СТАБІЛЬНІСТЬ • ДОСКОНАЛІСТЬ • ВІДДАНІСТЬ
VIRTUS • EXCELLENTIA • FIDELITAS

Національний університет
охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«YOUNG SCIENCE 3.0»

26 БЕРЕЗНЯ 2021

м. Київ

Шановні студенти, інтерни, аспіранти, докторанти
та молоді вчені!

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика – один із перших навчальних та наукових медичних закладів, заснованих на теренах України. Уже більше 100 років, спочатку в інституті, згодом в академії та врешті-решт в університеті – у цих стінах працювали та навчалися, відомі не тільки в Україні, а й далеко за її межами вчені, лікарі та педагоги. Нині у Національному університеті охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика створено продуктивну, високоефективну систему підготовки нової генерації медичної інтелігенції, формується професійна еліта держави. Саме з цією метою ми вкотре приймаємо науковців із закладів вищої та післядипломної медичної освіти України та світу на конференції молодих вчених для обміну досвідом між різними науковими школами та пошуку можливостей для апробації та впровадження результатів наукових досліджень.

Наукове життя не мислиме без молодих науковців, у тому числі студентів та аспірантів, які тільки починають свій шлях на науковій ниві. З одного боку, їх сучасне бачення проблем дозволить винайти оригінальні рішення завдань, які ставить перед собою наука. З другого – формування професійної свідомості науковця або практичного працівника можливе лише за умови набуття навичок наукової діяльності, які, до речі, стануть у нагоді й на практиці.

Ми по праву можемо гордитися вітчизняними молодими науковцями, які вже демонструють свою конкурентоспроможність у виконанні спільних міжнародних наукових проєктів, формуючи позитивний імідж високорозвиненої наукової держави.

У збірнику тез за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 3.0» представлені наукові розробки молодих вчених медиків та фармацевтів з України та Европи, результати яких втілені в практичну діяльність сфери охорони здоров'я. У збірнику опубліковані тези за тематиками, які висвітлюють актуальні питання хірургічної практики в Україні; актуальні питання терапії внутрішніх органів; сучасні питання невідкладної допомоги, анестезіології та інтенсивної терапії; актуальні питання в стоматології; сучасні аспекти терапії та профілактики ведення хвороб дитячого віку; клінічні питання акушерства та гінекології; сучасні питання фармації: нові підходи та інтеграція в міжнародну діяльність; сучасний стан та перспективи лабораторної та інструментальної діагностики; проблеми організації та управління медичною допомогою та розвиток інноваційних технологій; шляхи розвитку психіатрії, неврології, наркології та судової медицини у сучасній медичній практиці.

Бажаю Вам наснаги та нових ідей у науковій діяльності!

З повагою

Ректор

УДК 61:001"7124":061.3:004.738.5:378.12:061.62:378.09

Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 3.0» (в онлайн режимі) (м. Київ, 26 березня 2021 року).

Затверджено і рекомендовано до видання вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (протокол № 4 від 14.04.2021).

Редакційна колегія: Аугунас С. В., Дуда Л. В., Диня Ю. З.

Рецензенти:
Мішалов О. Д., д. мед. н., професор, завідувач кафедри судової медицини НМАПО імені П. Л. Шупика.
Тріщинська М. А., д. мед. н., професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П. Л. Шупика.

У збірнику представлені наукові розробки молодих вчених медиків та фармацевтів України, результати їх втілення в практичну охорону здоров'я. Опубліковані роботи за напрямками: «Акушерство та гінекологія», «Внутрішня медицина», «Хірургія», «Дитяча хірургія», «Ендокринологія» «Клінічна імунологія та алергологія», «Інфекційні хвороби та мікробіологія», «Медична біологія», «Неврологія та медична психологія», «Онкологія та радіаційна медицина», «Патологія експериментальна», «Педіатрія», «Медична реабілітація», «Гуманітарні аспекти медицини», «Стоматологія», «Фармакологія», «Фармація», «Філософія», «Фтизіатрія та пульмонологія», «Клінічна фармакологія», «Офтальмологія та отоларингологія», «Урологія», «Ортопедія та травматологія», «Дерматовенерологів», «Нейрохірургія», «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Медична інформатика», «Медицина і філологія».

Тематика робіт висвітлює актуальні питання теоретичної, експериментальної, клінічної медицини, а також гуманітарні й організаційні аспекти медичної і фармацевтичної галузей, безпеки медичних технологій*.

Рада молодих вчених висловлює щиру подяку ректору Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика академіку НАМН України професору Вороненку Ю. В., першому проректору члену-кореспонденту НАМН України професору Вдовиченку Ю. П., проректору з наукової роботи професору Савичук Н. О., проректору з науково-педагогічної роботи професору Толстанову О. К., проректору з економічних питань Проценко О. С., проректору з адміністративно-господарської роботи Соханю Ю. О., завідувачу кафедри медичної інформатики професору Мінцеру О. П. за всебічну підтримку в проведенні конференції.

З повагою
голова Ради молодих вчених
НУОЗ України імені П. Л. Шупика
Аугунас С. В

**Організаційний комітет не несе відповідальності за зміст тез*

АЛЕЛЬНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ- α ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 У ПАЦІЄНТІВ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

ALLELIC POLYMORPHISM OF TUMOR NEKROSIS FACTOR GENES – α AND INTERLEUKIN-6 IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITI

Арцимович А. Г. */ Artsymovych A. G.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
кафедра педіатрії № 1
wintermdp@gmail.com

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – хронічне ревматичне запальне захворювання у дітей, що в першу чергу вражає синовіальну оболонку крупних та дрібних суглобів за рахунок дисбалансу цитокінової системи, і, як наслідок, порушенням співвідношення між Т-регуляторними та Т-ефекторними клітинками. Проте синовіальна оболонка – не єдина мішень хвороби, і окрім ураження суглобів, у деяких пацієнтів з ЮІА спостерігаються позасуглобові ускладнення, пов'язані саме з хронічним запальним процесом, які значно знижують якість, а інколи і тривалість життя пацієнтів.

Інтерлейкін-6 (ІЛ-6) та фактор некрозу пухлини-альфа (ФНП-α) є найважливішими медіаторами гострого запального процесу, що стимулюють розвиток специфічної імунної відповіді при ЮІА. Визначення рівня ІЛ-6 та ФНП-α в сироватці крові наразі є доволі розповсюдженим методом оцінки активності запального процесу у пацієнтів з ЮІА. Проте деякі дослідники не вважають сироватковий рівень інтерлейкінів дійсно надійним показником, особливо у тривалій перспективі, через його високу варіабельність та періодичну невідповідність клінічній картині.

Алельний поліморфізм генів G308A (ФНП-α) та G-174C (ІЛ-6) вже деякий час вивчається у зв'язку із захворюваннями серцево-судинної, травної, кістково-м'язової систем, у тому числі при ЮІА. Цей показник може бути перспективним щодо довгострокового прогнозування перебігу захворювання, порівняно з вимірюванням рівнів інтерлейкінів в сироватці.

Мета дослідження. Оцінити можливість виокремлення фенотипів пацієнтів з ЮІА залежно від алельного поліморфізму G308A (ФНП-α) та G-174C (ІЛ-6).

Матеріали і методи. Обстежено 50 дітей з попередньо встановленим згідно класифікаційних критеріїв ILAR діагнозом «ЮІА». Виконане обстеження в межах українських та міжнародних протоколів обстеження та лікування ЮІА, додатково проведене визначення алельного поліморфізму генів G308A (ФНП-α) та G-174C (ІЛ-6). Проведена статистична обробка даних.

Результати. Відповідно до отриманих гомо- чи гетерозиготних варіантів алелей обох генів пацієнти були розподілені на сім груп.

У групі G-174C GG (дика алель) + G308A GG (дика алель) 50% дівчата, 50% - лихоманка в дебюті захворювання, 40%- серонегативний поліартритичний субваріант ЮІА (пЮІА РФ-), по 20% олігоартрит (оЮІА) та ентезит-артрит (ентЮІА), по 10% - системний варіант (сЮІА), та псоріатичний варіант (псЮІА), 70% сприятливий перебіг захворювання, відсутні позасуглобові ускладнення. 78%

мали зміни на електрокардіограмі (ЕКГ) обмінного характеру. 60% позитивні антинуклеарні антитіла (АНА), HLAB27 позитивні 22%. 50% отримували глюкокортикоїдну (ГК) терапію перорально, 70% мали одне чи більше інтраартикулярне введення ГК, 40% потребували призначення анти-ФНП-α-терапії.

У групі G-174C GG + G308A GA, 67% хлопці, 67% сЮІА, 33% - увеїт, 67% зміни на ЕКГ, у одного пацієнта визначалось вкорочення PQ. Всі пацієнти цієї групи АНА-, HLAB27- та РФ-, всі отримували ГК-терапію, в т.ч. пульс-терапію, 67% вторинний остеопороз.

У групі G-174C GG + G308A AA була 1 дитина з ентЮІА.

У групі G-174C GC + G308A GG, що склала найбільшу частку (34%), 65% дівчата, по 33% оЮІА та ентЮІА, 1 дитина з сЮІА. 76% несприятливий перебіг захворювання. Увеїт у 18%, 73% зміни на ЕКГ, в т.ч. 23% загрозливі, 72% АНА-, 38% HLAB27+. 53% вторинний остеопороз, 17,6% - запальні зміни ШКТ. 40% мали одну та більше заміну препарату базисної терапії, 1 дитина – два переключення між препаратами біологічної терапії.

У групі G-174C GC + G308A GA 86% дівчата, 29% пЮІА РФ+ (всі випадки РФ+ з обстежених припали на цю групу), у 57% зміни на ЕКГ, ураження очей та ШКТ не спостерігалось, 57% отримували біологічну терапію (анти-ФНП-α, анти-ІЛ-6).

У групі G-174C CC + G308A GG, 70% хлопці, 70% несприятливий перебіг, у 55% зміни на ЕКГ, 86% АНА+, 56% HLAB27+, 55% отримували анти-ФПН-α-терапію. Найнижчий рівень ІЛ-6 в сироватці (5,63±2,02 пг/мл).

У групі G-174C CC + G308A GA 67% хлопці, 100% мали несприятливий перебіг, у 100% зміни на ЕКГ, 34% увеїт, 34% запальні ураження ШКТ, у 100% були покази до призначення біологічної терапії.

Висновки. При розподілі за варіантами алельного поліморфізму генів G308A (ФНП-α) та G-174C (ІЛ-6) можуть бути виявлені окремі спільні риси перебігу захворювання, в.т.ч. позасуглобові ураження. Таким чином, подальше вивчення алельного може бути перспективним при прогнозуванні перебігу ЮІА у пацієнтів.

ЕТИКА ДІАГНОЗУ: ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ

THE ETHICS OF DIAGNOSIS: PHILOSOPHICAL ASPECTS

Березіна В. В. */ Viktoriia Berezina*

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика,
кафедра філософії
berezina.kf@gmail.com

Актуальність. Медична практика є предметом філософських рефлексій невипадково. З одного боку, ідеалом медичної практики є об’єктивність (науково обґрунтовані інтервенції), з другого боку, врахування суб’єктивного фактору робить медицину людиновимірною. Проблема виникає, коли в медичній спільноті починає переважати орієнтація на технологічні (анонімні та формально-логічно правильні) рішення як певний ціннісний орієнтир та протиставлятися традиційній

цінності міжособистісної взаємодії і особистої відповідальності лікаря і пацієнта за свої рішення та необхідності їх постійно переглядати та уточнювати.

Метою цієї роботи було проаналізувати діалектику об'єктивних та суб'єктивних факторів у діагностиці і окреслити філософські (антропологічні та гносеологічні) засади цілісного підходу до пацієнта.

Матеріали і методи. Робота є філософським дослідженням, у якому з'ясовується низка питань, що стосуються взаємин філософії і медицини. Теоретико-методологічною основою дослідження стала передусім збірка статей 1992 р. "The Ethics of diagnosis / edited by Jose Luis Reset, Diego Gracia — (Philosophy and medicine ; v. 40)", а також класичні праці представників філософії науки та філософської антропології. Інструментарієм наукового пошуку слугували герменевтичний, феноменологічний та трансцендентальний методи, а також загальнотеоретичні методи.

Результати. Антропологічні аспекти етики діагнозу зачіпають питання, шо означає знати людину, знати, що з нею (діагностика), і на основі цього знати, як можна їй допомогти (терапія). Також це питання норми і патології. Етика діагнозу тут полягає у визнанні, що людина є «мешканкою двох світів» (І. Кант), що вказує на одночасну взаємодію з пацієнтом на двох рівнях: світу досвіду нездужання (схоплюється лікарем через емпатичне приєднання до суб'єктивних переживань пацієнта) та світу фізіологічного діагнозу (симптоми пацієнта схоплені в термінах структурованого наукового світ-огляду лікаря). Медичний діагноз виконує функцію ратифікації (надання загальноприйнятих значень) недиференційованого індивідуального досвіду страждання пацієнта.

Етика діагнозу також включає нормалізацію досвіду з екзистенційної перспективи (смерть, хвороби розуміються як "норма" життя, як зворотна сторона життя та здоров'я). З наукової перспективи «нема здорових людей, є необстежені». У широкій гуманістичній перспективі наслідком скарги має бути не обов'язково усунення чогось, а радше адаптація, нове включення в життєвий цикл людини, сімейний, соціальний і професійний, який розгортається через спільну згоду людей, через підтримку оточення, так як питання здоров'я і хвороби зачіпає усе ціле досвіду. Межа між здоров'ям і хворобою не очевидна.

Етика медичного діагнозу передбачає застосування наукового методу та наукових теорій. У сучасній філософії науки будь-яка наукова теорія розглядається як своєрідна міфологема, історичний конструкт, ніколи не є остаточною та абсолютною. Звідси випливають особливі вимоги до мислення лікаря, а саме: визнання, що воно переважно гіпотетичне, а діагностика – завжди лише ймовірнісна. Спроба подолати ймовірнісний характер діагнозу за допомогою технічних засобів (комп'ютерної діагностики) і "алгоритму діагностики" може породжувати (і породжує) нові труднощі і помилки. Протилежний спосіб – абсолютизація влади лікаря, очікування, що він має могти всіх вилікувати і до кожного знайти індивідуальний підхід: бути другом, мамою і татом, психотерапевтом, священником своєму пацієнтові. В той час як етичним стандартом сучасності є цінність рівності в стосунках, рівномірного розподілу влади. Важливо в полі зору тримати різні перспективи світу пацієнта і світу лікаря (моральний релятивізм та повага до автономії в біоетиці), які в своїй зустрічі

впливають один на одного (інтерсуб'єктивність знання) та діяти кожному в межах своєї компетенції (лікар – експерт у сфері наукових медичних знань, пацієнт – у сфері свого досвіду).

Письмо (діагноз) є не менш важливим, ніж усна мова (діалог), тільки перше є зустріччю з об'єктом-біологічним організмом, друге – зустріч двох автономних суб'єктів, лікаря і пацієнта. Тут одночасно присутні, як мінімум, дві етики – етика науковця і етика клініциста.

Висновки. Важливо усвідомлювати моральний (людський) бік знання, тобто діагнозу. Науковий погляд без екзистенційного погляду дегуманізує людину і міжлюдську взаємодію між лікарем і пацієнтом. При цьому не існує якоїсь єдиної методології цілісного підходу, їх є багато, що лише ускладнює роботу лікаря.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРАДИЦІЙНИМИ ФАКТОРАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ІЗ АКТИВНІСТЮ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ І АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У ХВОРИХ НА ПСОРІАТИЧНИЙ АРТРИТ

RELATIONSHIP BETWEEN TRADITIONAL CARDIOVASCULAR RISK FACTORS WITH INFLAMMATORY ACTIVITY AND ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Бойко А. В. */ Boiko A.V.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра медицини невідкладних станів

alina181290@gmail.com

Вступ. Вивченню зв'язку псоріазу та серцево-судинних захворювань приділяється велика увага вітчизняними та зарубіжними вченими. Результати клінічних досліджень, опублікованих в останні роки, свідчать про наявність патогенетичного зв'язку між ними, що носить багатофакторний характер. Зокрема, було показано, що у псоріатичної хвороби та захворювань серцево-судинної системи є спільні фактори ризику. Велика увага приділяється вивченню загальних механізмів розвитку псоріатичної хвороби та захворювань серцево-судинної системи.

Мета. Встановити взаємозв'язок між традиційними ФР ССЗ із активністю запального процесу і атеросклерозом у хворих на ПсА

Результати. Середній вік хворих на ПсА становив 39,62±5,8 роки (15 (46,87%) жінок та 17 (53,12%) чоловіків), хворих на ПС (група порівняння) 32,3±5,63 роки (8 (40%) жінок та 12 (60%) чоловіків) відповідно, Група контролю включала11 жінок (55%) та 9 чоловіків (45%), середній вік 32,3±5,63 відповідно. Тривалість ПсА коливалась від 3 до 20 років. Серед осіб контрольної групи спостерігалася тенденція до більшої ТКІМ серед осіб із ожирінням – 1,7 (0,4-6,5), порівняно з особами без ожиріння, але достовірної різниці рівні не досягли. Спостерігалася тенденція до виявлення більшого середнього значення ТКІМ при наявності ознак тривожно-депресивних розладів (більше 11 балів за шкалою HADS) у порівнянні з особами без них, показники досягли достовірних рівнів – 5,0 (1,2-20,9) у групі хворих на ПсА. Оцінка впливу наведених ФР ССЗ на вірогідність розвитку порушень ТКІМ СА э досить однорідною і не виявляє

статистично значиму гетерогенність – I^2=0,0%; p=0,803. Проте, як видно на рисунку 1, статистично значимими факторами є паління – OR=4,0 (1,1-14,9), гіподинамія – OR= 4,4 (1,3-14,5) та стрес - 5,0 (1,2-20,9).

Висновки. За результатами дослідження максимальні середні значення досліджуваних ФР ССЗ були виявлені серед хворих на ПсА, що вказує на значний негативний довготривалий вплив досліджуваних нами ФР.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЮ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

CHARACTERISTICS OF PAIN IN DIABETIC PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Болюк М. В. */ Boliuk M.*

Науковий керівник: професор,

Науковий керівник: доктор медичних наук Галушко Олександр Анатолійович,

Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика,

кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

mvbolyuk0709@gmail.com

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) діабет був сьомою причиною смерті у 2016 році та є основною причиною сліпоти, ниркової недостатності, інфарктів, інсульту та ампутації нижніх кінцівок. Серцево-судинні захворювання, зокрема ішемічна хвороба серця (ІХС), залишаються частою причиною госпіталізації хворих на діабет. Так, за даними Центрів з контролю та профілактики захворювань в США (CDC), у 2020 році серед 7,8 мільйонів дорослих пацієнтів, у яких при виписці зі стаціонару одним з діагнозів був цукровий діабет, поширеність серцево-судинної патології становила 75,5 на 1000 хворих, у тому числі ІХС була у 18,9 на 1000 пацієнтів. Зважаючи на частий розвиток нейропатії у хворих на діабет, є думка, що для даної категорії пацієнтів характерна висока частота атипового перебігу гострого коронарного синдрому, та дані про це досить суперечливі.

Мета дослідження. Визначити особливості больового синдрому та ступінь його вираженості у пацієнтів з гострим коронарним синдромом та цукровим діабетом.

Матеріали і методи. У дослідженні взяло участь 24 пацієнти з цукровим діабетом (19 чоловіків та 5 жінок) віком 45-83 роки, госпіталізовані ургентно з приводу гострого коронарного синдрому (ГКС). Оцінка больового синдрому проводилася на момент госпіталізації та одразу після реваскуляризації коронарних артерій за наступними критеріями: візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), цифровою оцінювальною шкалою (NRS), клінічними даними (пітливість, тремор, артеріальний тиск, пульс), біохімічними маркерами (глюкоза крові).

Результати. Більша частина пацієнтів (87,5 %) на момент госпіталізації скаржилася на біль у грудях, решту не турбував жоден біль. Хворі описували біль як «печіння» (29,17 %), «стискання» (29,17 %), «здавлення» (25,0 %), «поколювання» (4,17 %). Також були скарги на важкість під час дихання (12,5 %), відчуття нестачі повітря (12,5 %), серцебиття (41,67 %), надмірне потовиділення (16,67 %). Статистично значущої відмінності між результатами оцінки болю

за ВАШ та NRS не виявлено (p > 0,1). Результати суб'єктивної оцінки больового синдрому за ВАШ та NRS свідчать, що до реваскуляризації помірний та сильний біль зустрічався з однаковою частотою. Статистично значущого коливання артеріального тиску та частоти серцевих скорочень (ЧСС) до та після втручання у пацієнтів з різною інтенсивністю болю не спостерігалося (p > 0,1). Під час госпіталізації середнє значення систолічного артеріального тиску становило 135,71±18,70 мм рт. ст., діастолічного – 83,71±14,67 мм рт. ст., ЧСС – 73,08±11,35 уд./хв. Середнє значення рівня глікемії на момент госпіталізації становило 8,19±3,45 ммоль/л (у чоловіків – 8,17±3,61 ммоль/л, у жінок – 8,28±3,13 ммоль/л). Глікемія більше 10,0 ммоль/л виявлена у 5 пацієнтів, що становило 20,83 % усіх хворих. Серед цієї категорії пацієнтів переважали хворі з сильним больовим синдромом (60,0 %).

Висновки. У пацієнтів з інфарктом міокарда та цукровим діабетом переважала типова клінічна картина ГКС (87,5 % пацієнтів) над безбольовою формою. До реваскуляризації помірний та сильний біль зустрічався з однаковою частотою; відсутня статистична відмінність між рівнями артеріального тиску, ЧСС та глікемії (p > 0,1) у пацієнтів з сильним та помірним больовим синдромом. Гіперглікемія (≥10,0 ммоль/л) виявлена у 20,83 %, серед цієї категорії пацієнтів переважали хворі з сильним больовим синдромом (60,0 %). Відсутність відмінності між значеннями досліджуваних критеріїв болю може бути зумовлена розміром вибірки, низькою чутливістю критеріїв, розвитком діабетичної нейропатії, тому існує необхідність у подальшому дослідженні феномену больового синдрому у пацієнтів з ГКС та цукровим діабетом.

КОМПЛЕКСНЕ ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З САГІТАЛЬНИМИ АНОМАЛІЯМИ ПРИКУСУ ТА З ПОРУШЕННЯМ НОСОВОГО ДИХАННЯ

COMPREHENSIVE ORTHODONTIC TREATMENT OF CHILDREN WITH SAGITAL BITE ANOMALIES WITH NOSE BREATHING DISORDERS.

Вишемирська Т. А. */ Vyshemyrska T. A.*

Науковий керівник: д. мед. н., професор, завідувач кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології Фліс П.С.,

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології

Актуальність теми. Проблема патологічного прикусу у дітей віком від 7-12 років сьогодні є доволі розповсюдженою та становить від 75 до 85%, що неодноразово відображалось в наукових працях багатьох авторів. Причинами виникнення різних патологічних станів можуть бути як екзо так і ендогенні фактори, зокрема: вроджені аномалії, ендокринні патології, порушення правил штучного вигодовування, порушення функцій зубощелепного апарату, шкідливі звички тощо. На особливу увагу заслуговує патологія ЛОР-органів, як значний чинник, який сприяє виникненню шкідливої звички дихання ротом. Завжди відкритий рот, порушення герметичності ротової порожнини, в'ялість колового м'яза рота та безперервний тиск щік на верхню щелепу призводить до виникнення звуження верхньої щелепи та порушення формування лицьового черепу. Існує

безліч різних ортодонтичних апаратів для лікування дітей у ранньому та пізньому періоді змінного прикусу. Незважаючи на це, ми спостерігаємо значну кількість рецидивів. Лікування даних пацієнтів слід проводити комплексно за участі лікаря-ортодонта та отоларинголога.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування пацієнтів 7-12 років з сагітальними аномаліями прикусу та з порушенням носового дихання. Зменшення ризику виникнення рецидивів патології прикусу.

Матеріали та методи. Нами обстежено 182 пацієнта з сагітальними аномаліями прикусу, які звернулись до Стоматологічного медичного центру НМУ ім. О.О. Богомольця. З них 37 дітей (хлопчики – 17, дівчата - 20) було взято на лікування і проведено клінічні, антропометричні та рентгенологічні методи обстеження. На підставі отриманих даних у всіх спостерігалось звуження верхньої щелепи, патологія прикусу в сагітальній площині та порушення носового дихання. Цим пацієнтам було виготовлено запропонований нами ортодонтичний апарат (Патент на корисну модель №141930 «Апарат для лікування мезіального прикусу» від 27.04.2020р.) Апарат для розширення верхньої щелепи, що містить дві частини пластмасового базису, ортодонтичний гвинт, який їх з'єднує, два кільця, що фіксуються на молярах, стержні, що з'єднують кільця з базисом і дві опори апарата на ікла. Відмінною особливістю пристрою є те, що кільця, стержні та опори апарата на ікла виконані литвом, при чому кільця і стержні відлиті як одне ціле, а відповідні частини кілець та опор апарата на ікла мають форму поверхонь зубів пацієнта, з якими вони контактують.

В контрольну групу було взято 20 дітей (11 хлопчиків та 9 дівчаток) віком від 8-12 років, яким не проводилось ортодонтичне лікування, щоб перевірити нормальний фізіологічний ріст верхньої щелепи в трансверзальній площині, щляхом проведення КПКТ (Конусно-Променевої Комп'ютерної Томографії) дослідження.

Результати. Після проведеного лікування основної групи дітей (37 чоловік), на підставі отриманих результатів, можемо стверджувати, що найбільшого розширення було досягнуто в ділянці зубної дуги між медіально-піднебінними буграми перших постійних молярів та в ділянці кортикальної пластинки на рівні центру резистентності перших постійних молярів. Всі пацієнти були направлені до ЛОР-спеціалістів для проведення подальшого лікування першопричини порушення носового дихання. В контрольній групі (20 чоловік) ріст щелеп в трансверзальній площині був стабільно помірним на всіх рівнях зубної, альвеолярної та базальної дуг.

Висновки. Для досягнення стабільного ортодонтичного лікування у дітей в змінному періоді прикусу необхідно використовувати мультидисциплінарний підхід для вирішення даної проблеми. Лише комплексне лікування в співпраці з суміжними спеціалістами може гарантувати нам досягнення гарного та стабільного результату.

КОНТАКТНА УРЕТЕРОЛІТОТРИПСІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА КОНКРЕМЕНТИ СЕЧОВОДУ

Возіанов О. С. */ Vozianov O. S.*
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ
Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика, кафедра урології
dr.vozianov.uro@gmail.com

Вступ. Щороку в Україні реєструють понад 55000 нових випадків захворювання на СКХ, майже половина з них – пацієнти із конкрементам сечоводу. Тривале знаходження каменя в сечоводі без динаміки відходження викликає зміни в стінці сечоводу, що можуть мати вплив на подальшу ефективність лікування. Під час виконання уретероскопії зазвичай виявляють конкремент, що оточений запаленою набряклою слизовою. Зменшення просвіту сечоводу в місці знаходження каменя та погіршення візуалізації призводять до збільшення тривалості операції, ускладнюють процес видалення фрагментів та збільшують ризик інтраопераційних ускладнень.

Мета дослідження. Аналіз результатів лікування хворих на конкременти сечоводів методом контактної уретеролітотрипсії та вивчення змін стінки сечоводу в місці розміщення конкременту.

Матеріали і методи. У 104 хворих із конкрементами сечоводу, яким виконувалися уретероскопія із подальшою контактною лазерною уретеролітотрипсією (КУЛТ) проаналізовані симптоми захворювання, цінність методів діагностики, особливості хірургічного лікування та його ефективність.

Результати. У всіх випадках вдалося видалити конкременти ендоскопічно. При тривалості симптоматики характерної для УЛ до одного тижня конкремент не викликає значних макроскопічних запальних змін в сечоводі. Якщо камінь знаходиться більше одного тижня без динаміки відходження – відбувається формування набряку в місці його розташування. При довготривалому (більше двох місяців) перебуванні каменя в сечоводі на одному місці значно збільшується вірогідність його «вростання» в слизову оболонку сечоводу.

Висновки. Контактна уретеролітотрипсія є високоефективним та малоінвазивним методом хірургічного втручання при уретеролітіазі, що забезпечує високий рівень стану ureter stone-free після операції. Збільшення тривалості знаходження конкременту в сечоводі без динаміки його відходження викликає зміни стінки сечоводу, що ускладнює проведення малоінвазивних втручань та збільшують вірогідність ускладнень (КУЛТ та ДУХЛ).

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ДАНИХ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ МЕЛЬДОНІЄМ

FEATURES OF DYNAMICS OF BLOOD LIPID SPECTRUM INDICATORS AND ECHOCARDIOGRAPHY DATA IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND CONCOMITANT ARTERIAL HYPERTENSION ON MELDONIUM TREATMENT

Волинський Д. А. */ Volynskyi D. A.*
Науковий керівник: д. мед. н., проф. Вакалюк І.П.
Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини № 2 та медсестринства
denys_volynskyi@ukr.net

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається однією з провідних причин смертності та інвалідності в Україні. Артеріальна гіпертензія (АГ) - одне з найпоширеніших захворювань та провідний фактор ризику розвитку ішемічної хвороби серця. Ключовою патогенетичною ланкою розвитку ІХС є ішемія, а також активація вільнорадикальних процесів в ішемізованній тканині, які руйнують клітинні структури. При супутній АГ погіршення стану тканин відбувається за рахунок ендотеліальної дисфункції на фоні підвищеного артеріального тиску (АТ). Саме тому застосування мельдонію, який володіє антиоксидантними властивостями, а також може позитивно впливати на виділення NO, є доцільним.

Матеріали та методи. У дослідження включено 66 пацієнта з ІХС, стабільною стенокардією напруги II-III функціонального класу (53,3 ± 7,5 року, чоловіків - 60, жінок – 6), з них – 40 хворих із супутньою артеріальною гіпертензією (АГ) II-III стадії.

На першому етапі хворі були розділені на 2 групи по 40 і 26 пацієнтів відповідно. Перша група включала пацієнтів із ІХС та супутньою АГ, друга – без наявної АГ. Кожна з груп додатково була розподілена на 2 підгрупи:

1) Хворі, яким був призначений мельдоній у дозі 750 мг/д протягом 6 міс в доповнення до базової терапії основного захворювання (n=20 для ІХС+АГ та n=14 для ІХС без АГ).

2) Хворі, котрі продовжували базову антиангінальу, дезагрегантну, гіполіпідемічну терапію, при цьому кожному пацієнтові спочатку здійснювали підбір дози β-блокатора, і тільки в випадку його неефективності призначалися пролонговані нітрати – ізосорбіду-5-мононітрат (n=20 для ІХС+АГ та n=12 для ІХС без АГ).

Ліпідний спектр крові оцінювався за рівнем в сироватці крові: тригліцеридів (ТГ), загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ), холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ) та холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ).

Показники серцевої гемодинаміки визначали методом ехокардіографії за допомогою ехокардіографу «Aplio 400» (Canon) з секторальними датчиками 2,5 і 3,5 МГц в М- та В-режимах по стандартній методиці. До уваги брали кінцевий систолічний об’єм (КСО) лівого шлуночка (ЛШ), кінцевий діастолічний об’єм (КДО) ЛШ, кінцевий систолічний розмір (КСР) ЛШ, кінцевий діастолічний розмір (КДР) ЛШ, фракцію викиду (ФВ) ЛШ, масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ), індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з допомогою комп’ютерної програми STATISTICA-7 та пакета статистичних функцій програми «Microsoft-Excel».

Результати. Застосування мельдонію протягом 6 місяців у пацієнтів із ІХС та супутньою АГ привело до зниження концентрації ЗХС з 5,07 до 4,34 ммоль/л (p=0,0207), ТАГ в крові з 1,73 до 1,37 ммоль/л (p=0,1661), ЛПНЩ з 2,07 до 1,7 (p=0,0265) та збільшення ЛПВЩ з 1,07 до 1,15 (p=0,1762). При базовій терапії значущих змін зазначених параметрів не спостерігали.

Таку ж тенденцію спостерігали у хворих із ІХС без супутньої АГ. Використання мельдонію в цій групі привело до зниження концентрації ЗХС з 4,18 до 3,93 ммоль/л (p= 0,0225), ТАГ в крові з 1,18 до 0,93 ммоль/л (p= 0,2986), ЛПНЩ з 1,62 до 1,18 (p= 0,0404) та збільшення ЛПВЩ з 1,18 до 1,37 (p= 0,0020). При базовій терапії значущих змін зазначених параметрів не відбулося.

Встановили, що при 6-місячному прийомі мельдонію в складі комбінованої терапії хворих на ІХС із супутньою АГ знижувалось КСО з 70,6 до 64,4 мл (p= 0,1640), КДО з 142,2 до 132,9 мл (p= 0,1135), КСР з 4,01 до 3,73 см (p= 0,0214), КДР з 5,4 до 5,3 см (p= 0,2853), ММЛШ з 216,9 до 181,5 г (p= 0,003), ІММЛШ з 109,1 до 91,1 г/м^2 (p= 0,003). ФВ у цій групі зростала з 49,7 до 51,7% (p= 0,0764). При базовій терапії змін зазначених параметрів були менш вираженими.

Таку ж тенденцію спостерігали у хворих із ІХС без супутньої АГ. Використання мельдонію в цій групі привело до зниження КСО з 82,1 до 75 мл (p= 0,5637), КДО з 157,2 до 145,1 мл (p= 0,623), КСР з 4,2 до 3,9 см (p= 0,3044), КДР з 5,5 до 5,2 см (p= 0,1489), ММЛШ з 232,2 до 183,9 г (p= 0,0165), ІММЛШ з 121,5 до 96,4 г/м^2 (p= 0,0193). ФВ у цій групі зростала з 47,3 до 49,4% (p= 0,5253). При базовій терапії змін зазначених параметрів були менш вираженими.

Висновки. Проведене дослідження показало наявність у мельдонія метаболічно позитивного впливу на показники ліпідного обміну – зниження рівня загального холестерину, ліпопротеїнів низької щільності у хворих, які приймали препарат. Застосування мельдонію в складі комплексної терапії хворих зі стабільною стенокардією і супутньою артеріальною гіпертензією сприятливо впливає на структуру міокарда і сприяє зниженню інтенсивності розвитку та прогресування гіпертрофії ЛШ. Мельдоній доцільно розглянути як ефективне доповнення до базової терапії пацієнтів з ІХС та супутньою АГ.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ В СИНДРОМІ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ВУГЛЕВОДІВ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З РОТАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

PATHOGENETIC ROLE OF INTESTINAL MICROFLORA IN CARBOHYDRATE MALABSORPTION SYNDROME IN EARLY AGED CHILDREN WITH ROTAVIRUS INFECTION

Воробйова Н. В. */ Vorobiova N. V.*

Науковий керівник: д мед.н., професор Усачова О.В.

Запорізький державний медичний університет,

кафедра дитячих інфекційних хвороб

kdibzdmu@gmail.com

Актуальність. Ротавірусна інфекція (РВІ) виступає найбільш частою причиною інфекційної діареї у дітей раннього віку. Однією з основних ланок патогенезу РВІ є синдром мальабсорбції вуглеводів, клінічні прояви якого можуть

варіювати залежно від сукупної дії ряду факторів: рівню активності ферменту лактази-флорізин-гідролази, надходжень лактози з їжею, індивідуальної чутливості кишківника та стану кишкової мікрофлори.

Мета. З'ясувати роль метаболічної активності кишкової мікрофлори в синдромі мальабсорбції вуглеводів при РВІ у дітей раннього віку.

Матеріали і методи. Обстежено 60 дітей із РВІ віком 1-24 міс., які лікувалися у відділенні №4 КНП «Обласна інфекційна клінічна лікарня» (ОІКЛ) ЗОР
та 30 здорових дітей, репрезентативних за віком та статтю, які склали групу порівняння. Виразність мальабсорбції вуглеводів оцінювали за загальним рівнем екскретованих вуглеводів у фекаліях, які визначали напівкількісно в гострий період хвороби (на II-III добу) за допомогою проби Бенедикта. Метаболічну активність та склад кишкової мікрофлори досліджували шляхом вивчення коротколанцюгових жирних кислот (КЖК): оцтової, пропіонової та масляної, детекцію яких проводили методом рідинної хроматографії паралельно з пробою Бенедикта. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакетів програми «STATISTICA for Windows 13» (StatSoftInc., №JPZ804I382130ARCN10-J). Через розподілення даних, що відрізнялося від нормального, використовували непараметричні методи.

Результати. Виявлено залежність між виразністю мальабсорбції вуглеводів та метаболічною активністю кишкової мікрофлори. Так, між загальним рівнем вуглеводів та сумарною концентрацією КЖК у фекаліях спостерігався зворотній кореляційний зв'язок середньої сили ($r = -0,44$, $p < 0,05$). Тобто, зі збільшенням кількості метаболітів кишкових бактерій знижувалася кількість неперетравлених цукрів у випорожненнях. В пацієнтів з мінімальним рівнем неперетравлених цукрів у калі - ≤0,5% (перша група) сумарний пул КЖК був найбільшим – 497,64 [256,88; 928,40] мкмоль/л, перевищуючи в 2,2 та 1,8 рази показники дітей з фекальним рівнем вуглеводів 0,6-1% та >1%, відповідно, ($p<0,05$). Абсолютні концентрації основних метаболітів сахаролітичної мікрофлори, а саме оцтової (С2) та пропіонової (С3) кислот, у даної категорії дітей також були достовірно вищими, ніж у хворих другої та третьої груп ($p<0,05$), складаючи 451,86 [350,68; 907,76] мкмоль/л та 14,62 [4,66; 109,88] мкмоль/л, відповідно. Тобто, зниження ферментативної активності кишкової мікробіоти у дітей із середнім (0,6-1%) та значним (>1%) рівнем неперетравлених цукрів у калі в гострий період РВІ відбувалося переважно за рахунок дефіциту продукції оцтової та пропіонової кислот. Так, в даний термін хвороби концентрації С2 у дітей з показником проби Бенедикта >0,5% (друга та третя групи) були нижчими в 2 та 1,5 рази, відповідно, ніж в першій групі ($p<0,05$) та аж в 4,3 та 3,5 рази, відповідно, нижчими від норми для даного віку ($p<0,01$).

Кількість С3 у дітей з середніми (0,6-1%) та високими (>1%) показниками проби Бенедикта була вдвічі та втричі нижчою, відповідно, ніж в групі хворих із мінімальною екскрецією вуглеводів з калом, дорівнюючи 7,23 [0,00; 14,93] мкмоль/л та 4,37 [0,00; 17,97] мкмоль/л ($p<0,05$), та складала лише 1/13 та 1/22, відповідно, рівню С3 у здорових дітей ($p<0,01$).

Фекальні концентрації масляної кислоти (С4) у дітей з РВІ вже в перші дні хвороби були дуже низькими – 0,00 [0,00; 0,58] мкмоль/л, проти 32,99 [14,43; 53,21] мкмоль/л у здорових дітей. Достовірної різниці між кількістю С4 в групах дітей з різним рівнем неперетравлених цукрів у калі не виявлено, спостерігалася лише тенденція до її зростання зі зниженням показників проби Бенедикта (p=0,064 в групах за критерієм Краскелла-Уолліса).

Вже з перших днів РВІ відмічалося порушення інфраструктури мікробіоти товстого кишечника у вигляді функціонального та кількісного дефіциту облігатних анаеробів, що виражалося в зниженні анаеробного індексу (p<0,05 відносно здорових дітей). Ступінь даних порушень залежав від кількості неперетравлених цукрів, екскретованих з фекаліями. Так, в хворих із рівнем вуглеводів у калі >0,5% АІ був втричі нижчим, ніж в дітей із значеннями проби Бенедикта ≤0,5%, та дорівнював 0,02 [0,00; 0,07] проти 0,06 [0,01; 0,17] (p<0,05), складаючи 1/10 рівню АІ здорових дітей (p<0,01).

Висновки. У дітей раннього віку в гострий період РВІ спостерігаються структурні та функціональні мікроекологічні порушення середовища товстого кишечника, які впливають на виразність синдрома мальабсорбції вуглеводів. Підвищення загальної кількості редукуючих цукрів у фекаліях відображує не тільки виразність порушення процесів розщеплення та всмоктування олігосахаридів ентероцитами тонкої кишки, а й спроможність кишкової мікробіоти їх метаболізувати. Чим нижче ферментативна активність сахаролітичних кишкових бактерій, тим виразніші прояви синдрому мальабсорбції вуглеводів в гострий період РВІ.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖІНОЧИХ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

FEATURES OF IMMUNE STATUS IN CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF WOMEN'S INTERNAL GENITALS

Воробчак О. */ Vorobchak O.*

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Кабаченко Олена Володимирівна

Запорізький державний медичний університет,

кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Актуальність. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці, лікуванні та профілактиці хронічних запальних захворювань внутрішніх статевих органів (ХЗЗВСО), вони залишаються найбільш частим порушенням репродуктивного здоров’я населення нашої країни, їх частота не має тенденції до зниження. Аналіз лейкограми дозволяє оцінити имунний для оптимізації терапії, досягнення стійкої ремісії і зниження розвитку ускладнень ХЗЗВСО жінки.

Мета роботи. Визначення доцільності застосування лейкоцитарних індексів для експрес-оцінки імунного статусу пацієнтів для підвищення ефективності діагностики та лікування хронічних запальних захворювань внутрішніх статевих органів у жінок.

Матеріали та методи. Історії хвороб 84 жінок з хронічними запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів (хронічний сальпінгоофорит, хронічний ендометрит) у віці від 16 до 44 років КНП ОМЦРЛ ЗОР. Контрольну

групу склали історії хвороб 12 жінок з безпліддям незапальної етіології. Досліджувалися загальний аналіз крові, лейкограма, лейкоцитарні індекси до і після курсу стандартної протизапальної терапії.

Результати. При ХЗЗВСО виявлені зниження кількості лейкоцитів, паличкоядеринх форм, виражена лімфоцитарна реакція, що може відображати роль бактеріальних, вірусних інфекцій в розвитку запальних процесів. Збереження низького вмісту лейкоцитів, тенденція до підвищення еозинофілів після лікування може свідчити про додатковий імуносіпресивний ефект антибіотиків нестероїдних протизапальних препаратів, розвиток автоімунних процесів у жінок з ХЗЗВСО. Відсутність за даними лейкограм суттєвих змін кількості популяцій фагоцитувальних клітин – нейтрофільних гранулоцитів і моноцитів у фазу загострення ХЗЗВСО характерна при вірусних, грибкових інфекціях, внутрішньоклітинних бактеріях (зокрема, мікобактеріях туберкульозу), а також мікоплазменних, хламідійних патогенах і може сприяти прогресуванню запального процесу у внутрішніх статевих органах**.**

Зміни показників ІЛ ШОЕ, ЛІІ свідчать про наявність ендогенної інтоксикації, неспецифічної запальної відповіді, а також можливий розвиток автоімунних процесів. Підсилення метаболічних процесів, що проявляються перш за все у зростанні ЛІІ, призводить до автоагресії, яка може мати негативне відображення на функціональній активності імунокомпетентних клітин. Тому, визначення гематологічних індексів є і залишається виправданим та доцільним для вивчення динаміки лікування.

Висновки. 1. ХЗЗВСО супроводжуються змінами в імунній системі: імуносупресія (відсутність лйкоцитарної реакції при загостренні, підвищення лейкоцитарних індексів ІН/М, ІЛ//М), відсутність нейтрофільної фази, лімфоцитоз можуть свідчити про роль бактеріальної, грибкової, вірусної інфекції, бути прогностичною ознакою прогресування запального процесу. ХЗЗВСО супроводжуються розвитком ендогенної інтоксикації (підвищення ЛІІ), автоімунного процесу (підвищення ШЛ*ШОЕ, ІСЛЕ). Оцінка показників лейкограми і лейкоцитарних індексів є доцільним для адекватної корекції імунної системи при ХЗЗВСО і контролю динаміки лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ГІПОТИРЕОЗ ТА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

PECULIARITIES OF THE COURSE OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE HYPOTHYROESIS AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Гавриленко В. Є. */ Gavrylenko V.*

Науковий керівник: д. мед. н., професор Бенца Т. М.

Національний університет охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика, кафедра терапії

Мета. Оцінити динаміку когнітивних порушень (КП) у хворих на післяопераційний гіпотиреоз (ПГ) і неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Обстежено 22 пацієнти (з них 7 чоловіків, 15 жінок) віком 48±8 років з КП, ПГ та НАЖХП. Пацієнти були поділені на 2 групи: 1 - основну (n = 11) та 2 - контрольну (n = 11). До початку дослідження та через 1 місяць пацієнтам проводили тестування за Монреальською когнітивною шкалою, визначали загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), аланін-амінотрансферазу (АЛТ), аспартат-амінотрансферазу (АСТ). Хворим обох груп призначили левотироксину натрію (125 - 200 мкг/добу). Додатково 1-а група пацієнтів отримувала Аргініну гідрохлорид 42 мг/мл за схемою 200 мл/добу – 15 днів, наступні 15 днів L-аргініну аспартату 200 мг/мл по 5 мл/добу. А контрольна група отримувала тільки левотироксин натрію.

Результати. Кількість балів в 1 групі 22,8±25,9, а в 2-й 17,8-21,3. Рівень ЗХ в 1 групі знизився з 7,1±0,8 до 6,7±0,4 ммоль/л, а в 2 – з 7,2±0,7 до 6,97±0,35 ммоль/л. В 1-й групі ТГ зменшились з 3,9±0,4 ммоль/л до 3,5±0,3 ммоль/л, а в 2 - з 3,8±0,5 ммоль/л до 3,7±0,1 ммоль/л. ЛПНЩ в 1 групі знизились з 5,9±1,4 до 5,5±1,2 ммоль/л, в 2-й – з 5,8±1,3 до 5,7±1,4 ммоль/л. Рівень АЛТ в 1 групі зменшився з 47,5±1,82 до 40,1±1,73 МОд/л, рівень АСТ знизився з 41,3±1,52 до 39,8±1,33 МОд/л, в контрольній групі змін в рівнях АСТ та АЛТ не спостерігалось.

Висновки. Комплексне лікування хворих на КП, ПГ та НАЖХП сприяло покращенню когнітивних показників, трансаміназ (зниження АСТ, АЛТ), а також нормалізації ліпідограми (зниження ЗХ, ТГ та ЛПНЩ).

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ SARS-COV-2 ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF SARS-COV-2 INFECTION AMONG HOSPITALIZED CHILDREN IN UKRAINE

Гаращенко Т. А. */ Harashchenko T.*

Науковий керівник: д.м.н. Уманець Т.Р.

ДУ ”Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук’янової НАМН України”, м. Київ, Україна

ipag@ukr.net

Вступ. Дані щодо клінічних особливостей перебігу коронавірусної хвороби 19 (COVID-19) серед дитячого населення обмежені, недостатньо вивчені та вимагають подальших досліджень.

Мета. Метою нашого дослідження було вивчити клінічні, демографічні, епідеміологічні особливості коронавірусної хвороби-19 серед госпіталізованих дітей в Україні.

Матеріали та методи. Ретроспективно булообстежено 130 дітей віком від 1 місяця до 18 років, хлопчиків (49,3%) та дівчат (50,7%), які були госпіталізовані до Київської міської дитячої клінічної інфекційної лікарні з лабораторно підтвердженим вірусом SARS-CoV-2. Клініко-епідеміологічні характеристики було проаналізовано на основі історії хвороб, лабораторних досліджень та рентгенологічних даних.

Результати. Більшість пацієнтів у поточному дослідженні мали середньо-важкий перебіг захворювання (n = 108) 81,8%, тоді як у 18,2% дітей (n = 24) був важкий перебіг COVID-19. У вікових групах переважали діти від 6 до 12 років (n = 42) 31,8% порівняно з іншими: 1 місяць -1 рік (n = 19) 14,4%, 1-5 років (n = 33) 25%, 13-18 років (n = 38) 28,8%. Важкий перебіг відмічався серед дітей віком 13-18 років, 67%, тобто у 16 з 24 дітей з важкою формою COVID-19, 5 з них (21%) знаходилися у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ), 2 дітей (1,5%) перебували на ШВЛ. Жодного летального випадку, серед госпіталізованих дітей не відмічалося. Загалом 57% пацієнтів інфікувались вдома. Серед дітей найбільш поширенимипервинними симптомами були:лихоманка (78,5%), кашель (53,8%), риніт (50%), втома (25,0%), діарея (16,6%), аносмія (4,5%)), а також лімфаденопатія, яка була виявлена у (24,4%) дітей. Супутня патологія відмічалася у 45 пацієнтів (34%), серед неї переважали: хронічний тонзиліт (11,36%),мононуклеоз (3,8%), анемія (4,5%), неврологічна патологія (3,8%). Більшості пацієнтів було проведено КТ органів грудної порожнини (n=80), у 30 із 130 пацієнтів (23,5%) не було виявлено патологічних змін за даними КТ, тоді як характерні зміни по типу матового скла відмічалися у 61,3%, а такі неспецифічні зміни, як одностороння та двостороння пневмонія була виявленау 8,3% та 6,8% пацієнтів відповідно.Провідним лабораторним маркером виступало підвищення С-реактивного білка (СРБ) (+++ і вище), яке відмічалося серед 23 дітей (17,4%), тобто у 12 з 24 дітей, які мали важкий перебіг коронавірусної хвороби-19. Крім того, лейкоцитоз було зафіксовано у (28,8%) дітей.

Висновки. Серед госпіталізованих дітей, включаючи немовлят, в більшості випадків спостерігався середньо-важкий перебіг COVID-19.Провідними причинами для госпіталізації серед дітей виступали: сильний інтоксикаційний синдром, лихоманка, дихальна недостатність та зневоднення. Дане дослідження дасть додаткову інформацію щодо особливостей перебігу коронавірусноїхвороби-19 серед дітей в Україні.

АНТИНОЦИЦЕПТИВНА АКТИВНІСТЬ КРІОКОНСЕРВОВАНОГО ЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ТА ІБУПРОФЕНУ ПРИ ЇХ КОМБІНОВАНОМУ ЗАСТОСУВАННІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

ANTINOCICEPTIVE ACTIVITY OF CRYOPRESERVED PLACENTA EXTRACT AND IBUPROFEN IN THEIR COMBINED USE IN EXPERIMENTS

Гладких Ф. В. */ Hladkykh F. V.*

Науковий керівник: к. мед. н., старший дослідник Чиж М. О.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини

Національної академії наук України,

відділ експериментальної кріомедицини

fedir.hladkykh@gmail.com

Актуальність. Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) належать до засобів симптоматичного лікування больового синдрому та запальних процесів різної етіології, зокрема при ураженнях опорно-рухового апарату, лихоманці, для профілактики тромбозів тощо. Водночас для цих препаратів характерні досить часті побічні ефекти [Панчишин Ю.М. та співав., 2014]. Одним з найбільш

відомих представників класу НПЗЗ є ібупрофен, який успішно застосовується в клінічній практиці більше 50 років у безрецептурному відпуску [Морозова Т.Е., 2013].

Мета дослідження: охарактеризувати вплив кріоконсервованого екстракту плаценти (КЕП) на антиноцицептивну активність ібупрофену на моделі вісцерального болю у мишей.

