її ефективності.

ЗАСТОСУВАННЯ «САНДВІЧ»-ТЕХНІКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЕСТЕТИЧНОГО ВИГЛЯДУ КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

*Куцєвляк В.Ф., д.мед.н., професор, Карпець Л.М., к.мед.н., асист., Звягін С.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра стоматології та
терапевтичної стоматології*

Застосування композитних матеріалів вітчизняного виробництва надзвичайно актуально на сьогоднішній день. Гібридні композитні матеріали мають достатньо високі показники міцності на вигин, скол, стискання, але естетичні якості цих матеріалів не дають змогу їх широко застосовувати для відновлення фронтальної групи зубів. Застосування «сандвіч»-методики із використанням нанонаповнених композитних матеріалів дає змогу значно покращувати естетичний вигляд реставрацій при збереженні достатньо низької собівартості.

Мета. Оцінити можливості використання вітчизняного гібридного композитного матеріалу «Лателюкс» для створення високоестетичних реставрацій фронтальних зубів.

Матеріали і методи. Для експериментальних досліджень було взято 19 інтактних фронтальних зубів, видалених за хірургічними показаннями. Сформовані каріозні порожнини III і IV класу за Блеком пломбували із застосуванням «сандвіч»-методики. За основу реставрації використовували вітчизняний гібридний композитний матеріал «Лателюкс» (ЛАТУС). Верхній емалевий шар створювали нанонаповненим композитним матеріалом FiltekZ-550 (3M ESPE). Кольорову гаму визначали за міжнародною шкалою «Vita». Відсутність межі між пломбою та зубом, відповідність кольору і прозорість реставрацій визначали безпосередньо після відновлення та через 1 місяць. Протягом цього місяця зразки зберігалися у термостаті при температурі 37° С. Результати оцінювали візуально та при збільшенні в 4 рази.

Обговорення результатів. В результаті експериментальних досліджень отримано позитивні результати і доведено доцільність застосування вітчизняного гібридного композитного матеріалу «Лателюкс» (ЛАТУС) у поєднанні із нанонаповненим композитним матеріалом FiltekZ-550 (3M ESPE) для створення високоестетичних реставрацій фронтальних зубів.

ВПЛИВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ВИНИКНЕННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ЩУРІВ

Лахтін Ю.В., Мещенінова Н.О., Денисенко І.О.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної і соціальної медицини

При цукровому діабеті розвивається ряд метаболічних, судинних порушень і імунологічних реакцій, в результаті яких обважнюється перебіг цілого ряду захворювань, в тому числі і каріесу зубів.

Метою дослідження було визначення впливу експериментального цукрового діабету на виникнення каріесу зубів у щурів.

Матеріали і методи. Цукровий діабет моделювали одноразовим внутрішньочеревинним введенням щурам алоксану у дозі 40 мг/кг. Після виведення тварин контрольної і дослідної групи з експерименту на 40 і 50 добу підраховували кількість уражених каріесом зубів, а також кількість порожнин в них.

Результати. Встановлено, що кількість каріозних зубів серед усіх досліджених складає $0,51 \pm 0,09$ в контрольній групі і $0,95 \pm 0,04$ в дослідній ($p=0,005$). Середня кількість каріозних порожнин водному зубі інтактних щурів в 2 рази більша ($0,57 \pm 0,08$) за тварин з цукровим діабетом ($1,23 \pm 0,13$), $p=0,01$.

На зниження резистентності емалі зубів, її проникність впливають накопичення бактеріального зубного нальоту, швидкість і агресивність якого залежить від складу, властивостей і швидкості секреції слини – головного регулятора гомеостазу порожнини рота. У хворих на цукровий діабет відбувається швидке відкладення зубного нальоту, що призводить до збільшення його поширеності та об'єму. Через утворення органічних кислот в процесі життєдіяльності мікрофлори створюється криєсогенна ситуація в ротовій порожнині, в результаті якої відбувається демінералізація емалі з наступним виникненням дефекту в зубах.

Висновки. Таким чином, при експериментальному цукровому діабеті підвищується інтенсивність каріесу зубів у щурів за рахунок як збільшення кількості каріозних зубів так і кількості порожнин в них.

ПРОБЛЕМА СИСТЕМАТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В УКРАЇНІ

Лахтін Ю.В.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Класифікація хвороб пародонту має велике значення для практичної пародонтології, бо вона дозволяє практикуючому лікарю врахувати форму патологічних змін, перебіг захворювання. На підставі цього в подальшому будується план лікування, прогнозуються наслідки захворювання, розробляються профілактичні заходи.

У пародонтології існують кілька десятків класифікацій захворювань пародонту, бо нові уявлення про етіологію і патогенез захворювань неминуче позначаються і на їх систематиці.

У 80-ті роки минулого століття для стоматологів бувшого Радянського Союзу рішенням XVI Всесоюзного пленуму Наукового товариства стоматологів була рекомендована класифікація, яку схвалила ВООЗ для використання в лікувальній, науковій та педагогічній роботі. Вона була побудована за нозологічним принципом і відповідала уявленням про основні патологічні процеси: запалення, дистрофія, новоутворення. Саме тому її досі використовують на теренах деяких країн СНГ. За часів незалежності в Україні була запропонована систематика захворювань пародонта, яку рекомендовано Асоціацією стоматологів України для впровадження у практичну діяльність. Вона також побудована на засадах нозологічного підходу. Проте в офіційних протоколах надання медичної допомоги за спеціальністю врахована та систематика, яка вже не існує в Україні майже 20 років.

З впровадженням МКХ-10 більшість авторів навчальної і наукової літератури намагаються підмінити нею існуючі систематики захворювань і вважати її за класифікацію

ВООЗ. Але МКХ-10 – є систематикою статистичною, а не клінічною, цей класифікатор є нормативним документом, що забезпечує єдність методичних підходів і міжнародну порівнянність матеріалів.

З огляду на вищенаведене можна стверджувати, що проблема систематики захворювань пародонта залишається й досі актуальною і вона повинна бути орієнтована на практичного лікаря з урахуванням нових уявлень про етіологічні і патогенетичні ланцюги розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта.

ГРІН ВАРДИМАН БЛЕК – «БАТЬКО» СУЧАСНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Мешков Б.Є., студент 1-го курсу

Науковий керівник – доц. Кіптенко Л.І.

Сумський державний університет, курс гістології, цитології та ембріології кафедри нормальної анатомії людини

Грін Вардиман Блек народився 3 серпня 1836 року недалеко від Вінчестера, штат Іллінойс. Дитячі роки провів на фермі, що зумовило його цікавість до природи. У 17 років він вирішив вивчати медицину. Після 4-х років навчання 1853-1856 рр. і отримання знань в області анатомії і медицини він розпочав вивчати стоматологію під керівництвом Дж. Шпеєра, який був практикуючим стоматологом. В 1856 р. в Іллінойсі починає власну стоматологічну діяльність, швидко стає відомим і успішним практикуючим стоматологом. Під час Громадянської війни Грін Вардиман перериває свою кар'єру і іде на фронт розвідником.

Незважаючи на свій молодий вік, Блек опереджав свій час. Його техніка роботи із золотою фольгою використовується майже без змін і в наш час. Він був єдиним, хто створив класифікацію стоматологічного інструменту на основі кількості кутів у хвостовику. В 1870 році Г.В. Блек винайшов шнур, що з'єднував стоматологічний двигун з двигуном ноги і таким чином, він є винахідником бормащини на ножному приводі. Блек розробив свою класифікацію карієсу зубів і зубної стандартизованої термінології, описав оптимальну обробку каріозних порожнин для підготовки зубів при пломбуванні.

Г.В. Блек написав безліч наукових трудів, серед яких такі книги як «Організація країв емалі», «Утворення отрут мікроорганізмами», «Періост і періодонтальна мембрана», «Оперативна стоматологія» (2 томи), «Спеціальна стоматологічна патологія».

Грін Вардиман Блек займав безліч респектабельних позицій в галузі стоматології: був президентом спілки стоматологів штату Іллінойс, деканом Північно-Західного стоматологічного університету, головою ради стоматологічних екзаменаторів Національної школи зубних техніків і Національної асоціації стоматологів, професором стоматологічної патології та мав ще багато інших звань. Нагороджений премією Міллера за внесок в розвиток стоматології. Стоматологічна спілка штату Нью-Йорк нагородила його медаллю «Братства».

Окрім стоматології Г.В. Блек мав велику пристрасть до музики. Він гарно грав на фортепіано, скрипці, віолончелі, пікколо, флейті та корнеті.

Помер Грін Вардиман Блек 31 серпня 1915 року і був похований на кладовищі Гроув Даймонд, Джексонвіллі.

Таким чином, Грін Вардиман Блек був видатним вченим і підняв стоматологію до гідної, наукової і висококваліфікованої професії. Він був дійсно легендою свого часу і вважається «батьком» терапевтичної стоматології.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ

Москаленко І. В., ст. СМ-502, Устянський О. О., доцент

СумДУ, кафедра нормальної анатомії людини з курсами топографічної анатомії та оперативної хірургії, гістології, цитології та ембріології

До типових вад розвитку лиця відносять розщілини піднебіння та незрощення верхньої губи. Популяційна частота цих вад складає 1:1000 – 1:700 новонароджених на рік. Серед новонароджених з вадами лиця переважають хлопчики. Кожні 11 хвилин у світі

народжується дитина з незрошенням верхньої губи або розщилиною піднебіння. Щорічно в Україні на 1,2 – 1,3 млн пологів з'являється близько 60 тис дітей з вродженими вадами розвитку. Серед них загальна кількість новонароджених з вадами лица складає 35%. Спостерігається стійка тенденція до щорічного зростання частоти цієї патології.

В родині при народженні дитини з незрошенням верхньої губи чи розщилиною піднебіння виникає багато проблем як суто медичних, так і соціальних. Народження такої дитини призводить до стресового стану всіх членів родини. Нерідко родини розпадаються. В деяких випадках родина відмовляється від дитини. Навіть коли дитина залишається в родині, батьки мало з нею гуляють, бояться показувати її оточуючим. Лікування таких хворих, згідно з існуючими нормативними документами МОЗ України, повинно проводитися в умовах Українського (м. Київ) чи міжобласних (м. Харків, м. Донецьк, м. Львів, м. Одеса, м. Дніпропетровськ) центрів з надання допомоги дітям із вродженими та набутими захворюваннями органів ротової порожнини і щелепно-лицевої ділянки.

На початок 2016 року на диспансерному обліку в щелепно-лицевому відділенні Сумської обласної клінічної лікарні та в обласній дитячій стоматологічній поліклініці знаходиться 185 пацієнтів до 18 років, прооперованих з приводу вроджених вад розвитку лица. З них – 41 пацієнт – мешканці м. Суми, а 144 – мешканці області. Усі пацієнти після проведення оперативного втручання потребували комплексного лікування за участю фахівців суміжних спеціальностей: ортодонта, оториноларінголога, кардіолога, логопеда, педагога та ін.

ПЕРЕДУМОВИ ЛІТОГЕНЕЗУ У СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ

Москаленко Р.А.¹ к.мед.н., доц., Чередніченко А.І.² к.мед.н.

¹ *Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра патанатомії*

² *Сумська обласна клінічна лікарня, Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини*

В останні роки зросла частота запальних захворювань слинних залоз. Одне з перших місць серед них займає неспецифічний хронічний сіалоаденіт, який має переважно стертий клінічний перебіг. Одним із наслідків такої патології є утворення конкрементів у протоковій системі залози.

Метою роботи є вивчення умов для виникнення сіалолітів.

Матеріали і методи. Для досліджень було використано матеріал 10 конкрементів і тканин слинних залоз, які були отримані після оперативних втручань в щелепно-лицевому відділенні Сумської обласної клінічної лікарні протягом 2013-14 років. Мікроскопічне дослідження навколишніх тканин проводилося за допомогою традиційних гістологічних методик. Рентген-структурний аналіз проводився в Інституті прикладної фізики НАН України (м.Суми).

Результати. При дослідженні гістологічних мікропрепаратів у 8 випадках було виявлено ознаки хронічного запалення паренхіми навколо протоків слинних залоз, просвіт яких містив мікроліти або конденсований секрет з ознаками кристалізації. Аналіз рентген-дифракційного дослідження конкрементів слинної залози показав, що в їх складі переважають сполуки кальцію з фосфатами, що за хімічною структурою характерно для гідроксиапатитів.

Висновки. Таким чином, на процес утворення сіалолітів впливають процеси хронічного запалення в паренхімі слинних залоз. У мінеральній структурі конкрементів переважають гідроксиапатити.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ІМПЛАНТАТАМИ "ITERUM ACTIV" У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ

Москаленко І.В., студентка, гр. СМ-502

Науковий керівник: ас., к. мед. н. Москаленко П.О.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія»

Цукровий діабет (ЦД) 2 типу (інсулінонезалежний) є найпоширенішою формою, що спостерігається переважно в осіб літнього і старечого віку. Він характеризується відносною недостатністю інсуліну і дуже часто поєднується з ожирінням. Хворі тривалий час, а іноді все життя не потребують інсулінотерапії. Тривалий час цукровий діабет і імплантація були поняттями несумісними. Деякі автори відносили його до абсолютних протипоказань, інші ж до відносних.

Метою дослідження було визначення умов при проведенні дентальної імплантації у хворих цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Нами проведено сім операцій дентальної імплантації хворим із цукровим діабетом 2 типу. Всім пацієнтам встановлювали гвинтові імпланти системи "Iterum activ". Клінічні етапи з підготовки кісткового ложа для встановлення імпланту проводили згідно з інструкцією виробника.

Результати. Обов'язковою умовою для ухвалення рішення проведення дентальної імплантації пацієнтам з цукровим діабетом при частковій відсутності зубів є рівень глюкози в крові, який в доопераційному періоді і періоді остеоінтеграції має бути в межах 7-9 ммоль/л. Для запобігання інфекційно-запальних ускладнень антибактеріальна терапія повинна тривати до 10 днів. Слід враховувати, що терміни остеоінтеграції подовжуються на нижній щелепі до 4-5 місяців, а на верхній до 6-8 місяців. В післяопераційному періоді пацієнтам з цукровим діабетом рекомендується з'являтися на огляд частіше, ніж без цієї патології.

Висновок. Таким чином, дотримання перелічених умов надасть змогу домогтися ефективних результатів оперативного втручання.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КРИСТАЛОГРАФІЇ ТА КРИСТАЛОСКОПІЇ СЛИНИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА ХВОРОБИ ШЕГРЕНА

Москаленко П.О., к.м.н., асистент, Масалітін І.М., студент, гр. ЛС-104

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Хвороба Шегрена (ХШ) - органоспецифічне, аутоімунне захворювання невідомої етіології, що супроводжується ураженням залоз зовнішньої секреції. Симптоми ксеростомії і ксерофтальмії при ХШ можуть тривати довго, залишаючись нерозпізнаними, незважаючи на їх постійне наростання, тому розробка і впровадження в практику ранніх неінвазивних методів діагностики є актуальною проблемою.

Мета. Нами ведеться розробка показань, методики застосування і впровадження кристалографії у діагностиці новоутворень слинних залоз з метою вдосконалення методів ранньої діагностики цієї патології за допомогою кристалографії і кристалоскопії слини.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом знаходилося 12 пацієнтів з хворобою Шегрена, з них у 83,3% було неускладнене новоутворення, а у 16,7% - ускладнене. У більшості випадків (91,6%) були уражені привушні слинні залози. Контролем слугували 15 хлопців призовників - здорових осіб. Для оцінки мікрокристалізації чистої слини використали модифіковану методику П.А. Леуса і визначали три типи мікрокристалізації.

Результати і висновки. Специфічні критерії, отримані нами в результаті дослідження, дозволяють стверджувати про особливості кристалографічної характеристики слини при лімфопроліферативних захворювань слинних залоз. Застосування кристалографії і кристалоскопії слини на початкових етапах обстеження хворих з підозрою на В-лімфому слинної залози дає можливість ранньої їх діагностики і диференціювання. Висока точність дослідження, атравматичність і неінвазивність методу роблять можливим широке

застосування його в повсякденній роботі практичних лікарів в амбулаторних і стаціонарних умовах.

ПРИНЦИПИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ

Ніколенко А.В. ст. СМ-502, Устянський О.О. доцент

СумДУ, кафедра нормальної анатомії людини з курсами топографічної анатомії та оперативної хірургії, гістології, цитології та ембріології

Вроджені вади розвитку лиця (розщілина піднебіння та незрощена верхня губа) виправляють шляхом проведення оперативних втручань. Кількість необхідних операцій залежить від ступеня вираженості дефекту. Вперше спосіб пластики піднебіння при вроджених дефектах обґрунтував та запропонував ще в 1861 році німецький хірург Б. Лангебек. Ураностафілопластика за Лангебеком залишається основою сучасних оперативних втручань, які включають в собі: 1 – викроювання слизово-окісних клаптів залежно від виду розщілини: одного – у разі незрощення задньої третини твердого та м'якого піднебіння; двох – за умови всіх інших вад; 2 – відшарування цих клаптів до межі твердого та м'якого піднебіння; 3 – відокремлення їх від заднього краю горизонтальних пластинок піднебінної кістки; 4 – остеотомія задньої стінки великого піднебінного отвору і виведення судинно-нервового пучка; 5 – зняття з гачка крилопіднебінного відростка клиноподібної кістки сухожилка м'яза-натягувача піднебінної завіски. Виконання цих етапів дозволяє максимально перемістити тканини піднебіння дозад, у ретроположення. На останньому етапі освіжають краї розщілини і пошарово накладають шви на рану м'якого піднебіння кетгуттом та поліамідною ниткою. Слизово-окісний піднебінний клапоть, відшарований від кісткової основи твердого піднебіння, фіксують до кістки у новому положенні клеєм КЛ-3 або тампоном та захисною пластинкою, виготовленою заздалегідь до операції. Дефект у передньому відділі піднебіння за показаннями закривають за допомогою перевернутого на 180° слизово-окісного клаптя або клаптем на ніжці з боку слизової оболонки верхньої губи.

Хейлопластику застосовують для відновлення анатомічної цілості губи, створення присінка рота, а також для виправлення деформації крила носа і дна нижнього носового ходу та перегородки носа. Операцію проводять на I – III добу після народження у спеціалізованих закладах. Якщо перші дні упущені, операцію проводять на III місяці життя. Другий місяць небажаний, тому що відбувається імунно-біологічна перебудова організму і оперативне втручання ускладнюється розходженням швів. При хейлопластиці варто враховувати не тільки форму дефекту, але й попереджувати виникнення деформації носа. Тому при раній первинній ринохейлопластиці слід уникати втручань на хрящах у місцях їх росткових зон. Не рекомендується відшаровувати та виділяти хрящі носа з їх внутрішньої поверхні, розтинати або видаляти внутрішні і зовнішні ніжки хряща крила носа, особливо по його задньому краю, накладати пластиночні шви.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КЛАСИЧНОГО СИНДРОМУ ШЕГРЕНА

¹Павлоградська Т.О., ¹Рачок Т.С., ²Рачок А.А.

Науковий керівник – д. мед. н. Лахтін Ю.В.

¹КЗ «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»

²Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Синдром Шегрена – це аутоімунне ураження екзокринних (особливо слинних і слізних) залоз, що супроводжується їх гіпофункцією і зазвичай поєднується з імунно-запальними системними захворюваннями. Головними симптомами цієї патології є сухість всіх слизових оболонок, а особливо очей (ксерофтальмія), порожнини рота (ксеростомія), глотки, шкіри (ксеродермія). Поширеність класичного синдрому серед населення низька, а в практиці лікаря-стоматолога частіше зустрічаються різні варіанти клінічної картини, тому наводимо випадок з пацієнткою Н., 63 років.

Хвора звернулася зі скаргами на сухість в порожнині рота, біль і печію у язиці, щоках, дискомфорт в носоглотці, утруднений прийом їжі, біль у нижньощелепних суглобах, кровоточивість ясен та рухомість зубів нижньої та верхньої щелепи, швидке руйнування зубів. Більше трьох років тому почала відчувати сухість очей, порожнини рота та шкіри, що постійно наростала, було встановлено ревматоїдний поліартрит.

При огляді шкіра обличчя суха, з ділянками лущення, слизова очей має ознаки запалення. Червона облямівка губ суха. Слизова оболонка порожнини рота зволожена незначно. Язик червоний, сухий, обкладений нальотом. Виділення слини із навколоушних та піднижньощелепних залоз в незначній кількості. Ротова рідина в'язка, прозора. Відкривання рота не обмежене, однак, відмічаються неприємні відчуття у СНЩС.

У пацієнтки один частковий знімний протез на верхній щелепі та повний знімний протез на нижній щелепі. З її слів зуби видалені через рухомість та значну зруйнованість.

Враховуючи скарги хворої, анамнез та дані об'єктивного обстеження був встановлений діагноз «Синдром Шегрена».

ВИКОРИСТАННЯ ЗУБНИХ ІМПЛАНТАТІВ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Палій Т.А., студент

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Савченко В.В.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної і соціальної медицини, м. Суми, Україна

За статистичними даними 69% дорослих людей віком 35-44 роки втратили хоча б один постійний зуб внаслідок травми, захворювань пародонту, карієсу чи проблем із кореневими каналами. Більше того, до 74-річного віку 26% дорослих втрачають усі постійні зуби. Дентальні імплантати дозволяють усунути ці проблеми.

Мета. Дати загальні уявлення про можливості дентальної імплантації.

Матеріали і методи. Огляд літературних джерел.

Результати. Стоматологічний (дентальний) імплантат – штучно виготовлена, часто багатокомпонентна структура, яка використовується для введення в кісткову тканину щелепи, з наступним зрощенням (остеоінтеграцією) з метою протезування.

Установка імплантату дозволяє відновити втрачений зуб, не пошкоджуючи здорові сусідні зуби, створювати додаткову підтримку і встановити незнімний протез, відновити важливу фізіологічну функцію жувального апарату, підвищити позитивний психо-емоційний стан людини за рахунок гарної естетики протезу. Переважна більшість пацієнтів із дентальними імплантатами відзначає покращення якості життя, самопочуття та зовнішнього вигляду.

Дентальні імплантати, зазвичай, виготовляються із титану, та «зростаються» із кісткою завдяки процесу, що носить назву остеоінтеграції. Протезні конструкції на дентальних імплантатах ніколи не зісковзують, не здійснюють ніяких неприємних звуків та не сприяють виникненню карієсу, як це буває із зубами, що служать в якості опори для мостоподібних протезів. Завдяки міцному з'єднанню із кісткою, втрата кісткової маси не є проблемою, як це може траплятись при користуванні знімними протезами в ділянках відсутніх зубів.

Таким чином, використання дентальних імплантатів є інноваційним методом лікування в ортопедичній стоматології.

ІНТЕРЛЕЙКІНИ 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, м. Вінниця, Україна

Мета. Визначити рівень інтерлейкінів в слині пацієнтів з різною ортодонтичною апаратурою.

Матеріали і методи. 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 - знімна ортодонтична апаратура, здорові діти становили 3 - контрольну групу. Слину збирали в перший день звернення до поліклініки на початку лікування із застосуванням ортодонтичної апаратури, через 3 та 6 місяців від початку лікування. Визначали рівень інтерлейкінів ІЛ-1 β і ІЛ-4 в слині.

Результати. Активність інтерлейкіну ІЛ-1 β через 3 місяці від початку лікування у пацієнтів 1 і 2 групи зростала і залишалась високою на 6-й місяць, проте в 2 групі дітей зростання його активності було значно менше. У обстежених 3 групи активність інтерлейкіну ІЛ- β піддавалась динамічним змінам - зростала на 3-му місяці і незначно зменшувалась на 6-му.

Рівень інтерлейкіну ІЛ-4 у пацієнтів 1 і 2 групи також збільшувався протягом періоду спостереження. В слині здорових дітей динаміка зміни його активності не мала достовірних змін.

Висновки. Зростання рівня прозапального ІЛ-1 β у пацієнтів з ортодонтичною апаратурою може свідчити про наявність запалення в яснах, а протизапального ІЛ-4 – про пригнічення їх синтезу. Дані активності інтерлейкіну ІЛ-1 β та ІЛ-4 в контрольній групі, вказують на можливість сезонних коливань.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗБУДЛИВОСТІ ПУЛЬПИ У СПОРТСМЕНІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ КОНТАКТНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ

Пимоненко І.І.

Науковий керівник: Савченко В.В., Животовський І.В.

Медичний інститут Сумського державного університету, секція «стоматологія», м. Суми, Україна

Електроодонтометрія – це визначення порога збудливості пульпи за допомогою електричного струму.

Мета: визначити ступінь збудливості пульпи зубів до і після механічного навантаження у спортсменів, які займаються контактними видами спорту.

Методи дослідження. проводили електроодонтометрію (ЕОМ) верхніх фронтальних зубів у спортсменів, яких розподілили на три групи: 1 – контрольна (21 обстежених), 2 - 17 пацієнтів, яким були виготовлені захисні капи з матеріалу «Боксил-Екстра», 3 - 15 чоловік, яким виготовляли захисні запобіжники із матеріалу «КорСа-А».

Результати. У пацієнтів 1 групи електрозбудливість верхніх центральних різців складала $4,12 \pm 0,29$ і $4,08 \pm 0,28$ мкА. У день обстеження пацієнтів 2 та 3 груп зуби реагували на електричний струм від $3,65 \pm 0,29$ мкА до $3,8 \pm 0,33$ мкА відповідно.

Через 1 добу після тренувань показники ЕОМ зубів в групах порівняння дещо збільшилися. Так, в 2 групі значення ЕОМ пульпи становили від $4,71 \pm 0,31$ мкА до $4,88 \pm 0,38$ мкА, а в 3 - пульпа реагувала на силу струму від $4,47 \pm 0,35$ мкА до $4,53 \pm 0,31$ мкА.

Через 1 місяць спостереження електрозбудливість зубів у обстежених реагувала на меншу силу струму. Пульпа 11 і 21 зубів у спортсменів 2 групи реагувала на електричний подразник від $3,94 \pm 0,37$ мкА до $4,06 \pm 0,20$ мкА, тоді як у 3 - від $3,73 \pm 0,18$ мкА до $3,87 \pm 0,19$ мкА.

Висновки. Отже, показники реакції пульпи на механічний подразник при застосуванні ротових запобіжників із «Боксил-Екстра» і «КорСа-А» мало відрізняються між собою як через

добу після тренування, так і через 1 місяць спостереження, але дещо відрізняються від показників осіб контрольної групи.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ

Розовик Н.С., Кочкіна Н.А.

ПВНЗ «Київський медичний університет», кафедра терапевтичної стоматології, м. Київ

Розробка ефективних методів лікування і профілактики ускладнень в комплексному лікуванні таких дистрофічно - запальних захворювань пародонту, як генералізований пародонтит I - II ступеня тяжкості хронічного перебігу, у пацієнтів з дефектами зубних рядів, є важливою медико - соціальною проблемою.

Мета. Оцінити вплив локального застосування апігелю в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту хронічного перебігу.

Матеріали і методи. Нами проліковано 41 хворий, яким було виготовлено 44 протеза шинуючого типу.

В I групі 22 хворим виготовлено 23 акрилових протези з металевим базисом та шинуючими елементами фіксації або бюгельних протезів. В 2 групі 19 хворим виготовлено 21 часткових знімних протезів з термопластичних матеріалів за сучасними технологіями пресування пластмас, як з опорноутримуючими елементами фіксації (кламерна система), так і з телескопічною системою фіксації.

Обидві групи в залежності від обраної тактики лікування поділена на 2 підгрупи. У підгрупі А лікування проводили по традиційній схемі (зняття зубних відкладень, корекція гігієни порожнини рота та інше). У підгрупі В пацієнтам, поряд з традиційною терапією, накладали апігель у вигляді аплікацій на слизову оболонку ясен, з експозицією 10 - 15 хв. Процедуру повторювали 2 рази на день, протягом 10 - 14 днів.

Результати. Клініко-лабораторна оцінка результатів застосування розроблених нами шинуючих конструкцій, виготовлених з термопластичних матеріалів засвідчила їх клінічну ефективність з покращенням естетичних показників та показників гігієнічного стану протезів ($1,98 \pm 0,06$ бали), порівняно з $2,09 \pm 0,06$ балами у осіб що користувалися класичними литими металевими шинами (шини Ельбрехта).

Висновки. Виявлено позитивний вплив локального застосування апігелю в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту хронічного перебігу, за рахунок протизапальної, протитоксичної, антиоксидантної дії, що відображалось в позитивній динаміці клінічних показників оцінки стану пародонту і стоматологічних індексів.

ЕКОЛОГІЧНА СКЛАДОВА РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Селін М.С.¹⁾

Науковий керівник – Аблєєва І.Ю.^{1,2)}

¹⁾Наукове товариство учнів Білопільського центру дитячої та юнацької творчості

²⁾Сумський державний університет, кафедра прикладної екології

Мета дослідження: виявити вплив небезпечних екологічних факторів, зокрема якісного та кількісного хімічного складу питної води, на інтенсивність карієсу зубів серед дорослого населення.

Матеріали та методи дослідження. Проводили статистичний аналіз даних екологічних паспортів Сумської області за період 2007–2014 р., а також опрацьовували медичні картки хворих м. Шостка (забрудненого району) та м. Білопілья (умовно чистого району) для розрахунку у них індексу КПВ залежно від віку і статі. Фотометричним методом з лантаналізаринкомплексом у водному середовищі визначали вміст фторид-іонів в питній воді з трьох джерел: колодязь, колонка та водопровідна вода м. Білопілья.

Результати. Визначено, що поширеність і інтенсивність карієсу зубів залежить від стану екологічної ситуації в регіоні. Проведені дослідження свідчать, що надлишкове

надходження пероральним шляхом солей свинцю та цинку у дорослого населення призводять до надзвичайно високого ризику виникнення карієсогенних факторів. Так, у мешканців м. Шостка спостерігається середній та високий рівень інтенсивності карієсу зубів, а м. Білопілья - низький та середній. При цьому, жінки більш чутливі до токсичної дії солей важких металів, що можна пояснити гормональним регулюванням мікро- та макроелементного обміну. Підвищення індексу КПВ відображає структурні зміни в емалі і обумовлено кумулятивним ефектом шкідливих для організму факторів довкілля, яке посилюється існуючими загально соматичними захворюваннями.

Висновки. На основі проведеного дослідження визначено, що вміст важких металів в об'єктах навколишнього середовища є стоматологічною екогенією, тобто фактором на фоні якого відбувається ускладнення чи посилення хвороби.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПРИНЦИПІВ ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ГІСТОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ЕМАЛІ ЗУБІВ

Сміянов Ю.В., аспірант

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Тривала збереженість пломб в зубах залежить від багатьох факторів, один з яких – оптимальне формування каріозних порожнин. Існують різні підходи до їх препарування. Блек запропонував так званий принцип «профілактичного розширення заради попередження», при якому порожнини препаруються в межах здорових тканин зуба до імунних зон з метою запобігання вторинного карієсу на межі контакту з пломбою. Лукомський І.Г., навпаки, при формуванні каріозних порожнин сформулював принцип «біологічної доцільності», коли видаляються тільки уражені патологічним процесом тканини зуба. Але в кожному випадку щільність прилягання пломби до тканин зуба і її довговічність залежить від характеру фінішної обробки емалевого краю порожнини.

Рекомендовано різні варіанти скосу емалі: легкий, короткий, довгий, повний, увігнутий і без фальцу взагалі. Вважають, що емалеві призми повинні бути зрізані вертикально або навскіс. Препарування без формування скосу веде до паралельного розрізу призмового кута, що створює умови для утворення крайової щілини. Сили, які утворюються при полімеризаційній усадці пломбувального матеріалу, можуть перевершувати з'єднувальні сили емалевих призм, що призводить до їх відриву від основної маси емалі.

Але призми існують не в усіх топографічних зонах емалі. У внутрішньому шарі на межі з дентином та зовнішньому поверхневому їх, як структурної одиниці, немає. Ці ділянки утворені тільки неорганізованими кристалами гідроксиапатиту. Тому питання про тип формування емалевих країв під час препарування каріозних порожнин в залежності від ходу призм потребує подальшого вивчення, особливо з врахуванням фізичних параметрів емалі зубів.

НАУКОВА СПАДЩИНА АКАДЕМІКА МИКОЛИ СЕРГІЙОВИЧА СКРИПНІКОВА (до 80-річчя з дня народження)

Устянський О. О.

СумДУ, кафедра нормальної анатомії людини з курсами топографічної анатомії та оперативної хірургії, гістології, цитології та ембріології

19 травня 2016 року виповнюється 80 років з дня народження Заслуженого діяча науки і техніки України, доктора медичних наук, професора Миколи Сергійовича Скрипнікова. З його ім'ям пов'язані роки розвитку і зміцнення Полтавського медичного стоматологічного інституту, створення міцної матеріально-технічної бази та наукового потенціалу вузу, набуття вузом статусу "Українська медична стоматологічна академія". У своїх дисертаційних роботах Микола Сергійович започаткував новий науковий напрямок у вивчення приносних пазух людини. Пластмасові зліпки комірок решітчастого лабіринту,

отримані ним при виконанні кандидатської дисертації, увійшли до "Атласу анатомії людини" за редакцією Р. Д. Синельнікова.

З першого дня роботи на посаді ректора інституту (лютий 1987 року) він висунув основне і першочергове завдання вузу: підготовка та виховання нових професорсько-викладацьких кадрів вищої кваліфікації через аспірантуру і докторантуру. Були чітко визначені пріоритетні напрямки в діяльності кожної кафедри і наукових підрозділів вузу. Особливий наголос було зроблено на тому, що кожна кафедра, кожна клініка повинні створити свою наукову школу.

Наукові пошуки морфологів та хірургів інституту об'єднав пріоритетний напрямок розробки нових хірургічних, реконструктивних та фізико-біологічних методів корекції порушень діяльності організму людини і тварин при екстремальних ситуаціях (на органному, клітинному та субклітинному рівнях), створення нових медичних приладів, технологій та засобів профілактики і лікування, що працюють на цій основі. Крім того, очолювана ним кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії продовжувала вивчати особливості становлення, топографії та структурної організації кровоносних судин і парасимпатичних вузлів голови людини в онтогенезі.

Бурхливого розвитку набуло тісне співробітництво теоретичних кафедр з клінічними базами стоматологічного профілю. Вивчалась структура та функції слинних залоз у нормі, їх регенеративні та пристосувальні можливості, в процесі розвитку хронічних запальних і дистрофічних захворювань. Продовжувалось дослідження клітковинних просторів та кісткової системи обличчя.

Під керівництвом М. С. Скрипнікова виконано та захищено 20 докторських та більше 50 кандидатських дисертацій. Довгий час він очолював проблемну комісію МОЗ України та Президії АМН з проблеми "Морфологія людини".

З 1978 по 2006 рік завідував кафедрою оперативної хірургії та топографічної анатомії. З 1987 по 2003 рік очолював вуз. У квітні 2010 року пішов у вічність.

ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ

Шершинева Є. С., ст. СМ-502, Устянський О. О., доцент

СумДУ, кафедра нормальної анатомії людини з курсами топографічної анатомії та оперативної хірургії, гістології, цитології та ембріології

Розщілини піднебіння та незрощення верхньої губи виникають в перші два місяці вагітності і тісно пов'язані з формуванням лицевої частини голови. Остання у ембріона 12-ї доби розвитку формується з невеликої заглибини між переднім мозковим пухирем та серцевим виступом. Ця заглибина отримала назву первинного рота. На кінець першого місяця ембріонального розвитку первинний рот обмежований зверху по серединній лінії присередніми носовими відростками, зверху та з боків – верхньощелепними відростками, а знизу – нижньощелепними відростками. Носові відростки, з'єднуються між собою, утворюють первинне, дифінітивне піднебіння, котре розмежовує нюхову ямку від ротової порожнини. Остаточне, вторинне піднебіння, формується на другому місяці розвитку ембріона із піднебінних пластинок, що відходять від внутрішньої поверхні верхньощелепних відростків. На кінець другого місяця ембріонального розвитку формується верхня губа та альвеолярний відросток верхньої щелепи. Середня частина верхньої губи утворюється з присереднього носового відростка, а бічна – з верхньощелепного відростка.

На другому місяці ембріонального розвитку між різними відростками ще існують щілини, котрі в процесі подальшого розвитку заростають. Але деякі зародкові щілини не заростають, і тоді виникають різні вади розвитку.

Причинами незрощення щілини і появи вад розвитку можуть бути: мутаційні гени, шкідливі чинники зовнішнього середовища, що впливають на матір, гіпоксія плоду, гострі авітамінози і вірусні захворювання матері та ін.

При вроджених вадах спостерігаються різні зміни кісткового скелету лиця, неправильне розташування зубних зачатків та ін. Іноді кількість зубних зачатків зменшується, або вони навіть відсутні (адентія). Деформація зубної дуги і піднебінних

пластинок може поєднуватися з недорозвитком верхньої щелепи (мікрогнатія). Звуження верхньої щелепи з розвитком дитини збільшується. Вроджена деформація верхньої щелепи при незрощенні піднебіння може поєднуватися з деформацією нижньої щелепи.

УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ПЬЕЗОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Алмурат С.С., Айдосов М.Р.

Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии детского возраста, г. Караганда, Казахстан

Применение технологии пьезохирургии при удалении зубов способствует сохранению костной ткани альвеолярного отростка, позволяет без травм удалять зубы сложного расположения, проводить операции в труднодоступных местах.

Цель исследования: оценить результаты удаления ретенированных зубов у детей пьезохирургическим методом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре стоматологии детского возраста КГМУ на базе клиники Гиппократ. Было проведено стоматологическое обследование 36 пациентов в возрасте 12-17 лет с ретенцией зубов до операции, на 3 и 6 день после лечения. Исследование включало опрос и осмотр полости рта с применением инструментальных методов и панорамной рентгенографии. Лечение проводили с помощью пьезохирургического аппарата "Piezotome" и традиционным методом. Пьезохирургическим методом было удалено 14 зубов, традиционным – 10.

Результаты. При пьезохирургическом методе продолжительность удаления зубов составила 1.2 ± 0.3 (M \pm SD) часов. В послеоперационный период на 3 день края раны были подтянуты, наблюдались отек (55%), гиперемия и болезненность, но не было кровоточивости. На 6 день сохранялся только слабый отек мягких тканей (5%). Реабилитационный период составил 4.0 ± 2.0 (M \pm SD) дня.

При традиционном методе продолжительность удаления зубов составила 1.5 ± 0.5 (M \pm SD) часов. На 3 день после операции отмечали отек, гиперемию (85%), болезненность (45%) и кровоточивость (100%). К 6 дню сохранялись гиперемия, болезненность и отек (24%).

Таким образом, удаление ретенированных зубов пьезохирургическим методом у детей способствует сокращению продолжительности операции на 15–20%, гладкому течению послеоперационного периода и уменьшению сроков заживления раны. На наш взгляд, применение этого метода экстракции зубов перспективно и может быть рекомендовано для широкого внедрения в клиническую практику.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕСЕНСИТАЙЗЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ЗУБОВ

Вакула А.Ю., Демидова П.И.

Научный руководитель – проф., д.м.н. Рябоконт Е.Н., доц., к.м.н. Андреева Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии

Гиперестезия часто встречается в качестве симптома при обнажении шеек зубов в результате заболеваний пародонта, при кариесе, некариозных поражениях, после отбеливания, применения ультразвукового скейлера. Существуют различные методы лечения гиперестезии, которые зависят от ряда факторов.

Целью исследования явилась изучение эффективности применения геля BiorepairDesensitizingEnamelRepairTreatment и крема ToothMousse у пациентов с генерализованной гиперестезией 1 степени, возникшей после профессиональной чистки зубов с использованием ультразвукового скейлера.

Методы. Проведено обследование и лечение 21 пациента обоего пола в возрасте от 19 до 28 лет с генерализованной гиперестезией 1 степени, возникшей после профессиональной чистки зубов с использованием ультразвукового скейлера. Все пациенты были разделены на 2 группы (1 группа – 10 человек, 2 группа – 11 человек). Пациентам 1 группы было

проведено профессиональное лечение гиперестезии гелем BiorepairDesensitizingEnamelRepairTreatment, 2 - ToothMousse в течение недели с применением многоразовых капп. После антисептической обработки полости рта, удаления мягкого зубного налета, полировки поверхностей зубов вносили десенситайзеры в каппе в полость рта на 20 минут. Оценку степени гиперестезии осуществляли в баллах. Курс лечения - 7 дней ежедневно.

Результаты. После лечения у пациентов обеих групп отмечалась положительная динамика. Так, в 1 группе – у 7 из 10 пациентов гиперестезия исчезла, у 3-х определялась незначительная чувствительность к холодному. Во 2 группе – у 10 из 11 пациентов гиперестезия исчезла полностью, у одного отмечалась чувствительность к холодному.

Таким образом, реминерализующий гель Biorepair Desensitizing Enamel Repair Treatment и водорастворимый аппликационный профессиональный крем Tooth Mousse могут быть препаратами выбора при лечении пациентов с генерализованной гиперестезией.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КИСЛОУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Воронина А.С.

Научный руководитель: д. мед. н., профессор Удод А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
кафедра стоматологии №1, г. Краматорск, Украина*

Восприимчивость эмали зубов к кариесу в значительной степени, как известно, зависит от структурно-функциональной кислотоустойчивости. Тест эмалевой резистентности, предложенный для её определения, проводят на верхних центральных резцах.

Цель – оценка степени информативности определения структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали и её компонентов в зависимости от групповой принадлежности зубов.

Методы. Обследовано 30 человек 12-15 лет, структурно-функциональную кислотоустойчивость эмали зубов у которых определяли по тесту эмалевой резистентности на экваторе вестибулярной поверхности центрального резца, клыка и второго премоляра верхней челюсти (первая точка). Затем с небной поверхности проводили хемостимуляцию пульпы этих зубов гипертоническим раствором хлористого натрия в течение 10 минут, после чего повторяли тест эмалевой резистентности в точке, симметричной первой.

Результаты. Структурно-функциональная кислотоустойчивость эмали в первой точке на резцах составляла $5,03 \pm 0,14$ бала и достоверно ($p < 0,05$) превышала показатели на клыках и премолярах, которые, в свою очередь, друг от друга отличались недостоверно ($p > 0,05$) – $4,68 \pm 0,13$ бала и $4,71 \pm 0,14$ бала соответственно. После проведения хемостимуляции максимальное изменение структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали (почти на 1,5 балла) было зафиксировано на резцах, где её уровень достиг $3,55 \pm 0,09$ бала. Этот показатель достоверно ($p < 0,05$) отличался от такового на клыках ($3,87 \pm 0,06$ бала) и премолярах ($4,06 \pm 0,04$ бала).

Таким образом, быстрое и достоверное изменение кислотоустойчивости эмали в симметричных точках связано с динамикой функционального компонента. Наиболее информативным в этом отношении оказалось исследование, проведенное на резцах.

ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ ФАКТОРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Гальметдинова Н.Р., Юсифова М.И., Романенко Е.Г., к.мед.н, ассистент

ГУ “Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины”, кафедра детской стоматологии

Оксид азота (NO) и его метаболиты способны оказывать как повреждающие, так и защитные воздействия на слизистую оболочку, которые во многом зависят от концентраций

этого соединения. Подобное действие метаболиты азота должны оказывать на ткани полости рта, однако эти данные требуют дополнительного изучения.

Цель работы: изучить влияние взаимодействия неспецифических защитных факторов ротовой жидкости на состояние тканей пародонта у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 76 школьников, которые пребывали на лечении в гастроэнтерологическом отделении. Гликопротеины из слюны выделяли 20% раствором сульфосалициловой кислоты. Уровень общих гликопротеинов в ротовой жидкости определяли спектрофотометрическим методом с реактивом Фолина. Нитратредуктазную активность слюны определяли по методике В.А.Храмова. Сумму стабильных метаболитов NO в ротовой жидкости определяли спектрофотометрическим методом с реактивом Грисса.

