

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,  
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету  
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

4. Кризова (підвищення АТ, відчуття здавлення за грудиною, страх смерті, серцебиття при незмінній ЕКГ – дані симптоми виникають ввечері або вночі).

Під спостереженням було 45 жінок у віці 23-38 років (середній вік  $29 \pm 2,0$  роки). Всі жінки обстежені загальноклінічними, клініко-лабораторними інструментальними методами обстеження, проводилася консультація психолога і психіатра.

Запропонована терапія

Немедикаментозні засоби (наказ МОЗ № 676 від 31.12.04):

1. Режим праці та відпочинку, масаж, аеротерапія, бальнеотерапія.
2. Харчування багате вітамінами, особливо групи В.

Медикаментозні засоби:

3. Препарати магнію (Магнікум) – по 1 стіку/таблетці 1 раз на день протягом 2 тижнів перед менструацією. Магній є природним антистресовим фактором, гальмує процеси збудження ЦНС, відіграє значну роль в медіаторному обміні, приймає участь в енергетичних реакціях організму.

4. Екстракт трави звіробію протидірявленого, як альтернатива синтетичним антидепресантам - по 2-3 чашки чаю в день протягом декількох тижнів.

5. Венотонік Нормовен - по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 14 днів до менструації.

6. Антипростагландини – німесулід 100 мг 2 рази на добу з 16 по 25 день МЦ.

Лікування проводилось протягом 3 менструальних циклів. Клінічна оцінка ефективності лікування проводилася за допомогою спеціально розроблених «щоденників самопочуття». Середній сумарний показник ПМС-щоденників оцінки ефективності 18 симптомів вираженої в балах:

1. До лікування варіював від 12,9 балів до 45,9 балів, в середньому становив  $23,4 \pm 6,7$  бала

2. Після лікування варіював від 0,0 до 34,3 бала, в середньому становив  $10,1 \pm 7,2$  бала

Після 3 місяців лікування: значне покращення стану – у 20 (57,1%) пацієнток, покращення не відмічали – 15 (42,9%) пацієнток

**Висновки.** Запропоноване негормональне лікування ПМС є ефективним. Відмічається зниження вираженості симптомів в середньому на 40%. Побічні ефекти не спостерігались і не потребують відміни препарату.

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Калиниченко Д.О.*

*Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка*

Підготовка фахівців у галузі громадського здоров'я передбачає вивчення особливостей медико-демографічних процесів та показників, що характеризують якість життя населення. Медико - демографічна ситуація, що склалася останнім часом в Україні, свідчить про незадовільний стан здоров'я населення, з високими показниками захворюваності, низькою народжуваністю та високим рівнем смертності. Медична демографія, яка вивчає взаємозв'язок відтворення населення з медико-соціальними чинниками і розробляє заходи, спрямовані на забезпечення найбільш сприятливого розвитку демографічних процесів і поліпшення здоров'я населення, використовує дані регіональних особливостей вказаних процесів для розробки регіональних програм у галузі громадського здоров'я на основі аналізу і співставлення демографічного розвитку регіонів.

**Метою** роботи було дослідити сучасні регіональні особливості природного руху населення Сумської області та визначити типологічні групи районів за результатами дітородної активності.

Для аналізу демографічної ситуації в Україні та Сумській області використовували дані Всеукраїнського перепису населення 2001 року та Державної служби статистики України.

За даними офіційної статистики, за 25 останніх років населення України скоротилося більш ніж на 9 млн. осіб. У 1991 році в Україні проживало 51,944 млн. осіб, станом на 1 січня 2016 – 42,760 млн. осіб, а на початок 2017 року - 42 584 500 осіб.