Матеріали і методи. Антиноцицептивну активність вивчали на моделі вісцерального болю, індукованого оцтовою кислотою. Мишей (28 особин) розділили на 4 групи: I (контроль) – миші (n = 7) з оцтовокислими корчами, яким внутрішньом'язово (в/м) вводили 0,9 % р-н NaCl (0,1 мл / 10 г маси тіла) та внутрішньошлунково (в/шл) воду *pro injectionibus* (*ПАТ «Галичфарм», Україна*) з розрахунку 0,1 мл / 10 г маси тіла, II – миші (n = 7) з оцтовокислими корчами, яким в/м вводили КЕП (0,14 мл/кг маси тіла) та воду *pro injectionibus* (0,1 мл / 10 г маси тіла, в/шл), III – миші (n = 7) з оцтовокислими корчами, яким в/м вводили 0,9 % р-н NaCl (0,1 мл / 10 г маси тіла) та ібупрофен (170 мг/кг, в/шл), IV – миші (n = 7) з оцтовокислими корчами, яким в/м вводили та КЕП (0,14 мл/кг маси тіла) та ібупрофен (170 мг/кг, в/шл) [Сигидин Я.А., 1988].

Вісцеральні больові відчуття викликали внутрішньоочеревинним (в/о) введенням хімічного подразника – 0,75 % р-ну оцтової кислоти (пусковим моментом виступає білкова деструкція мембран) із розрахунку 0,1 мл / 10 г маси тіла вводили через 60 хв [Стефанов О.В., 2001; Beskhmelnitsyna E.A., 2019] після в/шл введення НПЗЗ (ібупрофен). КЕП (0,16 мл/кг) вводили в/м за 60 хв до НПЗЗ. Введення р-ну оцтової кислоти сприяє загальній активації ноцицептивної системи та місцевому вивільненню брадикініну, гістаміну, серотоніну, простагландинів та лейкотриєнів [Стефанов О.В., 2001], яке призводить до розвитку больових поведінкових реакцій, які проявлялись у вигляді характерних торсійних реакцій (больових «корчів») − бокових згинань тулуба, витягувань задніх кінцівок та прогинанням спини, тертя животом по підлозі, вилизувань живота, мимовільних скорочень черевних м'язів живота, які чергуються з із їх розслаблення. Впродовж 20 хв після в/о введення оцтової кислоти підраховували кількість корчів. Антиноцицептивну активнсть визначали як співвідношення кількості корчів у дослідній та контрольній групах тварин.

Результати. Дослідження показало, що в/о введення 0,75 % р-ну оцтової кислоти призводить до розвитку 35,6±1,5 корчів впродовж 20 хв. Застосування КЕП не призвело до суттєвого зниження кількості корчів, що вказує на відсутність власної антиноцицептивної активності у досліджуваного екстракту.

Застосування ібупрофену призвело до статистично вірогідного ($p<0,001$) зниження кількості оцтових корчів на 36,9 % відносно показників мишей контрольної групи. На тлі комбінованого застосування ібупрофену та КЕП відмічено статистично вірогідне ($p<0,05$) відносно показників тварин контрольної групи зниження кількості корчів на 43,4 %, проте різниця з групою монотерапії ібупрофеном рівня статистичної вірогідності не досягла ($p = 0,16$).

Висновки. Антиноцицептивна активність ібупрофену становить 37,1 %($p<0,05$), кріоекстракту плаценти – 9,8 % ($p>0,05$), комбінованого застосування вказаного НПЗЗ та досліджуваного кріокстракту – 43,5 % ($p>0,05$).

ЛОКАЛЬНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНІТ: ПИТАННЯ, ЩО СТАВИТЬ ПЕРЕД НАМИ СЬОГОДЕННЯ. ПОШУК ВІДПОВІДЕЙ

LOCAL ALLERGIC RHINITIS: QUESTION THAT RAISES THE PRESENT. SEARCH FOR ANSWERS.

Глогуш І. І. */ Glogush I. I.*

Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика, кафедра педіатрії № 1

glogush@ukr.net

Актуальність. Локальний алергічний риніт (ЛАР) - був запропонований як фенотип риніту, і являється локалізованою назальною алергічною реакцією за відсутності системної атопії, що характеризується місцевим продукуванням специфічних антитіл IgE, картиною інфільтрації клітин слизової оболонки при природному впливі аероалергенів та позитивною відповіддю на тест-провокацію назальним алергеном з вивільненням медіаторів запалення. Вважається, що співвідношення алергічного (АР) та неалергічного риніту (НАР) становить 1:1. Проте діагностика ЛАР може змінити це співвідношення на користь АР.

Метою проведеного огляду літератури , було вивчити нові уявлення про патофізіологію та клінічну характеристику „місцевого алергічного риніту", нового фенотипу риніту, який може вплинути на тактику ведення пацієнтів, яким раніше був діагностований неалергічний риніт.

Обговорення. Патогенез АР добре встановлений, і викликається запальною реакцією слизової оболонки носа, що включає негайну IgE-опосередковану реакцію тучних клітин і пізньо-фазову реакцію з набором еозинофілів, базофілів і Т-клітин, що виражають профіль цитокінів Th2, що включає інтерлейкін (IL) – 4 та ІЛ-5. Патофізіологія ЛАР до кінця не встановлена, і на питання, чому більшість пацієнтів з алергією виявляють системну сенсибілізацію (атопію), тоді як у деяких розвиваються лише місцеві реакції (ентопія), ще не дано відповіді. В недавньому огляді Dullaers et al. припустив, що перший крок до атопії відбувається в слизовій оболонці носа, де виробляється специфічний для алергену IgE. В іншому дослідженні виявлення алерген-специфічного IgE на поверхнях периферичних базофілів у пацієнтів з ЛАР дозволяло припустити, що другий крок до атопії знаходиться на поверхні периферійних базофілів та інших клітин-мішеней, за яким слідує третій і заключний крок, який полягає у виявленні сироваткової IgE та сенсибілізації тучних клітин шкіри. Таким чином, відмінності між ЛАР та АР можуть пояснювати різні стадії сенсибілізації до алергену.

Вперше про місцеву продукцію IgE у слизовій оболонці носа було заявлено
ще у 1975 році серед пацієнтів із типовими симптомами алергічного риніту та негативною оцінкою алергії (негативними шкірними пробами(skin prick test) і/або сироватковими IgE (sIgE)). У 2010 р. було запропоновано концепцію ентопії (на відміну від атопії) для визначення місцевої продукції IgE у слизовій оболонці дихання.

Визначення «локальний алергічний риніт» (ЛАР) було задокументовано Rondón et al.. Які у своїй роботі показали, що тест на провокацію носа (НПТ)

з Dermatophagoides pteronyssinus (кліщ домашнього пилу) був позитивним у 54% пацієнтів з діагнозом неалергічний риніт (НАР) на основі негативних результатів загального тестування на алергію. Ті ж автори нещодавно повідомляли у 10-річному подальшому дослідженні що перехід на АР (тобто на системну атопію) відбувся у 9,7% пацієнтів з ЛАР порівняно з 7,8% контрольних (p = 0,623).

Істинна поширеність ЛАР залишається невизначеною. У 2012 р. Rondon et al. повідомили про поширеність 25,7% ЛАР серед групи дорослих пацієнтів з хронічним ринітом. У тій же когорті 63,1% було діагностовано АР та 11,2% - неалергічний риніт (НАР). Найчастіше збудником алергену як для ЛАР, так і для АР був D. pteronyssinus. Подібне співвідношення між ЛАР та АР повідомляють Bozek et al. серед пацієнтів літнього віку поширеність ЛАР становила 21%, а АР - 40,2%, із сенсибілізацією до D. pteronyssinus.

Місцева алергічна реактивність продемонстрована у 26,5% пацієнтів, які раніше вважалися неалергічними. W. Hamizan, // IFAR 2017 July7(9)

Більше 36% пацієнтів з ЛАР повідомили про початок риніту в дитячому віці. Це спостереження , хоча і ретроспективно, дозволяє припустити, що ЛАР є стабільним фенотипом з дитинства. І навпаки, інше дослідження щодо ЛАР, включаючи дітей, припускало, що ЛАР є першим кроком у природній еволюції до класичного АР, особливо коли це починається в перші два десятиліття життя та у полісенсибілізованих пацієнтів.(Stefania Arasi PAI|//Sep2016 27(6)). Ті ж автори встановили, що у дітей з ринітом у періоди, коли спори Alternaria були в повітрі, позитивний результат назальних IgE та НПТ спостерігався у 69,6% пацієнтів, це свідчить про те, що асоціація НПТ та назального IgE має вищу діагностичну здатність.

Висновок. Подальше вивчення ЛАР, як нового фенотипу риніту, дозволить вдосконалити, а іноді кардинально змінити тактику ведення пацієнтів, що страждають від риніту. Рівень sIgE в носових секретах хворих на риніт, а особливо особливо розробка чутливих та специфічних тестів для виявлення IgE в носових секретах дитини є пріоритетною надійною неінвазивною альтернативою sIgE в сироватці для діагностики алергічного риніту.

ПОШУК МЕТОДУ ЗАПОБІГАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ АНАСТОМОЗУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

SEARCH FOR A METHOD OF PREVENTING THE ANASTOMOSIS FAILURE IN THE SURGICAL TREATMENT OF RECTAL CANCER

Гордійчук М. П. */ Gordiichuk M. P.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кафедра онкології

kafedraoncologii@gmail.com

Актуальність. Нагромаджені за останні десятиліття знання в області анатомії таза, патологічної морфології, техніки оперування з впровадженням сучасного обладнання та зшиваючих апаратів дозволило розширити покази до сфінктерзберігаючих операцій, накладати низькі та ультранизькі колоректальні анастомози з хорошими функціональними результатами при одночасному

дотриманні всіх принципів радикальності оперативного втручання (Han F et al. 2010; Saito N et al 2009).

Однак, незважаючи на це, дані сучасних багатоцентрових досліджень не виявили значної тенденції до зниження частоти неспроможності анастомозу, яка зберігається на досить високому рівні від 5 до 9% (Schmidt O et al., 2003; Peeters KC et al., 2005; Takayuki A. et al., 2010; Vakalopoulos K.A. et al., 2013). Неспроможність анастомозу призводить до розвитку перитоніту, сепсису, зростання смертності, тривалого перебування хворого в стаціонарі, високого рівня виникнення рецидиву, ризику постійної стоми**,** значних додаткових фінансових витрат, низької якості життя пацієнтів (Kang CY et al. 2013; Law WL et al. 2007).

Аналіз отриманого досвіду зробить істотний вплив на вибір профілактичних заходів неспроможності анастомозу та лікувальній тактиці.

Матеріали і методи. За період дослідження з 2018 по 2020 рр. в абдомінальному відділенні виконано 468 оперативних втручань у хворих на рак прямої кишки. Середній вік оперованих склав - 60,34 ± 6,1 рік. Локалізація пухлини по відділах: -ректосигмоїдний - 58 (12,39%); - верхньоампулярний – 141 (30,13%); - середньоампулярний – 168 (35,89%); - нижньоампулярний – 101 (21,58%). За стадією захворювання: I – 23 (4,91%); II(A,B) – 263 (56,19%); III – 149 (31,83%); IV – 33 (7,05%). За морфологічним дослідженням у 459 (98,07%) хворих верифікована аденокарцинома різного ступеня диференціації. У хворих з II та III стадіями захворювання на першому етапі комплексного лікування проведена хіміопроменева терапія згідно протоколу лікування.

В основу дослідження була поставлена задача підвищення ефективності запобігання неспроможності колоректального анастомозу, що є визначальним чинником ранньої реабілітації оперованих хворих. Для її обґрунтування було обстежено 32 пацієнта в перші 7 діб раннього післяопераційного періоду, після сформованого колоректального анастомозу у хворих на рак прямої кишки. Досліджували внутрішньокишковий тиск в просвіті поперечно-ободової та проксимальному відділі ободової кишки перед анастомозом. Аналіз отриманих результатів свідчив, що внутрішньокишковий тиск починає зростати в поперечно-ободовій кишці впродовж перших діб післяопераційного періоду з наступною стабілізацією, а з другої доби спостерігався швидкий ріст внутрішньокишкового тиску в проксимальному відділі ободової кишки перед анастомозом. Повторна хвиля зростання внутрішньокишкового тиску в поперечно-ободовій кишці починається з третьої доби післяопераційного періоду з піком тиску 9,12 ± 0,57 кПа на 83,7 ± 6,7 год.. Приймаючи до уваги ще одну важливу особливість, а саме: площина сформованого анастомозу до площини просвіту проксимального відділу ободової кишки розміщена під кутом ≤ 90º, що зумовлене анатомічною будовою тазу – промонторіумом. На основі отриманого результату, з початком четвертої доби виникає висока ймовірність виникнення пневмо-гідроудару накопиченим вмістом в просвіті ободової кишки на лінію анастомозу, при якому внутрішньолюмінальний тиск в зоні анастомозу може бути в декілька разів вищим, ніж в проксимальній кишці і досягати ≥ 20 кПа. Таким чином, даний феномен є визначальним у виникненні неспроможності колоректального

анастомозу в період з кінця третьої до сьомої доби післяопераційного періоду, що повязане з терміном відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника.

Результати. На основі вищенаведених досліджень запропоновано і впроваджено спосіб трансанальної інтубації для запобігання неспроможності колоректального анастомозу у 47 хворим. Методика його виконання полягає в тому, що хірург з сторони промежини проводить інтубаційний зонд F:30 через анальний канал в куксу прямої кишки по напрямку до сформованого анастомозу, хірург з сторони черевної порожнини контролює введення зонду через просвіт анастомозу, узгодженими діями обох хірургів зонд проводиться в привідну ободову кишку в середньому на 33,4 ± 4,7см від лінії анастомозу так, щоб не спричиняв пружинного тиску на її стінки, фіксують вузловим швом до шкіри промежини, дистально на 15см від фіксації відрізають надлишок зонда. В середньому через 82,3 ± 5,8 год після операції видаляємо трансанальний зонд, хворий знаходиться у ліжку на судні, знімають фіксацію зонда, до нього приєднуємо перехідник за допомогою шприца в просвіт зонда вводимо у продовж 3-5хв. 40мл. гліцерину та 100мл. розчину метранідазолу, повільно виконують екстубації з постійним введенням в просвіт наступної порції гліцерину в об'ємі до 40мл., анальний канал змазують гліцерином чи вазеліном, хворий знаходитися на судні до повного випорожнення, яке триває до двох годин, а за об'ємом у середньому складає 1,4±0,23кг. В подальшому спостерігаємо у пацієнта природнє, регулярне відновлення евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту.

За безпосередніми результатами лікування було отримано: -неспроможність анастомозу діагностовано у 1 (2,12%) хворого на 7 добу післяопераційного періоду; - післяопераційної летальності не було; - термін перебування пацієнта в стаціонарі склав 7,2 ±1,3 ліжко-дня.

Висновки. Запропонований спосіб зарекомендував себе, як ефективний метод запобігання неспроможності колоректального анастомозу у хворих прооперованих на рак прямої кишки. Даний метод потребує подальшого дослідження для включення його в стандарти оперативних втручань.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПРИЙМАЛИ АРТ

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF KIDNEY DAMAGE IN HIV INFECTION IN PATIENTS RECEIVING ART

Городецька А. І. [1]***, Дядик О. О.,*** [2] / *Gorodetska A.* [1,2]*, Dyadyk O.* [2]

[1] Київська міська клінічна лікарня № 5, Київ, Україна

[2] Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Актуальність. ВІЛ-інфекція пов'язана з численними несприятливими проявами ураження нирок, що включають ВІЛ-асоційовану нефропатію (ВІЛ-АН), ВІЛ-асоційовані імунокомплексні захворювання нирок (ВІЛ-ІК), гломерулонефрити та тубулопатії. Визначення етіологічних відношень між вірусом, імунною системою та ураженням нирок конкретного пацієнта потребує високоспецифічних методів дослідження, як імунний аналіз тканинних білків, які зазвичай неможливі в клінічних умовах. Це обумовлює актуальність

ретроспективного морфологічного аналізу ураження нирок серед пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.

Мета дослідження. Проаналізувати та узагальнити літературні та власні дані, щодо морфологічних змін гломерулярного та тубулярного апаратів нирок при верифікації нефропатій та визначити їх виявляємість у пацієнтів з ВІЛ на антиретровірусній терапії (АРТ).

Матеріали і методи. Дослідження виконувалось на базі Київської міської клінічної лікарні № 5 та кафедрі патологічної та топографічної анатомії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. Було проаналізовано 164 випадки померлих з ВІЛ-інфекцією, серед яких відібрано 11(n) випадків з ВІЛ-інфекцією відповідно до критеріїв включення: померлі, які мають підтверджений діагноз ВІЛ та отримували АРТ не менше 1 року. Клінічні дослідження, лабораторні та інструментальні тести були виконані у акредитованих закладах та лабораторіях.

Середній вік пацієнтів становив – 39 (± 6.74) років. Розподіл за статтю: жінки - 6 (54.54%) та чоловіки – 5(45.45%). Всі досліджувані європеоїдної раси.

Матеріал для морфологічного дослідження був фіксований та оброблений за стандартною гістологічною методикою. Мікропрепарати фарбовані гематоксиліном та еозином.

Результати. Патоморфологічні зміни при дослідженні гломерулярного та тубулярного компонентів проявлялись наступним чином – У 1 (9%) кістозноподібна дилатація канальців, білковий компонент в просвіті Боумена; У 2 (18%) гіаліноз капілярних петель, дистрофічні зміни з вогнищами субатрофії та атрофії епітелію з стовщенням та розщепленням тубулярної базальної мембрани, повний склероз клубочка; У 3 (27%) вакуолізація цитоплазми подоцитів, потовщення стінок капілярів (базальних мембран, які часто піддаються псевдорозщепленню з утворенням двоконтурних базальних мембран – феномен "трамвайної лінії"), склероз капсули Боумена; У 5 (42.8%) клітинний інфільтрат у просвіті капілярних петель (моноцити, поліморфно-ядерні лейкоцити, вогнищевий каріорексис, ділянки фібриноїдного некрозу), інтерстиціальні вогнищеві лімфо-гістіоцитарні інфільтрати, склероз паріетальних петель клубочка; У 6 (54.5) спадіння капілярних петель, осередкова або дифузна мезангіальна проліферація з розширенням позаклітинного матриксу; нерівномірно виражене набухання та вогнищева проліферація ендотеліальних клітин; У 8 (72 %) склероз капілярних петель, початковий інтерстиціальний фіброз строми; У 9 (81) нерівномірне стовщення, вогнищеве розщеплення капілярних петель. У всіх випадках спостерігались дистрофічні зміни епітелію ниркових канальців різного ступеня, до некробіотичних змін, що розцінено як термінальні прояви.

Висновки. Морфологічна картина, максимально наближена до ВІЛ-АН була верифікована лише у одному випадку (комплекс змін – фокально-сегментарний гломерулосклероз з кістозною дилатацією канальців), що може бути обумовлено строками призначення АРТ, необоротністю змін у нирках та неможливістю відслідковування моменту розвитку ураження нирок. В досліджувальній групі переважали початкові склеротичні зміни судинного

компоненту клубочка, що опосередковано може свідчити про початок розвитку ВІЛ-асоційованих імунокомплексних гломерулопатій. Своєчасне призначення АРТ дає змогу попередити та\або зупинити розвиток ВІЛ-АН та зберегти ниркову функцію в подальшому, а також мінімізувати прояви ВІЛ-ІК.

УРОГЕНІТАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШИЙКИ МАТКИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

UROGENITAL INFECTION IN DISEASES OF CERVIX OF PREGNANT WOMEN

Господаренко Л. А. */ Gospodarenko L. A.*
Науковий керівник: к. мед. н. асистент Н.Г.Скурятіна
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
кафедра акушерства і гінекології № 2
lusia.gospodarenko@gmail.com

Актуальність. Сучасній медичній науці відомо більш ніж 2500 різноманітних інфекцій і кожна з них може бути причиною запальних захворювань жіночих статевих органів, обумовлюючи порушення репродуктивної функції, викликати акушерські та перинатальні ускладнення.

У вагітних в структурі генітальних інфекцій переважають порушення мікробіоцинозу піхви. Частота порушення біоценозу статевих шляхів та інфекцій, що передаються статевим шляхом (хламідії, уреаплазми, мікоплазми, віруси) під час вагітності складає 40-65% і 12-22% відповідно. При патології шийки матки інфікування вагітних жінок складає 71-78%. У вагітних з ознаками інфікування проліферативний та пластичний потенціал епітелію вищий ніж у неінфікованих жінок. Зростання частоти передраку та раку шийки матки пояснюється наявністю інфекцій, що передаються статевим шляхом, як абсолютних патогенів.

Мета. Оцінити частоту виявлення урогенітальних інфекцій при захворюваннях шийки матки у вагітних.

Матеріали і методи. Обстежено 55 вагітних жінок віком 24-32 роки, які склали дві групи. 1 група - 35 (63,6%) жінок із захворюваннями шийки матки, 2 група - 20 (36,4%) жінок з незміненою шийкою матки. Серед жінок 1 групи доброякісні захворювання шийки матки (ектопії, псевдоерозії) мали 22 (62,9%), дисплазії – 13 (37,1%). Всі пацієнтки були вперше народжуючими і не проходили раніше лікування шийки матки. Обстеження проводили в першому триместрі вагітності. Крім загально-клінічних методів обстеження, проводили кольпоскопію, цитологічне, мікробіологічне, імунологічне (визначення рівня місцевого sIgA) та статистичне дослідження.

Результати. За результатами цитологічного дослідження виявлено, що «цитограма без особливостей» виявлялась лише у 8 (22,9%) жінок 1 групи і у 16 (80,0%) - 2 групи. Запальний тип виявлено у 15 (42,9%) і 4 (20,0%) жінок відповідно, дисплазія легкого ступеня - у 12 (34,3%) вагітних 1 групи.

При оцінці мікробіологічних досліджень встановлено, що у 28 (80,0%) вагітних 1 групи виявлялись збудники, які передаються статевим шляхом. У вигляді моно-інфекції ці збудники зустрічались у 10 (28,6%), у вигляді мікст-інфекції – у 25 (71,4%) жінок. Серед моно-інфекцій переважали уреаплазми, які спостерігались у 8 (22,9%), рідше зустрічались хламідії, мікоплазми, гарднерели

та трихомонади. Такі умовно-патогенні мікроорганізми, як M. hominisi G.Vaginalis у високому низькому мікробному числі (> 10^4КОЕ/г) виявлялись у 4 (11,4%) і 7 (20,0%) жінок даної групи відповідно. Вірус папіломи людини (ВПЛ) діагностовано у 17 (48,6%) вагітних 1 групи.

Серед мікст-інфекцій у жінок з доброякісними захворюваннями переважали бактеріальні асоціації - у 9 (40,9%), в той час як у жінок з передраковими захворюваннями шийки матки переважали бактеріально-вірусні асоціації - у 11 (91,7%). Аналіз бактеріологічного дослідження показав, що у 20 (57,1%) пацієнток 1 групи були присутні представники неспецифічної мікрофлори (E. coli, St.aureus, St. epidermalis, Enterococcusfaecalis, Str. Angemaliticus) у високому мікробному числі (10^5- 10^6 КОЕ/г), у 11 (31,4%) жінок зустрічались гриби роду Candida. У 7 (35,0%) вагітних 2 групи виявлено M. hominis, G. vaginalis, St. epidermalis, Enterococcusfaecalis, гриби роду Candida в низькому мікробному числі (< 10^3 КОЕ/г).

Особлива роль в захисті органів, що стоять на межі із зовнішнім середовищем належить місцевому імунітету. Аналіз показника рівня місцевого sIgA показав його достовірне ($p<0,05$) зниження у вагітних 1 групи (4,01±0,85 г/л) порівняно із 2 групою (9,4±0,65 г/л). Зниження рівня sIgA у вагітних з патологією шийки матки може свідчити про пригнічення захисних властивостей цервікального слизу, що сприяє проникненню інфекційних чинників в епітеліальні клітини шийки матки.

Висновки. Отже, аналіз результатів дослідження показав, що захворювання шийки матки у вагітних супроводжуються високою частотою урогенітальних інфекцій, серед яких переважають бактеріальні та бактеріально-вірусні асоціації. Серед збудників генітальних інфекцій частіше виявлялись уреаплазми (22,9%), гарднерели (20,0%), гриби роду Candida (31,4%) і ВПЛ (48,6%). На фоні захворювань шийки матки у вагітних відмічається зниження місцевого іммунітету, що характеризується зниженням sIgA в піхвово-цервікальних змивах. Ведення вагітних з патологією шийки матки повинно проводитись під динамічним кольпоскопічним та цитологічним контролем, з обов'язковим обстеженням на урогенітальні інфекції та своєчасним їх лікуванням.

ЗАСТОСУВАННЯ PRP В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

THE USAGE OF PLATELET-RICH PLASMA IN TROPIC EXPRESSIONS TREATMENT OF VENOUS ETIOLOGY

Дембіцький А. Р. */ Dembitskyi A. R.*

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Саволюк С.І.

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та судинної хірургії

dembitskyis3@gmail.com

Актуальність. Підсумувавши історію розвитку технік оперативних втручань при варикозному розширенні вен нижніх кінцівок, що на протязі більше ніж 50 років включала в себе лише лігування, стріпінг, склеротерапію та компресійний трикотаж, ми можемо побачити значний прогрес та перехід

до значно менш інвазивних методів корекції даного захворювання. В першу чергу пов'язаних із широким застосуванням ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК), радіочастотної абляції (РЧА), ендовенозного електрозварювання (ЕВЕЗ), клейової та парової абляції, кріострипінгу та механо-хімічної облітерації. Однак залишається і гострим питання місцевого лікуванні ускладнених форм хронічної венозної недостатності (ХВН).

Мета дослідження. Визначити ефективність застосування PRP (Platelet-rich plasma, плазма збагачена тромбоцитами) при лікуванні пацієнтів із ХВН С5-С6 клінічних класів.

Матеріали та методи. В ході дослідження було виконано лікування 30 пацієнтів із ХВН С5-С6 клінічних класів, що мали трофічні виразки площею від 15см² до 45см². У І групу увійшло 15 пацієнтів, що були проліковані із застосуванням ЕВЛК та обробкою перфорантних вен в зоні трофічної виразки шляхом склерооблітерації та введенням PRP по краю рани. До ІІ групи увійшло також 15 пацієнтів, яким було проведено аналогічне оперативне втручання та місцеве лікування із застосуванням мазей левоміколь, діоксизоль, метилурацил, перев'язки з розчином бетадину, застосування компресійного трикотажу 2 класу компресії. Оцінку стану ранової поверхні проводили шляхом визначення наявності ранової інфекції, характеру та кількості ексудату, стану країв виразки, динамікою крайової епітелізації.

Результати. Застосування сучасних малоінвазивних методів оперативного лікування ХВН С5-С6 клінічних класів у комбінації із стимуляцією регенеративних процесів у рані шляхом введення PRP значно скоротило термін зменшення виразки на ½ її площі та кінцевого загоєння, що в середньому склало 25±4,2 доби у порівнянні із пацієнтами у ІІ групі – 36±5,1 доба.

Висновки. 1. Комбінація сучасних методів ліквідації патологічного венозного рефлюксу, таких як ЕВЛК та ехоконтрольована склерооблітерація, у пацієнтів із ХВН С5-С6 клінічних класів дозволяє досягти зменшення набряку та загоєння трофічних виразок у короткі терміни. 2. Застосування PRP значно прискорює крайову епітелізацію та стимулює процеси грануляції у рані в порівнянні із застосуванням стандартних підходів до місцевого лікування трофічних виразок венозної етілогії. 3. Даний комплекс заходів не передбачає цілодобового перебування у стаціонарі та обмеження повсякденної активності.

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОНЕВРОЛОГІЧНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН У ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

SOME CLINICAL FEATURES OF SOMATONEUROLOGICAL INFLUENCE ON PATIENTS WITH DUODENAL ULCER.

Демидас О. В. */ Demidas O.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л Шупика, кафедра неврології №2

Актуальність теми. Соматоневрологічні ураження є однією з актуальних медико-соціальних проблем ,зважаючи на їх широку розповсюдженість і вплив на якість життя та працездатність пацієнтів. Порушення психо-вегетативної

регуляції та психосоматичних співвідношень може спричинити виникнення або загострення численних соматичних захворювань. Типовим прикладом психосоматичної патології є виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.

Мета роботи – дослідження клінічних особливостей соматоневрологічних взаємовідносин у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.

Матеріал та методи. Наведено результати фрагменту комплексного обстеження 103 осіб з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, яке включало: детальне неврологічне обстеження з вивченням скарг, даних клініко-неврологічного обстеження з визначенням та співставленням основних неврологічних синдромів, оцінку показників нейропсихологічного статусу за допомогою шкали депресії Бека, самооцінки рівня конституційної та ситуаційної тривожності за за шкалою Спілбергера-Ханіна , вегетативного статусу ,а також за показаннями, інструментальні методи дослідження такі як рентгенографія грудного відділу хребта, МРТ грудного відділу хребта та імпедансометрія. Вік обстежених пацієнтів становив від 25 до 75 років. Середній вік обстежуваних становив 48 ± 7,9 років. Контингент включав осіб молодого, середнього та похилого віку. Переважали чоловіки 77 (74,7%), жінок було відповідно 26 (25,2%).

Результати. Проаналізувавши результати, отриманні при опитуванні пацієнтів щодо основних неврологічних та психосоматичних скарг було виявлено ряд особливостей щодо скарг з боку нервової та серцево-судинної системи : встановлено, що: 86,1% пацієнтів турбував головний біль, 57,4% відчувало зниження пам'яті, 48,1% зниження уваги, 69 % відмічали наявність тривоги, 57,3% порушення сну, 60,2% болі в ділянці серця, 31,4% перебої в роботі серця, 37,9 % серцебиття, парастезії турбували 51,2% обстежених, запаморочення відмічали 58,1% пацієнтів, синкопальні стани виникали у 12% обстежених.

Висновки. Виявлені клінічні особливості соматоневрологічних взаємовідносин у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки потребують подальшого детального дослідження.

POLYCYTHEMIA VERA - HUMAN BLOOD DISORDER AND TREATMENT CORRELATION WITH COVID-19

Kailash Chand Sejal Jain
National Pirogov memorial medical University,
Department of Normal Physiology

Introduction. Polycythemia vera (PV) is a rare blood disorder in which there is an increase in all blood cells, particularly red blood cells. It is a condition that begins in bone marrow, where too many RBCs produced and makes blood thick, you may be likely to have clots, stroke/ heart attack if not treated on time. It can be life threatening if you don't get treatment, but the right treatment can help you live a long life. Polycythemia vera is caused by a genetic changes (mutations) that develops during your lifetime. It is not an inherited genetic disorder. In most cases it is not known why this happens. Proper treatment given by specialists includes medications, phlebotomy etc., Medications like Hydroxyurea can be given together with aspirin tablets for preventing blood clots. Ruxolitinib, is approved for second line therapy given to patients who is

intolerance to hydroxyurea and may help to delay symptoms and make your life better. Ruxolitinib treatment is correlated with the pandemic so called COVID-19. Ruxolitinib shows promise in severe COVID-19 cases. It's an inflammatory drug which is a Janus-asscociated kinase (JAK1/2) inhibitor, used in management of Polycythemia vera and myelofibrosis.

Objective. To make you know and understand this surprising thing about ruxolitinib treatment for both Polycythemia vera and COVID-19 infections and to make you aware of more exactly about Polycythemia vera .

Material and methods. Analysis of materials, scientific articles and websites with Polycythemia vera and ruxolitinib in COVID-19 were used to write this article.

Results and discussion. Polycythemia vera is a chronic blood disease characterized by too much formed elements are produced by bone marrow and splenomegaly. About 98% of all patients suffers with JAK2 mutation. Ruxolitinib(RUX), a JAK1/2 inhibitor, received approval to second line therapy hydroxyurea in both USA and Europe. In the studies relevant to approval, RUX achieved a excellent PV control. It has much immunosuppressive effects. As expected, an increased rate of infection was observed in clinical studies and in practical application. Patients with PV are at a higher risk of vascular and thrombotic complications and have a reduced quality of life significant burden of symptoms. The latter includes pruritus, fatigue, micro vascular disturbances, and bleeding. The first and foremost symptom can be experienced is itching. This RUX agent suppresses allergic and immune responses in the host. It has been approved based on researchers that ruxolitinib could be effective in cases of COVID-19 where there are raised levels of cytokines. The study was a conducted. The patients were randomized into study groups. The study comprised of 43 patients admitted to a hospital with COVID-19. The patients were divided into two study groups, with one group of 22 patients receiving Ruxolitinib and care. Those on Ruxolitinib were given 5mg twice a day. The second group of 21 patients received a placebo and care. By the end of the study two patients withdrew from the Ruxolitinib group. Results showed that those patients received placebo and care did not significantly increased the improvement in COVID-19 patients. However, those on Ruxolitinib had a numerically faster improvement.

Conclusion. Polycythemia vera can be reduced with good treatment and care. Mostly patients with PV were given medications such as hydroxyurea. Overall the new drug Ruxolitinib was found to be well tolerated with low toxicities. Further, the levels of cytokines were found to be significantly reduced among those in the Ruxolitinib group compared with placebo group.

ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ ЕНТЕРОКОЛОПАТІЇ ТА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DIABETIC ENTEROCOLOPATHY AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Диня Ю. З. */ Dynia Y.*

Науковий керівник: д. мед. н., професор Швець Н.І.,

д. мед. н, професор Дорофєєв А.Е.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
кафедра терапії
4823686@gmail.com

Актуальність. Захворювання шлунково-кишкового тракту розділяються на функціональні, запальні та новоутворення, але останнім часом багато уваги приділяється гастро-ентеро-колопатіям які можуть бути перехідною ланкою між функціональними і запальними ураженнями травної системи.

Метою цієї роботи було вдосконалення диференційної діагностики між діабетичною ентероколопатією (ДЕКП) та синдромом подразненого кишечника (СПК).

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 138 хворих з ЦД2 із яких ДЕКП виявлена у 72 (52,2%), а також 60 хворих із СПК того ж віку.

Результати. Клінічні прояви діабетичної ентероколопатії характеризувалися абдомінальним болем з порушенням випорожнення у 43 (59,7%) пацієнтів із 72, порушення випорожнення без абдомінального болю діагностовано у 29 (40,27%) з яких із закрепами 19 (26,4%) та діареєю 10 (13,9%). Діагноз СПК виставлявся згідно римських критеріїв IV. Домінуючою скаргою у хворих із синдромом подразненого кишечника був абдомінальний біль у поєднанні з порушенням випорожнення по змінам консистенції калу. Серед хворих з СПК переважали пацієнти із закрепами 24 (40%), СПК з діареєю виявлено у 19 (31,7%) хворих, у 17 (28,3%) пацієнтів діагностували змішаний синдром подразненого кишечника, а не диференційований СПК не виявлений ні в кого. У всіх хворих проведений водневий дихальний тест з лактулозою для визначення синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР). А також визначались запальні маркери: трансформуючий фактор росту бета (TGFβ-1) та судинний ендотеліальний фактор росту (VEGF). Виявлено,що діабетична ентероколопатія корелює за тривалістю перебігу ЦД 2 та діагностується у пацієнтів середнього віку (52 ± 4,1), тоді як СПК виявляється в більш молодому віці (34±3,2). У цих хворих інтенсивність СНБР більш виражена ніж у пацієнтів з СПК. Синдром надмірного бактеріального росту у хворих з діабетичною ентероколопатією діагностовано в 57 (79,2%), та у 39 (65,0%) пацієнтів з синдромом подразненого кишечника. Слід зазначити, що у хворих з ДЕКП інтенсивність СНБР була вища у пацієнтів з діарейним синдромом. В той же час як у хворих із СПК порушення випорожнення не корелювали з інтенсивністю СНБР. Рівень факторів росту у хворих з діабетичною ентероколопатією був збільшений, тоді як у хворих з синдромом подразненого кишечника достовірно від норми не відрізнявся.

Висновки. Диференційна діагностика ДЕКП та СПК може базуватися на клінічних, лабораторних та інструментальних параметрах. Діабетична ентероколопатія діагностується у хворих середнього віку, та не завжди супроводжується абдомінальним болем. ДЕКП частіше корелює з СНБР та у цих хворих підвищенний рівень прозапальних цитокінів.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ

ФІТОКОМПОЗИЦІЇ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

STUDY THE ANTIOXIDANT ACTIVITY OF PHYTOCOMPOSITION IN EXPERIMENTAL METABOLIC SYNDROME

Дуб А. І. */ Dub A. I.*

Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. Кліщ І.М.

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,

кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків

dub_aih@tdmu.edu.ua

Актуальність. За останніми даними Всесвітньої організації охорони здоров'я поширеність метаболічного синдрому в розвинених країнах світу вдвічі перевищує поширеність цукрового діабету, а впродовж найближчих 25 років очікується збільшення темпів його зростання на 50%. Труднощі в лікуванні викликає те, що МС поєднує патологічні процеси, що потенціюють одне одного, утворюючи патологічно зв'язане коло. Для його успішної корекції необхідний комплексний вплив.

Багато наукових досліджень присвячені вивченню застосування рослинних антиоксидантів у лікуванні метаболічного синдрому. Нашу увагу привернули шовковиця біла (*Morus alba* L.), квасоля (*Phaseolus vulgaris* L.) та чорниця (*Vaccinium myrtillus* L.), які мають давню історію використання в народній медицині з метою корекції метаболічних порушень. Нами була розроблена фітокомпозиція на основі сухих екстрактів вищезазначених рослин.

Метою роботи було оцінити стан антиоксидантної системи захисту експериментальних тварин за умов метаболічного синдрому після застосування фітокомпозиції.

Матеріали і методи. Експеримент проводили на статевозрілих щурах самцях, які були розподілені на 5 груп, серед яких – інтактний контроль, контрольна патологія, дві референс-групи та дослідна група, яка отримувала фітокомпозицію у дозуванні 100 мг/кг (із розрахунку екстракту шовковиці), яке було експериментально встановлене у попередніх дослідженнях. Як референс-препарати використовували настій рослинного збору «Арфазетину» (12 мл/кг) та суспензію метформіну (150 мг/кг).

Метаболічний синдром індукували шляхом заміщенням питної води 20 % розчином фруктози (Голден-Фарм, Україна) ad libitum при споживанні стандартного корму протягом 10 тижнів. Після 6 тижнів експерименту розпочинали введення засобів корекції. Евтаназію тварин здійснювали під тіопенталовим наркозом та визначали активність супероксидисмутази (СОД) та каталази (КАТ) у сироватці крові.

Усі маніпуляції були проведені відповідно до загальних етичних принципів експериментів на тваринах, регламентованих положеннями «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей».

Результати. При дослідженні сироватки крові було встановлено, що у групі

контрольної патології активність СОД та КАТ знижувалась на 29,3 та 46,7 % відповідно відносно групи інтактного контролю. При введенні засобів корекції їх активність відновлювалась, а саме: у групі тварин, що отримували «Арфазетин» активність СОД збільшилась на 23,0 %, метформін – СОД на 16,1 %, а при корекції фітокомпозицією – на 36,4 %. Активність КАТ зростала на 42,7; 55,6 та 59,6 % у групах відповідно. При розрахунку співвідношення СОД / КАТ було встановлено, що у групі контрольної патології цей коефіцієнт на 37,1 % вищий від групи інтактного контролю. Застосування фітокомпозиції знижувало дане співвідношення на 16,5 % відносно контрольної патології.

Висновки. Отримані результати доводять перспективність подальших досліджень розробленої фітокомпозиції для профілактики та комплексного лікування метаболічного синдрому та його ускладнень.

СТАН СВІДОМОСТІ У ДЕБЮТІ АНЕВРИЗМАЛЬНОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ ЯК МАРКЕР КОГНІТИВНОГО ВИХОДУ ПАЦІЄНТІВ

THE CONSCIOUSNESS LEVEL AT ONSET OF ANEURYSMAL SUBARACHNOID HEMORRHAGE AS A MARKER OF COGNITIVE OUTCOME

Дуве Х. В., Тиш С. Ю. */ Duve K. V., Tysh S. Y.*

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, кафедра неврології

Вступ. На даний час, суперечливість даних літератури не дає змоги чітко встановити критерії, які б дозволили спрогнозувати вихід пацієнта після аневризмального субарахноїдального крововиливу (аСАК). Вважається, що кінцевий вихід із аСАК залежить від низки факторів, таких як важкість крововиливу, повторний крововилив, якість передопераційної медичної допомоги, термін та метод виключення аневризми з церебрального кровотоку і багатьох інших.

Мета. Встановити залежність між когнітивним функціонуванням пацієнтів, які перенесли аСАК від вихідної оцінки за шкалою ком Глазго (ШКГ) в дебюті.

Матеріал та методи дослідження. У 114 пацієнтів було проведено оцінку когнітивної сфери за допомогою Монреальського Когнітивного Тесту (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA). Обробку даних здійснювали застосовуючи програми Statistica 12, а також пакет IBM SPSS statistics. За даними первинних медичних карт було зібрано інформацію про оцінку за ШКГ та шкалою Hunt-Hess в дебюті. Група дослідження включала 64,91 % чоловіків та 35,09 % жінок. Відповідно вікового розподілу, 37,72 % хворих були молодого та 62,28 % - середнього віку. Середній вік хворих склав - (46,04± 0,78) роки. Приймали до уваги форму крововиливу: САК – у 45,61 % пацієнтів, субарахноїдально-паренхіматозний (СПК) – у 26,32%, субарахноїдально-вентрикулярний (СВК) – у 18,42%, субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний (СПВК) – у 9,65 %. Ступінь тяжкості крововиливу в гострому періоді оцінювався за шкалою Hunt-Hess: I ступінь тяжкості мали - 12,28 % пацієнтів, II ступінь – 57,02 %, III – 22,81 %, IV – 2,63 %, V – 5,26 %. За ШКГ

в дебюті пацієнти розподілялись наступним чином: 15 б – 59,65 %, 13-14 б – 26,31 %, 9-12 б – 5,26 %, 8-4 б – 8,77 % хворих.

Результати. Середня оцінка за шкалою MoCA становила (21,71±0,37) балів, що відповідало помірному когнітивному зниженню. В загальному, когнітивні розлади різного ступеня вираженості було виявлено у 86% хворих. Легке когнітивне зниження діагностували у 43,86 %, помірне – у 23,69 %, деменцію – 18,42 %, у решти 14,03 % пацієнтів значення шкали MoCA відповідало нормі. У групі жінок даний показник становив (21,95±0,59) балів, у чоловіків – (21,59±0,47), p>0,05. Слід відзначити, що на рівень когнітивного функціонування пацієнтів впливали параметри гострого періоду, такі як оцінка за шкалою Hunt-Hess, оцінка за ШКГ та клініко-анатомічна форма крововиливу. Це підтверджують отримані кореляційні зв'язки: MoCA/Hunt Hess – (r=-0,310; p=0,001), MoCA/ШКГ – (r=0,259; p=0,005), MoCA/форма крововиливу – (r=-0,289; p=0,002). За допомогою лінійної регресії, ми створили формулу для прогнозування когнітивного функціонування (КФ) використовуючи параметри гострого періоду. Тобто застосовуючи такі показники, як оцінка свідомості (за шкалою ком Глазго), оцінка за шкалою Hunt-Hess, форма крововиливу (позначена цифрою: САК – 1, СП – 2, СВ – 3, СПВ – 4) та використовуючи попередньо обраховану константу було отримано таку формулу:

Кф = 22,8 + 0,157 х оцінка за ШКГ + (-0,757 х форма крововиливу) + (-0,775 х оцінка за шкалою Hunt-Hess).

Висновки. Таким чином, було встановлено достовірний вплив оцінки за ШКГ в дебюті на когнітивне функціонування пацієнтів, які перенесли аСАК. Створено формулу, яка дозволить спрогнозувати ймовірний когнітивний дефіцит, в залежності від параметрів гострого періоду.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХІРУРГІЧНУ КОРЕКЦІЮ ГЕНІТАЛЬНИХ ПРОЛАПСІВ, ПОЄДНАНИХ З ЕЛОГРАЦІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

MODERN VIEWS ON SURGICAL CORRECTION OF GENITAL PROLAPSES COMBINED WITH CERVICAL ELOGATION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.

Дутко В. Р., Лавренюк Ю. В. */ Dutko V. R., Lavrenuik Yu. V.*

Науковий керівник: д.м.н., професор К.В.Чайка

Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика, кафедра акушерства, гінекології і репродуктології

Актуальність. Опущення та випадіння внутрішніх статевих органів є частою проблемою в структурі гінекологічних патологій, з якою пацієнтки вимушені звертатися до лікаря акушер-гінеколога. В залежності від рівня ушкодження, стадії процесу, віку жінки, її репродуктивних планів, факторів ризику формується стратегія щодо вибору лікування кожної окремої пацієнтки. Вагінальна гістеректомія є найпоширенішою первинною операцією при хірургічному лікування пролапсів органів малого тазу. Частота її виконання при генітальних пролапсах (ГП) вище 2 ступеню дорівнює 82 % у Великобританії та 79 % в Австралії та Новій Зеландії. Однак, за даними літератури приблизно

40 % жінок, що страждають від пролапсу тазових органів мають елонгацію шийки матки. Довжина шийки матки пропорційно збільшується зі зростанням рівня опущення матки. Зважаючи на це, існує низка альтернативних підходів у хірургічному лікуванні, що дозволяє зберегти матку та репродуктивну функцію жінки і скорегувати елонговану шийку матки. Тому, необхідні подальші дослідження для визначення чітких показань для вибору стратегії хірургічного лікування ГП, поєднаних з елонгацією шийки матки та можливості збереження репродуктивної функції.

Мета. Проаналізувати переваги та недоліки наявних органозберігаючих хірургічних методик лікування ГП, поєднаних з елонгацією шийки матки.

Обговорення. Однією з поширених хірургічних методик лікування ГП є Манчестерська операція (МО). Не дивлячись на різновид запропонованих модифікацій МО, частота рецидивів коливається від 0% до 50%. Однак, необхідно відмітити, що частота повторних звернень надзвичайно низька, якщо хірургічне втручання виконано у пацієнтів, що мають істинну елонгацію шийки матки. Також безсумнівною перевагою є зменшення тривалості операції, порівняно з вагінальною гістеректомією, що у свою чергу зменшує ризики анестезіологічних ускладнень. У зв’язку зі збереженням матки при МО відсутній ризик пошкодження суміжних з маткою органів, мінімізується об’єм крововтрати та післяопераційні інфекційні ускладнення. Однак, недоліками манчестерської операції можуть бути післяопераційний стеноз шийки матки, з послідуючим утворенням гемато- та піометри.

Операція сакрогістеропексії заключається в фіксації пролабованої матки до передньої поздовжньої зв’язки промонторіуму за допомогою хірургічних Y- подібних сіток, що може бути виконана лапароскопічним, або лапаротомним доступом. Після лапароскопічної сакрогістеропексії за різними літературними джерелами частота симптоматичних рецидивів через 10 тижнів та через 2 роки після втручання складає 2%. За даними інших досліджень в порівнянні з вагінальною гістеректомією частота рецидивів при сакрогістеропексії складає 8%, коли при вагінальній гістеректомії - 20%. Перевагами лапароскопічної сакрогістеропексії є відсутність розрізів на піхві, менша крововтрата та менш виражений післяопераційний біль, збереження довжини піхви та міцніша апікальна підтримка порівняно з вагінальною гістеректомією, що підтверджують статистичні дані. Однак, недоліками даної операції залишається ризик розвитку виразок сусідніх органів, утворення злук між петлями кишечника та хірургічною сіткою з послідуючим формуванням гострої, або хронічною кишкової непрохідності. Досвід сучасних досліджень показує, що з використанням поліпропіленових хірургічних сіток частота ускладнень, пов’язаних з їх встановленням, складає менше 1%.

Ще однією органозберігаючою методикою лікування ГП є вагінальна сакроспінальна гістеропексія (ВССГ), що заключається у бі-, або унілатеральній фіксації елонгованої шийки матки до крижово-остистої зв’язки неабсорбуючими швами. За даними літератури, близько 93% жінок мали позитивні результати після даного хірургічного втручання. За результатами інших досліджень: через 5 років після ВССГ рецидив апікального пролапсу спостерігався у 1% пацієнток,

коли після вагінальної гістеректомії частота рецидивів дорівнювала 7,8%. Перевагами ВССГ є коротка тривалість оперативного втручання, мала крововтрата, збереження репродуктивної функції, відсутність абдомінальних розрізів, швидке післяопераційне відновлення. Недоліками хірургічної процедури є сідничний біль, що турбує 15-18,1% жінок, та проходить приблизно через 2 тижні. Лише 1,5% пацієнток з сідничним болем потребують повторного хірургічного втручання для послаблення швів. Також одним з недоліків ВССГ є частий рецидив пролапсу передньої стінки піхви, що за даними досліджень, пов'язаний зі зміщенням осі піхви та складає 65%.

Висновки. Частота рецидивів ГП після органозберігаючих операцій значно менша, порівняно з вагінальною гістеректомією. Описані органозберігаючі хірургічні методики відрізняються коротшою тривалістю операції, малою крововтратою, швидким післяопераційним відновленням, та основною перевагою є збереження репродуктивної функції. Необхідні подальші дослідження для визначення чітких діагностичних критеріїв для вибору оптимальної методики лікування ГП, поєднаних з елонгацією шийки матки та поширення застосування органозберігаючого хірургічного лікування.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОМЕНУ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

CLINICAL-ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF THE PHENOMENON OF MENTAL EXHAUSTION AMONG MEDICAL STUDENTS

Єфіменко С. О. */ Yefimenko Serhii Olehovych*
Науковий керівник: д.мед.н., професор Чугунов Вадим Віталійович
Запорізький державний медичний університет МОЗ України
кафедра психіатрії, психотерапії загальної та медичної психології, наркології та сексології
sergmayohn@gmail.com

Вступ. Період навчання у вищій школі наповнений комплексом дезадаптогенних факторів, що за своєю структурою та інтенсивністю різняться залежно від спеціальності, яку отримую майбутній спеціаліст. Саме для студентів медичних вишів більш характерні стани психічного виснаження – комплекси психопатологічної симптоматики субклінічного рівня, що характеризуються виснаженням психічних функцій та, як результат, призводять до стійкої психосоціальної дезадаптації. Актуальним є виявлення закономірностей виникнення цих станів саме серед майбутніх лікарів.

Мета дослідження. Виявити клініко-анамнестичні кореляти станів психічного виснаження серед студентів медичного університету.

Матеріали і методи. Із дотриманням принципів біоетики та за умов наявності добровільної інформованої згоди було обстежено 770 студентів Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя, Україна) у сесійний період, що навчались на різних курсах та факультетах закладу, серед яких для подальшого клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження було відібрано 324 студенти. У дослідженні

приймали участь 92 студенти (28,4%) 1-го курсу, 97 студентів (29,94%) 2-го, 116 студентів (35,8%) 3-го та 19 студентів (5,86%) старших курсів. Для оцінки наявності стану психічного виснаження були використані: Опитувальник емоційного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп'янової) та Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій).

Результати. За результатами проведеного клініко-психопатологічного та психодіагностичного аналізу було виявлено 175 студентів із ознаками психічного виснаження, вони сформували групу дослідження (ГД), до групи контролю (ГК) увійшло 149 студентів, що не мали таких ознак. Проведений компаративний аналіз сформованих груп за анамнестичними характеристиками дозволив виявити, що серед ГД частка студентів 3-го курсу достовірно більша (p=0,004) аніж серед ГК, 75 (42,9%) та 41 (27,5%) студентів відповідно. Також, було встановлено, що студенти ГД частіше пропускали заняття з неповажної причини (p=0,036) та надавали нижчу суб'єктивну оцінку власної академічної успішності (p=0,028) аніж студенти ГК, не зважаючи на те, що статистично значимих відмінностей у показниках середнього балу між групами виявлено не було.