Результаты и выводы. В результате исследования установлено, что фоновый уровень стабильных метаболитов NO в ротовой жидкости здоровых детей и детей с гастродуоденальной патологией находился в прямой зависимости от активности нитратредуктазы. Наиболее высокий уровень гликопротеинов регистрировался у соматически здоровых детей с лёгкой степенью гингивита. У здоровых детей со средней тяжестью воспалительного процесса уровень гликопротеинов снижался. Дальнейшее снижение уровня гликопротеинов в ротовой жидкости детей с гастродуоденальной патологией можно объяснить истощением их синтеза в результате хронического заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Высокий уровень нитратредуктазы в ротовой жидкости благоприятно отражается на состоянии тканей пародонта и способствует синтезу гликопротеинов, обеспечивающих защиту и регенерацию слизистой оболочки десны.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РЕНТГНЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ОККЛЮЗИИ

Густов В.В.

Научный руководитель: Курчанинова М.Г. к.м.н, доцент, зав.кафедрой стоматологии №2 ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ, Иваново, Россия

При ротовом дыхании формируется «аденоидный» тип лица, готическое небо, узкая верхняя челюсть, деформация нижнего зубного ряда, блокировка нижней челюсти в дистальном положении, развивается мышечный дисбаланс, асимметричный рост правой и левой половин лица, дисфункция ВНЧС, шея смещается вперед, нагрузка на позвоночник увеличивается.

Цель работы - изучить распространённость рентгенологических признаков ЛОР патологии у детей при различных аномалиях окклюзии.

Материалы. Проведено анкетирование, осмотр и анализ телерентгенограмм головы в боковой проекции у 238 детей. Первую группу составили дети 6-9 лет (42 мальчика и 86 девочек), вторую - 10-12 лет (34 мальчика и 76 девочек). Изучали вид окклюзии, скелетный класс по Энглу, тип росталицевого скелета и наклон резцов.

Результаты. Среди первой группы детей распространённость ЛОР патологии (по данным телерентгенограмм) составляет 85,94%, из них 1 степень сужения дыхательных путей в 58,18% случаев, 2-3 степень - 41,82%.

Среди обследованных второй группы распространённость ЛОР патологии составляет 73,64%, из них 1 степень сужения дыхательных путей в 74,07% случаев, 2-3 степень - 25,93%.

В первой и второй возрастной группе преобладает II скелетный класс окклюзии (65,62% и 65,45% соответственно). При этом классе ЛОР-патология выявлена у 86,90% детей 6-9 лет и у 73,61% 10-12 лет.

У пациентов с ЛОР-патологией превалирует гипердивергентный тип роста лицевого скелета - 43,64% и 43,21% соответственно первой и второй группы. В первой группе обследованных преобладает ретроклинация резцов, а во второй - проклинация.

Выводы. Среди детей с ЛОР-патологией преобладает II скелетный класс окклюзии и гипердивергентный тип роста лицевого скелета. В возрастной группе 10-12 лет встречаемость зубочелюстных аномалий остаётся на прежнем уровне, что говорит об их закреплении.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОФТОРИРОВАНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АКТИВАЦИИ СИЛЕРА НА КАЧЕСТВО ОБТУРАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Днестранский В.И., Санжарова А.В., Днестранская Е.И.

Научный руководитель: проф., д.мед.н. Е.Н. Рябоконт

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии

Эффективность эндодонтического лечения определяется качественным выполнением ряда стоматологических манипуляций: медикаментозной и инструментальной обработки корневых каналов, а также качественной и герметичной его obturацией пломбирочным материалом. Качество герметичности заполнения корневого канала после пломбирования во многом зависит от степени адгезии силера к стенкам корневого канала и гуттаперчевым штифтам.

Цель исследования: оценка качества герметизации корневого канала после эндофторирования и ультразвуковой активации силера.

Объект и методы исследования. Использованы 24 однокорневых одноканальных зуба, которые были разделены на 4 группы в зависимости от методики обработки и пломбирования. Растровое сканирующее электронно-микроскопическое (РСЭМ) исследование проведено после общепринятой и усовершенствованной методике пломбирования с применением эндофторирования и ультразвуковой активации силера на разных режимах.

Результаты. Получено и обработано 86 сканэлектроннограмм. Средний показатель микропространств в шлифах колебался от 1,4 нм до 10,8 нм. Достоверно наименьшая величина микрощели 1,4 нм выявлена в образцах группы 4, запломбированных по усовершенствованной методике. В зубах 3 группы она составляла 2,5 нм, во 2-й – 6,1 нм. Самый большой показатель микрощели выявлен в зубах, запломбированных по традиционной методике – 10,8 нм. Использование РСЭМ позволило объективно оценить качество obturации корневого канала и подтвердить эффективность модифицированной методики в сравнении с традиционной.

Выводы. Изучение фотографий распилов исследуемых групп зубов, полученных при малых увеличениях, показало, что традиционное пломбирование корневого канала не гарантирует плотного прилегания корневой пломбы к его стенкам и, соответственно, не обеспечивает должного герметизма. Эндофторирование и ультразвуковая активация силера позволяют улучшить качество герметизации апикальной трети корневого канала.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Драмарецкая С.И.

Научный руководитель: Удод А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра стоматологии №1, г. Краматорск, Украина

Адгезивные мостовидные протезы (АМП), изготовленные из светоотверждаемых материалов по инновационным технологиям, нашли широкое применение в практике. Клиническую оценку их состояния необходимо проводить по адаптированной к конструктивным особенностям системе с алгоритмизацией тактики врача.

Целью исследования была клиническая оценка адгезивных мостовидных протезов по разработанной системе.

Методы. Обследовано 103 пациента с включенными дефектами зубного ряда малой протяженности. Замещение дефектов проводили АМП с армированием стекловолокном,

изготовленными прямым методом. Клиническую оценку проводили через сутки, 6, 12 и 24 месяца по разработанной системе с определением состояния протезов, как приемлемое с коррекцией или неприемлемое с заменой протезов. В случае коррекции выделяли существенные и несущественные отклонения для их исправления.

Результаты. Через сутки у всех пациентов АМП были без отклонений. Через 6 месяцев в 8 протезах (7,76%) были несущественные отклонения, в 9 протезах (8,73%) выявили существенные отклонения, но состояние их было приемлемым, в 5 протезах (4,85%) определены существенные неприемлемые отклонения. Через 12 месяцев 25 АМП (24,27%) имели несущественные отклонения, в 17 протезах (16,50%) выявили существенные, но приемлемые отклонения. Еще 9 протезов (8,73%) были в неприемлемом состоянии. Спустя 24 месяца в 38 протезах (36,89%) выявили несущественные отклонения, 35 протезов (33,98%) имели существенные приемлемые отклонения, в 13 протезах (12,62%) - неприемлемые отклонения. Выявленные приемлемые отклонения конструкций исправляли, в случаях неприемлемого состояния изготавливали новые АМП.

Таким образом, использование предложенной системы позволяет объективно оценить адгезивные мостовидные протезы и определить тактику врача.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ

Жданова Н.А.

Научный руководитель Рябокони Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии, Украина

Одной из основных целей эндодонтического лечения является удаление микроорганизмов из системы корневых каналов зуба. Изучение антибактериальной активности материалов для временной obturation корневых каналов зуба является актуальной задачей.

Цель - сравнить антибактериальную активность материалов для временной obturation корневых каналов *in vitro*.

Материалы. Для определения антимикробной активности были использованы образцы материалов: 1 - «Metapex», 2 - «Calasept», 3 - «Апексдент без йодоформа», 4 - «Апексдент с йодоформом», 5 - «Йодотемп 25», 6 - «Эндойод». В качестве тест-культур использовали эталонные штаммы *Candidaalbicans*, *Staphylococcusepidermidis*, *Escherichiacoli*, *Pseudomonasaeruginosa*, *Enterococcusfaecalis*. Исследование проводилось методом «колодцев» (метод диффузии в агар).

Результаты. Зона задержки роста *S. albicans* была в образцах 2, 5, 6. Образцы 1 и 4 не задерживали рост, вокруг лунки с материалом 3 отмечали вторичный рост микроорганизма. Зона задержки роста *S. epidermidis* в образце 1 соответствовала материалу средней активности, а в 5 и 6 – активно-действующим материалам. Образцы 2, 3 и 4 не задерживали рост, вокруг лунок 2 и 3 обнаружены зоны вторичного роста.

Штамм *E. coli* был чувствительный к образцам 5 и 6. Материалы 1 и 4 не задерживали рост микроорганизмов, а вокруг лунок 2 и 3 зафиксирован вторичный рост.

К *P. aeruginosa* высокая активность отмечена в материалах 5 и 6. Вокруг колодцев с образцами 1 и 4 не обнаружено задержки роста, а 2 и 3 зафиксирован рост микроорганизма уже на первые сутки инкубации.

К штамму *E. faecalis* антибактериальную активность проявили все образцы материалов, был единичный рост колоний, зоны задержки роста невозможно определить.

Выводы. Материалы на основе йодоформа («Йодотемп 25» и «Эндойод») являются активно-действующими, что позволяет рекомендовать их при лечении инфицированных корневых каналов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШИНОЙ

Каиртаев А.С. Базарбай М.О.

Научный руководитель: Тулкумбаев А.Р.

*Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии
детского возраста и хирургической стоматологии, г. Караганда, Казахстан*

Переломы нижней челюсти составляют около 70% всех переломов костей лица. Для их лечения применяют шины различных конструкций.

Целью исследования являлось оценка эффективности лечения переломов нижней челюсти с помощью модифицированной нами шины с перпендикулярно расположенным распорочным изгибом.

Методы. Было проведено лечение 34 больных с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда, которые были разделены на две группы. Пациентов первой группы (18 человек) лечили общеизвестным стандартным методом (двучелюстные шины с зацепными петлями, резиновой тягой), а второй (16 человек) - предложенной нами модифицированной шиной с перпендикулярным распорочным изгибом.

Результаты. В процессе лечения у 5 больных первой группы были удалены зубы из линии перелома, что привело к повторному изготовлению и наложению шин, а у 3- возникло осложнение в виде нагноения костной раны. Пациенты первой группы на 3-4 суток дольше находились в стационаре, а с осложнениями переведены в гнойное отделение, что привело к увеличению срока их лечения в среднем на 6-7 суток.

Во второй группе больных зуб из линии перелома удалили у 6, послеоперационных осложнений не было. По клинико-рентгенологическим признакам образование костной мозоли у них происходило на 4-5 суток раньше, чем у больных первой группы. Соответственно снятие шин и функциональная нагрузка на нижнюю челюсть происходило более в ранние сроки.

Выводы. Таким образом, при сравнительном анализе двух методик лечения переломов нижней челюсти установлено, что предложенная нами модификация шины с перпендикулярным распорочным изгибом снижает процент осложнений, создает оптимальные условия для течения костно-раневого процесса, сокращает сроки лечения на 3-4 суток.

ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ

Лопатка А.Ю., студент 1-го курса

Научный руководитель – доц. Киптенко Л.И.

*Сумский государственный университет, курс гистологии, цитологии и эмбриологии
кафедры нормальной анатомии человека*

Ретенция зуба – это распространенная патология, для которой характерно наличие непрорезавшихся зубов при наличии их зачатков в челюсти. Обращаемость по поводу ретенированных зубов, по разным данным, колеблется в пределах 4-17,4%.

Целью нашей работы было изучение литературных данных о причинах эмбриологической ретенции.

Результаты. Эмбриологическими причинами ретенции являются утолщение стенки зубного мешочка, окружающего коронку прорезающегося зуба или слизистой оболочки собственно десны, а также пониженные ростообразующие факторы. Ростковая сила образуется в результате роста корня и выпуклого выпячивания зубного сосочка, находящегося на конце корня. Эмбриологические условия могут проявляться в неправильном наклоне продольной оси зубного зачатка, что приводит к его блокаде ранее прорезавшимся зубом и ретенции. Развитие тела нижней челюсти не всегда согласуется с вертикальным положением зачатка восьмого зуба. Форма ретенированных зубов и их положение могут быть самыми разнообразными: косое, горизонтальное, с наклоном в дистальную или медиальную сторону, с поворотом на 180° относительно горизонтальной оси.

При клиническом обследовании в области ретенрованного зуба заметно выбухание альвеолярного отростка, может быть вестибулярное смещение коронок прорезывающихся зубов. Они могут быть полностью или недостаточно сформированы, причем сроки формирования корней ретенрованных зубов чаще всего не отличаются от нормы. Может быть резорбция корней соседних зубов, деструкция эмали самого ретенрованного зуба, вследствие чего последний срастается с альвеолярным отростком, вызывая невралгию, образование кист. В некоторых случаях ретенрованный зуб располагается глубоко в кости, на значительном расстоянии от края альвеолярного отростка.

Таким образом, данные показывают, что проблема ретенции является весьма актуальной. Высокая частота проведения удалений по ортодонтическим показаниям, а также значительная трудоемкость и длительность лечения требуют пристального изучения этой проблемы.

АНАЛИЗ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Марчук Т.С., врач-интерн

Научный руководитель – к.м.н. Вишневская А.А.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра общей стоматологии. Одесса, Украина

По данным ВОЗ, гиперчувствительность зубов (ГЗ) - одно из самых распространенных стоматологических симптомов. Неприятные ощущения доставляют определенный дискомфорт и сказываются на качестве жизни.

Цели и задачи исследования. Проанализировать ГЗ у лиц молодого возраста, ее распространенность, основные жалобы и степень выраженности.

Материалы и методы. Разработаны специальные анкеты для проведения опроса, в котором приняли участие 150 человек в возрасте от 18 до 35 лет. Среди них 86 женщин и 64 мужчины.

Результаты. По результатам исследования 46,6% опрошенных отмечают симптомы гиперестезии. Среди женщин гиперестезией страдает 47,3%, мужчин – 45,8%. По данным анкет было выявлено, что у 50% лиц жалобы соответствуют первой степени тяжести ГЗ, у 37,94% - второй степени и у 12,05% - третьей степени. Обратились за профессиональной стоматологической помощью 30,7% лиц, имеющих ГЗ. Остальные предпочитали использовать антисенситивные зубные пасты самостоятельно, руководствуясь рекламной информацией, откладывая визит к стоматологу.

Выводы. Проблема гиперчувствительности твердых тканей довольно распространена среди лиц молодого возраста. Большинство людей, имеющих симптомы гиперчувствительности зубов, не считает свои жалобы достаточным основанием для обращения за профессиональной стоматологической помощью, что приводит к дальнейшему росту показателей распространенности гиперчувствительности зубов у лиц молодого возраста.

ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

Новикова Е.В.

Научный руководитель: Удод А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра стоматологии №1, г. Краматорск, Украина

Фиссурный кариес занимает первое место в структуре кариозных поражений зубов. В связи с этим, актуальной является его профилактика в виде герметизации фиссур. Цель – лабораторная оценка краевого прилегания герметиков при разных методиках герметизации фиссур.

Методы. Исследование проведено на 40 удаленных боковых зубах, которые были разделены на 4 группы в каждой по 10 зубов. Герметизацию фиссур зубов I и II групп проводили по неинвазивной методике с применением стеклоиномерного цемента химического отверждения и светоотверждаемого жидкотекучего композита, соответственно. В зубах III и IV групп герметизацию проводили после инвазивного вмешательства, соответственно теми же материалами. Все зубы подвергали термоциклированию для искусственного старения с последующим погружением в краситель. Микропроницаемость в области фиссур предварительно распиленных в медио-дистальном направлении зубах оценивали по разработанной системе оценки.

Результаты. В результате исследования установлено, что показатель микропроницаемости в образцах I группы составил $2,3 \pm 0,3$ балла, в образцах II группы ($1,5 \pm 0,2$ балла), III группы ($1,1 \pm 0,3$ балла), в то время, как показатель в образцах IV группы оказался достоверно ($p < 0,05$) лучшим ($0,5 \pm 0,1$ балла). Существенные различия в показателях краевого прилегания по микропроницаемости связаны с инвазивностью и, в меньшей степени, с восстановительными материалами.

Таким образом, минимальная микропроницаемость сопровождает герметизацию фиссур с препарированием и последующим внесением светоотверждаемого жидкотекучего композита. Максимальная проницаемость была выявлена в образцах, где был неинвазивно использован стеклоиномерный цемент.

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ

Пастухова Е.А., Кириенко В.В.

Научный руководитель к.м.н. Петрова Г.А.

Сумский государственный университет, медицинский институт, кафедра нормальной и патологической физиологии с курсом мед. биологии

По данным ВОЗ сейчас в мире каждая вторая женщина старше 45 лет. Менопаузальный возраст обычно является возрастом наибольшей социальной активности женщины. В современном мире все большую актуальность приобретают медико-социальные проблемы, связанные с менопаузой, в том числе и вопросы качества жизни женщины в этот период. Физиологические изменения в организме женщины начинают происходить за несколько лет до наступления менопаузы – в период перименопаузы. Одним из следствий постепенного угасания функции яичников и снижения секреции эстрогенов является нарушение фосфорно-кальциевого обмена. Именно нарушения фосфорно-кальциевого обмена являются одной из основных причин развития патологии пародонта.

Целью нашего исследования было выявление и прогнозирование ранних изменений состояния зубо-челюстной системы у женщин в перименопаузальный период, т.е. выявить связь между ранними нарушениями менструальной функции и болезнями пародонта.

Материалы и методы. Нами было обследовано 55 женщин старшего репродуктивного возраста, из которых у 37 имелись признаки яичниковой недостаточности. Обследования проводились совместно акушер-гинекологом и стоматологом. Определялся уровень яичниковых гормонов, гонадотропинов, состояние яичников по данным УЗИ, оценивалось состояние тканей пародонта.

Результаты. В ходе исследования мы выявили прямую связь между нарушением менструальной функции с признаками яичниковой недостаточности и патологией пародонта у женщин старшего репродуктивного возраста. Предложен мультидисциплинарный подход к ведению таких пациенток, что положительно отразится на сохранении здоровья женщин и улучшит качество жизни.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОЛИАМИНОВ В ГИНГИВАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

Розовик Н. С.¹, Дементьева Е. В.², Чумак Э. А.²

¹*ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», кафедра терапевтической стоматологии*

²*Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, кафедра терапевтической стоматологии*

Заболевания пародонта – одна из наиболее распространенных и сложных патологий челюстно-лицевой области. По данным ВОЗ более 80% населения планеты подвержены заболеванию пародонта. Наиболее часто встречающейся патологией является пародонтит, поражающий до 60-65% людей в возрасте 30-50 лет.

Цель нашего исследования - определение клинических показателей тяжести пародонтита способом определения концентрации полиаминов (путресцина, кадаверина и спермидина) в гингивальной жидкости.

Методы исследования. Проведено клиничко-лабораторное обследование 45 пациентов в возрасте 20-35 лет с генерализованным пародонтитом I степени тяжести. Всем больным после удаления зубных отложений, избегая контакта с десневым краем, в пародонтальные карманы, содержащие экссудат, на 60 секунд вводились полоски фильтрованной бумаги Регіорарег одинакового веса. Полоски вводились с медиально-щечной, средне-щечной, дистально-щечной, медиально-язычной, средне-язычной, дистально-язычной поверхностей 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48 зубов. Затем полоски взвешивали на торсионных весах, помещали в 50 мл охлажденного 10% HClO₄ и встряхивали в течении 30 мин. Экстракции полиаминов повторялись пятикратно, объединялись и объединенный экстракт анализировался методом тонкослойной хроматографии. С помощью пакета программ для обработки статических данных определялась связь между состоянием воспалительного процесса в десне и концентрацией полиаминов в десневой жидкости.

Результаты и их обсуждение. Данные показывают, что снижение содержания полиаминов в десневой жидкости свидетельствуют о уменьшении воспалительного процесса в пародонте.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗУБОВ

Сагунова К.И.

Научный руководитель: Удод А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра стоматологии №1, г. Краматорск, Украина

Адгезивные технологии восстановления зубов предполагают соответствующую подготовку твердых тканей с использованием протравливающих компонентов и адгезивных систем.

Цель – изучение краевого прилегания нанофотокомпозитного материала к твердым тканям зубов по микропроницаемости в условиях применения различных адгезивных систем. Методы. В удаленных по хирургическим и ортодонтическим показаниям 30 интактных боковых зубах, разделенных на три группы, формировали стандартные полости I класса. Для подготовки твердых тканей к восстановлению в зубах I группы использовали самопротравливающую адгезивную систему, в зубах II группы применяли тотальное протравливание и наноадгезивную систему, в зубах III группы – протравливание только эмали и наноадгезивную систему в соответствии с требованиями. Восстановление проводили нанофотокомпозитным материалом с полимеризацией световым потоком светодиодного фотополимеризатора в режиме «мягкого старта». Образцы подвергали термоциклированию, погружали в краситель в соответствии с требованиями, а затем распиливали в медио-дистальном направлении. Краевое прилегание материала оценивали по микропроницаемости в условиях 20-кратного увеличения.

Результаты. В образцах зубов I группы микропроницаемость составила $2,89 \pm 0,32$ балла, это максимальный показатель, который достоверно ($p < 0,05$) отличается от такового в

образцах зубов II группы, $-1,37 \pm 0,21$ балла. Промежуточный результат был получен в образцах зубов III группы, он составил $1,95 \pm 0,24$ балла.

Таким образом, результаты исследования краевого прилегания по микропроницаемости свидетельствуют о преимуществах наноадгезивас тотальным протравливанием твердых тканей зубов.

ПРИМЕНЕНИЕ 3D – ПРИНТЕРОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Слухай С., студентка 1-го курса

Научный руководитель – доц. Киптенко Л.И.

*Сумский государственный университет, курс гистологии, цитологии и эмбриологии
кафедры нормальной анатомии человека*

Сегодня мы можем наблюдать грандиозные достижения прогресса в науке и технике, которые отражаются на современных технологиях в медицине. Мы уже давно привыкли к таким методам диагностики, как компьютерная томография, УЗИ, доплерография, привыкли к микрохирургическим и малоинвазивным вмешательствам. Каждый год в медицине появляются все новые и новые технологии. Инновации касаются почти всех сфер медицины.

Целью нашего исследования было проанализировать значение и применение 3D-принтеров и 3D-печати в стоматологии.

Результаты. 3D-печать быстро прогрессирует в разных сферах нашей жизни. Они могут использоваться для создания протезов, моделей, брекетов и имплантатов. 3D-принтеры могут избавить стоматологов от очень сложного и трудоемкого процесса в работе - ручного моделирования. Уникальную форму каждого зуба невероятно сложно передать с помощью ручного изготовления. Пациентам больше не нужно будет подолгу ждать и проходить весь сложный процесс от первого визита до установки окончательной конструкции, проходя через череду примерок и коррекций протезов.

Стоматологические 3D-принтеры делают ненужными сложные и устаревшие методы производства. Благодаря новейшим технологиям и самым современным материалам можно получить готовую продукцию в несколько раз быстрее, достаточно лишь сделать сканирование ротовой полости.

Стоматологические модели, напечатанные на 3D-принтере, в точности повторяют все нюансы исходного образца. Внутриротовые сканеры, полностью отображают анатомию зубов, десен и ротовой полости пациента. Благодаря этому, в лаборатории производят модели с точной подгонкой. Также трехмерные модели могут наглядно демонстрировать больным ход ортопедического лечения.

Таким образом, 3D-печать открывает перед стоматологами следующие преимущества: возможность хранить все анатомические данные пациентов в цифровом виде, значительное ускорение производства точность изготовления всех изделий.

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ СТАТУС ЗУБОВ ШКОЛЬНИКОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Яковлева Н. Н., Гладченко А.А.

Научный руководитель: Удод А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
кафедра стоматологии №1, г. Краматорск, Украина*

Профилактика кариеса зубов и заболеваний пародонта включает комплекс мероприятий по борьбе с налетообразованием. Для оценки гигиенического статуса зубов и эффективности гигиены необходим объективный гигиенический индекс.

Цель – оценка гигиенического статуса зубов детей разного возраста с использованием различных гигиенических индексов.

Методы. Обследовано 150 соматически здоровых школьников обоего пола в возрасте 7, 12 и 15 лет (по 50 детей каждого возраста). Оценивали интенсивность кариеса зубов (КПУ+кп и КПУ), структурно-функциональную кислостойчивость эмали зубов по тесту

эмалевой резистентности (ТЭР), гигиенический индекс Федорова-Володкиной и объективный гигиенический индекс с использованием компьютерного анализа цифрового изображения.

Результаты. У детей 7 лет интенсивность кариозного поражения зубов (КПУ+кп) составила $4,46 \pm 0,38$. У детей 12 лет показатель КПУ был $1,53 \pm 0,50$, в 2 раза выше он был у детей 15 лет – $3,30 \pm 0,82$. Структурно-функциональная кислостойчивость эмали зубов по ТЭР также различалась: у 7-летних – $6,73 \pm 0,25$ балла, у 12-летних – $5,11 \pm 0,27$ балла, у 15-летних – $4,83 \pm 0,31$ балла (последние два показателя различаются недостоверно, $p > 0,05$). Гигиенический индекс Федорова-Володкиной у детей всех возрастов демонстрирует неудовлетворительное состояние: $2,63 \pm 0,45$ балла, $2,84 \pm 0,41$ балла и $2,07 \pm 0,35$ балла, соответственно (различия недостоверны, $p > 0,05$). Объективный гигиенический индекс составил у детей 7 лет $47,23 \pm 1,43\%$, у детей 12 лет – $55,47 \pm 2,11\%$, у детей 15 лет – $31,73 \pm 1,97\%$ (различия достоверны, $p < 0,05$).

Таким образом, гигиенический статус зубов обследованных детей, согласно обоим индексам, оказался неудовлетворительным, однако предложенный гигиенический индекс необходимо признать более объективным и информативным.

THE TECHNIQUE OF CREATING THREE-DIMENSIONAL COMPUTER MODEL OF THE TOOTH

Bilobrov R., Breslavets N., Saliya L.

Kharkiv National Medical University, Orthopedic dentistry department

The purpose of the study. Development of a method of creating three-dimensional computer model of the tooth to calculate the areas of tension which occurs in it when prosthetic treatment.

Materials and methods. The first stage is the task of the project. The basis of the project is the choice of the scheme type of the image. For this purpose it was selected 5 types of systems of the General form of the scheme. Each of the elements of the model in this system has 6 degrees of freedom (3 rotation angles, 3 linear deformation with the coordinate axes).

The second step is the description of the geometry of the tooth, which consists of simple elements. For a schematic view of the tooth are created the nodes of the finite element model.

After the study of geometric components of a tooth generates a flat model on the example of image cutting tooth 13 is studied in three-dimensional printer. It is set in the form of plate elements. After this takes place the transformation of the lamellar elements of plane problems in three-dimensional elements.

Results and discussion. The configuration and dimensions of the model relate to the real remote 1.3 tooth for the measurements was sprayed in the cervical area. The tooth and the walls of the alveoli will be considered as a rigid body. Accept that the periodontium is an elastic isotropic material structure throughout its mass and having a throughout uniform mechanical properties. On the tooth 10kg force at an angle of 120° to the horizontal axis. Power is applied to the area, which is remote from the axis of the cone at a distance of 3.2 mm. tooth Height of 15 mm, a cone angle of 12° , the thickness of the periodontium is 0.25 mm with a modulus of elasticity of 1.07 kg/mm². After the performed calculations have been almost full compliance in the coordinate of the center of resistance of 9.8 mm and 10.2 mm for example, and vertical shift of the tooth amounted 0,0296 mm at 0,0309 mm for example. But the horizontal offset of the tooth differed very much 0,0289 mm 0,0111 mm for example.

This difference is explained by the fact that the example model does not take into account the protrusion of the superficial layers of the periodontium with parodontale cracks, which in turn restricted the movement of the tooth. Based on the above scheme was developed a more detailed diagram of the tooth taking into account the biomechanical properties of the tissues of the dentition and related components parts. For each calculation, we obtained the normal and shear stresses for all axes, also investigated equivalent stresses on four basic theories of strength.

Conclusions. Thus calculated three-dimensional model of the tooth allow to calculate all possible stress and strain in any area of contact of the tooth with artificial structures, output digital data, which then may be analyzed using a computer program that will allow to individualize the selection of optimal parameters restore decayed teeth.

THE IMPROVEMENT BONDING IN METAL-POLYMER SYSTEM THROUGH THE DEVELOPMENT OF NEW POLYMER COATING VARNISH «SINMA-M+V»

Breslavets N., Bilobrov R., Saliya L.

Kharkov National Medical University, Orthopedic dentistry department

Polymeric composition adhesive system, which allows to keep facing materials to metal surface of denture and masking color of metal. Review of national and foreign sources for investigate of coating varnishes are used to create adhesive layer, and thus formation of strong bond between metal and facing material doesn't give a full picture of chemical composition and physical and mechanical characteristics of these materials.

The purpose of research - improving the adhesive bond in metal-polymer system by creating a new material with meets contemporary requirements.

Object and methods. Created material were investigation on 45 samples for the three compounds. In determining the optimum compound and comparative analysis of relevant indicators indicative properties for this class of materials were obtained: liquid heat resistance, setting time of hardening (minutes), exterior of varnish film and strength of adhesive bond, MPa. In the final phase, justify the selection compound of material for fixed constructions of dentures and made toxicological external expertise.

Results and discussion. The analysis of base properties of materials, which made in accordance various embodiments prescription compounds allowed to find out material on «compound 1» has good performance in all parameters for this type of materials. «Hardening time» is 3 minutes, which corresponds to specifications, the indicator of strength adhesive bonding of varnish film with metal surface is $7,2 \pm 0,1$ MPa, that according to the technical specifications and above normal for 3.5 MPa and significantly $p < 0.001$ to up this indicator in compounds 2 and 3. Appearance of varnish film and thermal fluid parameters corresponds to the norm. Manual compiled. For complex inspection of positive characteristics of new national coating varnish «Sinma-M+V», we conducted a series studies to compare physical and mechanical properties with analogue.

Conclusions. In general, it should be noted, on physical and mechanical properties developed new coating varnish «Sinma-M+V» for fixed dentures complies to requirements for this class of dental materials; and comparative characteristics showed - new national coating varnish «Sinma-M+V» according to all indicators exceeds existing analogues, and has strength adhesive bond of varnish film to metal surfaces equal $7,2 \pm 0,1$ MPa.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP FACTORS WHICH DETERMINED THE QUALITY OF ORTHOPEDIC DENTAL CONSTRUCTIONS

Janishen I.V., German S.A., Pogorila A.V.

Department of Prosthetic Dentistry, Kharkiv National Medical University

The purpose of the study was to analyze correlation relationships between organizational and technological factors that may affect the quality of orthopedic designs.

Materials and methods. To study the clinical and technological quality of orthopedic constructions of dentures from materials of domestic production, carried out under the integrated program aimed at the study of the following types of prostheses: 20329 artificial crowns (plastic – 13304; combined by Belkin, Borodyuk, Akhmetov – 7025), 15621 bridge dentures (plastic – 9789; combined – 5832), 23538 laminar dentures (partial – 11340; full – 12190) 8903 and bugel prosthesis (with locking elements in the form of clasps system Ney – 7100 and with a locking fixation – 1803). The total number of analyzed constructions of dentures – 68391; the total number of doctors - prosthetic-dentists 75 people, dental technicians – 103 people.

Results and discussion. In the early period of clinical exploitation determinants of quality of designs is the structure of staffing of physicians dental clinics, in particular – the index of staffing (F9: COP=0,727) and the proportion of orthopedic dentists of the first qualification category (F2: KC=0,453), while in the distant period the most influential factor is qualification of dental technicians: the proportion of dental technicians without qualification category (F8: COP=0,517).

To ensure the quality of the crowns in the early period the most significant are the level of doctors orthopedists – dentists of second (and higher) qualification (F3: $r_{XY}=-0,325$) and dental technicians of first qualification category, and in the distant period there was an inverse medium strength correlation with the proportion of dental technicians without categories (F6: $r_{XY}=-0,402$).

For bridges in the early period of their clinical exploitation the most significant has been the impact of prosthodontists qualified dentists, in particular F2 ($r_{XY}=-0,918$), F3 ($r_{XY}=+0,665$), F4 ($r_{XY}=+0,435$). Somewhat different patterns are found for removable laminar dentures, namely: F2 ($r_{XY}=-0,378$), F4 ($r_{XY}=-0,513$), F6 ($r_{XY}=-0,256$).

It should be noted that the quality of partial dentures is largely determined by the qualification of dental technicians F7 ($r_{XY}=-0,400$), F8 ($r_{XY}=+0,482$) than the qualification doctors orthopedists – dentists F2 ($r_{XY}=-0,509$). As demonstrated in correlogram relationships index of technological quality (Fig. 2) in the generalized form we can come to the conclusion that the most significant factor of manufacturing quality orthopedic constructions of dentures is the structure of the medical staff and its qualifications. Thus, regardless of these factors, clinical operation of prosthetic constructions is marked by a decline in their quality, which cannot be explained by qualified personnel and requires a more detailed investigation from the standpoint of material science and dental technology of dental prosthesis.

Conclusions.

1. The quality of artificial crowns in the early period of clinical use depends on the level of doctors orthopedists – dentists second (and higher) qualification (F3: $r_{XY}=-0,325$), and tooth-technical laboratories - dental technicians I qualification category; in long - term period average inverse power relationship with the proportion of dental technicians without categories (F6: $r_{XY}=-0,402$) and the quality of orthopedic designs.
2. For bridges in the early period of their clinical exploitation the most significant has been the impact of prosthodontists qualified dentists, in particular F2 ($r_{XY}=-0,918$), F3 ($r_{XY}=+0,665$), F4 ($r_{XY}=+0,435$).
3. In early and distant periods of clinical exploitation, quality laminar dentures depends on the qualification of personnel, design of prosthesis and technical equipment of dental laboratory: F2 ($r_{XY}=-0,378$), F4 ($r_{XY}=-0,513$), F6 ($r_{XY}=-0,256$).
4. The quality of bugel dentures is largely determined by the qualification dental technicians F7 ($r_{XY}=-0,400$), F8 ($r_{XY}=+0,482$) than the qualification of doctors orthopedists – dentists F2 ($r_{XY}=-0,509$).

Prospects of the further researches of interrelations between the quality of orthopedic designs in the early and distant periods of their clinical exploitation associated with the assessment itlike properties of dental materials and clinical and technical factors of treatment.



СЕКЦІЯ Х.

ХІРУРГІЯ

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 о 12³⁰.

Місце проведення: конференц- зал СОКЛ (вул. Троїцька,48).

Керівник секції: д-р мед. наук, професор **І. Д. Дужий**.

Секретар: доцент **В. П. Шевченко**.

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 о 10⁰⁰.

Місце проведення: конференц-зал СМКЛ № 5 (вул. М.Вовчок, 2).

Керівник секції: д-р мед. наук, професор **В. В. Леонов**.

Секретар: **О. А. Рябоконь**.

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 о 10⁰⁰.

Місце проведення: СОПЦ, каф. акуш. та гінекології, лекційний зал (вул. Санаторна, 3).

Керівник секції: д-р мед. наук, професор **В. І. Бойко**.

Секретар: **К. А. Пабот**.

Дата та час проведення: 21 квітня 2016 о 13⁰⁰.

Місце проведення: КУ 1 МКЛ, 3 поверх, актовa зала (вул. 20 р. Перемоги, 13).

Керівник секції: д-р мед. наук, професор **В. Д. Щишук**.

Секретар: **С. І. Редько**.

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Анциферова І. В. – студ.

Науковий керівник - д.м.н. проф. Леонов Василь Васильович

СумДУ, Медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність: Перфорація виразки – це важке ускладнення виразкової хвороби, що виникає, приблизно, у 10% хворих з виразкою дванадцятипалої кишки і у 4,4% випадків призводить до смерті. Зважаючи на недостатню ефективність сучасної терапії, частота розвитку ургентних станів залишається доволі великою.

Мета і завдання: З'ясувати тактику хірургічного лікування перфоративних виразок дванадцятипалої кишки.

Методи та матеріали: Було проведено аналіз статистичних даних, хірургічного відділення Сумської міської клінічної лікарні №5 за 2015 рік.

Результати: За 2015 рік в хірургічному відділенні СМКЛ №5 було проведено 19 ургентних операцій з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. Серед прооперованих 79% (15 пацієнтів) складають чоловіки і 21% (4 пацієнта) – жінки. У 94,7% випадків перфорація супроводжувалась явищами невідмежованого місцевого серозно-фібринозного перитоніту. У 5,25% - перфорація, окрім перитоніту, була ускладнена субкомпенсованим стенозом. У 73,7% випадків була виявлена одична виразка з перфоративним отвором. А у 26,3% - окрім, основної виразки з перфорацією, була знайдена «дзеркальна» виразка без перфорації, що розташовувалась на задній стінці дванадцятипалої кишки. Середній розмір перфоративного отвору становить 0,59 ($\pm 0,33$) см. Середній розмір виразкового валу, при цьому, дорівнює 2 см ($\pm 0,8$). А середній розмір «дзеркальної виразки» 0,47 ($\pm 0,27$) см. У 94,7% випадках було проведено висічення перфоративної виразки з ушиванням і дуоденопластикаю по Джадду-Хорслі. При комбінації перфорації зі стенозом (5,3%) – проведено циркулярну резекцію цибулини ДПК з термінальним дуоденальним анастомозом. У разі виявлення дзеркальної виразки – додатково проводилось її ушивання дворядним капроновим швом. У всіх випадках проводилась санація і дренажування черевної порожнини.

Висновки: Операцією вибору, для лікування перфоративної виразки ДПК є її висічення з наступним ушиванням і дуоденопластикаю по Джадду-Хорслі. Показанням до даної операції є перфорація на передній стінці ДПК на 1,5 см. дистальніше пілоруса. При ускладненні перфорації, субкомпенсованим стенозом рекомендовано - циркулярну резекцію цибулини ДПК з термінальним дуоденальним анастомозом.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ РЕНОПРОТЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАННЯМ НИРКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Анциферова І.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – доц. Сікора В.В.

СумДУ, Медичний інститут,

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність роботи. Захворювання нирок комбінуються з артеріальною гіпертензією (АГ) у 65-100% хворих, залежно від ниркової патології. По мірі зниження функції нирок, частота виникнення артеріальної гіпертензії помітно збільшується, що пов'язано з недостатнім виведенням натрію та води з організму. В свою чергу, АГ сприяє зниженню функцій нирок за рахунок вазоконстрикції, змін ниркових судин, розвитку гіперфільтрації і спричиняє прогресування ниркової недостатності.

Мета. Визначити стратегію ренопротекції у хворих з поєднанням захворювань нирок та артеріальної гіпертензії.

Результати дослідження та їх обговорення. Стратегія ренопротекції у хворих з комбінацією захворювань нирок та артеріальної гіпертензії ґрунтується на поєднаному впливі на фактори ризику і полягає у зниженні артеріального тиску (АТ) принаймні до 139/89 мм.рт.ст (при діабетичній нефропатії до 120/75 мм.рт.ст.), протеїнурії до показників

не більше 0,3 г/добу, запобіганні розвитку гіпокаліємії та гіпернатріємії. Дані показники досягаються наступними заходами: гіпотензивна терапія, рекомендація щодо зниження маси тіла хворого, зниження добового вживання білку до 0,6г/кг, хлориду натрію до 2-3 г/добу, солі до 5 г/добу. Окрім того, слід звернути увагу, що для патогенетичного лікування хвороб нирок не можна призначати глюкокортикоїди, адже це сприяє підвищенню АТ.

Висновки. Артеріальна гіпертензія та різноманітні ниркові патології міцно пов'язані між собою за принципом «хибного кола», а тому, потребують комплексного підходу до лікування та попередження прогресування захворювань. Особливістю лікування у таких випадках є необхідність комбінування гіпотензивної терапії та патогенетичного лікування ниркового захворювання.

ПОШИРЕНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ ХОРИОРЕТИНАЛЬНИХ ДИСТРОФІЙ СІТКІВКИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ РЕФРАКЦІЇ

Ашурбекова В.А., студ. 6 курсу

Науковий керівник: к.м.н. Лекішвілі С.Е.

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Введення. Периферична хоріоретинальна дистрофія (ПХРД) сітківки достатньо поширене захворювання очного дна, яке викликає тяжкі ускладнення аж до втрати зору.

Мета. Вивчення частоти виникнення хоріоретинальних дистрофій при різних видах рефракції.

Матеріали та методи. Обстежено 55 осіб (110 очей), у віці від 16 до 50 років. З них 10 очі з еметропією, 30 очей з міопією слабкого ступеню, 40 очі з міопією середнього ступеню, 20 очей з міопією високого ступеня та 10 очі з гіперметропічним видом рефракції. Обстеження включало візометрію, рефрактометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію.

Результати та їх обговорення. Відзначено, що 90 очей при різних видах рефракції, мають на своїй периферії хоріоретинальні дистрофічні вогнища. У пацієнтів з еметропією на 2 очах виявлені дистрофічні зміни за типом «решіток», патологічної гіперпігментації. На 20 очах з міопією слабкого ступеню, виявлені дистрофічні зміни периферії сітківки, в основному, у вигляді «сліду равлики», патологічної гіперпігментації, в декількох випадках - осередки Гартнера і на 2 очах були виявлені периферичні розриви сітківки. На 25 очах з міопією середнього ступеня, були виявлені в основному решітчаста дистрофія сітківки, осередки Гартнера, а також в 6 випадках розриви сітківки, на 15 очах з міопією високого ступеня виявлено решітчаста дистрофія і в 8 випадках розриви сітківки і на 2 очах з плоскою відшаруванням сітківки. Дистрофічні зміни сітківки у вигляді гратчастої дистрофії і були виявлені на 4 очах, і на 1- розриви сітківки. Пацієнти отримали лікування у вигляді відмежовуваної лазеркоагуляції сітківки.

Встановлено, що частота виникнення ПХРД при гіперметропії та еметропії нижче, в порівнянні з частотою виникнення у короткозорих високого ступеня.

Висновок. Виникнення периферичних хоріоретинальних дистрофій часто не прямо пропорційно ступеня короткозорості і враженості змін передньо-задньої осі ока.

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ, ПОСДНАНУ ІЗ НАБУХАЮЧОЮ КАТАРАКТОЮ

Балагуш О.-Г.С. Ціфринцев О.І.

Науковий керівник – асист. Н.А. Мартінек

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра офтальмології ФПДО

Актуальність. Глаукома – захворювання очей, що характеризується підвищенням внутрішньоочного тиску, яке призводить до атрофії зорового нерва і значної втрати зору, аж до сліпоти. Останнім часом особливу увагу звертають на форми глаукоми, при яких

пусковим механізмом є стан кришталика (збільшені розміри, прозорість), така глаукома має назву факоморфічної.

Мета. Визначити ефективність оперативного та консервативного методів лікування глаукоми, поєднаної із набуваючою катарактою.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 20 карт стаціонарних хворих, які проходили лікування в офтальмологічному відділенні ЛОКЛ із січня по грудень 2015 року. Усім пацієнтам проведено стандартні офтальмологічні обстеження: візометрія, рефрактометрія, гоніоскопія(лінза Гольдмана), біомікроскопія, дослідження переднього відрізка ока (Pentacam), тонометрія за Маклаковим, пневмотонометрія(Торсон, СТ-80).