Для аналізу демографічних змін в області було проранжовано трьохрічний приріст кількості населення кожного районного центру. Аналіз скорочення чисельності наявного населення у розрізі районів області дозволив виокремити регіони із відносно сприятливою демографічною ситуацією (3), напруженою (2) і кризовою (1). Найбільше виражена депопуляція із значним зменшенням населення спостерігається у Конотопському (-4,37%), Буринському (-3,98%), Глухівському (-3,81%) районах. Напружена демографічна ситуація реєструється у Липоводолинському (-2,83%), Путивльському (-2,68%), Серединобудському (-2,58%), Кролевецькому (-2,47%) районах. Незначне зменшення кількості населення встановлено у м. Суми (-0,46%) та Сумському районі (-0,40%), що можна пояснити урбанізацією та меншою міграцією з обласного центру.

Зменшення кількості населення зумовлено загальним стійким природним перевищенням числа смертей над числом новонароджених та значними міграційними процесами, що є характерним для загальнодержавної демографічної статистики. За останні роки чисельність населення Сумської області, як і України у цілому, змінювалася не лінійно, а характеризувалася періодами уповільнення скорочення населення (з 2005 року по 2012 рік), з подальшим погіршенням показника природного приросту (скорочення) до -4,36 по Україні і -8,87 – у Сумській області. Показник смертності серед дорослого населення області становить 16,9, що на 18,93% перевищує державний показник (13,7) Крім того, співвідношення чоловіків та жінок (чисельність чоловіків на 1 000 жінок) в Сумській області коливається від 840 до 850, що є несприятливим фоном репродуктивних ресурсів. Ймовірно, вказаними причинами можна пояснити той факт, що в Сумській області у 2016 році реєструвався найвищий по Україні (після Чернігівської області -10,3) показник природного убутку населення -8,87 на 1 000 населення. Сумська область належить до регіонів з низьким показником середньої кількості народжених дітей жінками у віці 15 років і старше, який становить від 2,0 до 2,1 дитини порівняно із західними областями України, де середня народжуваність – більше 2,2 дитини. У період раннього репродуктивного віку (20 – 24 роки) жінок

України і Сумської області середня кількість народжених дітей на 1 жінку із вищою освітою становить 1,09 і 1,06 відповідно. Серед жінок фертильного віку, як у містах так і в селах, найбільш поширеною є репродуктивна установка на народження двох дітей. Питома вага групи жінок, які народжують дітей поза шлюбом, найвища у ранньому репродуктивному віці, що часто є наслідком небажаної вагітності.

**Висновок.** У ході дослідження встановлено райони із відносно сприятливою, напруженою і кризовою демографічною ситуацією. Демографічне районування може слугувати підґрунтям конкретних перспективних медико-соціальних заходів для означених регіонів.

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ОСІБ МОЛОДОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ

*Квасова П.А.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Актуальність:** Захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) продовжують залишатися актуальними в сучасних умовах, особливо серед осіб, які проживають в сільській місцевості. У зв'язку з фінансовою ситуацією в країні сільське населення часто відмовляється від діагностики і лікування захворювань загального і вузького профілів, зокрема гастроентерологічної патології. Це створює певні труднощі в своєчасному діагностуванні і лікуванні цих захворювань, особливо серед осіб похилого віку.

**Мета:** проведення порівняльного аналізу диференціальних особливостей хронічного гастриту у осіб молодого і літнього віку сільського населення шляхом ЕГДС-дослідження.

**Матеріали і методи:** дослідження проводилося на базі КНП «Близнюківський РЦПМД», амбулаторії ЗПСМ с. Новонадеждине. Під наглядом перебувало 26 осіб віком від 30 до 65 років з верифікованим діагнозом: «Хронічний гастрит». Хворих було розподілено на 2 вікові групи (30-44 років і 45-65 років). Для дослідження використовувалися записи амбулаторних карт, виписки з історій хвороб стаціонарних відділень, опитування скарг, анамнезу життя, клінічні методи дослідження, інструментальні методи дослідження (зокрема ЕГДС). Ендоскопічно зміни слизової характеризується різноманітним форм. Серед них: еритема, набряк, зернистість, атрофія, гіпертрофія, підвищена вразливість, геморагії, відсутність блиску.