Висновки. Стани психічного виснаження є достатньо поширеними серед студентів молодших курсів медичного університету (досягають 54,0%), але саме студенти 3-го курсу є найбільш вразливими у цьому контексті, що може бути пов'язано з високою інтенсивністю навчального процесу саме у цей період. Крім того, стани психічного виснаження асоціюються із зниженням показників академічної успішності студентів. Перспективою подальших досліджень є аналіз взаємозв'язку виникнення станів психічного виснаження та характерологічних особливостей студентів медичного вишу.

СИМУЛЬТАННА КОРЕКЦІЯ ПРОГНОЗОВАНОГО ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ ПІСЛЯ РЕСТРИКТИВНОЇ БАРІАТРИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ З ОЖИРІННЯМ

SIMULTANEOUS CORRECTION OF PREDICTED GASTROESOPHAGEAL REFLUX AFTER RESTRICTIVE BARIATRIC SURGERY IN OBESE PATIENTS

Завертиленко Д. С., Кругляк Є. К. */ Zavertylenko D. S., Kruhliak Y. K.*

Науковий керівник: завідувач кафедри хірургії та судинної хірургії, д.мед.н, професор - Сергій Іванович Саволюк

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кафедра хірургії та судинної хірургії

Актуальність. У теперішній час, серед великого переліку можливих захворювань, які мають значний вплив на загальний стан здоров'я населення різних країн всього світу, одне із провідних місць серед інших патологій посідає ожиріння. Ожиріння представляє собою комплексне, мультифакторне захворювання, на яке, разом із надлишковою вагою тіла, страждає понад третина населення всього світу, відповідно до останніх даних**.** Враховуючи досвід доказової медицини, на сьогодні найефективнішим методом лікування ожиріння та метаболічного синдрому вважається баріатрична хірургія або, її більш вживана назва у теперішній час - метаболічна хірургія, серед питомої частки якої операції рестриктивного типу посідають перше місце. Проте одним з недоліків

рестриктивних операцій є можливий розвиток віддалених післяопераційних ускладнень, у вигляді гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та рефлюкс-езофагіту. Відповідна проблематика виникнення de novo відповідних захворювань, як післяопераційного ускладнення, у хворих на ожиріння з відсутністю органічної патології в доопераційному періоді, які могли б спровокувати розвиток даного ускладнення, створює актуальність пошуку можливих індикаторів післяопераційного розвитку ГЕРХ та впровадження хірургічних методик корекції даних ускладнень.

Мета дослідження. Оцінка ефективності впровадження симультанного виконання лапароскопічної плікації великої кривини шлунку (ЛПВКШ) з фундоплікацією за Nissen, у пацієнтів з ожирінням та наявністю інтраоперційних прогностичних ознак післяопераційного розвитку ГЕРХ.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на основі результатів лікування 31 пацієнта з діагнозом ожиріння при відсутності ознак симптомів ГЕРХ та рефлюкс-езофагіту, які були розділені на основну та порівняльну групи 15 та 16 пацієнтів відповідно. Особливістю для обох груп була наявність прогностичної ознаки у вигляді помірного розходження ніжок діафрагми. Для пацієнтів основної групи була запропонована симультанна ЛПВКШ та фундоплікації за Nissen на базах кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика в період з 2015р. по 2018р.

Результати. ІМТ до оперативного втручання: основна група - 39,3 ± 3,23 кг/м2, група порівняння – 39,53 ± 3,84 кг/м2. ІМТ через рік після баріатричної операції: основна та порівняльна групи - 32,29 ± 0,87 кг/м2 та 32,43 ± 0,94 кг/м2. Через 12 місяців, у групі порівняння 3 пацієнти (18,75 %) відмічали сиптомоми ГЕРХ, у 5 (31,25 %) пацієнтів були наявні de novo ознаки рефлюкс-езофагіт відповідно до заключення ФЕГДС та під час рентгеноскопії були зафіксовані епізоди ретроградного закидання контрастної рідини, а у 2 пацієнтів (12,5 %) були ознаки аксіальної кардіальної ГСОД. Відповідні прояви були відсутні у пацієнтів основної групи.

Висновок. ЛПВКШ є безпечною та ефективною баріатричною операцією, яка дозволяє досягти позитивних результатів зниження ваги тіла пацієнтів та досягнення покращення перебігу або ремісії супутньої патології асоційованої з ожирінням. Однак, має місце ризик розвитку ГЕРХ та рефлюкс-езофагіту після реалізації баріатричної операції рестриктивного типу, особливо за умови наявності можливих предикторів розвитку відповідних патологічних станів. Ми рекомендуємо інтраопераційно проводити екзаменацію ділянки стравохідного отвору діафрагми, шляхом дисекції, з метою виявлення розходження ніжок діафрагми, як предиктору розвитку віддалених ускладнень, та за умови його наявності модифікувати впровадження хірургічного лікування ожиріння шляхом симультанного виконання антирефлюксної та баріатричної операції, що на прикладі даного дослідження демонструє гарні прогностичні результати. Однак, даний варіант лікування потребує подальшого і більш тривалого ретроспективного аналізу.

РОЛЬ МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІАГНОСТИЦІ ОСТЕОПОРОЗУ

ROLE OF BONE TURNOVER MARKERS IN DIAGNOSIS OF OSTEOPOROSIS

Заверуха Н. В. */ Zaverukha N*

Науковий керівник д. мед. н., проф. Матюха Л. Ф.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги

nataliyahryb@gmail.com

Вступ. Остеопороз (ОП) поширене метаболічне захворювання кісткової тканини (КТ), яке разом з його ускладненнями є важливою проблемою громадського здоров'я у цілому світі. Клінічні прояви ОП часто відсутні до моменту настання першого перелому, тому важливою є його рання діагностика. Впродовж останнього десятиліття збільшилась частота визначення рівнів маркера формування КТ - N-термінального пропептиду проколагену I типу (PINP) та маркера руйнування КТ - карбокситермінального телопептиду колагену I типу (β-CTX) в лікарській практиці. Найбільш інформативність вони несуть для клінічної оцінки ефективності та прихильності до лікування, прогнозування втрати КТ та ризику розвитку переломів.

Метою дослідження є визначення рівнів PINP та β-CTX та їх взаємозв'язку в сироватці крові в чоловіків та жінок різного віку.

Матеріали та методи. У дослідження взяли участь 3850 осіб, віком 20-89 років (3351 жінок (середній вік 59,05 ± 13,89) та 499 чоловіків (49,17 ± 15,8). Усіх включених в дослідження осіб розподілили за віком відповідно до геронтологічної класифікації на 4 групи: молодий вік – 20-44 роки, середній – 45-59 років, літній – 60-74 роки та старечий вік – 75-89 років та на 7 груп за десятиріччями від 20 до 89 років. Концентрацію маркеріву сироватці крові визначали методом електрохемілюмінісцентного імуноаналізу «ECLIA» на аналізаторі cobas e 411.

Результати. Виявлено достовірний вплив віку на варіабельність β-CTX та PINP у чоловіків ($F = 6,64$, $p < 0,001$ та $F = 4,93$, $p < 0,001$) та жінок ($F = 16,17$, $p < 0,001$ та $F = 10,46$, $p < 0,001$ відповідно). У жінок за критерієм Шеффе виявили достовірно вищий рівень β-CTX у групі 80-89 років у порівнянні із групами 20-29 років ($p = 0,01$), 30-39 років ($p < 0,001$), 40-49 років ($p < 0,001$), 50-59 років (0,52 ± 0,27, $p = 0,002$), 60-69 років ($p = 0,001$) та 70-79 років ($p = 0,04$). Показники PINP у групі 80-89 років також були достовірно вищими у порівнянні із групами 30-39 років ($p < 0,001$), 40-49 років ($p < 0,001$), 50-59 років ($p = 0,009$), 60-69 років ($p = 0,002$) та 70-79 років ($p = 0,02$). У чоловіків виявили достовірне зниження концентрації β-CTX у групах: 30-39 років ($p = 0,02$), 40-49 років ($p < 0,001$), 50-59 років ($p = 0,01$) та 60-69 років ($p = 0,001$) у порівнянні із групою 20-29 років. Рівень PINP був достовірно нижчим у групах 40-49 років ($p < 0,001$) та 50-59 років ($p = 0,03$) у порівнянні із групою 20-29 років. За результатами дослідження коефіцієнт кореляції між показниками концентрації PINP та β-CTX змінюється залежно від віку та статі.

Висновки. Виявлено достовірний вплив віку на варіабельність β-CTX та PINP у сироватці крові в чоловіків та жінок.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З МАЯЧНИМИ ІДЕЯМИ ВПЛИВУ РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ ШИЗОФРЕНІЇ

TACTICS OF TREATMENT AND REHABILITATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPRENIA SPECTRUM DISORDERS WITH PREDOMINANT DELUSIONS OF CONTROL

Загарійчук О. В. */ Zahariichuk O.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології

Актуальність. Маячні ідеї (МІ) згідно DSM-V зустрічаються у розладах шизофренічного спектру та інших психотичних розладах (РШС). Інтерес нашого дослідження був сфокусований на маячних ідеях впливу (МІВ), що відносяться до кола семантичних розладів мислення, невідповідні дійсності, мають характер непохитної переконаності й не піддаються логічній і психологічній корекції. Проаналізувавши контент МІВ ми пропонуємо тактику ведення пацієнтів, в залежності від структури контенту, що може підвищити рівень соціального функціонування.

Мета: аналіз контенту МІВ

Завдання. Проаналізувати контент МІВ за допомогою дескриптивної психопатології та описати тактику лікування в залежності від структури МІВ.

Матеріали та методи. Наведено результати фрагменту дисертаційного дослідження, що проведено на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (м. Київ, Україна); клінічна база - КМПЛ «ПСИХІАТРІЯ».

Було обстежено 166 пацієнтів з маячними ідеями впливу, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Включалися пацієнти з встановленим діагнозом F 20 – шизофренії (параноїдна форма – F 20.0); F 22 – хронічного маячного розладу; F 23– транзиторного психотичного розладу; F 25 – шизоафективного розладу. Пацієнти з гострим поліморфним психотичним епізодом F 23, обумовленим очевидно іншим захворюванням, біполярним розладом чи вживанням ПАР, у групу не включалися. Включення в дослідження пацієнтів з діагнозом F 23 проводилося у випадку послідуючого встановлення діагнозу ШСР. Критерії включення: інформована згода пацієнта на участь в дослідженні; вік від 18 до 60 років; наявність МІВ (без вираженої дефіцитарної симптоматики, інтелектуально-мнестичного зниження та органічного ураження ЦНС) в період хвороби.

Психодіагностичне дослідження включало шкалу оцінки вираженості маячних ідей, згідно PANSS (P1). Згідно змісту маячних ідей пацієнти з ШСР були розподілені на 2 групи (1 гр: МІВ містичного контенту та 2 гр: МІВ побутового контенту).

Результати. В групах дослідження проводився феноменологічний та клініко-статистичний аналіз клінічних проявів маячних ідей впливу шизофренічного спектру розладів (МІВ ШСР). Згідно змісту переживань МІВ

були розділені на 2 групи (у першої групи переважало містико-магічне мислення з домінуванням фантастичності переживань, коли у другій групі домінувало відчуття зовнішнього контролю). Досліджуючи МІВ ШСР були виявлені ряд специфічних відмінностей у групах. Містико-фантастичний контент переживань включав специфічні переживання «впливу зі сторони диявола, темних сил» (43%), «інформацію з космосу (вплив НЛО та інопланетян)» (12%), «вплив порчі, магії, чар» (18%), «Божественний вплив» (21%), «вплив померлих родичів і духів» (6%). Побутовий контент переживань пацієнтів включав: зовнішній вплив від оточення, а саме: «вплив батьків через підсипання у їжу отрути\ліків» (51%), «вплив брата\сестри» (7%), «вплив співмешканця(чоловіка\жінки)» (11%), «вплив друзів\колег» (7%). Відмінність очевидна між групами, адже у пацієнтів 2-ї групи найбільший відсоток маячної симптоматики припадав саме на «відчуття» у пацієнтів упередженого ставлення до них зі сторони людей (родичів, сусідів, дітей, батьків, колег і друзів), або ж під час огляду самі пацієнти упереджено відносились до свого оточення, що спонукало їх агресивно ставитись до оточення. Коли пацієнти 1-ї групи відчували «містичний вплив», що був пов'язаний з фантастичними переживаннями, містикою й абсолютно не відтворюють дійсність в переживаннях.

Висновки. Аналізуючи контент МІВ ШСР бачимо різницю у змісті переживань пацієнтів, що дає змогу розділити ці поняття. Виявлені різні підвиди МІВ, відповідно до змісту (у першої групи переважає містико-магічне мислення з домінуванням фантастичності переживань, коли друга група характеризується відчуттям зовнішнього контролю з боку найближчого оточення).

Тактика лікування згідно міжнародних протоколів в обох групах мало відрізняється, на відміну від тактики реабілітації, що залежить від контексту переживань пацієнтів з МІВ ШСР. Адже, для першої групи реабілітація буде направлена на усвідомлення фантастичності переживань в моменті та можливість повернення в тут і зараз для диференціації містичності переживань та реальності буття в тут і зараз. Коли для другої групи окрім психокорекції та психоедукації пацієнтів важливим фактором буде залучення до психоедукації близького оточення пацієнтів (родичів, друзів, знайомих).

ЦИСТАТИН С ЯК МАРКЕР ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК ПРИ ІНФЕКЦІЯХ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

CYSTATIN C AS A MARKER OF KIDNEY DAMAGE IN URINARY TRACT INFECTIONS

Захарченко Н. А. */ Zakharchenko N. A.*
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Г.О. Леженко
Запорізький державний медичний університет МОЗ України,
кафедра госпітальної педіатрії
natali_koms@ukr.net

Актуальність. Згідно з офіційними статистичними даними Міністерства охорони здоров’я України, хвороби сечовидільної системи займають одне з провідних місць в структурі захворювань дитячого населення. Прогресування

патологічного процесу (часто приховане) спричиняє склероз ниркової тканини, призводить в дорослому віці до артеріальної гіпертензії та розвитку ниркової недостатності. Саме тому зріс інтерес до біологічних маркерів, що дають змогу оцінювати активність і стадію ниркового процесу, припускати характер морфологічних змін у нирках, а також моніторувати ефективність лікування. **Цистатин С** – білок з сімейства інгібіторів цистеїнових протеаз, який в організмі людини постійно продукується всіма клітинами, що містять ядра. Він вільно фільтрується нирками через клубочкову мембрану. Відомо, що цистатин С є маркером гломерулярного ураження нирок, проте в літературі недостатньо даних про рівень цистатину С саме при інфекціях сечовидільної системи.

Мета дослідження. Визначити взаємозв'язок між цистатином С сироватки крові та інфекціями сечовидільної системи, з урахуванням клінічної форми інфекції.

Матеріали і методи. Обстежено 79 дітей віком від 3 до 17 років, репрезентативні за віком та статтю. До складу основної групи дослідження увійшли 59 дітей з інфекціями сечовидільної системи. З огляду на рівень ураження основну групу було розділено на три підгрупи: першу підгрупу склали 30 дітей із пієлонефритом, другу – 19 пацієнтів із циститом, третю – 10 пацієнтів з неуточненими інфекціями сечовидільної системи. До групи контролю було включено 20 умовно здорових дітей. Вміст цистатину С було визначено методом імуноферментного аналізу (ІФА) в сироватці крові пацієнтів, включених у дослідження, з використанням комерційних наборів. Було застосовано метод кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Для оцінки відмінностей показників використовувався непараметричний критерій (U) Манна-Уїтні. Відмінності вважали достовірними при $p<0,05$.

Результати. При обстеженні дітей було встановлено, що рівень цистатину С істотно змінюється в залежності від рівня ураження. Середнє значення цистатину С в основній групі склало 725,3±25,8, що статистично значуще ($p<0,05$) перевищувало результати, отримані в контрольній групі – 597,1±26,2. Ми встановили, що рівень цистатину С при пієлонефритах вищий ($p<0,05$), аніж при циститах та не уточнених інфекціях сечовидільної системи, і становив 737,8±29,4 проти 655,5±35,3 відповідно. Додатково ми звернули увагу, що при всіх клінічних формах інфекцій сечовидільної системи вміст цистатину С напряму залежав від важкості перебігу захворювання ($r= 0,54$, $p<0,05$). Одержані дані можуть виступати предикторами розвитку хронічної хвороби нирок у дітей з високими показниками цистатину С.

Висновки. Визначення рівня цистатину С у сироватці крові хворих з інфекціями сечовидільної системи є високоефективним методом, який можливо використовувати як предиктор розвитку хронічної хвороби нирок у дітей із запальними захворюваннями сечовидільної системи.

КЛІНІКО-ГІСТОЛОГІЧНІ І ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ЗІСТАВЛЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ УРАЖЕННЯ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ВІТИЛІГО

HISTOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL COMPARISONS OF THE FEATURES OF SKIN LESIONS IN VITILIGO PATIENTS.

Карпенко К. С. */ Karpenko K. S.*

Науковий керівник: Цепколенко В.О., д.мед.наук, професор
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
кафедра дерматовенерології, клінічної, лабораторної імунології та алергології
katerina@karpenko.od.ua

Актуальність. Вітиліго – це хронічний дерматоз, що відноситься до групи дисхромій, характеризується порушенням пігментації, що проявляється у вигляді різко обмежених депігментованих плям молочно-білого кольору різної величини і конфігурації. За даними ВООЗ, на вітиліго страждає 0,5-8,2% всього населення світу, це становить близько 40 мільйонів людей. У структурі шкірних захворювань 3-4% припадає на вітиліго. Половина всіх випадків зустрічається в 10-30-річному віці. Чоловіки і жінки схильні до захворювання в рівній мірі. Актуальність проблеми цієї хвороби пов'язана з вираженим негативним впливом на соціально-психологічний стан пацієнтів: вітиліго нерідко викликає серйозні емоційно-психологічні розлади. Дерматологічний індекс якості життя хворих вітиліго становить 4,95, що значно нижче в порівнянні з якістю життя при атопічному дерматиті, вугровій хворобі і вульгарному псоріазі.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 107 хворих на вітиліго віком від 19 до 65 років, в тому числі 45 (42.06 %) чоловіків і 62 (57.94 %) жінок. Для проведення морфологічних, імуногістохімічних (ІГХ) і морфометричних досліджень всім хворим були проведені панч-біопсії ділянок вітиліго панчамі діаметром 3,5 мм з наступним гістологічним дослідженням.

Дослідження проводили до начала лікування, їх повторне проведення планується через 8 і 16 тижнів після початку лікування з метою оцінки результатів лікування.

Статистичний аналіз проводили з використанням мови програмування R R-3.6.3 для Windows (GNU General Public License). Дані були представлені у кількості пацієнтів (n) та відсотках пацієнтів (%). Аналіз якісних даних проводився за допомогою точного тесту Фішера. Рівень значущості вважався 0.05 для всіх тестів.

Результати. У всіх досліджуваних матеріалах структура шкіри була звичайних характеристик.

Проведені комплексні гістологічні та імуногістохімічні дослідження показали, що у хворих на вітиліго є особливості змін в епідермісі, які полягають в нерізко вираженому гіперкератозі, акантозі, вогищевому слабко вираженому гранульозі; в дермі - помірні судинні реакції з незначно збільшеною кількістю судин мікроциркуляторного русла; вогнищевими, переважно периваскулярними лімфогістіоцитарними інфільтратами, характерним для яких було значне число CD3 клітин і переважання CD4 клітин над CD8 клітинами. Показані гендерні особливості цих змін.

Використання специфічного фарбування (Мелан А, на S100) показало відсутність меланоцитів в епідермісі у всіх досліджуваних випадках, що є характерним для вітиліго, і виявлення поодиноких клітин Лангерганса в дермальному інфільтраті. Порушення співвідношення CD4/CD8 лімфоцитів

в периваскулярному дермальному інфільтраті відображає значимість імунологічних порушень у розвитку вітіліго.

Висновки. Зіставлення проведених комплексних клініко-гістологічних та імуно-гістохімічних досліджень виявило відсутність або недостатню кількість меланоцитів в ділянках ураженої шкіри, дистрофічні зміни кератиноцитів, необхідних для регулювання росту і диференціації меланоцитів. Виявлені зміни послужили обгрунтуванням використання в лікуванні хворих на вітиліго методик клітинних технологій, спрямованих на заповнення недостатньої кількості меланоцитів в ураженій шкірі, і відновлення нормального функціонування кератиноцитів.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОСКОПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗМІН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ З IGA-ВАСКУЛІТОМ

CHARACTERISTIC FEATURES OF ENDOSCOPIC CHANGES IN THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN WITH IGA-VASCULITIS

Кваченюк О. Г. */ Kvacheniuk O.*

Науковий керівник: д. мед. н. професор Охотнікова Олена Миколаївна

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, кафедра педіатрії №1

Обґрунтування роботи. IgA-васкуліт (геморагічний васкуліт, пурпура Шенляйн-Геноха) - системний васкуліт дрібних судин, що розвивається за участю імунних комплексів і характеризується ураженням судин дрібного калібру, головним чином шкіри, суглобів, шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та нирок.

Відомо, що виражений абдомінальний біль і гематохезія при IgA-васкуліті є факторами ризику залучення у патологічний процес нирок, що пов’язвно із довгостроковою захворюваністю у зв’язку із розвитком вторинного капіляротоксичного гломерулонефриту із формуванням у 20-30% випадків хронічної ниркової недостатності, що потребує поєднаних медичних, фінансових та соціальних зусиль для тривалого збереження функціонального стану нирок та підтримки якості життя пацієнтів.

Шлунково-кишкові симптоми виникають у 85% пацієнтів з IgA-васкулітом, тому ендоскопію застосовують для виявлення залучення ШКТ при даному захворюванні. Ендоскопічні характеристики ураження органів травлення при IgA-васкуліті описані в літературі. Однак, на сьогодні є лише кілька досліджень з обмеженою кількістю пацієнтів.

Мета. Дослідження особливостей ендоскопічних змін слизової оболонки органів травлення у пацієнтів з IgA-васкулітом за результатами ретроспективного аналізу історій хвороб дітей, госпіталізованих у соматичні відділення НДСЛ «ОХМАТДИТ» за 20 років (01.01.2001-31.12.2020 рр.).

Матеріали та методи. Проаналізовано 38 історій хвороб. Кожна дитина пройшла повну діагностичну програму, що складається з оцінки скарг і анамнезу життя дитини, даних об’єктивного, лабораторного (загальний аналіз крові, коагулограма, імунограма) та інструментального дослідження (ендоскопія ШКТ). Верхні відділи ШКТ досліджували за допомогою фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС), нижні відділи - за допомогою

фіброколоноскопії (ФКС). Ендоскопічне обстеження проводили, коли у пацієнтів виявлялися клінічні симптоми, що свідчать про ураження шлунково-кишкового тракту, такі як біль у животі, гематомезис, мелена, гематохезія, нудота, блювота, діарея та запор.

Результати. ФЕГДС проведено у 38 пацієнтів (100%). ФКС проводили 7 з 38 пацієнтів (18,42%). При ендоскопічному дослідженні спостерігалися наступні зміни слизової оболонки (СО) верхніх відділів ШКТ у дітей з IgA-васкулітом. Гіперемія СО в нижній третині стравоходу спостерігалася у 52,63% дітей, геморагії - у 2,63%, набряк СО відзначався у 7,89%, зерниста гіперплазія – у 13,16% пацієнтів, ерозії – у 5,26%. СО шлунка характеризувалася наступними змінами: гіперемія - у 76,32% дітей, геморагії – у 13,16%, набряк СО – у 18,42%, зерниста гіперплазія - у 15,79%, атрофія – у 2,63%, ерозії – у 13,16% пацієнтів. У дванадцятипалій кишці (ДПК) гіперемія СО - у 65,79% хворих, з яких гіперемія СО без нальотів та вогнищ деструкції – у 44,74%, гіперемія з ерозіями – у 21,05%, з елементами лімфоїдної гіперплазії – у 23,68% і виразним набряком СО – у 21,05% обстежених.

Ендоскопічне дослідження нижніх відділів ШКТ за допомогою ФКС проводилося пацієнтам 7 пацієнтам з 38 (18,42%), які мали ознаки шлунково-кишкової кровотечі (ШКК), а саме: у 7 пацієнтів була гематохезія (18,42%), у 2 - мелена та анемія (5,26%), у 1 хворого – гематомезис (2,63%). Із 7 пацієнтів, обстежених за допомогою ФКС, у 5 пацієнтів були ураження прямої та сигмовидної кишки. Гіперемія СО прямої та сигмовидної кишки спостерігалася у 3 із 7 пацієнтів, гемарагії – у 3, набряк СО – у 5, ерозії – у 4 хворих, лімфоїдна гіперплазія – у 1 пацієнта.

Усі пацієнти отримували лікування стероїдами та інгібіторами протонної помпи. 4 пацієнта із важким перебігом IgA-васкуліту та ШКК отримували терапію свіжемороженою плазмою, 1 пацієнт отримував внутрішньовенний людський імуноглобулін. На фоні лікування стан усіх пацієнтів із значним покращенням із редукцією симптомів ураження ШКТ.

Висновки. Таким чином, частота ураження СО стравоходу, шлунка та ДПК висока у пацієнтів із IgA-васкулітом та залученням органів травлення у патологічний процес. Раніше повідомлялося про випадки гастро-езофагеального та колоректального ураження ШКТ, однак попередні дослідження базувалися на малій кількость випадків. Наші результати свідчать про те, що ураження ШКТ при IgA-васкуліті охоплює, у більшій мірі, шлунок та ДПК.

Що стосується колоноскопічних висновків у пацієнтів з IgA-васкулітом, доступні лише деякі серії випадків. Zhang та співавт. показали, що еритема, набряки та петехії були найбільш частими знахідками у товстій кишці. Крім того, у літературі описано кілька випадків проведення капсульної ендоскопії у пацієнтів з IgAV. Основними ендоскопічними змінами були еритема в тонкій кишці, а в деяких випадках були виявлені ерозії або виразки. У поточному дослідженні ми підтвердили подібні результати у наших пацієнтів. Таким чином, згадані вище ендоскопічні дані вважаються характерними для всього шлунково-кишкового тракту у пацієнтів з IgA-васкулітом.

КЛІНІКО-ДЕМОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

CLINICAL AND DEMOGRAFICAL CHARACTERISTICS OG PATIENT WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Кириченко О. В. */ Kyrychenko O.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
кафедра нервових хвороб, ВНМУ ім. М.І.Пирогова

Актуальність. Гострий ішемічний інсульт (ІІ) є однією з найпоширеніших причин втрати працездатності, інвалідності, порушення соціальних зв'язків та смертності в Україні та світі. Велику частку хворих з гострим ішемічним інсультом становлять особи соціально активного, працездатного віку, з яких лише 10-12 % повертаються на роботу, з них близько 8 % зберігають свою професійну придатність, а 25 % потребують сторонньої допомоги в повсякденній життєдіяльності. На даний час остаточно не з'ясована структура основних факторів ризику, що впливають на перебіг та наслідки гострого ішемічного інсульту, в тому числі клініко-демографічні та коморбідність пацієнтів.

Мета роботи. Визначення основних клініко-демографічних показників для подальшої оцінки факторів , що впливають на перебіг та наслідки лікування гострого ішемічного інсульту.

Матеріали та методи. Відкрите проспективне дослідження було проведено на базі інсультного відділення ВОПНЛ ім.О.І.Ющенко у місті Вінниця у 2019 році. Критеріями включення в дослідження був ішемічний інсульт різного ступеня важкості в гострому періоді захворювання. Критерієм виключення був гострий геморагічний інсульт. Оцінка важкості інсульту проводилась по шкалі NIHSS(The National Institutes of Health Stroke Scale). Дослідження ґрунтувалось на обстеженні 60 пацієнтів

Результати. Вік обстежуваних пацієнтів становив від 28 до 79 років. Середній вік обстежуваних становив 64±2,34 роки. Контингент включав осіб переважно похилового віку. Незначного переважали чоловіки 51,6% (31), жінок було відповідно 48,4% (29). За класифікацією TOAST (патогенетичні підтипи ішемічного інсульту) переважав атеротромботичний тип – 41,7 % (25), кардіоемболічний тип склав 33,3% (20), криптогенний тип- 16,7%(10), інша відома причина інсульту- 5% (3), лакунарний тип -3,3%(1). За шкалою важкості інсульту NIHSS частка пацієнтів з неврологічними порушеннями легкого ступеня склала 43,3% (26), середнього ступеня 25,1% (15), пацієнти з важким неврологічним дефіцитом склали 13,3%(8),з вкрай важким - 18,3% (11).

Висновки. При ретельному дослідженні клініко-демографічних показників виявлено, що в дослідженні переважали пацієнти похилого віку (64±2,34 роки). Практично однаковою була частка чоловіків та жінок (51,6% та 48,4% відповідно). Серед патогенетичних підтипів переважав атеротромботичний тип інсульту (41,7%). Найбільшу частку пацієнтів склали пацієнти з легким неврологічним дефіцитом (43,3%).

COMPARISON OF EFFECTIVENESS BETWEEN FAMILY-BASED TREATMENT AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN CASE OF

ADOLESCENTS WHO ARE DIAGNOSED WITH BULIMIA NERVOSA

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МІЖ СІМЕЙНОЮ ТЕРАПІЄЮ ТА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЮ ТЕРАПІЄЮ У ВИПАДКАХ ПІДЛІТКІВ З ДІАГНОЗОМ БУЛІМІЇ НЕВРОЗА

Kyselova A. */ Кисельова А.О.*
SWPS University of Social Sciences and Humanities, Warsaw, Poland,
Department of Psychology in English: specialization - Clinical Psychology
akyselova@st.swps.edu.pl

Introduction. Bulimia nervosa is a kind of eating disorder that is related to uncontrolled episodes of binge eating and purging using different ways to get rid of food that was eaten. In order to prevent gaining weight, patients with bulimia nervosa use different ways such as self-induce vomiting, misuse of laxatives or other weight-loss supplements and diuretics after episodes of binge eating. Additionally, patients with bulimia nervosa can sit on a strict diet and exercise excessively.

The most common symptoms of bulimia nervosa are:

- dissatisfaction with personal body image and being preoccupied with body shape and weight
- experiencing fear of gaining weight
- repeated episodes of binge eating in one setting
- experiencing loss of control during the episode of binge eating
- forcing yourself to vomit or exercise excessively in order to prevent weight gaining after episodes of binge eating
- use o0f laxatives, enemas or diuretics after episodes of binge eating when there is no medical need of them
- restriction of calories or not eating certain products between episodes of binge eating
- in order to lose weight some patients can use special dietary supplements or other herbal products.

Talking about the treatment for bulimia nervosa, it can be divided into two categories: psychotherapy and medications. As to the psychotherapy, it was shown that cognitive-behavioral therapy, family-based therapy and interpersonal psychotherapy are effective in dealing with psychological symptoms of bulimia nervosa.

Aim. The main goal of this article is to compare two evidence-based treatments for bulimia nervosa in case of adolescents: Family-Based-Treatment Bulimia Nervosa (FBT-BN) and Cognitive-Behavioral Therapy adapted for Adolescents (CBT-A). Scientific articles and specific chapters from textbooks related to the topic bulimia nervosa and its treatment were selected and analyzed.

Discussion. According to the articles, it was shown that there is a difference between the use of FBT-BN and CBT-A, and it was demonstrated that FBT-BN is more effective in case of adolescents diagnosed with bulimia nervosa compared to CBT-A. In the study, it was presented that patients who received FBT-BN became abstinent faster and were hospitalized less compared to those who received CBT-A. Additionally, follow-ups of FBT-BN clients indicated better results compared to those receiving CBT-A, at the end of treatment (EOT) and 6-month follow-up. Moreover, it is very

important to mention there was no difference between FBT-BN and CBT-A in abstinence rates by 12-month follow-up, but a medium effect of FBT-BN persisted even then (at the 12-month follow-up).

Furthermore, some research showed that family pathology assessed using the Family Environment Scale- FES conflict is described as a significant moderator aspect of treatment effect in case of bulimia nervosa. For example, patients who have lower FES conflict rates showed better results after implementation of FBT-BN than participants who received CBT-A. On the other hand, it was shown that there was no difference between the effects of two treatment methods if participants had higher FES conflict conflict rates.

Other than targeting bulimia, FBT-BN produced secondary results of improved depression, as measured by the 'Beck's Depression Inventory'.

In total, mostly all articles suggested that FBT-BN is more effective as an initial therapy intervention compared to CBT-A. However, it is very important to note that CBT-A is a general therapeutic approach, and Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy (CBT-E) is the latest iteration of CBT suited for adolescents with eating disorders, so in the future studies it would be interesting to compare those two therapeutic approaches (CBT-E and FBT-BN) and see which of them is more effective in case of bulimia nervosa in adolescents and whose effect is saved during follow-up period.

Conclusion. In conclusion, it could be said that FBT-BN shows better results compared to CBT-A as an initial treatment choice for adolescents diagnosed with clinically significant bulimia nervosa. In addition, it is important to mention that more studies must be conducted related to FBT-BN and CBT-E, so it would be possible to assess the effect of those treatment methods and compare them

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЙНО-ДЕРЕАЛІЗАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DEPERSONALIZATION-DEREALIZATION SYNDROM

Кобзар О. М. */ Kobzar O.*

Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика,
кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології

Актуальність теми. Деперсоналізаційно-дереалізайційний синдром (ДДС) за даними епідеміологічних досліджень зустрічається у 1-2% людей серед загальної популяції. Ці значні статистичні дані не в повній мірі відображають поширеність ДДС, оскільки він часто лишається нерозпізнаним.

Найчастіше даний синдром включений у клінічну картину інших розладів, наприклад, депресивного, панічного, фобічного та обсесивно-компульсивного розладу, тощо. Рідше феномени деперсоналізації та дереалізації зустрічається ізольовано. Деперсоналізація та дереалізація посідають третє місце за поширеністю серед психіатричних симптомів, після тривоги та депресії.

Мета. Дослідити диференційно-діагностичні особливості деперсоналізаційного та дереалізаційного розладів в молодому віці та покращити виявлення даного синдрому у клінічний практиці лікарів.

Матеріали та методи. Наведено результати фрагменту дисертаційного дослідження, що проведено на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (м. Київ, Україна); клінічна база - ТМО «ПСИХІАТРІЯ».

Результати. Проаналізувавши літературні був розроблений скринінговий метод, який дозволяє виявити та оцінити особливості. деперсонлізаційно-дереалізаційного синдрому. Результати пре-тесту даного скринінгового методу вказують на достатню чутливість. У більшості пацієнтів при клінічному інтерв'ю було підтверджено наявність деперсонлізаційно-дереалізаційного синдрому.

Висновки. Запропонований скринінговий метод є перспективним у виявленні пацієнтів з деперсонлізаційно-дереалізаційним синдром. Даний метод потребує подальшого вивчення і доробки.

РОЛЬ ІНДУКЦІЙНОЇ ХІМІЄТЕРАПІЇ ЯК ЧАСТИНИ ТОТАЛЬНОЇ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОМУ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

ROLE OF THE INDUCTION CHEMOTHERAPY, AS A PART OF TOTAL NEOADJUVANT THERAPY, IN LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER

Коваленко І. А. */ Kovalenko I.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кафедра онкології

kovalenko.iryna.2018@gmail.com

Актуальність. Протягом останніх кількох років тотальна неоад'ювантна терапія (ТНТ) стала варіантом лікування місцево поширеного раку прямої кишки та рекомендована в Рекомендаціях Національної комплексної онкологічної мережі США (NCCN) з 2018 року. Одним з варіантів тотальної неоад`ювантної терапії є початок з хімієтерапії, а потім хімієпроменевої терапії. Однак радіологічний контроль після індукційної хіміотерапії зазвичай не проводиться. Крім того, відбір кандидатів для проведення індукційної хімієтерапії включає пацієнтів з потенційно високим ризиком мікрометастазування та поганим прогнозом як от T3-4; наявність уражених регіонарних лімфовузлів (N+); залучений циркулярний край резекції (CRM+); залучена мезоректальна фасція (MRF+); екстрамуральна інвазія судин (EMVI +).

Мета і завдання Оцінка впливу індукційної хімієтерапії, як першої частини тотальної неоад'ювантної терапіїї на клінічну стадію захворювання при місцево поширеному раку прямої кишки (T2-4/N1-2) з CRM+/MRF+, EMVI+ та визначення результатів, використовуючи МР-ступінь регресії пухлини (TRG).

Матеріали та методи. Аналіз проводився в медичному центрі «Добробут» (Київ, Україна) протягом періоду 2019-2020 років. TRG використовували як адекватний показник реакції пухлини при обстеженні. Протягом цього часу було включено 10 пацієнтів з двома або більше факторами високого ризику, які проходили індукційну хімієтерапію за схемами mFOFOX6/CAPEOX протягом 12 тижнів.

Результати. Очікуване зниження клінічної стадії, згідно з класифікацією TNM, виявилося не у всіх пацієнтів. В іншому випадку довжина пухлини

зменшилася з максимальної 59 мм до 29,8 мм, у середньому це становило 29,2 мм (на 38,4%), враховуючи, що цей показник залишався незмінним у 1 пацієнта; CRM змінився з позитивної на негативну форму у 8 випадках (80%). У пацієнтів з MRF+, який раніше був позитивним у 4 випадках (40%), лише 2 рази трансформувався у негативний. Оцінюючи відповідь на лікування, використовуючи шкалу TRG, 8 пацієнтів (80%) досягли TRG2-3, TRG4 спостерігалось в 2 випадку (20%).

Висновки. Індукційна хімієтерапія зменшує розмір й протяжність пухлини, зменшує глибину інвазії мезоректальної фасції та сусідніх органів. Таким чином, це може забезпечувати кращі можливості для планування та ефективності подальшої хімієпроменевої терапії.

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ НА МАКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СКЛАД СЛИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРЕСТЕЗІЮ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ БЕЗ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

THE INFLUENCE OF INDIVIDUAL HYGIENE PRODUCTS ON THE MACROELEMENT COMPOSITION OF SALIVA IN PATIENTS WITH HYPERESTHESIA OF HARD TISSUES OF TEETH WITHOUT DISORDERS OF THE THYROID GLAND

Ковальова М. А. */ Kovalova M.*

Науковий керывник: д.мед.н., професор, зав. кафедри терапевтичної стоматології Білоклицька Г.Ф.

Національного університету охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, кафедра терапевтичної стоматології

kmapo14@ua.fm

Вступ. Магній є одним з найпоширеніших макроелементів, який необхідний для здійснення багатьох фізіологічних функцій як клітин, так і цілого організму. Велика кількість експериментальних даних вказує на високу кореляцію між дефіцитом вмісту магнію в організмі та ризиком розвитку різних захворювань та патологічних станів організму людини. Біологічна роль цього хімічного елементу пов’язана з участю в енергетичному, пластичному і електролітному обміні. Магній входить до складу більш ніж 300 ферментів, виступає важливою ланкою нейром’язової провідності, здійснює гальмівну дію на центральну нервову систему, задіяний в скороченні серця, розширенні кровоносних судин, бере участь у фібринолізі та формуванні імунітету [1, 2]. Магній виступає фізіологічним антагоністом кальцію. З огляду на це, нами було вирішено визначити концентрацію катіонів магнію в слині у пацієнтів з гіперестезією твердих тканин зубів (ГТТЗ) та без порушення функції щитоподібної залози (ЩЗ).

Мета дослідження. Дослідити вплив індивідуальних засобів гігієни ротової порожнини на вміст катіонів магнію в слині у пацієнтів з ГТТЗ та без порушення функції ЩЗ.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами був проведений стоматологічний огляд людей з ГТТЗ та без порушення функції ЩЗ (віком від 18 до 60 років), яких було розподілено на три вікові групи: І група -

молодше 40 років, II група - 40-50 років та III група - старші 50-ти років. Кожному обстеженому проводили забір слини в проміжку між 9-тою та 11-тою годиною ранку, оскільки існує кореляція між часом доби і хімічним складом змішаної слини. Необхідну кількість слини (близько 5 мл.) збирали протягом 15-20 хвилин в спеціальні стерильні пластикові пробірки з щільно притертими кришками. Аналіз вмісту магнію в слині проводили за допомогою тест-наборів «Human» (Німеччина).

Результати. Визначення концентрації даного макроелементу проводили до та після двох тижнів з моменту використання пацієнтами зубної пасти «Новий Colgate Total ® з формулою подвійний цинк та аргінін» [3, 4, 5].

За результатами нашого дослідження показник вмісту магнію в слині до та через два тижні після початку використання зубної пасти «Новий Colgate Total® з формулою подвійний цинк та аргінін» дорівнював: I група (до 2,466100 ммоль/л, після 2,724812 ммоль/л), II група - (до 2,417990 ммоль/л, після 2,522488 ммоль/л), III група - (до 2,492029 ммоль/л, після 2,737440 ммоль/л), відповідно. Отримані біохімічні значення концентрації досліджуваного макроелементу у слині обстежених усіх вікових груп статистично достовірно не відрізнялись.

Висновки. Підводячи підсумок бачимо, що достовірної різниці в концентраціях цього макроелементу в слині людей різного віку не було виявлено, що вказує на відносну сталість рівня цього макроелементу в слині за наших експериментальних умов у пацієнтів з гіперестезією твердих тканин зубів без порушення функції щитоподібної залози.

ЕТАП БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗУВАННЯ НА ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТАХ: ВИБІР РАЦІОНАЛЬНОГО ПРОТЕТИЧНОГО ЕЛЕМЕНТУ

THE STAGE OF DIRECT PROSTHETICS ON DENTAL IMPLANTS: CHOICE OF A RATIONAL PROSTHETIC ELEMENT

Кокоєва Ю. В. */ Kokoieva Yu. V.*

Науковий керівник: д. мед. н. професор
кафедри ортопедичної стоматології Леоненко П. В.

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика,
кафедра ортопедичної стоматології

Актуальність теми. Перспективною методикою лікування адентії є безпосереднє протезування (БП) з опорою на дентальних імплантатах (ДІ), адже воно дозволяє швидко відновити цілісність зубного ряду, а рівень виживання ДІ при цьому становить 93,3-98,0% згідно джерел наукової літератури. Перевагою процедури БП є менша кількість оперативних втручань, на відміну від стандартного протоколу навантаження ДІ, що забезпечує зниження рівня психологічного та соціального дискомфорту пацієнта. Проте, у доступних наукових джерелах не знайдено єдиного рішення щодо вибору конструкції протетичного елементу при безпосередньому протезуванні на дентальних імплантатах.

Мета дослідження. вивчити результати застосування вдосконаленого алгоритму безпосереднього протезування з рівня платформи мезоструктури мульти-юніт абатментів на дентальних імплантатах із персоналізованим підходом.

Матеріали та методи. У клінічному дослідженні брав участь 61 пацієнт віком 25-70 років. 17 осіб, у яких відсутні дефекти зубних рядів, а показники клініко-лабораторних досліджень перебували в межах референтних значень, включено у додаткову когорту, що формувала III групу порівняння. 44 пацієнта із дефектами зубних рядів та/або зубами, які потребують видалення, входили до основної когорти, котру шляхом рандомізації розподілено на дві групи, відмінні за методикою лікування. I групу формували 22 пацієнти, яким було проведено вдосконалений протокол безпосереднього протезування з гвинтовою фіксацією з рівня платформи мезоструктури мульти-юніт абатментів із персоналізованим підходом до виготовлення ортопедичних конструкцій за допомогою CAD/CAE/CAM технологій. 22 пацієнтам II групи безпосереднє протезування з гвинтовою фіксацією з рівня платформи ДІ із застосуванням стандартних протетичних елементів проведено за загальноприйнятим протоколом із виготовленням штучних коронок за традиційною лабораторною методикою.

Пацієнтам основної та додаткової когорти для вивчення безпосередніх та віддалених результатів застосування удосконаленого протоколу БП на ДІ було проведено ряд клінічних, рентгенологічних та функціональних досліджень з наступним статистичним аналізом одержаних даних.

Результати. Отримані результати оцінки гігієнічного статусу пацієнтів основної когорти шляхом застосування спрощеного індексу гігієни порожнини рота Green-Vermillion (OHI-S, од.) під час первинного огляду, перед оперативним втручанням, через 14 днів, 6 міс., 12 міс., 24 міс. після проведення дентальної імплантації та БП свідчать про відсутність достовірно значимої різниці ($p>0,05$) між I та II групами. Це вказує на те, що гігієна порожнини рота не була причиною втрати періімплантаційної КТ та м’яких тканин при безпосередньому протезування з опорою на ДІ. Метаболічні порушення КТ у пацієнтів основної та додаткової когорти були відсутні, а достовірної різниці у показниках рентгенологічної щільності між I (939,62±38,21 од.) та II (957,10±23,05 од.) групами не виявлено ($p>0,05$).

У I групі втрата висоти маргінальної КТ відносно початкового рівня КТ складала 0,10±0,02 мм через 6 міс., 0,36±0,03 мм через 12 міс. та 0,70±0,01 мм через 24 міс. після БП. У II втрата КТ навколо ДІ становила 0,66±0,03 мм через 6 міс., 1,11±0,03 мм через 12 міс. та 1,20±0,04 мм через 24 міс. Дані показники свідчать про достовірно вищу ($p<0,05$) втрату висоти маргінальної кісткової тканини при застосуванні стандартних протетичних елементів та загальноприйнятого протоколу БП на ДІ із виготовленням штучних коронок за традиційною лабораторною методикою без врахування індивідуальних особливостей пацієнта. Окрім того, виявлено достовірно вищу ($p<0,05$) втрату висоти м’яких тканин навколо ДІ через 6, 12 та 24 міс. після дентальної імплантації та БП у пацієнтів II групи, на відміну від пацієнтів I групи.

Отримані результати свідчать, що проведення БП із використанням мульти-юніт абатментів дозволяє попередити втрату маргінальної КТ та обсягу м’яких тканин, оскільки, фіксація даного протетичного елементу відбувається відразу на етапі хірургічного втручання, а всі подальші маніпуляції ортопедичного протоколу відбуваються з рівня його мезоструктури, що дає можливість уникнути інфікування

шахти ДІ, травмування окістя та слизової оболонки навколо ДІ. Разом з тим, застосування CAD/CAE/CAM технологій дає можливість врахувати індивідуальні особливості профілю «прорізування» пацієнта, а також відтворити ортопедичну конструкцію, що чітко відповідає сформованим періімплантаційним контурам, забезпечуючи пасивну фіксацію протезу на ДІ та мінімальний тиск на оточуючу слизову оболонку, що у свою чергу скорочує терміни клінічної адаптації м'яких тканин.

Висновки. Науково підтверджено, що застосування удосконаленого алгоритму безпосереднього протезування із персоналізованим підходом до виготовлення ортопедичної конструкції за допомогою CAD/CAE/CAM технологій дозволяє зберегти достовірно більший ($p<0,05$) обсяг м'яких тканин навколо ДІ, таким чином, забезпечуючи гармонійне формування профілю «прорізування» та естетичний результат лікування. Отримані достовірно нижчі ($p<0,05$) показники резорбції кісткової тканини та рецесії ясен навколо ДІ у І групі із використанням мульти-юніт абатментів, у порівнянні із ІІ групою, де було зафіксовано стандартні титанові платформи, дають можливість науково обґрунтовано рекомендувати мульти-юніт абатменти в якості протетичних елементів під час безпосереднього протезування з опорою на дентальних імплантатах для максимального збереження висоти періімплантаційної маргінальної кісткової тканини та об'єму м'яких тканин.

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА СУКЦИНАТДЕГІДРОГЕНАЗНУ ТА H^+-АТФ-АЗНУ АКТИВНІСТЬ В МІТОХОНДРІЯХ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ НЕФРОПАТІЇ

EFFECT OF MELATONIN ON SUCCINATE DEHYDROGENASE AND H^+-ATP-ASE ACTIVITY IN THE LIVER MITOCHONDRIA OF RATS IN EXPERIMENTAL NEPHROPATHY

Коляник І. О. / *Kolianyk I. O.*
Науковий керівник: к.мед.наук, доц. Геруш Ігор Васильович
Буковинський державний медичний університет,
кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
ilanija8@gmail.com

Актуальність. Захворювання нирок – одна з найпоширеніших проблем сучасної медицини. Основою патогенезу ниркової патології є розвиток оксидативного стресу, що супроводжується оксидантно-антиоксидантним дисбалансом, і як наслідок – ураженням печінки. Печінка є ключовим органом та відіграє важливу роль в метаболізмі, оскільки приймає участь в збереженні та регулюванні рівня ліпідів, вуглеводів, в синтезі найбільш важливих білків та детоксикації токсичних сполук екзо- та ендогенного походження. Саме тому, вона є схильною до окислювальних пошкоджень.

Мітохондрії є джерелом більшості активних форм оксигену (АФО) в клітинах, а електронно-транспортний ланцюг є основним місцем утворення супероксидного аніон радикалу. В якості основних місць утворення АФО виступають мітохондріальні комплекси І та ІІІ. Крім того,дослідження останніх років демонструють також, що мітохондріальний комплекс ІІ – бере участь в утворенні вільних радикалів.

Останнім часом мелатонін зацікавив вчених та лікарів як нейроендокринний гормон, що володіє здатністю перехоплювати вільні радикали та стимулювати активність антиоксидантного захисту. З'ясовано, що найбільша концентрація мелатоніну виявлена саме в мітохондріях.

Саме тому, метою нашого дослідження є дослідити вплив мелатоніну на сукцинатдегідрогеназну та H^+-АТФ-азну активність в мітохондріях гепатоцитів щурів за умов експериментальної нефропатії.

Матеріали і методи. Моделювання нефропатії здійснювали шляхом одноразового внутрішньоочеревинного введення фолієвої кислоти (Sigma-Aldrich, США) у дозі 250мг/кг маси тіла [8]. Тварини були розподілені на 5 груп: 1-ша – контрольні тварини; 2-га – експериментальні тварини, із змодельованою нефропатією (3 день); 3-тя – тварини, яким на тлі моделювання експериментальної нефропатії щоденно вводили мелатонін (Sigma-Aldrich, USA) із розрахунку 10 мг/кг маси тіла внутрішньошлунково упродовж 3 днів; 4-та – тварини із змодельованою нефропатією (7 день); 5-та – тварини із експериментальною нефропатією, яким щоденно вводили мелатонін в дозі 10мг/ кг маси упродовж 7днів.

Мітохондріальну фракцію виділяли методом диференційного центрифугування в ізоляційному буфері. Активність сукцинатдегідрогенази визначали за кількістю відновленого фериціаніду, а H^+-АТФ-ази – за накопиченням неорганічного фосфату. Статистичну обробку даних проводили за критерієм Уїлкоксона.

Результати. Нами встановлено, зниження сукцинатдегідрогеназної активності в мітохондріях гепатоцитів щурів з експериментальною нефропатією на 3-ій день експерименту на 26,8% та на 7-ий день на 16,7% в порівнянні із значеннями контрольної групи тварин, що, ймовірно свідчить про порушення в структурі II дихального комплексу. Активність H^+-АТФ-ази в мітохондріях гепатоцитів щурів з експериментальною нефропатією знижувалася на 37,5% на 3-ій та на 33,1% на 7-ий день експерименту в порівнянні з контрольною групою тварин. Ведення мелатоніну підвищувало сукцинатдегідрогеназну та H^+-АТФ-азну активності на 24,6% та 25,3% на 3-ій день та на 16,8% і 24,5% на 7-ий день в порівнянні з тваринами з експериментальною нефропатією. Однак, підвищення активності H^+-АТФ-ази все ще достовірно відрізнялося від показників контролю.