Результати. У пацієнтів вимірювалась товщина кришталика, яка становила від 3,36 до 5,2мм (у середньому 4,49мм). Також досліджувався стан передньої камери ока, яка була мілкою у 70% пацієнтів, середньої глибини – у 20% і глибокою – у 10%пацієнтів. Оперативне лікування проведено 85% пацієнтів (операція – видалення катаракти методом факоемулсифікації з імплантацією ІОЛ), консервативне(краплі Діакарб, Арутимол) – застосоване у 15% пацієнтів. Ефективність лікування оцінювалась за зниженням ВОТ. Після оперативного лікування у пацієнтів ВОТ знизився на величину від 5 до 23мм.рт.ст. (у середньому на 12мм.рт.ст.), також відзначалось поглиблення передньої камери. Після проведеного консервативного лікування ВОТ знижувався на величину від 3 до 13мм.рт.ст. (у середньому на 8мм.рт.ст.)

Висновки. При аналізі результатів лікування відзначено більш ефективне зниження ВОТ після оперативного втручання. У пацієнтів, яким була застосована медикаментозна терапія, ВОТ все ще утримувався на високих цифрах, тому усім їм було рекомендоване оперативне лікування. Отже хірургічне лікування слід вважати більш ефективним у хворих на факоморфічну глаукому.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Банадига Андрій

Кафедра хірургії ННПО

Науковий керівник : доктор мед. наук , проф. І.Я. Дзюбановський

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

Актуальність. Інструментальна візуалізація підшлункової залози (ПЗ) досягла досить високого рівня, але питання неінвазивної діагностики інфікованого гострого некротичного панкреатиту (ГНП) - неповністю вирішені. Швидко, точно та своєчасне визначення характеру та ступеню деструкції ПЗ та заочеревинної клітковини, а також пошук «інструментів» для прогнозування перебігу ГНП є одним із можливих шляхів вирішення проблеми адекватного лікування даного захворювання.

Мета: удосконалення методів ранньої діагностики ГНП.

Матеріали і методи. Проаналізована клінічна картина, проведене комплексне обстеження і лікування 105 хворих з ГНП, що знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні , в рамках дослідження було сформовано 2 групи пацієнтів: I –з гострим панкреатитом (ГП) середньої тяжкості(n=20) і II - з важким і критичним ГП(n=20). Ступінь тяжкості визначався на основі наявності локальної детермінанти(некроз ПЗ і/або некроз перипанкреатичної клітковини, що представлено терміном ”перипанкреатичний некроз”) та системної детермінанти(органна дисфункція) згідно Міжнародного консиліуму (2012).Результати. На підставі скарг, анамнезу, об’єктивних методів обстеження та інструментальних встановлювався діагноз ГП. Проведення УЗД при надходженні до стаціонару у пацієнтів I групи виявило зміни в ПЗ, що характерні для ГП, у 16 пацієнтів (88,88 %), це були хворі із середньою тяжкості (наявність стерильного (пери)панкреатичного некрозу),при цьому у 2 хворих дослідження було неінформативним. При проведенні УЗД у пацієнтів II групи хибнонегативні результати отримали у 8 хворих(34,78%). Основні труднощі, що виникли, були пов’язані з явищами вираженого метеоризму, особливо

гіперпневматозу поперечно-ободової кишки та надмірною масою тіла пацієнтів, що часто поєднувались. Комп'ютерна томографія (КТ) проводилась з метою уточнення об'єму та характеру змін. Зокрема, КТ у 16 хворих II групи з тяжким(10) і критичним(6) ГП, засвідчило діагностичну цінність методу у хворих з критичним ГП у 83,33% пацієнтів, з тяжким - у 90% випадків.

Висновки. Діагностика ГНП вимагає оцінки результатів клінічних, інструментальних методів, а саме на першому етапі – УЗД ПЗ, надалі при тяжкому перебігу - КТ.

ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Білан А.О., Тверезовський А.В, Тетюра Д.В., студенти 4 курсу

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Леонов В.В.

*Сумський державний університет, медичний інститут,
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Актуальність: ураження жовчного міхура і жовчовивідних шляхів із запальними захворюваннями підшлункової залози приводять до виділення особливої клініко-морфологічної форми гострого панкреатиту(ГП) – біліарного.

Мета дослідження: вивчити сучасні методи діагностики і лікування ГП та їх результати.

Матеріали і методи дослідження: Було проведено ретроспективний аналіз лікування 219 хворих на ГП за період 2015 рокув КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5».

Результати: Чоловіків було 150, жінок 69. Вік коливався від 19 до 72 років. Пацієнтів госпіталізували у невідкладному порядку, обстежили з використанням УЗД, рентгенологічного дослідження, КТ, діагностичної лапароскопії. У 79 (36%) пацієнтів причиною розвитку ГП була жовчнокам'яної хвороба, у 94 (43%) – аліментарний фактор, у 46 (21%) – причина не встановлена.

Консервативне лікування: купірування больового синдрому, паранефральна новокаїнова блокада, антибактеріальна терапія, покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові, комплексна детоксикація організму, інфузійна терапія на забезпечення корекції порушень водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану, стимуляцію моторики кишечника за показаннями, блокада секреторної функції підшлункової залози, гістопротекція впродовж 5-7 діб.

Показання до невідкладних та ранніх хірургічних втручань: неефективність консервативної терапії впродовж 2–3 тижнів, ознаки перитоніту, деструктивний холецистит, гнійний холангіт, конкремент в дуоденальному сосочку, поліорганна недостатність.

Ургентна операція здійснена у 5 (2,28%) пацієнтів. Показання до відтермінованих операцій: парапанкреатичні та (або)ретроколярні гнійні осередки, формування обмежених рідинних утворень чепцевої сумки та парапанкреатичної клітковини, флегмон парапанкреатичної клітковини, параколярної, клітковини, панкреатогенного перитоніту, піддіафрагмального абсцесу. Виконувалася лапаротомія з дрениванням черевної порожнини, чепцевої сумки, ППК, ПКК. Санацію жовчовивідних шляхів виконували відкритим або лапароскопічним методом.

Висновок. Застосування стандартизованих диференційованих тактичних підходів у хворих на ГП сприяло зменшенню тривалості перебування хворих у стаціонарі та поліпшенню результатів лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ

Бірюкова К.І.

Ткач А.А. (доц.к.м.н.)

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

Актуальність : В останні роки спостерігається тенденція до значного зростання захворюваності меланомою шкіри у населення України, яка майже в 1.5 рази перевищує середньоєвропейські показники . Перші місця в Україні посідають південні області (Одеська , Херсонська , Миколаївська) наближається до лідерів і Вінницька область . Темпи зростання показників по області одні з найвищих в Україні .

Мета :вивчити особливості захворюваності на меланому шкіри і її локалізації у населення Вінницької області .

Матеріали і методи :На підставі аналізу амбулаторних карт 600 хворих , даних статистичного відділення хірургічного профілю Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру , а тако даних бюлетеня канцер – реєстру України. З 2009- 215 рік.

Результати :Стандартизовані показники захворюваності у Вінницькій області в 2015 збільшились по відношенню до 2009 майже на 50 % , а середньостатистично по Україні на 16 % . Захворюваність жіночого населення України значно вища ніж чоловічого . Протягом досліджуваного періоду у Вінницькій області кількість хворих на меланому шкіри , виявлених у 1- 2 стадію не змінилась , що супроводжувалось збільшенням кількості вперше виявлених випадків в пізніх стадіях захворювання .

Висновки :Відзначено збільшення захворюваності меланомою шкіри по Україні і у Вінницькій області , переважно за рахунок чоловічого населення . Тенденція зростання захворюваності по Україні переважає такі по Україні. Анатомічно найбільш частою локалізацією меланоми шкіри є спина , обличчя і гомілки .

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОРОТКОЗОРІСТЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛАЗЕРНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ СІТКІВКИ ТА МІЛДРОНАТА

Гавенко О.М., студ. 5курсу

Науковий керівник: к.м.н.Лекішвілі С.Е.

Сумський державний університет медичний інститут

*Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії,
офтальмології, онкології*

Введення. Прогресуюча міопія є однією з провідних проблем сучасної офтальмології. Актуальність і соціальна значущість поглибленого вивчення її патогенезу і розробки нових методів лікування безперечні.

Мета дослідження: Дослідити ефективність лікування хворих на короткозорість, використовуючи препарат Мілдронат 500 мг. та низькоінтенсивну лазерну терапію.

Матеріали та методи: Під нашим спостереженням було 30 хворих, що відповідає 60 очей – міопії слабкого ступеню та 10 хворих (20 очей) – з ускладненою короткозорістю високого ступеню. Середній вік пацієнтів склав 26 ± 2 роки. Жінки в досліджуваній групі було 24 (60 %), чоловіки 16 (40%).

Всім пацієнтам був призначений препарат Мілдронат 500 мг приймати по 1 разу на день, курс лікування склав – 14 днів танизькоінтенсивна лазерна терапія, курс лікування 10 днів, діапазон спектру – 650 нм, експозиція – 300 с, сила потужності на поверхні рогівки 0,4 мВт/см².

Результати: У хворих з міопією слабкого ступеня некоригована гострота зорудорівнювала в середньому $VIS 0,6 \pm 0,2$ у пацієнтів з високою короткозорістю $VIS 0,03 \pm 0,01$.

В результаті проведеного лікування спостерігалася позитивна динаміка: гострота зору підвищилася на 43,4%, зменшилась сила оптичної корекції на 56,5%; фотопічнучувливість фактично нормалізувалася, підвищившись на 24,7%. Зміна гемодинаміки ока характеризувався в основному зниженням тонічних властивостей судин

дрібного калібру на 15%. В результаті комбінованого лікування у хворих з ускладненою міопією високого ступеню була відзначена тенденція до підвищення гостротизору і зниження сили оптичної корекції. Достовірну судинорозширювальну дію курсу лікування справив на судинну мережу дрібногикалібру показник: a_2/T знизився на 7,1 %. Клінічно при огляді очного дна відзначалася стабілізація стану сітківки.

Висновки: Результати, які отримали при комбінованому лікуванні є ефективним комплексом консервативного лікування ускладненої короткозорості, характеризується виразним трофічним впливом на орган зору.

ЕХОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИ ЗАГРОЗІ САМОВІЛЬНОГО ВИКИДНЯ

Градик Р.Т., Ширій Т.І.

Науковий керівник – к.м.н., доц. Святоцька О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра акушерства і гінекології

Мета і завдання: застосування ультразвукового сканування для комплексної діагностики та визначення найбільш інформативних ехографічних ознак невиношування в І триместрі для прогнозування результату вагітності.

Методи: під спостереженням знаходилось 20 жінок із загрозовим абортотм в терміні 6-12 тижнів, яким проводилась ехографія з визначенням ехографічних маркерів патології ембріона, плодового яйця і екстраембріональних структур.

Результати: використовували наступні основні ехографічні критерії загрозового мимовільного викидня, які умовно були розділені на три групи:

1. Ехографічні ознаки патології екстраембріональних структур: гіпоплазія амніону, жовткого мішка і невідповідність діаметра плідного яйця гестаційному терміну виявлено у 2 (10 %) вагітних; гіпоплазія хоріону виявлена у 3 (15 %) вагітних; низька локалізація хоріону виявлена у 7 (35 %) вагітних.
2. Ехографічні ознаки патології ембріона і плодового яйця: деформоване плодове яйце, без чіткої округлої конфігурації, визначалось у 8 (40 %) вагітних; низьке розташування плодового яйця - 4 (20 %) вагітних. Ретрохоріальна гематома виявлена у 10 (50 %) вагітних; брадикардія ембріона виявлена у 2 (10 %) вагітних; відставання темпів приросту куприко-тім'яного розміру виявлено у 4 (20 %) вагітних.
3. Ехографічні ознаки патології матки і яєчників: локальне потовщення міометрію (гіпертонус) визначалось у 16 (80 %) вагітних основної групи; нечітка візуалізація в яєчниках жовтого тіла виявлена у 12 (60 %) вагітних.

Результати дослідження дали змогу встановити, що при наявності у вагітних трьох і більше ультразвукових «маркерів» невиношування вагітності в І триместрі викидень до 12 тижнів стався в 18 (90 %) випадках, пізній самовільний викидень з 13 по 22 тиждень в 2 (10 %) випадках.

Висновки. Таким чином, в діагностиці невиношування вагітності методом ехографії, найбільш значимими для прогнозування результату вагітності є ехографічні маркери патології ембріона, плодового яйця і екстраембріональних структур.

ГІПЕРБАРИЧНА ОКСИГЕНАЦІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Грицай Т.О., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – доц. Сікора В.В.

СумДУ, Медичний інститут,

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) – одне з найчастіших захворювань чоловіків похилого віку. Вважається, що в 40-49 років аденома простати виявляється у 11,3% чоловіків; до 80 р. це захворювання виявляється у 81,4% випадків; після 80 р. статистика ДГПЗ збільшується до 99,5%. Розвиток порушень

сечовипускання при ДГПЗ зв'язують не тільки з механічною обструкцією, але й з недостатністю тканинного дихання детрузора та наслідками цього явлення. Для зменшення ступеню гіпоксії детрузора використовують метод гіпербаричної оксигенації (ГБО). Його принцип полягає у збільшенні кисневої ємності крові за рахунок додаткового розчинення у ній кисню.

Мета. Покращити результати консервативного лікування розладів сечовипускання у хворих на ДГПЗ за допомогою ГБО.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводилося на базі СОКЛ. Було відібрано 64 пацієнти у віці від 43 до 78 р. з такими показниками: на протязі доби середні ефективні об'єми (СЕО) до 150 мл та зменшення середньої швидкості сечовипускання (СШС) нижче 10 мл/с з необструктивними показниками. Пацієнти були поділені порівну на дослідну та контрольну групи. Дослідна група пройшла 10 сеансів ГБО с експозицією 45 хв. при робочому тиску до 1,8 атм. щоденно у поєднанні з терапією тамсулозином (400 мкг 1 р./добу). Контрольна група отримувала монолікування тамсулозином. В результаті у пацієнтів дослідної групи збільшилися показники СЕО та СШС, зменшився ступінь полакіурії, у порівнянні з контрольною групою, в середньому на 9,8%.

Висновки. Проведене дослідження чітко продемонструвало кореляцію між гіпоксичним станом детрузора та розладами сечовипускання при ДГПЗ, можливість їх корекції методом ГБО при відсутності показань до оперативного лікування.

ТУБЕРКУЛЬОЗ – ЯК ОДНА ІЗ НАЙГОЛОВНІШИХ ЗАГРОЗ ДЛЯ ЛЮДСТВА

Головко А.Ф., Лопатіна К.В. – студентка

Науковий керівник – к.м.н. Гресько І.Я.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини і фтизіатрії

Туберкульозна інфекція – одна з найрозповсюженіших у світі. За даними ВООЗ від 30 до 60% населення у країнах, що розвиваються, інфіковані мікобактеріями туберкульозу (ТБ). Щороку в цих країнах у 8-10 млн. чоловік розвивається захворювання на туберкульоз, а 2 млн. людей помирають від нього. приблизно 3-3,5 млн. чоловік помирають від ВІЛ/СНІД – асоційованого туберкульозу.

Щосекунди у світі інфікується збудником туберкульозу одна людина. Щорічно 1% населення планети інфікується збудником туберкульозу. Мікобактеріями туберкульозу інфікована одна третина населення світу. Більше 1,5 млн. випадків туберкульозу зареєстровано у країнах Африки. Щороку у країнах південно-східної Азії реєструється близько 3 млн. випадків туберкульозу. У 16 із 61 країни Європейського регіону за даними ВООЗ ситуація з туберкульозу залишається критичною.

В Україні, незважаючи на зусилля медичної спільноти та керівництва держави, приборкати захворюваність на туберкульоз до цього часу також так і не вдалося. Спостерігається тенденція до стабільності епідемічної ситуації, особливостями останньої є збільшення кількості хворих на позалегенові форми туберкульозу, а також висока захворюваність серед дітей. Ефективність лікування вперше виявленого туберкульозу значно погіршує невірна клініко-рентгенологічна інтерпретація при первинному виявленні змін в легенях.

У нас захворюваність на туберкульоз протягом 1990-2006 р. збільшилася у 2,5 рази: з 32,0 до 83,2 на 100 тис. населення. В останні роки з 2007 до 2011 р. має місце зменшення захворюваності на 15,8%: з 79,8 до 67,2 на 100 тис. населення.

Співвідношення чоловіків і жінок серед вперше виявлених хворих у 2009 році становила 3:1 та 2:1 у 2011 році.

Відмінною ознакою епідемії туберкульозу серед вперше виявлених хворих є, головним чином ураження осіб із груп високого ризику. Низький рівень прибутків та безробіття стали найсуттєвішими соціальними групами ризику. Серед медичних факторів ризику епідемія ВІЛ/СНІД превалює в останні роки з великою перевагою.

У 2012 році порівняно з 2011 роком відмічалася позитивна динаміка щодо зниження показника первинної захворюваності на туберкульоз серед міських жителів України на 2% (з 65,8 до 63,5 на 100 тис. населення), але серед сільського населення спостерігалось зворотнє: збільшення показника первинної захворюваності у 2012 році на 4,8%, що становило 73,8 на 100 тис. сільського населення.

На території України найвищий % вперше виявлених захворівших на туберкульоз був зареєстрований у Житомирській – 52,0%, Донецькій – 49%, та Волинській 48,3%, найнижчий в Івано- Франківській 28,3%

РОЛЬ ПРОБІОТИКІВ У ЛІКУВАННІ УРОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ

Демченко О.М., Заїко Г.О., доц. Нікітіна І.М.

СумДУ, Кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. За даними літератури, близько 75 % жінок у віці до 25 років мали як мінімум один епізод вагінального кандидозу в анамнезі, на 40-50 % - повторні епізоди і 5 % жінок - рецидивуючу форму захворювання. При цьому у 20 – 50 % жінок відмічається безсимптомне носійство вагінального кандидозу. Кандидоз є причиною передчасного переривання вагітності, розриву плодових оболонок, підвищення частоти пологового травматизму, перинатального інфікування плода та новонародженого.

Мета роботи було розроблення оптимальної схеми лікування уровагінального кандидозу для попередження рецидивування.

На базі жіночої консультації СОКПЦ у жовтні 2015 року було опрацьовано 80 амбулаторних карт жінок. Серед них 52 вагітні (24 - з діагнозом уровагінальний кандидоз, 28 – клінічно здорові), 28 не вагітні (9 – хворі на вагінальний кандидоз, 19 – здорові). Для подальшого дослідження були відібрані 33 хворі жінки, причому 23 з них лікувалися за звичайною схемою: антимікотичний препарат місцевої або системної дії, 10 жінок лікувалися за запропонованою нами схемою: антимікотичний препарат місцевої або системної дії + вагінальний пробіотик після завершення курсу антимікотичного препарату. Влітку 2016 року ми повторно опрацювали амбулаторні карти і отримали наступні результати: серед жінок, що лікувалися за звичайною схемою у 9 виник рецидив; за удосконаленою схемою – рецидив мав місце лише у однієї жінки. Серед жінок, що лікували уровагінальний кандидоз антимікотичними препаратами без подальшої терапії пробіотиками, рецидив відмічений у 39 %. А серед пацієнток, що лікували уровагінальний кандидоз антимікотичними препаратами з подальшою терапією пробіотиками, рецидив мав місце у 10 % випадків.

Висновки. Отже, підводячи підсумок проведеного дослідження, слід зазначити, що уровагінальний кандидоз потребує комплексного лікування. Схема лікування антимікотичний препарат+ пробіотик є більш ефективною.

Застосування пробіотиків у схемах лікування уровагінального кандидозу дозволяє у чотири рази знизити кількість рецидивів захворювання.

РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗУ.

Джоханнес Селма Нділімеке, Жданов С.М.

СумДУ, медичний інститут, Суми, Україна

Актуальність: Складною проблемою флебології є гострий венозний тромбоз, який посідає третю сходинку за частотою кардіоваскулярних захворювань в світі. За даними літератури кількість випадків, в середньому, становить 150 на 100 000 населення.

Мета дослідження: Ретроспективно проаналізувати результати лікування хворих на гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок з використанням нефракційного та низькомолекулярного гепарину.

Матеріали та методи: Проведено аналіз 60 історій хвороб пацієнтів госпіталізованих з приводу гострого тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні №2 КУСМКЛ № 5.

Результати: За період з 2013 по 2015 рік проаналізовано 60 історій хвороб пацієнтів, що лікувались у хірургічному відділенні КУСМКЛ №5. Всі пацієнти мали ускладнення хронічної венозної недостатності тромботичне ураження системи глибоких вен нижніх кінцівок. Має місце прямий зв'язок із збільшенням травматизму, не контрольованим безсистемним споживання не стероїдних протизапальних засобів. З анамнезу госпіталізованих відомо, що напередодні всі вони отримували непрямі антикоагулянти. У пацієнтів з тромбофлебітом глибоких вен, з метою лікування, нефракційний гепарин призначали з розрахунку 450 ОД на один кілограм маси тіла. Для швидкого антикоагуляційного ефекту під час госпіталізації здійснювали болусне введення 5000 ОД гепарину парентерально. Іншу частину добової дози вводили дробно крапельно з інтервалом через кожні три години. Тривалість гепаринотерапії складала від 7 до 10 діб. В подальшому пацієнти отримували низькомолекулярні гепарини двічі на добу. Ретроспективний аналіз коагулограм пацієнтів та дані динамічного спостереження доплерографії свідчать про доцільність використання нефракційного гепарину, що значно зменшує вартість лікування. Важливо застосування непрямих антикоагулянтів за 3-4 доби до скасування призначень нефракційного та низькомолекулярного гепарину.

Висновки: Гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок та його рецидив є комплексною проблемою пов'язаною також з нераціональною терапією. Непрямі антикоагулянти слід використовувати не менше трьох місяців у пацієнтів з оборотними факторами ризику (тромбоз після операції або травми). Призначати непрямі антикоагулянти треба за 3-4 доби до запланованої відміни гепаринів.

ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Дрига Н.О.

Науковий керівник – д. мед. н., доцент Сміянов В.А.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність. Пневмонія в наш час залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено, впершу чергу, її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, а також значними економічними витратами внаслідок цього захворювання. Розробка та впровадження пропозицій щодо покращення організації надання медичної допомоги хворим на пневмонію дасть змогу на більш ранніх етапах попереджувати пролонгацію перебігу, виникнення ускладнень та застосовувати адекватні програми її лікування.

Мета дослідження. Покращення якості організації медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію у м.Суми.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз 164 історій хвороб хворих на негоспітальну пневмонію за період за період 2014 – 2015 роки та соціологічне опитування стаціонарних хворих – 44 анкети на базі КУ «СМКЛ» № 1.

Результати. Проведене дослідження історій хвороб стаціонарних хворих показало, що у віковій структурі переважали хворі групи 60 р. і більше – 48 чол. (29%). По гендерному відношенню переважали чоловіки – 94 хворих (57,3 %).

Більшість хворих своєчасно звернулись за медичною допомогою – 108 чол.(66%), проте пізні звернення відмічається у 34% випадків (56 пацієнтів).

Встановлено що 126 пацієнтів (77%) звернулись за медичною допомогою до дільничного терапевта/ЛЗПСМ, при цьому більшість пацієнтів були госпіталізовані в той же день – 84 хворих (51,2%). Залишається доволі високим показник пізньої госпіталізації - 12 хворих (7,3%).

Середня кількість ліжка – днів у відділенні становила 13,11 л/д, проте 14 днів і більше лікувались 74 пацієнта (45,12%). При цьому лише 10,8% хворих звернулись на 1-5 день від початку хвороби.

У 32 хворих з діагнозом сегментарної, полісегментарної пневмонії спостерігається збільшення тривалості лікування до 14,2 ліжко-днів. А серед пацієнтів з діагнозом двобічної пневмонії (10 чоловік) середній ліжко-день збільшується до 14,75 л/д.

Проведене анкетування виявило, що у віковій структурі переважали хворі групи 30 – 39 р. – 16 чоловік (36%). По гендерному відношенню переважали жінки – 30 хворих (68,2 %). Серед опитаних 50 % мають рівень доходів до 2000 грн. При цьому 77% пацієнтів стверджують, що на лікування витратили 1500 грн. і більше. Це свідчить про значні економічні затрати на лікування та про недостатній рівень забезпечення закладу охорони здоров'я лікарськими засобами та засобами медичного призначення.

Опитування показало, що 36 пацієнтів (82%) звернулись вперше за медичною допомогою до дільничного терапевта/ЛЗПСМ та більшість (20 чоловік) було направлено на госпіталізацію у плановому порядку, при цьому майже 81 % хворих були госпіталізовані своєчасно. Але середній ліжко-день при цьому склав 14,14 л/д.

Висновки. Своєчасне звернення хворого за медичною допомогою та своєчасна госпіталізація є одними з основних чинників, що впливають на перебіг захворювання та тривалість лікування.

Дослідженням доведено, що на сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я в Україні своєчасним є питання розроблення системи управління і контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, в основу якої покладені принципи сучасного менеджменту та впровадження механізму внутрішнього аудиту як головного інструменту системи безперервного покращання якості медичної допомоги.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АУТОЛОГІЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН У ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Дубенко Д.Є., Швачкіна Г.С., Завійський В.І., Єлісєєва Г.М.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Н.Ю. Літвінова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії №4

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Мішалов В.Г.)

м. Київ, Україна

Актуальність. У країнах Європи, зокрема в Україні, зростає кількість хворих на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок. Більшості хворих показане виконання ампутації уражених нижніх кінцівок. Сьогодні, актуальною проблемою є можливість застосування терапії стовбуровими клітинами у таких пацієнтів, дослідження її адекватності, визначення показань та протипоказань, аналіз випадків резистентності пацієнтів до лікування, вивчення можливості проведення багаторазового введення стовбурових клітин одному пацієнту.

Мета роботи. Обґрунтувати можливість лікування аутологічними стовбуровими клітинами пацієнтів з критичною ішемією нижніх кінцівок із неможливістю реваскуляризації, провести аналіз застосованої терапії.

Матеріали і методи. З 2010 року на базі Олександрівської клінічної лікарні м Києва та Центрального військового госпіталю МО України (м.Київ) проведено лікування 20 пацієнтів з використанням аутологічних стовбурових клітин.

Результати роботи. У всіх пацієнтів відмічались зменшення площі некрозу, суттєве зниження інтенсивності ішемічних болів, покращення показників параметрів мікроциркуляції. Середній ЛКІ виріс з 0.35 ± 0.2 до 0.62 ± 0.51 ($p = 0.009$). За результатами застосування анкети якості життя SF36 встановлені статистично значуще поліпшення фізичного компонента здоров'я і тенденція до поліпшення психологічного компонента здоров'я пацієнтів.

Висновки. Клітинна терапія дозволяє поліпшити ефективність лікування пацієнтів з важкими формами ішемії нижніх кінцівок. Введення аутологічних мезенхімальних клітин дозволяє: зменшити рівень болю в спокої, зменшити площу некротичних уражень шкіри, поліпшити показники мікроциркуляції. Введення аутологічних мезенхімальних клітин

дозволяє значно знизити кількість ампутацій у пацієнтів з важкими формами ішемії нижніх кінцівок.

СИНДРОМ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ

Єжова А.В., Сологубовська-Яснікова Ю.В., Василенко О.І., Сіренко Н.В.

Сумський державний університет, медичний інститут, КЗ СОР «ОКПЦ»

Актуальність. Гіперандрогенія є однією з причин підвищеного ризику безпліддя, 25-40%, ускладнення вагітності (гестаційний діабет, передчасні пологи, преєклампсія), раку ендометрія, цукрового діабету 2-го типу, серцево-судинних захворювань.

Мета. Нашою метою було визначити оптимальний метод лікування для кожного фенотипу синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ), знизити рівень ускладнень та смертності серед жінок з гіперандрогенією. Жінки з СПКЯ, які отримували комбіновані оральні контрацептиви (група А – «Ярина», група В – «Белара») та хворі на СПКЯ, для яких було застосовано метформін. Лікувальний вплив від комбінації комбінованих оральних контрацептивів у жінок з СПКЯ протягом 12 циклів забезпечило:

- нормалізацію регулярного менструального циклу;
- значне зменшення проявів гірсутизму;
- збільшення рівня глобуліну, зв'язуючого статеві гормони;
- зменшення рівня загального тестостерону та індекса вільного тестостерону.

Ефекти від застосування метформіну при СПКЯ:

- покращення менструальної функції;
- індукція спонтанної і стимульованої овуляції;
- збільшення частоти запліднення;
- зменшення випадків гестаційного діабету,
- зменшення проявів гірсутизму;
- зниження рівня інсуліну, холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності, і збільшення концентрації ліпопротеїдів високої щільності. Синдром гіперандрогенії широко розповсюджений у будь-якому віці. СПКЯ являється основною причиною його виникнення, і є фактором високого ризику не тільки репродуктивних розладів, але і комплексу дуже серйозних дисметаболических порушень в дітородному і пременопаузальному віці.

Висновки. Сучасні уявлення про патогенез оваріальної гіперандрогенії є основою причиною для розширення показань до необхідної терапії при певному виді СПКЯ.

ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ В СУМСЬКОМУ РАЙОНІ, В УМОВАХ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ НАКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Єжова А.В., ас., к.мед.н., Семенчук О.В.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Однією з найбільш актуальних проблем сучасної гінекології є злякисні захворювання шийки матки.

Мета Встановлення можливої участі екологічних факторів у розвитку дисплазії (передракове захворювання) шийки матки на підставі вивчення мікробного фактора у жінок, що проживають в умовах підвищеного техногенного навантаження. Для визначення можливого впливу несприятливого атмосферного фактора на частоту та структуру передракових захворювань шийки матки використовувались дані медичних закладів м. Суми та Сумського р-ну, обстежено 305 жінок з морфологічно підтвердженою дисплазією шийки матки, з них 213 (72%) жінок з морфологічно підтвердженою дисплазією шийки матки (основна група) проживали в екологічно несприятливому районі і 91 жінка (30%) з передраком ектоцервікса (контрольна група) з району, що відрізняється відносно благополучною екологічною обстановкою.

Результати Проведені бактеріоскопічні дослідження показали, що для мешканок екологічно несприятливого району характерне зниження вироблення цервікального слизу: 110 ($51,7 \pm 2,9\%$) в порівнянні з контрольною групою - 33 ($36,1 \pm 4,3\%$) при $p < 0,01$; відзначено зниження епітеліальних клітин в мазках: 91 ($42,5 \pm 2,8\%$) порівняно з контролем - 22 ($23,7 \pm 3,8\%$) при $p < 0,001$. В основній групі також відзначається висока частота грибкових уражень 107 ($50,3 \pm 2,9\%$) порівняно з контрольною групою - 30 ($32,7 \pm 4,3\%$) при $p < 0,001$.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження показали, що несприятливий атмосферний фактор неспецифічно комплексно впливає на організм жінки, викликаючи істотні порушення в імунній системі, що сприяє зміні біоценозу піхви та патологічних станів шийки матки.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ РОБОТИЗОВАНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Іванова Т., Rogovий А. – студенти.

Науковий керівник – д.мед.н., проф., Леонов В.В.

*Сумський державний університет, медичний інститут,
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Актуальність. На сьогоднішній день все більше привертають до себе увагу технології, що дають можливість протягом короткого часу та мінімального обсягу оперативного втручання досягти хороших результатів в лікуванні хворих. В Україні широко застосовується лапароскопічний метод лікування захворювань жовчного міхура. Проте, впродовж останніх кількох років сучасні світові клініки широко використовують метод роботизованої холецистектомії.

Мета роботи. Порівняння лапароскопічного та роботизованого методів холецистектомії за даними різних наукових джерел хірургічної галузі.

Матеріали та методи. Переваги використання роботизованого методу для пацієнта: мінімальна крововтрата, скорочення терміну госпіталізації до 2-3 діб, короткий реабілітаційний період, мінімальна частота післяопераційних ускладнень (спайок, кровотеч), незначний косметичний дефект, зниження ризику інфікування, кращі клінічні наслідки.

Переваги використання роботизованого методу для хірурга: багатократне збільшення та кольорове 3D-зображення, гнучкі “зап'ястя” зі збільшеним радіусом рухів, запобігання тремтіння рук, зниження часу оперативного втручання, забезпечення належної зорово-моторної координації та ергономічного положення, можливість дистанційного виконання оперативного втручання.

Недоліки методу: висока ціна роботизованої системи та спеціального одноразового витратного обладнання, великий розмір апаратури.

Висновки. Використання методу роботизованої холецистектомії є перспективним та має ряд переваг перед рутинним лапароскопічним методом, як для пацієнта, так і для хірурга.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТРАЖДАЛИХ ДИТЯЧОГО ВІКУ, ЩО ОТРИМАЛИ ТРАВМИ УНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД

Івченко А.О. Квартальна О.І. – студенти.

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Шкатула Ю.В.

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізотерапії.

Актуальність. Дитячий дорожньо-транспортний травматизм в Україні представляє надзвичайно актуальну проблему, масштаб і наслідки якої слід розглядати серед чинників ризику національної безпеки. Останніми роками ситуація загострилася унаслідок стрімкого зростання кількості власного автотранспорту при вкрай незадовільній дорожній інфраструктурі.

Дорожньо-транспортні пригоди за участю дітей призводять не тільки до економічних втрат, а й посилюють несприятливі демографічні тенденції.

Мета дослідження: вивчити та проаналізувати клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики пошкоджень у дітей, що отримали механічні травми внаслідок ДТП.

Матеріали та методи. Проаналізована супровідна документація служби швидкої медичної допомоги, історії хвороби та амбулаторні карти розвитку дітей з травмами, отриманими внаслідок ДТП, що знаходилися на лікуванні у КЗ «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня» впродовж 2015 року.

Результати дослідження. Впродовж 2015 року у приймальному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні було зафіксовано 37 звернень дітей, що постраждали у дорожньо-транспортних пригодях. Середній вік склав $11 \pm 3,4$ років. При розподіленні масиву дослідження за статевою ознакою ми встановили, що серед травмованих було 20 (54,1%) дівчаток та 17 (45,9%) хлопчиків. З усіх постраждалих 30 осіб, або 81,1% від загального масиву було доправлено службою швидкої медичної допомоги. У 7 випадках (18,9%) постраждалі були доставлені батьками, родичами або сторонніми учасниками дорожнього руху. Протягом першої години після травмування звернулися за допомогою 24 (64,9%) особи, 11 (29,7%) постраждалих – протягом доби, а 2 (5,4%) – надійшли в стаціонар в термін понад 24 години. Аналізуючи причини травмування дітей, ми встановили, що 17 (45,9%) осіб було травмовано внаслідок наїзду чотириколісного транспортного засобу, 14 (37,8%) – знаходились під час ДТП у салоні автомобіля. Інші 6 (16,2%) дітей отримали травми під час керування двоколісним транспортним засобом (велосипед чи мопед).

Висновок. Проведений аналіз доводить, що обставини та механізм отримання пошкоджень має певну специфіку, обумовлену особливістю життєдіяльності постраждалих дитячого віку. При цьому існує тенденція до збільшення кількості дітей, що стали учасниками ДТП в якості водія двоколісного транспорту.

ГОСТРА ОБТУРАЦІЙНА ЖОВЧНОКАМ'ЯНА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ

Кащенко Л.Г., доцент; Коцюба І.І., лікар-хірург; Даниленко І.А., асистент; Олісеєнко Д.В., магістрант; Антоненко О.М., магістрант

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології
КУСМКЛ №5*

Актуальність: Гостра непрохідність кишок (ГНК) у результаті обтурації кишки жовчними конкрементами є порівняно рідкісним захворюванням. Серед різних форм ГНК вона займає від 0,2% до 7%.

Мета роботи: Освітлити найважливіші аспекти тактики ведення хворих на гостру обтураційну жовчнокам'яну кишкову непрохідність.

Матеріали та методи: Проведено аналіз 3 історій хвороби пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні КУСМКЛ №1.

Результати: За період з 2013 по 2016 рік у хірургічному відділенні КУСМКЛ №1 лікувались 3 хворих на гостру обтураційну жовчнокам'яну кишкову непрохідність. Всі пацієнти жіночої статі (100%). До 24 годин від початку захворювання було госпіталізовано 2 пацієнтки, через 2 доби – 1. До операції ЖКХ виявлена у 2 пацієнток (33,3%). При госпіталізації ГНК виявлена у всіх 3 пацієнток, але лише у однієї на рентгенологічному дослідженні ОЧП була відмічена аеробілія та білідигестивне сполучення у вигляді нориці, що дало змогу запідозрити жовчнокам'яний генез кишкової непрохідності. Всі 3 пацієнтки оперовані, в об'ємі - ентеротомія, літоекстракція, назогастральна інкубація тонкої кишки та дренажування черевної порожнини. Важливим питанням, на наш погляд, залишається вибір методу етеротомії з метою видалення конкременту. Деякі автори рекомендують зміщувати конкремент в проксимальному напрямку і після цього виконувати етеротомію, інші виконують етеротомію безпосередньо над конкрементом, або дистальніше рівня непрохідності. На нашу думку, доцільно, проводити етеротомію дистальніше нижнього полюсу конкременту на незмінній ділянці тонкої кишки, оскільки вважаємо, що при

зашиванні ентеротомного отвору вище каменя на роздутій кишці або над ним, де сформувався пролежень, є ризик виникненні неспроможності швів у післяопераційному періоді.

Висновки: Гостра обтураційна жовчнокам'яна непрохідність кишок є відносно рідкісним захворюванням. На підставі даних об'єктивного обстеження хворого, ультразвукової та рентгенологічної діагностики, можна підтвердити чи виключити наявність непрохідності біліарного генезу. Ентеротомію доцільно виконувати дистальніше обтурації кишки, з метою профілактики неспроможності швів та виникнення ускладнень.

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

*Кравець В. В.**, *Заслонко М. Є.* – студ.

Науковий керівник – к.мед.н. Кравець О. В.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії

**Конопська центральна районна лікарня*

Спайкова хвороба залишається актуальною проблемою хірургії органів черевної порожнини.

Проаналізовано результати клініко-рентгенологічної діагностики гострої спайкової непрохідності кишечника (ГСНК) у 85 хворих. Чоловіків було 47 (55,3%), жінок – 38 (44,7%). Вік хворих коливався від 25 до 71 року. ГСНК виникла після апендектомії у 27 (31,8%) хворих, гінекологічних операцій – у 22 (25,9%), операцій з приводу травм черевної порожнини – у 10 (11,8%), операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці – у 9 (10,6%), після інших операцій на органах черевної порожнини – у 17 (20%).

У діагностиці захворювання враховували клінічні ознаки і дані рентгенологічного дослідження. Клінічні симптоми були підставою для встановлення діагнозу повної непрохідності кишечника вже під час госпіталізації у 16 (18,8%) хворих. У 69 (81,2%) пацієнтів ці симптоми були менш виразні, що дозволило припустити часткову непрохідність кишечника.

Усім хворим проводили рентгенологічне дослідження, яке починали з оглядової рентгенографії черевної порожнини. Повна відповідність клінічних проявів та рентгенологічних ознак ГСНК відзначено у 54 (63,5%) хворих. Менш виразні клінічні ознаки виявлені у 31 (36,5%) хворих, але у цій групі були чіткі рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності – чаші Клойбера, кишкові арки.

Рентгенологічне дослідження з використанням барієвої суспензії проведено у 69 (81,2%) хворих. Основними показаннями до вивчення пасажу барієвої суспензії по кишечнику були слабо виразні клінічні ознаки, невелика тривалість захворювання, а також мала ефективність операцій, проведених раніше з приводу спайкової непрохідності кишечника. Рентгенологічно виявлено уповільнення пасажу барієвої суспензії, нерівномірне заповнення петель тонкої кишки. Використання подібної тактики дозволило уникнути операції у 9 хворих, незважаючи на наявність явних клінічних ознак.

Прооперовано 15 (17,6%) хворих. Перешкода пасажу кишкового вмісту локалізувалась у початкових відділах тонкої кишки у 3 хворих, в середній частині – у 7, дистальному відділі – у 5 хворих.

Висновки: вивчення пасажу барієвої суспензії є цінним діагностичним методом при обстеженні хворих з ГСНК. З метою встановлення рівня і ступеня непрохідності кишечника (повна, часткова) необхідно динамічне рентгенологічне дослідження.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ СПАЙКОВОЮ ХВОРОБОЮ ОЧЕРЕВИНИ

*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 ентросорбенти, 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.

ПЕРСПЕКТИВИ ГЕНЕТИЧНОГО ТЕСТУВАННЯ BRSA1TA BRSAII У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА РАК ЯЄЧНИКІВ.

*Кміть Н. В.**Науковий керівник – Пересунько О. П.**Вищий державний навчальний заклад України**«Буковинський державний медичний університет»**Кафедра онкології та радіології*

Результати епідеміологічних досліджень вказують, що протягом останніх років у багатьох економічно розвинутих країнах світу, також і в Україні, спостерігається значне зростання захворюваності на рак яєчників (РЯ).

Вирішенню проблеми ранньої діагностики багато в чому може сприяти клінічна онкогенетика. Більшість розповсюджених новоутворень людини в генетичному аспекті вивчені недостатньо. Це спонукає до початку досліджень, спрямованих на вивчення етіопатогенетичних факторів, що сприяють розвитку пухлин певної локалізації в популяції, і на розробку ефективних профілактичних заходів.

Приблизно 18-23% хворих на РЯ визначають у своєму сімейному анамнезі наявність родичів із пухлинами тієї ж чи іншої локалізації. На сьогодні встановлено, що ризик виникнення пухлин для осіб, що успадкували ген схильності, в сотні разів перевищує загальнопопуляційний. Тому значна частина населення має високий ризик розвитку в них раку та потребує спеціалізованої медико-профілактичної допомоги. Особливо треба звернути увагу на тих жінок, у яких знайдено мутації в генах BRCA I та BRCA II, визначення яких в групах генетичного ризику захворювань на РЯ може суттєво уточнити ймовірність захворювання. Частота та характер мутації в цих генах має етнічні та територіальні особливості, вивчення яких дасть змогу суттєво покращити профілактичні заходи для жінок.

ЗА результатами даних клініко-генеалогічного дослідження хворих на РЯ виділено сім'ї зі спадковообтяженим (відповідно $58,1 \pm 2,2\%$) та спадково не обтяженим ($41,9 \pm 2,2\%$) онкологічним анамнезом. У сім'яхпробандів, хворих на спадковообтяжений РЯ, характерною є асоціація у їхніхродичів раку жіночихрепродуктивнихорганів і шлунково-кишкового тракту, що є ознакоюсімейного ракового синдрому (О.П. Пересунько, 2008р.). Сучаснінауковідослідженняздебільшогоспрямовані на удосконаленняметодівлікування РЯ, щонезначнознижуєсмертністьнаселення.Насампередмаєнадійнихскринінговихпрограм, реалізаціяякихзабезпечувала б виявленнязлюякіснихта доброякісних пухлиняєчників на ранніхстадіях. А визначеннямутаційгенів BRCA I та BRCA II у жінокхворих на РЯ та кісти яєчників, зможесуттевоюточнитигрупуризику.

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ТРАВМ У ПАРАШУТИСТІВ

Ковальчук В.В.

Науковий керівник –доц. Барвінська А.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра загальної хірургії

Актуальність.Впродовж останніх років, парашутний спорт почав стрімко набирати популярність.За даними, опублікованими Асоціацією парашутного спорту США, близько 500 000 людей роблять в цілому близько 3 мільйонів стрибків щорічно.Кількадосліджень на цю тему вжебуло проведено раніше, щопідтверджує факт підвищеноїнебезпеки при виконанністрибків з парашутом.Встановленнязв'язкуміж причинами та наслідками травм може стати методом запобіганнятравмуванню в майбутньому.

Мета. Проаналізувати найбільш поширені травми серед парашутистів, визначити їх спільні риси.

Матеріали та методи. В ході дослідження було опрацьовано 150 історій хвороб та рентгенограм осіб, що здійснювали стрибки з парашутом.Застосовані бібліографічний та статистичний методи.