**Результати:** в цілому хворі 1 групи в більшості випадків демонстрували картину хронічного неатрофічного гастриту, а хворі 2 групи - елементи хронічного атрофічного гастриту. Як зразок: у хворого М. 1 групи, 35-ти років відзначалася застійна гіперемія слизової оболонки антрального відділу, де слизова була червоною, набряклою, легко ранимою, з посиленою секрецією слизу. У той же час серед хворих 2 групи відзначалася атрофія слизової оболонки з посиленням судинним малюнком, сіруватим відтінком оболонки, згладжуванням складок тіла шлунка, рубцеві зміни слизової.

**Обговорення:** Ми вважаємо, що така картина заснована на тривалості впливу факторів ризику захворювань, пізньому діагностуванні і неповноцінному лікуванні. Так, наприклад, для людей похилого віку характерно активний вплив як первинних, так і вторинних факторів ризику, серед них: поведінкові фактори (куріння, алкоголь, порушення харчування, відсутність фізичної активності), фізіологічні чинники (підвищена вага або ожиріння, високий артеріальний тиск, високий рівень холестерину в крові, високий вміст глюкози в крові), демографічні фактори ризику (вік, стать, підгрупи населення в залежності від роду занять, релігійної приналежності або рівня доходу - в нашому випадку сільські жителі), фактори навколишнього середовища. Ці фактори впливали на осіб похилого віку більш тривалий період, ніж на осіб молодого віку, відповідно і картина захворюваності у них більш різноманітна з властивою їй коморбідністю.

**Висновки:** 1) Метод ЕГДС дає визначення неповної картини стану слизової оболонки шлунка, що не завжди відповідає клініці захворювання, особливо у людей похилого віку, що важливо для обрання тактики лікування. 2) Для уточнення повноцінного діагнозу хронічного гастриту необхідно крім ендоскопічних методів брати біопсійний матеріал, що допоможе об'єктивно оцінити форму гастриту відповідно до системи OLGA, з оцінкою гістологічної вираженості атрофії і запалення слизової оболонки шлунка.

## ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЯТОРНО-ВЕГЕТАТИВНИХ ВПЛИВІВ М'ЯЗОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА СТАН ГЕМОДИНАМІКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

*Кириченко М.П.*

*Харківський національний медичний університет*

**Вступ:** Важлива роль моторно-вісцеральних рефлексів в здійсненні впливів, що нормалізують, гемодинаміку служить обґрунтуванням для застосування пасивних і активних вправ з включенням м'язових груп нижніх кінцівок і масажу з впливом на ці зони при ранніх стадіях артеріальної гіпертензії.

**Мета:** оцінка терапевтичної ефективності використання фізичних вправ для зміни тонічної активності симпатичної нервової системи у молодих хворих з артеріальною гіпертензією.

**Матеріали і методи:** Під спостереженням перебувало 47 хворих, у віці від 26 до 35 років з діагнозом АГ І стадії. Основні скарги: головний біль, зниження працездатності, різні порушення сну. Застосовувалися вправи з певним емоційним забарвленням, під музику, в основному для нижніх кінцівок і хребетного стовпа, з попереднім виконанням на початку статичних, а потім динамічних дихальних вправ. Інтервали відновлення становили від 5 до 10 хвилин. Під час відпочинку проводилися вправи на розслаблення і розтягування м'язів. Інтенсивність фізичних вправ вимірювали за частотою серцевих скорочень (ЧСС) у межах 120% -130% від показників в спокої і показників артеріального тиску до навантаження, на висоті проведення заняття, через 5 хвилин після його закінчення (відновний період).

**Результати:** У 9 хворих поліпшувалися самопочуття і сон. У 18 хворих відзначалося повне усунення симптоматики, у 10 хворих зникли один або кілька симптомів, у 7 пацієнтів зменшилися по інтенсивності і частоті епізоди підвищення