Таким чином, при нефропатії відбувається зниження активності сукцинатдегідрогенази та H^+-АТФ-ази, що, можливо, обумовлено окислювальним пошкодженням білків, що складають основу внутрішньої мембрани дихального ланцюга мітохондрій, а також і ліпідів, що приймають участь в стабілізації дихальних комплексів в мембрані.

Мелатонін, завдяки своїм антиоксидантним властивостям покращував функціонування II дихального комплексу за рахунок поглинання вільних радикалів, що сприяло зниженню рівня оксидативного стресу, та забезпечення достатнього рівня утворення АТФ, що виникли при експериментальній нефропатії.

Висновки. Окислювальний стрес, що виникає при експериментальній нефропатії призводить до пригнічення сукцинатдегідрогеназної активності

та зниження рівня утворення АТФ. Мелатонін покращував здатність мітохондрій окислювати субстрати генеровані ФАД, та мало позитивний вплив і на H^+-АТФазну активність що, ймовірно, сприяло покращанню мітохондріального зчеплення при окислювальному стресі, викликаному нефропатією.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОМОРБІДНІСТЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЖИРІННЯ

TOLERANCE TO EXERCISE OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH COMORBIDITY OF ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY

Костинська Н. Г. */ Kostynska N. G.*
Науковий керівник: професор, д.м.н. Марушко Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра педіатрії післядипломної освіти
nkostinskaya8@gmail.com

Актуальність теми. Як відомо, поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) і ожиріння (О) в одного пацієнта погіршує перебіг кожного із захворювань та суттєво впливає на якість життя (Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Злобинець А.С. 2014-2020 рр.). Коморбідність АГ і О підвищує імовірність ряду патологічних станів та ускладнень: цукровий діабет 2 типу, апное уві сні, кардіоваскулярні ризики (Нетяженко В.З. 2020р., Джуряк В.С. 2017 р.).

Мета дослідження. Вивчення толерантності до фізичного навантаження (ТдоФН) у дітей шкільного віку хворих на АГ та О.

Матеріали і методи дослідження. Досліджено 95 дітей віком від 9 до 18 років, які були розділені на 4 групи. Перша група включала в себе пацієнтів з нормальним АТ та нормальною масою тіла (НМТ), друга — дітей зі стабільною АГ та НМТ, третя — з нормальним АТ та О, четверта — із стабільною АГ та О.

Діагностика стабільної АГ проводилась за допомогою добового монітору АТ. Розподіл дітей за масою тіла проводився за допомогою показника індекс маси тіла.

Оцінка клінічної картини у дітей проводилась за допомогою анкетування. Досліджувалась наявність та частота виникнення в даного пацієнта таких скарг: запаморочення, біль в ділянці серця, головний біль та втрату свідомості. Для проведення статистичного аналізу використовувався сумарний показник, який включав в себе бальну оцінку всіх вищевказаних скарг.

Для оцінки ТдоФН усім дітям була проведена велоергометрія. За головну змінну дослідження прийнято максимальне споживання кисню V_{O2peak} л/хв/кг. Обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми MedStat v 5.2.

Результати. При аналізі сумарної бальної оцінки скарг найвищий показник був в групі поєднаної патології АГ та О і становив 5,8±1,9 балів; в групі дітей з АГ та нормальною масою тіла – 2,9±1,4 балів; у пацієнтів з нормальним АТ та О – 3,4±1,4 балів, в групі контролю цей показник становив 0,44±0,6 балів.

АГ і О суттєвим чином впливають на показники ТдоФН. Для кожного з цих захворювань характерні достовірно менші значення V_{O2peak} порівняно

з контрольною групою. Проте у дітей з поєднанням цих захворювань дані V_{O2peak} виявилися найнижчими - 26,4±6,7 мл/хв/кг у хлопчиків ($p<0,05$) та 22,7±3,6 мл/хв/кг у дівчаток ($p<0,05$), що на 34,1% та 36,3% відповідно нижче порівняно з групою контролю.

Висновки. У дітей з поєднанням АГ та О клінічна картина стану характеризується достовірно частішою наявністю скарг на запаморочення, біль в ділянці серця, головний біль та втрату свідомості. Сумарний показник бальної оцінки скарг в групі поєднаної патології АГ та ожиріння становив 5,8±1,9 балів, що достовірно вище ($p<0,01$) ніж у дітей з АГ або О.

При первинній АГ та О спостерігається зниження показника V_{O2peak}, яке найбільш виражене при поєднанні цих станів (до 26,4±6,7 мл/хв/кг у хлопчиків та до 22,7±3,6 мл/хв/кг у дівчаток), що вказує на значне зниження толерантності до фізичного навантаження.

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ДЕПРЕСІЇ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ТА МОЛОДОГО ВІКУ

SEXUAL FEATURES MANIFESTATIONS OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS

Котенко А. О. */ Kotenko A.*

Науковий керівник: д.м.н., зав. кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, професор Пилягіна Галина Яківна

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, кафедра психіатрії, психотерапиї та медичної психології

Актуальність. Серед психічної патології афективні розлади займають провідне місце. Згідно результатам досліджень депресивні розлади загалом найбільше уражають саме працездатне населення у віці близько 20 – 40 років, що призводить до значних соціальних та економічних наслідків, а розповсюдженість даної нозології за життя складає 20,8 % [1,2].

За статистичним даними від 15 до 30 % депресій характеризуються затяжним перебігом, у кожного п’ятого пацієнта депресія затягується на 2 роки [3]. Депресія спричиняє велику кількість порушень соціального функціонування, що є навіть тяжчими за хронічні соматичні патології [4].

Враховуючи актуальність вивчення депресивних розладів дана патологія серед різних груп населення потребує більш детального вивчення.

Метою нашого дослідження є вивчення особливостей перебігу депресивних розладів серед молоді враховуючи стать.

Матеріали і методи. У дослідженні беруть участь пацієнти від 18 до 30 років, котрі страждають на депресію у межах невротичного регістру та не мають тяжкої супутньої соматичної патології чи вираженого когнітивного зниження.

Дослідження пацієнтів включає використання психодіагностичних методик, таких як визначення аутоагресивних предикторів, шкала безнадійності Бека, пятифакторний опитувальник особистості Big 5, тест сенсожиттєвих орієнтацій Лєонтьєва, шкали оцінки здоров’я пацієнта PHQ- 9 та PHQ-15, методика діагностики копінг-механізмів Хейма. У дослідженні брали участь 80 осіб у віці від 18 до 30 років: 46 чоловіків та 34 жінки, котрі страждали на депресивні

розлади. Середній вік досліджуваних складав 22 роки серед чоловічої групи та 21 – в жіночій групі.

Результати. Враховуючи нозологічну приналежність в групах: діагноз F32 (депресивний епізод різного ступеня тяжкості) спостерігався у 43.38% чоловіків та 52.94% жінок. F43 (розлади адаптації) відмічався у 47.06% жінок, а серед чоловіків займав 30.43%. Діагноз F34.1 (дистимія) зустрічався в 26.09% чоловічої статі. Враховуючи результати психодіагностичних методик у чоловіків та жінок із невротичними депресіями достовірно значущими у обох групах були високі показники аутоагресії, агресії, імпульсивності, порушення соціального функціонування, афективних та соматичних порушень. Враховуючи синдромологічну складову, картина пацієнтів виглядала наступним чином: астено-депресивна симптоматика відмічалась у 26.09% чоловіків та у 41.18% жінок; істеро-депресивна симптоматика переважала у 41.18% жінок, на відміну від 13.04% чоловіків; тривожно-депресивна симптоматика спостерігалась у 60.87% чоловіків та у 17.65% жінок.

Висновки. Враховуючи проблематику депресивних розладів у наш час, тенденцію до маніфестації даної нозології у молодому віці, що призводить до соціальної дезадаптації працездатного населення, депресії серед молодого контингенту осіб потребують подальшого детального вивчення.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЕНТІВ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ СИСТЕМОЮ ЕЛЕКТРОННОГО ЗАПИСУ НА ПРИЙОМ ДО ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ

ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE MEDICAL-SOCIOLOGICAL RESEARCH ON PATIENT SATISFACTION OF THE CONSULTATIVE-DIAGNOSTIC CENTER WITH THE ELECTRONIC RECORDING SYSTEM TO DOCTORS-SPECIALISTS

Кулешов В. В. */ Kuleshov V.*

Національний університет охорони здоров’я України імені П.Л.Шупика,
кафедра управління охороною здоров’я та публічного адміністрування
crbstb@i.ua

Актуальність. Реалізація вимог існуючої в Україні моделі вторинної амбулаторної медичної допомоги, а саме: обов’язковість направлення від лікаря, введення системи електронного запису на прийом до лікаря, призвела до зменшення кількості направлень пацієнтів сімейними лікарями до лікарів-спеціалістів та обмеження кількості пацієнтів, що можуть бути прийняті лікарем і, як наслідок, до скорочення кількості звернень пацієнтів в амбулаторні-поліклінічні заклади вторинного рівня, при тому, що запит на їх послуги з боку населення не зменшився. В цьому разі, для підвищення ефективності організації процесу надання медичних послуг доцільно його дослідити не лише з точки зору організації роботи лікарів-спеціалістів консультативно-діагностичних центрів, а й вивчити думку пацієнтів як споживачів медичних послуг про роботу електронної системи eHealth, визначити можливі недоліки та намітити шляхи вдосконалення.

Забезпечити зворотний зв'язок від пацієнтів та з'ясувати їх думку про результати запровадження та роботу в закладі електронної системи охорони здоров'я і її компонента системи електронного запису пацієнта на прийом до лікаря, можливо за допомогою анкетування. Анкетування пацієнтів відображає об'єктивну інформацію щодо стану явища та надає можливість виявити наявні недоліки і проблеми.

Матеріали і методи. З метою вивчення задоволеності населення медичними послугами, що надаються в Консультативно-діагностичному центрі Подільського району міста Києва (далі КДЦ), включаючи питання роботи електронної системи eHealth та її компонента системи електронного запису на прийом до лікаря, було проведено соціологічне дослідження. Воно було здійснено методом анкетування, який є одним із найпоширеніших у практиці прикладної соціології способом опитування.

Результати. Анкетування проводилося у березні 2020 року і було організоване після відвідування пацієнтами на виході із КДЦ. Анкетування проводилося вибірковим методом Для опитування було розроблені анкети. В опитуванні прийняло участь 100 респондентів. Для аналізу повернулося 82 анкети (82%). Причиною відносно низької активності опитуваних стали обмеження, викликані карантином COVID-19.

Опитування пацієнтів КДЦ дозволило оцінити результати впровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth, та таких її елементів, як система електронного запису на прийом до лікаря, а також виявити можливі проблеми в її роботі та намітити шляхи, щодо подальшого поліпшення роботи системи eHealth в КДЦ.

Одна з груп запитань стосувалася інформації щодо прийому лікаря та системи запису. За результатами опитування за першою групою запитань майже половина опитаних 40 осіб (48,78%) записались на прийом до лікарів-спеціалістів самостійно в особистому кабінеті електронної медичної системи, в той же час через реєстратуру закладу записався 31пацієнт (37,0%) та 11 (13,41%) записав лікар.

В результаті анкетування з'ясовано, що 50% респондентів (41 особа) позитивно оцінила роботу систем електронного запису, 36,6 % опитаних частково задоволені. Незадоволені системою електронного запису на прийом до лікаря 11 опитаних (13,41%), з яких 81,8% – пацієнти старше 60 років, для яких проблема переважно полягає з ускладненим доступом до мережі Інтернет.

На запитання «Що Вас не задовольняє в роботі системі електронного запису?» відповіді були наступні: «Складно записатись на прийом в реєстратурі» – 12 осіб (14,63%), «Складно записатись на прийом в системі Інтернет (Helsi.me)» – 19 осіб (23,17%), з яких 36,84% – пацієнти старше 60 років, «Недостатньо часу для прийому пацієнта лікарем (15 хвилин)» – 19 осіб (23,17%), «Багато часу на прийом одного пацієнта (15 хвилин)» – 2 особи (2,44%), «Інші причини» – 27 осіб (32,93%), у тому числі: проблеми в роботі сайту, черги в реєстратурі, відсутність мобільного телефону в реєстратурі.

На запитання: «Скільки часу тривав прийом лікаря?» було надано наступні відповіді: до 5 хвилин -1 особа (1,22%), 15-15 – 50 опитаних(60,98%), більше 15 хвилин -30 опитаних (36,59%), не надано відповідь – 1 особа.

Інша група запитань стосувалася інформації щодо задоволеності пацієнтами якістю отриманих в КДЦ медичних послуг. З відповідей, отриманих по запропонованих варіантах на цю групу питань, усі опитані вказали, що задоволені наданням послуг в КДЦ, в тому числі: цілком задоволені -59 осіб (71,95%) та частково задоволені – 23 особи (28,05%).

На запитання «Що саме не задовольнило Вас в медичному обслуговуванні?» респонденти вказали, що незадоволені: складність запису на прийом -25 осіб (29,76% від усіх опитаних), рівнем діагностики, знань лікарів» - 2 особи (2,44%), складністю проходження лабораторного обстеження - 8 осіб (9,76%), складністю проходження діагностичного обстеження - 2 особи (14,63%), 7 осіб (8,54%), вказали на невідповідний стан обладнання у діагностичному центрі та необхідність його покращення. Слід відмітити, що опитуваними не було вказано на наявність випадків неуважного ставлення або грубого відношення персоналу до пацієнта.

Висновки. За результатами анкетування пацієнтів КДЦ можна зробити наступні висновки: зміни, що відбулися в роботі КДЦ в результаті запровадження системи електронної медицини і її компонента – електронного запису на прийом до лікаря не погіршили якість надання медичних послуг та задоволеність пацієнтів роботою КДЦ та спеціалістів центру. Однак, існують недоліки при впровадженні системи електронного запису та організаційні проблеми, до яких віднесено: складність запису на прийом до лікарів-спеціалістів, недостатність часу на прийомі та інші. Усі вони вливають на можливість пацієнтів отримати доступну амбулаторну вторинну медичну допомогу у вигляді медичної послуги - консультація лікаря-спеціаліста.

Вирішити ці проблеми можливо наступним чином створивши та запровадивши мобільні версії-додатків до усіх функціонуючих в Україні медичних-інформаційних систем, що дозволить оптимізувати механізм запису до лікаря, зменшити навантаження на реєстраторів та відмовитися від послуг запису на прийом консультантами Call-центрів. Забезпечивши оптимізацію використання робочого часу лікаря, шляхом визначення та закріплення в системі тривалості прийому лікаря-спеціаліста в різних ситуаціях (при первинному та повторному оглядах, проведенні маніпуляцій, проведені операції) та запровадженням диференційованого підходу до тривалості прийому лікарем, в залежності від спеціальності лікарів.

Результати отримані при даному дослідженні можуть бути використані при плануванні роботи лікарів-спеціалістів КДЦ. і бути в корисними для керівників КДЦ та представників організацій, що надають послуги з забезпечення функціонування медичних-інформаційних систем, а також Міністерства охорони здоров’я, як регулятора з впровадження eHealth у нормативно-правовому полі та Національної служби здоров’я України для прогнозування потреб населення у медичних послугах.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ T-SCAN ТЕХНОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

PECULIARITIES OF USING T-SCAN TECHNOLOGY IN PATIENTS WITH DIFFERENT TEETH DEFECTS

Куцюк А. А. */ Kutsiuk A. A.*

Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика, кафедра стоматології

Актуальність теми. Одним з пріоритетних напрямків розвитку сучасної стоматології є впровадження цифрових протоколів у лікуваня дефектів твердих ткани серед дорослого населення. Високий рівень розповсюдженості карієсу зубів та його ускладнень, наявність вроджених та набутих порушень структури твердих тканин зубів некаріозного походження потребують швидкого заміщення даних дефектів. Карієс, некаріозні ураження, а також їх ускладнення, патологічна стертість твердих тканин зубів і травматичні ушкодження зубів часто призводять до повного або часткового руйнування коронкової частини зубів з необхідністю подальшого їх відновлення.Використання цифрових технологій дає нам можливість провести якісну діагностику дефектів твердих тканин зубів, а також пришвидшити лікування пацієнтів.

Мета. Оптимізація лікування та реабілітації пацієнтів з каріозними і некаріозними ураженнями твердих тканин зубів.

Матеріали і методи. Нами було проведено аналіз основних цифрових методів діагностики дефектів твердих тканин зубів.

Результати. Оклюзією називають змикання верхньої та нижньої щелеп. Щодня наші зуби переносять величезні навантаження, які зростають при будь-яких змінах. Навантаження змінюється при пломбуванні або протезуванні зубів. Через це можуть виникнути порушення змикання. Неправильна оклюзія здатна викликати збої функціонування всієї зубощелепної системи. Раніше для перевірки контакту щелеп використовували копіювальний папір. Пацієнт її прикушує після установки пломби лікар стоматолог бачить її відбитки на зубах і орієнтуючись на ці відбитки відшліфовує пломбу. Якщо коректно не відшліфувати пломби то під час їх експлуатації виникнуть проблеми. Зараз копірувальний папір теж використовується, проте був винайдений новий, більш сучасний і точний спосіб це цифрова діагностика оклюзії T-scan. T-scan - апарат, що дозволяє визначити і оцінити ступінь оклюзії на всіх ділянках одночасно. Процедура дає бездоганний результат
і на сьогоднішній день є єдиною в своєму роді. Діагностика проводиться таким чином: пацієнт прикушує пластинку, в яку вмонтовано сенсори. Сенсори відсилають отриману інформацію на комп'ютер. Далі ці дані будуть досліджені спеціальною програмою, яка видасть результати лікарю стоматологу. Дані результати дають можливість правильно скорегувати оклюзію у пацієнта.

Висновок. На сьогодні актуальним питанням є впровадження в стоматологічну практику сучасних методів діагностики та оптимізація лікування, для забезпечення висококваліфікованої стоматологічної допомоги на високому рівні.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННЯ САГІТАЛЬНИХ АНОМАЛІЙ ПРИКУСУ У ДІТЕЙ

A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF SAGITTAL OCCLUSION ANOMALIES IN CHILDREN

Куцюк Т. В. */ Kutsiuk Taisiia Volodymyrivna*[1]
Лихота К. М. */ Lykhota Kostiantyn Mykolayovych*[2]
Корольва Ж. В. */ Korolova Zhanetta Valentynivna*[3]
[1]Аспірант кафедри стоматології
Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика
[2] Доктор мед. наук, професор кафедри стоматології
Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика
[3] Доктор мед. наук, професор кафедри дерматовенерології
Національний університет охорони здоров'я України освіти імені П. Л. Шупика

Мета. Підвищення ефективності лікування сагітальних зубощелепних аномалій у дітей із порушенням звуковимови в період тимчасового прикусу шляхом застосування ортодонтичної апаратури, модифікованої міогімнастики та тейпування обличчя [1, 2, 3, 4].

Матеріали та методи. Перший етап роботи полягав у визначенні морфо-функціональних параметрів зубощелепної системи у дітей із мовними порушеннями. Досліджено ефективність запропонованих методів лікування та оцінено їх комплексний підхід до корекції даної патології [4, 5, 6]. Нами було прийнято на лікування 47 дітей із тимчасовим прикусом віком від 3 до 5 років, у яких спостерігалися сагітальні аномалії прикусу в поєднанні з органічною дислалією. Залежно від патології прикусу пацієнти поділялися на підгрупи А і В. До підгрупи А включали дітей з дистальним прикусом, до підгрупи В – з мезіальним.

Другий етап роботи полягав у ортодонтичному лікуванні пацієнтів із мовними порушеннями. Згідно обраної методики ортодонтичного лікування пацієнти дослідних груп були додатково поділені на 2 підгрупи. В 1 підгрупи обох основних груп увійшли діти, лікування яких проводилось за запропонованою методикою, до 2 підгруп – за стандартною. Контрольну групу склали 11 дітей із фізіологічними прикусами аналогічного віку без мовних порушень, які служили контролем ефективності проведеного ортодонтичного лікування Лікування дітей як із дистальним (група А), так і з мезіальним (група Б) прикусами проводилося за запропонованою методикою (вестибулярні пластинки з козирком (напрямок козирка залежав від виду прикусу) у поєднанні з модифікованою міогімнастикою та тейпуванням) та стандартною методикою (вестибулярні пластинки зі стандартною міогімнастикою). Патологія прикусу оцінювалася за класифікацією Енгля (1898). Діагноз «механічна дислалія» встановлював логопед-дефектолог. Проводили виміри трансверзальних та сагітальних розмірів щелеп за методом Долгополової, в II групі вимірювання ширини зубних дуг проводились за методом Pont (з поправками за H. Linder, G. Hart) та Korkhaus. Також визначали форми зубних дуг верхньої та нижньої щелепи.

Результати. Ефективність запропонованих схем ортодонтичної та логопедичної реабілітації була доведена клінічними, антропометричними та функціональними показниками, які визначалися до та в різний час після початку лікування. Терміни лікування більшості (66 %) пацієнтів становили від 6 до 12 місяців. Менше 6 місяців лікування тривало лише у 12,8 % пацієнтів, а більше 12 місяців – у 21, 2 %.Терміни усунення аномалій прикусу та нормалізації артикуляційної моторики при застосуванні запропонованої методики лікування у переважної кількості дітей (72,8 %) становили від 6 до 12 місяців. В той же час треба відмітити, що в період до 6 місяців усунення патології виявлена у значної (22,7 %) кількості пацієнтів. Лише в 1 особи (4,5 %) із дистальним прикусом необхідність в ортодонтичному лікуванні перевищила 12 місяців. Тривалість лікування у дітей із дистальним і мезіальним прикусом була приблизно однаковою і становила в середньому від 6 до 12 місяців. Клінічна ефективність проведеного ортодонтичного лікування встановлюється за терміном лікування, нормалізацією артикуляційної моторики, нормалізацією антропометричних показників, нормалізацією характеристик палатограм, показниками функціональної активності зубощелепної системи, нормалізацією оклюзійних співвідношень зубних рядів.

Висновки. Використовуючи запропонований метод ортодонтичного лікування (із застосуванням ортодонтичної апаратури в поєднанні з модифікованою міогімнастикою та тейпуванням обличчя), динаміка всіх досліджуваних параметрів корелює з термінами усунення патології та вказує на підвищену ефективність лікування при застосуванні запропонованого методу, а саме: у всіх пацієнтів нормалізувались форми зубних дуг, показники ширини та довжини зубних дуг. Відразу після закінчення лікування електроміографічні показники нормалізувались та відновились міжоклюзійні зв’язки. Подібні показники для тих, кого лікували за стандартною методикою, хоч і демонстрували позитивну динаміку, але відрізнялись як від показників осіб, які лікувалися відповідно до запропонованого методу, так і від показників контрольної групи.

ОЦІНКА СОМАТОФОРМНОЇ ТА КОНВЕРСІЙНОЇ (ДИСОЦІАТИВНОЇ) СИМПТОМАТИКИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

EVALUATION OF SOMATOFORM AND CONVERSION (DISSOCIATION) SYMPTOMS IN DEPRESSIVE DISORDERS

Кучеренко В. С. */ Kucherenko V. S.*

Національний університет охорони здоров’я України ім. П.Л. Шупика,
кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології

Актуальність. Соматичні симптоми є невід’ємною частиною діагностичних критеріїв та шкал для оцінки депресії, включаючи широкий спектр станів, таких як: порушення апетиту, сну, болі різного характеру, втому, порушення травлення. В той же час соматоформні симптомокомплекси, які спостерігаються у більшості пацієнтів з депресивними розладами, можуть виходити на перший план у скаргах, ускладнюючи діагностику та зміщуючи діагностичний фокус, особливо на рівні первинної ланки охорони здоров’я. Тривалий час соматоформні симптоми існували у тісному взаємозв’язку

з конверсійними (дисоціативними) симптомами, проте з поступовою концептуалізацією поглядів на їх місце у структурі депресивних розладів стало можливим більше чітко виділити окремі групи пацієнтів, відмінних за перебігом та особливостями презентації соматичних симптомів виходячи.

Мета дослідження. Оцінити та порівняти ступінь тяжкості депресії, вираженість тяжкості соматичних симптомів та особливості клінічної картини у пацієнтів що мають депресивні розлади та прояви соматоформної або конверсійної (дисоціативної симптоматики).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 66 пацієнтів з депресивними розладами невротичного регістру та наявною дисоціативною або соматоформною симптоматикою віком від 18 до 50 років, яких було розподілено на дві групи в залежності від переважання у клінічній картині соматоформних чи конверсійних (дисоціативних) включень. Оцінка вираженості соматичних симптомів проводилася з допомогою опитувальника здоров'я пацієнта PHQ-15, ступінь важкості депресії визначався за допомогою опитувальника здоров'я пацієнта PHQ-9.

Результати. Не зважаючи на відмінності у клінічній картині та особливостях презентації соматичних симптомів у обох групах при загальній оцінці не було знайдено статистичної значущості у показниках PHQ-15: у групі з домінуючою соматоформною симптоматикою медіана становила 11,5 [IQR 9-14], у групі з домінуючою конверсійною (дисоціативною) симптоматикою медіана становила 13 [IQR 11-15]. У групі пацієнтів з депресивною (дисоціативною) симптоматикою не було знайдено достовірною кореляції між ступенем тяжкості депресії та показниками PHQ-15, проте у групі з домінуючою соматоформною симптоматикою спостерігалася достовірна кореляція між ступенем тяжкості та віком (r=0,52) та ступенем важкості депресії і показниками PHQ-15 (r=0,59).

Висновки. Додаткова диференціація скарг та симптомів, пов'язаних із соматичною сферою при депресивних розладах дає змогу виокремити відмінні групи пацієнтів. У випадку переважання конверсійних (дисоціативних) включень у клінічній картині пацієнтів була відсутня пряма залежність між ступенем презентації соматичних симптомів та тяжкістю депресивних розладів, в той час як при домінуванні у клінічній картині соматоформних включень можна стверджувати про пряму залежність між тяжкістю стану в залежністю від презентованих соматичних скарг, що буде у більшій мірі мати прояв у старшому віці.

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА – ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК

UROLITHIASIS – CHRONIC KIDNEY DISEASE

Кушніренко О. В. */ Kushnirenko O. V.*

Державна установа «Інститут урології НАМН України», м.Київ, Україна

inurol@amnu.gov.ua

Актуальність теми. Публікації останніх років розглядають найпоширенішу урологічну нозологію, сечокам'яну хворобу, через призму хронічної хвороби

нирок (ХХН). Навіть у пацієнтів з термінальною стадією ниркової недостатності, які отримують нирково-замісну терапію (гемодіаліз), частота виникнення уролітіазу de novo становить 10,5%.

Мета роботи. Вивчити швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) у пацієнтів з оксалатно-кальцієвим уролітіазом після проведення ударно-хвильової літотрипсії (УХЛ).

Матеріали і методи. В дослідженні приймали участь 62 хворих, віком від 18 до 65 років (42,4±1,8) з оксалатно-кальцієвим уролітіазом після проведення УХЛ. Серед них 49 пацієнтів чоловічої статі (79,0%) і 13 - жіночої статі (21,0%). ШКФ визначали за формулою CKD-EPI 1 раз на місяць протягом 3-х місяців.

Результати. Отримані результати продемонстрували, що після проведення УХЛ 29 пацієнтів (46,8%) мали ШКФ>90 мл/хв./1.73м^{2}, а 33 пацієнта (53,2%) - <90 мл/хв./1.73м^{2}, але більше ніж 60 мл/хв./1.73м^{2}. Через 3 місяці при контрольному візиті 34 пацієнти (54,8%) мали ШКФ>90 мл/хв./1.73м^{2}, що відповідає ХХН 1 ст., а 28 пацієнтів (45,2%) - <90 мл/хв./1.73м^{2}, але більше ніж 60 мл/хв./1.73м^{2}, що відповідає ХХН 2 ст.

Висновки. ШКФ у пацієнтів з оксалатно-кальцієвим уролітіазом покращується через 3 місяці після проведення УХЛ, але у 45,2% відповідає ХХН 2 ст., що є підставою для постійного моніторування даної категорії пацієнтів і застосування заходів ренопротекції для збереження функціонального стану нирок і гальмування прогресування нефросклерозу.

PROBLEMS OF HEART AND HOW YOU CAN TREAT THEM

Mohammed Ayaan Qureshi
Vinnytsya national pirogov medical university,
Department of normal physiology

Aim. The main motive of this abstract and the presentation is to make people understand the mechanism of various heart diseases and how the people can treat with these diseases of the heart and to aware people about upcoming diseases in the new generation.

Background. The information has been gathered from various articles and internet and few books.

Discussion. In the recent years ,If we have a look at the mortality rate due to the heart problems in the people of Ukraine is slightly increasing, cardiovascular disease mortality rate in Ukraine in males is 772.1/1000 and for females 440.9/1000 And if we see the analysis of this then we come to a conclusion that just heart diseases will contribute 68% of Total mortality of the country.

Our heart is an important organ of our body which supplies the most important thing that is the blood to our body, so it is very compulsory for our heart to function properly without any problems, nowadays due to the increasing technology many people are acquired with in numerous number of heart diseases, like **cardiac tamponade, myocardial infarction, cardiac arrythemia, and Supraventriculartachycardia.**

And there are certain few diseases which are very common in adults,like **coarctation of aorta , patent dusctus arteriosus**, we all need to take preventive

measures to prevent all these kind of diseases and lead a healthy life. The main motive is to spread the knowledge about the increasing heart diseases in the young generation and how you can take measures to prevent these dangerous diseases, The information has been gathered from various books and various articles from internet.

If we are to discuss about the dangerous cause of death of people is cardiac tamponade ,Which is nothing but just the accumulation of the fluid or the blood inside your pericardial cavity and your pericardial cavity is between the visceral pericardium and parietal pericardium , due to this cardiac tamponade the efficiency of your heart to pump blood blood will be decreased and the cavities inside the heart will also decrease as the heart cannot expand due to the accumulation of fluid surrounding it, and it can lead to lot of problems, light low BP increased heart rate Jugular Venous hypertension , if you see the mortality rate that is increasing more than 75% within a year, and similarly myocardial infraction this is the one of the most common cause of death in the old age people, The mortality rate of myocardial infection is up to 30% but 50% people will die before they reach hospital and if the survivor survives after the myocardial infarction then he or she will die within a year, doctors are trying their best to find a proper solution for the myocardial infection and by gods grace day by day they are getting success, The doctors prefer to do a surgery named **pericardialcentesis** , in this surgical procedure we will insert a needle into pericardial cavity by a puncture in thoracic wall and drain all the fluid inside pericardial cavity.

In myocardial infarction the walls and the muscles and tissues of the heart are supplied with less amount of blood, this condition of less amount of supply of blood is called ischemia, you know ischemia to any of your organ in the abdomen or in the thorax can cause severe pain, and you know for the myocardial infection to occur there are two valid reasons, Number one reason is some problem in the coronary arteries, and the other reason is over working of our heart, generally the doctors prescribe two patients with myocardial infarction with Vaso dilators and clot removers drugs, The most familiar the the most used drugs for myocardial infarction are **ASPIRIN.**

And THROMBOLYTICS , and if we are to see about some slide but dangerous diseases which are getting very common in adults LIKE **coarctation of aorta** , in this case the lumen of your iota gets narrower and which can obstruct the flow of blood to the remaining parts of our body ,other one is **Patent ductus arteriosus** , in this case the patient will have a connection between the arc of the earth and pulmonary trunk that means it is having a connection of two different blood‘s (Deoxygenated blood and oxygenated blood).

The **supraventricular tachycardia** is increased number of heart beats that is counting more than hundred per minute, **cardiac arrythemia** this is iregular rhythm of the heart ,lot of people are facing this problem and having many side-effects which we will be discussing in the presentation.

Conclusion. so day by day we are encountering more number of heart diseases and our doctors are doing their best to treat these deadliest dangers and we all must stand together to fight against diseases and make our self, our surrounding and this beautiful planet healthy and hygienic.

АНОГЕНІТАЛЬНІ КОНДИЛОМИ АСОЦІЙОВАНІ ІЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ANOGENITAL CONDYLOMAS ASSOCIATED WITH HIV INFECTION. CLINICAL CASE

Лавренюк Ю.В. */ Lavrenuik Yu.V.*

Науковий керівник: д.м.н., професор К.В.Чайка

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра акушерства, гінекології і репродуктології

Особливість. Аногенітальні кондиломи (АГК**)** - захворювання, викликане ДНК-вірусом, який відноситься до роду папіломавірусів (Papillomavirus) сімейства папавірусів (Papavaviridae). Папіломавіруси - єдина група вірусів, щодо яких доведено, що вони індукують утворення пухлин у людини в природних умовах. Більшість аногенітальних кондилом викликані інфікованістю ВПЛ 6 та 11-го типу (S. Syrjanen, 2003). У свою чергу, ВПЛ є групою вірусів, надзвичайно широкопоширених у всьому світі. У країнах із середнім і низьким рівнем доходу інфікованість населення досягає в середньому 85%. Достовірно відомо, що наявність ВПЛ асоційоване з високим ризиком розвитку раку шийки матки, який є четвертою за поширеністю формою раку у жінок і займає одну з лідируючих позиції в структурі смертності від злоякісних процесів (ВООЗ, 2012). До факторів ризику розвитку АГК можна віднести: молодий вік (близько 25 років), ранній початок статевого життя (до 16 років), ВІЛ-статус, а також наявність великої кількості статевих партнерів. Крім того, слід враховувати, що якщо партнер жінки веде безладне статеве життя, це теж є одним з основних факторів ризику (H.W. Buck et al., 2002; D.N. Sauder, 2002). Важливу роль у розвитку аногені тальних кондилом віграє наявність ВІЛ-інфекції (АГК є практично у чверті ВІЛ-інфікованих пацієнтів).

При діагностиці ВПЛ в обов'язковому порядку необхідно дотримуватися загально прийнятого алгоритму дій, першим пунктом якого є огляд шкіри і слизових оболонок зовнішніх статевих органів. Наступним етапом для виявлення морфологічних змін в клітинах, в тому числі обумовлених ВПЛ, є цитологічне дослідження мазків (зі шкіри та взятих зі слизової поверхні шийки матки), з можливим наступним гістологічним дослідженням.

В першу чергу, методи терапії повині мати високий профіль безпеки і ефективності, а також характеризуватися низьким ризиком розвитку рецидивів., а також будь яка тактика лікування вважається оптимальною в тому випадку, якщо вона дозволяє досягти клінічної та терапевтичної ефективності щодо всього «поля ураження». Також важливим фактором вибору є мінімальний дискомфорт. На сьогоднішній день до оптимальних методів консервативного лікування ВПЛ-інфекції відноситься медикаментозна терапія, що передбачає призначення препаратів для зовнішнього застосування (іміквімод крем 5%) з метою усунення новоутворень, асоційованих з ВПЛ-інфекцією, на шкірі та слизовій оболонці зовнішніх статевих органів.

Опис випадку. Представлено опис клінічного випадку множиних АГК, асоційованих із ВІЛ-інфекцією у жінки репродуктивного віку, якій успішно було

проведено лікування шляхом комплескного підходу: 1 етап: хірургічне видалення папілом, з послідуючим медикаментозним лікуванням (2 етап).

Пацієнтка К., 35 років, звернулася до гінекологічного відділення КНП «Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини» зі скаргами на появу в ділянці лобка, вульви та внутрішньої поверхні стегон – множинних дрібних, безболісних утворень, темно –коричневого кольору. Ці скарги турбували жінку близько 1-го року. З анамнезу: ВІЛ-статус з 2010 року, на фоні отримання антиретровірусної терапії протягом останіх 8-ми років. Вірусне навантаження на момент звернення складало вище 50 копій/ мл, а CD4+ Т-лімфоцитів 200 клітин/мл. Обстеження на вірус папіломи людини (2020 рік): 6,11, 16, 18 типи. З операції: 2019 рік(березень)- проведено діатермоконізацію шийки матки з приводу – Ca in situ colli uteri. При гінекологічному огляді в дзеркалах, звертало на себе увагу наявність поодиноких кондилом на стінках піхви та кондилома ш\матки. Після огляду в консиліумі було встановлено діагноз: Множинні аногенітальні кондилом вуливи, піхви та ш\матки, асоційованих ВІЛ-інфекцією.

Було обрано наступну лікувальну тактику: 1-етап: хірургічне(радіохвильове) видалення кондилом вульви, піхви та ш\матки. Другий етап(медикаментозне) лікування: зовнішнє застосування 5% іміквімоду (мазь) - тричі на тиждень (понеділок, середа і п’ятниця) перед сном і залишати на шкірі протягом 6 - 8 годин, протягом 4-х тижнів, після чого доза була зменшена до 2-х раз на тижджень, у зв’язку із появою дискомфортних відчутів у місці застосування. Після зменшення дози дискомфорт зник, і лікування було продовжено ще на 4-ри тижні. Загальний курс лікування –склав 8 тижнів (2 міс.).

Обговорення. Особливістю описаного клінічного випадку є не лише рідкість його виникнення, у зв’язку з чим можуть зявитися чималі труднощі при діагностиці та лікуванні, зокрема хірургічному. Як видно з даного клінічного випадку, основними факторами, що спричиняють поширеності АГК, є наявність саме ВІЛ – інфекції в організмі. Загалом діагностика АГК заснована на симптомах та ознаках, а також гістологічному дослідженні утворень. Однак залежно від клінічної ситуації для лікування НІМ можуть бути обрані й інші модифікації лікувальних методик. Варто наголосити, що при лікуванні даної категорії пацієнток обов’язковим пунктом у лікувальному алгоритмі повинно належати антиретровірусній терапії, яка повинна бути адекватно підібраною, про що буде говорити зниження вірусного навантаження в динамічному контролі його рівня під час лікування. Невелика еритема, яка з'явилася в процесі лікування, зникла після зниження частоти застосування мазі, тож важливо, в таких ситуаціях лікарю необхідно психологічно налаштувати пацієнток до терапії, обов’язково інформуючи їх про можливі шкірні реакції.

Висновки. Множинні АГК, асоційованні ВІЛ-інфкцією – настільки виняткове клінічне явище в гінекологічній практиці, що її надзвичайна рідкість може ускладнити не лише, але й лікування. Гінеколог обов’язково повинен пам’ятати про можливість виникнення такого стану за наявності у пацієнтки ВІЛ-інфекції. Для максимально сприятливого прогнозу важлива не лише рання якісна діагностика, але й вчасне коректне лікування. Лікування множинних АГК при

застосуванні даного підходу у ВІЛ-позитивних пацієнток дозволило досягти повної ліквідації кондилом вже через 8 тижнів терапії.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК ПІСЛЯ НЕХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОЧАТКОВИХ ФОРМ ГЕНІТАЛЬНИХ ПРОЛАПСІВ

WOMEN'S QUALITY OF LIFE AFTER NON-SURGICAL CORRECTION OF GENITAL PROLAPSES.

Лавренюк Ю.В. */ Lavrenuik Yu.V.*

Науковий керівник: д.м.н., професор К.В.Чайка

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра акушерства, гінекології і репродуктології

Актуальність теми. В даній роботі представлені результати проведеної порівняльної оцінки ефективності методик нехірургічної корекції початкових форм генітальних пролапсів (ГП) у жінок перименопаузного та менопаузного віку з використанням диференційованого підходу. Дана методика веде не лише до ефективного лікування початкових проявів ГП, профілактики подальшого їх прогресування, але й істотного покращення якості життя жінок.

Мета роботи. Провести порівняльну оцінку ефективності методик нехірургічної корекції початкових проявів ГП у жінок та їх вплив на якість життя.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 120 пацієнток, які звернулися за медичною допомогою у КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини, з приводу лікування ГП I – II ступеня згідно Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP – Q). При зборі анамнезу особливу увагу звертали на хронічні захворювання. З метою оцінки симптомів дисфункції тазового дна, визначення ступеня їх впливу на якість життя використовувався опитувальник якості життя. Задовільним результатом корекції вважалося зникнення симптомів пролапсу та зменшення стадії ГП Стадія II і більш розцінювалася як прогресування захворювання. Після застосування однієї із нехірургічних методик повторно був використаний опитувальник щодо якості життя. Як основний метод для оцінки якості життя використовували психометричний аналіз, тобто спеціалізовані опитувальники: для оцінки ступеня вираженості симптомів тазової дисфункції PEDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-20) та сексуальної функції при ГП PISQ-12 (Pelvic organ prolaps / urinary incontinence sexual function questionnaire). Дана методика дозволяє виявити симптоми, що впливають на життя пацієнтки та що головне оцінити зміни симптомів в динаміці та зміну показників якості життя внаслідок цього. Для статистичного відображення отриманих результатів були використанні параметричні та непараметричні методи статистичної обробки даних.

Результати. У репродуктивному віці знаходилося 30 (42%) пацієнток, в періоді перименопаузи - 14 (19%), в постменопаузі - 28 (39%). У пацієнток основної та групи порівняння до початку лікування найпоширенішим видом пролапсу було цистоцеле I стадії, що склало 38 (42,2 %) в основній групі, а у групі порівняння 15 (50,0 %). Наявність цистоцеле, але уже II стадії, трапилась у 4 (4,4 %) основної групи, на противагу групі порівняння де цей показник був 3 (10,0 %). Варто зазначити, що наявність комбінованих видів пролапсів

I та II стадії в основній групі склала 30 (33,3%), на противагу лише 3 (10,0 %) в групі порівняння. При оцінці якості життя відмічена чітка закономірність між показниками дисфункцій тазового дна і впливу на якість життя. Що в котрий раз підтверджує тезу: «Не стільки сам початковий ступінь ГП призводить жінку до лікаря, скільки симптоми що супроводжують сексуальні дисфункції». В усіх досліджуваних групах дана закономірність чітко прослідковується. Попри те, що сексуальне життя після корекції відновили приблизно однакова кількість пацієнток, та все ж у пацієнток основної групи після корекції ГП, особливо з використанням CO2 – лазерного випромінення, відзначають, що сексуальне життя значно покращилось, а у пацієнток групи порівняння після корекції більша частина пацієнток залишалася незадоволеною сексуальним життям.

Висновки. Нехірургічні методики корекції початкових стадій ГП демонструють успішність корекції, і не тільки анатомічну, але що найголовніше, так це задоволеність пацієнток результатами лікування у зв'язку зі зникненням скарг, пов'язаних з порушенням сечовипускання, поліпшенням сексуальної функції та істотним покращенням якості життя. При аналізі скарг пацієнток, відзначається вірогідне зменшення типових для ГП скарг. Особливо наочні результати суб'єктивного поліпшення у жінок 1в-ї групи, у яких скарги практично зникли, на противагу групи 2- де дана динаміка не лише не мала місця, але й у деяких пацієнток відмічена негативна динаміка, яка проявлялась появою додаткових скарг, що істотно впливали на якість життя. При виборі нехірургічного методу корекції ГП необхідно поряд з урахуванням клінічної картини, наявності супутньої соматичної патології, показників гормональної кольпоцитології варто враховувати особливості морфологічної будови стінки піхви та фактори ризику розвитку пролапсу геніталій.

ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ, ОЖИРІННЯМ ТА КОМПУЛЬСИВНИМ ПЕРЕЇДАННЯМ

FEATURES OF PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2, OBESITY AND BINGE EATING DISORDER

Ланюш Ф.В. */ Laniush F.V.*

Науковий керівник: проф., д.м.н. Урбанович А.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

кафедра ендокринології

lanyushfedya@ukr.net

Актуальність. Проблема порушень харчової поведінки (ПХП) все частіше обговорюється у суспільстві як нагальна проблема, адже розлади харчування серед людей усіх вікових груп негативно впливаЮТЬ не лише на фізичне, а й на психологічне здоров’я. Компульсивне переїдання (КП) характеризується вживанням об’єктивно великої кількості їжі із втратою контролю над собою та психологічно негативними реакціями з приводу власних дій. Поширеність КП у загальній популяції складає 1,9-2,8%, а серед хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2Т) із ожирінням – 12,2%. Основним методом діагностики КП є використання опитувальників, зокрема, Questionnaire on Eating and Weight Patterns, який складається із 27 запитань і заповнюється самими пацієнтами. Оскільки

активність центру регуляції харчової поведінки змінюється при ПХП, пошук гормональних речовин, здатних впливати на нього, є перспективним щодо використання нових підходів до лікування ПХП та ЦД2Т. До таких речовин належить лептин, який сприяє насиченню, та грелін – активатор відчуття голоду.

Мета дослідження. Оцінити рівні лептину та греліну у хворих на КП із ЦД2Т.

Матеріали та методи. У дослідженні взяло участь 34 пацієнти із ЦД2Т. Після заповнення опитувальника на визначення ПХП, 11 учасників відповідало критеріям КП. Було виділено дві досліджувані групи: 1 група – пацієнти із ЦД2Т та ожирінням (13 жінок та 10 чоловіків, середній вік – 59,5±7,2, ІМТ – 33,3±2,7 кг/м^2); 2 група – пацієнти із ЦД2Т, ожирінням та КП (8 жінок та 3 чоловіків, середній вік – 60,1±7,8, ІМТ – 32,3±3,8 кг/м^2). В учасників дослідження вимірювалися показники вуглеводного обміну (глікозильований гемоглобін – HbA1c, глюкоза натще та постпрандіальна), печінкові (АлТ, АсТ) та ниркові проби (креатинін, сечовина). Рівень лептину визначався методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою набору реагентів «Sandwich ELISA Kit». Рівень греліну у сироватці крові - методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою набору реагентів "Human Ghrelin Elisa Kit (Ghrelin-28)". Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Statistica 6.0.

Результати. При порівнянні показників глікозильованого гемоглобіну, АлТ, АсТ, креатиніну та сечовини між 1-ою та 2-ою групою статистично значущої різниці виявлено не було ($p<0,05$). Рівень лептину у 1-ій групі становив 7,7±3,9 нг/мл, у 2-ій групі – 14,6±6,8 нг/мл, статистична значущість при порівнянні - $p>0,05$. Концентрація греліну у 1-ій групі – 23,9±13, фмоль/мл, 2-ій групі – 15,3±11,6 фмоль/мл, статистична значущість при порівнянні - $p>0,05$.

Висновки. Компульсивне переїдання ускладнює перебіг ЦД2Т, що стає перепоною для досягнення компенсації основного захворювання. Основними методами діагностики ПХП є використання опитувальників, які відображають харчову поведінку, ставлення пацієнта до харчування, його емоційний стан до, під час та після нападів компульсивного переїдання. Підвищена концентрація лептину та низький рівень греліну у хворих із ЦД2Т та КП свідчать про адаптацію організму до надлишку калорій, які споживає людина, та спроби організму обмежити їх надходження. Подальше дослідження гормональних сполук, здатних впливати на ПХП, допоможе вчасній діагностиці та лікуванню ожиріння та ЦД2Т.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ВОДНО-СОЛЬОВОГО ОБМІНУ ТА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК ПРИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОМУ ЗАПЛІДНЕННІ

FEATURES OF THE WATER-SALT METABOLISM DISORDERS AND VARIABILITY OF A HEART RATE IN WOMEN AT IN VITRO FERTILIZATION

Лецин Д. В. */ Letsin D. V.*

Запорізький державний медичний університет МОЗ України,
кафедра Акушерства, гінекології та репродуктивної медицини

Актуальність. Водно-сольовий обмін є частиною мінерального обміну і представляє собою сукупність надходження в організм води і солей, розподіл їх у внутрішньому середовищі і виведення з організму людини.

Прогнозування розвитку порушень водно-сольового обміну в програмі ЕКЗ дозволить виділити групу пацієнток високого ризику по розвитку СГЯ, розробити індивідуальний підхід до проведення схем медикаментозної стимуляції овуляції і профілактичних заходів щодо порушення водно-сольового обміну, підвищенню ефективності програм допоміжних репродуктивних технологій, в тому числі оптимізації показань до проведення ембріотрансферу і планування кріоембріотрансферу у відстрочених модифікованих циклах.

Мета дослідження. Визначити концентрацію основних електролітів плазми та порушень варіабельності серцевого ритму у жінок шляхом індивідуалізації медикаментозної корекції у програмі екстракорпорального запліднення на підставі визначення клініко-патогенетичної ролі порушень нейроендокринної регуляції водно-сольового обміну.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 110 пацієнток у програмі екстакорпорального запліднення. Основна група поділена на дві підгрупи: І підгрупа - 60 пацієнток, яким була проведена індукція овуляції в програмі ЕКЗ відповідно до загальноприйнятих рекомендацій; ІІ підгрупа – 30 пацієнток, які отримували додатково до стандартних схем стимуляції овуляції комбіновану терапію. Контрольна група - 20 пацієнток з відсутніми соматичними захворюваннями та гормональними порушеннями репродуктивної системи, відсутніми змінами функціональної активності серцево-судинної системи при проведенні кардіоінтервалографії, яким в фізіологічному циклі була проведена інсемінація спермою чоловіка.

Всім пацієнткам основної та контрольної групи проведено: антропометрія з визначенням індексу маси тіла та встановленням морфологічного типу жінки; визначення в сироватці крові вмісту електролітів - натрію та калію; кардіоінтервалографія.

Результати. Середній вік обстежених жінок у програмі екстракорпорального запліднення склав: у пацієнток І підгрупи - 33,28 років, у пацієнток ІІ підгрупи - 33,13 років, у контрольній групі - 34,3 років, при відсутності достовірної різниці.

Аналізуючи анамнестичні, клініко-лабораторні дані обстежуваних жінок, було проаналізовано особливості порушень водно-сольового обміну у жінок при екстракорпоральному заплідненні.

У результаті клініко-статистичного аналізу встановлено підвищення рівня калію у пацієнток І підгрупи (калій - 4,64 ммоль/л) у порівнянні з контрольною групою (калій - 4,61 ммоль/л) та ІІ підгрупою (калій - 4,48 ммоль/л). Підвищення показників натрію спостерігається у пацієнток контрольної групи (натрій - 143,45 ммоль/л) у порівнянні з І підгрупою (натрій - 143,2 ммоль/л) та ІІ підгрупою (натрій - 142,15 ммоль/л).

У результаті клініко-статистичного аналізу проведеної кардіоінтервалографії встановлено, що у пацієнтів І підгрупи переважає вплив симпатичної нервової системи над парасимпатичною, що свідчить про зміну

судинного тонусу та характеризується напруженням стану регуляторних систем. У пацієнток як основної так і контрольної групи встановлено зниження адаптаційних процесів та низьку стресову стійкість організму.

Висновки. У пацієнток в програмі екстракорпорального запліднення, яким при застосуванні стандартних протоколів індукції овуляції, мають місце порушення водно-сольового обміну у вигляді підвищення та зниження показників калію та натрію крові, що поєднується зі змінами варіабельності серцевого ритму у вигляді превалювання симпатичної нервової системи над парасимпатичною.

ЧИ МОЖЕ БУТИ NGAL МАРКЕРОМ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛІНГА У ХВОРИХ НА ХСН ІШЕМІЧНОГО ҐЕНЕЗУ?

CAN NGAL BE USED AS A MARKER OF CARDIAC REMODELING IN PATIENTS WITH CHF OF ISCHEMIC ORIGIN?

Лисенко В. А. */ Lysenko V. A.*

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Сиволап В. В.

Запорізький державний медичний університет МОЗ України,

кафедра пропедевтики внутрішньої медицини,

променевої діагностики та променевої терапії

vladm.d22@gmail.com, https://orcid.org/0000-0001-7502-0127

Актуальність. Питання участі маркерів ураження тубуло-інтерстицію (KIM-1, NAG, NGAL) в процесах кардіального ремоделювання у хворих на хронічну серцеву недостатність залишаються відкритими та потребують подальшого вивчення.

Мета роботи – дослідити вплив сироваткового NGAL на кардіальне ремоделювання у хворих на ХСН.