Результати. В результаті опрацювання 150 історій хвороб було виявлено,що серед травм найпоширенішими є переломи, які було діагностовано у 40 досліджуваних випадків (26.7%) та забої і розтягнення зв'язок у 90 випадків,що становить 60% від загальної кількості.Травми голови виявлені у 5 осіб (3.3%), живота і грудної клітки у 3 осіб (2%), травми хребта у 12 осіб -8%. Серед переломів найпоширенішими є переломи ліктя - 14 осіб (35%), стопи-10 осіб (25%), стегна - 5 осіб (12.5%), тазу - 8 осіб(20%), плеча- 3осіб (7.5%). Також були визначені спільні риси у всіх випадках травматизації, а саме:

- 1.Наявність високоенергетичної травми;
2. Грубі зміщення кісткових фрагментів;
3. Виражений набряк/ загроза або наявність компартменту;
4. Неефективність консервативного лікування переломів;
5. Тривалий доопераційний період у зв'язку з необхідністю ліквідації набряку і підготовки до операції;
6. Непередбачувані функціональні результати в подальшому.

Висновки:

1. Доцільність створення алгоритму лікування такого виду травми
2. Висока настороженість стосовно ускладнень
3. Необхідність ранньої реабілітації з метою отримання кращих функціональних результатів.

ШЛЯХИ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ, ЯК ОДНІЄЇ З ОСНОВНИХ ПРИЧИН ЕНДОКРИННОГО БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК

Копиця Т.В.,к.м.н., асист., Карабан І, студ.Укурс

Актуальність Кількість безплідних подружніх пар в світі складає близько 30%, серед них жіночий фактор виявлений в 44,1-47,5% випадків. Однією з основних причин ендокринного безпліддя являється гіперпролактинемія (22%).

Метою роботи було довести ефективність комбінації препаратів «Алактин» (Каберголін) та «Нормоменс» (екстракти вітексу, імбиру, пажитника) у лікування безпліддя, викликаного гіперпролактинемією. Дослідження проводились на базі Сумського міського пологового будинку, серед 36 пацієнок у віці 24-36 років з відносною гіперпролактинемією (рівень пролактину визначався на 2-4 день менструального циклу). Критеріями для включення в дослідження були: скасування протягом 3 – 6 місяців, що передують проведеному обстеженню, гормонотерапії та інших медикаментів, що впливають на рівень ПРЛ, відсутність супутньої ендокринної патології, виключення раку молочної залози, ендометрія або інших гормонозалежних пухлин (жінкам проведено МРТ області турецького сідла), виключення вагітності, непереносимість препарату. Всі пацієнтки скаржились на зміну ритму менструацій за типом олігоменореї (затримки від 7 до 14 днів), передменструальний біль і набухання молочних залоз, відсутність вагітності протягом 2-5 років, психо-емоційні розлади.

Лікування проводилося за схемою: «Алактин» - по 0,25 мг 2 рази на тиждень протягом 1 місяця та «Нормоменс» по 1 капс. 2 р/д. Через 1 місяць проведено контроль рівня пролактину, у 11 жінок відмічалась нормалізація його рівня, серед цієї групи прийом «Алактину» був припинений, «Нормоменс» продовжений до 3 місяців, для досягнення стійкого терапевтичного ефекту, іншим 25 пацієнткам доза «Алактину» була підвищена до 1 мг на тиждень + «Нормоменс» у тій же дозі, курс продовжили до 3 місяців. Через 1 та 6 місяців після лікування обом групам пацієнок проведено контроль рівня пролактину- відмічалась його стійка нормалізація, у 4 пацієнок на фоні прийому препаратів відбулась бажана вагітність- прийом препаратів був припинений, тератогенних ефектів не спостерігалось.

Доведено ефективність комбінації препаратів «Алактин» та «Нормоменс» у лікуванні гіперпролактинемії (31 % жінок отримали бажані результати уже через місяць, 69 %- через 3 місяці після лікування).

ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗЛИВОГО АБОРТУ ПРЕПАРАТАМИ ЕКЗОГЕННОГО АНАЛОГУ ПРОГЕСТЕРОНУ ЛЮТЕІНА У ЖІНОК З НЕДОСТАТНІСТЮ ЛЮТЕІНОВОЇ ФАЗИ

Копиця Т.В., к.м.н., асист., Довга К.А., Куценко Д.Е., студенти Вкурс Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність Невиношування вагітності, обумовлене гормональними причинами, зустрічається в 8 -20%. Серед них недостатність лютеїнової фази зустрічається в 20- 60% і обумовлена низкою факторів: дисбаланс синтезу ФСГ і ЛГ в 1 фазу циклу, гіперпролактинемія, що призводить до дефіциту рівня прогестерону.

Мета Оцінити ефективність різних способів застосування препарату екзогенного аналогу прогестерону лютеїна в терапії загрозового аборт у пацієнок з недостатністю лютеїнової фази. Обстежено 44 вагітних з недостатністю лютеїнової фази у віці від 28 до 42 років із загрозою аборт у 8-12 тижнів.

Оцінювали ефективність і переносимість препарату в різних його формах (сублінгвальної, вагінальної). Всім пацієнткам проводилося клінічне, динамічне ультразвукове обстеження та визначення рівня прогестерону в динаміці. Всім пацієнткам був призначений екзогенний аналог прогестерону лютеїна. Доза препарату визначалася в залежності від клінічних проявів та рівня прогестерону в сироватці крові. Сублінгвально препарат приймався в дозі 100- 150 мг три рази на добу, вагінально-100-150 мг два рази на добу в терміні до 12 тижнів вагітності, з подальшим контролем рівня прогестерону та поступовим зниженням дози. У всіх пацієнок явища загрози переривання вагітності були куповані. Спостерігалася нормалізація рівня прогестерону в сироватці крові. Вагітні мали можливість прийому препарату в подальшому, були задоволені піхвовим способом застосування лікарського засобу.

Найбільш частими побічними ефектами лікування були сонливість (25,5%), стомлюваність (23,6%), головний біль (16,4%) і спастичний біль у животі (14,6%), які

спостерігались при сублінгвальному застосуванні препарату. Динамічна рН-метрія піхви демонструвала збереження показників в межах 3,5-4,4. Доведено однакову ефективність застосування сублінгвальної та інтравагінальної форми препарату лютеїна у жінок з загрозовим абортom. Серед побічних ефектів більш часто відзначались сонливість та підвищена стомлюваність, що спостерігались при сублінгвальному призначенні лютеїну.

МОНІТОРИНГ ПРИРОДНОЇ КІЛЕРНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ У ПРОЦЕСІ ЇХ ЛІКУВАННЯ

*Копиця Т. В., к.мед.н., асист., Сумцов Д. Г., к.мед.н., лікар
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології. СОКОД*

Актуальність. Агресивні методи лікування (хірургічний, опромінення, хіміотерапія), що використовують у хворих на рак яєчників (РЯ) у різній мірі негативно впливають на стан неспецифічної реактивності (НР), погіршуючи безпосередні та віддалені результати лікування. Важлива роль в механізмі НР при злоякісних новоутвореннях належить природним кілерам (naturalkiller), специфічній субпопуляції лімфоцитів, здатних без попередньої імунізації знищувати злоякісні клітини. НК не мають маркерів Т і В-лімфоцитів, походять із великих гранулярних лімфоцитів. Стимулюють активність НК інтерферон та його індуктори, про вплив тімічних гормонів на них існуючі повідомлення суперечливі.

Метою роботи було. вивчення кількості НК у хворих на РЯ у процесі лікування та вплив синтетичного аналогу 32–36

Результати Нами вивчено вміст великих гранулярних лімфоцитів – (морфологічних аналогів ПК) у периферійній крові 38 хворих на РЯ віком від 19 до 83 років, що лікувались в СОКОД протягом 2012–2015 років. Для контролю взято середній показник вмісту ВГЛ у 20 донорів ($6,8 \pm 0,4$ %). Хворі рандомізовані на 2 групи: основну (20) і групу порівняння (18). В програму лікування хворих на РЯ основної групи включали ад'ювантну імунотерапію (АІ) імунофаном, який вводили по 1 мл щоденно в/м протягом 10 днів.

У хворих на РЯ залежно від стадії злоякісного процесу реєструвалося зменшення числа ПК: при II стадії середнє число рівнялось – $5,4 \pm 0,4$ %, при III стадії – $5,0 \pm 0,8$ %. Після проведення лікування у хворих групи порівняння число ВГЛ зменшувалося при використанні комбінованого і комплексного методів, досягаючи $2,1 \pm 0,5$ %. При проведенні АІ імунофаном кількість ВГЛ була суттєво вищою – $4,1 \pm 0,6$ % ($P < 0,05$).

Висновки. У хворих на РЯ реєструється пригнічення ПКА корелююче із стадією раку та методом лікування. Використання АІ імунофаном сприяє збільшенню числа ПК, що аргументує доцільність її включення у стандартну програму комплексного лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ ЗА СПОСОБОМ ЛІХТЕНШТЕЙНА

*Коростіль С. О. – студ., Коломієць Є. В. – студ.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. П'ятикоп Г. І.
СумДУ, Медичний інститут,*

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Актуальність. За даними численних досліджень операція Ліхтенштейна поєднує ряд незаперечних переваг: можливість застосування місцевої анестезії, звичний оперативний доступ, технічна простота виконання, низька вартість забезпечення операції, практично безбольовий післяопераційний період, короткий час реабілітації хворого, легко відтворюваний стабільний результат.

Мета дослідження – оцінка технічних особливостей виконання операції Ліхтенштейна та обґрунтування вибору методу анестезії при хірургічному лікуванні пахової грижі.

На базі кафедри загальної хірургії медичного інституту Сумського державного університету за період 2005–2014 рр. оперовано 1480 хворих з паховою грижею.

Чоловіків було 1306 (90 %), жінок – 174 (10 %). Середній вік пацієнтів становив $52,3 \pm 5,6$ років.

Грижі одnobічної локалізації відмічалися у 1305 (98 %), двобічної – у 26 (2 %) хворих. Всього оперовано 1357 гриж.

Рецидивна пахова кила спостерігалася у 154 (10 %) осіб.

В плановому порядку оперовано 1328 (90 %), в ургентному – 152 (10 %) пацієнтів. При двобічній паховій килі операція в більшості випадків виконувалася одномоментно.

Загальний наркоз застосовувався у 54 (3 %), СМА – у 57 (4 %), місцева анестезія – у 1369 (93 %) хворого.

Операцію Ліхтенштейна виконано 565 хворим.

В післяопераційному періоді внутрішньом'язеве знеболення виконувалося за вимогою пацієнта, причому у 87,8 % ін'єкція виконана один, у 4,3 % – два, у 7,9 % – більше 2-х разів. Середній ліжко-день склав $5,7 \pm 0,61$ доби.

Ускладнення, пов'язані з хірургічним втручанням, відмічені у 3 (0,8 %) хворих. З них у 2 розвинувся орхіт, у 1 – нагноєння післяопераційної рани. Всі ускладнення усунені консервативними засобами. Віддалені результати вивчені у терміни до 24 місяців після операції. Рецидиву грижі не виявлено, а хронічний больовий синдром відмічався тільки в 1 (0,25 %) хворого і не потребував хірургічної корекції, оскільки був невираженим й не порушував якості життя.

Висновки. Таким чином, операція Ліхтенштейна може бути визнаною операцією вибору, оскільки є найбільш безпечним, передбачуваним, легко відтворюваним, малотравматичним способом оперативного втручання при паховій килі, а рецидив захворювання не є недоліком технології.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАСТАЗУВАННЯ В КІСТКИ СКЕЛЕТУ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ

*Костюченко В.В., студ. 6-го курсу, к.м.н. Москаленко Ю.В., к.м.н. Винниченко О.І.
СумДУ, медичний інститут, кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології*

Актуальність. Кісткові метастази при раку легенів і до теперішнього часу залишаються однією з важливих проблем в онкології. Дуже часто вони є причиною болю, призводять до розвитку гіперкальціємії, зумовлюють компресію нервових структур, порушують цілісність скелета, призводячи до патологічних переломів.

Мета дослідження. Вивчити особливості метастазування в кістки скелету у хворих на рак легенів.

Матеріали і методи. Досліджена та вивчена медична документація 43 пацієнтів віком від 42 до 78 років, з яких 88,5% становили чоловіки, 11,5% - жінки. Усім пацієнтам встановлений діагноз раку легенів IV стадії.

Результати дослідження. Із 43 пацієнтів метастази в кістки скелету були виявлені у 10 (23,25%). За даними комп'ютерної томографії остеолітичні вогнища встановлено у 9 хворих (90%), остеобластні – у 1 (10%). При цьому метастази у кістках миски мали 4 пацієнтів (40%), ребра – 2 (20%), хребет – 2 (20%), по 1 хворому - в лопатку та ребра, а також в хребет та кістки миски (по 10% відповідно). Усі хворі з остеолітичними вогнищами разом з препаратами стандартної хіміотерапії отримували біфосфонати (зомета, паміред, паміредин) внутрішньовенно краплинно 1 раз на місяць. На фоні лікування збільшення розмірів вогнищ кісткової деструкції виявлено у 2 пацієнтів (22%). Для таких хворих використовувався таргетний препарат Деносумаб, що являється інгібітором лігандів RANK.

Висновок. Метастази в кістки — це часте ускладнення поширених стадій раку, вони погіршують якість життя пацієнтів через здатність призводити до ускладнень. Тактика лікування має бути індивідуальною, враховувати особливості наявних метастазів у кістки і загальну картину прогресування хвороби пацієнта.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ГРИЖ

*Кукса О.Ю. – студ., Сидоренко А.Ю. – студ.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. П'ятикоп Г. І.
СумДУ, Медичний інститут,*

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії

Актуальність. Герніотомія – одна з найбільш поширених операцій, яка становить 10-15% від усіх хірургічних втручань. Запропоновано безліч варіантів герніопластики.

Мета. Герніотомія з використанням алопластичних матеріалів в останні роки зайняла домінуюче положення і майже витіснила методи герніопластики власними тканинами. Але й при цій методиці небезпека розвитку ускладнень (інфільтратів, нагноєнь, відторгнення та ін.) зберігається. Таким чином, проблема лікування гриж продовжує залишатися важливою й актуальною.

Результати. Були вивчені результати лікування 2558 пацієнтів з різними видами гриж, які перебували на лікуванні в КЗ СОКЛ в 2005-2014 рр. Всі хворі були оперовані. Вік пацієнтів коливався від 20 до 92 років (середній вік – 65 років); 23,5% хворих були молодшими за 50 років; 17,5% – старшими за 70 років. Жінок було 1059, чоловіків – 1499. Усі пацієнти виписані у задовільному стані. Ускладнення раннього післяопераційного періоду відмічені у 3 (1,94%) пацієнтів у вигляді інфільтрату після герніопластики сіткою з приводу пахової та післяопераційної вентральної грижі. Герніотомію власними тканинами виконано 1435 (56%) пацієнтам, алопластичну герніопластику – 1123 (44%).

З специфічних ускладнень віддаленого періоду відмічені: хронічний біль в ділянці післяопераційного рубця (4 хворих), відчуття стороннього тіла (5 хворих), інфільтрати в ділянці післяопераційного рубця, деформації рубця, утворення нориць. Вказані ускладнення відмічені у пацієнтів при застосуванні для герніопластики алотрансплантатів. Нагноєнь, синдромів відторгнення, рецидивів серед пацієнтів обох груп не спостерігалось.

1. Герніопластика власними тканинами і алогерніопластика без натягу мають свої покази, які слід враховувати при виборі методу лікування.

2. Професійне володіння обома методами дозволяє в кожному конкретному випадку герніотомії застосовувати їх позитивні сторони, оптимальні для пацієнта; відмова від будь-якого з них збіднює арсенал хірургічних можливостей в герніології, обмежує можливість урахування всього розмаїття варіантів гриж, вікових особливостей і супутньої патології.

3. Тільки індивідуалізований підхід до лікування гриж та диференційований вибір методу лікування найкращим чином дозволяють враховувати особливості кожного пацієнта й можливості того чи іншого методу лікування.

4. Успіх хірургічного лікування гриж визначається індивідуальним диференційованим підходом до вибору методу герніопластики, що є можливим у випадках, коли хірург володіє широким арсеналом методів ауто- і алогерніопластики.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО АНТИГІПОКСАНТУ «ЦИТОФЛАВІНУ» З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ УСКЛАДНЕНЬ НА СІТКІВЦІ У ХВОРИХ З ТРАВМАМИ ОКА

Лекішвілі С.Е., Грицай Л.В., Грицай Т.О.

Сумський державний університет медичний інститут

*Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії,
офтальмології, онкології*

Актуальність. Вторинні дегенеративні зміни на сітківці, які зустрічаються при несвоєчасному лікуванні хворих з травмами ока різного генезу, можуть виникати як внаслідок запального процесу, так і внаслідок порушення мікроциркуляції в сітківці. Одним з нових сучасних препаратів – антигіпоксантів є цитофлавін.

Мета. Основною метою нашого дослідження, було дослідити ефективність запропонованого метаболічного антиоксидантного лікування хворим з ризиком дегенеративних змін на сітківці при травмах ока різного генезу.

Матеріали та методи. Обстежено 53 пацієнти (59 очей), з травмами очей різного генезу. Середній вік $(44,5 \pm 3,6)$ років. Всі хворі отримували традиційну медикаментозну терапію. 18 хворих основної групи (20 очей) отримували додатково р-н цитофлавіну 10 мл в 200 мл 5 % р-н глюкози внутрішньовенно крапельно протягом 10 діб. Всім пацієнтам проводили біомікроскопію очного дна з використанням трьохдзеркальної лінзи по Гольдману LG1/LG2, статична периметрія, ентоптоскопія в синьому полі, а також проводився біохімічний аналіз крові: рівень супероксиддисмутази (СОД), малонового діальдегіду (МДА) нейтрофілів, активні форми кисню, продукти пероксидації ліпідів, рівень окисненого та відновленого глутатіону.

Результати та їх обговорення. Так, гострота зору в основній групі підвищилась на 41,7%, в контрольній групі на 25,1%. Досліджуючи очне дно дегенеративні зміни на сітківці спостерігалися лише в 4-х хворих в основній групі (5 очей), в контрольній групі в 13 хворих (14 очей). Рівень $СОД = 3,24 \pm 0,7$, тоді як в основній він співпадав з нижньою межею норми у здорових людей $(4,1 \pm)$, $МДА = 3,32 \pm 0,07$ в основній групі та $3,84 \pm 0,16$ в контрольній, $p < 0,05$. Рівень окисненого та відновленого глутатіону в обох групах відповідав нормальним показникам.

Висновки. Застосування цитофлавіну в комплексному лікуванні хворих з травмами ока різного генезу є ефективним та патогенетично обґрунтованим з метою профілактики та лікування вторинних дегенеративних змін на сітківці.

ПОЄДНАННЯ РАКУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Лисаченко Т. М. – студ., Жуков А. В. – студ., Шевченко О. М. – студ.

Науковий керівник – Базін М. Є. лікар-рентгенолог,

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Актуальність. Незважаючи на поступове зменшення захворюваності на туберкульоз серед населення, за даними статистики МОЗ України, рівень захворюваності залишається досить високим. При цьому проблема раннього виявлення раку легень на тлі туберкульозного процесу залишається актуальною і складною.

Мета роботи: вивчення диференційно-діагностичних аспектів виявлення раку легень у хворих на туберкульоз легень.

Матеріали та методи: проводився аналіз літературних даних, ретроспективний аналіз рентгенограм та даних спіральної комп'ютерної томографії, в тому числі з внутрішньовенним контрастним підсиленням, у пацієнтів з проявами туберкульозу легень та метатуберкульозними змінами.

Важливу та досить складну для лікарів задачу становить диференціювання процесів раку та туберкульозу. Це пов'язано з недостатнім вивченням клініко-рентгенологічної картини та використанням не в повному обсязі сучасних методів діагностики. Досить часто ракові пухлини утворюються на тлі затихаючих туберкульозних процесів, або на фоні метатуберкульозних змін. Рак легень, як і туберкульоз частіше розташований у верхніх відділах легеневої порожнини, рідше — у середніх та нижніх. Це зумовлено тим, що при диханні пил, бактерії, канцерогенні речовини потрапляють переважно саме у верхні частки легень. Встановлено, що хворі на туберкульоз — це частіше чоловіки 25–34 років. Рак легень частіше трапляється у чоловіків після 60 років. Поєднанні процеси найчастіше виникають у чоловіків 50–60 років.

Висновки: рак частіше розвивається у хворих із фіброзно-вогнищевим, фіброзно-кавернозним, циротичним туберкульозом, при яких переважають склеротичні зміни в легеневій тканині, тому з диференціально-діагностичною метою необхідно максимально ефективно використовувати всі доступні методи діагностики.

РОЛЬ УРАЖЕННЯ ДЕМОДЕКСОМ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА, ЯК ФАКТОРУ РОЗВИТКУ ІНШИХ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА

Лихих О.В.

Науковий керівник - к.мед.н, асистент Сміянов С.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність. Збудники демодекозу у людини — це кліщі *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis*, що з родини *Demodecidae*.

У 1841 році збудник демодекозу був вперше відкритий. У 1843 році класифікований та отримав назву *Demodex folliculorum*.

У 1963 році був виділений *Demodex brevis*, а у 1972 році вчені довели існування двох видів демодексу.

Збудники демодекозу людини живуть лише на людині і не зустрічаються на тваринах. Вони є представниками умовно-патогенної флори і постійно живуть у вивідних протоках сальних залоз шкіри, повік, фолікулах. Вчені неоднозначні у питанні щодо того, хто, жінки чи чоловіки, частіше хворіють на демодекоз, проте за даними деяких досліджень чітко прослідковується, що захворюваність вище у людей у віці від 31 до 50 років і взагалі не зустрічається у дітей до 1 року.

Поштовхом до розвитку цього захворювання можуть стати стреси, збої у роботі травної чи ендокринної систем, що у свою чергу стають причиною змін у функціонуванні сальних залоз та зміни складу їх секрету. Не останню роль у виникненні проявів захворювання відіграє і зниження місцевого імунітету внаслідок застосування гормональних косметичних засобів чи речовин, що агресивно діють на шкіру, пошкоджуючи її.

D. folliculorum живиться вмістом порожнини фолікула та клітин фолікулярного епітелія, а *D. brevis* — вмістом клітин і протоків сальних залоз та залоз хряща повіки. За допомогою свого колюче-сисного апарату кліщ проникає до джерела їжі, попередньо впорснувши в дану ділянку секрет слинних залоз, через що у зоні ураження виникають деструктивні та проліферативні зміни шкіри, а також розвивається алергічна реакція, бо секрет має як ферментативну, так і антигенну активність. Всі ці зміни у шкірі, а також свербіж, один із симптомів демодекозу та додатковий фактором механічного пошкодження шкіри, викликають зниження її бар'єрного захисту перед іншими паразитами, що здатні викликати захворювання зовнішнього вуха.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЦИКЛІЧНИХ ЗМІН В ОРГАНІЗМІ ЖІНОК-СПОРТСМЕНОК НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Логвинюк Г. О., студ. 5 курсу

Науковий керівник – Калашник Н. В.

СумДУ, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Проблема регуляції репродуктивної функції жінок-спортсменок, що займаються так званими чоловічими видами спорту на сьогодні недостатньо вивчена. Велике значення для якісної побудови мезоциклів при тренуванні жінок є врахування особливостей оваріально-менструального циклу.

Мета. Дослідження гормонального статусу жінок-спортсменок, що займаються чоловічими видами спорту за умови використання методів регуляції менструального циклу згідно з планом змагань.

Результати. Ми досліджували 45 жінок-спортсменок, які були поділені на 3 групи: I – жінки-спортсменки, які нічим не регулювали МЦ, II – жінки-спортсменки, які вживали Дюфастон по 1 таблетці з 15 дня циклу для регулювання менархе залежно від графіку змагань, III – жінки-спортсменки, що вживали КОКи по 1 таблетці без перерви 3 упаковки.

Ми визначали рівень гормонів (пролактин, тестостерон, естріол, прогестерон, ЛГ, ФСГ) на 9, 20, 40 день циклу. Також ми розроблені анкети, що визначали психологічний статус жінок-спортсменок. Вони відповідали на 5 запитань, оцінюючи свій стан за 5-ти бальною шкалою на 9, 20, 40 д.ц. Рівень гормонів: пролактин у I гр. середні значення коливались в межах 8-12 нг/мл, у II гр. – 15-18 нг/кг, у III гр. – 19-22 нг/кг; тестостерон – 0,7; 0,6; 0,9 відповідно в

кожній групі; естріол в межах норми; прогестерон у I гр. 1,5-3,04 у II гр. 3,0-4,5; у III гр. 4,0-5,9 нмоль/л. Аналізуючи анкети на 9 день циклу у всіх досліджуваних груп результати були 23-24 б. На 20 д. ц. у I гр. 15-16 б., що свідчить про погане самопочуття. У II гр. – 19-21 б., у III гр. – 22-24 б. На 40 д. ц. у I гр. було гарне самопочуття (22-25 балів); у II гр. – знижені показники (18-21 бал); у III гр. – 22-25 б. Віовнення менстурального циклу у II гр. відбувається через 1-2 дні після вживання останньої таблетки, у III гр. – на 2-3 добу.

Висновки. Відповідно до результатів проведеного нами дослідження, ми дійшли висновку, що результати дослідження гормонального статусу в жінок усіх трьох груп суттєво не відрізняються, звертає на себе увагу незначне підвищення рівню пролактину до верхніх меж норми, що у свою чергу може свідчити про значні фізичні навантаження. Згідно даним анкетування майже не відмічають ознаків передменстурального синдрому жінки III групи, незначно – II гр. Отже, найкраще регулювати менстуральний цикл в період змагання з використанням КОК.

ХРОНІЧНИЙ ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУСИТ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Лозовий Р.О.

Науковий керівник - д.мед.н., доцент Сміянов В.А.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність. На даний час проблема поліпозного риносинуситу (ПРС) має важливе медико-соціальне значення. За даними різних авторів, у світі на ПРС страждає 4-5% населення. В Україні за останні роки захворюваність на риніти, риносинусити та ринофарингіти зросла і сягає 489,9 на 100 тис. населення. Широка поширеність ПРС у структурі захворювань ЛОР-органів, її зв'язок з бронхолегеневою патологією, тривалий перебіг ведуть до зниження працездатності, якості життя та інвалідизації хворих.

На сучасному етапі найбільш поширеною та популярною є багатофакторна теорія утворення поліпів носа. Відмічається, що, незалежно від природи поліпів, клінічні прояви у всіх пацієнтів однакові. Хворі скаржаться на часткову або повну носову обструкцію, гіпосмію, ринорею, головний біль. При поліпозному розростанні в ділянці остеомаєтального комплексу порушується дренажна та вентиляційна функція навколососових пазух і в них виникають патологічні стани, які ще більше загострюють запальний процес у слизовій оболонці порожнини носа. Вважається, що сучасні підходи до лікування хворих на хронічний ПРС повинні базуватись на досягненнях хірургічного та терапевтичного лікування. Але, не зважаючи на сучасні методи лікування хворих на ПРС, найближчі рецидиви реєструється в 60% випадків, тому питання лікування таких пацієнтів залишається актуальним. Згідно з Європейським меморандумом по риносинуситу і поліпозу носа від 2007 р., доказова схема лікування дорослих з хронічним риносинуситом та поліпозом носа повинна включати:

- використання топічних стероїдів при легкому та середньому ступені тяжкості за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) з повторним оглядом через 3 міс;
- використання пероральних та топічних стероїдів при тяжкій формі, згідно з ВАШ, з повторним оглядом через 1 міс.

На сьогоднішній день найбільш перспективний метод лікування поліпозного риносинуситу — ендоскопічна операція. Процедура проводиться під місцевою анестезією. В носову порожнину вводять ендоскоп з камерою. Зображення виводиться на екран комп'ютера. Це дозволяє точно визначити розмір і кількість поліпів і усунути їх, не зачепивши важливі структури носа. За допомогою ендоскопічного обладнання видаляють всі змінені тканини і виконують корекцію структур носа. При такому способі лікування не залишається травматичних рубців і шрамів.

Видалення шейвером - один з видів ендоскопічної операції, коли лікар бачить все, що відбувається на екрані монітора і повністю контролює ситуацію. Процедура проводиться під загальним або місцевим наркозом. Шейвер або мікродобрідер максимально точно видаляє поліпи до здорової тканини. Він як би подрібнює новоутворення і всмоктує їх. Операція є малотравматичною і дозволяє максимально зберегти здорову слизову оболонку. Ризик виникнення кровотеч мінімальний. При необхідності лікар може виправити всі

анатомічні дефекти носа і видалити поліпи всередині пазух. Це єдиний метод, після якого практично не буває повторних поліпів.

Видалення поліпів лазером. Ця операція проводиться амбулаторно. В порожнину носа вводять ендоскоп з камерою і лазерне устаткування. З допомогою лазерного променя лікар нагріває клітини, з яких складається поліп, і вони випаровуються. В ході операції лазер запаює судини, і кровотеча не виникає. Також при цій процедурі можливість занесення інфекції повністю виключається. Це найменш травматична процедура, вона підходить для людей, що страждають астмою і дітей.

ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНА-СУПРЕСОРА P-53 У ПУХЛИНАХ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ З МЕТОЮ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ.

М.Б.Ляшко, О.П.Манжура, Л.А.Матяшок / Ljashko M.B., Manzhura O.P., Matiashok L.A.

Науковий керівник: к. мед. н., ас. О. П. Манжура

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Кафедра онкології, м. Київ, Україна

Вступ. Щороку у світі реєструють 1 млн нових випадків пухлин жіночої статеві системи. Особливо стрімко зростає захворюваність на рак ендометрія (РЕ), що супроводжується низьким відсотком виживаності 44-75%. Ці дані визначають потребу у більш ефективних методах лікування.

Мета. Дослідити експресію мутантного білка p53 у пухлинах хворих на РЕ, а саме серозно-папілярний рак ендометрія (СПРЕ) та аденокарциному ендометрія (АКЕ), та на основі цих даних, порівняти ефективність лікування РЕ за стандартною схемою та схемою з використанням цілеспрямованої ад'ювантної хіміотерапії (АХТ).

Матеріали та методи досліджень. На базі Київської міської онкологічної лікарні було створено дві групи порівняння: основна та контрольна. До кожної групи увійшло по 30 хворих на СПРЕ та по 100 хворих на АКЕ. Було досліджено ген супресор p-53 у пацієнтів основної групи. Встановлено, що у 78,3% хворих на СПРЕ у пухлинах прослідковується експресія мутантного білка p53. У хворих на АКЕ цей показник нижчий і залежить від ступеня диференціювання пухлини, так при високому ступені диференціювання виявляється у 8,8% пацієнтів, помірному-у 30,3%, низькому-у 53,1%. На основі отриманих даних основній групі хворих застосовувалось лікування, що включало в себе ад'ювантну хіміотерапію. Порівняльній групі проводилось лікування за стандартними протоколами.

Результати дослідження: Оцінка показників показала, що п'ятирічна виживаність хворих на РЕ в основній групі на 12,1% вища ніж в групі контролю. Прослідковується збільшення відсотку хворих без рецидиву на першому році життя в основній групі на 11,7% порівнюючи із контрольною групою і подовження безрецидивного періоду на 5 міс.

Висновки: Зважаючи на отримані результати досліджень, можна стверджувати, що запропонована методика комплексного лікування для хворих на РЕ, а саме АКЕ та СПРЕ з використанням АХТ є ефективнішою ніж загальноприйнята.

ЛІКУВАННЯ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК

Мазур В.В.

Кафедра урології та судової медицини

Науковий керівник: доц., к.мед.н. Сухомлин С.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

місто Полтава, Україна

Актуальність. Полікістоз нирок (ПН) є двобічною спадковою аномалією розвитку нирок, яка ускладнюється нирковою недостатністю (ХНН), артеріальною гіпертензією (АГ) та хронічним пієлонефритом.

Мета роботи – оцінити ефективність перкутанної ігніпунктури при ПН.

Проведений аналіз лікування 17 хворих на ПН в Полтавській обласній клінічній лікарні в протягом 2005-2015 рр. Обстеження: аналіз крові загальний та біохімічний, визначення

клубочкової фільтрації (КФ), аналіз сечі, ультразвукове дослідження (УЗД). Хворим проводилася двобічна черезшкірна пункційна ігніпунктура. Показання до операції: розмір кіст (поодиноких >6 см, множинних >4 см), артеріальна гіпертензія, хронічний піелонефрит та ХНН, які не піддаються консервативній терапії.

Результати. Задовільні результати отримані у 16 (94,1%) хворих, яким протягом останніх 4-7 р. ігніпунктура проводилася з інтервалом 1-2 р. Визначені стабільні показники КФ, азотемії, аналізу сечі, АГ, темп росту кіст 1-2 см за рік. У 3 (17,7%) з цих хворих спостерігалася помірне зростання азотемії та зменшення КФ, АГ залишався стабільним, лейкоцитурія відсутня. В 1 (5,9%) хворого результат незадовільний: визначене прогресування азотемії, зменшення КФ, рецидивний перебіг піелонефриту, темп росту кіст 3-4 см за рік.

Висновки. Своєчасна черезшкірна ігніпунктура з адекватною патогенетичною терапією призводить до стабілізації перебігу ПН. Запізніле оперативне лікування, відсутність патогенетичної терапії, високий темп росту кіст уповільнює розвиток ПН, але не дозволяє поліпшити стан хворого.

КОМПЛЕКСНА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Муравський Д. В. – студ.

Науковий керівник – к.мед.н. Кравець О. В.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Зростання питомої ваги деструктивних форм хіміорезистентного туберкульозу спонукає до розширеного застосування хірургічних методів лікування, велику роль в ефективності яких відіграє передопераційна підготовка хворого.

Обсяг, характер і тривалість передопераційної підготовки залежає від доопераційного стану хворого, характеру резистентності МБТ.

Підготовка до оперативного лікування передбачала перш за все антибактеріальну терапію. При негативній тенденції стандартних схем хіміотерапії доцільно проводити короткотривалий курс інтенсивної бактерицидної внутрішньовенної терапії (4–6 тижнів). Внутрішньоорганну передопераційну поліхіміотерапію ми розглядали як найбільш раціональний варіант підготовки хворих.

За наявності ендобронхіту I ст. разом із базисною терапією призначалися щоденні інгаляції неспецифічних засобів, інгаляції муко- та бронхолітиків. У хворих на II–III ст. ендобронхіту разом із курсом інгаляцій виконували регулярні щотижневі курси лікувальних фібробронхоскопій із промиванням бронхів різними антисептиками та введенням суміші антибіотиків, протеолітичних ферментів, бронхолітиків і глюкокортикоїдів. Курси інгаляцій були індивідуальні – від декількох тижнів до 1 місяця.

Основними напрямками патогенетичної терапії були імунокорекція, дезінтоксикація, покращення реології крові та мікроциркуляції, корекція метаболічних порушень, бронхо- та муколітична терапія, пригнічення активності вторинної мікрофлори, протизапальна терапія, антиоксидантна терапія, стимуляція репаративних процесів.

До схеми комплексного лікування входили препарати анаболічної дії; стимулятори енергетичного обміну; вітаміни; переливання еритроцитів, плазми свіжозамороженої, альбуміну.

Тренування серцево-судинної системи проводили через фізичні навантаження, застосовуючи систему теренкур.

За 3–4 місяці до оперативного втручання ми застосовували пневмоперитонеум, розробивши для цього відповідні показання та протипоказання.

Застосовавши наведену систему підготовки, вважали за можливе вдатися до оперативного втручання при позитивній динаміці трьох основних показників: зменшення кількості мокротиння до 15–20 мл за 1 добу, відносної ліквідації ознак ендобронхіту та зменшення інтенсивності бактеріовиділення.

Застосований алгоритм підготовки дозволив покращити результати лікування хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз, зменшити післяопераційну летальність.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.

Науковий керівник к.м.н. Калашник Н.В.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Нашою метою було оцінити особливості перебігу вагітності у жінок з генітальним ендометріозом. На основі статистичного аналізу зарубіжних і вітчизняних джерел інформації про особливості перебігу ендометріозу у вагітних було отримано такі дані: загроза переривання вагітності 6 разів вища у жінок з клінічними проявами захворювання чим у здорових, для хворих жінок вагітних у першій половині вагітності частота загрози переривання вагітності становить 54,%. Передчасні пологи за даними зарубіжних авторів становлять – 20%, аномалії родової діяльності – 21,4%. Порівнюючи ускладнення при пологах у жінок з генітальним ендометріозом у 15% - спостерігається дистресс плода, затримка внутрішньоутробного розвитку плода спостерігається у 30%, асфіксія плода середньо тяжкої форми – 20%, 8,5% - виникала первинна або вторинна слабкість пологової діяльності; за даними вітчизняних авторів 75% - пологи були ускладнені передчасним розривом навколоплідних мембран, а по даних зарубіжних джерел інформації – 30% . У післяпологовому періоді з різною частотою виникали такі ускладнення, як маткова кровотеча у - 5%, загострення хронічної урогенітальної інфекції у вагітних спостерігали у 45,5%, порушення з боку мікрофлори – 30% пацієнток.

У вітчизняних і зарубіжних даних помітно коливається частота виникнення порушень з боку дихальної, серцевої та рухової активності плода; спостерігається передчасне дозрівання плаценти.

Висновки. Виходячи з даного аналізу статистичних даних доцільно говорити про необхідність попереджувати хворих жінок репродуктивного віку і вагітних про досить високу ймовірність виникнення ускладнень, як з боку матері так і дитини.

Є свідчення про те, що після нормальної вагітності ендометріоз зникає у хворих жінок і вони становляться клінічно здоровими, але це не може вважатися вагомим аргументом, щодо продовження вагітності вже хворої жінки знаючи про можливі негативні її наслідки для дитини. Залишаються недостатньо вивченими зміни гормонального фону у вагітних хворих на ендометріоз у патогенезі ускладнень перинатального, інтранатального та постнатального періодів вагітності.

РОЛЬ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ЗМІНІ МІКРОБНОГО СПЕКТРУ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ СПАЙКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК

Кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології Сум ДУ

Микитин В.З. – аспірант, Пак В.Я. – к. мед. н., доцент, Микитин К.В. – студентка 5 курсу

Актуальність. Проаналізовано результати хірургічного лікування 77 хворих на ГСКН, яким виконано інтубацію тонкої кишки за Вангенштіном: у 71 (92,2%) і через цекостому за Шейдом у 6(7,8%). Чоловіків було 46(59,8%), жінок – 31(40,2%), переважали особи працездатного віку від 31 до 60 років, що загалом склало 66,5%. Усіх пацієнтів поділено на дві групи. Першу групу – групу порівняння - склали 47 пацієнтів, яким у післяопераційному періоді не проводили череззондової ентеральної терапії. У 2-гу(основну) групу ввійшло 30 хворих, яким у післяопераційному періоді в комплексне лікування було включено застосування череззондової лікувальної програми.

У пацієнтів двох груп проводилося дослідження мікробного спектра тонкої кишки з метою визначення мікробної контамінації та впливу на неї раннього череззондового ентерального харчування. Матеріал для дослідження забирався інтраопераційно, через 24

години після операції, на другу добу післяопераційного періоду і перед видаленням інтубаційного зонда.

Додатково хворим 2-ї групи через 4-6 год. з часу відновлення ковтального рефлексу, через зонд введено р-н перманганату калію і завису препарату «Ентеросгель», а через 15-20 хв. видалено 75-80% введених препаратів. Також, починаючи з 2 дня післяопераційного періоду через зонд крапельно протягом 2-3 дня вводили глюкозо-сольові розчини, а наступні 3-6 діб – «Берламін-модуляр» і збалансовану суміш дитячого харчування разом з пробіотиком та подрібнену таблетку Мезим форте 10000 2 рази на добу.

У посівному матеріалі, взятого інтраопераційно, в обох групах виявили Ентерококи 5×10^6 КУО/мл, *Proteus mirabilis* 10^5 КУО/мл, Клостридії 10^5 КУО/мл, Бактероїди 10^8 КУО/мл, *Klebsiella* spp. 5×10^5 КУО/мл, *E. Coli* 10^{10} КУО/мл, що значно перевищує допустимі норми. Під час посівів через 24 години суттєвих змін у кількісному і якісному складі мікроорганізмів не виявлено, але потрібно відмітити, що у 13 (43,0%) пацієнтів 2-ї групи незначно знизився титр *E. Coli* – 5×10^8 КУО/мл. На другу добу у посівах порівняльної групи змін не виявлено, а у основній групі – незначне зниження показників умовно-патогенної мікрофлори; висіяли штами гемолітичної *E. Coli* 5%, які виступали антагоністами росту власних і чужорідних штамів, з незначним титром з'явилися біфідобактерії та лактобактерії. В посівах перед екстубацією у пацієнтів групи порівняння незначно знизився титр умовно-патогенної флори, а в основній групі було багато колоній біфідобактерій, зріс титр лактобактерій, а титр інших патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів на даному етапі дослідження сягав меж допустимих норм. Потрібно зазначити, що в пацієнтів обох груп значно зросла кількість дріжджоподібних грибів роду *Candida*, що пояснюється масивною антибіотикотерапією і порівняно малою кількістю лактобактерій.

Висновки. Отже, розглянувши результати дослідження можна зробити висновок, що пацієнтам, оперованим з приводу ГСКН, у ранньому післяопераційному періоді разом із традиційними методами лікування необхідно проводити ранню череззондову ентеральну терапію, що запобігає розвитку умовно-патогенної флори, сприяє розвитку біфідобактерій, які шляхом асоціації зі слизовою оболонкою кишечника здійснюють фізіологічний захист кишкового бар'єру від проникнення мікробів і токсинів у внутрішнє середовище організму, володіють високою антагоністичною активністю по відношенню до патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів. Зростає титр лактобактерій, які у просвіті тонкої кишки є симбіонтами. У хворих зменшуються явища ендогенної інтоксикації.

ПЕРИТОНІТ – ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ

Мисловський І.А., Кравець О.В., Попадинець В.М.

КЗ Сумська обласна клінічна лікарня

Актуальність. Перитоніт є найчастішим ускладненням перитонеального діалізу (ПД). Постійне вдосконалення техніки перитонеального діалізу дозволило суттєво зменшити частоту перитонітів, однак останні залишаються найважливішим інфекційним ускладненням та мають несприятливий вплив на властивості очередини і в значній мірі визначають не тільки можливість використання методу, але і виживання хворих.

Мета. Проаналізовані результати лікування 51 хворого, у яких застосовано ПД на базі Сумської обласної клінічної лікарні у період з 2006 по 2016 р. Жінок було 30 (58,8%), чоловіків – 21 (41,2%). Вік хворих від 25 до 59 років, у середньому $(42,3 \pm 1,6)$ року.

У 15 (29,4%) хворих спостерігали розвиток перитоніту, основними ранніми ознаками якого були помутніння діалізату та біль у животі, менш частими – гіпертермія, нудота, діарея. При безпосередньому обстеженні виявляли типові симптоми перитоніту: біль у животі, ослаблення кишкових шумів, болючість і напруження черевної стінки при пальпації.

Усім хворим при припущенні про наявність перитоніту обов'язково проводили ультразвукове дослідження черевної порожнини для виявлення можливих гострих запальних захворювань, що могли б спричинити перитоніт, лабораторні дослідження крові за загальноприйнятим алгоритмом.

За результатами бактеріологічного дослідження підтверджували діагноз. Мікрофлору ідентифікували за стандартною методикою. *St.aureus* було висіяно у 5 хворих, *Str.epidermidis* – у 3, *E. coli* – у 1, гриби роду *Candida* – у 1 хворого. У 5 випадках ідентифікувати мікрофлору не вдалось.