Матеріали та методи. В дослідження залучено 51 хворого на ХСН ішемічного генезу II-IV ФК. ROC-аналізом встановлено критичне значення NGAL (168 нг/мл). Хворих розподілили на 2 групи. В першій групі (n=37) вміст NGAL був більший за 168 нг/мл, в другій (n=14) – менший за 168 нг/мл. Всім хворим виконано допплер-ехокардіографічне дослідження на апараті «Esaote MyLab Eight», (Італія) та визначено рівень NGAL за допомогою набору ELISA kit на імуноферментному аналізаторі E-EL-H0096 (Elabscience, США), чутливість 0,10 нг/мл, діапазон вимірювань 0,16–10 нг/мл із варіацією коефіцієнта внутрішньо аналізу <10%. Хворі на ХСН ішемічного ґенезу з вмістом NGAL в сироватці більше та менше 168 нг/мл вірогідно не розрізнялись між собою за віком (p=0,950), ростом (p=0,983), вагою (p=0,681), площею поверхні тіла (p=0,975).

Результати. Середній вміст NGAL в сироватці в першій групі склав 192 (183;200) нг/мл, в другій групі - 154 (134;160) нг/мл. У хворих на ХСН із підвищеним рівнем NGAL в сироватці був вірогідно більшим КДО ЛШ (185,64 ± 68,80 мл проти 178,80 ± 58,74 мл, p=0,042), КСР ЛШ (4,46 ± 1,25 см проти 3,86 ± 0,82 см, p=0,024), і суттєво нижчі швидкість руху латерального фіброзного кільця мітрального клапану e´ (8,61 ± 2,96 см/с проти 10,71 ± 3,58 см/с, p=0,047) та ФВ ЛШ (50,43 ± 17,85 % проти 63,29 ± 13,24 %, p=0,021), ніж у хворих на ХСН з нормальним рівнем NGAL в сироватці. У хворих на ХСН встановлено

кореляційні зв'язки сироваткового NGAL з КСР ЛШ (r=0,31; p=0,02), ФВ ЛШ (r=-0,40; p=0,007), e´ (r=-0,32; p=0,02).

Висновки. Підвищення вмісту сироваткового NGAL у хворих на ХСН ішемічного ґенезу асоціюється з збільшенням КДО, КСР та зниженням ФВ ЛШ і швидкості руху латерального фіброзного кільця мітрального клапану e´.

ВИЯВЛЕННЯ ВЗАЄМОЗАЛЕЖНИХ ЧИННИКІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ТРИВАЛІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЙ ЗАТРИМКИ ПРОРІЗУВАННЯ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

IDENTIFICATION OF INTERRELATED FACTORS AND THEIR IMPACT ON THE DURATION OF TREATMENT OF PATHOLOGIES OF DELAYED ERUPTION OF THE FRONTAL GROUP OF TEETH

Лихота К. М., Малашенко Н. Ю. */ Lykhota K., Malashenko N.*
Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика,
кафедра стоматології
natalimalashenko13@gmail.com

Актуальність. Зуби фронтальної ділянки відіграють важливу роль у формуванні лицьової та зубної естетики, оклюзійного співвідношення та функціонального навантаження. Найбільше уражаються ікла, що складає 1-5%, проте в ортодонтичній практиці ця патологія зустрічається у більше ніж 23,5% серед інших нозологічних одиниць. Найчастіше ретеновані зуби ускладнюються дистопією та розташовуються з вестибулярної сторони, проте при ротації вони можуть займати як вестибулярне так і піднебінне положення. Дослідження показали, що ретеновані зуби складніше лікувати в дорослому віці, так ступінь успіху лікування знижується після 30 років та складає 41%, та супроводжується різноманітними ускладненнями, лікування стає більш тривалим та більш вартісним.

Мета дослідження. Виявити фактори, які впливають на процес прорізування при усуненні яких, скорочується фаза ортодонтичного лікування.

Матеріали та методи. Використовуючи метод ретроспективного аналізу пацієнтів протягом 10 років, виявлені 68 пацієнтів з 87 зубів з затримкою прорізування, відібраних з 689 обстежених та відібраних згідно критеріїв дослідження.

Патологія затримки прорізування завжди складалась з фіксацією незнімної ортодонтичної апаратури. Хірургічне відкриття ретенованого зуба відбувалось за хірургічним протоколом та залежало від глибини залягання та місця розташування зубу [3]. Критеріями включення у дослідження було: перше – наявність хоча би одного зубу з затримкою строку прорізування, по-друге в медичній картці мав бути описаний протокол лікування, та містити інформацію про дату хірургічного відкриття, дату фіксації апаратури до ретенованого зуба та дату фіксації апаратури на весь зубний ряд, по-третє наявна панорамна рентгенографія до та після лікування, медичне фотографування та діагностичні моделі.

Результати. В групу дослідження включено 68 пацієнтів з 8 до 35 років, середньостатистичний вік пацієнта був старшим за 14 років

(приблизно 15,8), досліджувані були розділені на 3 групи 1 група з 8 до 14 років, а друга більше 15 – 20 років, третя – 21– 35 . У всіх випадках досягали успіху у переміщуванні ретенованих зубів до зубної дуги, окрім 4 випадків коли при витяжінні зубів пацієнти відмовились від лікування, тому що були задоволені результатом. Та 3 випадків, коли зуби не зсунулись з місця протягом 6 місяців після початку, та після додаткового дослідження було діагностовано анкілоз кореня ретенованого зуба, тому аналіз цих випадків був зупинений. Тривалість лікування другої та третьої групи було тривалішім, ніж першої у 1,5 та 2 рази відповідно. Пацієнти доросліше за 15 років потребували більшу кількість відвідувань, та вартість їх лікування була більшою, були випадки (3 з 68) не витяжіння ретенованих зубів у зв'язку з ускладненнями – анкілоз кореня ретенованого зуба. Дорослі за 20 років пацієнти мали ускладнений гігієнічний статус через наявність шкідливих звичок [3, 4]. Пацієнти третьої групи з глибоким заляганням ретенованого зуба та транспозицією (3 осіб) були виключені з дослідження через несприятливі прогнози лікування. На прогноз лікування впливало також глибина розташування ретенованого зуба та положення відносно оклюзійної площини та відношення до сусідніх зубів.

Висновки. Дослідження було направлене на прогнозуванні тривалості лікування на основі ретроспективного аналізу панорамної рентгенографії, діагностичних моделей, фотометрії. Кількість відвідувань, які були необхідні для зубного витяжіння має індивідуальну мінливість. Є пряма залежність між віком та тривалістю, прогнозом та вартістю лікування. Тому лікування має проводитись на ранніх етапах розвитку та формування, в з 8 по 14 роках, а для цього має впроваджуватись в стоматологічну практику рання діагностика патологій прорізування зубів. Проведення панорамної рентгенографії не дає повної діагностичної картини, тому доводилось проводити додаткові рентгенологічні дослідження. Так використання конусно-променевої комп'ютерної діагностики дає нам можливість здійснити повну діагностику та економічно обґрунтовано, тому що не вимагає додаткових досліджень.

Необхідно враховувати інші чинники, які впливають на тривалість та ефективність лікування, враховувати біологічне обґрунтування розмежування ретенції та імпакції, генетичний вплив на затримку прорізування для створення алгоритму лікування даної патології.

Лікування патології затримки постійних зубів є комплексною процедурою та вимагає міждисциплінарного погляду, лікарі стоматологи повинні мати алгоритм дії для надання кваліфікованої та своєчасної стоматологічної допомоги враховуючі багато чинників, та направляти свої зусилля на профілактику, прогнозування, оптимальну діагностику та раціональний план лікування.

ПРИЧИНИ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕСПРОМОЖНОСТІ КУЛЬТІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКУ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

CAUSES AND RISK FACTORS FOR FAILURE OF THE STUMP OF THE DUODENUM DURING GASTRECTOMY IN DUODENAL ULCER

Максимчук Д .В. */ Maksymchuk D. V.*

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра хірургії і проктології
mdv128@ukr.net

Актуальність теми. Ускладнена виразкова хвороба дванадцятипалої кишки - одна з найбільш поширених причин захворюваності та смертності в Україні та світі. Ускладнення при резекції шлунку, а саме несумісність культі дванадцятипалої кишки є найбільш грізним ускладненням, що пов'язане з цим захворюванням. До теперішнього часу в широкій клінічній практиці відсутні єдині принципи хірургічного лікування хворих при резекції шлунку, що пов'язано з ускладненою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. В результаті чого летальність повсемісно залишається високою і досягає 20%.

Мета дослідження. На основі проведеного дослідження проаналізувати найбільш ефективний метод ушивання культі дванадцятипалої кишки при ускладненій виразці дванадцятипалої кишки. Правильно визначити ймовірні ризики при формуванні культі дванадцятипалої кишки при резекції шлунку при ускладненій виразковій хворобі дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи. Результати дослідження основані на матеріалах обстеження та лікування 124 пацієнтів з ускладненою виразкою дванадцятипалої кишки. Неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки після резекції шлунку по Більрот II спостерігається у 0,52 – 3,1 % хворих (Н.С. Утишов, Н.С. Мащенко, А.Ф. Пономарев, В.Б. Свердлов). В ґенезі неспроможності культі дванадцятипалої кишки вирішальну роль грає порушення її кровопостачання в результаті операційної травми, патологічного процесу виразкової етіології, а також загальних порушень та захворювань: цукровий діабет,атеросклероз, ішемічна хвороба серця, онкологічні захворювання, ендокринні порушення, та інші. Погіршуючі регенерацію: гипопротеінемія, гіпоксія, анемія, порушення інервації. Найбільш грізним ускладненням після оперативного втручання на шлунку є неспроможність швів культі дванадцятипалої кишки. По ряду авторів Ю.А. Грицман, зібрав дані по 42528 резекцій шлунку при виразковій хворобі і 10358 резекцій виконаних з приводу раку та виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, летальність після резекції з приводу виразкової хвороби склала 2,7%, при раку вона склала 8,1%. По даним І.Н.Ершовой серед 200 померлих після резекції шлунку з приводу раку шлунку та виразки дванадцятипалої кишки у 70 хворих(35%) причиною смерті виявилося недостатність швів культі дванадцятипалої кишки і гастроентероанастомоза.

Результати. Особливості клініки ускладнення у обстежених з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Перфорація 19 (7,5%), кровотеча 32 (13,2%), пенетраця 27 (10,5%), стеноз пілородуоденальної зони 40 (10%), кровотеча в анамнезі 20 (7,9%),перфорація в анамнезі 10 (4,1%). В плановому порядку ускладнення відмічались значно рідше 3 випадки на 34 оперативних втручань (8,8%). Неспроможність виникла на 5 – 6 добу. Резекції шлунку виконувались в модифікації Гофмейстера – Фінстерера, при цьому зустрічались значні труднощі при мобілізації і ушиванні кукси дванадцятипалої кишки. Закриття кукси дванадцятипалої кишки методом «равлика» та її модифікації були

більш схильні до неспроможності в зв’язку з чим застосовувались в виключних випадках, методи Ниссена, Знаменского, Шалімова мали великий успіх і практично не давали ніяких ускладнень. Релапаротомія виконана 3 хворим з симптомами перфорації в вільну черевну порожнину, успіх лікування перитоніту при не усуненому джерелу визначається об’ємом оперативного лікування і методами санації черевної порожнини. Принципи дренування і санації черевної порожнини широко відомі, але способи які застосовуються при перитоніті досить різноманітні. Черевна порожнина становить собою складну систему щілин з перегородками з органів, їх бриж та зв'язок. Від особливостей брижово – зв’язкового апарату, ступеню фіксації черевних органів залежить більша чи менша постійність їх синтопії та направлення міжорганних щілин. При деяких умовах між органні щілини стають основними шляхами поширення перитоніту. В їх межах розвиваються і процеси його обмеження. Певне, умови обмеження перитоніту при недостатності кукси дванадцятипалої кишки довільно сприятливі. При екстрених лапаротоміях ексудат виявили у 3 хворих лиш під. печінкою, у одного знайдений також під діафрагмою. Завдання дренування при неспроможності кукси дванадцятипалої кишки полягає в безперервному видаленні дуоденального вмісту, попереджування його затікання і накопичення в під печінковій щілині. Отже, в звичайному положенні хворого на спині виділення ексудату з лапаротомної рани стає можливим, лише тоді коли його гідростатичний тиск в ділянці первинного накопичення перевищить вказану величину (в середньому 10 - 12 см.вд.ст.) це неминуче супроводжується перетворенням підпечінкових щілин в більш менш об’ємну порожнину. Внутрішній черевний тиск в нормі не перевищує 3 см.вд.ст. (Ф.А. Михайлов). Очевидно, що при неміцному обмеженні підпечінкового скупчення ексудату по крайній мері в найближчі години після тампонади можливе поширення ексудату в черевну порожнину по шляхах, що долаються легше, ніж в верх по тампонам і дренажній трубці. Високу ефективність постійного безперервного відсмоктуючого дренажу при лікуванні неспроможності культі дванадцятипалої кишки, або нориці ми пов’язуємо з сприятливими умовами які він створює для розвитку грануляційного процесу, безперервне видалення дуоденального вмісту в безпосередній близькості від місця його виділення сприяє відновленню щілиноподібного виду підпечінкового простору, а також таким же швидким обмеженням злуковим процесом органів, що в нього входять. Грануляційний вал утворюється тільки навколо дренажу та формує хід нориці.

Висновки. Наш досвід свідчить про те що неспроможність кукси дванадцятипалої кишки частіш за все виникає у пацієнтів з пониженою реактивністю, послабленими регенеративними процесами при наявності запальних інфільтратів в панкреатодуоденальній зоні, пенетраця виразки в підшлункову залозу і наявності низьких виразок дванадцятипалої кишки. Для профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки запропоновано безліч способів її зашивання, серед яких широке застосування отримали ряд вітчизняних та закордонних авторів (О.І. Шалімов, І.І Кальченко, Знаменский, Ніссен та інші), однак як засвідчує досвід навіть застосування даних способів не завжди є рятівним для пацієнта. В низці випадків навіть випробуваний спосіб,

або технічне рішення, віртуозна техніка хірурга залишається неефективною перед багатогранною природою цього ускладнення і потребує подальшого вивчення цієї дуже важливої проблеми абдомінальної хірургії.

РОЛЬ РАННЬОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ПОЛІПШЕННІ ПРОГНОЗУ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)

THE ROLE OF EARLY ADMINISTRATION OF ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN IMPROVING THE PROGNOSIS OF CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19)

Манжелєєва І. В., Вега А. Р. */ Manzhelieieva I., Vega A.*
Науковий керівник: проф., д.мед.н. Дуда О.К.
Національний університет охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика, кафедра інфекційних хвороб
infection.ifm@nmapo.edu.ua

Актуальність. Згідно даних Національного центру громадського здоров’я (NHS, Великобританія), близько 50% пацієнтів, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19 потребуватимуть проведення активних реабілітаційних заходів за участі медичних та соціальних працівників. Враховуючи значне поширення епідемічного процесу та залучення великої кількості людей, питання ранньої профілактики ускладнень та поліпшення прогнозу для пацієнта, який уже захворів, залишається актуальним.

Мета. Встановити патогенетичний вплив комплексної терапії нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) на перебіг коронавірусної захворювання, оцінити роль застосування НПЗП в профілактиці ускладнень методом аналізу опублікованих даних.

Обговорення. Патогенез коронавірусної хвороби залишається не до кінця визначеним, однак згідно наявних даних має місце синдром гіперзапальної імунної відповіді з ураженням усіх органів і тканин, які мають рецептори ACE2 (ангіотензин-перетворючого ферменту-2) [Carolina Lucas et al., 2020; Leora R. Feldstein et al., 2020]. Клінічно процес супроводжується розвитком гіперкоагуляції внаслідок універсального тромбоваскуліту, гіпоальбумінемією, анемією, підвищенням рівня печінкових амінотрасфераз, феритину, С-реактивного протеїну. Одним із найбільш ранніх та статистично значимих маркерів несприятливого перебігу є лімфопенія, механізм розвитку якої пов'язаний з безпосереднім та імуноопосередкованим впливом вірусу SARS-CoV-2 [Li Tan., 2020]

Використання протизапальних препаратів різних груп в лікуванні нової коронавірусної хвороби було обґрунтовано лише в ролі симптоматичної терапії, однак подальші дослідження свідчать про розвиток гіперімунної запальної відповіді, «цитокінового шторму» [Savannah F. Pedersen, 2020]. Доведена роль низьких доз глюкокортикоїдів в лікуванні пацієнтів з дихальною недостатністю в зниженні рівня 28-денної смертності та зменшення терміну перебування в стаціонарі [RECOVERY Collaborative Group, 2020]. Однак використання глюкокортикоїдів не показано пацієнтам на ранніх етапах захворювання, тому

НПЗЗ завдяки своїй протизапальній та антиагрегантній (особливо, для ацетилсаліцилової кислоти) активності можуть бути використані, як для раннього контролю запалення, так і для профілактики тромбоемболії, таким чином теоретично обмежуючи прогресування COVID-19. Зокрема, ібупрофен інгібує активність Nf-kB, що додатково зменшує надлишкове вивільнення цитокінів у пацієнтів з COVID-19 [Smart, L., Fawkes, N. 2020].

Згідно даних, отриманих під час проведення клінічних досліджень в Єгипті, раннє призначення НПЗП сприяє нормалізації клініко-лабораторних показників (зниження рівня лактатдегідрогенази, підвищення рівня лімфоцитів крові). [Mina Kelleni 2020]

Дослідження, проведені у Великобританії (багатоцентрові за участі 1222 пацієнтів) вказали на зниження рівня смертності під час перебування у стаціонарів серед пацієнтів, яким було призначені НПЗП, 25,9% проти 29,5%. Однак враховуючи дані, що призначення препаратів проводилось переважно пацієнтам молодого віку, без супутніх патологій, не можливо вказати про стійкий вплив рутинного призначення нестероїдних протизапальних засобів на зниження рівня смертності.

Роль нестероїдних протизапальних засобів в ранній профілактиці важкого перебігу коронавірусної хвороби залишається спірним питанням, яке потребує більш детального вивчення.

Висновки. Лімфопенія та високі значення нейтрофільно-лімфоцитарного співвідношення є ранніми маркерами важкого перебігу коронавірусної хвороби. Застосування нестероїдних засобів, які мають, крім жарознижувального, виражений протизапальний ефект на ранніх етапах сприяє нормалізації клініко-лабораторних показників, однак не має впливу на прогноз захворювання. НПЗП рекомендовано застосовувати у пацієнтів з коронавірусною хворобою з метою симптоматичної терапії, однак переконливих даних про комплексний патогенетичний вплив препаратів на перебіг захворювання немає.

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ СИСТЕМИ ДЕТОКСИКАЦІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

THE ROLE OF GENE POLYMORPHISM OF THE DETOXIFICATION SYSTEM IN THE DEVELOPMENT OF GENITAL ENDOMETRIOSIS

Мартинюк В. М. */ Martyniuk V.*
Науковий керівник: професор, д-р.мед.наук Л.М. Маланчук
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
кафедра акушерства та гінекології № 1
martynjukvm@tdmu.edu.ua

Актуальність. Згідно даних світової літератури, у країнах Європи генітальний ендометріоз (ГЕ) зустрічається у 10 % жінок, а в Україні його частота в осіб фертильного віку коливається від 7 до 50 %. Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, етіологія та патогенез цього захворювання дотепер залишаються предметом дискусії. На сьогоднішній день існують численні теорії виникнення ендометріозу, які до кінця не пояснюють природу цієї

патології. В останні роки з'явились наукові роботи, які свідчать на користь того, що в ґенезі генітального ендометріозу важливу роль відіграють гени метаболізму, які характеризуються великою варіабельністю молекулярної структури ДНК. Поліморфізм генів системи детоксикації впливає на їх функціональну активність. Більшість поліморфних варіантів цих генів асоціюється з розвитком різних мультифакторіальних захворювань, в тому числі і ендометріозу. Не викликає сумніву, що несприятливі фактори зовнішнього середовища в поєднанні із «ослабленим» генотипом можуть бути однією із причин розвитку даного захворювання.

Метою дослідження було визначити роль поліморфізму генів II фази системи детоксикації у розвитку генітального ендометріозу.

Матеріали і методи. Нами обстежено 102 пацієнтки репродуктивного віку із генітальним ендометріозом. Для проведення медико-генетичних досліджень відбиралось 3-5 мл венозної крові, яку брали із v.cubitalis в стандартних умовах. Ампліфікацію геномних послідовностей проводили за допомогою полімеразної ланцюгової реакції на ампліфікаторі «PCR-System 2400» із застосуванням набору реагентів фірми «AmpliSens-100R».

Результати. Гомозигот та гетерозигот по алелю «+» генів GSTM1 та GSTT1 визначали на електрофореграмах за наявністю продуктів ампліфікації розміром 218 п.о. (GSTM1) та фрагменту 460 п.о. (GSTT1). Відсутність відповідних фрагментів вказувало на гомозиготність індивідума за делеціями двух генів. Провівши медико-генетичне дослідження, було визначено, що у 65 (63,7 %) жінок з генітальним ендометріозом відмічається делеційне носійство відразу по двом типам генів (GSTM1 та GSTT1), у 10 (9,8 %) по типу ins/del та у 27 (26,5 %) осіб не спостерігалось поліморфізму генів II фази системи детоксикації.

Висновок. Вивчення факторів генних поліморфізмів II фази системи детоксикації є перспективним для подальших наукових досліджень в аспекті використання їх, як можливих маркерів неінвазивної діагностики генітального ендометріозу.

ЗНАЧЕННЯ РІВНІВ АНЕКСИНУ V ПЛАЗМИ У РОЗВИТКУ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ КАРДІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

SIGNIFICANCE OF ANNEXIN PLASMA LEVEL V IN THE DEVELOPMENT OF EARLY POSTOPERATIVE CARDIAC COMPLICATIONS

Маруняк С. Р. */ Maruniak S. R.*

Науковий керівник: д.мед.н., професор Малиш І.Р.

Національного університету охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика,

кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

maruniak.stepan@gmail.com

Вступ. Проведення штучного кровообігу (ШК) та виключення серця із системного кровотоку під час кардіохірургічних втручань опосередковано запускає внутрішній та зовнішній шляхи активації апоптозу, що може призвести до розвитку ранніх післяопераційних ускладнень та вимагає пошуку нових способів їх попередження

Метою нашої роботи було проаналізувати динаміку та клінічне значення Анексину V у плазмі крові залежно від схеми анестезіологічного забезпечення при аортокоронарному шунтуванні.

Матеріали та методи. У дослідження включено 30 пацієнтів з ішемічною хворобою серця, яким виконувалось аортокоронарне шунтування з накладанням 2-3 аортокоронарних анастомозів в умовах штучного кровообігу. Медіана віку пацієнтів складала 59,0 (55,0; 62,0) років. Середня маса тіла – 92,1±17,2 кг. Медіана операційного ризику за EuroSCORE II становила 3,45% (2,15%; 4,05%).

Відповідно до схеми анестезіологічного забезпечення усіх пацієнтів було поділено на дві групи: дослідна група (13 пацієнтів) – малоопіоїдна схема анестезіологічного забезпечення (для знеболення – в/в субнаркотична доза кетаміну (0,5 мг/кг) та лідокаїн (1 мг/кг) болюсно, з одночасною безперервною інфузією останнього в дозі 1,5-2 мг/кг/год. до надходження пацієнта в палату інтенсивної терапії, дексмедетомідин 0,7 мкг/кг/год, фентаніл – 1,0 мкг/кг/год; контрольна група (17 пацієнтів) – стандартна схема анестезіологічного забезпечення (фентаніл 17-20 мкг/кг на весь час операції).

Визначення рівня Анексину V та IL-6 у крові проводилось до початку та після закінчення ШК методом твердофазного імуноферментного аналізу.

Результати. Проведення малоопіоїдної схеми анестезіологічного забезпечення характеризувалося в 1,5 рази достовірно нижчим рівнем Анексину V у плазмі крові в кінці операції в порівнянні зі стандартною схемою (0,85±0,52 пг/мл проти 1,28±0,75 пг/мл, p=0,047). Крім того, у пацієнтів дослідної групи значення ІЛ-6 в кінці оперативного втручання виявлялося на 28,4% достовірно нижчим в порівнянні зі стандартною групою (33,4±9,4 пг/мл проти 44,9±15,9 пг/мл, p=0,020). Що цікаво, між рівнями Анексину V та ІЛ-6 виявлений негативний кореляційний зв'язок слабкої сили (r=-0,117, p=0,523). У пацієнтів дослідної групи значно рідше фіксувався синдром низького серцевого викиду (СНСВ) (7,6% проти 17,6%, p=0,427). Проведення однофакторного дисперсійного аналізу показало, що у пацієнтів, у яких у післяопераційному періоді виявлялася СНСВ спостерігався достовірно вищий рівень Анексину V після ШК (p=0,001). У пацієнтів дослідної групи також значно рідше спостерігався розвиток фібриляції передсердь в порівнянні з контрольною групою (15,4% проти 29,4%, p=0,368), однак достовірного зв’язку між рівнем Анексину V та частотою післяопераційної фібриляції передсердь не встановлено (p=0,403).

Обговорення. Анексин V є одним із факторів, які протидіють розвитку надмірної активації апоптичних реакцій. Однак, при проведені малоопіоїдної схеми анестезії даний показник виявлявся достовірно нижчим в порівнянні з контрольною групою, що, на нашу думку, обумовлено позитивним зворотнім зв’язком з проапоптичними факторами – при низькому рівні активації апоптичних реакцій, відповідно, нижча й продукція Анексину V і навпаки.

Висновки. Проведення малоопіоїдної схеми анестезіологічного забезпечення характеризувалося 1,5 рази достовірно нижчим рівнем Анексину V та на 28,4% нижчими рівнем ІЛ-6 в кінці оперативного втручання в порівнянні зі стандартною схемою. У пацієнтів з СНСВ у післяопераційному періоді спостерігався достовірно вищий рівень Анексину V після ШК (p=0,001).

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ГЛАУКОМОЮ

CERTAIN ASPECTS OF HEADACHE CHARACTERISTICS IN GLAUCOMA PATIENTS

Масович С. О. */ Masovych S. O.*
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
кафедра неврології № 2

Актуальність. Враховуючи данні попередніх досліджень та відомих механізмів виникнення та прогресування глаукоми, а також відсутність одностайної думки щодо причинно-наслідкових зв'язків між локальними змінами, що виникають в зоровому нерві в цілому та в структурах нервової системи зокрема, і зумовило необхідність детального вивчення клінічних-неврологічних особливостей у пацієнтів з глаукомо.

Мета роботи – дослідження характеристик головного болю у пацієнтів з глаукомою.

Матеріал та методи. Досліджено та проаналізовано 68 осіб з первинною відкритокутовою глаукомою (ПВКГ) з підвищеним внутрішньоочним тиском (ВОТ), 12 осіб з глаукомою нормального тиску (ГНТ) та 22 особи порівняльної групу контролю. Проведене детальне неврологічне обстеження з визначенням та співставленням інтенсивності головного болю та його характеристик згідно дескрипторів опитувальника McGill Pain Questionnaire та 10-бальної шкали оцінки інтенсивності головного болю. Контингент включав осіб середнього та похилого віку.

Результати. У пацієнтів з ПВКГ переважала помірна інтенсивність головного болю по евалюативній шкалі опитувальника McGill Pain Questionnaire– 33 (75%).

За 10-бальною шкалою оцінки інтенсивності головного болю у пацієнтів з ПВКГ частіше виявився біль інтенсивністю 5 балів- 18 (41%).

У пацієнтів з ГНТ головний біль зустрічався переважно сильний та найсильніший 5 (42%) та 4 (33%) відповідно.

Інтенсивність головного болю у пацієнтів з ПВКГ та контрольній групі не відрізнялась ($p > 0,05$), але мали різні характеристики в сенсорних та афективних дескрипторах.

Висновки. Виявлені клінічні особливості характеристик головного болю у пацієнтів з глаукомою мають свої особливості залежно від рівня ВОТ і типу глаукоми та потребують подальшого детального дослідження.

ПЕРЕДЧАСНА ВТРАТА ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ

PREMATURE LOSS OF PRIMARY MOLARS

Мельник Б.М. */ Melnyk B.M.*
Науковий керівник: професор, д.мед.н. Фліс П.С.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
кафедра ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології
bogdan.melnik.97@gmail.com

Актуальність теми. Карієс тимчасових зубів виникає та прогресує з раннього віку, приводить до їх руйнування та втрати раніше фізіологічного терміну. Підтвердження цьому є численні епідемічні дослідження. У ході одного з них, було обстежено 93 дитини віком від 5 до 7 років. Оцінка результатів обстеження показала поширеність карієсу тимчасових зубів 88,1±1,9%, що свідчить про масову захворюваність за оцінкою ВООЗ. На основі огляду 4236 дітей віком від 3 до 18 років у містах Києва та Львова встановлено, що 35% з них мали дефекти зубних рядів, першочерговим етіологічним фактором яких являється карієс та його ускладнення. Це в свою чергу призводить до виникнення зубощелепних аномалій.

Мета досліджень. Визначення ступеня ризику передчасної втрати тимчасових молярів. Вдосконалення методів діагностики та лікування ранньої втрати тимчасових молярів.

Матеріали та методи. Нами було вивчено 17 статей, в яких проведена диференційна діагностика досліджень, пов'язаних з даною патологією та описуються різні підходи до усунення наслідків передчасної втрати тимчасових молярів.

Результати. Втрата тимчасових зубів раніше фізіологічного терміну негативно впливає на формування щелеп. Відбувається зниження активності зон росту, що є причиною недорозвинення щелеп і, як наслідок, виникнення зубощелепних аномалій. Тимчасові зуби відіграють важливу роль у процесі становлення висоти прикусу, фізіологічному формуванні зубних рядів, своєчасному та правильному прорізуванні постійних зубів, нормальному розвитку функції жування, ковтання та мовлення. При видаленні тимчасових зубів з'являються ускладнення: зуби що обмежують дефект можуть зміщуватись або нахилятись в сторону дефекту, можлива поява феномена Попова-Годона, вкорочення зубної дуги, виникнення зубоальвеолярного подовження, вкорочення зубного ряду, формування патологічного прикусу.

Особливу увагу необхідно приділити тимчасовим молярам, так як вони є опорою прикусу. Найчастішого ураження каріозним процесом, у період тимчасового прикусу, зазнають перші та другі тимчасові моляри. Втрата першого тимчасового моляра може призвести до зниження прикусу та зміщення серединної лінії. Втрата других тимчасових молярів − до мезіального зміщення перших постійних молярів. Основною метою лікаря-ортодонта є негайне заміщення дефектів зубних рядів для збереження місця. Для цього використовують знімні та незнімні ортодонтичні апарати-протези.

Деякі автори розробили показання, рекомендації та вимоги до конструкцій знімних та незнімних апаратів-протезів у залежності від віку пацієнта та клінічної картини. При малих дефектах зубних рядів у бічних ділянках перевагу надають незнімним ортодонтичним конструкціям. При множинній втраті тимчасових зубів − знімним апаратам-протезам.

Висновки. Результати клінічних досліджень демонструють необхідність заміщення передчасної втрати тимчасових молярів з моменту їх появи за допомогою знімних та незнімних конструкцій. Повинен використовуватися

індивідуальний підхід до кожного пацієнта, проведено повний збір анамнезу, діагностика, психологічна підготовка залежно від віку пацієнта. План лікування повинен бути заснованим на фізіологічній доцільності вибору ортодонтичної конструкції. Але широка розповсюдженість даної патології та недоліки сучасних ортодонтичних конструкцій спонукають до поглиблення вивчення даної проблеми.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВЕНОЗНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНІНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

APPLICATION OF ENDOVENOUS ELECTRIC WELDING IN THE TREATMENT OF CHRONIC VENOUS DISEASES

Мельничук Г. О., Ходос В. А. */ Melnychuk H. O., Khodos V. A.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кафедра хірургії та судинної хірургії

Актуальність. Хронічне захворювання вен нижніх кінцівок (ХЗВНК), поширене захворювання, на яке хворіє більше 50% дорослого населення. Показники захворюваності коливаються до 40% у жінок та до 17% у чоловіків. Традиційний метод лікування ХЗВНК характеризується високою травматичністю, тривалим післяопераційним больовим періодом та подовженою реабілітацією. Сучасний підхід до хірургічного лікування ХЗВНК вимагає застосування мало травматичних методів, які б скоротити період реабілітації пацієнта та покращили клінічні результати.

Мета. Покращити результати лікування хронічних захворювань вен нижніх кінцівок за рахунок застосування ендовенозного електрозварювання.

Матеріали та методи. На клінічних базах кафедри хірургії та судинної хірургії за період 2020 року метод ендовенозного електрозварювання (ЕВЕЗ) застосований у 14 пацієнтів з ХЗВНК С2-С6 клінічних класів (CEAP): 8 жінок та 6 чоловіків у віці від 35 до 65 років. Введення, переміщення та позиціювання електрозварювального катетера (ЕЗК) у великій підшкірній вені (ВПВ) виконували із пункційних доступів під ультразвуковим (УЗ) контролем. Позиціювання робочої частини ЕЗК виконувалась на рівні відходження v.epigastrica. З метою знеболення та максимального контакту робочої частини ЕЗК із стінкою вени виконували тумінісцентну анестезію розчином 0,25% бупівакаїну та фізіологічного розчину у співвідношенні 1:1 (0.125%). ЕВЕЗ виконували під УЗ контролем при режимі "ЗВАРЮВАННЯ АВТ" та параметрі "10" на панелі "ТРИВАЛІСТЬ".

Результати ЕВЕЗ оцінювались за допомогою ультразвукового дуплексного сканування на 2, 7, 14 добу та через 1, 3 та 6 місяців спостереження.

Результати. У клінічному застосуванні ЕВЕЗ в автоматичному режимі у всіх пролікованих випадках відзначався розвиток оклюзії ВПВ на 2, 7, 14 добу, про що свідчали характерні УЗ-ознаки. Післяопераційних ускладнень не відмічено. На 6 місяць спостереженя вімічались УЗ-ознаки фіброзу стовбура ВПВ у 13 пацієнтів (92.8%). В одного пролікованого пацієнта (7.2%), на 6 місяці спостереження відмічались ознаки часткової реканалізації ВПВ.

Висновки. Застосування ЕВЕЗ в автоматичному режимі при параметрі “10” “ТРИВАЛІСТЬ” призводить до розвитку фіброзу великої підшкірної вени у 13 (92.8%) пацієнтів.

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ ЗІ ШКІДЛИВИМИ ЗВИЧКАМИ.

MORPHO-FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE JAW-FACIAL AREA IN CHILDREN WITH BAD HABITS.

Михайловська Л. О. */ Mykhailovska L. O.*

Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра стоматології

Larochka3727@gmail.com

Вступ. На основі вивчення сучасної літератури нами було виділено та згруповано дані про негативні етіологічні чинники, які впливають на формування дистального прикусу та функціональний стан щелепно-лицевої ділянки. Дана тема, безумовно, є актуальною, оскільки в профілактиці аномалій прикусу відіграють значну роль, як своєчасна діагностика, так і усунення етіологічних факторів на ранній стадії формування патології.

Мета. Проаналізувати дані щодо впливу та взаємозв’язку пренатальних та постнатальних несприятливих факторів з виникненням та формуванням зубощелепних аномалій, зокрема дистальним прикусом.

Результати. Згідно даних публікацій вітчизняних та зарубіжних вчених питання етіології, клініки та патогенезу дистального прикусу набувають особливої актуальності, оскільки стрімко збільшується поширеність даної патології. У загальній структурі зубощелепних аномалій відсоток дистального прикусу становить близько 30%.

Велику роль у формуванні дистального прикусу відіграють шкідливі звички, такі як довготривале смоктання пустушки, смоктання пальця, інших сторонніх предметів, а також закушування нижньої губи. Така звичка проявляється частіше у дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні, також вона нерідко виникає після того, як дитину відлучають від грудей або пустушки. Найбільш типові зубощелепні порушення, що розвиваються в результаті смоктання пальця, полягають в протрузії передніх зубів верхньої щелепи та зубоальвеолярного вкорочення в цій ділянці, що нерідко призводить до виникнення дезоклюзії. При тривалому та інтенсивному смоктанні порушується ріст щелеп і формується дистальний прикус. Виступання вперед верхніх різців утруднює змикання губ і сприяє ротовому диханню.

Неправильне ковтання негативно впливає на функцію м'язів ротової та навколоротової ділянок, на формування зубощелепної системи, може бути причиною подовження терміну ортодонтичного лікування та рецидивів зубощелепних аномалій і деформацій. До клінічних ознак неправильного ковтання відносять підвищену активність мімічних м'язів, особливо підборідного м'яза та м'язів нижньої губи. Якщо під час ковтання помітний поштовх кінчика язика по внутрішній поверхні губи та подальше її вип'ячування, то діагностують порушення функції ковтання. При цьому зубні ряди розмежовуються

та збільшується висота нижньої частини обличчя. Постійне переднє положення язика сприяє розвитку аномалій прикусу, частіше вертикальної різцевої дизоклюзії.

Порушення функції дихання є ключовим в процесі формування дистального прикусу. Ротовий тип дихання сприяє загальним порушенням в організмі. Тиск щічних м'язів на верхній зубний ряд при напіввідкритому роті призводить до його деформації. Звуження верхнього зубного ряду в ділянці ікол перешкоджає нормальному змиканню зубних рядів. Виникає рефлекторне скорочення задніх пучків скроневих м'язів, нижня щелепа зміщується постеріально, тобто розвивається дистальний прикус. Якщо форма верхнього зубного ряду своєчасно не виправлена, то таке порушення зберігається та закріплюється, гіперактивність м'язових пучків, зміщує нижню щелепу назад.

У виникненні зубощелепних аномалій істотну роль відіграє порушена моторика язика. У дітей, в процесі формування ортогнатичного прикусу, з віком тонус м'язів верхньої губи знижується, а тонус м'язів язика підвищується. Однак, в нормі тонус м'язів верхньої губи завжди превалює над тонусом м'язів язика. Якщо виникає зворотнє співвідношення, то формується дистальний прикус.

Формуванню дистального положення нижньої щелепи сприяє також темпоральний тип жування, при цьому власне жувальні м'язи прикріплені до скронево-нижньощелепного суглоба ближче, ніж при массетеріальному. Ця анатомічна особливість призводить до підвищення процесу жування, в результаті їжа проковтується в недостатньо подрібненому вигляді, а тонус власне жувальних м'язів змінюється.

Формування дистального прикусу можливо внаслідок заповільненого росту та розвитку нижньої щелепи, викликаного травмою, хронічним запаленням, вродженою відсутністю або загибеллю зубних зачатків. Формування дистального, перехресного та глибокого прикусу спостерігається при односторонньому недорозвиненні нижньої щелепи. Причиною розвитку дистального та перехресного прикусу в поєднанні з вертикальною дизоклюзією є двостороннє недорозвинення нижньої щелепи. Існує певна залежність між зубощелепними аномаліями та порушеннями опорно-рухового апарату, зазначається висока поширеність зубощелепних аномалій і деформацій у дітей з порушеннями постави: їх частота в 1,6, а у хворих на сколіоз – у 2,5 рази вища, ніж в групі практично здорових дітей, і зростає зі збільшенням ступеня сколіозу, причому, існує пряма залежність між їх складністю та ступенем сколіозу. Також серед вагомих етіологічних чинників слід зазначити дефіцит кальцію та фтору в організмі, недостатня кількість твердої їжі в раціоні, раннє видалення молочних зубів, травми щелеп та порушення постури.

Висновки. Аналізуючи дані публікацій вітчизняних та іноземних авторів, можемо зробити висновок, що своєчасна корекція порушених функцій зубощелепної ділянки та скронево-нижньощелепного суглоба має велике лікувально-профілактичне значення та є одним із головних завдань ортодонтичного лікування пацієнтів періоді змінного прикусу.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РАНКОВОГО ПІДЙОМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

AGE FEATURES OF MORNING BLOOD PRESSURE SURGE IN MEN WITH HYPERTENSION AND OVERWEIGHT

Надюк А. В., Косова Г. А., Киричко М. Г., Білецький В. В. /
Nadiuk A. V., Kosova H. A., Kirichko M. G., Biletskij V. V.
Науковий керівник: д.мед.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ДЗ ДМА Колесник Тетяна Володимирівна
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
dr.avnadiuk@gmail.com

Актуальність. Ранні ранкові години - це період доби, що характеризується найбільшою частотою серйозних серцево-судинних подій. Сьогодні параметри артеріального тиску (АТ) в ранкові години активно вивчаються. Існують дані, що ранковий підйом (РП) АТ може бути одним з факторів ризику пошкодження органів внаслідок артеріальної гіпертензії (АГ), цереброваскулярних ускладнень і смерті, хоча в наявні докази існує деяка неоднорідність.

Мета. Оцінити характеристики ранкового підйому (РП) АТ та їх взаємозв'язок з віком у чоловіків, хворих на АГ в сполученні з надлишковою масою тіла**.**

Матеріали і методи. В дослідження включено 50 чоловіків з ГХ II стадії АГ 1 ступеню. Середній вік пацієнтів склав 43,50 (39,0; 54,0) років, тривалість АГ дорівнювала 6,50 (2,0; 13,0) років. Вік, у якому діагностовано АГ, склав 38,0 (34,0; 46,0) років. Рівень величини (ВРП) і швидкості РП (ШРП) АТ оцінювали за даними добового моніторування АТ (ДМАТ). Підвищеною ВРП АТ вважали при значенні > 55 мм рт.ст. для осіб старше за 60 років і > 37 мм рт.ст. для пацієнтів молодших за 60 років. Величина РП ДАТ у пацієнтів всіх вікових категорій оцінювалась як збільшена, якщо вона дорівнювала > 36 мм рт. ст. Величину ШРП АТ, яка не перевищувала 10 мм рт. ст./год для САТ і 6 мм рт. ст./год для ДАТ вважали нормальною.

Результати. Величина РП САТ склала 51,0 (43,0; 60,0) мм рт.ст., перевищення індивідуальної вікової норми ВРП САТ діагностовано у 76,0% обстежених пацієнтів. Величина РП ДАТ була підвищеною 37,0 (32,0; 46,0) мм рт.ст., збільшення ВРП ДАТ > 37,0 мм рт.ст. виявлено у 52,0% осіб. Медіана ШРП САТ (8,67 (7,25; 10,33) мм рт.ст.) дорівнювала нормі, але 75-й перцентиль характеризувався як збільшення ШРП САТ. В той же час, середнє значення ШРП ДАТ було підвищеним (6,50 (5,50; 7,67) мм рт.ст.). Індивідуальне оцінювання ШРП показало збільшення цього показника у 30,0% пацієнтів за рівнем САТ і у 52,0% обстежених – за рівнем ДАТ.

Кореляційний аналіз показав, що тільки величина і швидкість РП САТ були асоційовані з віком пацієнтів на момент обстеження ($r = + 0,28$, $r = + 0,36$; $p<0,05$) і віком, в якому вперше діагностовано підйом АТ ($r = + 0,28$, $r = + 0,30$; $p<0,05$).

Висновки. Для індивідуалізованої оцінки ризику кардіоваскулярних катастроф, який особливо підвищується в ранні ранкові години, у хворих на АГ з надлишковою масою тіла найбільше значення має величина РП САТ (більш ніж ¾ обстежених мали підвищення показника) і швидкість РП (підвищення зареєстровано у більш ніж половини обстежених). Хворим з АГ і надлишковою масою тіла необхідно проводити ДМАТ для ранньої діагностики особливостей поведінки АТ в ранні ранкові години і врахування цих особливостей під час підбору антигіпертензивної терапії.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЮ В ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

MODERN VIEWS ON CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF ENDOMETRIUM HYPERPLASIA IN WOMEN OF DIFFERENT AGE GROUPS

Налізьонна Ю. І., Лавренюк Ю. В. */ Nalizonna Yu. I., Lavrenuik Yu. V.,*
Науковий керівник: д.м.н., професор К.В.Чайка
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
кафедра акушерства, гінекології і репродуктології

Актуальність. Вивчення необхідності деталізації і перегляду сучасних клініко-діагностичних методів обстеження при гіперплазії ендометрію (ГЕ). Систематизований підхід до розроблення алгоритму діагностики пацієнток з ГЕ, дасть можливість детально і комплексно підійти до прогнозування гіперпластичних процесів ендометрію на ранніх етапах його формування, а також створення можливої схеми профілактики рецидивів у жінок в залежності від віку.

Мета. Проаналізувати прогностичну цінність клініко-анамнестичних, імуногістохімічних, ультразвукових та ендоскопічних критерії діагностики гіперпластичних процесів ендометрію для прогнозування можливого формування ГЕ у жінок.

Обговорення. Згідно сучасних наукових даних найхарактернішою ознакою розвитку ГЕ є тривала та рясна маткова кровотеча, що виникає в дні передбачуваної менструації та продовжувалась протягом 1,5-2 роки, при збережені, чи порушені регулярності менструального циклу. Також вагоме місце належить запальним захворюванням матки та додатків. Важливими факторами ризику виникнення ГЕ та її рецидивування є наявність в анамнезі внутрішньоматкових маніпуляцій. У наукових працях викладено дані щодо експресії рецепторів у тканинах ендометрію методом імуногістохімічного маркування рецепторних молекул естрогену і прогестерону, на основі чого, було виокремленно жінок із сильнопозитивною реакцією до рецепторів естрогену та жінок із сильнопозитивною реакцією до рецепторів прогестерону. Отриманні дані дозволили чітко розмежувати лікувальні методики ГЕ в залежності від стану рецепторного апарату ендометрія. Як критерій ефективності визначали частоту рецедивування ГЕ. Щодо визначення інформативності ультразвукових методів в комплексній діагностиці ГЕ, слід відзначити, що виконання на першому етапі ультразвукового дослідження органів малого тазу: спочатку – трансабдомінального сканування, а потім трансвагінальної ехографії на сучасних ультразвукових приладах із застосуванням кольорової доплерографії дозволяє

візуалізувати навіть мінімальні структурні порушення ендометрію, що власне покращує якість діагностики та веде до підвищення частоти виявлення ГЕ у жінок всіх вікових груп. Як вітчизняні, так і світові науковці в один голос говорять про важливість застосування такої діагностичної методики, як гістероскопія, адже нині вона виступає, як найбільш інформативний інструментальний метод діагностики ГЕ. Адже дає змогу візуалізувати та ідентифікувати зміни в порожнині матки. Традиційно, діагностичні можливості лікарів обмежені сліпим кюретажем ендометрія. але в теперішній час є можливість візуальної оцінки патології порожнини матки за допомогою сучасних ендоскопічних методів обстеження. За даними літератури, при дослідженні матеріалу, отриманого при гістеректомії, більш ніж в 60,0% випадків при попередньому кюретажі діагноз було встановлено не в повній мірі або не точно, тому втілення ендоскопічних технологій є перспективним напрямком сучасної гінекології. Гістероскопія дозволяє візуально оцінити характер патологічного процесу порожнини матки, одержати матеріал для гістологічного дослідження, в разі необхідності радикально провести лікувальний етап.

Висновки. На підставі значущих клініко-анамнестичних даних, можна визначити, що не приділяється достатньої уваги та невілюються вище наведені скарги, що в свою чергу призводить до рецидивування ГЕ. Враховуючи дані імуногістохімічних досліджень можна впевнено говорити, що диференційована тактика ведення залежно від стану рецепторного апарату ендометрію є виправданою, оскільки дозволяє значно знизити частоту рецидивів ГЕ порівняно із загальноприйнятими схемами лікування. Оцінюючи доцільність використання ехографічних методів діагностики ГЕ, слід зазначити, що комплексне застосування скринінгових та уточнюючих методик сприяє ранньому виявленню гіперпластичних станів ендометрія і дає можливість на догоспітальному етапі встановити кінцивий діагноз і визначити тактику подальшого диспансерного спостереження і лікування. Проведенений аналіз показав, що застосування ультразвукового та гістероскопічного методів дослідження значно розширює діагностичні можливості при визначенні внутрішньоматкової патології (гіперплазія ендометрія, лейоміома матки та ін.), що дозволяє раціонально визначити тактику ведення жінок різних вікових категорій.

УМОВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ТРАХЕОСТОМІЇ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 (аналіз рекомендацій)

INDICATIONS AND FEATURES OF TRACHEOSTOMIES PROCEDURE DURING THE COVID-19 PANDEMIC (analysis of recommendations)

Начеса Я. */ Nachesa Y.*

Науковий керівник: завідувач кафедри, д. мед. н., професор Шкорботун В.О.

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, кафедра оториноларингології

yaroslav.nachesa@gmail.com

Актуальність. Хвороба, викликана вірусом SARS-CoV-2, поставила перед охороною здоров’я всіх країн земної кулі низку запитань, які потребують швидкого реагування, нових наукових розробок та перегляду матеріальних затрат

на медицину. По-перше, це захворювання дотепер не має етіотропного лікування, швидко розповсюджується і має непередбачуваний перебіг. По-друге, сам лікувально-діагностичний процес і особливо виконання у цих пацієнтів інвазивних маніпуляцій та хірургічних втручань в рази підвищують ризик зараження медичного персоналу і несуть особливу загрозу його безпеці. Разом з тим, при лікуванні легеневих ускладнень у хворих на COVID-19 в ряді випадків виникає життєва потреба в трахеостомії.

Мета. Провести аналіз існуючих рекомендацій щодо виконання трахеостомії у пацієнтів з COVID-19.

Обговорення. Трахеостомія – хірургічне втручання, завданням якого є доступ до нижнього відділу дихальних шляхів через передню поверхню шиї. За часом виконання вона поділяється на два основні типи: ургентна та планова. Перший тип виконується при раптових та гострих прогресуючих обструкціях верхніх дихальних шляхів, що можуть призвести до асфіксії та вимагають невідкладного втручання через загрозу смерті пацієнта. Планова трахеостомія виконується при тривалих стенозах гортані, зумовлених різною патологією, а також у випадках необхідності дихальної підтримки та санації нижніх дихальних шляхів у пацієнтів, які тривалий час перебувають на штучній вентиляції легень (ШВЛ).

В контексті COVID-19 розглядається планова трахеостомія у зв’язку з необхідністю тривалої штучної вентиляції легень у хворих на тяжкі та вкрай тяжкі форми перебігу захворювання. За даними Дуброва С. О. та співавт. (2012), Bouderka A et al. (2004), принципової різниці у виживаності хворих, які перебували на назо- чи оротрахеальній інтубації та хворих з трахеостомією за цих самих умов немає, остання все ж таки має певні переваги. Головними з них є відсутність необхідності використання великих доз седативних та анальгезуючих препаратів, більший комфорт для пацієнта та медичного персоналу під час проведення маніпуляцій, більша мобільність хворого під час кінезотерапії, необхідної для кращої санації нижніх дихальних шляхів та профілактики пролежнів.

За наявності зазначених переваг трахеостомії над інтубацією у пацієнтів, які потребують тривалої ШВЛ, у період пандемії коронавірусної інфекції, вона потребує особливо виваженого підходу до вироблення показань та техніки виконання, адже це втручання несе в собі ризик зараження медичного персоналу, через вивільнення великої кількості вірусних частинок у вигляді аерозолю під час оперативного втручання. За даними більшості міжнародних та вітчизняних рекомендацій (Заболотний Д.І. та співавт. 2020, McGrath B. et al. 2020, Cameron P. et al. 2020), необхідність виконання трахеостомії у хворих на тяжкі форми коронавірусної інфекції розглядається індивідуально, але, як правило, не раніше 10 дня перебування на апараті ШВЛ, враховуючи стан пацієнта, перспективи одужання, та лише за умови покращення клінічного стану і необхідності залучення пацієнта до активної реабілітації. У деяких випадках трахеостомія виконується за життєвими показаннями: бактеріальні ШВЛ-асоційовані ускладнення і поява великої кількості мокротиння; надто рання екстубація при зниженій екскурсії грудної клітки; пошкодження чи набряк верхніх дихальних

шляхів (McGrath B. et al. 2020). Якщо рішення про трахеостомію було прийнято, то для її виконання необхідні засоби індивідуального захисту медичного персоналу - респіратор з функцією очищення повітря (PAPR) або респіратор з рівнем захисту FFP3/N95 чи вище з захисним щитком; одноразового хірургічного халату з ущілненням на зап'ястях, і рукавами, що не промокають, та одноразові рукавички (McGrath B. et al. 2020). Процедура має проводитися у вентильованому приміщенні з негативним тиском (Bassi M. et al. 2020).

За даними публікацій вищезазначених авторів, транскутанна пункційна трахеостомія асоційована з вищим ризиком утворення аерозолю, порівняно з хірургічною, проте в аспекті COVID-19 досліджень не проводилось. До того ж, при виконанні трахеостомії слід уникати використання діатермокоагулятора та інших високочастотних коагуляторів. За даними McGrath B. et al. (2020) перед розрізом трахеї рекомендовано проведення терапії 100% киснем протягом 5 хвилин, після чого повне припинення вентиляції та використання міорелаксантів для уникнення кашлю і зменшення виділень коронавірусу в навколишнє середовище. Після встановлення ендотрахеальної трубки необхідно контролювати тиск в манжеті і підтримувати його на рівні не менше 20-30 см водного стовпа, а заміну трубки проводити лише при негативних ПЛР тестах на COVID-19 (Harrison L. et al. 2020).

Висновки. Оцінка показань до виконання трахеостомії у пацієнтів з дихальною недостатністю при COVID-19 потребує максимально виваженого підходу як щодо показань, так і техніки виконання, при забезпеченні всіх необхідних заходів як для одужання пацієнта, так і безпечності медичного персоналу.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ ПРИ ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ

INTERCONNECTION BETWEEN VAGINAL MICROBIOME AND GYNAECOLOGICAL CANCER. IMPORTANCE FOR PREVENTION AND TREATMENT

Ніколаєнко М. О., Алієва Г. */ Nikolaienko M. O., Aliieva H.*
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Т.В. Супрунова
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра акушерства і гінекології №2

Актуальність. Дослідження впливу мікробіоценозу людини на захворюваність пухлинними і непухлинними захворюваннями останніми роками набуває актуальності. До останнього часу класично розглядався вплив мікробіому шлунково-кишкового тракту на структуру захворюваності та способи його покращення. Вже достовірно відомо, що наявність Helicobacter pylori підвищує ризик аденокарциноми шлунка та MALT-лімфом, Campylobacter jejuni значно підвищує ризик IPSID лімфоми, Salmonella enterica typhi - раку жовчного міхура. З'ясувалося, що мікробіом піхви також має значний вплив на розвиток передракових та пухлинних процесів, що може бути використано для попередження та лікування онкопатологій жіночих статевих органів.

Мета. Оглянути медичну літературу щодо перспектив попередження і лікування раку жіночих статевих органів.

Матеріали та методи. Ретроспективний огляд медичної літератури, інформаційна обробка вітчизняних та іноземних онлайн-джерел за останні 5 років.

Обговорення. Було виявлено, що нормальний мікробіоценоз піхви знижує вірогідність розвитку пухлин жіночих статевих органів. Серед основних механізмів: 1) попередження хронічних запалень і протизапальна дія нормальної флори (лактобактерій) головним чином через модуляцію регулюючих Т-лімфоцитів; 2) зменшення частоти зараження вірусом папіломи людини (ВПЛ) та збільшення швидкості елімінації ВПЛ. При наявності раку нормальна мікрофлора сприяє модуляції пухлинного мікрооточення і, як наслідок, більш інтенсивній імунній реакції. Також було досліджено, що нормальний мікробіоценоз піхви може стимулювати апоптоз пухлинних клітин. Серед лактобактерій рак шийки матки зустрічається найрідше при переважанні Lactobacillus crispatus, частіше — при переважанні Lactobacillus iners. Що стосується умовно-патогенної флори, виявлено, що при збільшенні біорізноманіття флори та переважанні умовно-патогенної та патогенної флори, підвищується вірогідність розвитку пухлинних захворювань. Можливі два механізми, за яким мікробіоценоз піхви підвищує ризик раку: 1) пов'язаний з ВПЛ; 2) внаслідок розвитку хронічного запалення. Серед мікроорганізмів, що сприяють розвитку раку шийки матки, головну роль відіграють Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Megasphaera, Fusobacterium, Spirochaetes, Sneathia. У структурі онкопатології порушений мікробіоценоз найбільшим чином впливає на розвиток раку шийки матки. Меншою мірою на ендометріальний рак та рак яєчників, де все ж таки вирішальном є дисбаланс естрогенів. Хоча було виявлено взаємозв'язок між раком ендометрію та такими патогенними організмами як: Mycoplasma genitalium, C. trachomatis та Neisseria gonorrhoeae. Також знахідкою було наявність при раку яєчників мікроорганізмів Proteobacteria and Firmicutes, що можуть брати участь як кофактори розвитку пухлинного процесу. Atopobium vaginae і Porphyromonas розглядаються як потенційні фактори ризику раку ендометрію та можуть розглядатися як його біомаркери.

Окрім стандартних підходів до лікування: хіміотерапії, опромінення, хірургічного лікування, починає зростати роль пробіотиків як допоміжного засобу лікування раку. Було виявлено, що пробіотики мають властивості, які перспективні щодо профілактики та лікування раку шийки матки.

Так, за даними цілого ряду досліджень, було виявлено, що бактерії Lactobacillus: L. crispatus, L. jensenii та L. gasseri інгібують життєздатність ліній ракових клітин Каскі. Основний механізм - регуляція онкогенів ВПЛ та генів, пов'язаних з клітинним циклом. Окрім того, Lactobacillus plantarum мають пробіотичні особливості та протипухлинну активність, що було доведено на лінії ракових клітин шийки матки HeLa. Щодо метастазування, обробка клітин HeLa супернатантами (екстракт суміші бактерій) Lactobacillus rhamnosus та Lactobacillus crispatus знижує експресію гена CASP3, а також MMP2 та MMP9, що спричиняє інгібуючий ефект на метастазування. Побічний вплив

на пригнічення розвитку раку має Bifidobacterium adolescentis SPM1005-A, яка проявляє противірусну активність у клітинній лінії раку шийки матки SiHa, яка експресує ВПЛ. Спільним механізмом для лактобактерій є те, що їх екзополісахариди чинять цитотоксичну дію на ракові клітини та зменшують їх проліферацію.

Найбільш дослідженим і ефективним є застосування L. gasseri та L. crispatus у якості пробіотиків. Варто зазначити, що в дослідженні, де порівнювався рівень інгібуючого впливу на пухлинні клітини серед штамів L. gasseri та L. crispatus, була виявлена більша інгібуюча активність L. crispatus.

Висновки. Нормальний мікробіоценоз піхви є важливою складовою профілактики раку жіночих статевих органів. Виявлена значна роль бактерій Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Megasphaera, Fusobacterium, Spirochaetes, Sneathia у процесі стимулювання розвитку онкогенезу. Встановлено найбільший вплив мікроорганізмів на розвиток раку шийки матки, хоча є кореляція і з іншою онкопатологією. Потенційними протипухлинними засобами, які можна використовувати для профілактики та лікування раку шийки матки в якості допоміжної терапії, є пробіотики. Найбільш активними мікроорганізмами пробіотиків в якості супресорів прогресування пухлин є L. gasseri та L. crispatus. Одночасне використання пробіотиків з іншими терапевтичними препаратами призводить до поліпшення результатів лікування.

ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВІДНОВЛЕННЯ БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ

EXPERIMENTAL RATIONALE FOR RESTORATION OF MULTI ROOT TEETH BEFORE PROSTHETIC TREATMENT

Ноєнко І. В. */ Noenko I. V.*

Науковий керівник: професор завідувач кафедри стоматології НУОЗ України імені П. Л.Шупика Павленко О.В

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, кафедра стоматології,

bban@i.ua

Актуальність теми. Відновлення структури зуба після ендодонтичного лікування є однією з найчастіших процедур в практиці ортопедичної стоматології. В той же час, саме ускладнення на етапі відновлення коронкової частини є найчастішими серед усіх причин видалення зубів.

Мета. Підвищення якості протезування зубів ортопедичними конструкціями в багатокореневих зубах шляхом порівняльної оцінки фізико-механічніх властивостей зубів, відновлених різними методиками. 4. Розробити найоптимальнішу методику підготовки канала зуба на етапі ендодонтичного лікування з використанням мінімально інвазивних технологій й послідуючим протезуванням коронки зуба.

Предмет дослідження: Вплив використання новітніх ендодонтичних файлів з контрольованою пам’яттю форми на міцність коронки моляра в порівнянні з класичним ендодонтичним лікуванням.

Методи дослідження Клінічні- для оцінки стоматологічного статусу хворих з ускладненим карієсом та вивчення ефективності відновлення зубів після ендодонтичного лікування ближньо й довготривалі результати; клініко-лабораторні: рентгенологічні(внутрішньоротова рентгенографія, комп'ютерна томографія. Порівняння параметрів міцності багатокореневих зубів з різним дизайном ендодонтичного доступа шляхом лабораторного порівняння міцності зубів на згин та симульованого оклюзійного навантаження.

Наукова новизна. Вперше пропонується цілісний підхід до ендодонтичного лікування зубів й послідуючого відновлення, використовуючи мінімально необхідний доступ до системи кореневих каналів в поєднанні з найсучаснішими варіантами адгезивного відновлення коронкової частини зуба.

РЕФЕРЕНТНІ ЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ HOMA-IR, ЗА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ, ЯК СКЛАДОВА ОНТОЛОГІЧНОЇ МОДЕЛІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

REFERENCE VALUES OF INDEX HOMA-IR FOR DETERMINING INSULIN RESISTANCE AS A COMPONENT OF THE ONTOLOGICAL MODEL OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Носко Н. О. */ Nosko N. O.*

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент
кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика
Харченко В'ячеслав Вікторович,
Національна університет охорони здоров`я України імені П. Л. Шупика,
кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії

Актуальність теми. Захворюваність на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП), як одне з найбільш поширених захворювання печінки в західних країнах, безупинно збільшується. Пов'язано це з великою розповсюдженістю інсулінорезистентних (ІР) захворювань, таких як ожиріння, метаболічний синдрому та цукровий діабету 2 типу. З метою вдосконалення надання медичної допомоги хворим з НАЖХП набуває актуальності розробка системи упорядкування медичних знань, що ґрунтується на онтологічних принципах. Актуальність виявлення ІР у пацієнтів груп ризику формування цукрового діабету 2 типу, є патогенетично обумовлена та виправдана з урахуванням сучасних знань, що є фундаментальним в профілактиці захворювання та оптимізації надання медичної допомоги.

Мета роботи. Метою цієї частини дослідження було проаналізувати літературні дані, що до референтних значень індексу HOMA-IR, який є лабораторним аналогом золотого стандарту діагностики інсулінорезистентності – еуглікемічного гіперінсулінемічного клемп-тесту. Індекс HOMA-IR розраховується за формулою: (глюкоза натще (ммоль/л) х інсулін натще (мкОД/мл))/ 22,5.

Розрахувати значення індексу HOMA-IR у пацієнтів з НАЖХП без цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 тип) й контрольної групи (пацієнти без НАЖХП та ЦД 2 типу), та порівняти відсотки виявлення пацієнтів з

інсулінорезистентністю, в залежності від 3 варіантів нормативних значень. Дослідження виконано в рамках науково дослідної роботи кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НУОЗ України ім. П.Л. Шупика «Профілактика, діагностика та лікування захворювань печінки та кишечника, поєднаних з патологією інших органів та систем» (державний реєстраційний номер: 0117U000908) і є фрагментом науково дослідної роботи на тему «Обґрунтування онтологічної моделі медичної допомоги хворим з неалкогольною жировою хворобою печінки». (Державний реєстраційний номер: 0118U100267)

Матеріали та методи дослідження. онтологія знань, метод теорії прийняття рішення. Шляхом систематизації даних було опрацьовано статтю «Optimal Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) Cut-Offs: A Cross-Sectional Study in the Czech Population» Dagmar Horáková, Ladislav Štˇepánek що опублікована в журналі Medicina 2019, 55, 158; doi:10.3390/medicina55050158, в якій чеськими науковцями було розраховано порогові значення індексу HOMA-IR для дорослого населення, з можливістю використовувати їх для оцінки інсулінорезистентності європейцям середнього віку. В цій роботі було розраховано порогові значення індексу HOMA-IR між учасниками з нормальною толерантністю та порушеною толерантісттю до глюкози і склало 1,82, з чутливістю 0,6 та специфічністю 0,66. Пороговий рівень між порушеною толерантністю до глюкози та діабетом, для обох статей разом, склало 3,63 з чутливістю 0,56 та специфічністю 0,86. В той же час, деякі лабораторії України надають референтні значення для оцінки індексу HOMA-IR від 2,5 до 3 як інсулінорезистентність.

Нами було сформовано дві групи пацієнтів: група НАЖХП (пацієнти без ЦД 2 типу) (n=69) та група контролю (пацієнти без НАЖХП та ЦД 2 типу) (n=84). У пацієнтів обох груп було розраховано рівень індексу HOMA-IR та результати розділено на 3 групи, в залежності від запропонованих норм індексу HOMA-IR: 1).< 1,82 – норма, 1,82-3,63 – інсулінорезистентність, ≥ 3,63 – висока інсулінорезистентність (можливо ЦД 2 тип); 2) ≥3 - інсулінорезистентнтність; 3) ≥2,5 – інсулінорезистентність . Розрахунок проводився за допомогою програми Excel 10.

Результати. Група НАЖХП (n 69): 1) (n 30) (43%) висока ІР, (n 33) (48%) ІР, (n 6) (9%) без ІР. 2) (n 45) (65%) ІР, (n 24) (35%) без ІР; 3) (n 53) (77%) ІР, (n 16) (23%) без ІР.

Група контролю (n 84): 1) (n 2) (2%) висока ІР, (n 26) (31%) ІР, (n 56) (67%) без ІР. 2) (n 3) (4 %) ІР, (n 81) (96%) без ІР; 3) (n 11) (13%) ІР, (n 73) (87%) без ІР.

Висновок. Інтерпретація показників індексу HOMA за новітніми рекомендованими значеннями дає кращу можливість оцінювати інсулінорезистентність у людей з вже встановленим діагнозом НАЖХП (на 34% та 26% відповідно до групи) та оцінювати їх, як пацієнтів з інсулінорезистентністю та високою інсулінорезистентністю. Дана оцінка індексу HOMA-IR в групі контролю дає кращу можливість виявлення пацієнтів з інсулінорезистентністю (на 29% та 20% відповідно до групи), що є вкрай

важливим в питанні вчасної діагностики та профілактики розвитку інсулінорезистентних захворювань. Систематизація знань, як основа онтологічної моделі НАЖХП, дає можливість використовувати найновітніші результати наукових досліджень в практиці, з метою вдосконалення надання медичної допомоги хворим групи на НАЖХП.

ПОКАЗНИКИ ЧЕРВОНОГО ПАРОСТКА КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ГІПОТИРЕОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ

RED BLOOD INDICATORS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION, HYPOTHYROIDISM AND OBESITY

Оленич Л. В., Гута Р. Р. */ Olenych L. V., Guta R. R.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра внутрішньої медицини №2
olenuch_lyubov@ukr.net

Актуальність теми. Гіпертонічна хвороба (ГХ) належить до найпоширеніших хвороб системи кровообігу у світі. Значну поширеність та часті супутні ускладнення ГХ пов’язують з численними факторами ризику та коморбідними хворобами, зокрема гіпотиреозом та ожирінням. За умов недостатності гормонів щитоподібної залози (ЩЗ) пригнічується основний обмін, підвищується артеріальна жорсткість судин, виникає ендотеліальна дисфункція, порушення ліпідного спектру крові. Ожиріння також належить до станів, що асоціюються з ГХ та гіпотиреозом. Гіпотиреозу властивий розвиток анемії внаслідок зменшення синтезу еритропоетину та трансферину, послаблення абсорбції заліза, вітаміну В12 та фолієвої кислоти в кишківнику. Досліджено наявність оберненого кореляційного зв’язку гемоглобіну та еритроцитів з рівнем тиреотропного гормону гіпофізу (ТТГ) та позитивні кореляції – з вільним тироксином (вT_4). Тому питання коморбідного перебігу хвороб внутрішніх органів на сьогодні стає все більш актуальним через взаємне обтяження, складність діагностики та лікування.

Мета дослідження. Оцінити рівні гемоглобіну та еритроцитів у пацієнтів з ГХ, гіпотиреозом та ожирінням

Матеріал та методи. З метою аналізу рівнів гемоглобіну та еритроцитів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою, гіпотиреозом та ожирінням, обстежено 173 пацієнти: 1 група – 130 осіб віком 53,0[48,0;61,0] роки з ГХ, первинним гіпотиреозом та ожирінням, 2 група – 43 пацієнти віком 61,0[64,0;67,0] рік із ГХ, ожирінням та збереженою функцією ЩЗ. Окрім стандартного обстеження проводили антропометричні виміри, розраховували індекс маси тіла, визначали рівні тиреотропного гормону, вільного тироксину та трийодтироніну, тиреоїдні індекси, проводили ультразвукове обстеження ЩЗ та внутрішніх органів. Опрацювання даних проводилося статистичними методами, дані подані як «медіана[нижній;верхній]» квартиль.

Результати. За показниками червоного паростка крові у пацієнтів 1 групи істотно нижчим був рівень гемоглобіну, ніж у 2 групі (131,5[119,0;141,0] проти 140,0[133,0;146,0] г/л, $p<0,05$). Враховуючи дані літератури про можливий розвиток анемії у пацієнтів з гіпотиреозом, ми оцінили частоту відхилень від

норми кількості гемоглобіну та еритроцитів з врахуванням статі в обох групах. В 1 групі нормальний рівень гемоглобіну зустрічався істотно частіше, ніж понижений (73,7±4,4% проти 26,3±4,4%, $p<0,05$), причому анемію легкого ступеня було виявлено у 17,2±3,8% пацієнтів, середнього – у 9,1±2,9% ($p<0,05$). При порівнянні з 2 групою встановлено, що в 1 групі анемія зустрічалася істотно частіше (26,3±4,4% проти 5,1±3,5%, $p<0,05$), а нормальний рівень гемоглобіну – відповідно істотно рідше (73,7±4,4% проти 94,9± 3,5%, $p < 0,05$).

У пацієнтів з ГХ, гіпотиреозом та ожирінням ми виявили обернений зв'язок рівня еритроцитів з величиною пульсового артеріального тиску (τ=-0,25; p=0,007). Крім того, зниження кількості еритроцитів відбувалося паралельно зі збільшенням рівня аспартатамінотрансферази (τ=-0,27; p=0,013), прискоренням ШОЕ (τ=-0,22; p=0,018), протеїнурією (τ = -0,28; p = 0,016). Важливо, що ще більше пригнічення функціональної активності ЩЗ виявилось пов'язане з розвитком еритроцитозу (за вільним трийодтироніном: τ=-0,45; p=0,032, дозою левотироксину: τ=0,25; p=0,018). Зниження гемоглобіну асоціювалося з систолічною гіпертензією (τ=-0,18; p=0,034), прискоренням ШОЕ (τ=-0,29; p=0,001) та зростанням іонів хлору у сироватці (τ=-0,39; p=0,050). Виявлені також зв'язки кількості гемоглобіну з функціональним станом ЩЗ (за інтегрованим тиреоїдним індексом: τ=-0,43; p=0,034, за відношенням ТТГ/вT_4: τ=0,36; p=0,041). Еритроцити та гемоглобін корелювали з розмірами нирок (довжиною правої: τ=0,49; p=0,005 та τ=0,41; p=0,010; еритроцити з товщиною паренхіми лівої: τ=0,35; p=0,049) та підшлункової залози (з довжиною тіла: τ=0,48; p=0,055 та τ=0,67; p=0,007).

Висновки. У пацієнтів з потрійною коморбідністю виявлено істотно нижчий рівень гемоглобіну, ніж у пацієнтів з ГХ, ожирінням без гіпотиреозу, при чому анемія зустрічалася також істотно частіше. Виявлено ймовірність розвитку анемії у пацієнтів з підвищеною артеріальною жорсткістю судин або навпаки. Зростання рівня еритроцитів можливе при правильній корекції тиреоїдної недостатності левотироксином.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ СФЕРИЧЕСКИХ ГРАНУЛ ИЗОСОРБИДА ДИНИТРАТА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ

DEVELOPMENT OF TECHNOLOGY FOR OBTAINING SPHERICAL DINITRATE ISOSORBIDE GRANULES WITH MODIFIED RELEASE

РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ОТРИМАННЯ СФЕРИЧНИХ ГРАНУЛ ІЗОСОРБІДУ ДИНІТРАТУ З МОДИФІКОВАННИМ ВИВІЛЬНЕННЯМ

Олейников Д. С. */ Oliinykov D. S.*

Научный руководитель: Каплаушенко А. Г. (д.фарм.н., проф.)

Запорожский Государственный Медицинский Университет,

кафедра физколлоидной химии

oldmi@i.ua

Вступление. Изосорбида динитрат относится к группе препаратов первого выбора для лечения стенокардии. Пролонгированные формы изосорбида динитрата имеют высокую профилактическую эффективность. Лекарственные

препараты с модифицированным высвобождением могут сочетать в себе высокую фармакологическую активность, длительный период терапевтического действия и отсутствие серьезных побочных эффектов, характерных для всех препаратов нитратной группы.

Многокомпонентные лекарственные формы приобретают все большую сферу использования по сравнению с монолитными лекарственными формами. Они имеют ряд потенциальных преимуществ, таких как предполагаемый движение по желудочно-кишечному тракту, отсутствие риска передозировки, возможность управления профилем высвобождения, повышенная биодоступность, а также меньшая внутрисубъектная и межсубъектная вариабельность фармакокинетических характеристик.

Технология экструзии-сферонизации - наиболее популярный способ производства пеллет - сферических частиц для получения мультидозированных форм.

Преимущества экструзии-сферонизации по сравнению с другими методами:

- возможность достижения высокого содержания активного компонента;
- в пеллетах могут быть скомбинированы в любом соотношении несколько действующих веществ;
- возможность нивелирования нежелательных физических характеристик активных ингредиентов (низкая насыпная плотность, гигроскопичность) благодаря использованию различных инертных наполнителей;
- высокая плотность полученных пеллет и узкое распределение по размерам;
- более гладкая поверхность пеллет по сравнению с другими технологиями.

Цель исследования – разработка технологии получения сферических гранул изосорбида динитрата с модифицированным высвобождением.

Материалы и методы. Сферические матричные гранулы изосорбида динитрата получали методом экструзии-сферонизации с использованием Eudragit NE 30D в качестве полимера, обеспечивает модифицированное высвобождение. Другие вспомогательные вещества, которые использовались - микрокристаллическая целлюлоза HEWETEN 101 (JRS Pharma, США), лактоза Pharmatose 200M (DFE Pharma, Германия), гидроксипропилметилцеллюлоза Mantrocel E-6 (Mantrose-Haeuser, США), тальк (Imifabi, США)

Отвешенные количества сухих веществ смешивали в барабанном смесителе. Полученную сухую смесь увлажняли водной дисперсией Eudragit NE 30D и вымешивали в планетарном смесителе-грануляторе. Полученную пластичную массу экструдировали на винтовом радиальном экструдере с диаметром отверстий экрана 0,75 мм. Полученный экструдат сферонизировали на лабораторной установке для сферонизации и нанесения пленочного покрытия на сферические гранулы, оснащенной рифленым диском диаметром 200 мм с шагом рифление 2 мм (900 об / мин).

После сферонизации гранулы сушили в полочного сушильном шкафу при температуре 40 ° С в течение 24 часов.

Покрытие сферических гранул пленочной оболочкой проводили на лабораторной установке для сферонизации и нанесение пленочного покрытия

на сферические гранулы, оснащенной гладким диском диаметром 190 мм (600 об / мин) и верхней распыляющей форсункой с соплом 1,2 мм.

После нанесения покрытия гранулы сушили в полочного сушильном шкафу при температуре 40 ° С в течение 6:00.

В ходе работы получены непокрытые матричные гранулы фракции 0,8 - 1,0 мм и покрыты матричные гранулы с разным количеством нанесенного пленочной оболочки.

Далее оценивали профили растворения полученных непокрытых и покрытых пеллет. Для испытания использовали аппарат 1 - с корзиной; скорость вращения корзины - 100 об / мин; Среда растворения - вода; объем среды растворения - 500 мл; температура среды растворения - 37 ± 0,5 ° С; время растворения - 12:00.

Результати. Таким образом, в работе были отработаны лабораторные технологии изготовления сферических матричных гранул изосорбида динитрата методом экструзии-сферонизации и нанесения пленочной оболочки на полученные сферические гранулы. Были оценены профили растворения полученных сфероидов.

Выводы. Для создания мультидозированной лекарственной формы с модифицированным высвобождением действующего вещества выбрано два вида матричных сферических гранул: непокрытые матричные гранулы и покрыты матричные гранулы с массой оболочки, составляет 10% от массы гранул. Использование комбинации непокрытых и покрытых матричных гранул позволяет регулировать профиль растворения мультидозированной лекарственной формы.

ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

COURSE OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN ELDERLY PATIENTS WITH CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS

Паніна С. О. */ Panina S. A.*

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор І.П. Шмакова

Одеський національний медичний університет,

кафедра реабілітаційної медицини

Актуальність теми. В Україні щороку стається 100-110 тис. інсультів, 30-40 % хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50 % – упродовж першого року від початку захворювання, 20-40 % – потребують сторонньої допомоги, і тільки близько 10 % повертаються до повноцінного життя. На цукровий діабет (ЦД) страждає більше 460 мільйонів людей у світі, та за прогнозами, до 2045 року їх число збільшиться до 700 мільйонів (10,9 % дорослого населення). Наявність ЦД підвищує ризик гострого ішемічного інсульту (ГІІ) в 1,6-8 разів. Дослідження показали, що гостра гіперглікемія і діабет були пов’язані з більш тяжкими наслідками інсульту.

Мета дослідження. Виявити особливості перебігу гострого ішемічного інсульту у пацієнтів з порушеннями вуглеводного обміну на стаціонарному етапі.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 62 історій хвороб пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії Університетської клініки Одеського національного медичного університету з діагнозом ГІІ (чоловіків – 27, жінок – 35), у віці від 43 до 93 років. Лабораторне обстеження включало визначення загальноклінічних і біохімічних показників (глюкоза крові, глікозильований гемоглобін (HbAlc), коагулограма, загальний холестерин (ЗХ)) при надходженні та при виписці. Інструментальне обстеження включало проведення комп'ютерної томографії та / або магніторезонансної томографії головного мозку, ультразвукового дуплексного сканування магістральних судин голови та шиї, ЕКГ. Ефективність стаціонарного лікування оцінювали за результатами змін показників шкали NIHSS (NationaI Institutes of Health Stroke Scale – шкала інсульту Національного інституту здоров'я). Діагноз ЦД 2 типу та порушення глікемії натщесерце встановлювали на підставі критеріїв Американської діабетичної асоціації (ADA 2020). Після оцінки лабораторних показників всі пацієнти були розділені на дві групи: основна – з порушенням вуглеводного обміну (ВО) (31 пацієнт), і контрольна без порушень ВО – (31 пацієнт).

Результати. До основної групи увійшли 23 (74,2 %) пацієнта з діагнозом ЦД 2 типу, 3 (9,7 %) – з вперше виявленим ЦД і 5 (16,1 %) – з вперше виявленим предіабетом. У 13 (21,0 %) пацієнтів виявлена анемія, що є обтяжливим фактором перебігу інсульту. Підвищення рівня ЗХ≥5,2 ммоль/л було виявлено у 45,16 % пацієнтів основної та у 48,39% пацієнтів контрольної груп (p> 0,05). Підвищення рівня фібриногену (≥4,0 г/л) достовірно частіше зустрічалося у групі з порушеннями ВО, ніж у контрольній (58,06 % і 25,81 % відповідно), (p <0,025), що свідчить про більш високий рівень системної запальної реакції і, можливо, більшу зону некрозу. Серед усіх аналізованих біохімічних показників тільки для фібриногену встановлений прямий слабкий кореляційний зв'язок із середнім балом за шкалою NIHSS (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена 0,397, (p <0,05)).

Для оцінки коморбідності пацієнтів враховували наявність діагнозів гіпертонічної хвороби (ГХ), фібриляції передсердь (ФП), анемії, а також гіперліпідемії (ЗХ≥5,2 ммоль/л) і гіперфібриногенемії (>4 г/л). Діагноз ГХ до госпіталізації був зафіксований у 90,35% основної і 80,65% контрольної груп.

Після оцінки анамнестичних даних, клініки ГІІ, даних лабораторних та інструментальних обстежень були виставлені підтипи інсультів. Перше місце серед всіх підтипів зайняв кардіоемболічний ішемічний інсульт (КЕІ) – 40,32 % пацієнтів, з них діагноз ФП початково був встановлений тільки у 15 (60 %).

КЕІ достовірно частіше зустрічався, ніж лакунарний інсульт (ЛІ) (< 0,05) та всі інші підтипи ГІІ (p<0,01). ЛІ був встановлений у 22,58 % пацієнтів, що відповідає даним літератури (близько 25 %). Патогенетично найчастіше він асоціюється з церебральною мікроангіопатією, викликаною артеріальною гіпертензією та ЦД.

Атеротромботичний підтип інсульту (АТІ) виявлений у 17,74 % пацієнтів.

При порівнянні частоти виявлення різних підтипів ГІІ у двох групах вірогідної різниці не встановлено.

Початкова тяжкість інсульту по середньому балу шкали NIHSS була вища у пацієнтів з порушенням ВО, ніж в контрольній групі (p<0,05). На тлі лікування була досягнута загальна позитивна динаміка за шкалою NIHSS (p<0,01), за рахунок достовірного поліпшення в контрольній групі, в той час, як в групі з порушенням ВО зміни не були достовірними (p>0,05). Після лікування рівень ЗХ достовірно знизився в контрольній групі (p<0,05), а рівень глюкози – в обох групах (p<0,01). Зміни рівня фібриногену мали тенденцію до підвищення в обох групах, можливо за рахунок резорбції некротичних тканин.

Висновки. У половини пацієнтів літнього віку з ГІІ зустрічаються порушення вуглеводного обміну, а у 37,1 % – цукровий діабет 2 типу. У структурі ГІІ пацієнтів літнього віку перше місце займає КЕІ (40,32 %), що вимагає ретельного виявлення його чинників ризику, в першу чергу - фібриляції передсердя і їх лікування. Тяжкість ГІІ у пацієнтів з порушеннями ВО достовірно вище, а результати лікування гірші, ніж в контрольній групі. Стійка гіперфібриногенемія достовірно частіше зустрічається у пацієнтів з порушеннями ВО, має прямий кореляційний зв'язок із ступенем тяжкості інсульту за шкалою NIHSS і є маркером несприятливих серцево-судинних подій.

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇЇ ТА НАЯВНІСТЬ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

THE INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND THE PRESENCE OF CONCOMITANT PATHOLOGY

Паслар О. С., Шишова П. О. */ Paslar O. S. , Shishova P. O.*

Науковий керівник: кандидат медичних наук, доцент Найдьонова О.В.

Одеський національний медичний університет,

кафедра загальної практики

Мета. Дослідити вплив фізичної активності (ФА) на перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) та наявність супутньої патології.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 157 амбулаторних пацієнтів (чоловіків – 53, жінок - 104), віком від 33 до 84 років, з діагнозом АГ І – ІІІ стадії. Всі пацієнти були проанкетовані за допомогою спеціально розробленої анкети, виміряні офісний артеріальний тиск (АТ), вага, зріст із розрахунком індексу маси тіла (ІМТ); досліджено рівні сечової кислоти (СК) та креатиніну, розрахована швидкість клубочкової фільтрації (СКФ). У залежності від ФА всі пацієнти були розділені на 3 групи.

Результати. Сидячий спосіб життя (1 група) ведуть 47 (29,94±3,66%) пацієнтів, нерегулярну ФА (2 група) мають 89 (56,69±3,95%), та 21 (13,38±2,27%) пацієнтів підтримують регулярну ФА (3 група).

Рівень САТ (133,43±3,62 мм. рт.ст.) в 3 групі був достовірно нижчий, ніж у 1 групі (142,68±2,50), (p<0,05), та не відрізнявся від САТ у 2 групі (140,68±1,44). Рівень ДАТ в 1 групі (79,00±1,86 мм рт.ст.) був достовірно нижчий, ніж у 1 (85,47±1,67) (p<0,01) та 2 (84,19±1,02), (p<0,05), групах. В 1 групі середня кількість антигіпертензивних препаратів склала 1,85 на пацієнта, в 2 – 1,49, а в 3 – 1,33, різниця не достовірна.

ІМТ достовірно зменшувався при збільшенні ФА: в 1 групі 33,03±0,69 кг/м2, 2 – 29,02±0,43 кг/м2, 3 – 25,66±0,72, різниця між всіма групами достовірна, (p<0,001). А ожиріння встановлено у 72,34±6,25%, 35,96±5,09%, 3,63±4,65% - 1, 2, 3 груп відповідно, різниця між групами достовірна (p<0,001).

Частота цукрового діабету 2 типу достовірно знижувалась від 1 групи (38,3±7,09%) до 2 (19,1±4,17%), (p<0,05), і 3 групи (4,76±4,65%), різниця між 1 і 3 групами (p<0,01). Хронічна хвороба нирок достовірно рідше зустрічалась у активних пацієнтів (3 група) (9,52±6,41%), ніж у неактивних (1 група) (34,04±6,91%), (p<0,01), або у пацієнтів з нерегулярною ФА (2 група) (28,09±4,76%), (p<0,05).

Рівень СК достовірно вище у пацієнтів 1 групи (414,65±22,74), ніж пацієнти 2 (348,18±12,78) та 3 груп (347,36±35,03), (p<0,01).

В 1 групи палять 7 (14,89±5,19%) пацієнтів, в 2 групі – 6,74±2,66%, 3 – 4,76±4,65% пацієнтів.

Висновки. Більшість пацієнтів з АГ (86,63%) ведуть малорухомий спосіб життя, з них 29,94% не мають регулярних фізичних навантажень і 56,69% мають нерегулярні фізичні навантаження. У пацієнтів з регулярною фізичною активність достовірно нижчі рівні САТ і ДАТ, ніж у тих, хто її не має. Зі збільшенням фізичної активності у пацієнтів з АГ достовірно знижується частота супутньої патології: ожиріння, цукрового діабету, хронічної хвороби нирок та подагри.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ НА ТЛІ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

PECULIARITIES OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM DAMAGE IN NEWBORNS ON THE BACKGROUND OF CYTOMEGALOVIRAL INFECTION

Пенья К. */ Penya K.*

Науквоий керівник: асистент кафедри педіатрії № 1 та неонатології Ольховський Є.С.

Харківський національний медичний університет, кафедра педіатрії № 1 та неонатології

kaf.3med.pediatrii1@knmu.edu.ua

Актуальність. Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ) є однією із найважливіших проблем акушерства та неонатології, адже складають значну частку серед захворювань, що спричинюють розвиток ускладнень вагітності та пологів, а також лежать в основі формування неонатальної захворюваності та смертності. Вроджена цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ) посідає одне з провідних місць серед внутрішньоутробних інфекцій. У структурі смертності новонароджених ЦМВІ складає 20-30 %. Частота ускладнень варіюється від 40% до 90%, серед яких більше половини випадків складають ураження центральної нервової системи (ЦНС), що і обумовлює актуальність даної теми.

Мета. Проаналізувати та уточнити особливості ураження ЦНС у новонароджених на тлі цитомегаловірусної інфекції.

Обговорення. В ході нашої роботи було проаналізовано ряд досліджень, що стосувалися особливості перебігу та розвитку ускладнень ЦМВІ у новонароджених, а також з’ясовано характер змін з боку ЦНС, шляхом аналізу

наукових джерел. За даними літератури частота неврологічних розладів у новонароджених хворих на ЦМВІ сягає 75% - 80 %. Більшість дослідників вважають, що ураження ЦНС – це результат ЦМВ-енцефаліту, оскільки ЦМВ має тропізм до нейронів, глії мозку і мозочка, та клітин хоріоїдального сплетення шлуночків головного мозку. Саме тому серед вад розвитку першу групу складають ураження речовини великих півкуль головного мозку: мікроцефалія, мікрогірія, множинні порушення архітектоніки кори великих півкуль головного мозку. Другу групу складають ураження шлуночків: формування перивентрикулярних та інтравентикулярних кіст, кальцифікатів, вентрикулодилятація та вентрикуломегалія. Третю групу складають ураження мозочка: дисплазія та агенезія. Найчастіше ураження мають множинний характер не лише з боку ЦНС, а й з боку інших органів та систем.

Особливістю ураження ЦНС у новонароджених в ранньому неонатальному періоді (на 1±7 добу) є формування набряку мозкової паренхіми, тоді як в пізньому неонатальному періоді (на 8 ± 28 добу) характеризується утворенням петрифікатів. У 40% новонароджених у зв’язку з блоком лікворних шляхів, розвитком мінералізаційної вазопатії , ураження ЦНС проявляється лікворно-гіпертензивним синдромом та гідроцефалією, що супроводжуються тоніко-клонічними судомами від моменту народження. У 5 - 7% новонароджених визначається кортикальна атрофія, гіпоплазія мозочка та вогнищеві зміни підкоркових вегетативних гангліїв, що призводить до важкої церебральної недостатності. Відстроковані ускладнення формуються у 10– 12% дітей у вигляді нейросенсорної туговухості, вестибулярних і кохлеарних порушень, що досягають максимуму після періоду новонародженості.

Висновки. Цитомегаловірусна інфекція – є однією з найрозповсюдженіших та найнебезпечніших внутрішньоутробних інфекцій. Симптоматика ураження ЦНС на тлі ЦМВІ у новонароджених відображає здатність ЦМВ вражати будь-які структури головного мозку, особливо ендотелій судин, результатом чого є різні за величиною і локалізації крововиливи в мозкову тканину і шлуночкову систему, а також розвиток кіст і гідроцефально-гіпертензивного синдрому. Отже, беручи до уваги усе вищезазначене, знання про особливості ураження ЦНС у новонароджених з ЦМВІ допоможуть не лише своєчасно виявляти та лікувати таких пацієнтів, але й мінімізувати віддалені несприятливі наслідки, що є важливим аспектом у роботі лікаря неонатолога.

СПОРТ ЯК МОЖЛИВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ПІДЛІТКІВ

SPORT AS A POSSIBLE RISK FACTOR OF IRON DEFICIENCY IN ADOLESCENTS AND ADULTS

Періг Ю. С. */ Perig I. S.*

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Матюха Л. Ф.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра сімейної медицини та АПД

Вступ. Визначення латентного залізодефіциту – проблема, яка в сучасному світі виходить на перший план порівняно з самою анемією, оскільки саме нестача

заліза є основною причиною цієї групи хвороб. Станом на 2018 рік поширеність залізодефіцитних анемій в світі становила більше 1.2 мільярдів людей. Не дивлячись на поширеність надання профілактичних рекомендацій дорослому населенню щодо первинної профілактики дефіцитних хвороб крові, формування соціально-поведінкових навичок, харчових звичок, сексуальної культури головним чином стосується людей підліткового віку. Згідно даних ЮНІСЕФ та рекомендацій ВООЗ саме ця група населення найбільше потребує реалізації прав на якісні, доступні медичні послуги, доступ до освітніх медичних програм щодо збереження здоров'я. Результати наукових досліджень, що проводяться як в країнах з високим економічним розвитком так і в країнах що розвиваються свідчать про збереження негативної динаміки щодо здоров’я дітей та підлітків, збільшення захворюваності дітей за усіма класами хвороб, що характерно в період залучення дітей до організованих колективів.

Мета. Визначити чи може бути заняття спортом фактором ризику залізодефіциту у підлітків.

Матеріали та методи. Бібліосемантичний – було проведено огляд літератури щодо питання взаємозв’язкуспортивних занять і визначення залізодефіциту; анкетування – проанкетовано дітей, що звертались за довідками для спортивних секцій і співставлення їх скарг з лабораторними аналізами; статистичний – обробка отриманих результатів.

Результати. Серед багатьох заходів, що спрямовані на збереження та зміцнення здоров’я дітей та підлітків провідне місце займає фактор рухової активності. Дані літератури свідчать, що спортивні навантаження з орієнтацією на досягнення високих результатів, так само як недостатній рівень рухової активності, підвищують на певному етапі ризик виникнення донозологічних станів. Як і в більшості галузей професійної діяльності спрямованої на досягнення певних результатів, в спорті наявна тенденція до зниження вікового цензу для початку занять, збільшення сумарного навантаження на дитячий організм шляхом інтенсифікації навчально-тренувального процесу, що посилює сумарний негативний вплив вказаних вище факторів. Одним з проявів такого стану стає латентний залізодефіцит, що проявляється через ряд сидеропенічних симптомів. Користуючись Олімпійською класифікацією видів спорту цей стан найбільш характерний для циклічних видів спорту, проте не виключено розвиток цього стану і при інтенсивних навантаженнях при спортивних іграх та складно-координаційних видах спорту. По результатам опитування підлітків віком 10-19 років було визначено, залізодефіцит більш характерний для дівчат-підлітків і корелює з проявами атопічних реакцій та іншими захворюваннями шкіри.

Висновки. Циклічні види спорту можуть бути факторами ризику залізодефіциту у підлітків. Інші види спорту можуть виступати як фактори ризику розвитку залізодефіциту за умови збільшення частоти та інтенсивності занять. Латентний залізодефіцит більш характерний для жіночої статі і може корелювати з дерматологічними захворюваннями.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД У КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

CLINICAL-ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER IN THE CONTEXT OF THE DEVELOPMENT OF AFFECTIVE DISORDERS

Плєхов В. А. */ Pliekhov V. A.*

Науковий керівник: д.мед.н., професор Курило Віталій Олексійович

Запорізький державний медичний університет МОЗ України,

кафедра психіатрії, психотерапії загальної та

медичної психології, наркології та сексології

mr.zetto12@gmail.com

Вступ. Вивчення структурно-динамічних особливостей психопатологічної симптоматики розладів шизофренічного спектру залишається одним із найбільш актуальних питань клінічної психіатрії. У цьому контексті особливої уваги заслуговує шизотиповий розлад. Психопатологічна симптоматика, що спостерігається в структурі даної патології, відрізняється значним поліморфізмом. Відомо, що наявність супутньої патоафективної симптоматики в структурі шизотипового розладу несприятливо відзначається на психосоціальному добробуті хворих, знижує якість їх життя та стає причиною госпіталізацій у психіатричну лікарню. Актуальним є визначення поширеності афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад з подальшим аналізом їх клініко-анамнестичної структури.

Мета дослідження. Визначити поширеність та клініко-анамнестичну характеристику афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад.

Матеріали та методи. За умови надання інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики було обстежено 128 хворих на шизотиповий розлад, що перебували на амбулаторному лікуванні у КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР (м. Запоріжжя), серед яких для подальшого дослідження було відібрано 100 хворих, що сформували основний контингент. Підчас дослідження були використані наступні методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний, що був реалізований шляхом використання Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та оціночної шкали манії Янга (YMRS).

Результати. За результатами проведеного дослідження було виявлено поширеність афективних порушень різного спектру серед хворих на шизотиповий розлад на рівні 68%, цей контингент хворих сформував першу групу дослідження (Г1), до другої групи (Г2) увійшло 32 хворих, що не мали діагностична значених показників за обраними шкалами. Аналіз анамнестичних особливостей хворих обох груп дослідження продемонстрував, що для хворих Г1 у порівнянні із Г2 були більш характерні: нижчий рівень освіти (p=0,04), трудової зайнятості (p=0,02), несприятливі соціально-побутові умови (p=0,042), вищі показники зловживання алкоголю (p=0,041) та більша частота госпіталізацій протягом останніх двох років (p=0,037).

Висновки. Встановлено значну поширеність афективних порушень серед хворих на шизотиповий розлад – на рівні 68%. Також, підтверджено значний вплив афективної патології на частоту госпіталізацій до психіатричного стаціонару, рівень соціально-побутових умов та зайнятість хворих на шизотиповий розлад. У контексті подальших досліджень перспективним є аналіз клініко-психопатологічної структури афективних порушень у даного контингенту хворих у контексті їх анамнестичних особливостей.

INFLUENCE OF OXIDATIVE STRESS ON THE DEVELOPMENT OF ANEMIA OF INFLAMMATION IN YOUNG CHILDREN WITH ACUTE INFLAMMATORY BACTERIAL DISEASES OF RESPIRATORY ORGANS

Pogribna A. O.
Science supervisor: M.D., Ph.D., Doctor of Science, Professor H.O. Lezhenko
Zaporizhzhia State Medical University,
Hospital Pediatrics Department
a.pogrebnaia@gmail.com

Introduction. The relationship between hypoferremia and the development of oxidative stress is currently being studied. But the pathogenesis is insufficiently studied. It is known that iron has a regulatory role in HO formation and NO production. These metabolites are precursors of pathological tyrosine nitration products. It indicates that dysfunction of iron metabolism induces the progression of oxidative stress. Given that the basis of the pathogenesis of anemia of inflammation (AI) is iron sequestration, this causes tissue hypoxia. The concentration of pro-inflammatory mediators increases in response to tissue hypoxia. This leads to increased oxidative stress by increasing the generation of oxygen-containing and nitrogen-containing metabolites.

Aim of study. Investigate the effect of oxidative stress on the development of inflammatory anemia in young children with acute inflammatory bacterial diseases of the respiratory system.

Materials and methods. The main group consisted of 40 young children (mean age is 1,6 ± 0,3 years). The main group included 30 children with acute inflammatory bacterial respiratory diseases. Depending on the results of CBC, the main group was divided into two subgroups: the first group included 15 children with AI, the second group included 15 children without anemia. The control group consisted of 10 relatively healthy children. Serum concentrations of nitrotyrosine, phospholipase A2, and ferritin were determined by ELISA. We used the method of correlation analysis with the calculation of the Spearman correlation coefficient. With an uneven distribution of characters and a non-linear character of the dependence, the median and quartiles were used (Me (Q25; Q75)). To assess the differences in indicators, the nonparametric Mann – Whitney U-test was calculated as a nonparametric analogue of the Student criterion. Differences were considered significant at $p < 0,05$.

Results. It was found that in the first subgroup the content of nitrotyrosine exceeded the control group 5 times (62,5 (52,5; 80,0) ng/ml and 12,5 (8,2; 17,2) ng/ml, respectively, $p<0,01$), phospholipase A2 - 2,7 times (6,1 (5,7; 6,4) ng/ml and 2,28 (2,0; 2,8) ng/ml, respectively, $p<0,05$). A strong direct correlation was found between the severity of the inflammatory disease and the intensity of oxidative stress (r= 0,7, p

<0,001). The level of ferritin in the main group was almost 2 times higher than in the control group (56,51 (48,0; 63,0) ng/ml and 29,0 (16,0; 50,0) ng/ml, respectively , p<0,05). Correlation analysis between serum ferritin levels and the severity of the inflammatory disease showed a strong direct relationship (r= 0,82, p<0,05). Correlation analysis between serum ferritin levels and severity of pneumonia showed a strong direct relationship (r= 0,87, p<0,05). The level of ferritin at moderate severity of bronchitis was 48,5 (38,21; 51,25) ng/ml, which is 1,5 times less than its content in severe bronchitis (73,0 (52,0; 86,0) ng/ml, p<0,05). The content of ferritin in severe pneumonia was 1,7 times higher than its level in moderate pneumonia (50,5 (43,8; 58,5) ng/ml and 85,85 (70,0; 90,0) ng/ml, respectively, p <0,05).

Conclusions. Taking into account the results of the study, we assume that functional iron deficiency affects the pathogenesis of inflammatory anemia due to the manifestation of oxidative stress on the background of the inflammatory process. Increased activity of oxidative stress correlates with the severity of the inflammatory process and the intensity of iron sequestration.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПОЗИЦІЇ ТІЛА, ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО КОМПЛЕКСУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА ТА РІВНЯ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

BODY COMPOSITION, LEVELS OF LIPIDS AND URIKEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS DEPENDED ON BODY WEIGHT AND VISCERAL FAT LEVELS

Прибила О. В., Зінич О. В., Шишкань-Шишова К. О. /
Prybyla O., Zinych O., Shyshkan-Shyshova K. O.
ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України», відділ вікової ендокринології та клінічної фармакології

Актуальність. На даний час чітко встановлено, що наявність загального ожиріння є незалежним чинником ризику дисметаболічних станів, таких як метаболічний синдром (МС) та цукровий діабет 2 типу (ЦД2), однак, на індивідуальному рівні розподіл жиру в організмі та порушення функції жирової тканини точніше прогнозують інсулінорезистентність та пов’язані з цим ускладнення, ніж показник загальної жирової маси. Дисфункція жирової тканини проявляється у вигляді змін топографії жирової тканини, гіпертрофії адипоцитів, порушення метаболізму ліпідів та ліпідного спектру, локального запалення тощо. ЦД2 доволі гетерогенне захворювання, що включає в себе субфенотипи з різною патофізіологічною основою, що можуть сприяти більш індивідуальному лікуванню діабету. Враховуючи зазначене, існує надзвичайна потреба у зручних, простих та економічно ефективних інструментах для оцінки факторів ризику цих станів, останнім часом у медичних дослідженнях використовується низка нових підходів до характеристики різних варіантів фенотипів ожиріння та ЦД2, що враховують як морфометричні, так і метаболічні показники та дозволяють оцінити ризик метаболічних порушень і пов’язаних із ними захворювань.

Мета роботи. Охарактеризувати особливості композиції тіла та метаболічного фенотипу в пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу в залежності від значення рівня індексу маси тіла (ІМТ) та рівня вісцерального жиру (РВО).

Матеріали та методи. Обстежено 119 пацієнтів віком від 30 до 82 років на стабільній пероральній гіпоглікемічній, антигіпертензивній та гіполіпідемічній терапії (не менше 3-х місяців). Хворі проходили клінічне обстеження у відділенні вікової ендокринології та клінічної фармакології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка» НАМН України та підписували інформовану згоду на участь у дослідженні. Визначали антропометричні параметри (зріст, масу тіла, ІМТ), композицію тіла методом біоелектричного імпедансу (відсотковий вміст загального жиру та води в організмі, частку абдомінального жиру, м'язову та кісткову маси, фізичний тип (будову тіла), рівень вісцерального жиру), стан вуглеводного обміну (рівні С-пептиду та глікозильованого гемоглобіну (HbA1c)), ліпідного обміну (концентрації загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), низької та дуже низької щільності (ЛПНЩ та ЛПДНЩ)), рівень сечової кислоти в сироватці крові. Розраховували індекс атерогенності та вісцерального ожиріння. Статистичний аналіз здійснювали методом варіаційної статистики за допомогою стандартних пакетів статистичних розрахунків програм MedStat та StatSoft. Різницю між показниками вважали значущою при $P < 0,05$.