Лікування перитоніту розпочинали до визначення збудника. Корекцію антибактеріальної терапії проводили після отримання результатів бактеріологічного дослідження відповідно до чутливості виявленої мікрофлори. Призначали цефалоспорини III покоління або аміноглікозиди у комбінації з фторхінолонами у стандартних дозах. Також проводили симптоматичну терапію та відповідне лікування основного захворювання. У більшості пацієнтів позитивна динаміка спостерігалася вже через 48 годин. До видалення перитонеального катетера довелось вдатися у 2 випадках. Тривалість лікування складала від 2 до 3 тижнів. Летальних випадків від діалізного перитоніту не було.

Висновки. Таким чином, своєчасна діагностика та вчасно розпочате патогенетично обґрунтоване лікування є запорукою успішного лікування діалізного перитоніту.

ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ

Мишкіна А.І., студ. 5 курсу

Науковий керівник – Бабар Т. В.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Питання планування вагітності актуальне для багатьох жінок, які страждають полікістозом яєчників і не можуть завагітніти, так як при відсутності своєчасного лікування він призводить до безпліддя. За оцінками лікарів полікістоз виявляється у 8-10 % всіх жінок репродуктивного віку. Сучасна гінекологія вирішує цю проблему декількома способами – консервативною терапією, хірургічним лікуванням, методами допоміжної репродукції при неефективності інших. Лікувальний напрям має бути побудований від простого до складного. Це дозволить обійтися мінімальними втратами яєчничкового резерву. В основі розвитку полікістозу яєчників лежать, перш за все, поліендокринні порушення, які проявляються розладом функцій: гіпофіза та гіпоталамуса (порушення регуляції діяльності надниркових залоз і яєчників); коркового шару наднирників (підвищена секреція андрогенів); яєчників (нерегулярності або відсутності овуляції, підвищена секреція естрогенів); підшлункової залози (підвищене вироблення інсуліну при нечутливих до нього тканин). Спровокувати гормональні порушення можуть інфекційні захворювання, стреси, зміна клімату.

Мета. Полікістоз яєчників обумовлює більше половини випадків ендокринного жіночого безпліддя. У патологічний процес можуть залучатися різні ланки репродуктивної системи - центральні структури (головний мозок), яєчники, кора надниркових залоз і т.д. Це призводить до порушення регуляції менструального циклу, який забезпечує фертильність жінки, тобто можливість настання вагітності.

Результати. Полікістоз яєчників призводить в основному до ановуляторного безпліддя. У процесі лікування переслідуються єдина мета, яка полягає в настанні овуляції і повноцінному виходу яйцеклітини з фолікула. Для цього можуть застосовуватися різні методики, починаючи від менш інвазивних до більш інвазивних. На першому етапі використовується консервативна терапія, потім хірургічне лікування, в кінці - допоміжна репродуктивна медицина.

Висновки. Після комбінованого лікування пацієнок з полікістозом яєчників при УЗД-дослідженні було виявлено зменшення об'єму яєчників до 4-7 см³, стоншення капсули яєчників та зменшення кількості фолікулів. Відбулася нормалізація гормонального статусу, що дає можливість жінкам відновити репродуктивну функцію. У ході лікування було доведено ефективність комбінованої терапії полікістозу яєчників у пацієнок. У всіх жінок, що пройшли курс лікування було відновлено репродуктивну функцію. Даний метод може бути рекомендований для ведення та лікування жінок з полікістозом яєчників.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННОСТІ НА ЕМПІЕМУ ПЛЕВРИ НА СУМЩИНІ

Мищенко Ю.О. – аспірант, Певнев Я. Г. – студ.

Науковий керівник – проф., д.мед.н.Дужий І.Д.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії

Актуальність. Емпієма плеври являє собою одне з найбільш грізних ускладнень захворювань органів грудної клітки. На сьогоднішній день в Україні зберігається тенденція до росту числа хворих з гнійно-деструктивними захворюваннями легень та травматичними пошкодженнями грудної стінки, які часто ускладнюються розвитком емпієми плеври.

Мета. Для візуалізації картини стосовно проблематики емпієми плеври в нашому регіоні був проведений аналіз історій хвороб стаціонарних хворих за період 2013–2016 рр., які проходили лікування у відділенні торакальної хірургії Сумської обласної клінічної лікарні. До уваги було взято гендерну, вікову, територіальну та анамнестичну ознаки. Аналіз історій хвороб показав, що на емпієму плеври хворіють переважно особи чоловічої статі (72%), працездатного віку 30–60 років (80%), що проживають у сільській місцевості (68%). Розглядаючи анамнестичну ознаку, було виявлено, що емпієма плеври трапляється як ускладнення у 80,5% пневмоній, які безуспішно лікувались амбулаторно або у терапевтичних стаціонарах ЦРЛ, у 14% хворих емпієма стала наслідком закритих травм грудної клітки, а у 5,5% емпіємою плеври ускладнився післяопераційний період у хворих, котрі лікувались стосовно гнійно-запальних захворювань грудної клітки, шиї та дна ротової порожнини. Відмічено, що середній термін перебування хворих у стаціонарі коливається від 1 тижня до 1 місяця.

Беручи до уваги наведену вище інформацію, постають питання, щодо своєчасності проведених діагностичних та лікувальних заходів лікарями первинної ланки, а також у розробці універсального підходу в діагностиці та лікуванні емпієм плеври лікарями вторинної ланки надання допомоги.

Висновки. Своєчасна діагностика та раціонально підібране лікування дозволять не допустити розвитку емпієми плеври і скоротити термін перебування хворих у стаціонарі, мінімізувати обсяги та ризик оперативного втручання, зменшити тривалість тимчасової непрацездатності та попередити інвалідизацію.

РОЛЬ ГАРВАРДСЬКОЇ ШКОЛИ ХІРУРГІЇ У ВІДКРИТТІ І РОЗПОВСЮДЖЕННІ АНЕСТЕЗІЇ ЕФІРОМ

Мочаренко Я. А., Певнев Я. Г. студ. 5 курсу

Науковий керівник-асистент Редько С.І.,

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Актуальність. Істориками медицини достатньо багато написано про першу демонстрацію Муртоном ефірного наркозу. Але роль Гарвардської школи хірургії в цій демонстрації та подальшому розповсюдженні ефірного наркозу висвітлена недостатньо.

Мета роботи - висвітлити роль Гарвардської школи хірургії у відкритті та подальшому розповсюдженні ефірного наркозу.

Завдання - відновити хронологію подій 1842-1847 років пов'язаних з відкриттям ефірного наркозу.

Об'єкт дослідження – історичні події.

Метод дослідження - аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел.

Результати та їх обговорення.

Вельми значна роль Гарвардської школи хірургії в проведенні публічної демонстрації ефірного наркозу. Саме Джон Коллінз Уоррен, заслужений професор хірургії Гарвардської медичної школи і головний хірург Массачусетської загальної лікарні бере на себе відповідальність за проведення анестезії нікому не відомим "секретним" газом, нікому, знову ж, невідомим дантистом Муртоном.

Офіційний наукову доповідь про ефірний наркоз вперше зробив Генрі Бігелоу 9 листопада 1846 року на засіданні Boston Society of Medical Improvement під назвою «Нечутливість під час хірургічних операцій, вироблена інгаляцією». Доповідь ця була надрукована в редагованому Уорреном бостонському медичному та хірургічному журналі «Boston Medical and Surgical Journal» (18 November 1846, No. 35, p. 309-317.). Це було першим у світі друкованим науковим повідомленням про вдалий наркоз при великій хірургічній операції.

Через місяць, 9 грудня, в тому ж журналі Уоррен надрукував статтю, називаючи засіб його істинним ім'ям «Інгаляція ефірних парів для запобігання болю в хірургічних операціях».

Швидко, протягом декількох місяців, поширення ефірного наркозу в Європі було зовсім неможливо без участі Гарвардської школи хірургії. Вже 15 грудня 1846 року відбулася перша ефірна анестезія в Європі. Вона була проведена в Парижі Френсісом Віллісом Фішером, молодим лікарем з Бостона, випускником Гарвардської медичної школи. 21 грудня 1846 року знаменитий шотландський хірург Роберт Лістон, першим у Європі застосував ефірний наркоз для знеболювання серйозної і об'ємної операції - ампутації стегна. Сталося це завдяки тому, що відомості про методику анестезії і сам ефір доставив листоноша із США сам Генрі Д.Бігелоу.

Висновки. Завдяки зусиллям хірургів Гарвардської медичної школи стало можливим швидко розповсюдження ефірного наркозу в Америці та Європі.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ВИСНАЖЕНИХ ЯЄЧНИКІВ ТА СИНДРОМУ РЕЗИСТЕНТНИХ ЯЄЧНИКІВ

Ніколенко А.В., студ. 5 курсу

науковий керівник – д.мед. н., професор Бойко В.І

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Останнім часом проблема безпліддя стає все більш актуальною в сучасному суспільстві. За даними статистики на 2015 р. в Україні нараховується близько мільйона безплідних пар, що становить приблизно 30% населення репродуктивного віку. Рання диференційна діагностика синдрому виснажених яєчників та синдрому резистентних яєчників. Своєчасне відновлення репродуктивного здоров'я жінки.

Мета Найбільшого значення в наш час набуло ендокринне безпліддя, а саме його яєчникова форма. У всіх інших випадках діагностувати його можливо за допомогою УЗД, КТ, МРТ, лапароскопії. Причина яєчничкової форми безпліддя криється в порушенні гормонального фону. При чому зазвичай замішаний не один гормон, а декілька, що значно ускладнює діагностику. Ці дві патології є досить рідкісними і дуже схожими за своєю клінічною картиною, тому метою роботи є детальне вивчення всіх симптомів, морфологічних та біохімічних змін, що в подальшому дозволить оптимізувати діагностику та лікування даної патології.

Результати. В рамках дослідження було оглянуто та проведено діагностику 270 жінок, які складають основну групу, і що звернулися з аменореєю та неможливістю завагітніти. В результаті на трубно-перитонеальне безпліддя припало 95 жінок, шийкове-16, маткове-30, імунологічне-22, ендокринне-100, нез'ясованого генезу-8. Контрольну групу складає 60 жінок з яєчничковою формою безпліддя. При подальшому дослідженні безпліддя було з'ясовано, що на синдром виснаження яєчників припадає 38 жінок, а на синдром резистентних яєчників 37 жінок.

Висновки. При ранньому виявленні яєчничкової форми безпліддя, диференційній діагностиці можливо призначити індивідуальний план обстеження та лікування, таким чином відновити репродуктивну функцію жінки.

СПАДКОВІСТЬ ЯК ЕТІОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК ВИНИКНЕННЯ ГІПОСПАДІЇ

*Овечкін Д.В., Леонов В.В., Шевченко М.Ю. *, Козік Є.В.
Сумський державний університет,
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом онкології
КУ «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня»**

Актуальність. Гіпоспадія – вада розвитку статевого члену, при якій відсутня задня стінка сечовипускального каналу.

Мета. Ретроспективне порівняльне дослідження факторів ризику в експериментальній і контрольній групах (Van Rooij I.A., Van der Zanden L.F. et al., 2013) доводить, що генетичні чинники (генні мутації та поліморфізм), грають певну роль у виникненні передньої та середньої гіпоспадії, тоді як задня більш часто асоційована з особливостями вагітності – перші роди, передчасні пологи. Гормональні контрацептиви можуть збільшувати ризик утворення середньої та задньої гіпоспадії, а багаторазові вагітності пов'язані з виникненням задньої гіпоспадії (рівень доказовості 2a).

Гіпоспадія може супроводжувати більш 100 генетичних синдромів. Harris, 1990; Schnack і ін., 2008 вважають, що участь спадкового чинника у розвитку гіпоспадії у дітей близько 65-75%.

Частота сімейної гіпоспадії варіює в межах 10-20%. Якщо у новонародженої дитини визначається гіпоспадія, ризик появи другої дитини з гіпоспадією становить 12% при необтяженому сімейному анамнезі. Він підвищується до 19%, якщо гіпоспадія є у іншого члена сім'ї (двоюродного брата, дядька), і до 26%, якщо гіпоспадія є у батька і сібса. У близнюків гіпоспадія спостерігається частіше на 50%.

Не припиняється пошук конкретних генів відповідальних за утворення гіпоспадії. Відомо про наявність високого ризику виникнення даної патології при V89L поліморфізмі гена SRD5A2, існуванні мутації DGKK гена (ген X-хромосоми - успадковують від матері), мікродуплікації гена VAMP7 (ген X-хромосоми), мутації гена CXorf6 (Xq28). Але за даними Arnold G.Cogan et al., 2012 приблизно у 60% хворих генетична патологія не виявляється, тобто етіологія гіпоспадії у більшості хворих є невідомою.

У 2015 році у хірургічне відділення Сумської обласної дитячої лікарні були госпіталізовані дворічні брати-близнюки, кожний зі стовбуровою формою гіпоспадії. З анамнезу стало відомо, що батько цих пацієнтів мав аналогічну патологію і був прооперований з цього приводу у дитячому віці.

Висновки. Таким чином, наявність патології у близнюків та анамнез підтвердив спадкову етіологію гіпоспадії у цьому випадку. На жаль, внаслідок відмови батьків каріотипування та молекулярне генетичне дослідження даним пацієнтам провести не вдалось.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ “ СОЛКОСЕРИЛ” ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ ЗАГАЛЬНОМУ ЗНЕВОДНЕННІ

*Огієнко М.М., Редько С.І.
Сумський державний університет медичний інститут
Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії,
офтальмології, онкології*

Актуальність. Питанню стимуляції регенерації кісткової тканини при переломах присвячено безліч експериментальних і клінічних досліджень. У вивченій літературі відсутні дані про використання солкосерилу для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини.

Мета дослідження - вивчити вплив препарату Солкосерил на репаративний остеогенез у експериментальних тварин після моделювання ізоосмолярної гіповолемії тяжкого ступеня.

Матеріали та методи. Постановка експерименту відбувалася на 50 щурах. Тварин розподілено на 2 групи: контрольну та експериментальну. Тварини експериментальної групи

поділялися на дві підгрупи: перша – тварини із тяжким ступенем зневоднення, та друга – тварини, яким проводилася спроба колекційної терапії структурних мін, викликаних тяжким ступенем дегідратації, препаратом "Солкосерил" у дозі 3,63 мг/кг/добу. Для оцінки перебігу процесів репаративної регенерації готували гістологічні препарати з мазків регенерату великогомілкової кістки

Результати та їх обговорення. Як відомо, важливою складовою репаративної регенерації є ступінь кровопостачання новоутворених тканин. За даними Корж Н. А., васкуляризація кістки є лімітуючим фактором при перебігу репарації за хрящовою чи сполучно тканинною моделями. В проведеному нами експерименті спостерігається зменшення площі судинного компонента регенерату, що є одним із факторів затримки репаративних процесів.

Застосування коректора стимулює репаративну регенерацію кістки – змінюється співвідношення тканинних компонентів регенерату – не виявляється фіброретикулярна тканина, збільшується площа та покращуються якісні властивості грубоволокнистої і пластинчастої кісткових тканин порівняно із показниками тварин із тяжким ступенем зневоднення.

Висновки. Отримані дані свідчать про позитивний вплив коректора на перебіг репаративного остеогенезу травмованої кістки. Застосований як коректор препарат "Солкосерил" нівелює негативний вплив зневоднення та значно прискорює процеси перебудови та дозрівання кісткових структур, що веде до утворення повноцінного кісткового мозоля.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЮВАННЯ ДЕФОРМАЦІЙ СТОПИ У ДІТЕЙ З ДЦП ТА МЕТОДИК ЇХ КЛІНІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Павлюк М.С., Белінський М.В., Василюшин А.Я.

Науковий керівник: к.м.н., доцент Дубас В.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра травматології та ортопедії

Актуальність. При клінічному обстеженні дітей з ДЦП у 95-98% виявляють різноманітні деформації стоп. Анатомічне моделювання деформацій стоп допоможе патогенетично обґрунтувати їх появу та розвиток а також підтвердити чи заперечити методики їх оперативної корекції.

Мета: вивчити шляхом моделювання різні види деформації стоп у дітей з ДЦП та проаналізувати результати їх оперативного лікування.

Матеріал та методи. Методом комп'ютерної графіки були змодельовані наступні деформації стопи – еквінус стопи, еквіноварусна деформація стопи, еквіноплосковальгусна деформація стопи та порожниста деформація стопи, як найбільш часті форми деформацій стопи у дітей з ДЦП. Запропоновано в клінічній практиці використати операції подовження сухожилків даних м'язів та переміщення місця прикріплення цих сухожилків. Для аналізу методів оперативного лікування та їх результатів використано історії хвороб 48 дітей, яким в залежності від виду деформацій стоп виконали 175 індивідуальні оперативні корекції: пластику сухожилків-84, тенотомію та лігаментотомію-39, лігаментокапсулотомію-18, транспозицію місць прикріплення-18, артрорезування з кістковою пластикою- 16. Клінічний термін спостереження сягав від 6 міс до 10 років на базі травматологічного відділення ОДКЛ.

Результати та обговорення: результат моделювання еквінуса стопи підтвердив методику оперативного лікування - Z-подібна пластика ахіллового сухожилка, яка була проведена у 24 хворих. У 11 хворих з еквінопорожнистою деформацією стопи виконали подовження ахіллового сухожилка в поєднанні з напівзакритим пересіченням плантарного апоневрозу. При моделюванні ми встановили необхідність обстеження та корекції стану переднього великогомілкового м'яза. У 6 хворих з еквіноплосковальгусною деформацією стоп та у 7 хворих з еквіноварусною деформацією стоп методика лікування співпала з

результатами моделювання. Клінічне спостереження за хворими на протязі 10-ти років підтвердив правильність вибраних методик лікування.

Висновок: Вивчення моделей деформацій стопи дали нам можливість зрозуміти патогенез та вивчення їх у дітей з ДЦП. Клінічний аналіз результатів лікування дітей з ДЦП підтвердив результати моделювання у більшості випадків.

ОЦІНКА СТАНУ ВНУТРІШНЬООРГАННОГО КРОВОТОКУ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ СПАЙКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК

Пак В.Я., Кащенко Л.Г., Микитин В.З., Микитин К.В., Пабот К.А.

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми, Україна

Актуальність. За останні десятиліття частота гострої спайкової кишкової непрохідності зростає прямопропорційно зростанню кількості проведених оперативних втручань на органах черевної порожнини та малоготазу, і становить від 50,0% до 93,3%. Смертність від даної патології сягає від 15% до 23,8%.

Метою дослідження було вивчення внутрішньоорганного кровотоку тонкої кишки при гострій спайковій кишковій непрохідності в експерименті.

Експериментальне дослідження проводили на 7 статевозрілих кролях Каліфорнійської породи віком від 10 до 14 місяців, масою 3,2 – 4,5 кг. Самців було 4 (57,14%), самок – 3 (42,86%). Експериментальні дослідження проведені з дотриманням норм «Європейської конвенції про захист хребетних тварин».

Результати. Після загального знеболення Каліпсоветом Плюс, з розрахунку 0,5 мл на кг маси тіла виконували серединну лапаротомію. Моделювали спайкову хворобу порожнини очеревини за В.А. Ліпатовим. Через 14 діб після оперативного втручання виконували повторнолапаротомію і викликали гостру тонкокишкову непрохідність. Інтраорганный кровоток тонкої кишки вивчали методом оклюзивної транс ілюмінаційної ангіотензіометрії за М.З. Сігалом до моделювання спайкової хвороби порожнини очеревини, через 12, 24 години та на 3 добу після викликання гострої непрохідності тонкої кишки.

Артеріальний і венозний тиск, до моделювання спайкової хвороби порожнини очеревини становили $17,40 \pm 0,41$ кПа і $10,94 \pm 0,39$ кПа відповідно.

Через 12 годин після виникнення гострої тонкокишкової непрохідності в інтраорганных судинах тонкої кишки вище перепони артеріальний тиск достовірно знизився проти висхідного рівня і став $15,27 \pm 0,47$ кПа ($p < 0,01$), венозний дещо підвищився і склав $11,7 \pm 0,25$ кПа ($p > 0,05$), нижче перепони артеріальний тиск незначно знижувався і становив $16,10 \pm 0,45$ кПа ($p < 0,05$), венозний залишався майже на висхідному рівні – $10,16 \pm 0,28$ кПа проти $10,94 \pm 0,39$ кПа ($p > 0,05$).

Після 24 годин прогресування тонкокишкової непрохідності відмічалось зниження артеріального тиску до $11,22 \pm 0,37$ кПа проти $17,40 \pm 0,41$ кПа ($p < 0,001$) та підвищення венозного тиску по відношенню до висхідного рівня – $13,35 \pm 0,33$ кПа ($p < 0,01$) вище перепони, за рахунок скидання крові через артеріо-венозні шунти. Нижче місця виникнення непрохідності артеріальний і венозний тиск склав $12,42 \pm 0,55$ кПа ($p < 0,001$) і $12,35 \pm 0,43$ кПа ($p < 0,05$) відповідно по відношенню до тиску до моделювання спайкової хвороби.

На третю добу, артеріальний тиск в привідній петлі значно знизився – $2,6 \pm 0,28$ кПа ($p < 0,001$) і венозний – не визначається (пасивне заповнення вен) і в відвідній петлі також спостерігалось зниження артеріального і венозного тиску.

Висновки. Отже, при спайковій тонкокишковій непрохідності на ранніх етапах її розвитку виникають зворотні порушення кровопостачання стінки кишки, а на більш пізніх стадіях, особливо в привідній петлі, розвиваються порушення інтраорганный кровотоку, що проявляється скиданням крові через артеріально-венозні шунти, про що свідчить значне підвищення венозного тиску і зниження артеріального. На третю добу прогресування хвороби виникають незворотні процеси в стінці кишки, на це вказує значне зниження артеріального і пасивне заповнення вен в стінках привідної петлі.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ

Попадинець В. М. – аспірант, Чуб Д. Р. – студ.

Науковий керівник – проф., д.мед.н. Дужий І. Д.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерпії

Актуальність. Актуальною проблемою хірургії як у медичному, так і соціально-економічному аспекті залишається профілактика і лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок та її ускладнень – трофічних виразок (ТВ). Відомо, що на хронічну венозну недостатність (ХВН) нижніх кінцівок страждає від 35 до 60% працездатного населення економічно розвинутих країн. За даними світових досліджень причиною виникнення ТВу 60–80% випадків є саме ХВН. На сьогоднішній день запропоновано близько 200 різноманітних консервативних та оперативних методів лікування таких хворих. Проте величезний вибір методик та засобів вказує на те, що проблема далеко не вирішена і досконалого методу лікування не існує, що й підтверджує актуальність проблеми.

Мета дослідження: вивчити особливості мікробіоценозу рани при трофічних виразках венозного генезу.

Нами проаналізовано історії хвороб 45 хворих, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні КЗ «Сумський обласний клінічний госпіталь для інвалідів війни» протягом 2015 року. Чоловіків поміж них було – 28 (62 %) осіб, жінок – 17 (38 %). Середній вік хворих склав 79,5±4,3 роки. В усіх хворих мала місце хронічна венозна недостатність III ст. У структурі захворювання переважали особи з посттромбофлебітичним синдромом (ПТФС) – 40 (89 %) випадків. В інших 5 (11 %) хворих встановлено варикозне розширення вен нижніх кінцівок.

Бактеріальне дослідження з визначенням чутливості до антибіотиків проводили в день госпіталізації хворих. Нами виявлена така мікрофлора: *Staphylococcus aureus* – у 16 (35,5%) хворих, *Pseudomonas aeruginosa* – у 3 (7%), *Klebsiella pneumoniae* – у 5 (11%), *Proteus vulgaris* – у 2 (4,5%), *Staphylococcus haemolyticus* – у 5 (11 %), *Escherichia coli* – у 11 (11 %). У 7 (20%) обстежених ріст мікроорганізмів був відсутній. При визначенні чутливості у 38 (84,4 %) хворих зберігається чутливість до антибіотиків цефалоспоринового ряду, а саме – цефазоліну та цефтріаксону.

Висновки. Отже, мікробне забруднення рани мало місце у 80 % хворих на трофічні виразки венозного генезу має місце. Це свідчить за необхідність включати в комплекс лікувальних заходів обов'язково і антибіотикотерапію. Отримані дані щодо чутливості мікрофлори до антибіотиків свідчать, що у якості базових препаратів слід застосовувати цефалоспоринової III покоління.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ У НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

Прасол Д.А., студ. 5 курсу Пабот К.А, студ 5 курсу.

Науковий керівник - к.мед.н., доц. Нікітіна І. М.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Пошук генетичних маркерів мультифакторіальної патології, заснований на вивченні поліморфізму окремих генів, має важливе значення для виявлення груп ризику і попередження виникнення невиношування вагітності.

Мета. Нами вивчено вплив генетичних предикторів на гестаційний процес у жінок з багатоплідною вагітністю.

Результати. Досліджувана група склала 160 жінок з двійнею, що мали загрозу викидня або передчасних пологів, контрольна група – 47 жінок з фізіологічним перебігом гестації. Всі пацієнтки проходили молекулярно-генетичне тестування мутації генів *C677T MTHFR*, *PAI-1 675 5G/4G*, *IL-8 (-781 C/T)*. Вивчення поліморфізмів генів проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції з подальшим аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Розподіл генотипів за досліджуваними алелями перевіряли за

законом Харді-Вайнберга. Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою критерію Пірсона.

Результати проведеного молекулярно-генетичного тестування показали, що поліморфізм С677Т гена МТНFR у жінок основної групи зустрічався в гетерозиготному варіанті у (51,2%), в контрольній групі (13,5%), гомозиготна мутація гена МТНFR С677Т склала (15,4%), що в три рази перевищило показники контрольної групи (5,4%). Аналіз мутації гена PAI-1 675 5G/4G в основній групі показав зниження нормального генотипу 5G/4G (54,8%) порівняно з контрольною групою (75,7%, $p < 0,05$), при цьому частка гетеро - і гомозиготних носіїв генотипів була вищою порівняно з контрольною групою (25,0% та 20,2%, проти 18,9% і 5,4%). Для поліморфізму гена 781С/Т IL-8 гомозигота за домінантним типом була позначена як – С/С, гетерозигота – С/Т, гомозигота за рецесивним типом – Т/Т. У жінок з невиношуванням вагітності отримані наступний розподіл генотипів: С/С - 19,1% випадків, С/Т - 57,1% випадків, Т/Т - 23,8% випадків, у контрольній групі відповідні показники склали 42,5, 40,4%, 17,1%.

Висновки. В результаті проведеного дослідження вдалося визначити найбільш важливі предиктори, що асоціюються з ризиком невиношування при багатоплідній вагітності: С677Т МТНFR, PAI-1 675 5G/4G і IL-8 (-781 С/Т). Своєчасне виявлення генетичних предикторів дозволить оптимізувати прекоцепційну підготовку для зниження ризику репродуктивних втрат та акушерських ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДО- І МІОМЕТРІЯ

Прасол Д. А., студ 6 курсу.

Науковий керівник – Нікітіна І. М.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Складність діагностики та мала ефективність консервативного лікування гіперпластичних процесів ендо- і міометрію нерідко призводить до радикального оперативного лікування – гістеректомії, що часто супроводжується низкою ускладнень та погіршує якість життя хворих.

Мета. Покращання результатів лікування та якості життя жінок репродуктивного та перименопаузального віку з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія шляхом оптимізації органозберігаючої терапії.

Досліджувана група склала 90 жінок віком 39-49 років з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія (аденоміоз, гіперпластичні процеси ендометрія, поєднані гіперпластичні процеси ендо- і міометрія). Контрольну групу склали 25 пацієнок цього ж віку, у яких не виявлено даної патології. Усім обстежуваним проводили клінічні, ультрасонографічні, гістологічні, імуногістохімічні дослідження. Ендокірургічні втручання (гістерорезектоскопії, лапароскопії) виконували за типовою методикою.

Результати. Імуногістохімічне дослідження зразків ендометрія виявило зменшення експресії прогестеронових рецепторів при збереженому або збільшеному рівні експресії естроген-рецепторів альфа (ER-альфа). Рівні експресії прогестеронових рецепторів (PR) зі збільшенням віку хворих мали тенденцію до зменшення, на відміну від ER-альфа, що призводило до зменшення індексу PR/ER. При супутньому аденоміозі мали місце різноспрямовані коливання експресії ER і PR. При інтрамуральній міомі матки спостерігали більшу частоту позитивної експресії як естрогенових, так і прогестеронових рецепторів в ендометріальних залозах і стромі.

Розроблені діагностично-лікувальні алгоритми ведення пацієнок з гіперпластичними процесами ендо- і міометрія. Хворим з позитивною експресією ER-альфа вводили левоноргестрел-реалізуючу (20 мкг/день) внутрішньоматкову депо-систему (1 група). Пацієнткам зі зменшеною та різноспрямованою експресією рецепторів стероїдних гормонів проводили хірургічне лікування — тотальну гістероскопічну резекцію ендометрія (2 група). Ефективність запропонованого лікування оцінювали шляхом клінічного спостереження, оцінки стану менструальної функції, динамічного ультрасонографічного контролю. Стійкий

лікувальний ефект у вигляді аменореї через 6 місяців мав місце у пацієнок 1 групи в 70,0 % випадків, гіпоменореї — у 30 % пацієнок, у 2 групі відповідно аменорея розвинулась у 75 %, гіпоменорея — 25 %.

Висновки. Використання сучасних методів дослідження та лікування гіперпластичних процесів ендометрія забезпечує покращення результатів лікування та покращує якість життя пацієнок.

СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ РАДІОХВИЛЮЛЬОВИМ МЕТОДОМ

Пушкар А.В.,

Науковий керівник – к.мед.н., ас. Бабар Т. В.

СумДУ, кафедра акушерства і гінекології

Актуальність. Патології шийки матки – одна із найпоширеніших груп гінекологічних захворювань. За статистикою ці захворювання виявляються у кожної другої жінки. Патологія шийки матки (ерозія, псевдоерозія, лейкоплакія, ектропіон, дисплазія) проявляється у вигляді порушень цілісності, змін слизової оболонки піхвової частини шийки матки. Основними причинами її розвитку є запалення, дисбактеріоз піхви, інфекції та захворювання, що передаються статевим шляхом, ранній початок статевого життя, ранні пологи, операції на внутрішніх статевих органах, травми, аборти, гормональні порушення.

Терапію шийки матки радіохвильовим методом можна назвати перспективною технологією, що допомагає досягти повного одужання при лікуванні патології шийки матки. Лікування патології шийки матки апаратом «Сургітрон» засновано на впливі височастотними радіохвилями, які випарюють патологічно змінені тканини.

Метою дослідження було довести ефективність лікування патології шийки матки із застосуванням радіохвильових методів лікування.

Матеріали та методи дослідження. Особливістю методу являється його безконтактність: теплова деструкція патологічної ділянки відбувається без дотику електрода до поверхні шийки матки. Випромінювані апаратом радіохвилі викликають «нагрівання» клітин, що випаровуються під впливом свого тепла.

Для дослідження відібрали контрольну групу із 40 жінок, які мали патологію шийки матки. У 35 жінок повна епітелізація дефекту відбувалася через 4 тижні, останні 5 пацієнок мали епітелізовану шийку матки через 5-6 тижнів після проведеного адекватного лікування радіохвильовими методами (апаратом Сургітрон). Пацієнтки не мали ускладнень після лікування і отримали повне загоєння ерозії у середньому через 4,2 тижні. Лікування патології шийки матки радіохвильовим методом сьогодні є досить актуальне і ефективне, що має мінімум недоліків та покращує якість життя жінки після проведеної терапії «радіоножем». Метод радіохвильової терапії може бути рекомендований для широкого застосування у лікуванні ПШМ.

ЗАСОБИ СРІБЛА І ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ

Рябокоть О. А. Карпенко Б.М., Ступницька А.-О.В.

наук. кер. Бугайов В.І.

Актуальність. Активним розвиток нанотехнологій зі створення нових ефективних антимікробних засобів пов'язують з використанням наноструктурованих активних інгредієнтів.

Мета. Проаналізувати дані літератури про готові лікарські засоби срібла і особливості їх застосування

Результати та їх обговорення Срібло є потужним імуномодулятором. Для того, щоб срібло було біологічно активним, воно має бути у розчинній формі у вигляді Ag^+ або кластеру Ag_0 . Срібло ефективне проти широкого ряду аеробних, анаеробних, грам-позитивних та грам-негативних бактерій, дріжджових грибів, нитчастих грибів та вірусів.

Відповідно до державного реєстру лікарських засобів в Україні, із субстанцій срібла зареєстровані субстанції срібла колоїдного (коларголу) та срібла протейнату (протарголу).

Проводяться дослідження найефективнішого розміру наночастинок лікарських форм. Встановлено, що найменший розмір частинок не є бажаним, оскільки дуже малі частинки можуть втрачати стабільність і/або взаємодіяти між собою, що негативно впливає на ефективність. Оптимальним є розмір наночастинок срібла не менше 5-7 нм, при якому наночастинок збираються у кластери, в яких частинки знаходяться на відстані 2-3 нм одна від одної. Важливе значення має також унікальне покриття наночастинок. Кожна частинка наносрібла покрита тонкою плівкою срібла оксиду, яка є бар'єром для електричного заряду. У сучасній зарубіжній науковій літературі є багато інформації про дослідження щодо кращої ефективності металічного чи іонного срібла. Дослідження доводять, що у дослідах *in vitro* іонне срібло призупиняє ріст й розмноження бактерій на одну або дві хвилини швидше ніж металічне, але виявляється набагато менш ефективним у живому організмі. Це пов'язано з тим, що потрапляючи в організм, іонне срібло забирає електрони від інших клітин і швидко нейтралізується при проходженні через печінку.

Висновок. Таким чином, на основі узагальнення даних літератури, готових лікарських засобів та екстемпоральних прописів, до складу яких входить срібло, можна стверджувати про перспективи застосування бактерицидних властивостей наносрібла як ефективного антимікробного засобу щодо ряду хвороботворних бактерій. Розробка м'яких лікарських засобів з наночастинками срібла буде сприяти підвищенню ефективності лікування інфекційних, опікових та інших гнійно-запальних захворювань шкіри.

ДИНАМІКА ПЕРЕБІГУ ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ РЕТИНОПАТІЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НОВИХ ПІДХОДІВ ДО РЕСПІРАТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Семенчук О.В., студентка 4 курсу

Науковий керівник: к.м.н. Лекішвілі С.Е.

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Актуальність. На сьогоднішній день найбільш ефективним засобом для профілактики та зменшення темпів розвитку РН є обмеження оксигенації тканин шляхом підтримання низького рівня насичення гемоглобіна киснем (сатурація). Коагуляція аваскулярних зон сітківки є єдиним доведеним і признаним методом попередження прогресування РН.

Мета. Оцінити в порівняльній характеристиці динаміку перебігу та особливості розвитку РН дітей при використанні класичної терапії та антиоксидантів.

Матеріали і методи. Обстежено 30 дітей з високим ризиком розвитку РН, народжених до 28 тижня гестації (24-28). Діти піддослідної групи -15, довготривало отримували 1% розчин «Емоксипін» на протязі 3-4 тижнів та вітамінні препарати. Діти контрольної групи -15, антиоксидантну терапію не отримували.

Результати. Ретинопатія була у дітей основної групи виявлена у 60% випадків - 9 дітей (18 очей). 3 локалізацією в 1 зоні очного дна розвивалась у 3 випадках (20%), із них в 1 (6%) випадку виявлена задня агресивна форма РН. Прояви захворювання виявились на $33,6 \pm 0,5$ тижні ПКВ. РН II стадії з локалізацією процесу в 2 зоні виявлена у 6 дітей. Процес розвивався в пізні строки на 38 тижні гестаційного віку, в 2 випадках прогресування РН до III стадії. В контрольній групі РН розвивалась у 14 дітей (28 очей) - 86% випадків. РН з локалізацією в 1 зоні розвивалась у 4 випадках - 26%, з низ в 3 дітей - 20% діагностовано задня агресивна форма РН. Процес виявлений на $32,5 \pm 6$ тижні гестаційного віку. РН з локалізацією процесу в II зоні дна ока виявлена в 10 випадках (20 очей). Процес розвивався на $36,4 \pm 1$ тижні ПКВ. Розвиток РН III ст. в 5 випадках - 33,3%.

Висновки. Порівняння груп показало, що у дітей отримувачи місцевої антиоксидантної терапії препаратом «Емоксипін» та вітамінну терапії, ретинопатія виникала в пізніші строки і протікала менш агресивно. Використання з профілактичною метою антиоксидантних препаратів знижує частоту розвитку і сприяє більш сприятливому перебігу РН у дітей з високим ризиком цієї патології.

НОВІТНЯ МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПРОСТАТИТ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКА

*Сірих І.В., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Сікора В.В.
СумДУ, Медичний інститут,*

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність. Найбільш поширеним серед захворювань у чоловіків молодших 50 років є простатит. В результаті спостережень було визначено що 1-6% чоловіків хворіють гострим простатитом, а 8-35% - хронічним. Для успішного комплексного лікування треба використовувати фізіотерапевтичні методи, що мають протизапальну, імуностимулюючу, анальгетичну дію. Новим напрямком розвитку фізіотерапії є використання ультразвуку терапевтичної потужності, що надає теплову, фізико-хімічну дію на уражені клітини і тканини, а також збільшує біодоступність лікарських препаратів при комплексній терапії простатиту.

Мета. Вивчити та оцінити дію ультразвуку на бактеріальні клітини, оцінити ефективність трансректальної ультразвукової фізіотерапії в комплексному лікуванні хворих на хронічний простатит.

Матеріали для дослідження. Вивчення наукової літератури по даній темі.

Висновки. Терапія простатиту повинна бути комплексна, враховуючи етіологію і патогенез даного захворювання. Обов'язковим компонентом лікування повинно бути використання фізіотерапевтичних методів, а саме трансректальної ультразвукової фізіотерапії. Ми виявили що ультразвук деструктивно діє на бактерії *Escherichia coli* та *Enterococcus spp.*, покращує трофіку тканини, посилює обмінні процеси в тканині, дозволяє збільшити проникність тканин, сприяє глибокому проникненню ліків в область передміхурової залози, що створює підвищену концентрацію препарату в органі. У хворих на хронічний простатит комбінація трансректальної ультразвукової фізіотерапії та стандартної терапії (використання антибактеріальної, імуномодельючої, протизапальної терапії, препаратів покращення кровообігу та альфа-адреноблокаторів) покращує результати лікування 32,5%.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ КИШЕЧНИКА У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології Сум ДУ
Слободян Г.Р. – студентка 5 курсу, Микитин В.З. – аспірант, , Микитин К.В. – студентка 5
курсу*

Науковий керівник. – к. мед. н., доцент Пак В.Я

Актуальність. Серед усіх видів непрохідності гостра спайкова непрохідність тонкої кишки (ГСКН) складає від 40 до 86% випадків. Пов'язані з нею ускладнення є причиною зниження якості життя хворих та їх інвалідизації. Післяопераційна летальність від ГСКН становить від 5 до 25% і не має стійкої тенденції до зниження. В основі патогенезу є порушення фізіологічних функцій тонкої кишки, що проявляється порушенням порожнистого та пристінкового травлення, а на фоні ішемії, гіпоксії та атрофії слизової тонкої кишки відбувається транслокація токсичних речовин і мікроорганізмів у кров'яне та лімфатичне русло і порожнину очеревини. Актуальність даної теми спонукає хірургів використовувати максимально ефективні і нові підходи до лікування та профілактики ГСКН. Тому на даний час і протягом останніх 20 років надається велика роль інтубації кишечника,

яка використовується з метою декомпресії кишечника, дезінтоксикації, виконуючи внутрішньокишковий лаваж.

Мета роботи – у порівнянні вивчити результати післяопераційного лікування хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність, яким виконано інтестинальну інтубацію тонкої кишки з подальшою череззондовою ентеральною терапією (ЧЕТ) у післяопераційному періоді та без неї.

Результати. Дослідження виконане за матеріалами лікування 62 пацієнтів, розподілених на дві репрезентативні групи: 1-шу групу порівняння – 27 хворих на ГСКН, яким у процесі хірургічного втручання виконана антеградна інтубація тонкої кишки (ІТК), але в післяопераційному періоді не проводили ЧЕТ, та 2-гу основну групу – 35 хворих, де також виконано ІТК, а в комплексі післяопераційного лікування проводили ентеральну череззондову терапію. Вона полягала в тому, що вже під час операції за допомогою електровідсмоктувача видаляли патологічний тонкокишковий вміст, через 4-6 год. з часу відновлення ковтального рефлексу через зонд вводили 0,1% р-н перманганату калію і завису препарату «Ентеросгель», а через 15-20 хв. видаляли 75-80% уведених препаратів. Також, починаючи з 2 дня післяопераційного періоду через зонд крапельно протягом 2-3 дня вводили глюкозо-сольові розчини, а наступні 3-6 діб – «Берламін-модуляр» і збалансовану суміш дитячого харчування разом з пробіотиком та подрібнену таблетку Мезим форте 10000 2 рази на добу.

Проводили клінічне спостереження за хворими, бактеріологічне дослідження кишкового вмісту з тубажного зонда. При порівнянні клінічних показників у хворих на ГНТК, яким було виконано ІТК, встановлено, що перистальтика кишечника була відновлена на $52,4 \pm 7,8$ год. у той час як у хворих без ІТК на $82,3 \pm 14,2$ год., відходження газів та калу відповідно через $94,3 \pm 10,7$ год. та $102,2 \pm 16,4$ год., початок нормалізації лабораторних показників гомеостазу через $106,4 \pm 13,2$ год. та $78,6 \pm 8,4$ год. післяопераційного періоду. Вивчення мікрофлори кишкового вмісту показало, що у процесі лікування хворих з використанням ЧЕТ динаміка мікрофлори тонкої кишки була такою: відмічалася статистично значиме зниження концентрації мікроорганізмів кишкового вмісту за рахунок зникнення *Streptococcus fecalis*, *Pseudomonasaureginosa*, *Klebsiella*, *Proteusvulgaris*. На 3 день мікрофлора була представлена лише видами *Enterobacteriaceas* у межах, що не перевищують порогових значень. У посівах матеріалу хворих основної групи на відміну від групи порівняння з'явилася значна кількість колоній біфідобактерій, які здійснюють фізіологічний захист кишкового бар'єру. У всіх пацієнтів на ГСКН визначається лейкоцитоз зі зсувом вліво, але в пацієнтів основної групи середній рівень дорівнював $10,5 \times 10^9$ л, а в групі порівняння $13,7 \times 10^9$ л.

Кількість післяопераційних ускладнень у хворих групи порівняння зафіксована на рівні 15,8%, а в основній – 7, 2%., післяопераційний ліжко-день скоротився з 14,8 у групі порівняння до 10,7 у пацієнтів основної групи.

Висновки. Ефективність застосування інтубації тонкої кишки та ранньої череззондової терапії сприяє швидкому відновленню біоценозу тонкої кишки, скороченню термінів нормалізації показників гомеостазу, часу перебування хворих у стаціонарі та призводить до зменшення кількості ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ НЕПРОХІДНОСТІ ФАЛЛОПЄВИХ ТРУБ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ

*Сміян С. А., доцент, Кузьоменська М. Л., Головний лікар ОКПЦ,
Піддубна Т. І., магістр*

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології, КЗ СОР ОКПЦ

Актуальність. Один із видів післяопераційних ускладнень є розвиток злукового процесу. А в лікуванні безпліддя це досить актуальна проблема. З розвитком ендоскопічної хірургії для лікування трубно-перитонеального безпліддя це має велике значення. В історії хірургії на різних етапах її розвитку використовувалися різні методи профілактики післяопераційних злук. На сьогодні використання протизлукових бар'єрів поруч з

покращенням хірургічної техніки є перспективним методом попередження утворення злук. Особливої уваги заслуговують протиадгезивні засоби на основі гіалуронової кислоти. Гіалуронова кислота – це природній глікозаміноглікан. Вона біосумісна, неімуногенна, нетоксична, природньо біoadсорбуема і легкокорозчинна. Гель наоснові гіалуронової кислоти (повільно розсмоктується протягом 148 годин) вкриває серозні поверхні й забезпечує певний захист від висихання та інших типів пошкодження серозних оболонок. Цей гель можна використовувати при будь-яких операціях, перед кінцем операції, дотримуючись правил асептики, необхідно розподілити гель тонким рівномірним шаром на поверхні органів, де є ризик виникнення післяопераційних злук. Доза і кількість гелю індивідуальна.

Мета. Метою нашого дослідження було вивчення ефективності використання гелю на основі гіалуронової кислоти у жінок з трубним безпліддям під час лапароскопічних операцій. Групу спостереження склали 12 жінок з гідросальпінксами. Вік 28 ± 1 років. В анамнезі хронічний сальпінгофорит хламідійної етіології у 4-х хворих, гонорейної – у 1-ої, у решти – мікст-інфекції. Усім хворим проводилась хірургічна лапароскопія, сальпінгооваріолізис, сальпінгостомія або фімбріолізис. Після завершення необхідного обсягу операції у фаллопієві труби та на поверхню органів малого тазу рівномірно тонким шаром через провідник наносили гель з гіалуроновою кислотою, дренаж закривали на 12 годин. У жодної пацієнтки не спостерігались підвищення температури тіла або алергічні реакції. Всі пацієнтки виписані у задовільному стані на 2-гу добу після операції.

Висновки. Таким чином використання гелю наоснові гіалуронової кислоти є безпечним і може бути успішно використано при хірургічному лікуванні жінок з трубним безпліддям. В перспективі продовжується спостереження за пацієнтками до настання вагітності.

ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКА LORHELPER У ВИВЧЕННІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ПРИ ПРОБЛЕМНО – ОРІЄНТОВАНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ

Смородська О.М.

Науковий керівник – к.мед.н., асист. Сміянов Є.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність. Запальні хвороби ЛОР-органів – досить велика група запальних захворювань, кожне з яких людина переносить кілька разів у житті. У цю групу входять запальні хвороби навколоносових пазух, глотки і мигдаликів і середнього вуха. Значення цих захворювань визначається їх надзвичайною поширеністю, особливо в дитячому віці.

Метою даної роботи було створення програмного забезпечення для опанування курсу оториноларингологія студентами, які навчаються за програмою проблемно-орієнтованого навчання.

Матеріали та методи: клінічні протоколи з оториноларингології, затверджені МОЗ України

Результати: Створено програму LORHELPER на базі операційної системи Android. Дана програма дозволяє різнобічно розглядати клінічні випадки, які передбачені програмою, за участю віртуального пацієнта. Програма містить сучасні клінічні протоколи з високою доказовою базою, затверджені МОЗ України і побудовані на міждисциплінарному підході, що дозволяє студенту ознайомитись з найновішими підходами у лікуванні захворювань ЛОР - органів. Студент має змогу «відвідати» операційний блок і бути присутнім на операції не виходячи з навчальної кімнати, переглядаючи операцію на планшеті або смартфоні в режимі реального часу. Також програма допомагає студенту опанувати основні етапи та правила постановки діагнозу, медичну логіку, візуалізувати клінічну картину під час огляду пацієнта при різних патологічних станах.

Висновки: LORHELPER – сучасний додаток для мобільних пристроїв, який дозволить удосконалити викладання оториноларингології і перейти до нового рівня подачі матеріалу, а отже полегшити засвоєння предмету, покращити якість освіти шляхом візуалізації клінічних ситуацій та розвитку клінічного мислення студентів.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЕРОЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Страхова Н.Г., Федік Л.М., студ. 5 курсу

Науковий керівник – Нікітіна І. М.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. В останній час доброякісні процеси шийки матки займають значне місце серед гінекологічної патології у жінок репродуктивного віку. При цьому провідне місце посідає ерозія, яка діагностується в 40% жінок, причому 56% із них знаходяться у віці до 30 років. Відомо, що ерозія шийки матки є станом, на фоні якого часто розвиваються злоякісні новоутворення. Тому своєчасна діагностика та адекватне лікування ерозії шийки матки є важливим етапом в профілактиці злоякісних новоутворень у жінок. На сьогоднішній день найпоширенішими причинами виникнення такого захворювання, як ерозія шийки матки є ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, травматична дія (аборти, механічні пошкодження, пологи, оперативні втручання), запальні захворювання жіночих статевих органів (хламідіоз, уреоплазмоз, трихомоніаз, дисбактеріоз піви), гормональні порушення, порушення імунітету.

Мета. Метою дослідження була оцінка ефективності та переваг лікування ерозії шийки матки хірургічним лазером «ЛІКА-хірург».

Результати. В результаті досліджень на базі Сумської клініки лазерної медицини було виявлено 67 хворих, з яких 40 проліковано за допомогою хірургічного лазера, 27 за допомогою. Хірургічний лазер «ЛІКА-хірург» працює в інфракрасному діапазоні 940 нм, потужністю 32 Вт. Операція триває 3-4 хв., та через 30 хв, пацієнтка самостійно залишає лікувальний заклад. У жінок після лікування хірургічним лазером спостерігалось менш виражене ураження навкололежачих здорових тканин, як наслідок – швидке загоєння; відсутність кровотечі та набряку; безболісний післяопераційний період; відсутність рубців і стенозів, що не впливає на проведення пологів природнім шляхом; зменшення періоду реабілітації до 22 – 27 днів, в порівнянні з електродиструкцією - 45- 120 днів і криолікуванням – 60 – 70 днів. Були відмічені побічні ефекти у вигляді не інтенсивної тягучої болі в низу живота під час сеансу лазерної терапії, поява білувато – коричневих виділень на 3-4 добу, що пов'язано з відходженням коагуляційної плівки. Попередня оцінка результату проводилась на 5-8 день чергового менструального циклу з результативністю 75,2%, кінцева – на 5-8 день наступного циклу після проведення терапії з результативністю 97,6%.

Висновок: використання напівпровідникового діодного хірургічного лазера «ЛІКА-хірург» для лікування ерозії шийки матки свідчить про високу ефективність лікування при мінімальній кількості побічних ефектів.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНИХ ЖІНОК

Сухарев А. Б., доцент, Сухарева В. А., студ. 4-го курсу

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Вагітність необхідно розглядати як особливий період життя жінки. У цей період актуалізуються психологічні проблеми, міжособистісні конфлікти, проблеми у взаємодії зі своєю матір'ю, адаптація до шлюбу і т. п.

Мета. Нами вивчено характер міжособистісних відносин у вагітних жінок. Було обстежено 50 жінок у віці від 18 до 39 років клініко-психологічним методом (бесіда) та експериментально-психологічним методом: тест міжособистісних відносин (Т. Лірі), методика незакінчені пропозиції (Метод SSCT) (С. Леві).

Авторитарний тип міжособистісних стосунків має високі показники в образі «Я – ідеальне» (10 балів), ніж в образі «Я – реальний» (8 балів). В образі «Я – ідеальне» альтруїстичний тип представлений більше (9 балів), ніж у «Я – реальний» (8 балів). В образі «Я – ідеальна мати» альтруїстичний тип досягає максимально високих показників (11 балів), а авторитарний – зменшується (до 8 балів) у порівнянні з «Я – ідеальне» (10 балів).

Методика С. Леві виявила позитивну значущість таких сфер відносин, як «ставлення до себе» (40,0%), «відношення до осіб протилежної статі» (38,0%), «сексуальні стосунки» (30,0%), «ставлення до майбутнього» (32,0%). Це відображає процес адаптації до вагітності і

майбутніх змін у житті. Виражені негативні показники в системі «ставлення до матері» (38,0%) свідчать про значні труднощі та, можливо, конфліктах вагітних з їх матерями. Висока позитивна значущість сфери «ставлення до підлеглих» (60,0%) при негативному відношенні до вищих осіб (36,0%), що свідчить про суперечність і конфлікт у питаннях влади і підпорядкування.

Висновки. Дослідження міжособистісних відносин вагітних жінок виявили їх прагнення займати більш альтруїстичну і авторитарну позицію по відношенню до інших людей. Під час вагітності актуальними стають такі сфери: «ставлення до себе», «ставлення до осіб протилежної статі», «сексуальні стосунки» і «ставлення до майбутнього». Це є адаптивним у ситуації вагітності. Однак виявлені конфлікти у ставленні до матері і протиріччя у питаннях влади і підпорядкування відображає невирішені психологічні проблеми і потребує корекції.

НЕОБХІДНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ВАГІТНИХ

Сухарев А. Б., доцент, Сухарева В. А., студ. 4-го курсу

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. В даний час особливістю ситуації розвитку в Україні є важка соціально-економічна ситуація, пізніше настання вагітності, а також підвищення кількості ускладнених вагітностей та пологів.

Мета роботи – виявлення особливостей прояву тривожності у жінок під час вагітності.

Було обстежено 40 вагітних жінок (у віці від 29 до 39 років) експериментально-психологічним і клініко-психологічним методами:

1. Методика визначення рівня особистісної і ситуативної тривожності Ч. Спілбергера-Ю. Л. Ханіна.

2. Анкета, що визначає стресові чинники під час вагітності, зі слів самих випробовуваних.

Групою порівняння стали 40 не вагітних жінок у віці від 29 до 30 років.

Більшість вагітних вказали в якості стресора зміни свого самопочуття (60,0%). 75,0% жінок визначили для себе стресор – брак уваги, нерозуміння з боку чоловіка (близького, значущого оточення). Страх перед важкою соціально-економічною ситуацією у 45,0% випадків. У 62,5% жінок були виявлені підвищена стомлюваність, у 67,5% – тривога за майбутнього малюка. Таким чином, у більшості випадків жінки визначають для себе головними стресорами під час вагітності ті, які пов'язані з особистісним реагуванням. Набагато менше виявляється стресорів, які обумовлені зовнішніми обставинами (32,5%): перенавантаження на роботі, фінансово-побутові проблеми. При дослідженні рівня тривожності середній бал особистісної тривожності достовірно вище у вагітних жінок (43) порівняно з вагітними жінками (33,6). Ситуативна тривожність у вагітних трохи підвищена (37,2), але суттєво не відрізняється від рівня ситуативної тривожності жінок з групи порівняння.

Висновки. У вагітних жінок домінують стресори, пов'язані з особистісним реагуванням на повсякденні життєві зміни, викликані ситуацією вагітності. У ситуації вагітності у жінки підвищується переважно рівень особистісної тривожності, а ситуативна тривожність менш виражена. Це свідчить про актуалізацію внутрішньо-особистісного конфлікту і вимагає корекції психолога.

ПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ АНОМАЛЬНОМУ РОЗТАШУВАННІ ПЛАЦЕНТИ

Тихановський М.Ф. магістрант

науковий керівник – д.мед. н., професор Бойко В.І

Сумський державний університет. Кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Спостерігаючи тенденцію останніх років до подальшого погіршення демографічної ситуації в Україні, на якісно новий рівень виходить необхідність своєчасної

діагностики та профілактики перинатальної патології. Дані сучасної літератури свідчать, що плацентарна дисфункція займає чинне місце серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників.

Аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її у області нижнього сегменту матки, а також варіанти її міграції однією з причин розвитку передчасного відшарування плаценти, плацентарної недостатності різного ступеня тяжкості або до невиношування плода і аномалій пологової діяльності. Плацентарна дисфункція – патофізіологічний феномен, що включає комплекс порушень трофічної, ендокринної та метаболічної функції плаценти, що призводять до неспроможності підтримувати її адекватний та достатній обмін між організмами матері та плода.

Згідно з класифікацією аномалій плацентациї, критерієм включення пацієнток в групу дослідження є розташування плаценти на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. Частота АРП складає 0,5% при доношеній вагітності. Згідно останніх даних при оцінці фетоплацентарного кровообігу на фоні АРП спостерігається рівень плацентарної дисфункції, що корелює з варіантом розташування плаценти. Імовірно, причиною розвитку плацентарної недостатності є зниження матково-плацентарного кровообігу, залежне від порушень пуповинно-плацентарного кровообігу при аномаліях плацентациї. Найчастіше порушення гемодинамки спостерігається саме при низькому її розташуванні.

Передлежання плаценти і низька плацентация є найбільш несприятливими варіантами розташування плаценти в плані народження дітей з нижчою оцінкою за шкалою Апгар. 50-52% новонароджених спостерігається захворювання, 68% з яких займають порушення центральної нервової системи.

Висновки. Отже, результати досліджень вказують на актуальність обраного наукового завдання. Існує необхідність подальшого вивчення, розробки алгоритмів діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

ЕПІДЕМІЧНО-ЕТІОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ СТВОРЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЦЕНТРІВ НА ПРИКЛАДІ ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ

Харченко С. В. – аспірант, Ходирев О. І., Кірієнко В. В. – студ., Колодка А. О. – студ.

Науковий керівник – проф., д.мед.н. Дужий І. Д.

Сумський державний університет, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Харківський інститут банківської справи, кафедра інформаційних технологій

Актуальність. Обґрунтування ліжкового фонду залежно від загальної кількості населення потребує постійного вдосконалення, виокремлюючи нові чутливі критерії. У випадках шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) на ґрунті виразкової хвороби ключовим є аналіз смертності та територіальних особливостей розповсюдження ШКК з метою розбудови спеціалізованих центрів.

Мета роботи – прогнозування вікових ризиків смертності від виразкової хвороби; вивчення статистичного зв'язку між показниками щорічної кількості госпіталізацій хворих на виразкові ШКК для різних територій України.

Матеріали та методи. Використано дані Держслужби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ, Держземагенства та ВООЗ з 1991 по 2014 рр. Перераховано щорічні показники кількості госпіталізацій на 10 000 нас. та на 1 000 кв.км. і відносна смертність на 100 000 нас. Рівень статистичного зв'язку на прикладі Глухівського району, Сумської області та України в цілому оцінювали методами непараметричної статистики. Для обрахунків застосовано програми AtteStat та STATGRAPICS.

Результати і висновки. Внаслідок проведеного аналізу законів розподілу та обчислення параметрів відповідних вікових груп встановлено, що існує тенденція до зростання відносної кількості померлих від виразкової хвороби у осіб 55 років і старших. Окремо показано, що населення різних адміністративно-територіальних одиниць має різну схильність до виразкових ШКК, що обумовлено територіальною належністю госпіталізованих хворих.

Висновки. Проведений популяційно-епідеміологічний аналіз дає базові поняття щодо подальшого розрахунку медично-економічного тягаря суспільства від виразкової хвороби та мережі центрів шлунково-кишкових кровотеч.

ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У СТАЦІОНАР

Харченко С. В., Кравець Я. В., Кривохижа Д. І. – студ.

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Дужий І. Д.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії.

Сумський обласний кардіологічний диспансер, кардіологічне відділення

Актуальність. Поєднання серцево-судинної патології із захворюваннями шлунка і дванадцятипалої кишки, що супроводжуються шлунково-кишковою кровотечею не є рідкісним явищем і зустрічається все частіше. Діагностика такого поєднання залишається відповідальною комплексною задачею, особливо у передшпитальний період та при госпіталізації хворого.

Мета роботи: проаналізувати електрокардіографічні дані у хворих з шлунково-кишковими кровотечами при госпіталізації до хірургічного відділення.

Матеріали і методи. На базі Сумського обласного центру шлунково-кишкових кровотеч проведено збір даних щодо 82 осіб. Їх розподілено на такі групи: «виразкова» (n=50), «ерозивна» (n=15) та «інші шлунково-кишкові кровотечі» (n=17).

Результати. Більшість (80 % – 82 %) хворих з шлунково-кишковими кровотечами на електрокардіограмі мали патологічні зміни. Найчастіше такими порушеннями були компенсаторні зміни ритму (34 % – 40 %). У 6 (7 %) осіб була «електрокардіографічна» підозра щодо інфаркту міокарду, яка виключена в процесі клініко-лабораторної диференціації.

Висновки. При госпіталізації більшість хворих з шлунково-кишковою кровотечею мають функціональні електрокардіографічні змін.

ПЕРСОНІФІКОВАНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ ЗАЛЕЖНО ВІД ГОРМОНАЛЬНО-ГЕНЕТИЧНОГО СТАТУСУ

Харченко С. В. – аспірант, Медведєва І. М., Лохоня І. М.,

Пастухова К. О. – студ., Постоєнко А. І. – студ.

Науковий керівник – проф., д.мед.н. Дужий І. Д.

Сумський державний університет, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії

Сумська обласна клінічна лікарня, клініко-діагностична лабораторія

Актуальність. Індивідуалізація підходу до гемостазу та остаточного вилікування хворого на шлунково-кишкову кровотечу, зокрема виразкової природи, вимагає міжфахівцевої координації. Актуальним стає пошук індивідуальних об'єктивних ознак тяжкого чи фатального перебігу кровотечі, поміж яких гормональні та генетичні складові поки маловивчені.

Мета роботи – моноцентрове дослідження хворих на шлунково-кишкові кровотечі залежно від їх гормонально-генетичного статусу та розробка схем персоналізованої терапії.

Матеріали та методи. У 2014-2015 рр. проведено дослідження 63 хворих на виразкові гастродуоденальні кровотечі на базі Сумського обласного центру шлунково-кишкових кровотеч та Медичного інституту Сумського державного університету. Дослідження стероїдного обміну (E2, статеві гонадотропіни) у сироватці крові проводили із застосуванням твердофазного імуноферментного методу. Генотипування проводили для визначення генного поліморфізму генів-кандидатів *ESR1* (rs2234693) та *VKORC1* (rs9923231) у хворих із застосуванням полімеразної ланцюгової реакції та аналізом довжини рестрикційних фрагментів.

Результати. Розроблено нові схеми персоніфікованої терапії еритроцитами та вітаміном К3 (менадіон). Перша трансфузія еритроцитів проводилася у хворих при гемоглобінемії від 70 до 100 г/л з урахуванням стабільності гемостазу, кардіоваскулярного ризику та генетичної конституції *ESR1*. Добова доза вітаміну К3 коливалася від 20 до 30 мг, залежно від дефіциту естрогену та варіанту генів-кандидатів (*ESR1* та *VKORC1*).

Висновки. Гормонально-генетична діагностика дає можливість персоніфікувати дозування еритроцитів та вітаміну К для гемостазу хворих на шлунково-кишкові кровотечі. У перспективі виконання міжнародного клінічного багатоцентрового випробування.

КОМПЛАЄНС ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЛІКУВАННЯ ОРГАНУ ЗОРУ У ХВОРИХ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Шаповал С.В., Ломакін І.В., студ. 4 курсу

Науковий керівник: к.м.н. Лекішвілі С.Е.

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Актуальність. Щорічно в світі до 40 тис. хворих на ЦД втрачають зір. У зв'язку з цим представляється актуальною проблема вивчення у хворих готовності регулярно лікуватися і в повному обсязі дотримуватися рекомендацій медичних працівників, для зниження частоти ускладнень з боку органу зору (ОЗ) від соматичних захворювань.

Метою нашого дослідження було оцінити комплаєнс по відношенню до лікування ОЗ у хворих з такимисоматичнимизахворюваннями, як АГ і ІНЦД.

Матеріали и методи. Було проведено обстеження 170 хворих у віці від 25 до 50 років, з них 57 чоловіків (34%) і 113 жінок (66%). АГ діагностована у 127(75%) осіб, ІНЦД і АГ у 43(25%) хворих. Обстежувані мали такі захворювання очей, як міопія - у 51 хворих (30%) і гіперметропія - у 14 хворих (8%) слабкого, середнього і високого ступеня, гіпертонічна ретинопатія різного ступеня спостерігалася у 102 (60%) хворих, ДР у (13%) хворих. Хворих поділили на дві групи. До першої групи увійшли пацієнти з АГ 127(75%) осіб, у другу групу хворі, які мають ІНЦД і АГ- 43(25%) пацієнта.

Для діагностики захворювань ОЗ проводили комплекс офтальмологічних обстежень.

Результати. При обстеженні виявлено, що 66 (52%) хворих першої групи і 21 (48%) хворих другої групи, за останні 12 місяців не проходили огляд у офтальмолога. Приймають лікарські препарати, рекомендовані для лікування органу зору, 28 (21%) і 13 (29,5%) хворих відповідно, 11 (8,5%) пацієнтів з АГ і 6 (14%) пацієнтів з ІНЦД і АГ вважають за краще використовувати засоби нетрадиційної медицини

. Якщо говорити про якість прийому лікарських засобів, то тільки 10 (36%) пацієнтів з АГ і 3 (23%) пацієнта з ІНЦД і АГ, приймають препарати регулярно, відповідно до отриманих рекомендацій, решта хворих пропускають прийом препаратів. Задоволені ефектом від проведеного лікування 16 (57%) осіб з першої групи і 9 (69%) осіб з другої групи.

Висновки. Таким чином, встановлено, що більшість пацієнтів з патологією ОЗ мають недостатній комплаєнс, який проявляється у відсутності відповідного лікування і нерегулярному прийомі медикаментів для лікування захворювань органу зору, як серед пацієнтів з АГ, так і серед хворих з ІНЦД і АГ.

ПЕРШИЙ ДОСВІД РОБОТИ ГРУПИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ ЗА УЧАСТЮ ЛЮДЕЙ З ВАДАМИ ЗОРУ

Шаповал С.В., Ломакін І.В., студ. 4 курсу

Науковий керівник: к.м.н. Лекішвілі С.Е.

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Актуальність: Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 180 млн людей у світі є інвалідами за зором, а близько 40 млн із них – сліпі. Здоров'я людини визначається рівнем фізичного розвитку й функціональних можливостей організму, основи яких закладаються в дитячому віці.

Психофізіологічна корекція зору (ПФК) показана всім пацієнтам з офтальмопатології і потребує більш детального вивчення і розвитку.

Мета: Проведення занять по ПФК зору – уточнити показання і протипоказання до групової корекції зору, вивчити довіру до лікування, виявити особливості групової терапії для людей які мають слабкий зір.

Методи: Заняття проходили протягом 6 місяців, два рази на місяць, по 1,5 - 2 години. Склад групи 16 осіб (жінок - 12, чоловіків 4 чол), у віці від 18 до 65 років. Орієнтовна структура занять: вправи на поліпшення комунікації, взаєморозуміння, переоцінки цінностей, підвищення самооцінки, пальмінг, дихальні вправи, релаксаційні техніки, гімнастика для очей, візуалізація, контрастні ванночки, зворотний зв'язок від групи.

Результат: У процесі роботи з групою було виявлено наступне: ПФК зору дає позитивні результати практично у всіх пацієнтів з порушенням зору. З огляду на низький зір або його відсутність замість звичного візуального каналу в вправах були використані інші модальності і сприйняття (нюх, дотик, слух). У 6 пацієнтів (36%) була відсутня мотивація до поліпшення зору за рахунок загрози втрати соціальних пільг.

Висновок: Групова психофізіологічна корекція зору - ефективний метод реабілітації слабозорих, який має свої особливості. Знання цих особливостей підвищує ефект проведеної терапії. Тенденцію до поліпшення зору за рахунок ПФК у хворих з офтальмопатології вимагають подальшого спостереження і вивчення.

СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТРИКТУРИ ЖІНОЧОЇ УРЕТРИ

Шевченко А.І., студ. 4-го курсу

Науковий керівник - доц. Сікора В. В.

СумДУ, Медичний інститут

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність. Стриктура жіночої уретри є рідкісним і складним клінічним станом. Для лікування стриктури уретри у жінок було описано декілька нових хірургічних методів, але консенсусу стосовно хірургічної тактики на даний момент не досягнуто.

Мета. Дослідження результатів хірургічних втручань, зареєстрованих для лікування стриктур жіночої уретри.

Результати дослідження та їх обговорення. Було проведено аналіз 222 випадків хірургічних втручань з приводу стриктури уретри серед пацієнток віком від 22 до 91 року. Результати класифіковано за хірургічної технікою та типом трансплантату у випадку аугментаційної уретропластики. У більшості обстежень використовувалася комбінація діагностичних тестів. У випадках із визначеною етіологією найбільш розповсюдженими були ідіопатичні та ятрогенні стриктури. 107 пацієнткам була проведена дилатація уретри, яка мала середній показник успіху 47% при середньому терміні спостереження 43 місяці. У 58 пацієнток мала місце аугментація вагінальним клаптом із середнім показником успіху 91% при спостереженні протягом 32,1 місяців. Використання клаптя статевої губи мало середній показник успіху 80% у 25 пацієнток при терміні спостереження 22 місяці. Аугментація

буккальною слизовою оболонкою була виконана у 32 хворих, середній показник успіху 94% після 15 місяців спостереження.

Висновки. Усі методи уретропластики мають більш високий середній показник успіху (80-94%), аніж дилатація уретри (менше 50%), хоча й при коротшому середньому періоді спостереження. Судячи з усього, в досвідчених руках уретропластика може бути можливим варіантом лікування жінок зі стриктурою уретри, у яких дилатація уретри не принесла результатів, хоча відсутність доказів високого рівня не дозволяє виділити одну з технік.

МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ АПЕНДИКУЛЯРНИХ ІНФІЛЬТРАТІВ

Шимко В. В., Прядун О. О., Медведєва І. М.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії

Сумська обласна клінічна лікарня

Актуальність. Гострий апендицит – інфекційно-запальне захворювання хробакоподібного відростка, яке має найбільшу питому вагу в ургентній хірургії. Актуальність проблеми лікування хворих з гострим апендицитом зумовлена значною частотою ускладнень, яка сягає 9,9–21%. Одним із поширених і загрозливих поміж них залишається апендикулярний інфільтрат. Частота останнього за даними різних авторів знаходиться у межах 0,2–5,8 %. З огляду на те що кількість хворих на гострий апендицит на теренах України протягом року залишається відносно стабільною і складає 12–15 тис. чоловік, актуальність проблеми є очевидною. Оперативне лікування таких хворих у більшості випадках не застосовується, а консервативне, основу якого складає антибіотикотерапія, буває тривалим і не завжди ефективним, проте завжди дороговартісним, що обґрунтовує потребу пошуків нових і більш ефективних методів.

Мета Вивчити можливості антибіотикотерапії шляхом лімфотропних технологій.

Матеріали та методи Проаналізовано безпосередні та віддаленні результати лікування апендикулярних інфільтратів у хворих двох груп.

Отримані результати Результати оцінювали за динамікою зменшення інфільтрату та лабораторних показників (лейкоцитоз, ШОЕ, індекс ядерного зсуву). При госпіталізації у хворих спостерігалися явища інтоксикації (загальна слабкість, сухість ротової порожнини), температура тіла у межах 37,8–39,2°C. У правій здухвинній ділянці прощупувався нерухливий болісний інфільтрат розмірами від 10–12 до 15–18 см. При лабораторному дослідженні крові мав місце лейкоцитоз від 8,5 до 15x10⁹/л, прискорена ШОЕ від 17 до 41 мм/г, та збільшений індекс ядерного зсуву (0,3–1).

У хворих основної групи застосування уже на 3 добу лейкоцитоз зменшився до 6,5–10x10⁹/л, індекс ядерного зсуву зменшився до 0,08–0,1. Розсмоктування інфільтрату починалося на 3–4 добу у першій групі, а у другій – на 7–8. Хворі основної групи були виписані під спостереження на 7–9 добу, групи порівняння – на 12–14 добу.

Висновки Застосування регіональної лімфотропної терапії за запропонованою методикою при апендикулярних інфільтратах забезпечує ефективну антибактеріальну санацію черевної порожнини, скорочує терміни розсмоктування інфільтрату, терміни перебування хворого на ліжку.

ДОСВІД ЛІМФОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Шимко В.В., П'ятикоп Г.І., Ганжара О.С. – студ., Супрун С.Г. – студ.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії

Актуальність. Гострий апендицит – гостре інфекційно-запальне захворювання червоподібного паростка, яке є домінуючим в ургентній хірургії органів черевної порожнини. На його долю припадає 60-70% екстрених оперативних втручань. Завдяки

зусиллям лікарів, науковців вдалося досягти значних успіхів в лікуванні хворих на гострий апендицит, значно зменшити летальність та частоту ускладнень, оптимізувати тактико-лікувальні алгоритми. Проте незважаючи на це, далеко не всі питання, пов'язані з гострим апендицитом, залишаються вирішеними.

Працівниками кафедри загальної хірургії СумДУ запропонована методика непрямой ендолімфатичної терапії при гострому апендициті, яка ґрунтується на скупченні антибіотика в ілеоцекальній ділянці (патент кафедри).

Результати. Проаналізовані результати лікування деструктивних форм гострого апендициту. Хворі були розподілені на дві групи. Хворих, яким проводилася регіональна ендолімфатична терапія за методикою кафедри до оперативного втручання та в післяопераційному періоді, віднесли до основної групи. Їх було 25. Вік коливався від 21 до 73 років. Чоловіків – 16, жінок – 9. Хворих, яким проводилася стандартна терапія (контрольна група) було 30. Їх вік становив від 23 до 69 років; чоловіків було – 17, жінок – 13.

Збільшення кількості лейкоцитів до операції у периферійній крові було достовірним в обох дослідних групах. Зменшення кількості лейкоцитів в контрольній групі відбувалося не раніше 2-3 доби після операції. В той час як при застосуванні лімфотропної терапії за методикою кафедри рівень лейкоцитів почав зменшуватися вже на першу добу після операції. Аналогічно змінювався і загальний стан хворих. Підвищена температура тіла у хворих основної групи спостерігалася впродовж 2-3 діб, а у хворих контрольної групи – 4-5 діб. При проведенні лімфотропної терапії також практично з першої доби після оперативного втручання почало зменшуватися ШОЕ, індекс ядерного зсуву, в той час як при лікуванні стандартними методиками, покращання цих показників відбувалося лише з 3 доби після операції. Кількість великих гранулоцитарних лімфоцитів приходила до норми у хворих основної групи на 3-4 добу, а у хворих контрольної групи – лише на 6-7 добу. Виділення з дренажів прогресивно зменшувалися у хворих основної групи, що дозволяло видалити дренаж на 2-3 добу після операції; в контрольній групі видалення дренажів проводилось на 5-6 добу з моменту операції.

Висновки. Враховуючи етіологію гострого апендициту, яка пов'язана з лімфатичною системою, та лімфоїдну природу червоподібного паростка, на наш погляд, в основі концепції покращання результатів лікування хворих на гострий апендицит, особливо його ускладнених форм, є посилення функції регіонарної лімфатичної системи шляхом лімфотропної антибіотикотерапії, що призводить до підвищення резистентності організму та оптимізує медикаментозну корекцію місцевого запалення в ілеоцекальній ділянці.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СОМАТИЧНИХ І ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТЕРІ З РОЗВИТКОМ СИНДРОМУ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Ширій Т.І., Градик Р.Т.

Науковий керівник – к.м.н., ас. Флуд В.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра акушерства і гінекології

Мета і завдання дослідження: проаналізувати взаємозв'язок соматичних і гінекологічних захворювань матері з розвитком синдрому затримки розвитку плода (СЗРП).

Методи: в умовах стаціонару знаходилися 30 вагітних жінок, у яких діагностовано симптоми плацентарної дисфункції і СЗРП. Критеріями включення пацієнток в дослідження було: одноплідна вагітність в терміні гестації від 22 до 37 тижнів, підтверджений діагноз плацентарної дисфункції, наявність синдрому затримки розвитку плода 1 і 2 ступеня, асиметрична форма затримки розвитку плода. Серед жінок, що знаходилися під спостереженням, юні першородячі – 2 (6,7%), вікові першородячі – 4 (13,3%), у віці 19-30 років – 24 (80%).

Результати: у 18 (60%) вагітних діагностована екстрагенітальна патологія. Найбільш часто зустрічалися патологія нирок і сечовивідних шляхів – 11 (36,6%), серцево-судинна патологія 2 (6,7%), варикозна хвороба нижніх кінцівок – 2 (6,7%), захворювання шлунково-

кишкового тракту – 1 (3,3%), органів зору 4 (13,3%). Під час вагітності респіраторні інфекції перенесли 23 жінки (76,7%).

Аналізуючи гінекологічний анамнез, встановлено, що у 25 (83,3%) жінок-в анамнезі інфекційно-запальні захворювання: вагініт – 21 (70%), аднексит – 6 (20%), ендocerвіцит – 2 (6,7%), ендометрит – 1 (3,3%). Порушення менструальної функції – 14 (46,7%) жінок.

Вивчення особливостей репродуктивної функції показало, що у 18 (60%) дана вагітність була першою. Медичні аборти у 8 (26,7%), з них більше 2-х абортів – 6 (20%); самовільні викидні – 5 (16,7%), завмерла вагітність – 2 (6,7%), передчасні пологи – 3 (10%), позаматкова вагітність – 1 (3,3%).

Висновки. Плацентарна дисфункція була одним з основних ускладнень гестаційного процесу і діагностувалася у всіх пацієнток. Перебіг вагітності ускладнений багатоводдям і маловоддям відповідно в 43,3% і 30%, анемією вагітних – у 30%, низькою плацентациєю – у 23,3%, загрозою переривання вагітності на різних термінах – у 23,3%, прееклампсією легкого та помірного ступеня – у 30%.

ПОРІВНЕВА І ПОСТАДІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА МІЖХРЕБЦЕВИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Шишук А.В - студ. 6 курсу., Смородська О.М. – студ. 4 курсу,

Коротка О.В. – студ. 4 курсу

Науковий керівник: д.м.н., проф. Шишук В.Д., к.м.н., доц. Щербак Б.І.

Сумський державний університет медичний інститут

*Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії,
офтальмології, онкології*

Актуальність. На нашу думку, міжхребцевий остеохондроз поперекового відділу хребта (МОПВХ) є однією з найбільш розповсюджених патологій хребта.

Метою роботи була розробка порівневої постадійної реабілітації для хворих з МОПВХ з урахуванням клінічно – реабілітаційної групи хворих.

Матеріали і методи: клінічні протоколи та реабілітаційні методики.

Результати: Було визначено, що на особливості реабілітаційних заходів у хворих із вертеброгенним болем в спині (ВБС) в найбільшій мірі впливають локалізація патологічного процесу, характер клінічних синдромів, стадія патологічного процесу і гострота больового синдрому. На основі цього, нами були розроблені комплекси реабілітаційних заходів. Всі комплекси включають: медикаментозну терапію, лікувальні медикаментозні блокади, ортопедичні заходи, масаж, тракційну, мануальну, кінезо-, фізіо-, рефлексо- та психотерапію. Реабілітаційні заходи на стадії загострення, етапах прогресування та гострого болю мають переважно симптоматичний характер і направлені на зменшення інтенсивності болю, який в гострому періоді захворювання в найбільшій мірі дезадаптує пацієнта.

Основними завданнями реабілітаційних заходів на стадії підгострого болю, етапах стабілізації та регресування загострення є більш повне купірування больового синдрому, подолання обмежень рухливості пацієнта, повернення його до звичної життєдіяльності. Реабілітаційні заходи при хронічних поперекових болях направлені на купування основних механізмів подразнення синовертебрального нерва і усунення судинних і дистрофічних змін в області екстравертебральних вогнищ, активізацію трофічних процесів, корекцію супутніх термінальних нервово-психічних розладів.

В якості критеріїв ефективності реабілітаційних заходів пацієнтів з МОПВХ доцільно використовувати показники регресу суб'єктивної та об'єктивної клінічної симптоматики, ступінь відновлення порушень життєдіяльності та працездатності.

Висновки: під час розробки реабілітаційних заходів для хворих з ВБС необхідно враховувати гостроту процесу та клінічно – реабілітаційну групу хворих.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Шишук А.В., студ. 6-го курсу, Сусол Ю.М., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – канд. мед. наук Москаленко Ю.В.

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Актуальність. За останні роки рівень захворюваності на РЩЗ в Сумській області вийшов на перші позиції в Україні. Показники захворюваності на РЩЗ в Сумській області досягли рівня США, які є одними з світових лідерів поширеності даної патології (Резнік А.В, 2015).

Метою роботи є аналіз статистичних даних захворюваності населення Сумської області на рак щитоподібної залози в період 2004-2014 років, а також виявлення районів з низьким, середнім та високим рівнем захворюваності.

Матеріали та методи. У роботі використані дані обласного канцер-реєстру та журнали реєстрації результатів біопсій патологоанатомічного відділення Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Результати дослідження. За даними Національного канцер-реєстру, у період 2004-2014 років у Сумській області було зареєстровано 1131 випадки РЩЗ (в середньому в рік – $102,82 \pm 10,05$). Розподіл районів Сумської області за трьома рівнями показників захворюваності є таким:

- 1) райони з низьким рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЗ (0-4,00%): Велико-Писарівський, Середино-Будський;
- 2) райони з середнім рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЗ (4,01-7,00%): Білопільський, Недригайлівський, Охтирський, Путивльський, Сумський, Ямпільський, Глухівський, Конотопський, Лебединський, Липово-Долинський, Роменський;
- 3) райони з високим рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЗ (7,01 % і вище): Буринський, Краснопільський, Кролевецький, Тростянецький, Шосткинський райони, м. Суми.

Найбільша кількість випадків захворюваності на РЩЗ відмічається у людей віком від 40 до 59 років. Питома частка папілярного раку ЩЗ становила від 70,37 до 81,75%, фолікулярного – від 13,14 до 25%, медулярного – від 1,35 до 5,83%, недиференційованого та плоскоклітинного – менше 3%.

Висновки. Співвідношення гістологічних типів РЩЗ відповідає аналогічним даним, характерних для інших країн (GLOBOSCAN, 2015). Найвищий рівень захворюваності зареєстрований у Буринському, Краснопільському, Кролевецькому, Тростянецькому, Шосткинському районі та м. Суми.

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Шкільна О.О.

Супрунова Т.В. (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 - $23,5 \pm 3,1$ 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 поживлення».

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ТАЗОВО-УРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Багуля Е.В., Доника Л.А., студ. 5 курсу

Научный руководитель - ассистент Редько С.И.,

СумГУ, кафедра ортопедии и травматологии

Актуальность. Существует большое количество техник послеоперационного обезболивания, однако среди них выделяют несколько базовых. Несмотря на множественные негативные эффекты, наиболее часто используют парентеральное введение опиоидов. Альтернативой традиционным методам обезболивания является использование регионарных методов, в частности эпидуральной анальгезии (ЭА).

Цель исследования — изучить влияние эпидуральной анальгезии на гемодинамику у больных после операции ТУР и сравнить ее результаты с результатами обезболивания опиоидами.

Материалы и методы. Проведено когортное проспективное контролируемое исследование 60 пациентов, подвергшихся операции ТУР в урологическом отделении 1-й городской больницы.

В зависимости от способа послеоперационного обезболивания пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу ($n = 30$) вошли больные, которым в послеоперационном периоде на протяжении 3 суток каждые 4 часа вводили наркотический анальгетик (промедол) внутримышечно в дозе 0,1–0,5 мг/кг.

Во вторую группу ($n = 30$) вошли пациенты, которым послеоперационное обезболивание осуществляли с помощью эпидуральной анальгезии с постоянным введением 0,2% раствор ропивакаина скоростью 10–20 мг/ч на протяжении трех суток после хирургического вмешательства.

Для объективизации исследований и уточнения субъективной оценки качества обезболивания уровень болевого синдрома определялся с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Исследование проводили до операции, а затем на первые, третьи и седьмые сутки послеоперационного периода в обеих группах.

Динамический контроль среднего артериального давления (сАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и сатурации (SpO_2) осуществлялся с помощью монитора Utas 300M.

Результаты и обсуждение. В обеих группах больных отмечалась одинаковая тенденция изменения всех исследуемых показателей в 1-е послеоперационные сутки с их постепенной стабилизацией к 7-м суткам. Более выраженные болевые ощущения, оцениваемые по ВАШ, были у пациентов I группы в сравнении с таковыми во II группе на

протяжении всего срока наблюдения, что свидетельствует о лучшем субъективном восприятии больными методики эпидурального обезболивания. Уровень сАД между исследуемыми группами достоверно не отличался. ЧСС в I группе была выше по сравнению с показателями во II группе, наибольшая разница наблюдалась в первые сутки после хирургического вмешательства.

Выводы. Продленная эпидуральная анестезия может быть использована в качестве альтернативного метода обезболивания пациентов после ТУР.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ПУПОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ

Баулин В.А., Баулина О.А.

Научный руководитель: Баулин А.А.

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения России, г. Пенза, Россия

Актуальность. Наряду с первичными и рецидивными пупочными грыжами после классических операций появилась значительная группа больных с послеоперационными пупочными и околопупочными грыжами как следствие лапароскопического входа.

Цель и задачи исследования: улучшение результатов оперативного лечения больных с пупочными грыжами путём разработки и применения малоинвазивной технологии.

Методы и их применение. Для научного анализа и отработки методики изучено 254 (14,42%) больных оперированных по поводу пупочных грыж: у 74 больных (28,9%) зарегистрирована изолированная пупочная грыжа, у 180 больных (71,1%) – в сочетании с другой хирургической патологией, по поводу которой также выполнялось оперативное вмешательство. Средний возраст больных составил $55,5 \pm 0,5$ лет (от 15 до 81 года), мужчин 56, женщин - 198.

Результаты. При диаметре отверстия от 2 до 5 см, учитывая возможную ненадёжность простого сближения краёв грыжевых ворот, мы разработали модифицированную методику укрепления швов за счёт сетчатого имплантата. Выполняется разрез в виде полукруга в пределах пупочного кольца. Рассекается кожа и подкожная клетчатка до грыжевого мешка. Грыжевой мешок отделяется от подкожной клетчатки, осторожно вскрывается, осматривается, освобождается от содержимого, тупо и остро отделяется от краёв грыжевого дефекта. Между задними поверхностями задних листков влагалищ прямых мышц живота, задней поверхностью белой линии живота и листком брюшины тупо формируем пространство, куда будет уложен имплантат. Размер имплантата должен на 3-4 см во все стороны превышать размер грыжевого отверстия. Грыжевой мешок прошивается, перевязывается и отсекается поверх лигатуры. Край дефекта берём за швы держалки и приподнимаем вверх, а отслоенную брюшину опускаем вниз, то есть в сторону брюшной полости. Круто изогнутой иглой прошиваем в этом пространстве 6-8 швов, которые в виде паруса будут растягивать здесь сетку в стороны и удерживать. Концы нитей поочередно завязываем. Далее сшиваем края дефекта поверх сетки, подхватывая в углах швами прилежащую сетку.

Выводы. При пупочных грыжах возможно и оправдано с оперативной, экономической и косметической точек зрения применение малотравматичных способов с использованием сетчатого имплантата, установленного через минидоступ при диаметре отверстия до 5 см.

РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Баулина О.А., Баулин В.А.

Научный руководитель: Ивачева Н.А.

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения России, г. Пенза, Россия

Актуальность. Увеличивается число больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), страдающих бронхиальной астмой (БА). Сочетание этих заболеваний

наблюдается у 14–89% пациентов, при этом у 24% больных рефлюкс клинически не проявляется. Установлено, что у больных БА, сочетающейся с ГЭРБ, процент тяжелых астматических приступов, возникающих после приема пищи, значительно выше, чем у пациентов с БА без ГЭРБ.

Цель и задачи исследования: изучить связь БА со степенью выраженности воспалительных изменений в пищеводе при ГЭРБ.

Методы и их применение. Обследовано 108 больных с ГЭРБ. Из них у 12 (11%) больных были клинические проявления БА. Внепищеводные симптомы ГЭРБ верифицировались путем теста с ингибиторами протонной помпы (стандартная доза дважды в день в течение недели) и комплексного обследования больного по программе БА с последующей консультацией пульмонолога. Оценка выраженности пищеводных и внепищеводных симптомов ГЭРБ проводилась по 5-ти балльной шкале Likert. Степень рефлюкс-эзофагита (РЭ) определялась эндоскопически по классификации Savary-Miller, в модификации GJNTytgat и соавт. (1990). Полученные результаты статистически обрабатывались.