Результати. Усіх обстежених пацієнтів було розділено на 4 групи в залежності від індексу маси та рівня вісцерального ожиріння (1 – без ожиріння (ІМТ < 30 кг/м^2), 2 – з ожирінням різного ступеня (ІМТ ≥ 30 кг/м^2), А – РВО < 12 од., Б – РВО ≥ 12 од.). Слід зазначити, що в досліджуваних групах було різне співвідношення чоловіків і жінок (ч/ж): 1А – 9/16, 1Б – 10/1, 2А – 0/10, 2Б – 54/25. Згідно з отриманими нами даними, серед пацієнтів групи 1Б тривалість захворювання була майже вдвічі більшою, ніж у хворих групи 1А (13,25±2,16 та 6,15±1,09 років, відповідно, $P < 0,01$). Крім того, у даної виявлено достовірно ($P < 0,05$) нижчі ніж у групі 1А вміст загального жиру (25,65±0,65;30,47±1,53, відповідно)та оцінки тілобудови (2,40±0,31 та 3,80±0,37, відповідно). Значення ІМТ між двома групами без ожиріння, на противагу групі з ожирінням, були практично однаковими ($P < 0,05$). Майже в усіх пацієнтів незалежно від ІМТ та РВО спостерігалося відносне зневоднення, тобто частка води в організмі була нижчою за нормальні значення ($P < 0,05$). Групи з високим РВО незалежно від ІМТ мають значно вищі показники ОТ та % вісцерального жиру ($P < 0,05$). Високий РВО у пацієнтів з ожирінням супроводжувався достовірно вищими ($P < 0,05$) рівнями С-пептиду та інсуліну, що при відсутності відмінності рівнів глікемії може вказувати на вищий ступінь інсулінорезистентності, порушення ліпідного спектру та накопичення абдомінального жиру. На користь цього припущення свідчить те, що в групі 2Б виявлено найвищий з усіх груп рівень сечової кислоти в сироватці крові, як чинника ризику ендотеліальної дисфункції. Що стосується показників ліпідного комплексу, серед пацієнтів без ожиріння обох груп була приблизно однакова частота гіпертригліцеридемії ($P < 0,05$). Не виявлено достовірної різниці концентрації загального холестерину та ХС-ЛПНЩ і ХС-ЛПДНЩ у сироватці крові пацієнтів без ожиріння, однак у групі 1Б

виявлено нижчий середній рівень антиатерогенної фракції ХС-ЛПВЩ (P < 0,05). Отже, у худорлявих хворих, незважаючи на відсутність ожиріння, розвиваються ознаки дисліпідемії та ризику атерогенезу, особливо в осіб з високим РВО.

Висновки. Отримані дані підтверджують необхідність визначення в усіх пацієнтів незалежно від ІМТ рівня вісцерального жиру, як прогностичного маркера прогресування дисметаболічних станів. Детальне метаболічне фенотипування може стати корисним засобом для розкриття патофізіології порушення обміну речовин, виявлення осіб або груп високого ризику, для визначення шляхів оптимізації стратегій профілактики та лікування в боротьбі з кардіометаболічними захворюваннями.

ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ FAST TRACK АНЕСТЕЗІЇ ПРИ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ В УМОВАХ ШТУЧНОГО КРОВООБІГУ

USING THE FAST TRACK ANESTHESIA PRINCIPLES FOR CARDIAC SURGERY WITH ARTIFICIAL BLOOD CIRCULATION

Пустова В. В. */ Pustova V. V.*

Науковий керівник: професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Гриценко Сергій Миколайович

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

victoriapustovaya@gmail.com

Актуальність теми. З розвитком технологій зростає попит на малоінвазивні кардіохірургічні маніпуляції і, відповідно, коригування стратегій періопераційного ведення пацієнтів, які потребують операції. Серед синонімів fast track surgery (FTS) в іншомовній літературі часто фігурує термін «програми прискореної післяопераційної реабілітації» – ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) або RRSP (Rapid Recovery after Surgery programs). Так зване «прискорення» передбачає скорочення терміну госпіталізації, потенціювання всіх складових лікувального процесу для швидкої нормалізації життєвих функцій організму, мінімізацію наслідків хірургічної травми і, найголовніше – повернення до звичайного життя. FTS програма – (від англ. fast track – швидкий шлях) – включає підготовку на передопераційному етапі, використання мінімально інвазивних технік оперативного втручання і активізацію пацієнта в післяопераційному періоді з метою зменшення термінів стаціонарного лікування, часу реабілітації та максимально швидкого повернення пацієнтів до звичного образу життя.

Першопрохідцем формулювання принципів FTS наприкінці XX ст. заслужено вважають Генріха Келета (Henrik Kehlet). Спершу вони були запроваджені в колоректальній хірургії, а згодом завоювали визнання і в інших хірургічних напрямах, зокрема, в кардіохірургії. Зараз ці принципи широко використовуються для численних оперативних процедур в загальній, судинній та торакальній хірургії, а також в ортопедії, урології та гінекології.

Анестезіологічна fast track тактика при операції на серці спрямована на максимально швидку корекцію окремих гомеостатичних порушень після

штучного кровообігу (ШК), швидке відновлення свідомості та самостійного дихання після операції і акцентує увагу на таких компонентах, як: інформування пацієнта; безопіоїдні анальгетики в премедикації; відмова від передопераційного голодування; коротка доопераційна підготовка або госпіталізація пацієнта напередодні або в день операції; використання для анестезії гіпнотиків короткої дії або інгаляційних анестетиків, низьких доз опіоїдів або препаратів ультракороткої дії; моніторинг і рестриктивний підхід до інфузії колоїдних і кристалоїдних розчинів до і під час операції; запобігання гіпотермії під час і після операції; скорочення часу післяопераційної штучної вентиляції легень і екстубація трахеї; післяопераційне знеболення без надмірних доз наркотиків або альтернативні методи аналгезії; раннє видалення сечового, центрального венозного і епідурального катетерів, дренажів; відмова від необґрунтованих гемо трансфузій; рання рухова активність і харчування; скорочення термінів перебування у відділеннях інтенсивної терапії.

Прихильники такого підходу до кардіохірургічних втручань сходяться на тому, що більшість пацієнтів після операцій зі штучним кровообігом можуть і повинні бути активізовані в максимально ранні терміни.

Мета дослідження. Оптимізація результатів хірургічного лікування пацієнтів з ІХС, шляхом практичного застосування компонентів fast track анестезії під час оперативного втручання в умовах штучного кровообігу.

Матеріал та методи. Клінічне обстеження хворих. Лабораторно-біохімічні (визначення концентрації тропонінів, лактату, глюкози крові, показників кислотно-лужного стану, транспорту кисню). Інструментальні (електрокардіографія, ультразвукове дослідження серця). Статистичні.

Результати. Принципи FTS впроваджено в роботу відділення кардіохірургії на базі Запорізької обласної клінічної лікарні. Це дозволило покращити результати хірургічних корекцій завдяки використанню нових методів анестезіологічного супроводу, зокрема, короткодіючих анестетиків та релаксантів, використання комбінацій ненаркотичних анальгетиків для досягнення адекватного знеболення у періопераційному періоді та активного ведення післяопераційного періоду. Це значно пришвидшує початок активізації хворих та скорочення терміну перебування у відділеннях інтенсивної терапії. Власний досвід застосування fast track протоколів показав, що вони сприяють зменшенню часу перебування хворих на апараті штучної вентиляції легень, і відповідно, дають змогу раніше екстубувати пацієнтів, тим самим значно скоротити терміни відновлення після операції.

Висновки. Сміливо можна стверджувати, що роль анестезіолога, який тепер залучений у періопераційну підготовку і тісно співпрацює з хірургами та іншими професіоналами у галузі медицини, стала ще більш вагомою. Оптимальне ведення пацієнтів з високим ризиком передбачає мультидисциплінарний підхід в прийнятті рішень, і саме тут анестезіолог стає невід’ємною частиною цього процесу. Такий підхід сприяє процесу одужання і поверненню до активних щоденних функцій, що мають першочергове значення для пацієнтів. Fast track підхід стає загальновизнаним для періопераційного ведення кардіохірургічних

пацієнтів та прискорює їх післяопераційне відновлення, що є вагомими аргументами на шляху його широкого застосування в медичній практиці.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VULVOVAGINAL CANDIDIASIS

Ратушняк Н. Я. */ Ratushniak N.*

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Суханова А.А.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра акушерства, гінекології та репродуктології

Natali.ratushnjak@gmail.com

Актуальність теми. Вульвовагінальний кандидоз (ВВК) – захворювання, спричинене дріжджоподібними грибами роду *Candida* (частіше *Candida albicans),* що характеризується ураженням слизової оболонки піхви, піхвової частини шийки матки і вульви. Збудниники цього роду входять до складу нормального біоценозу людини, що зазвичай колонізує слизову піхви безсимптомно. Поширеність ВВК важко достовірно підрахувати, так як цьому захворюванню приділяється недостатньо уваги і воно не завжди реєструється. Протягом останніх 10 років частота кандидозного вульвовагініту збільшилась вдвічі (J. D. Sobel, R. et al., 2018). У 75% жінок репродуктивного віку діагностували хоча б 1 епізод захворювання, а у 8% спостерігають рецидивуючий вульвовагінальний кандидоз (РВВК) (Willems et al., 2020).

Серед видів Candida ідентифіковано C. albicans та види non-albicans: C. glabrata, C. tropicalis, C. parapsilosis та C. krusei. Найбільш поширеним видом вважається C. albicans, що виявляється найчастіше, наступним за частотою поширення є вид C. glabrata. В певних регіонах засвідчено найбільше поширення Candida tropicalis **(**Doddaiah Vijaya et al., 2014**).**

Останні десятиліття характеризуються більш частим виявленням серед збудників кандидозу видів non-albicans до 20-25%, а в деяких регіонах до 50% (B. Goncalves et al., 2015). Це пов’язують з безконтрольним вживанням антибактеріальних та антимікотичних препаратів, часто не за показами.

Зважаючи на дані про видову зміну поширених збудників ВВК та зростання випадків РВВК, постає запитання: який вид Candida переважає серед жінок, що страждають ВВК у нашому регіоні. Враховуючи зростання РВВК є необхідним визначення чутливості до антимікотичних препаратів.

Мета дослідження. Встановити видову поширеність дріжджоподібних грибів Candida та визначити їх чутливість до антимікотичних препаратів.

Матеріали та методи. Жінки, у яких за результатами мікроскопічного дослідження урогенітального мазка виявлено кандидоз, були направлені на бактеріальний посів для ідентифікації виду Candida та визначення чутливості до антимікотичних препаратів.

Результати. За результатами бактеріологічного дослідження кандидоз підтвердили у 744 жінок. Найчастіше діагностували C. albicans у 92,5%, 7,5% складали види non-albicans. Серед Candida non-albicans найпоширенішими були C. krusei – 3,1%, C. glabrata 2,6%, на інші збудники цього роду припадало 1,8%. C.

albicans найбільш резистентною була до Флюконазолу 11,3%. До Кетоконазолу та Ітраконазолу спостерігали нижчу резистентність 6,3% та 6,8% відповідно. Найнижчу резистентність відмічали до Ністатину 0,7%. C. albicans не проявляла резистентності до Міконазолу. C. krusei найбільш резистентною була до Флюконазолу 50%, Кетоконазолу 21,1% та Ітраконазолу 20%. Нижчу резистентність спостерігали до Ністатину 4,5%. До Міконазолу резистентності не виявлено 0%. Найбільшу резистентність C. glabrata спостерігали до Ітраконазолу 21%, Флюконазолу 11,1%. До Кетоконазолу, Міконазолу та Ністатину резистентність не виявили.

Висновки. Найбільш поширеним видом грибів Candida був C. albicans 92,5%. Дані проведеного дослідження показують меншу поширеність Candida non-albicans у нашому регіоні (7,5%), на відміну від даних закордонних дослідників (20-25%).

Всі види збудників Candida проявляли найбільшу резистентність до Флюконазолу (11,3%) та Ітраконазолу (6,8%), однак представники C. non-albicans виявили більшу резистентність, чим C. albicans, до Флюконазолу (до 50%), відносно Ністатину (до 4,5%) та Міконазолу (0%).

За результатами дослідження слід зазначити, що збудник проявляв резистентність до найбільш поширених протигрибових препаратів. На основі цього зазначаємо важливість визначення чутливості грибів роду Candida до протигрибкових препаратів для забезпечення найкращої ефективності терапії.

МІСЦЕВЕ ЗАСТОСУВАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

LOCAL APPLICATION OF HYALURONIC ACID IN PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASE. LITERATURE REVIEW

Ремезюк І. Г. */ Remeziuk I. H.*

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Авдєєв О.В.

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я Горбачевського, кафедра дитячої стоматології

Актуальність. Захворювання тканин пародонта все частіше зустрічається серед населення, що є наслідком прискореного темпу життя, не знанням та не розумінням правильних алгоритмів індивідуального догляду за ротовою порожниною, а також не дотримання відповідної частоти відвідувань стоматолога, що веде до хронізації процесу. У зв’язку з наявністю постійного фактору ризику страждає весь організм. Зокрема, доведений взаємозв’язок із розвитком інфекційного ендокардиту у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонту. Пародонтит за визначенням є втратою альвеолярної кістки та періодонтальної зв’язки. За своєю етіологією це динамічна взаємодія між бактеріальними комплексами, порушенням імунних реакцій та активними герпевірусами. Оскільки лікування захворювань тканин пародонту базується на усуненні етіологічного чинника, то відведена значна роль у пошуку нових засобів для місцевого застосування. Такі засоби гарантують кращу доставку високих концентрацій фармакологічних речових до тканин комплексу пародонту : ясен, періодонтальної зв’язки, альвеолярної кістки та цементу кореня зуба.

Гіалуронова кислота (ГК) – це глікозамінглікан, що входить до складу сполучної, епітеліальної та нервової тканини. ГК у стоматології має антибактеріальний та протизапальний ефект. ГК використовується, як допоміжний засіб після механічного очищення, при лікуванні захворювань пародонту для кращого загоєння тканин.

Мета. Систематичний огляд літератури щодо потенційного ефекту від ГК, як допоміжного засобу при місцевому застосуванні для лікування захворювань тканин пародонту.

Обговорення. Проведений аналіз літературних джерел. Відповідні матеріали були знайдені у пошукових системах PubMed та Google Scholar, використовуючи пошук за ключовими словами та заголовками. Було опрацьовано 15 статей, 2 з яких стосувалось лікування гінгівіту, 11 з яких- лікуванню хронічного пародонтиту, 1 з яких- лікуванню периімплантиту, 1 з яких – лікування рецесії ясен І класу за Міллером із застосуванням препаратів на основі ГК.

Висновки. Місцеве застосування ГК разом позитивно пливає на пародонтальний статус у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта, а також сприяє кращому загоєнню та перебігу післяопераційного періоду.

ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ І РАННЬОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ НА ВИНИКНЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

THE EFFECT OF BREASTFEEDING AND EARLY ANTIBIOTIC THERAPY ON THE OCCURRENCE OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN CHILDREN

Романчук А. А. */ Romanchuk A. A.*

Науковий керівник: Охотнікова Олена Миколаївна

Національний університет охорони здоров’я України ім. П. Л. Шупика, кафедра педіатрії №1

Обґрунтування роботи. Запальні захворювання кишечника (ЗЗК), включають хворобу Крона (ХК) та виразковий коліт (ВК), є хронічними рецидивуючими запальними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, що вражають людей у всьому світі. Поширеність ХК та ВК найвища у Західній Європі та Північній Америці. Однак зростання захворюваності спостерігається у всьому світі. Точна причина ЗЗК залишається до кінця не зрозумілою. Однак робоча гіпотеза полягає в тому, що ці захворювання виникають внаслідок поєднання генетичної сприйнятливості, впливу навколишнього середовища та порушення імунної відповіді на дисбіотичну кишкову мікробіоту. Визнання центральної ролі кишкового мікробіома в патогенезі ЗЗК відновило увагу до впливу середовища, яке може змінити склад та функції мікробіома. Встановлено, що мікробіом є найбільш нестійким і чутливим до впливу зовнішнього середовища в ранньому дитинстві. Отже, фактори, що сприяють зміні мікробіому в ранньому віці, можуть мати сильний вплив на розвиток таких захворювань, як ЗЗК.

Мета дослідження. Виявлення можливих факторів ризику ЗЗК у дітей за результатами ретроспективного аналізу історій хвороб дітей з ЗЗК,

госпіталізованих в педіатричне відділення НДСЛ «ОХМАТДИТ» за 20 років (01.01.00-31.12.19)

Матеріали і методи. Проаналізовано 85 історій хвороб, з них вперше виявлених випадків захворювання – 52. Кожна дитина пройшла повну діагностичну програму, що складається з оцінки скарг і анамнезу життя дитини, даних об'єктивного, лабораторного (загальний аналіз крові) і інструментального дослідження (ендоскопія ШКТ). Оцінювання важкості захворювання оцінювалось за допомогою педіатричних індексів активності(PUCAI, PCDAI).

Результати. До 2014 року щороку у педіатричному відділенні НДСЛ «ОХМАТДИТ» лікувалось до 4 дітей з ЗЗК. Наступні роки спостерігалось стрімке зростання кількості нових випадків в 5 разів, до 20 в 2019 році. Аналіз дітей з ЗЗК за місцем проживання показав перевагу мешканців м. Києва і Київської області (34%), а також в меншій мірі - Черкаської і Запоріжської областей (9%). Було визначено з анамнезу життя хворих тривалість грудного вигодовування і кількість отриманих курсів антибіотикотерапії до 36 місяців. Розподіл дітей з ЗЗК по тривалості грудного вигодовування показав, що ризик розвитку ХК може зростати з зменшенням тривалості грудного вигодовування і є найбільшим у дітей що вигодовувались грудним молоком менше 6 місяців (70% дітей з ХК) , при ВК така тенденція спостерігалась рідше (50% дітей з ВК). У віці до 3 років серед дітей з ЗЗК отримували антибіотикотерапію 41% дітей з ВК і 25% дітей з ХК. До трьохрічного віку 15% дітей з ЗЗК отримали більше 3 курсів антибіотикотерапії.

Заключення. Грудне вигодовування може значно зменшити ризик розвитку ХК або ВК за допомогою декількох механізмів. Раннє тривале грудне вигодування чинить сильний вплив на кишковий мікробіом немовляти. У дослідженні Azad та співавт. продемонстрували, що хоча у дітей, що перебувають на грудному вигодовуванні, спостерігається менша бактеріальна різноманітність, у тих дітей, які ніколи не годувалися груддю, зростає кількість пептострептококів, як Clostridium difficile. Так колонізація C. difficile значно підвищує схильність до алергічної сенсибілізації, атопічних реакцій та імунноопосередкованих захворювань. По-друге, лізоцим та лактоферрин, а також пасивний перенос імуноглобулінів забезпечують захист від дитячих інфекцій. Як дитячі інфекції, так і вплив антибіотиків, які зазвичай використовуються для лікування, можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ЗЗК. По-третє, компоненти грудного молока через прямий вплив або взаємодію з мікробіомом кишечника новонароджених впливають на розвиток вродженого імунітету слизової. Розвиток імунологічної пам'яті до патогенних мікроорганізмів може запобігти неадекватним гіперімунним реакціям, які спостерігаються при ЗЗК.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПІЗНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

PREGNANCY AND LABOR FEATURES IN ADVANCED MATERNAL AGE WOMAN AFTER ASSISTED REPRODUCTION

Рубінштейн А. М. */ Rubinshtein A. M.*
Науковий керівник: професор. д.мед.н. Голяновський О.В.
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
кафедра акушерства та гінекології№1,
obstet.gynec.1@ gmail

Актуальність. Протягом останніх десятирічь, в Україні зокрема та світі в цілому сформувалася нова тенденція так званого «відкладеного» материнства. Таким чином широкого вжитку набув термін пізній репродуктивний вік (ПРВ), що охоплює групу пацієнток від 35 років і до менопаузи. Частота пологів серед жінок віком 35+ відрізняється відповідно до культурних, релігійних та національних особливостей і становить 5,1% у Сполучених Штатах, 20% у Великобританії, 33,4% у Норвегії та 25,9% у Японії. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2019 р. частота пологів у жінок у віці 35 років і старше становила 13,0%; серед них частка перших пологів становила 5,7%. Вагітність та пологи у ПРВ асоціюють з достовірно більшою кількістю ускладнень.

З віком фертильність подружжя знижується, а відповідно зростає частота використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) для настання бажаної вагітності. За даними Shan D. із співавт. (2018), частота застосування ДРТ чітко зростає з віком, і це співвідношення можна графічно представити у вигляді параболи. Слід зазначити, що частота використання ДРТ була вищою у жінок, які народжували вперше. ДРТ є фактором ризику розвитку тяжких ускладнень під час вагітності та пологів. За результатами аналізу Qin J. із співавт. (2016), одноплідні вагітності після ДРТ порівняно із спонтанними вагітностями мали значно вищий ризик гестаційної гіпертензії, гестаційного діабету, передлежання плаценти, передчасного відшарування плаценти та атонічної маткової кровотечі, крім того, у групі ДРТ спостерігався вищий ризик передчасних пологів, затримки росту плода (ЗРП) та перинатальної смертності.

Мета дослідження. Визначити вплив комбінації факторів пізнього репродуктивного віку та ДРТ на перебіг вагітності та пологів у пацієнток, які народжують вперше з одноплідною вагітністю.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 201 історії пологів, що відбулися у 2015-2018рр. у пологодопоміжних закладах м. Києва та Київської області. Критеріями включення до дослідження були: вік жінки 35–45 років; одноплідна вагітність; перші очікувані пологи; головне передлежання плода після 37 тижнів вагітності; відсутність вроджених вад плода; відсутність у жінки важкої соматичної патології та вад розвитку матки. Були сформовані групи дослідження: основна – 90 історій пологів пацієнток ПРВ після ДРТ та контрольна – 111 історій пологів пацієнток із спонтанною вагітністю. Для проведення статистичного аналізу, були розраховані відношення шансів і 95% довірчий інтервал. Значимість різниці показників визначали за допомогою критерію Хі-квадрат та t-критерію Стьюдента. Різницю вважали достовірною за $p < 0,05$.

Результати. Групи дослідження були репрезентативними за віком, соціальним статусом та соматичним анамнезом. Під час вагітності у пацієнток основної групи порівняно частіше спостерігали гестаційну гіпертензію, прееклампсію та сумнівний стан плода (ССП) (p> 0,05). Частота прееклампсії та ССП у пацієнтів ПРВ після ДРТ була більш ніж у 2 рази вищою, ніж у пацієнток контрольної групи. ЗРП діагностували у 14,4% випадків основної групи та у 4,5% випадків контрольної групи (p = 0,014). Внутрішньопечінковий холестаз діагностували значно частіше в основній групі (16,7% проти 6,3%, p = 0,019). Загроза передчасних пологів ускладнювала вагітність більш ніж у 20% пацієнток обох досліджуваних груп; 8,9% пацієнток основної групи та 5,4% контрольної було встановлено акушерський песарій; у II та III триместрах (до 36 тижнів) мікронізований прогестерон у різних дозах (200–800 мг) отримували 42,3% пацієнтів основної групи та 38,7% пацієнтів контрольної групи (p> 0,05).

Пацієнтки контрольної групи мали майже втричі вищі шанси на фізіологічні вагінальні пологи (ВШ = 2,76; 95% ДІ 1,55–4,91; p = 0,0005). Частота передчасних пологів суттєво не відрізнялася і становила 16,2% в основній та 14,4% у контрольній групі. Пацієнтки основної групи мали в 2 рази більші шанси народити після 41 тижня вагітності (ВШ=2,07 (95% ДІ 1,06–4,05, p = 0,03) та мати преіндукцію / індукцію пологів (ВШ = 2,13; 95% ДІ 1,06–4,25, p = 0,03).

Частота інструментальних вагінальних пологів була майже в 2 рази вищою в основній групі і становила 13,3% проти 7,2% у контрольній групі (p = 0,15). Пацієнтки ПРВ після ДРТ мали більш ніж у 2 рази вищий ризик мати кесаревий розтин (ВШ = 2,26; 95% ДІ 1,253–4,074; p = 0,0067). Під час пологів ССТ діагностували в основній групі в 26,7% випадків, в контрольній – в 15,3% (p = 0,019).

Середня крововтрата була достовірно вищою (p = 0,0004) в основній групі і становила 600,3 ± 35,8 мл проти 449,6 ± 21,3 мл. Середня крововтрата під час вагінальних пологів становила 367,0 ± 10,9 мл у основній та 327,8 ± 8,1 мл у контрольній групі (p = 0,0046); під час кесаревого розтину крововтрата у досліджуваних групах становила 892 ± 49,5 мл та 757,7 ± 15,6 мл (p = 0,012) відповідно. Ймовірність розвитку атонічної маткової кровотечі у пацієнток ПРВ після ДРТ була в 6,5 рази вищою (95% ДІ 0,74–56,42; p = 0,09).

Висновки. Жінки пізнього репродуктивного віку, які народжують вперше після ДРТ, мають суттєво вищі ризики розвитку важких акушерських та перинатальних ускладнень, і відповідно потребують ретельного динамічного моніторингу стану матері та плода, профілактики та, у разі можливості, корекції порушень на початкових етапах їх розвитку, під час вагітності та пологів.

EARLY REHABILITATION IN PATIENTS WITH FACIAL NERVE NEUROPATHY

РАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З НЕЙРОПАТІЄЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Runcheva K. A. */ Рунчева К. А.*
Scientific adviser: prof. Kozyolkin O.A., D.Med.Sc.
Zaporizhzhia State Medical University
Department of Nervous Diseases

runcheva.21@gmail.com

Peripheral facial nerve neuropathy (FNN) is the commonest cranial nerve motor neuropathy that appears as facial nerve palsy. It affects 11.5-53.3 per 100,000 individuals a year across different populations. FNN is a health issue causing concern and has an extremely negative effect on both patients and their families. It may also lead to psychosocial disorders such as depression symptoms, high anxiety level and reduced life quality. Therefore, early diagnosis and immediate initiation of rehabilitation may contribute to achieve a favorable prognosis.

The objective of our research was to establish the rehabilitation measures effectiveness in patients with FNN, depending on the time of rehabilitation beginning. For that purpose next goals were set: 1) To investigate the dynamics of the neurological disorders degree in patients with FNN at the beginning and in the end of rehabilitation. 2) To analyze the dynamics of recovery processes in patients with facial nerve palsy. 3) Carry out a comparative analysis of the effectiveness of rehabilitation measures depending on the date of onset in patients with facial nerve palsy.

Materials and methods. The survey was performed for 74 patients with FNN. The average age of patients was 42.6 ± 15.5. There were 44 (59.5%) men and 30 (40.5%) women. Patients were divided into two groups: the first one included patients, who began a course of rehabilitation immediately after the acute period (10-14 days after facial paralyze onset), (n = 49, mean age 44.5 ± 16.46) and the second one consisted of the patients who began rehabilitation after 20 days from the fasial nerve palsy onset (20-30 days), (n = 25, mean age 38.8 ± 12.9). To assess the effectiveness of rehabilitation, the dynamics of restorative processes, regression of lagophthalmos and dental formula were studied. To analyze the data Pearson's nonparametric criterion χ^2 was applied. Differences were considered significant at values of $p < 0,05$.

Results. The patients in the first group had more positive dynamic of symptoms regression than in the second group. At the end of the first group rehabilitation course there was a complete regression of lagophthalmos in 5 patients (11%), the eyelashes symptom was presented in 34 patients (75.6%) and 6 patients had manifestations of lagophthalmos. In the second study group after the rehabilitation course completion the lagophthalmos regression was observed in 4 patients (16.7%), eyelashes symptoms – in 8 (33.3%) patients and no changes in the lagophthalmos manifestations were observed in most patients of the group – 12 (50,0%). A significant difference was found depending on the beginning of rehabilitation measures ($\chi^2 = 13,021$ $p < 0,01$).

Changes in the dental formula in the first study group were as follows: at the time of discharge the number of 3-4 visible teeth were observed in 23 patients (51.1%), 1-2 teeth – in 13 patients (28.9%), 0-1 tooth – in 4 patients (8.9%), 0-0.5 teeth – in 5 patients (11.1%). In the second group these indicators differed: 3-4 visible teeth were observed in 5 patients (22.7%), 1-2 teeth – in 4 patients (18.2%), 0-1 teeth – in 6 patients (27.3 %), 0-0.5 teeth – in 7 patients (31.8%). Accordingly, a significant difference was found depending on the beginning of rehabilitation measures ($\chi^2 = 10,399$; $p < 0,015$).

At the end of the rehabilitation course, a significant symptoms improvement was observed in 30 patients (61.2%) of the first group, in contrast to the second study group

in which only 9 patients (36.0%) were indicated with a significant improvement, χ^2 = 4.226, $p < 0.04$.

Conclusions. Those FNN patients, who had undergone the rehabilitation course immediately after the acute period had more positive dynamic of the recovery processes. Early rehabilitation treatment with the use of the complex, pathogenetically reasonable measures is more effective than such one in the late period of the FNN.

ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ В ПРОГНОЗУВАННІ ВІДПОВІДІ НА ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ТРИЧІ НЕГАТИВНИЙ РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

ADDITIONAL OPTIONS IN PREDICTING THE RESPONSE TO CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH TRIPLE NEGATIVE BREAST CANCER

Самусєва А. А. */ Samusieva A. A.*

Науковий керівник: к.мед.н. О.В. Пономарьова

Національний університет охорони здоров'я України П.Л. Шупика,

кафедра онкології,

a_samusieva@yahoo.com

Актуальність. Тричі негативний рак молочної залози (РМЗ) зустрічається в меншості (до 12%) від усіх випадків РМЗ. Водночас є одним з найагресивніших підтипів РМЗ і характеризується виникненням у молодих (<50 років) жінок, частіше представлений як інтервальний рак, більш агресивним перебігом, пов'язаним з високим ризиком віддаленого рецидиву та смерті у перші 3-5 років захворювання. При цьому підтипі відсутні такі традиційні терапевтичні мішені як: естрогени, прогестерони та HER2. Прогнозування перебігу та відповіді на лікування у пацієнтів з тричі негативним РМЗ залишається клінічною проблемою.

Мета. Визначити вплив топоізомерази 2 альфа (ТОР2 альфа) на перебіг тричі негативного РМЗ.

Матеріали та методи. У дослідження включено 34 пацієнтки з тричі негативним РМЗ 2А-3С стадіями, віком від 35 до 79 років, що отримували лікування на базі КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр». Рівні експресії ER, PR, Her2/neu, Ki67 та ТОР2 альфа оцінювались на підставі даних імуногістохімічного дослідження. Були відібрані пацієнтки з тричі негативним РМЗ та ранжовані на 2 групи в залежності від рівня експресії ТОР2 альфа за шкалою L. Usha 2008 року (гіперекспресія ≥ 35%):

Група 1: ТОР2 альфа 0-34% , кількість пацієнток в групі - 9 (26%);

Група 2: ТОР2 альфа 35-100%, кількість пацієнток в групі - 25 (74%).

Всі пацієнтки в дослідженні отримали неоад'ювантну терапію згідно існуючих стандартів. Після чого оцінювався ефект проведеної терапії та повторно оцінювались рівні експресії ER, PR, Her2/neu, Ki67 та ТОР2 альфа.

Результати. За проліферативним індексом (Ki67) у 1 (11%) пацієнток групи 1 значення Ki67 ≤ 15% та у 1 (4%) пацієнти з групи 2. Ki67 ≥ 40% відмічено у 4 (44%) пацієнток з групи 1 та у 18 (72%) з групи 2.

Лікувальний патоморфоз 3 та 4 ступеня після проведеного неоад'ювантного лікування досягнутий у 3 (33%) пацієнток з групи1 та у 11 (44%) пацієнток з групи 2.

В групі 1 органозберігаючі операції були проведені у 67% проти 8% у групі 2. Мастектомії виконані у 22% пацієнток з групи 1 та 52% з групи 2.

Висновки. У хворих з гіперекспресією ТОР2 альфа виявлено на 28% частіше Ki67 ≥ 40%. В групі пацієнтів з експресією ТОР2 альфа ≤ 34% після неоад'ювантної поліохіміотерапії було виконано на 59% більше органозберігаючих операцій. У групі з гіперекспресією ТОР2 альфа переважали мастектомії.

Отримані дані можуть свідчити про більшу чутливість до хіміотерапії у пухлин з гіперекспресією ТОР2 альфа, що робить цей маркер потенційно прогностично значущим окремо чи в сукупності з іншими маркерами, такими як мутації BRCA1 та BRCA2, або PD-L1 та ін. при прогнозуванні перебігу та персоніфікації лікування тричі негативного РМЗ.

ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ІШЕМІЧНОГО ЧАСУ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ ОДНОМОМЕНТНОЇ БАГАТО КЛАПАННОЇ (ДВОКЛАПАННОЇ) КОРЕКЦІЇ В ПОЄДНАННІ З КОРОНАРНИМ ШУНТУВАННЯМ

WAYS TO REDUCE THE DURATION OF ISCHEMIC TIME IN OPERATIONS OF ONE-STEP MULTI-VALVE (TWO-VALVE) CORRECTION IN COMBINATION WITH CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

Семенів П. М. */ Semeniv P.*

Науковий керівник: д.мед.н. професор Вітовський Р.М.

Національний університет охорони здоровя України імені П. Л. Шупика,
кафедра хірургії серця та магістральних судин

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії
імені М.М. Амосова НАМН України»,
кафедра хірургії серця та магістральних судин

Актуальність теми. Особливе місце серед серцево-судинних захворювань (ССЗ) належить поєднаній патології клапанів серця та коронарних судин. Це обумовлено вихідною важкістю пацієнтів і технічними складностями одномоментної корекції клапанів серця і шунтування коронарних артерій (КА). Поєднане ураження клапанів і коронарних судин ішемічною хворобою серця значно збільшує ризик несприятливого результату лікування пацієнтів. У зв'язку із збільшенням об'єму оперативного втручання подовжується час штучного кровообігу та ішемії міокарда, що сприяє збільшенню частоти післяопераційних ускладнень.

Мета дослідження. Покращення результатів лікування пацієнтів шляхом розробки методики оптимального інтраопераційного захисту міокарду під час корекції клапанних вад в поєднанні із коронарною патологією.

Матеріали і методи. Робота ґрунтується на аналізі результатів одномоментнної багатоклапанної корекції в поєднанні з шунтуванням коронарних артерій у 93 пацієнтів, що була виконана В НІССХ ім. М.М.Амосова за період з 2014 по 2017 роки. Середній вік оперованих хворих склав 63,2±13.6 роки. Чоловіків було 65 (69,8%), середній вік 63,2±12,6 роки, жінок - 28 (30,2%)

середній вік 64,7±12,9. Переважна кількість оперованих пацієнтів перенесли один або декілька ІМ, і знаходилися в ІІІ-IV ФК по NYHA.

В ході дослідження використовували загально клінічні та спеціальні методи дослідження серцево-судинної (ЕКГ, ЕхоКГ, коронаро-вентрикулографію), лабораторні методи визначення кардіоспецифічних ферментів (МВ-КФК, загальну КФК, ЛДГ, АСАТ, АЛАТ), методи варіаційної статистики (критерії Стьюдента, Пірсона).

Результати. В залежності від тактичних підходів та послідовності виконання хірургічних маніпуляцій пацієнти були розподілені на групи. І група - «Пацієнти, яким першим етапом виконувалась корекція клапанів серця, а потім шунтування коронарних артерій в умовах кардіоплегії» (n=42), ІІ група - «Спочатку виконувалось шунтування КА, потім корекція клапанів в умовах кардіоплегії» (n=36), та ІІІ група – «Першим етапом виконувалось шунтування КА на працюючому серці, потім корекція клапанів серця» (n=15). Встановлено, що ІІІ гр. характеризувалась найменшою частотою розвитку СН та аритмій, зниженням необхідності використання ізотропних та анти аритмічних препаратів, меншою негативною динамікою біохімічних маркерів ушкодження міокарда.

Висновки. Корекція поєднаної багато клапанної патології з ІХС вимагає тривалого ШК та ішемічного часу серця, що потребує надійного захисту міокарда, який важко здійснити при наявності стенозів в просвіті КА. Використання методики превентивного відновлення коронарного кровотоку шунтуванням КА на працюючому серці до перетискання аорти, має суттєві переваги по тривалості ШК та ішемічного часу серця, що позитивно впливає на показники його роботи.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ФОНУ У ХВОРИХ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Середюк Л. В.
Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства,
therapy2@ifnmu.edu.ua

Вступ. Фібриляція передсердь (ФП) – серцево-судинна епідемія, яка вражає більше 1 мільйона осіб в Україні. ФП асоціюється з підвищеним рівнем серцево-судинної смертності, розвитком кардіоемболічного інсульту, важко піддається лікуванню та знижує якість життя хворих. Не менш важливими факторами прогресування ФП є тривожно-депресивні розлади та підвищена схильність до стресу. Тому раннє втручання та модифікований контроль факторів ризику може зменшити інцидент / симптоматику ФП.

Метою дослідження було проаналізувати динаміку показників психоемоційного фону у хворих з постійною формою ФП.

Матеріал та методи. У клінічне дослідження включено 62 хворих з постійною формою ФП, яких було розприділено на групи, залежно від методу лікування. Оцінку стану психоемоційного фону визначали за шкалою сприйманого стресу-10 (PSS-10) та госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) шляхом проведеного анкетування.

Результати. За шкалою (PSS-10) виявлено, що у групі стандартного лікування показник достовірно зменшувався через 2 тижні і 1,5 місяці з (22,52±1,00) бала до (15,30±0,68) бала (p_2<0,001), (p_2<0,05 - достовірність різниці показників у порівнянні з величиною після лікування), (Δ-32,07) (Δ- відсоток зміни показника, %) і з (22,31±0,79) бала до (15,30±0,68) бала (p_2<0,001), (Δ-31,43), відповідно.

Бальна оцінка рівня стресу у групі хворих стандартного лікування + мебікар достовірно відрізнялася до початку лікування - з (26,67±0,70) бала до (21,93±0,77) бала, (p_1<0,001), (p_1<0,05- достовірність різниці показників у порівнянні з величиною до лікування), (Δ-17,78). Подібні зміни спостерігалися після проведеного лікування (з 26,67±0,70 бала до 13,17±1,58 бала), (p_2<0,001), (Δ-50,62), та у динаміці через 1,5 місяці лікування (з 21,93±0,77 бала до 13,17±1,58 бала), (p_2<0,001), (Δ-39,95). У групі хворих, що отримували карведилол, виявлена достовірність показників тільки після проведеного лікування – з (18,73±1,79) бала до (11,71±1,27) бала, (p_2<0,01), (Δ-37,48). Слід відмітити, що у групі за комбінованої терапії карведилолом і мебікаром відмічена ймовірність показників до лікування (p_1<0,05) і через 1,5 місяці (p_2<0,001) у відповідності з (22,75±1,46) бала до (15,31±1,37) бала, (Δ-32,71) та з (22,75±1,46) бала до (12,67±1,71) бала (Δ-44,31).

За градацією рівня тривоги у групі стандартного лікування було виявлено, що у 3 (18,75%) випадках спостерігався клінічний рівень тривоги, у 6 (37,5%) випадках субклінічний рівень, у 7 (43,75%) випадках були відсутні її прояви. Проведенний курс терапевтичного лікування сприяв зниженню кількості хворих з клінічним рівнем тривоги до субклінічного рівня з подальшою відсутністю розладів тривоги – у 2 (12,50%) випадках і 14 (87,50%) випадках, відповідно. Схожі зміни спостерігалися за рівнем депресії.

З'ясовано, що у групі стандартного лікування + мебікар спостерігався найвищий показник клінічного рівня тривоги і депресії – у 11 (73,34%) випадках, субклінічний рівень – у 3 (20,0%) випадах, і відсутність проявів тривожно-депресивної симптоматики у поодиноких випадках – у 1 (6,66%). Однак проведене лікування сприяло редукції клінічного і субклінічного рівня тривожно-депресивних розладів до відсутності їх проявів.

За стандартного лікування + карведилол суттєвої динаміки показників рівня тривоги і депресії не спостерігалося ні після лікування, ні через 1,5 місяці. Так, у групі стандартного лікування + карведилол + мебікар проведене лікування сприяло редукції клінічного рівня тривоги і депресії у субклінічний рівень, із подальшою відсутністю їх проявів.

Висновки. Виявлено, що тільки за додаткового прийому мебікару у відповідних групах лікування спостерігалося зниження бального рівня стресу (p_1<0,001), (p_2<0,001), тривожно-депресивної симптоматики (p_1<0,001), (p_2<0,001), а також редукції з високого до середнього рівня стресу і зменшенню клінічного і субклінічного рівня тривоги і депресії до відсутності їх проявів.

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВІРОГІДНІСТЬ ОТРИМАННЯ ЗРІЛОЇ ЯЙЦЕКЛІТИНИ В НАТУРАЛЬНОМУ ЦИКЛІ У ПАЦІЄНТОК ЗІ ЗНИЖЕННЯМ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ

FACTORS AFFECTING THE OOCYTE RETRIEVAL PROBABILITY IN NATURAL CYCLE OF PATIENTS WITH DECREASED OVARIAN RESERVE

Сігунов О. Г., Богданюк А. О. */ Sigunov O. G., Bohdaniuk A. O.*
ТОВ «Медичний центр Матері»
sigunow92@gmail.com

Вступ. Кількість жінок зі зниженням оваріального резерву зростає щорічно. Частка даного діагнозу серед інших факторів безпліддя складає приблизно 25% (K. Devine et al., 2015). Жінки зі зниженим оваріальним резервом часто є також поганими відповідачами на гормональну індукцію суперовуляції у циклах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Для таких жінок можна використовувати ДРТ у їх натуральному циклі. Розробка комплексного підходу до виявлення вірогідності отримання зрілої яйцеклітини в натуральному циклі залежно від різних факторів може виявити доцільність проведення такого циклу для кожної окремої пацієнтки.

Мета дослідження. Проаналізувати фактори, що впливають на вірогідність отримання зрілої яйцеклітини в натуральному циклі у пацієнток зі зниженим оваріальним резервом.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз 209 проведених натуральних циклів у 70 пацієнток зі зниженням оваріального резерву у ТОВ «Медичний центр Матері». Розраховували вірогідність отримання яйцеклітини в натуральному циклі залежно від віку, індексу маси тіла (ІМТ), групи крові, резус фактору, рівня антимюллерового гормону (АМГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), естрадіолу (Е2), тиреотропного гормону (ТТГ), наявності попередніх вагітностей, попередніх циклів ДРТ та операцій на яєчниках.

Результати. Вірогідність отримання яйцеклітини зменшувалася з віком. Так, у групі пацієнток до 35 років у 51,9% циклів було отримано зрілу яйцеклітину, у віці 36-40 років - 48,4%, у віці від 41- 46,8%. Це може бути пов’язано з віковими змінами можливостей організму синтезувати необхідні білки для дозрівання яйцеклітин (T. Von Wald et al., 2010). Аналізуючи ІМТ було виявлено, що при нормальній (ІМТ 20-25) та надлишковій (ІМТ 25-30) вазі спостерігаються найвищі показники вірогідності отримання яйцеклітин – 67,4% та 66,8% відповідно. А при недостатній вазі (ІМТ до 20) та при ожирінні (ІМТ 30-35) спостерігалося зниження цього показника – 27,9% та 42,9% відповідно. Не було помічено різниці у імовірності отримання яйцеклітин для пацієнток з різними групами крові та резус фактором. У пацієнток, що мали рівень АМН 0,5-1,0 нг/мл, яйцеклітини у натуральному циклі отримували частіше – у 69,4% циклів, а при рівні АМГ нижче 0,5 нг/мл у 41,8% випадків було отримано зрілі яйцеклітини. Дослідивши вплив рівня ФСГ на результат натуральних циклів, виявили, що у пацієнток з рівнем ФСГ до 8 мМО/мл імовірність отримання яйцеклітини вище (63%), порівняно з тими, у кого рівень ФСГ більше 8 мМО/мл (47%). Зі

збільшенням Е2 вірогідність отримання яйцеклітини збільшувалась (при рівні Е2 менше 50 пг/мл – 51,4%, 50-70 пг/мл – 57,1%, більше 70 пг/мл – 58,3%). Проаналізувавши вплив рівню ТТГ на імовірність отримання яйцеклітини виявили, що при рівні ТТГ до 2,5 мОД/л спостерігалася найвища імовірність - 59,3%. Зі збільшенням рівня ТТГ, зменшувалася вірогідність отримання яйцеклітини. Так, у жінок з рівнем 2,5-4 мОД/л 51,6% натуральних циклів закінчувалися отриманням яйцеклітини, а у жінок з рівнем більше 4 мОД\л - 49,3%. Підвищений рівень ТТГ у частини пацієнток є результатом аутоімунного процесу, проте механізм впливу на репродуктивну систему наразі не вивчений. Було помічено, що у пацієнток, що мали в анамнезі попередні вагітності, імовірність отримати зрілу яйцеклітину в натуральному циклі була вищою – 54,2%, ніж у пацієнток, що раніше не вагітніли – 47,8%. Це може бути пов'язано з тим, що під час вагітності відбуваються зміни у виділенні гормонів, зміна метаболізму, що призводить до фізіологічних змін усього організму. Наявність попередніх циклів ДРТ з гормональною індукцією суперовуляції також позитивно впливали на вірогідність отримання яйцеклітини у натуральному циклі. У тих пацієнток, що проходили раніше цикли ДРТ, ця вірогідність складала 58,4%, а для пацієнток, що раніше не мали циклів ДРТ – 44%. Це можна пояснити позитивною дією гормонів, що отримує репродуктивна система жінки під час індукції суперовуляції. Цікаво, що у жінок, що мали в анамнезі операції на яєчниках частіше отримували зрілі яйцеклітини – у 55,4%, порівняно з 48,5% у тих пацієнток, в яких раніше не було таких операцій. Можливо це пов'язано з механічною активацією яєчників, що раніше було описано для великої рогатої худоби (I. Woclawek-Potocka et al., 2019).

Висновки. Отже, вірогідність отримання зрілої яйцеклітини в натуральному циклі у пацієнток зі зниженням оваріального резерву вище у віці до 35 років, при ІМТ від 20 до 30, при АМГ від 0,5 до 1,0 нг/мл, при ФСГ до 8 мМО/мл, при Е2 більше 50 пг/мл, при ТТГ до 2,5 мОД/л, а також коли в анамнезі були попередні вагітності, цикли ДРТ та операції на яєчниках. Необхідні подальші дослідження для виявлення механізмів впливу даних факторів.

КАТЕТЕР-АСОЦІЙОВАНІ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ТА РОЛЬ В НИХ PROTEUS MIRABILIS

CATHETER ASSOSIATED URINARY TRACT INFECTIONS AND ROLE OF PROTEUS MIRABILIS

Смоляр С. К., Овсяннікова К. С. */ Smoliar S., Ovsiannikova K.*
Харківський національний медичний університет,
кафедра урології, нефрології та андрології імені проф. А. Г. Подрєза

Катетеризація сечового міхура - одна з найчастіших виконуваних медичних маніпуляцій, особливо серед пацієнтів старшого віку. Показаннями до катетеризації можуть бути гостра або хронічна затримка сечовипускання, нейрогенний сечовий міхур, тривалі абдомінальні операції тощо. Катетеризація буває постійною та тимчасовою, обидва види можуть бути небезпечними і нести

за собою катетер-асоційовані синдроми, серед яких виділяються інфекції сечовивідних шляхів, викликані катетеризацією (ІСВШВК). Провідну роль в патогенезі ІСВШВК грає Proteus mirabilis, завдяки ферменту уреаза.

Актуальність теми Катетеризація сечового міхура є частою медичною маніпуляцією і пов'язана з розвитком катетер-асоційованих інфекцій сечовидільних шляхів. Одним з показанням до катетеризації сечового міхура є гостра затримка сечовипускання з приводу доброякісної гіперплазії простати, діагностування якої збільшилось з моменту впровадження простат-специфічного антигену у практику лікарів. Виходячи з цього, це питання вимагає подальших досліджень і формування чітких рекомендацій по лікування інфекцій сечовивідних шляхів, викликаних катетеризацією.

Мета. Зібрати актуальну інформацію про інфекції сечовидільних шляхів, викликаних катетеризацією, про роль P. mirabilis у їхньому розвитку та сформувати рекомендації з профілактики цих станів.

Обговорення. Впродовж довготривалої історії розвитку сечових катетерів, ідеальний винайти не вдалося. На сьогоднішній день найпопулярнішими є катетери вироблені з латексу або силікону, ці матеріали майже задовольняють основні вимоги до катетерів, але все ще викликають катетер-асоційовані синдроми. При постійній катетеризації ризик виникнення інфекцій сечовидільних шляхів (ІСВШ) підвищується. Останні можуть використовуватися протягом 12 тижнів максимум, після чого потрібна заміна катетера.Найбільш частою причиною виникнення ІСВШ при тимчасовій катетеризації є Escherichia coli, що є частиною нормальної мікрофлори міатуса уретри і потрапляє всередину після кожної катетеризації. Причина ІСВШ при постійній катетеризації - Proteus mirabilis, що продукує уреазу, яка змінює pH сечі у лужну сторону, що супроводжується кристалізацією солей та формуванням каменів. Патоген викликає 1-10% всіх ІСВШ. Його частка збільшується в ускладнених інфекціях (на фоні травми хребта або аномалій розвитку). Серед інфекцій, що виникають під час тривалої катетеризаіії/стентування, p. mirabilis є найчастішим збудником (10-44%). Уреаза, що гідролізує сечовину до аміаку та CO2 і збільшує pH сечі. В результаті чого, аміак становиться джерелом нітрогену для бактерій, а лужна сеча призводить до кристалізації солей та камнеутворення. Усе це стає основою у патогенезі катетер- і стентасоційованих синдромів. Відкладання кристалів навколо бактерій, які формують на катетері біоплівку (суміш бактерій та речовин, що виділяються в результаті їхнього метаболізму) захищає їх від імунної відповіді та антибіотиків. Сформовані камені із фосфатів кальцію і магнію (струвіти та апатити)можуть блокувати відтік сечі по катетеру та травмувати уротелій. Відкладення кристалів навколо стенту або катетеру називається інкрустація, що може бути життєвозагрозливим станом. Новосформовані камені можуть стати об'єктом для ко-інфекції. Встановлений сечовий катетер асоційований з 3-10% ризиком інфікування щодня. Тому катетеризація сечового міхура повинна проводитись тільки при прямих показах, а тривалість катетеризації повинна бути лімітована. Катетеризація менше 7днів супроводжується формуванням біоплівки на катетері 10-50%, а більше 28 днів - 100%.

Виходячи із сказаного, попередити розвиток камнеутворення можна двома шляхами: підкисленням сечі або зменшенням концентрації солей в ній. Перше можна досягти прийомом лимонної кислоти (щоденне споживання апельсинового соку). Друге - збільшенням споживання води. Специфічного лікування катетер-асоційованих ІСВШ не існує. Лікування розпочинається з заміни катетеру та прийому триметоприну-сульфометаксозону, препаратами другої ланки можуть бути фторхінолони, нітрофурантоїн та фосфоміцин. Показана повна ерадикація каменів за допомогою літотрипсії, після антибіотикотерапії - щомісячне дослідження сечі протягом 3 місяців. Одним з можливих варіантів попередження катетер-асоційованих синдромі є покриття поверхні катетерів/стентів антимікробними засобами або інгбіторами уреази. Великих досліджень не було проведено з цього питання, але деякі дослідження in vitro показали багатообіцяючі результати. Зокрема, існують катетери вкриті триклозаном, рифампіцином, хлоргексидином. Доведено, що антибіотики цефтазимідин та цефтріаксон відстрочують формування біоплівки на 14 та 8 днів відповідно.