Результаты. Был проведен анализ связи клинических проявлений ГЭРБ, в том числе и БА со степенью РЭ с помощью статистики Гамма. Из анализа следует, что существует прямая положительная связь между БА и степенью РЭ, при уровне значимости $p < 0,05$. Статистика Гамма, на основании шкалы Чеддока показала наличие заметной положительной связи между исследуемыми признаками ($\eta = 0,676674$). По построенной диаграмме рассеяния было видно, что БА отмечалась только у пациентов с эрозивной ГЭРБ и пищеводом Барретта, причем связь признаков (степень выраженности БА и РЭ) тем выше, чем выше степень РЭ.

Выводы. Положительная связь между БА и РЭ по статистике Гамма свидетельствует о значимости воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода в патогенезе приступов удушья. Данные о выраженности бронхоконстрикторного эффекта у пациентов с РЭ указывают на возможность вовлечения в патологический механизм вагусных рецепторов при наличии воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода.

ИННОВАЦИОННАЯ НЕИВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ КИБЕР НОЖА

Билицкая В.В.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Актуальность: По данным ВОЗ, каждый год вновь онкопатологией заболевают 10 млн человек. Как утверждает ВОЗ, смертность от рака до 2030 года возрастет на 45%, по сравнению с уровнем 2007 года.

Цель: Показать преимущества и недостатки кибер-ножа в лечении онкологических заболеваний.

Кибер-нож — инновационная неинвазивная технология лечения рака без непосредственного контакта с опухолью, альтернатива методу оперативного вмешательства. Кибер-нож относится к методам стереотаксической радиохирургии. Его огромным преимуществом является успешное применение у пациентов, для которых открытая хирургическая операция по разным причинам является опасной или невозможной, при наличии противопоказаний к анестезии, сложной форме опухоли мозга, ее расположении в труднодоступных для традиционной хирургии местах, при опухолевых рецидивах. При помощи кибер-ножа можно эффективно проводить радиохирургическую терапию доброкачественных и злокачественных опухолей любой локализации на теле, а также их метастазов. Применение кибер-ножа не предполагает разрезов, шрамов, кровотечений и сопутствующих осложнений. Метод не требует анестезии, перевязок и восстановления в послеоперационном периоде. Благодаря введению непрерывного рентгеновского контроля над положением опухоли, устройство может отслеживать изменения в положении тела пациента и компенсировать его движения в разумных пределах (если смещение превосходит определенную величину — облучение автоматически прекращается). Недостатки: небольшая

распространенность (в Украине 1 кибер-нож), дороговизна, ограниченность объемов исследований.

Вывод: Технология кибер-нож – инновационная неинвазивная технология лечения рака уникальный метод лечения, в основе которого лежит соединение лучевой хирургии, робототехники и локальной компьютерной навигации.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОЦИНОЗА КОЖИ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПОСЛЕ ПИРСИНГА

Бондаренко Ольга Владимировна

Научный руководитель: профессор, д. м. н., Журавлев Анатолий Семенович

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Актуальность. Распространенность пирсинга влечет определенные проблемы. Развиваются осложнения: формирование келоида, кровотечение, паралич Белла, аллергия к материалу изделия, воспалительные процессы, нарушение микробиоценоза кожи. Несоблюдение правил асептики при проколе нередко является причиной инфицирования раны микроорганизмами.

Цель данного исследования - изучение микробного пейзажа до и после установки пирсинга из золота, серебра, стали и титана.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 32 кролях линии «Шиншилла», (оба пола, вес 4 кг). Фиксировались импланты (серьги) в область ушных раковин. Все животные разделены на 4 группы, в каждой по 8 кролей, в зависимости от вида материала изделия: I – золото; II– серебро; III– сталь; IV- титан. Микроорганизмы идентифицировали с помощью наборов МИКРО-ЛА-ТЕСТ®. Способность образовывать биопленки изучали на поверхности полистироловых планшетов и на покровных стеклах.

Результаты исследования. На 7е сутки после пирсинга на коже ушной раковины (особи III, IV гр.) выявлены микроорганизмы группы *Peptostreptococcus spp*, *Enterococcus*, *S.aureus*, *E.coli*, *S.pyogenes*, *Candida spp*. Из них: *S.aureus* в I группе - $1,7 \pm 0,2 \cdot 10^6$, II группе - $4,1 \pm 0,5 \cdot 10^5$, III группе - $2,9 \pm 0,2 \cdot 10^9$ и IV группе $5,8 \pm 0,2 \cdot 10^8$ КОЕ/ед. суб.; *Actinomyces spp.*, с плотностью колонизации в I группе - $7,4 \pm 0,6 \cdot 10^5$, II группе - $3,6 \pm 0,3 \cdot 10^4$, III группе - $5,9 \pm 0,5 \cdot 10^6$ и $9,8 \pm 0,1 \cdot 10^6$ КОЕ/ед. суб. в IV группе.

Обсемененность грибами рода *Candida* максимальные значения имела в III группе ($4,9 \pm 0,1 \cdot 10^6$ КОЕ/ед.суб.), что превышало соответствующие показатели у животных I ($2,3 \pm 0,1 \cdot 10^4$ КОЕ/ед. суб), II ($24,8 \pm 0,3 \cdot 10^3$ КОЕ/ед. суб) и IV ($7,5 \pm 0,5 \cdot 10^5$ КОЕ/ед. суб.)

Вывод. Таким образом, на 7е сутки степень обсемененности патогенной микрофлорой патологического очага при использовании изделий из золота и серебра имела более низкий уровень, чем при пирсинге из стали и титана.

АНАТОМИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО ТАЗА В СОМАТОТИПАХ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЖ. ТАННЕРА У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Бугаевский К.А., Бугаевская Н.А.

Классический Приватный Университет, Институт здоровья, спорта и туризма, кафедра физической реабилитации и здоровья, г. Запорожье

Актуальность. Для проведения исследования была выделена группа студенток (n=130), разделённых на 3 соматотипа: андроморфный (n=42), мезоморфный (n=34) и гинекоморфный (n=54). Кроме определения ряда антропометрических измерений студенткам проводилась пельвиометрия. У девушек-андроморфов нормальные размеры входа в малый таз (11 см), имели 22 (64,71%) из девушек, более 11 см и увеличенные размеры таза (широкий таз) – 2 (5,88%) студенток, нормальные размеры таза – 3 (8,82%), общеравномерно-суженный таз – 4 (11,77%), простой плоский таз – 4 (11,77%) и поперечно-суженный таз – 21 (61,77%). Анатомически узкий таз определён у 29 (85,29%), «стёртые»

формы таза – 17 (50,00%), I степень сужения таза – 4 (11,77%), II степень – 5 (14,71%), III степень – 1 (2,94%).

Цель. В группе с мезоморфным соматотипом у 23 (54,76%) определено значение с. vera, соответствующее норме в 11 см. Все размеры таза, соответствующие нормальным значениям установлены у 2 (4,76%), широкий таз – у 1 (2,38%) студентки. Простой плоский таз – у 5 (11,91%), обще-равномерно-суженный таз у 4 (9,52%), поперечно-суженный таз – у 30 (71,43%). Анатомически узкий таз определён у 39 (92,86%), «стёртые» формы таза – у 19 (45,24%) студенток. I степень сужения таза у 17 (40,48%), II степень – 11 (26,19%), III степень – 2 (4,76%).

У студенток-гинекоморфов нормальные размеры таза были определены у 2 (3,70%) студенток, у 3 (5,56%) – широкий таз, у 49 (90,74%) – различные варианты узкого таза. Обще-равномерно-суженный таз был определён у 3 (5,56%) студенток, простой плоский таз – у 16 (29,63%), поперечно-суженный таз – у 30 (55,56%) всех студенток-гинекоморфов. Среди всех студенток с узким тазом в данном половом соматотипе (n=49), I степень сужения таза имели 37 (75,51%), II степень – 11 (22,45%), III степень – 1 (2,25%). Анатомически узкий таз у 49 (100,00%) студенток с узким тазом, «стёртые» формы таза – у 43 (87,76%) студенток-гинекоморфов с узким тазом и у 79,63% гинекоморфов.

Выводы. Во всех трёх группах студенток с нормальными размерами таза – 7 (5,39%), с широким тазом – 6 (4,62%), с анатомически узким тазом – 97 (74,62%), со «стёртыми» формами таза – 79 (60,77%). Обще-равномерно-суженный таз определён у 11 (8,46%), простой плоский таз у 25 (19,23%), поперечно-суженный таз – у 81 (62,31%) студенток. Сужение таза I степени имели 58 (36,92%), II степени – 27 (20,77%), III степени – 4 (3,08%) студенток.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УНИКАЛЬНОЙ МИЕЛОАРХИТЕКТониКИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Дудников А.В.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

АНО НИИ Микрочирургии, г. Томск

Актуальность. Повреждения лучевого нерва составляют около 13% от всех травм верхней конечности. Для определения объема поражений в плановом порядке чаще всего используют электронейромиографию, но не в условиях СМП. Определяющим становится опыт исследующего врача и использование им клинических тестов. Но исследование двигательных нарушений лучевого нерва невозможно без учета заместительных движений. Trick motions имитируют движения денервированной мышцы возникают за счет мышц-синергистов, включения вспомогательной мускулатуры и т.д. Уточнение клинических тестов, учитывая механизм «обманных» движений, исключит ошибочные выводы исследователя на этапе диагностики, так и лечения.

Цель работы. Оценка стандартных клинических тестов для выявления повреждений лучевого нерва на различных его уровнях.

Задачи. 1 – изучение особенностей интраоперационной анатомии и фасцикулярного строения лучевого нерва на разных уровнях;

2 – выявление анастомотических связей лучевого нерва с другими нервами плечевого нервного сплетения;

3 – разработка уточненных клинических тестов для оценки повреждений лучевого нерва с учетом феномена «обманных движений»

Материалы и методы. Произведен анализ специализированной литературы и выбран ряд подходящих тестов для оценки повреждений лучевого нерва. Тесты были улучшены для исключения возникновения «обманных» движений. Были подробно изучены анастомотические связи лучевого нерва на интраоперационном материале. На клинических примерах результаты теста были интерпретированы и занесены в таблицу.

Результаты. 1. Изучены особенности интраоперационной анатомии и фасцикулярного строения лучевого нерва на разных уровнях.

2. Выявлены анастомотические связи лучевого нерва с другими нервами плечевого нервного сплетения.
3. Разработаны уточненные клинические тесты для оценки повреждений лучевого нерва с учетом феномена «обманых движений».

Выводы. В результате нашей работы были уточнены и доработаны тесты для оценки повреждений лучевого нерва. Данные тесты могут быть внедрены в клиническую практику для более точного обследования пациентов и исключения ложных выводов при диагностике и лечении.

ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ КИСТИ

Дудников А.В.,

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

АНО НИИ Микрохирургии, г. Томск

Актуальность. Травма верхней конечности стоит особняком среди всех травм опорно-двигательного аппарата в связи с ведущей ролью кисти в бытовой и производственной деятельности человека. Большинство всех травм сопряжено с поражением таких функционально важных структур как сухожилия, сосуды и нервы. Повреждения нервных структур приводит к тяжелым последствиями утрате трудоспособности. В таких случаях для облегчения диагностики и повышения её информативности необходимо создание удобной системы оценки нарушения иннервации кисти, основанную на клинических тестах, исходя из той концепции, что каждый нерв иннервирует целую группу отдельных мышц.

Цель. Создать электронную систему для оценки иннервации кисти, основанную на клинических тестах и удобную для использования в стационарах, амбулаторно-поликлинических службах, частных клиниках.

Материалы и методы. Был произведен анализ специализированной литературы и выбран ряд подходящих тестов для оценки иннервации кисти, пригодных для создания электронной системы. Все отобранные тесты были разделены в три группы: группа 1 – функциональная оценка состояния мышц кисти, иннервируемых ветвями срединного нерва, группа 2 - функциональная оценка состояния мышц кисти, иннервируемых ветвями лучевого нерва и группа 3- функциональная оценка состояния мышц кисти, иннервируемых ветвями локтевого нерва. Результаты этих тестов были качественно интерпретированы и оценены в балловой системе, где 1 балл означал «способность правильного выполнения теста», а 0 баллов означало «неспособность правильного выполнения теста». Совокупность всех данных была занесена в сводную таблицу.

Результаты.

1. Исследованы анатомические и клинические аспекты иннервации кисти, включая разделение групп мышц по иннервируемым нервам.
2. Выделены специальные тесты для оценки движений мышц и сформирована балловая оценка результатов этих тестов.
3. Создана электронная система оценки нарушения иннервации кисти.

Выводы. Таким образом, создана электронная система оценки нарушений иннервации кисти, которая может использоваться в различных медицинских учреждениях для диагностики повреждений периферических нервов верхней конечности.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УЛЬТРАТОНТЕРАПИИ КОЖНЫХ АЛЛОГРАФТОВ НА СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ТЯЖЕЛО ОБОЖЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Жилинский Е.В., Скакун П.В., Губичева А.В.

*Научный руководитель - д.м.н., профессор С.А. Алексеев
Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии*

Актуальность. Применение кожных аллографтов ведет к снижению раневых потерь, стимулирует рост грануляций и эпителизацию поверхностных ожогов, а так же улучшает общее состояние тяжело обожженных пациентов. При этом раннее отторжение кожных аллографтов через 1-2 недели после трансплантации значительно усиливает раневую инвазию микроорганизмов, приводя к сепсису и ДВС.

Цель исследования. Оценить влияние применения ультратонтерапии аллографтов на смертность среди тяжело обожженных пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ результатов лечения тяжело обожженных пациентов с неблагоприятным и сомнительным прогнозом согласно индексу Франка. Все пациенты прошли хирургическое лечение по поводу глубоких ожогов (некрэктомия, аутодермопластика и аллодермопластика). Ультратонтерапия осуществлялась аппаратом АДД (ПолиМедЭко ООО, РФ). Статистический анализ проводился при помощи программ Statistica 13.0, MSExcel 10, SPSS 6.2.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были проанализированы результаты лечения 25 тяжело обожженных пациентов с неблагоприятным и сомнительным прогнозом согласно индексу тяжести поражения, которым выполнялось пластическое закрытие ран. В контрольную группу вошло 11 пациента (медиана возраста = 48, средняя площадь ожогов 37%, из них 18% глубоких, частота термоингаляционной травмы – 61,5% из них тяжелой – 46,1%, медиана индекса Франка – 103). В основную - 14 пациентов (медиана возраста = 44, средняя площадь ожогов 43%, из них 20% глубоких, частота термоингаляционной травмы – 64,3% из них тяжелой – 42,9%, медиана индекса Франка – 113), которым была выполнена аллопластика с проведением ультратонтерапии. При использовании ультратонтерапии отмечалось уменьшение смертности среди пациентов основной группы – 28,6%, у пациентов контрольной группы – 46,2%.

Выводы. Использование ультратонтерапии привело к увеличению времени существования аллографта без отторжения с 8 до 16 дней, что привело к уменьшению смертности среди тяжело обожженных пациентов до 28,6%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЗРИТЕЛЬНОМ ТРУДЕ

Евтушенко А.С.

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14
им. проф. Л.Л. Гиришмана»*

В исследовании влияния зрительного труда на функциональное состояние (ФС) принимали участие 88 человек в возрасте (20±1,5) года, являющиеся студентами ВУЗа. В качестве визуальной нагрузки испытуемым были предложены тексты, реализованные на бумажном и электронном носителе, в которых необходимо было отыскивать и выделять (подчеркивать) заданную букву.

В результате анализа динамики исследованных показателей установлено, что зрительный труд на близком расстоянии, как с бумажным, так и с электронным носителем информации вызывает выраженные изменения не только в состоянии зрительной системы, но и в других системах организма, что подтверждается значительным ростом количества значимых связей между показателями, характеризующими эти системы. Выявлено три варианта состояния функциональных показателей зрительной системы после зрительного труда, первый вариант характерен для стабильного функционирования (50-55% испытуемых), второй – для транзиторной миопии (20-25%), третий – для зрительного утомления (20-25% испытуемых). Показана информативность для оценки ФС при

зрительном труде психофизиологических показателей, таких как время выполнения корректурной пробы, работоспособность (по тесту ТРАНС), количество выполненных заданий, количество допущенных ошибок, время запаздывания при оценке скорости зрительно-моторной реакции. Выявлена высокая чувствительность показателя содержания гетерохроматина в ядрах клеток буккального эпителия, что позволяет использовать его в качестве информативного показателя при оценке ФС человека в динамике деятельности.

Оценка функционального состояния человека при зрительном труде должна включать анализ изменения показателей зрительной системы, характеризующих особенности зрительного восприятия на близком расстоянии, центральной нервной системы, психофизиологических показателей и уровня внутриклеточного гетерохроматина, как интегративного показателя состояния организма.

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Жукова Е.М., Наледько В.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра общей хирургии

Актуальность. Лапароскопия – инвазивный метод диагностики и лечения гинекологической и абдоминальной патологии. Как метод диагностики, он является высокоинформативным. Беременность не является противопоказанием для проведения данной процедуры, однако следует учитывать, что это хирургическое вмешательство, которое может повлиять на дальнейшее протекание беременности.

Цель: определить роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных.

Задачи: 1 Изучение лапароскопии как метода диагностики и лечения болезней.

2 Применение данного метода для диагностики и лечения острого аппендицита у беременных.

Материалы и методы. Проведен анализ 43 историй болезни беременных, которым выполнялась диагностическая лапароскопия в 3 ГКБ г. Минска. 24 (55,8%) женщины были во II триместре беременности, 12 (27,9%) – в I, 7 (16,3%) – в III. Средний возраст беременных составил $23,5 \pm 0,37$. Диагностическая лапароскопия была выполнена в течение 1 часа у 7 (16,3%) беременных, в течение 2 часов у 9 (20,9%), с 3 до 6 часов – 15 (34,9%), с 7 до 12 – 5 (11,6%), позже 12 часов – 7 (16,3%).

Результаты и их обсуждение. После проведения диагностической лапароскопии у 25 (58,1%) беременных диагноз острого аппендицита был исключен; у 18 (41,9%) – подтвержден и в последующем выполнена аппендэктомия: у 12 (66,7%) традиционная, у 6 (33,3%) лапароскопическая. В послеоперационном периоде из 25 женщин, у которых диагноз острого аппендицита не подтвердился, 15 (60%) отмечали плохое самочувствие после наркоза, 5 (20%) – наличие выраженного болевого синдрома, 5 (20%) – жалоб не предъявляли. 5 (20%) беременных женщин в последующем были госпитализированы по поводу угрозы прерывания беременности, ещё у 5 (20%) наблюдался рецидив боли в правой подвздошной области. Родоразрешение проведено естественным путём у 23 (92%) женщин, у 1 (4%) выполнено кесарево сечение и 1 (4%) – выполнено искусственное прерывание беременности. При сопоставлении макроскопической картины формы острого аппендицита и гистологического описания, удаленного червеобразного отростка, соответствие было выявлено у 17 (94,4%) пациентов.

Выводы: 1 Лапароскопия – наиболее важный метод диагностики и лечения острого аппендицита у беременных.

2 Поскольку лапароскопия является инвазивным методом диагностики, применяться она должна в особо трудных диагностических случаях.

СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ НА СОСТОЯНИЕ МАТЕРИ И ПЛОДА

Журова А.В., Сербина Д.В.

*Научные руководители: к.м.н. ассист. Никитина Е.В.,
без учен. степ., ассист. Ялонецкий И. З.*

*Белорусский Государственный Медицинский Университет
Кафедра акушерства и гинекологии*

Цель: Сравнить течение родов, состояние плода и рожениц при различных видах обезболивания родов.

Задачи: Сравнить продолжительность течения родов, а также наличие осложнений у пациенток, рожавшими без анестезиологического пособия с роженицами, которым была проведена спинальная анестезия, а также роженицами, введенными в акушерский сон. Провести оценку состояния плода при различных видах анестезиологического пособия и без него.

Методы и их применение: Мы исследовали три группы рожениц: I – родившие без анестезиологического пособия; II – родившие в условиях спинальной анестезии малыми дозами анестетика; III – с применением акушерского сна с использованием оксibuтирата натрия, длительность которого составляла $90 \pm 18,25$ мин. Каждая группа состояла из 15 человек. В родах оценивались показатели матери и плода. Результаты обрабатывались в ППП Statistica 10.

Основные результаты: Продолжительность родов составила по всем группам: I – 420,33 [330; 510]; II – 467 [380; 460]; III – 475,33 [400; 550] мин. Увеличение длительности родов в III было статистически не значимым, однако в 5 случаях у пациенток III группы роды завершились кесаревым сечением ввиду слабости родовой деятельности. В III группе также выявлялись: ослабление родовой деятельности ($n=4$), признаки гипоксии плода ($n=3$); депрессия плода ($n=1$). ЧСС плода во всех группах оставалось в пределах нормы с достоверной тенденцией к умеренной тахикардии в III группе. При оценке родившихся детей по шкале Апгар была выявлена незначительная разница между I и II группами: $A_{I-1}=8 \pm 0$; $A_{I-2}=8,8 \pm 0,1$; $A_{II-1}=8 \pm 0$; $A_{II-2}=9 \pm 0$ ($p < 0,05$; $U \geq 2$). В III оценка детей по Апгар была достоверно ниже: $A_{III-1}=7,73$ [7; 8] и $A_{III-2}=8,8$ [8;9] ($p < 0,05$; $U \geq 2$).

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПЕРИОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЗРЫВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА.

Игнатчик И. О., Голяк А. А.

Белорусский государственный медицинский университет, кафедра травматологии и ортопедии

Целью исследования являлось определение 2-х летних результатов лечения пациентов с взрывными переломами нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Был проведен ретроспективный анализ 44 случаев взрывных переломов 12 грудного и 1 поясничного позвонков за 2014 год. Нами был разработан опросник для оценки отдаленных результатов лечения, а также определения уровня качества жизни пациентов. Оценивались параметры: общая и профессиональная трудоспособность, сексуальная сфера, интенсивность болевого синдрома, потребность в обезболивании, регресс неврологической симптоматики и др.

Отобранные для исследования пациенты имели возраст 18-61 лет, средний возраст – 39 лет. Тяжелая сочетанная травма наблюдалась в 36,4% случаев. Неврологические осложнения имели 63,6% обследуемых, из них тяжелые (класс А по Frankel) – 42,9%. Всем пациентам проведено хирургическое лечение в объеме ТПФ и, в случаях значительного уменьшения высоты тела позвонка, передний корпородез. Пациентам со стенозом позвоночного канала $>50\%$, имеющим неврологический дефицит, проводилась также декомпрессия. После выписки всем пациентам рекомендовалось наблюдение у травматолога,

ограничение физической нагрузки и ношение полужесткого корсета на протяжении 3 мес. – 1 года в зависимости от тяжести травмы. Пациентам с неврологической симптоматикой рекомендовано наблюдение невролога, физиотерапевтическое лечение. Установлено, что отдаленный результат проведенного лечения зависит от характера травмы (изолированная, сочетанная), степени повреждения невралных структур, хирургического восстановления высоты тела позвонка, достаточной декомпрессии. Также, в значительной степени от комплаенса пациента и выполнения всех реабилитационных мероприятий.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ГАРТМАНА

Иоффе И.В., Лисовой Р.В.

Научный руководитель - д.мед.н., проф. Иоффе И.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» МЗ Украины

Кафедра хирургии

Актуальность. Вероятность развития послеоперационных инфекционных осложнений у различных больных неодинакова и зависит от наличия или отсутствия факторов риска развития инфекции.

Цель исследования: улучшение качества лечения больных, которым в ургентном порядке выполнена операция Гартмана.

Задачи исследования: выявить факторы риска возникновения инфекционных осложнений у больных, которым в ургентном порядке выполнена операция Гартмана.

На основании изучения 168 историй болезни больных, перенесших в ургентном порядке были сделаны операцию Гартмана были выделены основные факторы риска.

К факторам риска, обусловленным состоянием макроорганизма относятся: пожилой возраст больных; ожирение; сопутствующие инфекционные заболевания; нарушение иммунного статуса; вредные привычки.

Наличие злокачественной опухоли у больного является независимым фактором риска, поэтому инфекционные осложнения у онкологических больных возникают чаще и протекают тяжелее, чем при другой патологии.

Микробная контаминация операционной раны является неизбежной даже при идеальном соблюдении правил асептики и антисептики. К концу операции в 80-90% случаев раны обсеменены различной микрофлорой.

Факторы риска связанные с операцией: длительность вмешательства; степень повреждения анатомических тканей - травматичность операции; избыточное применение электрокоагуляции; недостаточный гемостаз; имплантация инородных материалов; нарушение стерильности оборудования и инструментария; гемотрансфузии; тип повязки; дренирование раны; нарушение гемодинамики и газообмена во время операции; низкий уровень квалификации хирурга; повторные операции в раннем послеоперационном периоде.

С учетом факторов риска, связанных с операцией, особое значение имеет адекватная хирургическая техника. Среди больных, которым в ургентном порядке выполнена операция Гартмана инфекционные осложнения развиваются в 11,5% случаев.

Выводы. Таким образом, высокая частота послеоперационных инфекционных осложнений после операций Гартмана требует пристального внимания к выявлению факторов риска, а также анализу и разработке шкал факторов риска развития инфекций, позволяющих на их основе оценить индивидуальный риск развития осложнений у каждого конкретного больного.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ РИНОПЛАСТИКИ

А.В.Кислов, М.А.Семенюк, О.В.Бондаренко, Грибовод В.В.

д.мед.н., проф. А.С.Журавлев

Харьковский Национальный Медицинский Университет, Кафедра Оториноларингологии

Актуальность: Ринопластика является одним из оперативных вмешательств, направленных на улучшение эстетической красоты человека. Это может быть связано с врожденной патологией, или же с приобретенной травмой.

Цель: Сравнительная характеристика разных методов ринопластики, в зависимости от видов деформации наружного носа.

Материалы и методы исследования: На базе ЛОР-клиники ХНМУ нами было обследовано 40 пациентов. Из них 26 пациентам была проведена открытая ринопластика, 14 пациентам – закрытая. 30 пациентам с целью улучшения эстетического вида носа. Из них: 18 пациентам для устранения врожденной горбинки носа, 11 пациентам для изменения кончика носа, и 1 пациент с переломом костей носа со смещением в анамнезе (3 года назад). Закрытая ринопластика производилась эндоназальным доступом, что сопровождалось меньшей травматизацией. При открытой ринопластике на колумелле делался разрез, при котором оставшаяся кожа над хрящами отслаивалась и поднималась. Тем самым травматизация окружающей ткани носа была большей, чем при закрытой ринопластике.

Результаты: Более приемлемым методом является открытая ринопластика, так как дает возможность моделировать внешние и внутренние клапаны, что обеспечивает функциональное носовое дыхание. При этом осуществляется более удобный доступ для хирургов. Однако недостатком открытой ринопластики является длительный послеоперационный период, который длится от 10 до 14 дней. Преимущество закрытой ринопластики состоит в том, что в колумелле не повреждаются артерии, питающие кончик носа.

Выводы. Таким образом, восстановление происходит быстрее, чем при открытом методе (5-7 суток). Недостаток же закрытой ринопластики заключается в том, что накладывание швов на своды, куполы больших крыльных хрящей является технически более трудной задачей.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Козина А.А., В.С., Кожевников Д.В.

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бовтюк Н.Я.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) является одной из актуальных проблем в хирургии. Несвоевременная диагностика и недооценка степени тяжести заболевания – важнейшие причины неблагоприятных исходов. Критерии диагностики ОП требуют дальнейшего изучения.

Цель. Изучить роль первичного ультразвукового исследования (УЗИ) и лабораторных данных (ЛД) в диагностике различных видов ОП.

Материалы и методы исследования. В работу включены материалы ретроспективного анализа лечения 65 пациентов с диагнозом ОП в хирургическом отделении УЗ “3 ГКБ им. Е.В.Клумоваг.Минска” в 2015г.

Результаты. Первую группу составили 25(38,5%) пациентов, у которых на основании данных УЗИ доказана билиарная природа ОП. Кроме характерных жалоб, УЗ-признаки ОП отмечены у 18(72,0%), ЛД-признаки ОП – у 4(16,0%) пациентов; соответственно отсутствовали данные УЗИ у 7(28,0%) и ЛД у 21(84,0%) пациентов. Компьютерная томография (КТ) при поступлении использована в 1(4,0%) случае.

Вторую группу составили 21(32,3%) человек - пациенты с характерным алкогольным анамнезом и погрешностями в питании, у которых по данным УЗИ отсутствовала билиарная этиология ОП. Кроме характерных жалоб, УЗ-признаки ОП отмечены у 8(38,0%), ЛД -

14(66,7%) пациентов, соответственно отсутствовали УЗ-признаки ОП у 13(62%) и ЛД у 7(33,3%) пациентов. КТ при поступлении использована в 1(6,7%) случае.

Третья группа - 19 пациентов (29,2%) без подтвержденной по данным УЗИ билиарной этиологии и без алкогольного и др. алиментарного анамнеза. Кроме характерных жалоб, УЗ-признаки ОП отмечены у 11(57,9%), ЛД – 6 (31,5%), соответственно отсутствовали УЗ-признаки у 6(31,5%) и ЛД у 13(68%) пациентов. КТ при поступлении не применялась.

Выводы: 1. УЗИ и ЛД при разных по этиологии ОП следует оценивать в динамике, и по показаниям чаще использовать возможности компьютерной томографии. 2. Первичное УЗИ для диагностики ОП наиболее информативно в первой и третьей группах, ЛД наиболее информативна во второй группе.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

Комарова Ю. Ю.

Научный руководитель к.м.н., ассистент Савицкая В. М.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. Одной из главных проблем невынашивания беременности является урогенитальная инфекция. Частота ее распространения остается стабильно высокой на всех континентах мира. Урогенитальная инфекция негативно воздействует на половую систему, приводит к развитию бесплодия и других репродуктивных нарушений.

Цель: изучить состояние иммунитета, особенности течения беременности и родов у женщин с урогенитальной инфекцией.

Задачи: изучить особенности течения беременности и исход родов у женщин с урогенитальной инфекцией. Изучить состояние иммунитета в патогенезе невынашивания беременности инфекционного генеза. Изучить возможные маркеры прогнозирования осложнений беременности у женщин с генитальной инфекцией.

Материал и методы. Для решения задач была использована учебная и научная литература. За период 2015-2016г. проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 45 беременных с генитальной инфекцией на базе УЗ "1-я городская клиническая больница» г. Минска. Проведен анализ исходной клинической характеристики, особенностей течения беременности и родов.

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных было выявлено, что заболевания урогенитальной системы у беременных женщин отягощают гестационный процесс: частота самопроизвольных выкидышей или неразвивающихся беременностей и преждевременных родов составляет 67%, что свидетельствует о несомненной роли инфекции как отягощающего фактора при данных видах патологии. На основании литературных данных изучены прогностические маркеры осложнения беременности при урогенитальной инфекции.

Выводы: женщин с инфекциями урогенитальной системы целесообразно выделять в группу риска по развитию осложнений беременности. Активация иммунного ответа при инфекциях беременных является причиной невынашивания беременности и других осложнений. Выявлены прогностические маркеры осложнения беременности при урогенитальной инфекции по данным ретроспективного анализа.

АЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

Коростелев Д.С., Евдокимова Л.С., Коробицына Ж.Е., Еременко Л.В., Гирич О.П.

Кафедра общей хирургии, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель: Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка качества жизни пациентов в отдаленный период, перенесших изолированную пластику митрального клапана и пластику митрального клапана в сочетании с АКШ.

Материалы и методы: В основу работу легло наблюдение за 19 пациентами в сроки от полугода до четырех лет после проведения вмешательства. Среди них было 11 мужчин, что составило 57,9%, и 8 женщин (42,1%). Основная группа - 10 пациентов (52,63%) с ишемической этиологией порока митрального клапана, которым была выполнена аннулопластика в сочетании с АКШ. Контрольная группа – 9 пациентов (47,64%) с различной этиологией поражения митрального клапана. Пациентам контрольной группы выполнялась реконструкция в сочетании с аннулопластикой митрального клапана. Учитывались пол, возраст, жалобы, медикаментозная терапия, физическая активность, отдаленные послеоперационные осложнения (нарушения ритма, ОИМ, ОНМК, сердечная недостаточность) и работоспособность пациентов.

Результаты: Выяснилось, что у пациентов основной группы чаще возникают боли за грудиной (40% vs 0%, $p < 0,05$), ощущение сердцебиения (40% vs 11,1%, $p < 0,05$). Жалобы на одышку наблюдались с одинаковой частотой (40% vs 44,4%, $p < 0,05$). Заболевание чаще ограничивает повседневную физическую нагрузку, такую как ходьба менее 200 м у большего числа пациентов, чем в контрольной группе (30% vs 0%, $p < 0,05$). Сердечная недостаточность недостаточность чаще наблюдалась у пациентов контрольной группы (30% vs 44,4%, $p < 0,05$).

Выводы: По результатам проделанной работы можно сделать вывод о лучшем качестве жизни пациентов, перенесших реконструкцию с аннулопластикой митрального клапана, обусловленном меньшей частотой жалоб в отдаленном периоде и меньшим объемом медикаментозной терапии.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНЕСТЕЗИИ.

Кулинич М.О., студ.5 курса

*Научный руководитель – ассистент Редько С.И.,
СумГУ, кафедра ортопедии и травматологии.*

Актуальность. В последние два десятилетия в оперативном лечении урологических больных широкое применение получили лапароскопические операции.

Цель работы: Оценка изменений гемодинамики при эндохирургических урологических операциях в зависимости от вида проводимой анестезии.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование историй болезни и наркозных карт 50 больных в возрасте от 35 до 70 лет, оперированных в урологическом отделении 1 городской больницы. Больные были разделены на 2 группы, в зависимости от вида проведенного анестезиологического пособия. В 1-й группе 25 больных проводилась ТВА с ИВЛ. Во 2-й группе 25 больных, которым проведено субарахноидальная анестезия (СА) с сохранением спонтанного дыхания на основе 2% раствор лидокаина в дозе 60 мг, с добавлением 0,5 мл 40% раствор глюкозы и 25 мкг фентанила.

В обеих группах степень операционно-анестезиологического риска соответствовало I-II ASA. С целью премедикации накануне операции вечером, назначили диазепам в дозе 0,05 мг/кг. Утром перед операцией внутримышечно сделали атропин сульфат 0,01 мг/кг и диазепам в дозе 0,05 мг/кг. Во время операции пациентам обеих групп с помощью монитора регистрировали следующие параметры: ЭКГ, АД (систолическое, диастолическое и среднее), частота пульса, сатурация (SpO₂), частота дыхания (ЧД) в мин.

Результаты: В 1 группе больных, оперированных под общей анестезией, во время наложения карбоксиретроперитонеума определялся повышение АД и учащения ЧСС с наибольшим изменением концентрации стрессовых показателей, по сравнению с данными полученных в 2 группе больных. Во время субарахноидальной анестезии, заметно среагировала лишь система дыхания, увеличением частоты дыхания, сатурация оставалась достаточно стабильной. Дыхание учащалось на период от 10 до 20 мин., затем после снятия карбоксиретроперитонеума, постепенно приходило к норме.

Вывод: Субарахноидальная анестезия с сохранением спонтанного дыхания, на основе 2% раствор лидокаина в дозе 60 мг, с добавлением 0,5 мл 40% раствор глюкозы и 25

мкг фентанила, обеспечивает наиболее адекватную защиту от операционного стресса и стабильную гемодинамику, с сохранением оксигенации на достаточном уровне.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ОПЕРАЦИИ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДА МАГНИТОФОТОТЕРАПИИ

Лисковская Ю.О., Согомонян Н.Ф., Ковалевич Е.А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Цель работы: изучить особенности клинического течения раннего послеоперационного периода операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) при использовании в комплексе лечения нового сочетанного физиотерапевтического метода – магнитофототерапии (МФТ).

Материалы. В комплекс реабилитации после ТЭТС у пациентов 3-х сопоставимых по половозрастной и клинической характеристикам групп включили: 8 ежедневных 10-минутных процедур МФТ с воздействием импульсным магнитным полем индукцией 25 ± 5 мТл и цветом оптического излучения синим-красным (31 пациент), традиционные методы физиотерапевтического лечения (ФТЛ) (30 пациентов), только медикаментозные воздействия (30 пациентов).

У всех пациентов оценили клиническое течение послеоперационного периода: наличие, степень выраженности и длительность болевого синдрома и отёчных явлений, динамику заживления послеоперационной раны, психоэмоциональное состояние пациентов с помощью самопросника «Индекс Общего Психологического Благополучия» (ИОПБ). Статистический анализ результатов провели с использованием ППП STATISTICA 10.0.

Основные результаты. По сравнению с показателями контрольной группы, у пациентов, получавших ФТЛ, в особенности МФТ, определили быстрое купирование болевого синдрома (у 17% пациентов группы традиционной физиотерапии и 36% пациентов группы МФТ на 2-3 сутки), значительное уменьшение отёка и гиперемии в области оперированного тазобедренного сустава (к 5-6-м и 3-4-м суткам, соответственно), ускорение сроков заживления послеоперационных ран на 2-3 дня, а также более высокое значение ИОПБ (100-105 баллов у 57% и 81%, соответственно) ($p \leq 0,05$).

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; декортикация 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.

ТРЕВОЖНОСТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ляховец В.А., Белая В.В.

Гомельский государственный медицинский университет

г. Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель ассистент Калачёв В. Н.

Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность. Качество здоровья беременных женщин неуклонно снижается. Это указывает на необходимость поиска резерва здоровья по различным направлениям. Одним из многообещающих направлений является исследование психоэмоционального (ПЭ) статуса беременной и ее адаптационных возможностей в развитии акушерских осложнений. Хотя сами акушеры отводят ПЭ нарушениям незначительную роль.

Цель: изучить тревожность у беременных, ее значение и возможность влияния на течение беременности и исход родов.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе ГКБ № 2. Материалом исследования послужили 34 истории родов женщин в возрасте 18-38 лет. Для определения уровня тревожности всем женщинам проводилось тестирование по методикам: Спилберга-Ханина (шкала ситуативной (ЛТ) и личностной (ЛТ) тревожности, 1983г.), методика Дж. Тейлора «Шкала тревожности», 1975г., госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A., Snaith R., 1983г.).

Результаты и обсуждения: средний возраст беременных составляет $28,6 \pm 9,4$, из них первородящих – 14 (41%), повторнородящих – 20 (59%). Из полученных данных по шкале Спилберга-Ханина можно отметить, что ЛТ (17%) значительно превышала СТ (3%), особенно в группе с высокой тревожностью. По госпитальной шкале тревоги и депрессии высокий уровень тревожности составил 10 (30%). По «шкале тревожности» Дж. Тейлора высокий и средний уровень тревожности составили 12 (35%) и 13 (38%) соответственно. При анализе историй родов в соответствии с уровнями тревожности были получены результаты: количество осложнений беременности (ХФПН, многоводие, угроза преждевременных родов и прерывания беременности) доминирует в группе низкого уровня тревожности - 22 (64%) (по Спилбергу-Ханину), в остальных группах - без видимой закономерности. Все новорожденные по шкале Апгар 8/8-8/9.

Выводы: 1. Более осложнённое течение беременности и родов при высокой тревожности не подтвердилось. 2. Беременность чаще осложнялась в группе низкого уровня тревоги. 3. Комфортная беременность и успешные роды – залог повторных беременностей, поэтому тревожность надо корректировать.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА: МОРФОЛОГИЯ ПОСЛЕДА, ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

Машарова В. С., Шимченко Ю. В.

Научный руководитель канд. мед.наук, ассист. Никитина Е. В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Вопросы антенатальной гибели являются актуальными на протяжении уже многих лет, так как частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь остается стабильно высокой.

Цель и задачи: Изучить течение беременности и родов у женщин с антенатальной гибелью, установить причины и факторы развития данной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 44 историй родов пациенток с антенатальной гибелью и 40 историй родов пациенток, с физиологическим течением беременности. Исследования проведены на базе гинекологического отделения 6 ГКБ г. Минска за 2012-2015 годы.

Результаты и их обсуждение. Среди 44 пациенток с антенатальной гибелью большинство имело первую беременность (52%) и плод мужского пола (66%). Средний возраст беременных составил 29 ± 5 лет. Антенатальная гибель плода произошла на сроках гестации 25-28 недель – в 9% случаев, 28-35 недель - 25%, 35-37 недель – 21%, 37-40 недель – 46%. В 59% наблюдений течение беременности имело осложнения: кольпит (20%), анемия (16%), герпес (14%), ОРВИ с температурой (39%), пиелонефрит (5%). 16% курили во время беременности. В 70% имела место хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая подтвердилась и данными патологоанатомического исследования плаценты (гипоплазия, диссеминированное созревание ворсин, отложения фибриноида, ангиопатия створковых ворсин). В 3 (7%) наблюдениях ХФПН переросла в острую форму (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты). При рождении у 45% беременных у плодов наблюдались отклонения в массе тела (1700 ± 500 гр), 16% плодов имели врожденные пороки развития. При 1 и 2 УЗИ имелись изменения в 10% случаев, при 3 УЗИ – в 8%.

Выводы: Проведенный нами анализ показал, что основной причиной антенатальной гибели является хроническая фетоплацентарная недостаточность, развившаяся в результате необратимых дегенеративно-дистрофических изменений плаценты (диссеминированное созревание ворсин – 45% случаев).

ВОПРОСЫ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК

В.Ю. Мелешко, Е.О. Голубева

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Ф. Можейко

Белорусский государственный медицинский университет г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из важнейших целей здравоохранения является работа в сфере улучшения репродуктивного здоровья.

Цель. Выявить распространенность факторов риска репродуктивного здоровья среди студенток БГМУ и проследить их отношение к материнству.

Материалы и методы. Использован метод социологического исследования: проведено анкетирование среди 141 студентки БГМУ. Было акцентировано внимание на такие факторы риска как курение, употребление спиртного и наркотических средств, также поднимались вопросы наличия половой жизни, заболеваний мочеполовой системы отношению студенток к заблаговременному планированию беременности и сохранению собственного здоровья для будущего материнства.

Результаты. Среди опрошенных курят 31,9%, интересно отметить, что доля курящих увеличивается с первого по четвертый курс, далее начинает снижаться. Употребляют алкоголь чаще 2 раз в неделю 5,0% опрошенных, в зоне меньшего риска (употребление алкоголя раз в 2 недели и чаще) находятся 36,2%. Половой жизнью живут 121 девушка, или 85,8% опрошенных, методы контрацепции не используют из них 6,6% девушек,

большинство отдают предпочтение барьерным методам – 55,7%. Заболевания со стороны мочеполовой системы имеют 34,8% опрошенных. 63,1% респондентов оценивают состояние своего здоровья и образа жизни как неблагоприятный для будущего материнства, в то же время абсолютное большинство студенток (89,4%) считают необходимым заблаговременное планирование и подготовку к беременности.

Выводы. 1. Факторы риска репродуктивного здоровья имеют 63,1% опрошенных девушек (89 человек), причем три и более фактора риска имеют 23,6% (34 студентки). 2. 63,1% оценивают состояние своего здоровья как неудовлетворительное, в то же время 89,4% считают необходимым заблаговременное планирование и подготовку к беременности.

ОДНОВРЕМЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКОГО И ПОВЕРХНОСТНОГО СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

А.С. Петуховский, А. Г. Цыркунович, А.П. Антонович, М.М. Миронович

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель: к.м.н., доцент, П.И. Беспальчук

Цель: изучение отдалённых результатов применения сухожильного шва глубокого сгибателя с иссечением поверхностного у пациентов с повреждениями обоих сгибателей пальцев кисти во второй зоне.

Задачи:

1. Определить отдалённые результаты лечения пациентов с разрывами сухожилий сгибателей пальцев кисти во второй зоне.
2. Оценить субъективные ощущения и амплитуды движений пациентов после иссечения сухожилия поверхностного сгибателя.

Материал и методы: Изучено 78 случаев обращения с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти во второй зоне в Республиканский центр хирургии кисти на базе «УЗ 6 ГКБ» г. Минска с января по май 2015 года. Среди них: мужчин 40, женщин – 38. Правую руку повредило 56, левую – 22. У всех иссечён поверхностный сгибатель и восстановлен глубокий. Применены внутривольные модификации сухожильного шва. Результаты оценены через 6 месяцев. Определены амплитуды движений поврежденных пальцев и соответствующих им на здоровой кисти в процентном соотношении.

Результаты: Отличные результаты лечения (амплитуда более 99% здорового пальца) у 20(25,7%) человек. Хорошие (75%–99%) – у 32 человек (41%), удовлетворительные (50–75%) – у 15(19,2%), плохой (менее 50%) – у 11(14,1%) пациентов. Субъективно пациенты из первых трёх групп не отмечали дискомфорт при сгибании от дисфункции поверхностного сгибателя. Пациенты с плохим результатом оценили только общую функцию пальца.

Выводы:

1. Иссечение сухожилия поверхностного сгибателя и восстановление глубокого показано всем пациентам при одновременном свежем повреждении во второй зоне.
2. Отсутствие поверхностного сгибателя у пациентов с положительными результатами лечения клинически не проявляется.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ АССОЦИИРОВАННЫМ С КУРЕНИЕМ

Прокопович И.А.

Научный руководитель канд. мед.наук, доц. Долина И.В.

БГМУ, кафедра ЛОР-болезни

Актуальность. Влияние табачного дыма на развитие вазомоторного ринита (ВР) малоизучено. В литературе есть данные о негативном воздействии продуктов нефтепереработки на слизистую оболочку верхних дыхательных путей. В табачном дыме содержатся углеводородные соединения, которые обладают нейропаралитическим и

раздражающим действием на слизистую оболочку полости носа что может приводить к возникновению вазомоторного ринита.

Цель исследования: Сравнить показатели функции носового дыхания у пациентов, страдающих ВР с разным стажем курения и у здоровых.

Материалы и методы: Показатели функции носового дыхания определяли по данным сахаринового теста и ринопикфлоуметра (РП). Обследовано 59 мужчин. Основную группу (ОГ) составили 29 пациентов (средний возраст $23,04 \pm 1,29$ лет). В зависимости от стажа курения группа была разделена на 2 подгруппы ОГ1 и ОГ2. В ОГ1 вошли 10 (34,5%) человек курящих более 7 лет, в ОГ2 - 19 (65,5%) пациентов с меньшим стажем курения. Контрольная группа (КГ) состояла из 30 здоровых некурящих (возраст $22,55 \pm 1,09$ лет).

Результаты: Результаты исследования выявили что, показатели РП в группе пациентов (ОГ1) имеющих стаж курения более 7 лет были наихудшими - $89,23 \pm 12,39$ л/мин, у пациентов со стажем курения менее 7 лет (ОГ2) - $96,25 \pm 14,08$ л/мин, в то время как у здоровых добровольцев скорость выдоха через нос была наилучшей - $122,59 \pm 8,44$ л/мин. Скорость работы мерцательного эпителия так же была разной по данным сахаринового теста, в ОГ1 была наибольшей - $25,51 \pm 10,43$ мин, в ОГ2 - $21,18 \pm 10,5$ мин, а у здоровых пациентов $3,77 \pm 1,23$ мин.

Мы установили, что у пациентов с ВР со стажем курения более 7 лет (ОГ1) скорость выдоха была самая низкая среди всех обследованных $89,23 \pm 12,39$ л/мин, и самые низкие показатели сахаринового теста $21,18 \pm 10,5$ мин.

Выводы:

1. Показатели функции носового дыхания зависят от стажа курения.
2. Пациенты с ВР имеющие длительный стаж курения (7 и более лет) имеют более низкие функциональные показатели носового дыхания по данным ринопикфлоуметрии.
3. Скорость работы мерцательного эпителия была наихудшей у пациентов с ВР имеющих длительный стаж курения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ КЛАПАНА АХМЕДА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Рачинская А. А., Ясюкевич Я. А.

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чекина А. Ю.

Кафедра глазных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность: Согласно данным ВОЗ одной из основных причин нарушения зрения является глаукома (2%), что обуславливает поиск дополнительных хирургических методов ее лечения.

Цель: Изучить влияние имплантации клапана Ахмеда на уровень внутриглазного давления (ВГД) и остроту у пациентов с различными формами глаукомы.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 72 пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза №1 УЗ «З ГKB» им. Е. В. Клумова г. Минска в 2014-2015 гг.

Результаты: Среднее ВГД у пациентов со 2-й стадией глаукомы снизилось с $33,1 \pm 7,84$ мм рт.ст. до $13,7 \pm 5,9$ при выписке; с 3-й стадией - с $37,29 \pm 3,75$ мм рт.ст. до $10 \pm 0,23$; с 4-й стадией - с $54,13 \pm 8,22$ мм рт.ст. до $13,93 \pm 2,61$. При рефрактерной глаукоме ВГД снизилось с $43 \pm 19,3$ мм рт.ст. до $11,625 \pm 2,86$ при выписке, при неоваскулярной - с $49,5 \pm 21,48$ мм рт.ст. до $14,7 \pm 6,32$.

В раннем послеоперационном периоде отмечается улучшение зрения при 3 стадии глаукомы, при рефрактерной и неоваскулярной формах глаукомы и незначительное снижение остроты зрения во 2-й и 4-й стадиях глаукомы.

У 24 пациентов (35,2%), которым проводилась имплантация клапана Ахмеда, имелась псевдофакия, у остальных пациентов - факические глаза.

Заметное снижение внутриглазного давления наблюдалось в обоих случаях: на факическом глазу ВГД снизилось с $42,3 \pm 8$ мм рт.ст. до $11,9 \pm 1,8$; на псевдофакическом с $38,67 \pm 9,28$ мм рт.ст. до $11,75 \pm 3,5$ мм рт.ст.

Выводы: Нормализация ВГД, при хирургическом лечении глаукомы с имплантацией клапана Ахмеда, в раннем послеоперационном периоде, наблюдалась при всех стадиях глаукомы.

Существенной разницы в гипотензивном эффекте между факическими и псевдофакическими глазами после имплантации клапана Ахмеда, в раннем послеоперационном периода, не наблюдалось.

РОТАЦИОННО-АСПИРАЦИОННАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЮРГЕРА

Рышкевич А.Г.

Научный руководитель – Василевский В.П.

1-я кафедра хирургических болезней, Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Вопрос о подходах к лечению болезни Бюргера продолжает широко обсуждаться и исследоваться.

Цель. Оценка эффективности ротационно-аспирационной тромбэктомии (РАТ) при болезни Бюргера.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения мужчины (26 лет) с болезнью Бюргера. В течение 3 лет пациент многократно госпитализировался с критической ишемией обеих ног, хронической артериальной недостаточностью 2Б – 4 стадии по Фонтейну. В анамнезе 6 операций по ангиопластике и стентированию.

Результаты исследования. Впервые РАТ была произведена по поводу окклюзии зоны стентирования артерий левой ноги, после успешного устранения которой остался критический in-stent рестеноз. Для его устранения была выполнена поэтапная баллонная ангиопластика.

Через 3 месяца пациент был оперирован по поводу двухсторонней тотальной окклюзией поверхностной бедренной артерии (ПБА). В связи с безрезультатностью ангиопластики проведено 2 пассажа катетером для РАТ, в результате чего кровоток был восстановлен. Далее для устранения зоны критического стеноза выполнялась ангиопластика и имплантация периферического стента с оптимальным результатом.

Очередная операция выполнена через 3 месяца в связи с тотальной окклюзией ПБА выше зоны стентирования. Проведением 2 пассажей катетером для РАТ удалось добиться контрастирования ПБА до уровня стентирования. Далее выполнялась ангиопластика и снова 1 пассаж РАТ с целью эвакуации тромботического детрита с получением хорошего магистрального кровотока в результате.

Выводы. Положительные ангиографические и клинические результаты применения РАТ позволяют рассматривать методику как перспективный и высокоэффективный способ реваскуляризации при болезни Бюргера, позволяющий добиться оптимальных результатов в условиях ограниченных возможностей баллонной ангиопластики.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ХОРИОАМНИОНИТА ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Софонова А.С.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Барановская Е.И.

БГМУ, кафедра акушерства и гинекологии

Цель. Выявить факторы риска развития гистологического хориоамнионита при недоношенной беременности.

Задачи. 1. Анализ историй родов и обменных карт женщин при преждевременных родах. 2. Анализ заключений гистологического исследования последов.

Методы и их применение. 55 историй родов и обменных карт женщин, преждевременно родоразрешенных на сроках 25-35 недель за период 2014-2015 гг. на базе УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска. Выделено 2 группы: группа 1 (основная, n=26) – диагностированный гистологический хориоамнионит; группа 2 (сравнения, n=29) – без морфологических признаков воспаления плаценты. Обработка данных проводилась с использованием пакета программ Excel и Statistica 10.0.

Основные результаты. Обострение урогенитальных инфекций в течение беременности у 62% в 1 группе и 55% в 2 группе. Рост колоний микроорганизмов в образцах из шейки матки перед родами в 1 и 2 группах 70% и 50%; воспалительный тип цервикального мазка в 1 группе 40%, в 2 группе 20%. Сроки родоразрешения в 1 и 2 группах 224 (220-233) и 233 (222-242) дня, $p=0,05$. Доля кесаревых сечений в 1 группе 77%, в 2 группе – 48%, $p=0,029$. Локализация воспаления в плаценте – хорион (50%), отпадающая оболочка (73%); выражены компенсаторные реакции (23%). Преждевременное излитие вод в 1 группе 65%, в 2 группе 90%, $p=0,04$. Длительность безводного периода в 1 группе 48 (30-56) ч, в 2 группе 14,2 (7,6-39) ч, $p=0,004$. Пролонгирование беременности в группах 1 и 2 проводилось у 70% и 55%. Антибиотикотерапию до родов в двух группах получали 77% женщин. Показатели ОАК перед родами: лейкоцитоз $>15 \cdot 10^9/\text{л}$ в 1 группе 39%, в 2 группе 14%, $p=0,036$; $\text{CRP} > 5 \text{ мг/л}$ в 1 группе 35%, в 2 группе 14%, $p=0,069$. После родов: лейкоцитоз $>15 \cdot 10^9/\text{л}$ в 1 группе у 31%, в 2 группе – 10%, $p=0,059$; $\text{CRP} > 5 \text{ мг/л}$ в 1 группе 65%, в 2 группе 38%, $p=0,04$. Расширение полости матки $>15 \text{ мм}$ по данным УЗИ в послеродовом периоде в 1 группе 27%, в 2 группе 31%. Таким образом, к факторам риска развития гистологического хориоамнионита относятся: срок гестации 224 (220-233) дня, $p=0,05$; длительный безводный период 48 (30-56) ч, $p=0,004$; уровень лейкоцитов $>15 \cdot 10^9/\text{л}$, $p=0,036$; $\text{CRP} > 5 \text{ мг/л}$, $p=0,069$.

ОПЫТ ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ РАЗЛИЧНЫМИ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Токарь В.С., Викал В.А., студ. 5 курсу

Научный руководитель - ассистент Редько С.И.,

СумГУ, кафедра ортопедии и травматологии

Целью работы явилась сравнительная оценка применения различных местных анестетиков для эпидуральной анестезии при анестезиологическом обеспечении ортопедических операций на нижних конечностях.

Материалы и методы. Проведен анализ 90 анестезиологических пособий у больных, оперированных по поводу переломов бедра и голени в 1 и 2 ортопедических отделениях 1-й Сумской городской больницы. В первой группе больных (33 пациента) регионарное обезболивание достигалось эпидуральным введением $179,8 \pm 2,4 \text{ мг}$ 2% раствора лидокаина и 100 мг фентанила. Во второй группе (27 больных) для эпидурального введения использован 0,5% раствор маркаина в дозе $34,1 \pm 1,2 \text{ мг}$. Больным третьей группы (30 больных) в эпидуральное пространство вводился 0,5% нарופן в количестве $38,4 \pm 0,8 \text{ мг}$. Во время анестезии регистрировались показатели центральной гемодинамики, газовый состав вдыхаемой и выдыхаемой смеси, сатурация гемоглобина кислородом.

Результаты и их обсуждение. У больных первой группы адекватный сенсорный блок развивался через $17,5 \pm 0,4$ минуты после введения основной дозы лидокаина. Наряду с адекватной анестезией в этой группе больных имелся удовлетворительный моторный блок. Во второй группе адекватная анестезия развивалась через 25-30 минут ($27 \pm 0,9$) после эпидурального введения маркаина. Дополнительная интраоперационная анальгезия фентанилом использована у 18 из 27 больных (67%), в количестве $0,15 \pm 0,01 \text{ мг}$. У больных третьей группы период ожидания составлял от 40 до 60 и более минут ($43,3 \pm 2,1$) с момента эпидурального введения наропина. Следует отметить, что уровень развития симпатического и сенсорного блока при эпидуральном введении наропина, был трудно прогнозируемым и мало зависел от уровня пункции и объема вводимого раствора.

Таким образом, проведенный анализ показал, что 2% раствор лидокаина обеспечивает адекватную сенсорную и моторную блокаду, что позволяет выполнять ортопедические операции на нижних конечностях без использования наркотических анальгетиков и седативных средств. Раствор маркаина в 0,5% концентрации обеспечивает адекватное обезболивание и релаксацию менее, чем у половины пациентов. Наропин не обеспечивает достаточной анестезии и мышечной релаксации, что очевидно обусловлено отсутствием блокады А α и С нервных волокон 0,5 % растворами этого анестетика.

Выводы. Фармакологические особенности местных анестетиков должны учитываться при выборе того или иного препарата для эпидуральной блокады при лапароскопических операциях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА

Троценко С.Н.

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Иоффе И.В.

ГУ "Луганский государственный медицинский университет" МЗ Украины

Кафедра хирургии

Актуальность. Эндоскопическая полипэктомия выполнялась как с лечебной, так и с диагностической целью. Эндоскопическая полипэктомия была произведена у 1450 больных. У 113 (7,79%) больных производилась полипэктомия резидуальных полипов. Показанием к полипэктомии являлись одиночные, единичные и множественные полипы желудка, предраковые изменения, такие как кишечная метаплазия, дисплазия II-III степени или неоплазия высокой степени. При выборе метода лечения полипов, прежде всего, определяли его гистологическую структуру. Для этого использовали прицельную биопсию.

Методы. Хирургическое лечение полипов желудка определялось с учетом степени поражения желудка полипами. У 142 больных с наличием множественных мелких однотипных аденоматозных (13 больных (9,1%)) и гиперпластических (129 больных (90,9%)) полипов с дисплазией II-III степени удаление всех полипов было признано нецелесообразным. Так как увеличивается риск осложнений за счет травматизации слизистой, а эндоскопическая полипэктомия не гарантирует от возникновения полипов на новых участках. Небольшие полипы до 1 см в диаметре у 887 (61,2%) больных удалялись в амбулаторных условиях. А у 450 (31%) больных с полипами свыше одного сантиметра и у 113 (7,8%) больных с резидуальными полипами - удалялись стационарно.

Электрокоагуляцию полипа проводили короткими импульсами по 2-3 секунды. У 147 (10,1%) больных при удалении крупных полипов, для предотвращения соприкосновения полипа со стенкой желудка при диатермокоагуляции смещали захваченный полип вперед-назад в просвете желудка. Из них у 83 больных у основания оставался фрагмент полипа, а у 49 - избыток культи, что потребовало повторного набрасывания диатермической петли и ее отсечения или разрушения диатермическими щипцами. В большинстве случаев (у 972 (67%) больных) отсеченный полип извлекался «корзинкой» или диатермической петлей. А у 261 больного (18%), применялся метод аспирации полипа (присасывание полипа к торцу эндоскопа). Извлеченный полип отправляли на патоморфологическое исследование. Большие полипы, которые не помещались в диатермическую петлю, удалялись фрагментарно в несколько этапов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Туромша В.И.

1-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс фармакологической индустрии в консервативном лечении пептической гастродуоденальной язвы, проблема язвенных кровотечений не теряет актуальности. Последнее десятилетие характеризуется снижением

числа плановых операций по поводу язвенной болезни более чем в 2 раза и, в то же время, ростом числа экстренных операций по поводу развившихся осложнений.

Цель: определить роль радикальных органосохраняющих вмешательств в лечении гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением.

Задачи:

1 Проанализировать виды хирургических вмешательств при гастродуоденальных язвах.

2 Оценить влияние примененных методик на ближайшие результаты лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 175 историй болезни пациентов, оперированных по поводу геморрагических осложнений гастродуоденальной язвы, пролеченных на базе Центра гастродуоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2012-2014 годах.

Результаты и обсуждение. Мужчины составили 65,7%, женщины 34,3%. Средний возраст пациентов $48,3 \pm 24,75$ года. Основным методом диагностики являлась экстренная эзофагогастродуоденоскопия. По поводу кровоточащей язвы 12-перстной кишки оперировано 116 (66,3%) пациентов, количество органосохраняющих вмешательств в виде радикальной дуоденопластики составило 84 (72,4%), у 25 вмешательство было дополнено СПВ. Методом выбора при кровоточащей язве желудка оставалась резекция (40 из 58, 69%), однако предпочтение отдавалось более функциональному варианту Бильрот-1 (29, 50%), у 5 пациентов выполнены пилоросохраняющие резекции, 5 пациентов оперировано лапароскопически. Было выполнено 5 релапаротомий (0,3%): по поводу несостоятельности анастомоза – 2, эвентрации – 1, внутрибрюшного кровотечения – 1, некроза головки поджелудочной железы – 1. Рецидивов гастродуоденального кровотечения и летальных исходов не было.

Выводы: Применение органосохраняющих радикальных методик хирургического лечения позволило избежать летальных исходов среди пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями.

СТРУКТУРА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Е.В. Федорович, В.Ю. Мелешко, Е.О. Голубева

Научный руководитель: ассистент Поболь-Солонко О.Л.

*Белорусский государственный медицинский университет г. Минск, Республика Беларусь
4 Городская детская клиническая больница г. Минска*

Актуальность. Проблема косоглазия является одной из наиболее важных и распространенных патологий со стороны органа зрения. Частота ее встречаемости среди детей 2,5-5%. Лечение косоглазия необходимо так, как помимо косметического дефекта зачастую косоглазие сопровождается расстройствам бинокулярного зрения.

Цель. Изучить структуру оперативных вмешательств по поводу косоглазия на базе 4 ГДКБ в 2014-2016 гг.

Материалы и методы Были ретроспективно проанализированы журналы оперативных вмешательств и протоколы операций офтальмологического отделения 4 ГДКБ г. Минска.

Результаты За 2014-2016 гг. в офтальмологическом отделении 4 ДГКБ было произведено 2570 оперативных вмешательств, в том числе по поводу косоглазия 537 (20,9%). Структура операций по поводу косоглазия: содружественное горизонтальное сходящееся косоглазие 397 (73,9%), содружественное горизонтальное косоглазие с вертикальным компонентом 75 (14,0%), содружественное горизонтальное расходящееся косоглазие 53 (9,9%), вертикальное косоглазие 12 (2,2%). Среди вертикального косоглазия: рецессия нижней косой мышцы 7 (58,3%), рецессия верхней прямой мышцы 3 (25%), рецессия нижней прямой мышцы и резекция верхней прямой мышцы 2 (16,7%). Среди случаев горизонтального косоглазия с вертикальным компонентом: операции на левом глазу составили 36 (48%), на правом глазу – 39 (52%); наиболее частой операцией является

рецессия внутренней прямой мышцы 34 (45,3%), реже – рецессия нижней косой мышцы 17 (22,7%), резекция внутренней прямой мышцы 6 (8%), другие операции 14 (24%).

- Выводы.** 1. Косоглазие одинаково часто на обоих глазах (разница менее 5%).
2. Наиболее часто встречается содружественное горизонтальное сходящееся косоглазие.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗА НОСА ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ

Хабаль А.В.

Научный руководитель: проф. Журавлев А.С

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра отоларингологии

Актуальность. Многие вопросы этиологии, патогенеза, клиники, лечения полипоза носа остаются нерешенными. Заболевание плохо лечится, рецидивирует, что требует повторных операций. Необходимо продолжать изучение изменений слизистой оболочки полипозной ткани, поиск новых лекарственных средств, для предотвращения рецидивирования полипоза носа.

Цель. Выяснения причин рецидивирования может иметь сравнительное цитологическое и патогистологическое исследование отобранных при операции полипов носа у больных полипозом носа однократно и многократно оперированных.

Материалы и методы. У 30 больных, поступивших на оперативное лечение впервые и у 15 больных многократно оперированных, произведено цитологическое и патогистологическое исследование удаленных во время операции полипов носа в сравнение. Цитологическое исследование проводилось методом отпечатков с поверхности полипа и среза с окраской по Романовскому-Гимза, патогистологическое исследование путем окраски парафиновых срезов гематоксилин-эозином.

Результаты исследований. Компарированное исследование показало, что у неоднократно оперированных больных заболевание чаще наблюдается в среднем и пожилом возрасте. При частом рецидивировании и многократно проведенных операциях по удалению полипов носа у всех больных обнаружены выраженные морфологические и дистрофические изменения в покровном эпителии и строме с тенденцией к атрофии слизистой. Выше указанные нарушения развиваются на фоне существующего экссудативно-катарального воспаления с выраженным отеком в строме.

Выводы. Результаты исследований показывают, что необходимо проводить послеоперационное медикаментозное лечение, которое направлено на предупреждение частых рецидивов и включения в схему лечения гериатрических препаратов.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Хабаль А.В.

Научный руководитель – асс. Колесник В.П.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2

Актуальность: Смертность у пациентов с панкреонекрозом остается на крайне высоком уровне. По данным различных источников составляет 24% до 73%. У 80-90% пациентов она обусловлена инфицированием очагов некроза. Это стимулирует вести активный поиск профилактических методов данного осложнения. Остается без внимания корреляционная связь морфологических изменений и микроциркуляции в слизистой оболочкой тонкой кишки с частотой развития инфекционных осложнений.

Цель : изучения влияния раннего энтерального питания на частоту возникновения гнойно-септических осложнений панкреонекроза.

Материалы и методы. цитологическое и патогистологическое исследование материала из начального отдела тощей кишки окраской с последующей гематоксилин-эозином.

Результаты. Исследованы морфологические препараты 10 пациентов, получающих энтеральное питание. Питание осуществляется через назоюнональный зонд. Во время установки зонда при помощи гастродуоденоскопа производится забор гистологического материала из начального отдела тощей кишки. Контрольный забор материала производится через 3-4 недели энтерального питания. Наблюдается улучшение состояния микроциркуляторного русла, проявляющееся увеличением внутреннего диаметра артериол до 16.9 ± 0.4 мкм, раскрытием прекапилляров до $10,3 \pm 0.4$ мкм. и посткапилляров до 11.3 ± 0.4 мкм.

Вывод. Для снижения числа гнойно-септических осложнений необходимо раннее энтеральное питание для улучшения барьерной функции кишки, т.к. усиливается брижеечный кровоток - этот процесс возможен за наличия химуса в кишечнике. Проведение раннего энтерального питания дало положительные результаты.

РЕАКЦИЯ МИОМЕТРИЯ НА ЭНДОПРОТЕЗ ИЗ НИТИ «ПРОЛЕН» В ОПЫТЕ НА 24 КРОЛЬЧИХАХ

Худолей Е.П.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бежин А.И.

Курский государственный медицинский университет, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Цель исследования: изучить в эксперименте реакцию миометрия на сетчатый эндопротез из нити «Пролен».

Материалы и методы: на 24 крольчихах породы шиншилла выполнены две серии опытов. В контрольной серии (15) разрез на матке восстанавливали обвивным швом нитью викрил 6/0, в опытной – после ушивания матки нитью викрил 6/0 шов укрепляли эндпротезом из нити «Пролен». Животных выводили из эксперимента на 7, 30 и 60 сутки путем передозировки анестетиков. После аутопсии животных проводили макроскопическое исследование и взятие материала для приготовления гистологических препаратов.

Результаты исследования: при использовании сетчатого имплантата из нити «Пролен» серома шва была выявлена на 7-е и 30-е – по 1 случаю (11,1%), гематома шва – на 7-е и 30-е сутки по 1 случаю (11,1%), деформация стенки матки за счёт послеоперационного рубца – на 7-е, 30-е и 60-е сутки по 1 случаю (11,1%). На 7-е сутки наблюдается отек в тканях, значительная инфильтрация плазмочитами и макрофагами, вокруг нитей эндопротеза встречаются гигантские клетки инородных тел; на 30-е сутки отмечается хорошо сформированная соединительнотканная капсула, с преобладанием волокнистого компонента, среди клеток преобладают лимфоциты, в гладких миоцитах вокруг сетки отмечается гидропическая дистрофия; на 60-е сутки наблюдается хорошо сформированная соединительнотканная капсула высокой степени зрелости, в волокнистых слоях капсулы преобладают фиброциты, в клеточном слое капсулы продолжает сохраняться лимфоклеточная инфильтрация, большую часть среди клеток инфильтрата составляют лимфоциты и гигантские клетки инородных тел.

Выводы: сетчатый имплантат из нити «Пролен» вызывает незначительную дезорганизацию мышечной ткани, незначительно меняется архитектоника миометрия.

ТРОМБОЗЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И КРИТИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Церах А. В.

Научный руководитель канд. мед.наук, проф. Кузьмин Ю.В.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра военно-полевой хирургии

Актуальность. Результаты национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, говорят о 400 больных КИНК на 1 млн. населения в год.

Цель: Показать необходимость восстановления проходимости артериального русла в сочетании с коррекцией реологических свойств крови для достижения удовлетворительных результатов лечения у пациентов с КИНК.

Задачи: Изучить причины развития, а также лабораторные показатели и исходы лечения данной патологии.

Материалы и методы: Статистическая обработка историй болезней больных с КИНК за 2013-2014 год в УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко» г. Минск.

Результаты: Проведен ретроспективный анализ лечения 171 пациента, имевших тромбоз различных сегментов артерий нижних конечностей. Первичный тромбоз и тромбоэмболии отмечены у 149 пациентов (87,1%), тромбоз шунта или протеза имели место у 22 пациентов (12,9%).

Тромбэктомии из артерий выполнены 117 пациентам (68,8%), из тромбированной бранши протеза у 6 (3,5%), остальным больным (54 – 31,5%) выполнены реконструктивные операции из-за окклюдированного тромбоза артерии.

Средний показатель АЧТВ перед операцией равен 27,05 секунд, МНО 0,89, фибриногена – 4,9. В послеоперационном периоде при применении антикоагулянтов АЧТВ равен 45,05 секунд, МНО 1,55, содержание фибриногена было в прежних пределах.

Исходы лечения: костно-пластическая ампутация – 28 пациентов (16,4%). Выписаны в удовлетворительном состоянии – 127 пациента (74,2%). Летальный исход – 16 пациентов (9,4%).

Выводы: Наличие высоких показателей коагулограммы и недостаточная их коррекция приводит к ретромбозам и высоким ампутациям (16,4%).

Своевременное восстановление проходимости магистральных артерий и адекватная коррекция реологических показателей крови позволяет сохранить конечность и жизнь пациента в 74,2% случаев.

КОРАЛЛОВИДНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ

Цыркунович А. Г., Савич В. В.

Научный руководитель Юшко Е. И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Кафедра урологии

Актуальность. Коралловидный нефролитиаз (КН) – самостоятельная нозологическая единица МКБ, которая имеет свои особенности патогенеза и клинического проявления.

Распространенность КН колеблется от 5 до 35% среди всех форм МКБ. Заболеваемость у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин и составляет 68% случаев в возрастной группе людей от 30 до 50 лет.

Цель. Оценка, анализ и систематизация данных о непосредственных результатах хирургического лечения КН.

Материалы и методы. Проведена оценка структуры хирургического лечения у пациентов с КН, проходивших стационарное лечение в урологических отделениях УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко» г. Минска в течение 2015г. путем ретроспективного анализа медицинской документации.

Результаты исследования. В 2015г. в клинике проходило лечение 64 пациента по поводу КН. Из 64 было прооперировано 29. Данная группа пациентов была отобрана для исследования. Состав данной группы: 9 (31%) мужчин и 20 (69%) женщин. Средний возраст пациентов прошедших оперативное лечение составил 52,1 лет. Все лица длительное время страдали МКБ и имели хронический вторичный пиелонефрит. Коралловидный камень у 15 (51,7%) лиц локализовался в правой почке, у 2 (6,9%) – в обеих почках, а у 12 (41,4%) пациентов в левой почке. Минимальный размер конкремента по данным ультразвуковой диагностики (УЗИ) был 1,1см, а максимальный – 9 см, средний составил 4,27 см. Средний размер почки при наличии в ней коралловидного камня по результатам УЗИ – 11,3x5,5 см, а контрлатеральной здоровой почки – 10,8x5,2 см. Открытые оперативные вмешательства были проведены в 16 (55,2%) случаях, а малоинвазивные в 13 (44,8%).

Выводы. Открытые оперативные вмешательства занимают главенствующую роль в лечении КН. На их долю приходится 55,2% от всех вмешательств, 44,8% занимают малоинвазивные методы.

PROGESTERONE MYOMETRIAL EFFECT AND MECHANISM FOR THE PREVENTION OF PRETERM BIRTH

Dr Barbar .T. V., Nwokiea Obinna,

Sumy state university, medical institute, department of obstetrics and gynecology

Current evidence suggests that prolonged treatment with progesterone and 17 α -hydroxyprogesterone caproate (17OHP) may reduce the incidence of premature delivery in high risk patients with a history of spontaneous preterm birth or with a short cervix but failed to understand the mechanism on myometrium.

We studied the progesterone mechanism for the prevention of preterm birth in high risk patient with short cervix and recurrent preterm birth by our hypothesis that progesterone has a direct inhibitory effect on spontaneous myometrium contractility.

We divide the group of pregnant women with recruited highly risk comprises of 75 single pregnant women of high risk, 20 of them is their first pregnancy but had short cervix, 40 of them had history of spontaneous abortion due to short cervix and 15 of them had history of spontaneous abortion from other etiologies. 1st group 40 of the women were given vaginal progesterone, 100mg daily from 24 to 37 weeks of gestation and 2nd group, the placebo group comprises of 35 of the pregnant women who received placebo.

We used vaginal ultrasound to check for the size of the cervix and also did progesterone clinical analysis based on the symptom of low abdominal pain and ultrasound indication of short cervix.

The result showed that 80% of 40 people in progesterone group had full term labor above 37 weeks and 20 % couldn't reach full term and had cesarean section ranging from 34th to 37th week and we collected myometrium biopsy on the process. But 90% had spontaneous abortion for the 2nd group mostly on those with history of short cervix and history of spontaneous abortion. 10 % reached full term mostly from group of history of spontaneous preterm abortion of other etiologies and myometrial biopsy was collected on those that had caesarian. Myometrium biopsies which were obtained from the upper border of the lower uterine segment incision during caesarean section the Samples were divided and used for contractility measurements. And we discovered that progesterone, exerted consistent, rapid and sustained inhibition of the amplitude of spontaneous myometrial contractions in vitro at high concentrations.

INVESTIGATIVE UTILITY OF MICROSATLITE GENOTYPING FOR MOLAR PREGNANCY TESTING

Ezugwu Chisom Anthoinette

Scientific supervisor: Assistant Department of Obstetrics and Gynecology, Babar T.B

Sumy State University, Department of Obstetrics and Gynecology

Hydatidiform mole also known as hydatid mole, molar pregnancy, gestational trophoblastic disease is a type of fertilization abnormality, when only the conceptus trophoblast layers proliferates and not the embryoblast, no embryo develops, this is called a "Hydatidiform mole". Due to the continuing presence of the trophoblastic layer, this abnormal conceptus can also implant in the uterus or ectopically. The trophoblast cells will secrete human chorionic gonadotropin (hCG), as in a normal pregnancy, and may appear maternally and by pregnancy test to be "normal". Prenatal diagnosis by ultrasound analysis demonstrates the absence of an embryo.

There are several forms of hydatidiform mole: partial mole, complete mole, gestational trophoblastic tumor. Many of these tumours arise from a haploid sperm fertilizing an egg without a female pronucleus (the alternative form, an embryo without sperm contribution, is called parthenogenesis). The tumour has a "grape-like" placental appearance without enclosed embryo formation. Following a first molar pregnancy, there is approximately a 1% risk of a second molar pregnancy. The incidence of hydatidiform mole varies between ethnic groups, and typically occurs

in 1 in every 1500 pregnancies. All hydatidiform mole cases are sporadic, except for extremely rare familial cases. Three major ancillary diagnostic tests: p57 immunohistochemistry (complete mole), Flow cytometry (partial mole) Microsatellite genotyping (complete and partial mole), but I will be concentrating on microsatellite genotyping as a diagnosis of molar pregnancy.

To determine the technical performance of microsatellite genotyping by using a commercially available multiplex assay, and to describe the application of additional methods to confirm other genetic abnormalities detected by the genotyping assay. Microsatellite genotyping data on 102 cases referred for molar pregnancy testing are presented. A separate panel of mini STR markers, flow cytometry, fluorescence in situ hybridization, and p57 immunohistochemistry were used to characterize cases with other incidental genetic abnormalities.

Forty cases were classified as hydatidiform mole (30, complete hydatidiform mole; 10, partial hydatidiform mole). Genotyping also revealed 11 cases of suspected trisomy and 1 case of androgenetic/biparental mosaicism. Trisomy for selected chromosomes (13, 16, 18, and 21) was confirmed in all cases by using a panel of mini STR markers.

This series illustrates the utility of microsatellite genotyping as a stand-alone method for accurate classification of hydatidiform mole. Other genetic abnormalities may be detected by genotyping; confirmation of the suspected abnormality requires additional testing.

FEATURES OF RADIODIAGNOSIS OF SYNDROME OF PLEURAL EFFUSION

Oleshchenko G.P., Voshchenko V.P., Diedkova K.A.

Sumy State University, Department of general surgery, radiation medicine and phthiology

The epidemic of tuberculosis, registered in Ukraine in 1995, remains a threat to society. Unfortunately, it cannot be overcome, despite all the efforts.

In the last two decades against the background of a high general incidence of all tuberculosis is more common extrapulmonary localization. Among such form the overwhelming majority - tuberculosis of the pleura. The leading signs of the disease are chest pain, coughing, increasing of shortness of breath, accumulation of pleural effusion.

The verification of the last usually causes considerable difficulties. The main method of diagnosis of syndrome of pleural effusion (SPE) is radiological. The most commonly used methods are the usual radiography of the chest cavity and ultrasound (US).

Correctness of a diagnosis and timely initiation of treatment often depend on method of diagnosis. This, in turn, affects the further course of the process. So, late established diagnosis of tuberculous pleurisy leads to its chronicity, pulmonary and extrapulmonary complications the development of resistance of Mycobacterium tuberculosis to anti-TB drugs.

All of the above significantly complicates treatment, makes it long and as expensive and in considerable number of cases requires an extremely complicated surgery.

The purpose of the study – to analyze the link between radiological methods and the time of diagnosis.

Materials and methods. Under our supervision there were 329 persons with the syndrome of pleural effusion, who received treatment in the regional TB dispensary.

Results and discussion. Everyone of investigated were divided into 2 groups. The first amounted 187 (56.8%) patients, in the diagnosis SPE in them was used the classic X-ray examination of the chest cavity. The second, a comparison group, included 142 (43.2%) patients - investigated by ultrasound.

Conducted an analysis of the duration of survey depending on the method of diagnosis. Thus, the term of diagnosis verification in the first group was on average 36 ± 5 days versus 6 ± 2 days in the second group.

Hence, the use of ultrasound in diseases of the pleura more than 4.5 times reduces the time to diagnosis.

PROPRANOLOL-RESISTANT INFANTILE HEMANGIOMAS: THE ANALYSIS OF 2 CASES

Ovechkin D. V., Leonov V.V., Ngetich E., Adigun Z.

Sumy State University, Department of Surgery with Children Surgery and Course of Urology

Infantile hemangiomas (IH) are the most common soft-tissue tumours of infancy. Although propranolol has been shown to treat IH effectively, there are a few cases of propranolol-resistant IH (PRIH) are mentioned in the literature. The incidence of PRIH in different studies is 0-9%.

The objective of this study is to describe and analyze the clinical cases of PRIH.

This prospective study was conducted in the department of Pediatric surgery at Sumy Region Children's Clinical Hospital (Ukraine) between September 2012 and January 2016.

The patient's mean age at initiation of propranolol therapy was 2.5 months (1-18 months). Propranolol was given to 44 cases: 40 – proliferative stage of IH; 4 – non-proliferative stage. Congenital hemangiomas were not included to this study.

Propranolol was prescribed in dose of 1-3 mg/kg per day orally at 8-hour interval.

PRIH was described as continued growth of IH during the proliferation stage or no IH reduction during the post-proliferative stage after at least 4 weeks of propranolol therapy in dose ≥ 2 mg/kg per day.

All patients tolerated to propranolol well without side effects. PRIH was confirmed in 2 patients – 4,5% (2/44). The increasing a dose of propranolol to 3 mg/kg per day at 8-hour interval have not removed the resistance to therapy. Patient's data with PRIH are summarized.

Case # 1: sex – girl; gestational age – 39 weeks; birth weight – 3150 kg; IH localization – cheek; age of lesions onset – 1 week; IH complications – ulceration; IH stage – proliferative; age of initial treatment – 3 week; duration of maximum dose (3 mg/kg/d) – 6 month; total duration of propranolol therapy – 6 month.

Case # 2: sex – girl; gestational age – 40 weeks; birth weight – 3500 kg; IH localization – trunk; age of lesions onset – 3 week; IH complications – ulceration and infection; IH stage – proliferative; age of initial treatment – 2 week; duration of maximum dose (3 mg/kg/d) – 6 month; total duration of propranolol therapy – 6 month.

Adjuvant therapy was prescribed to both patients with PRIH (prednisolone, 2 mg/kg/d, orally). We observed that the use of systemic corticosteroid was effective.

Conclusion

In our study the PRIH is 4,5% of all propranolol therapy patients; however this type of lesions required more clinical studies to determine their nature and optimal treatment.

GASTRIC CANCER IN AFRICA COMPARED TO UKRAINE AND OTHER COUNTRIES

Students: Ramadhani M. Satura, Nancy L. Rutananukwa, Kristina N. Kohi

Scientific Supervisor – doc. V. P. Shevchenko

SumSU, Medical institute, department of general surgery

Gastric cancer (GC) has been described as early as 3000 BC in hieroglyphic inscriptions and papyri manuscripts from ancient Egypt. The first major statistical analysis of cancer incidence and mortality showed that GC was the most common and lethal cancer. It has remained one of the most important malignant diseases with significant geographical, ethnic, and socioeconomic differences in distribution.

Aim: to retrospectively assess the differences of GC between the African and European population.

Methods and Material: A retrospective study of histologically confirmed cases of gastric cancer seen at Bugando Medical Centre and epidemiological studies of Ukraine National Cancer Registry

Results: Tanzania ranking is No.141 worldwide with a ratio of 2.97 per 100,000 cancer patients. A total of 232 GC patients were enrolled in the study, representing 4.5% of all malignancies. The male to female ratio was 2.9:1. The median age of patients was 52 years. The majority of the patients (92.1%) presented late with advanced GC (Stages III and IV). Lymph node and distant metastasis at the time of diagnosis was recorded in 31.9% and 29.3% of cases,

respectively. The antrum was the most frequent anatomical site (56.5%) involved and gastric adenocarcinoma (95.1%) was the most common histopathological type. Out of 232 patients, 223 (96.1%) patients underwent surgical procedures for GC of which gastro-jejunostomy was the most frequent performed surgical procedure, accounting for 53.8% of cases. The use of chemotherapy and radiotherapy was documented in 56 (24.1%) and 12 (5.1%) patients, respectively. Postoperative complication and mortality rates were 37.1% and 18.1%, respectively. In Ukraine GC takes the third place in men and fourth place in women among all oncology disease .27 per 100,000 a year, 35 per 100,000 a year for men and 20 per 100,000 year for women. The mortality is 27.7 per 100,000 a year. Ranking per country worldwide; No.1, Korea 41.8, No.2 Mongolia 32.5, No.3 Japan 29.9 each per 100,000.

Conclusion: Statistics show that gastric cancer in Africa is low compared to European and Asian countries.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИКА ДЕКАСАНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГНІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН

Мионов П.Ф., Тімоніна К.В., Гончаров М.П.

Науковий керівник – проф. Кононенко М.Г.

Сумський державний університет. Кафедра хірургії з курсом дитячої хірургії з курсом урології.

Вступ. В практиці гнійної хірургії досить часто використовуються антисептичні препарати для місцевого застосування. Останнім часом великого значення набув 0,02% розчин Декасану. Важливо, що до Декасану високу чутливість зберігають резистентні до багатьох антибіотиків штами, в процесі лікування декаметоксин збільшує чутливість резистентних мікроорганізмів до антибіотиків.

Мета. Дослідити клінічну ефективність антисептика Декасану при лікуванні хірургічних хворих з гнійними захворюваннями.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 35 пацієнтів, що знаходилися в 2015-2016 рр. на лікуванні в хірургічному відділенні №2 СМКЛ №5 з приводу гнійних захворювань. Пацієнти були розподілені на 2 групи: основну (12 чол.) та контрольну (23 чол.). В основній групі для місцевого лікування застосовувався Декасан, в контрольній групі — 1% розчин хлорофіліпту. Динаміку загоєння оцінювали клінічно. Всім хворим була визначена чутливість висіяної мікрофлори до антибіотиків.

Результати дослідження. Висіяна мікрофлора з ран досліджуваних хворих мала таку чутливість: до оксациліну 64 % (St. Aureus, St. Haemoliticus); до цефтріаксону 80 % (E. Coli, St. Aureus, Ps. Aeruginosa), до левофлоксацину 73 % (St. Aureus, St. Haemoliticus), до цефатоксиму 94 % (St. Aureus), до цефтазидиму 72 % (St. Aureus), до гентаміцину 76 % (E. Coli, St. Haemoliticus), до сульбатомаксу 95 % (St. Haemoliticus), ванкоміцину 78 % (St. Aureus), меропенему 95 % (E. Coli). Не знайдено жодного антибіотика, до якого б не розвинулася резистентність. Проведено комбіновану терапію з Декасаном.

Тривалість перебування хворого в стаціонарі в основній групі виявилась достовірно меншою — 11 днів, в контрольній групі \approx 16 дн., ($p < 0,01$). При лікуванні Декасаном прояви *інфекційно-запального процесу* та загальні симптоми інтоксикації регресували раніше. У хворих основної групи повне очищення ран від гною та ділянок некрозу відбувалося на 3-4 добу (в контрольній групі до 5-6 діб, $p < 0,05$). Процеси загоєння розвивалися швидше.

Висновок. Застосування Декасану для місцевого лікування гнійних захворювань у хворих обумовило позитивний клінічний ефект. Препарат ефективний і рекомендований для подальшого застосування в хірургічній практиці.

Наукове видання

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

TOPICAL ISSUES OF CLINICAL AND THEORETICAL MEDICINE

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та
молодих вчених
(Суми, 21–22 квітня 2016 року)
ТОМ 2

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 1 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.