Висновки. Катетер-асоційовані синдроми є актуальною проблемою, а P. mirabilis відіграє в них провідну роль. Враховуючи, що хронічна затримка сечі є одним з показань, а її причиною може стати доброякісна гіперплазія передміхурової залози, діагностування якої збільшилось за останні десятиліття через винайдення простат-специфічного антигену, то подальше дослідження ІСВШВК є необхідним.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ СВІТЛА РІЗНОЇ ДОВЖИНИ ХВИЛІ НА РЕПАРАТИВНІ ПРОЦЕСИ ТА МІКРОФЛОРУ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ РАН

THE ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF DIFFERENT LIGHT WAVELENGTHS ON THE REPARATIVE PROCESSES AND THE MICROFLORA OF PURULENT-NECROTIC LESIONS

Солодовидченко С. С. */ Solodovydchenko S. S.*
Науковий керівник: Морозов С. О., к.мед.н., доцент
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб
lana.karazina.medf@gmail.com

Актуальність. Незважаючи на різноманіття методів лікування, проблема тривало незагоюваних ран у пацієнтів хірургічного профілю залишається актуальною та складною. Глобальним викликом сьогодення є зростання антибіотикорезистентності, що ставить під загрозу весь успіх лікування, а в умовах пандемії набула особливої ваги. У боротьбі з хірургічною інфекцією широкі перспективи має фотодинамічна терапія (ФДТ), але досі не вивчено весь спектр її ефектів на перебіг ранового процесу та мікробний пейзаж ран.

Мета дослідження. Оцінити вплив ФДТ на перебіг ранового процесу в клініці, провести порівняльний аналіз світла червоного, зеленого та синього спектру на патогенну мікрофлору ран і трофічних виразок та її чутливість до антибактеріальних препаратів (АБП) в лабораторних умовах.

Матеріали і методи. Критеріями включення у клінічне дослідження були: варикозна або посттромбофлебітична хвороба, ускладнена хронічною венозною

недостатністю (ХВН), з трофічними виразками (III ступінь ХВН за В. С. Савельєвим, 2001; 6 клас за класифікацією СЕАР, 1994) (31 пацієнт); поверхнева інфікована рана (37 пацієнтів). З урахуванням обраних схем лікування пацієнти були розподілені на 2 групи-піддослідну із застосуванням ФДТ і контрольну, котрій проводилась традиційна терапія без ФДТ, з 2 підгрупами у кожній у залежності від провідної етіологічної причини в'яло гранулюючих ран і трофічних виразок нижніх кінцівок. Усі групи пацієнтів були репрезентативними за віковим, статевим складом, давністю основного захворювання, генезом і локалізацією патологічного процесу, початком розвитку і розмірами ранових дефектів. У роботі використовувалися фотонні матриці А. М. Коробова серії «Барва-Флекс». В І фазі ранового процесу проводили сеанси ФДТ зеленим світлом (λ=550-520 нм), а при виражених набряках – синім (λ=470-440 нм), тривалість сеансу – 20 хв, курс – до 10 сеансів. При появі грануляційної тканини використовували червоне світло (λ=700 нм). Після очищення ран, визрівання грануляцій та появи ознак крайової епітелізації, на 7-10 добу лікування виконували закриття ранової поверхні. Використовувалися наступні методи клінічного контролю перебігу ранового процесу: ліквідація запалення та гіпергідратації навколо рани; терміни очищення від гнійно-некротичного вмісту, появи грануляцій, крайової епітелізації; швидкість загоєння виразки за формулою Л. Н. Попової. Мікробний пейзаж ран досліджували шляхом кількісного посіву на диференційно-діагностичні та елективні поживні середовища у чашках Петрі з щоденним пересівом культур та впливом світла різної довжини хвилі протягом 5 діб тривалістю 20 хв на відстані 2-3 см, щоденним підрахунком колоній на 1 см^2. Результати порівнювалися з контрольною групою. Антибіотикочутливість визначалася диско-дифузійним методом згідно з чинним наказом Міністерства охорони здоров'я України № 167 від 05.04.2007.

Результати. Під впливом ФДТ у більш короткі терміни спостерігалося зменшення больового синдрому, порівняно з контрольною групою, під час проведення процедури будь-якого дискомфорту пацієнти не відчували. У 2 рази прискорювалася швидкість загоєння ран за формулою Л. Н. Попової. Вплив синього та червоного світла призводив до істотного скорочення площі ранових дефектів, відновлення мікроциркуляції у тканинах, зменшення лімфостазу. Демаркаційна зона в ранах була практично відсутня, що зводило до мінімуму обсяги некректомії. Прискорення темпів заповнення ран здоровою грануляційною тканиною, контракції ран у 1,5-2 рази дозволило в більш короткі терміни в 17 пацієнтів (53%) виконати аутодермальну пластику з повним приживленням шкірних трансплантатів. Лабораторні експерименти показали, що червоний спектр чинив бактерицидну дію на Pseudomonas aeruginosa, а також суттєво підвищував чутливість до еритроміцину - на 57 % після останнього 5 сеансу опромінення; на інші досліджувані АБП чутливості не було. Спостерігалося зменшення числа колоній Staphylococcus aureus на 1 см² на 5 дослідження у 2 рази, а також стимуляція чутливості штамів до тетрацикліну, цефтриаксону, ванкоміцину, офлоксацину, амоксиклаву, кліндаміцину, еритроміцину в середньому на 25%. ФДТ синім світлом зменшувала число колоній P. aeruginosa в 1,5 раза, підвищувала чутливість до еритроміцину на останнє дослідження на 43%

у відношенні до контрольної групи. Чутливість S. aureus до АБП підвищувалась у середньому на 12%, зокрема, до тетрацикліну-на 20% на останнє 5 дослідження. Зелений спектр світла після впливу на S. aureus у середньому стимулював чутливість до АБП на на 18%, істотно підвищував чутливість до амоксиклаву (на 48%). Чутливість P. aeruginosa зростала тільки до еритроміцину на 13%. Несподіваним ефектом синього і зеленого світла виявилося зниження чутливості до АБП Escherichia coli в середньому на 7% при збереженні бактерицидної дії. Червоний спектр стимулював чутливість E. coli до тетрацикліну і ванкоміцину відповідно на 20% і 23%, але знижував чутливість до інших АБП у середньому на 5%.

Висновки. Застосування ФДТ у комплексному лікуванні місцевої гнійно-запальної патології шкіри та м'яких тканин скорочує тривалість лікування, перебування у стаціонарі та реабілітації пацієнтів у 1,8 раза. Виражений бактерицидний ефект ФДТ, зокрема, червоного і синього спектру, підвищення чутливості найбільш поширених нозокоміальних штамів до АБП дозволяє істотно знизити вартість лікування та ризики розвитку антибіотикорезистентності у хірургічному стаціонарі.

РОЛЬ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

THE ROLE AND FORECASTING SIGNIFICANCE OF ETIOLOGICAL AND PATHOGENETIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Стецик М. О., Стецик А. О. */ Stetsyk M. O., Stetsyk A. O.*

Науковий керівник: Костенко Світлана Борисівна – к.мед.н., доцент, завідувач кафедри ортопедичної стоматології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

кафедра ортопедичної стоматології

mariia.stetsyk@uzhnu.edu.ua

Актуальність тематики. Прояви та прогресування ознак пародонтиту напряму залежать від значної кількості факторів та детермінант, які включають в себе індивідуальні особливості суб’єкта, соціальні, поведінкові, системні та генетичні фактори, зміни на рівні стоматологічного статусу чи мікробіологічного профілю пацієнта.

Мета дослідження. Проаналізувати літературні джерела, де висвітлено результати схожих досліджень та опрацювати результати анкет-опитувальників, з подальшим проведенням статистичного аналізу отриманих результатів з метою визначенням прогностичної значущості кожного з факторів ризику розвитку запальних захворювань тканин пародонта.

Матеріали та методи. Літературні джерела вітчизняних та закордонних вчених у кількості – 13 (7- кирилицею, 6 – латиницею), в яких висвітлена обрана тематика та аналіз авторської анкети-опитувальника, розроблених у кількості – 162 з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів, з застосованням методу прогностичних коефіцієнтів, так званий «послідовний

аналіз Вальда», в основу якого покладено використання послідовного критерію відношень вірогідностей за допомогою спрощеної формули Байєса.

Обговорення. Стан тканин пародонта первинно є наслідком певного рівня гігієни порожнини рота і лише другорядно – демографічних характеристик та умов проживання, що в свою чергу надає вагомість та характеризує безпосередній вплив гігієнічних навиків, як першочергову профілактичну ланку запальних захворювань тканин пародонта.

На розвиток запальних захворювань тканин пародонта безпосередній та опосередкований вплив має багато факторів, що умовно можна розділити на загальні та місцеві, дані фактори можуть бути як сталими (детермінантами), так і змінними (модифікованими) у часі, а також напряму залежати від дій пацієнта.

До місцевих факторів належать: незадовільна гігієна, бактеріальний вплив пародонтопатогенної мікрофлори на тканини пародонта, кількісний та якісний склад слини, втрата рівня кісткової тканини з урахуванням віку пацієнта, глибина пародонтальних кишень, більше 5 мм, кровоточивість при зондуванні, залучення фуркації, наявність рецесій, кількість втрачених зубів, наявність каріозного процесу та його ускладнень, рухомість зубів, наявність вузлів травматичної оклюзії, ортодонтична патологія, перевантаження тканин пародонта внаслідок змін функції жування та ковтання при втраті зубів, бруксизмі, парафункції жувальних м’язів, захворюваннях СНЩС, мукогінгівальні фактори ризику: вкорочена вуздечка губи, мілкий присінок, виражені тяжі в ділянці перехідної складки, ятрогенні фактори (нераціональне протезування дефектів зубних рядів, хронічна травма фіксуючими елементами – кламерами чи базисами знімних протезів, неякісне виконання композитних реставрацій – відсутність адекватного контактного пункту, травмування тканин пародонта нависаючим краєм реставрації чи незнімної ортопедичної конструкції), екзогенний місцевий вплив – хімічні, термічні, фізичні, механічні фактори – алергічні реакції на компоненти ортопедичних конструкцій, шкідливі звички (тютюнопаління, оніхофагія, гризіння предметів), характер дихання, опромінення.

До загальних факторів відносять: вік, стать, етнічна приналежність, спадковість, загально-соматична патологія, атеросклеротичні зміни судин, порушення нейрогуморальної регуляції гомеостазу, зміни імунологічної реактивності, захворювання ендокринної системи, цукровий діабет, стрес та хронічне психо-емоційне навантаження, фізіологічні стани, що супроводжуються гормональними перебудовами (вагітність, менопауза), спосіб життя, режим дня та культура харчування (ожиріння, гіпо- та авітамінози, вживання алкоголю), прийом лікарський препаратів (антагоністи Са, глюкокортикоїди, цитостатики, імуносупресори), ендогенний вплив навколишнього середовища (радіаційне навантаження, інтоксикації).

Висновки. В залежності від того, які фактори пов’язані з початком та прогресуванням захворювання тканин пародонта, вибирають відповідний дизайн дослідження, а рівень значимості результатів змін показників, визначатиме впливовість кожного окремого індикатора ризику на перебіг запального процесу. Найкритичнішими є ті фактори, які мають найбільш

негативний вплив на тканини пародонта (найвищий бал у шкалі критеріїв) та можуть призвести до втрати зубів, їх можна об'єктивно оцінити з найменшою похибкою обчислення.

Найбільш вагомі діагностичні ознаки для прогнозування розвитку хронічного генералізованого пародонтиту за ступенем значущості: наявність пародонтопатогенної мікрофлори → незадовільна гігієна → наявність пародонтальних кишень, більше 5 мм → радіаційне опромінювання → загально-соматична патологія→ травматична оклюзія → тютюнопаління →прийом лікарських препаратів. Отже, застосовуючи отримані прогностичні коефіцієнти можна визначати ризик розвитку генералізованих запальних уражень тканин пародонта та проводити профілактику їх виникнення індивідуально у кожного пацієнта.

РОЛЬ СЕЛЕНОПРОТЕЇНУ Р В ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

SELENOPROTEIN'S P ROLE IN OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND FORECASTING OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Тверезовська І. І. */ Tverezovska I. I.*
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Железнякова Н.М.
Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1
dep.intern.med1@gmail.com

Актуальність. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є найбільш поширеною хворобою печінки, що пов'язана із збільшенням частоти ожиріння як її головного етіологічного фактору (Wuetal., 2016). Серцево-судинні захворювання (ССЗ) та НАЖХП мають спільні ланки патогенезу, а саме змінені рівні гепатокінів, які безпосередньо впливають на прогресування ССЗ шляхом модуляції ендотеліальної дисфункції та подальшої запальної інфільтрації судинної стінки. Саме тому є актуальним виокремлення певних маркерів, які можуть дозволити своєчасне та раннє прогнозування розвитку зазначеної коморбідності та попередження можливих ускладнень.

Метою нашого дослідження є вивчення можливості оптимізації ранньої діагностики та прогнозування перебігу НАЖХП на тлі артеріальної гіпертензії (АГ) на підставі визначення плазматичних рівнів селенопротеїну Р (Sel P) та селену (Se).

Обговорення. Селеновмісні протеїни та селен відіграють важливу роль у формування імунної відповіді при АГ. Експерименти, зосереджені на важливості дефіциту селену в розвитку серцево-судинних захворювань неінфекційного походження, показали, що зв'язок між низьким споживанням селену і серцево-судинною патологією може бути результатом посиленого впливу вільних радикалів кисню і наслідків оксидативного стресу (Gharipour et al., 2017; Kikuchi et al., 2018).

Відомо, що селенопротеїн Р та плазматична глутатіонпероксидаза, які секретуються в кров з нирок або печінки, мають антиоксидантні ефекти та забезпечують організм, зокрема, серцевий м'яз, селеном (Se) (Misu et al., 2012). У дослідженні Choi et al., 2013 виявлені цікаві кореляційні зв'язки між наявністю НАЖХП та концентрацією Sel P. Так, у пацієнтів з НАЖХП та вісцеральним ожирінням спостерігалася більш висока концентрація селенопротеїну Р в порівнянні з контрольною групою, а у пацієнтів з найвищими межовими рівнями селенопротеїну Р в 7,5 раз був вищий ризик розвитку НАЖХП, ніж у пацієнтів з найнижчими межовими рівнями. Отже цей гепатокін можна розглядати як можливий новий біомаркер розвитку та перебігу НАЖХП.

Статус Sel P ще не достатньо вивчений, зокрема його роль в патогенезі серцево-судинних захворювань. Так, Gharipour et al. зазначають, що незважаючи на наявні зв'язки Se та селенопротеїнів із серцево-судинним ризиком, на даний час існує незначна кількість досліджень у даній області. У певних наукових роботах відзначаються асоціації між розвитком ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарду та низькою концентрацією Se серед осіб, які проживають на територіях із природнім його дефіцитом.

Висновки. З огляду на недостатність даних щодо ролі Sel P й Se у розвитку та прогресуванні НАЖХП у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, проведення поглибленого дослідження даної патогенетичної ланки з метою оптимізації ранньої діагностики та прогнозування перебігу НАЖХП на тлі артеріальної гіпертензії є доцільним та перспективним.

РОЛЬ ПРОЦЕСІВ АПОПТОЗУ В ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

ROLE OF APOPTOSIS IN THE COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Тверезовський В. М. */ Tverezovskyi V. M.*
Науковий керівник: д. мед. н., проф. Капустник В. А.
Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішніх та професійних хвороб
vtverezovskyi@gmail.com

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з превалюючих причин смерті із поширеністю до 10,1 % в світовій популяції. В подальші десятиліття прогнозується лише збільшення даного показника. Численні дослідження показали, що ХОЗЛ призводить до значної інвалідізації [Stratev et al., 2018] та на даний час вже є третьою причиною смерті в світі [Zhao et al., 2017; Di Daniele et al., 2015]. Дослідження Morgan et al. (2018) показало, що вже в 2010 році поширеність ХОЗЛ становила щонайменше 384 млн випадків.

Мета. Визначити роль апоптозу в патогенезі перебігу хронічного обструктивного захворювання легень.

Обговорення. Видалення ушкоджених клітин реалізується за допомогою апоптозу [Gogebakan et al., 2015]. Даний процес, на відміну від некрозу, є механізмом контрольованої клітинної смерті, який реалізується трьома

основними шляхами: рецептор-медійованим зовнішнім, ендоплазматичним та внутрішнім мітохондріальним. Зокрема до зовнішнього механізму належать низка каспаз: каспаза-8 та каспаза-9.

Так, головна функція каспази-8 є запуск апоптозу в наслідок дії зовнішніх факторів та активація процессінгу інтерлейкіну-1β [Qi et al., 2017]. Досліджено [Liu et al., 2017], що апоптоз є вагомим механізмом розвитку ХОЗЛ, що підтверджується підвищеними сироватковими рівнями каспази-8 та каспази-3.

Так, Gogebakan et al. (2015) в своєму дослідженні показали, що у пацієнтів із ХОЗЛ процеси апоптозу достовірно переважають за своєю інтенсивністю ($p = 0,015$), ніж у пацієнтів без ХОЗЛ, які палять. Відсоток апоптотичних бронхіальних епітеліоцитів склав відповідно 4,86±3,20 % та 2,71±1,61 %; В той же час, експресія мРНК каспази-8 була достовірно ($p = 0,031$) більш інтенсивною у пацієнтів з ХОЗЛ, порівняно із пацієнтами другої групи: 0,01±0,0014 та 0,0075±0,0009 відповідно. Отримані дані підтверджують залучення механізму каспази-8 в патогенез ХОЗЛ.

Інтенсивне хронічне запалення легень та епітелію дихальних шляхів у поєднанні із оксидативним стресом у пацієнтів із ХОЗЛ та дисбалансом протеолітично-антипротеолітичної систем призводять до деструкції легеневої тканини [Zhao et al., 2017; Liu et al., 2017]. Так, тривале запалення обумовлює виділення та накопичення активних форм кисню, які прискорюють формування оксидативного стресу, інтенсивність якого значно перевищує можливості антиоксидантного захисту легеневої тканини.

Висновки. Перспективним та актуальним на даний час є вивчення апоптотичних механізмів у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень, виокремити та дослідити прогностичні маркери апоптозу для ранньої діагностики даного ураження легень.

ЗАЛЕЖНІСТЬ СТАНУ ФАГОЦИТОЗУ ВІД ВІКУ ДІТЕЙ З ПОВТОРНИМИ ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ

DEPENDENCE OF THE STATE OF PHAGOCYTOSIS ON THE AGE OF CHILDREN WITH REPEATED INFECTIOUS DISEASES OF THE RESPIRATORY TRACT

Тимошина О. В. */ Tymoshyna O. V.*

Науковий керівник: засл. діяч науки і техніки України,
д. мед.н., професор Овчаренко Л.С.
Державний заклад «Запорізька медична академія
післядипломної освіти МОЗ України»,
кафедра педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії

Актуальність. Розвиток імунної системи передбачає важливий постнатальний етап, коли до вроджених механізмів захисту додаються набуті, тобто, так звані – адаптивні. Цей процес є динамічним та містить різні складні фази, що є особливо суттєвим у дитячому віці, коли імунна система зазнає перших контактів з оточуючим середовищем. Недостатність контакту з антигенами створює тимчасову недостатність набутих реакцій, що потребує більш активного функціонування вродженої ланки захисту – фагоцитозу.

Важливо розуміти, які зсуви фагоцитарних механізмів є недостатніми у дітей, що часто хворіють. В цій ситуації є питання – чому у дітей зберігається часта інфекційна захворюваність, після 5-річного віку, коли кількість клітин первинного неспецифічного захисту сягає показників дорослої людини. Саме тому, дослідження порушень фагоцитозу, про- та антиоксидантних процесів у дітей з повторними інфекційними захворюваннями респіраторного тракту є актуальним завданням сучасної педіатрії.

Метою даного дослідження є покращення діагностики порушень вродженого імунітету у дітей вікової групи від 2 до 10 років, які часто хворіють на інфекційні захворювання респіраторного тракту шляхом дослідження деяких показників поглинальної та метаболічної функції фагоцитозу.

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом було 120 дітей, з яких сформовано 4 групи спостереження: 1). діти, віком 2-5 років, які хворіють на гострі інфекційні захворювання респіраторного тракту більш ніж 4 рази на рік (n=30); 2). діти, віком 2-5 років, які хворіють на гострі інфекційні захворювання респіраторного тракту менш ніж 4 рази на рік (n=30), 3). діти, віком 6-10 років, які хворіють на гострі інфекційні захворювання респіраторного тракту більш ніж 4 рази на рік (n=30); 4). діти, віком 6-10 років, які хворіють на гострі інфекційні захворювання респіраторного тракту менш ніж 4 рази на рік (n=60).

Показники поглинальної та метаболічної функції фагоцитозу встановлювалися шляхом дослідження фагоцитарного числа, фагоцитарного індексу, індексу завершеності фагоцитозу, фагоцитарної активності нейтрофілів за тестом відновлення нітросинього тетразолію (НСТ-тест) – спонтанного та стимульованого (антигеном Staphylococcus).

Для зіставлення двох вибірок за частотою ефекту отримані результати оброблялися за допомогою непараметричного кутового критерію Фішера φ.

Результати. У дітей, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання, встановлено: зниження поглинальних характеристик фагоцитів – фагоцитарного числа, фагоцитарного індексу, індексу завершеності фагоцитозу, підвищення метаболічної ланки функціональної спонтанної активності нейтрофілів за даними НСТ-тесту, тобто надмірне посилення прооксидантних реакцій. Серед статистично більшої кількості дітей 1-ї та 3-ї групи, у порівнянні з 2-ю та 4-ю групою, має місце зниження показників вродженого імунітету – фагоцитарного числа (на 53,3%, $p<0,05$), фагоцитарного індексу (на 60,0%, $p<0,05$), індексу завершеності фагоцитозу (на 70,0%, $p<0,05$). Розподіл маркерів окисної активності фагоцитозу мав різноспрямований характер – збільшення числа дітей з високим спонтанним НСТ-тестом (на 43,3%, $p<0,05$) і низьким стимульованим НСТ-тестом (на 46,7%, $p<0,05$).

Висновки. Таким чином, результати дослідження продемонстрували, що у дітей віком 2-5 років та 6-10 років, що часто хворіють на гострі респіраторними захворюваннями має місце не недостатність фагоцитарних реакцій, а їхній складний дисбаланс з активацією одних компонентів та пригніченням інших. Це потребує не простої імунної стимуляції недостатніх механізмів, що може посилити прооксидантні процеси в клітинах, а чіткого

диференційованого підходу щодо відновлення порушених функцій фагоцитуючих клітин.

ВПЛИВ ВИСОКИХ КОНЦЕНТРАЦІЙ ХАРЧОВОЇ ДОБАВКИ Е407а НА ГЕНЕРАЦІЮ АКТИВНИХ ФОРМ КИСНЮ ЕРИТРОЦИТАМИ

IMPACT OF HIGH CONCENTRATIONS OF THE FOOD ADDITIVE E407a ON REACTIVE OXYGEN SPECIES GENERATION IN ERYTHROCYTES

Ткаченко А. С. */ Tkachenko A. S.*
Харківський національний медичний університет,
НДІ експериментальної та клінічної медицини
antontkachenko555@gmail.com

Актуальність теми. Європейське агентство з безпечності харчових продуктів (EFSA) збирає до кінця 2022 р. експериментальні дані щодо токсичності харчових добавок Е407 (очищений карагенан) та Е407а (напівочищений карагенан), які використовуються у харчовій промисловості в якості згущувачів, з метою переоцінки статусу цих добавок, що обумовлено науково обґрунтованими доказами токсичності карагенанів.

Метою роботи було дослідження здатності високих концентрацій харчової добавки Е407а індукувати генерацію активних форм кисню (АФК) у еритроцитах щурів in vitro.

Матеріали та методи. Зразки крові 8 щурів-самок популяції WAG, що збирали у вакутейенери з дікалієвою сіллю ЕДТА, були інкубовані горизонтально в 10 мл середовища RPMI-1640 зі стабільним глутаміном (Biowest, Франція) з натрій-фосфатним буфером (PBS, pH 7,4) у випадку контрольних зразків та розчином Е407а протягом 24 годин у концентрації 10 мг/мл (дослідні зразки). Потім 2 мкл промитих еритроцитів інкубували з робочим розчином 2′,7′-дихлордигідрофлуоресцеїн діацетату (H2DCFDA, Invitrogen™, США). Кінцева концентрація зонду становила 10 мкМ. Суспензії клітин інкубували протягом 30 хв у темряві. Після двократної промивки реєстрували інтенсивність флуоресценції дихлорфлуоресцеїну (ДХФ) на проточному цитометрі BD FACSCanto™ II (BD Biosciences, США). Критерій Манна-Уітні використовувався для порівняння числових значень середньої інтенсивності флуоресценції (СІФ) ДХФ у двох групах зразків.

Результати. H2DCFDA є стандартним зондом, що є чутливим до внутрішньоклітинних АФК. При потраплянні у клітину цей барвник деацетилюється естеразами й під дією АФК перетворюється на ДХФ, який флуоресціює. Інтенсивність флуоресценції ДХФ пропорційна вмісту АФК у клітинах. Встановлено, що інкубація еритроцитів супроводжується статистично достовірним ($p=0,0013$) підвищенням значення СІФ ДХФ більш ніж на 30% у порівнянні з контрольними зразками. Це свідчить про гіперпродукцію АФК та розвиток оксидативного стресу в еритроцитах щурів під дією напівочищеного карагенану.

Висновки. Безпосередній вплив Е407а на еритроцити щурів у концентрації 10 мг/мл призводить до активації процесів генерації АФК, що вказує на пряму еритротоксичну дію цієї харчової добавки.

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ НА ОСНОВІ ПОДВІЙНОГО ЦИНКУ ТА АРГІНІНУ В СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ З НЕКАРІОЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЗУБІВ

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC AGENTS ON DOUBLE ZINC AND ARGININE IN STUDENT YOUTH WITH NON- CARIOUS DENTAL LESIONS

Турянська Н. І. */ Turianska N. I.*

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика,
кафедра терапевтичної стоматології
dentist.nti@gmail.com

Актуальність теми. Зміни мікроелементного складу змішаної слини відіграють важливу роль в етіології і в розвитку некаріозних уражень зубів, особливо серед осіб молодого віку. Аналіз літератури дозволяє стверджувати, що практично усі дослідники відмічають серйозні порушення мінералізації і мікроструктури твердих тканин зубів при некаріозних ураженнях, однак показники мінерального обміну не лише у ротовій порожнині, але й в організмі цих пацієнтів залишаються недостатньо вивченими. Тому, актуальним залишається дослідження електролітного балансу слини при захворюваннях твердих тканин зубів, зокрема ерозіях зубів до та після застосування лікувально-профілактичної пасти на основі подвійного цинку та аргініну.

Мета дослідження: розробити систему діагностичних заходів некаріозних уражень зубів в осіб молодого віку (18-25 років) шляхом вивчення на молекулярному рівні потенційних маркерів ризику.

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведено дослідження мікроелементного складу слини, з аналізом показників Ca,P,Mg,Na,K у всіх групах обстежених осіб до та після використання зубної пасти з подвійним цинком та аргініном. Для проведення дослідження було відібрано 58 обстежуваних осіб, які були розприділені на 3 групи. В групі I – 19 обстежуваних осіб з діагностованим карієсом на тлі захворювань тканин пародонту. Група II – 20 обстежуваних осіб у яких діагностували ерозії зубів на тлі захворювань тканин пародонту. Група III – 19 обстежуваних осіб з ерозіями зубів на тлі інтактного пародонту. Група I використана для дослідження як група контролю. На другому етапі дослідження з 58 обстежених було відібрано 30 осіб (по 10 осіб з кожної групи) для проведення лікувально- профілактичних заходів за допомогою зубної пасти з подвійним цинком та аргініном. Обстежуваним особам було запропоновано користуватися зубною пастою протягом трьох тижнів, вранці і ввечері з подальшим дослідженням мікроелементного складу слини після використання даної пасти.

Результати. В результаті проведених досліджень (1-ий етап) показано, що розвиток ерозій зубів супроводжується зміною електролітного балансу слини. Відповідно, відбувається зниження Ca/P індексу, підвищення Na/K індексу, а також суттєве зниження вмісту магнію в слині обстежуваних осіб з груп II та III. В результаті проведених досліджень (2-ий етап дослідження мікроелементного

складу слини – після використання пасти з подвійним цинком та аргініном) показано достовірне підвищення концентрації фосфору у слині обстежуваних осіб з ерозіями зубів на тлі захворювань пародонту (Група II) у 2,6 рази після використання зубної пасти. Рівень кальцію знизився у 2,4 рази, порівняно з результатами отриманими до використання пасти у слині обстежуваних осіб зазначеної групи. Вміст натрію та калію в слині обстежуваних осіб II групи також знижувався у 1,6 та 1,4 рази, відповідно, порівняно з показниками до проведення лікувально – профілактичних заходів. Натомість вміст магнію підвищувався у 2,4 рази після використання зубної пасти, порівняно з показниками до лікування. В III групі показано достовірне підвищення вмісту фосфору в слині після застосування даної зубної пасти у 2,7 рази, порівняно з отриманими даними до застосування. Було встановлено зниження концентрації натрію та калію у 1,2 та 1,6, відповідно, порівняно з показниками для групи III до лікування.

Висновки. В результаті проведених досліджень показано, що розвиток ерозій зубів супроводжується зміною електролітного балансу слини. Отримані дані можуть вказувати на порушення реміналізації емалі. Проаналізувавши результати наших досліджень було визначено,що у обстежуваних осіб III групи показано зниження концентрації кальцію та фосфору у слині осіб, які палять у 1,6 та 1,2 рази, відповідно, порівняно з загальним значенням для групи, що може вказувати на більший ризик процесу демінералізації у осіб, які палять. В результаті проведених досліджень (2-ий етап дослідження мікроелементного складу слини – після використання пасти з подвійним цинком та аргініном) показано достовірне підвищення концентрації фосфору у слині обстежуваних осіб з ерозіями зубів на тлі захворювань пародонту (Група II) у 2,6 рази після використання зубної пасти. Вміст магнію підвищувався у 2,4 рази порівняно з показниками до лікування. В III групі після використання лікувально-профілактичної пасти показано достовірне підвищення вмісту фосфору в слині після застосування даної зубної пасти у 2,7 рази, порівняно з отриманими даними до застосування. В результаті проведених нами досліджень показано, що використання зубної пасти з подвійним цинком та аргініном призводить до достовірного підвищення фосфору у всіх групах обстежуваних осіб, що може вказувати на підвищення ремінералізуючих властивостей слини. В той же час суттєве підвищення концентрації магнію може сприяти зменшенню запалення пародонту, а також бути додатковим фактором захисту від карієсу та некаріозних уражень зубів.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНВЕРСИЯ ФАЗЫ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

КЛІНИЧНА ІНВЕРСІЯ ФАЗИ БІПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

CLINICAL INVERSION OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Федоренко М. В. */ Fedorenko M. V*

Науковий керівник: к.мед.н., доцент кафедри Вовк Вікторія Ігорівна

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,

медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії,

Особенности. Нарастание маниакальной симптоматики связано с назначением антидепрессантов.

Целью данной работы являлось сравнение профиля эффективности терапии биполярного расстройства в отношении депрессивных фаз. По данным некоторых исследований, примерно 41% времени в году пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР) находятся в депрессивном состоянии, тогда как только 6% – в состоянии мании. При депрессивном типе отмечается высокий уровень суицидальных попыток.Несмотря на широкое практическое использование антидепрессантов (АД) при лечении биполярной депрессии (БД), количество исследований их эффективности и безопасности, отвечающих требованиям доказательной медицины, весьма ограничено. Примерно у 25% больных БАР применение АД может привести к формированию быстроциклического и континуального течения либо к инверсии фазы из депрессивной в маниакальную. Частота инверсий имеет дозозависимый характер и тем выше, чем выше применяемые дозы препаратов. Поиск по базам данных позволяет найти всего одно исследование, в котором результаты монотерапии антидепрессантом сравнивались с назначением плацебо в фазе депрессии у пациентов с БАР любого типа. В данном исследовании приняли участие 740 пациентов, из которых 118 человек получали пароксетин, 121 – плацебо, а остальные – кветиапин (в дозе 300 или 600 мг). В этой работе пароксетин не отличился от плацебо, тогда как кветиапин продемонстрировал эффективность.

Описание случая. Больная А., 61 год, учитель украинского языка в сельской школе. На протяжении многих лет страдает БАР. Неоднократно проходила лечение в различных стационарах, последние несколько лет – в областной психиатрической больнице КНП ХОР «ОПЛ №1» (с. Стрілеча, Харківська обл.). В последнее время поступает в среднем 2-3 раза в полгода, предъявляя жалобы на ухудшение состояния.

Обсуждение.При расспросе выясняется, что состояние ремиссии после депрессивной фазы больная воспринимает негативно, высказывая желание вернуться в маниакальное состояние, которое ей «больше нравится». При этом вспоминает, как «когда-то лечилась у молодого врача, который назначал таблетки, от которых хотелось летать». Подробный расспрос выявил, что лечение депрессивных фаз приводило тогда к инверсии фазы с нарастанием маниакальной симптоматики, которое субъективно пациенткой воспринималось положительно. В результате дома пациентка начинает принимать лечение хаотично, самостоятельно меняя дозировку или отменяя препарат вовсе, пытаясь достичь маниакального состояния. Как следствие – состояние ухудшается, и родственники помогают госпитализировать больную в стационар. К своему состоянию не критична.

Выводы. Терапия биполярной депрессии на данный момент является одним из ярких примеров расхождения данных доказательной медицины и рекомендаций по терапии с реальной клинической практикой, что, безусловно,

требует современного подхода в назначении медикаментозного лечения с учетом возможности инверсии состояния в каждом конкретном случае БАР.

СИНТЕЗ НОВИХ ТІОФЕНВМІСНИХ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ

Хільковець А. В. */Hilkovec A. V.*
Наукові керівники: д.фарм.н., професор Парченко В.В.;
д.мед.н., професор Білай І.М.
Запорізький державний медичний університет, Україна,
кафедра природничих дисциплін для іноземних студентів та токсикологічної хімії
nastia010792@ukr.net

Вступ. На сьогоднішній день похідні 1,2,4-триазолу мають широке застосування у різних сферах людської життєдіяльності. Їх застосовують у якості лікарських засобів, у ветеринарії, сільському господарстві та в промисловості. Але на досягнутих результатах науковці не зупиняються і це не випадково. Щорічні публікації щодо нових досліджень похідних 1,2,4-триазолу є доказом того, що саме ця гетероциклічна система є невичерпним «підґрунтям» для будівництва нових перспективних сполук. Усі переваги даної системи є загальновідомим фактом: висока біологічна активність, низька токсичність та висока реакційна здатність. Саме завдяки останньому є можливим поєднання 1,2,4-триазолу з фармакофорними фрагментами інших молекул, що дає можливість поповнити та розширити арсенал нових перспективних молекул.

Мета дослідження. Без сумніву актуальним є поєднання типового фармакофору – тіофену та ядра 1,2,4-триазолу. Керуючись попередніми досягненнями вітчизняних вчених, було поставлено мету - отримати дві вихідні сполуки 5-(тіофен-3-ілметил)-4Н-1,2,4-триазол-3-тіол, 5-(тіофен-3-ілметил)-4-феніл-1,2,4-триазол-3-тіол та провести їх алкілування. Дослідити фізико-хімічні властивості отриманих нових неописаних раніше в літературі сполук.

Матеріали та методи дослідження. Використовуючи класичну методику синтезу, нами було отримано два вихідних тіоли. Реакції алкілування проводили за класичною методикою у спиртовому середовищі при наявності еквівалентної кількості лугу. Отримано ряд нових сполуки.

Результати. Отримано 25 нових сполуки ряду похідних 5-(тіофен-3-ілметил)-4R-1,2,4-триазол-3-тіолів. Будову всіх синтезованих речовин була підтверджена за допомогою сучасних фізико-хімічних методів аналізу: УФ-, ІЧ-, ПМР-спектроскопія, хромато-масспектрометрія, елементний аналіз.

Висновки. З метою розширення арсеналу нових перспективних молекул нами було синтезовано 25 нових похідних 1,2,4-триазолу, які містять фрагмент тіофену. Отримані сполуки були проаналізовано за допомогою сучасних фізико-хімічних методів. З отриманого ряду сполук деякі було обрано для подальшого дослідження.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЗУМОВУ ВІДСТАЛІСТЬ

AGE CHARACTERISTICS OF SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH MENTAL RETARDATION

Чабанюк С. О. */ Chabaniuk S. O.*
Науковий керівник: д.мед.н., доцент Підлубний Віталій Леонідович
Запорізького державного медичного університету МОЗ України,
кафедра психіатрії, психотерапії загальної та медичної психології,
наркології та сексології
seregka.larik@gmail.com

Вступ. Серед усіх форм психічної патології, що виявляються в дитячому віці, особливе місце займає розумова відсталість (РВ), яка робить істотний внесок у показники захворюваності та інвалідизації. Важливим є питання компенсації розладів в рамках РВ протягом періоду дорослішання.

Мета дослідження. Встановити закономірності між вираженістю соціальної дезадаптації та віком хворих на легку РВ.

Матеріали та методи. На базі Криворізького психоневрологічного диспансеру було проведено двоетапне дослідження 154 осіб 2003-2008 років народження хворих на легку РВ. Контингент складався зі 108 (70,13%) хлопчиків та 46 (29,87 %) дівчат, середній вік яких склав 16,08 років. В якості основного інструменту дослідження використовувалася «Карта для клініко-епідеміологічних досліджень», що включала в себе соціально-демографічні та анамнестичні відомості, клінічну частину з характеристикою наявних симптомів і синдромів.

Результати. За результатами дослідження було встановлено, що для осіб підліткового віку хворих на легку РВ є характерним збереження достатнього рівня життєдіяльності за сферами «Орієнтованість в собі і навколишньому» та «Здатність орієнтуватися поза домом і користуватися громадським транспортом» (середній бал 0,91±0,25 та 0,98±0,32 відповідно), субкомпенсований рівень вираженості (0,88±0,26) мав критерій «Навички самообслуговування», за усіма іншими сферами спостерігалось зниження адаптаційних можливостей: «Освітні навички та їх використання» на рівні 0,58±0,18 балів, «Навички спілкування» – 0,66±0,27 балів, «Побутові навички» – 0,71±0,31 балів, «Здатність до контролю і планування своєї діяльності» – 0,81±0,22 балів. Серед хворих на РВ дорослого віку було виявлено достатній рівень збереження соціальних навичок за сферами «Орієнтованість в собі і навколишньому» (0,98±0,27 балів), «Навички самообслуговування» (0,92±0,28) та «Здатність орієнтуватися поза домом і користуватися громадським транспортом» (0,98±0,19), декомпенсований рівень був виявлений за критеріями «Освітні навички та їх використання» на рівні 0,71±0,22 балів, «Навички спілкування» – 0,78±0,32 балів, «Побутові навички» – 0,79±0,31 балів, «Здатність до контролю і планування своєї діяльності» – 0,81±0,27 балів.

Висновки. Було виявлено стабільність перебігу РВ протягом життя хворих у контексті соціальної адаптації. Також було підтверджено, що рівень соціальної функціонування цих хворих залежить від глибини інтелектуального дефіциту, а тривалі лікувально-реабілітаційні впливи, психоосвітні заходи для батьків та родичів хворих, організація допомоги у працевлаштуванні та медикаментозний супровід можуть його частково компенсувати.

МІСЦЕ ІЛОПРОСТУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА COVID-19

THE PLACE OF ILOPROST IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COVID-19

Чеберніна І. О., Матрьонін А. Р., Амуєв С. С., Кобелєв Д. Є. /
Chebernina I. O., Matronin A. R., Amuiev S. S., Kobeliev D. Ye.
ДЗ «Луганський державний медичний університет»,
кафедра фармакології, клінічної фармакології та клінічної фармації
pharma.lsmu@gmail.com

Актуальність теми. При важкій формі COVID-19 за даними Кокрейнівських оглядів коагулопатія спостерігається у 16% пацієнтів. Це ускладнення призводить до підвищеного тромбоутворення у судинах та легенях: тромбоемболії легеневої артерії, інфаркту міокарда, ішемічного інсульту тощо. Тому використання ефективної антиагрегантної терапії є одним із способів профілактики смертності серед хворих на важкі форми COVID-19 з коагулопатією.

Ілопрост – представник групи лікарських засобів, антиагрегантний ефект яких розвивається завдяки стимулюванню простациклінових рецепторів, аденілатциклази та підвищенню цАМФ всередині тромбоциту. Також йому властива протизапальна дія за рахунок пригнічення вироблення інтерлейкіну-6 та фактору некрозу пухлин. При COVID-19 спостерігається запалення ендотелію та мікротромбоутворення у судинах,

Мета. Вивчення сучасного стану застосування ілопросту у пацієнтів з COVID-19 з використанням джерел бази даних PubMed.

Обговорення. Carine J Moezinia та соавтори описали три клінічні випадки 5-тиденного внутрішньовенного безперервного застосування ілопросту в комплексному лікуванні у хворих на важку форму COVID-19 з ознаками ішемії пальців верхніх та нижніх кінцівок. В усіх пацієнтів на 5 день клінічно зменшились симптоми ішемії кінцівок та нормалізувався серцевий ритм. До того ж, помічено, що ілопрост покращував показники вентиляції та перфузії легень.

Alida Filippini та співавтори також представляють клінічний випадок використання ілопросту у пацієнта з COVID-19, респіраторним дистрес-синдромом та ішемією передньої поверхні стопи після хірургічної тромбектомії. Ілопрост застосовували в дозі 50 мкг/добу в якості лікування проявів ішемії стопи, але було помічено, що у хворого паралельно з нормалізацією кровопостачання кінцівки покращилась дихальна функція, що було підтверджено за допомогою комп’ютерної томографії високої роздільної здатності. На знімках легень відмічали регресію симптому «матового скла», що є патогномонічною ознакою COVID-19.

Описані клінічні випадки не дозволяють достовірно казати про ефективність ілопросту для профілактики та лікуванні коагулопатій та дихальної дисфункції у хворих на важкі форми COVID-19, тому Pär Ingemar Johansson та співавтори зараз вивчають вплив безперервної 3-хдобової інфузії ілопросту на легеневу ендотеліопатію у хворих на COVID-19, що знаходяться на ШВЛ. Це багатоцентрове рандомізоване сліпе плацебо-контрольоване дослідження, яке ще триває.

Висновки. Застосування ілопросту у комбінованій медикаментозній терапії COVID-19 може бути ефективним доповненням завдяки здатності покращувати стан ішемізованих кінцівок та кардіореспіраторні параметри.

ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ ПРОЯВИ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ

GASTROINTESTINAL MANIFESTATION IN CHILDREN

Черниш Ю. Р., Дуда Л. В. */ Chernysh Y., Duda L.*

Науковий керівник: д мед наук, професор О.М.Охотнікова

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра педіатрії № 1

Вступ. Гастроінтестинальна харчова алергія характеризується розвитком алергічного запалення в слизовій оболонці гастроінтестинального тракту. Гастроінтестинальна харчова алерія може бути як ізольована форма та поєднануватись з іншими алергічними захворюваннями, такими як атопічний дерматит, бронхіальна астма та алергічний риніт, гостра кропив'янка.

Мета. Проаналізувати прояви гастроінтестинальної прояви у дітей з харчовою алергією.

Матеріали і методи. На базі Національної дитячої спеціалізоваеної лікарні «ОХМАТИД» було обстежено 64 дітей з харчовою непереносимістю, віком від 1 місяця до 12 років. Було детально вивчено анамнез життя, анамнез захворювання, скарги при госпіталізації. Проведено об'єктивний огляд, алергологічні дослідження (шкірні прик тести з харчовими алергенами, специфічні IgE до харчових продуктів, пряма оральна провокаційна проба), езофагогастродуоденоскопія та колоноскопія – для уточнення діагнозу гастроінтестинальної харчової алергії.

Результати. В результаті обстеження у 36 з обстежених пацієнтів виявлена гастроінтестинальна харчова алергія: 21 хлопчиків, 15 дівчаток. У 30,55% (11/36) з них гастроінтестинальна харчова алергія була представлена ізольованю формою. У 66,67% (24/36) пацієнтів був атопічний дерматит (АД). Алергічний риніт та бронхіальна астма спостерігалась у 52,78% (19/36) з усіх дітей з гастроінтестинальною харчовою алергією, зокрема у 73,68% (14/19) з низ першим проявом алергічної патології був атопічний дерматит. В анамнезі 5 дітей відмічались випадки гострої кропив'янки та ангіонабряк після вживання причинних продуктів (коров'яче молоко, риба, арахіс).

Початок гастроінтестинальних розладів на харчові продукти до 6 місяців (до введення прикорму) був у 38,89% (14/36) дітей, 78,57% (11/14) дітей з них були на грудному вигодовуванні з перших годин життя. У 19,44% (7/36) пацієнтів час виникнення перших гастроінтестинальних проявів харчової алергії з 6 до 12 місяців під час введення продуктів прикорму. У 11,11% (4/36) пацієнтів скарги з боку органів шлунково-кишкового тракту з'явилися з 3 років, а у 8,33% (3/36) пацієнтів з 7 років; і були представлені такими симптомами, як кольки у 25% (9/36) пацієнтів, біль у епігастрії – 36,11% (13/36), закрепи – 19,44 (7/36), зригуваня – 5,56% (2/36), гемоколіт – 11,11% (4/36). Гастроінтестинальні прояви харчової алергії до дебюту атопічного дерматиту спостерігалися у 19,44% (7/36) пацієнтів. У 47,22% (17/36) дітей маніфестація гастроінтестинальних проявів була

після дебюту АД. Причинні продукти: коров'яче молоко, картопля, гречка, риба, виноград, картопля, персики, фундук, пшеничне борошно, куряче яйце, свинина.

Дебют АД був на першому році життя у всіх пацієнтів з цією патологією: до 6 місяців у 45,83% (11/24) пацієнтів, які знаходились на грудному вигодовуванні, у 5 з яких при проведенні елімінації з дієти матері продуктів коров'ячого молока спостерігалось поліпшення шкірної симптоматики. У 51,17% (13/24) пацієнтів дебют АД становив у віці від 6 до 12 місяців, та у 7 з них був пов'язаний з введенням нових продуктів прикорму: коров'яче молоко (3), риба (1), яблуко (1), гречка (1), кукурудза (1).

Висновки. Гастроінтестинальні прояви харчової алергії перважно поєднуються з шкірними проявами, зокрема атопічним дерматитом, 66,67% (24/36). Серед обстежених дітей з атопічним дерматитом у 54,55% (13/24) дітей був доведений конкретний харчовий продукт як причина загострень шкірного синдрому.

СЕРЕДНЬОСТРОКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ НОВОЇ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АЛОПЛАСТИКИ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

MEDIUM-TERM RESULTS OF NEW LAPAROSCOPIC ALOPLASTY TECHNIQUE

Шаплавська А. І. */ Shaplavska A.*

Науковий керівник: д.м.н, професор Малиновський Андрій Володимирович

Одеський національний медичний університет,

кафедра роботизованої та ендоскопічної хірургії

shaplavskayaalina@gmail.com

Актуальність. Досі не знайдено оптимальної методики пластики гриж стравохідного отвору діафрагми (ГСОД). Алопластика рекомендована для гриж великого розміру, але необхідне використання безпечних сітчастих імплантатів та безпечної їх фіксації.

Метою роботи був аналіз середньострокових результатів нової методики алопластики гриж стравохідного отвору діафрагми.

Методи. З 2018 до I половини 2020 року було виконано 44 лапароскопічні пластики ГСОД 1 типу. Середня відстань між ніжками діафрагми була 4,6 см (3-5). Середній вік склав 48 років (22-78); жінок було 29, чоловіків - 15. Дві прямокутні ділянки ділянки сітки Parietene Progrip (Covidien), розмірами 1*1,5-3,5 см фіксувалися до задньої поверхні ніжок завдяки гачкам, потім виконувалася крурорафія разом з сіткою ниткою V-Loc 2-0 (Covidien) дворядним неперервним швом. При цьому використовувалася 3D лапароскопія. Тією ж ниткою виконана фундоплікація за Ніссеном.

Результати. Інтра- та післяопераційних ускладнень не було. Середня тривалість хіатопластики склала 14 хв(8-25). Результати простежені в середньому через 12 місяців(10-19) з використанням опитувальників, ендоскопічного та рентгенологічного дослідження. Анатомічний рецидив з частковою міграцією манжетки спостерігався у 1 пацієнта і не потребував реоперації (2,2%). Рефлюксних рецидивів та стенозу стравоходу не було.

Висновки. 1. Нова методика (внутрішнього підсилення задньої крурорафії) показала простоту та безпечність. 2. 3D лапароскопія полегшує та прискорює виконання хіатопластики. 3. Середньо-термінові результати продемонстрували відсутність рефлюксних рецидивів, стенозу стравоходу/дисфагії, а анатомічний рецидив з частковою міграцією манжетки (без реоперацій) мав місце лише в 1 випадку (2,2%).

ВПЛИВ ПРОБІОТИКОТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ЕНДОГЕННОГО ГЛЮКАГОНОПОДІБНОГО ПЕПТИДУ-1 У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

EFFECT OF PROBIOTIC THERAPY ON THE LEVEL OF ENDOGENOUS GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Шишкань-Шишова К. О., Зінич О. В.,
Кушнарьова Н. М., Ковальчук А. В., Прибила О. В. /
Shyshkan-Shyshova K. O., Zinych O. V., Kushnareva N. M, Kovalchuk A. V., Prybyla O. V.
ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України», Київ

Актуальність. Доведено, що кишкова мікробіота відіграє активну роль в багатьох життєво важливих процесах в організмі, в тому числі засвоєнні поживних речовин, функціональному стані імунної системи, жирової тканини, а також забезпечує утворення вторинних жовчних кислот, перетворення холіну, продукцію вітамінів, коротколанцюгових жирних кислот та амінокислот, абсорбцію важливих мікроелементів, тобто бере участь у формуванні метаболічного фенотипу організму. Порушення якісного та кількісного складу мікробіоценозу кишківника є важливим чинником виникнення цілої низки дисметаболічних станів – ожиріння, синдрому інсулінорезистентності, цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Ключовим механізмом впливу мікробіоти кишківника на глікемію та резистентність до інсуліну, є дія бактеріальних метаболітів на ентероендокринну функцію клітин ендотелію. Результати досліджень свідчать про позитивний вплив застосування пробіотиків на показники ступеня ожиріння, інсуліночутливості та стан вуглеводного та ліпідного обмінів, проте недостатньо вивченим залишається питання стосовно впливу корекції кишкової мікробіоти на секрецією інкретинових гормонів у пацієнтів з ЦД 2 типу.

Мета роботи: дослідження рівня ендогенного ГПП-1 в сироватці крові пацієнтів з ЦД 2 типу на тлі прийому пробіотика (1 капсула містить 7 штамів пробіотичних мікроорганізмів Lactobacillus casei, Lactobacillus rhamnosus, Streptococcus thermophylus, Bifidobacterium breve, Lactobacillus acidophylus, Bifidobacterium longum, Lactobacillus bulgaricus) порівнянно з терапією ліраглутидом з урахуванням показників антропометрії та композиції тіла.

Матеріали і методи. До відкритого проспективного дослідження включено 23 пацієнта з ЦД 2 типу, яких рандомізовано методом випадкових чисел в группу лікування пробіотиком - 1-а група (n=11) і препаратом арГПП-1- 2-а группа (n=12). Середній вік досліджуваних і тривалість захворювання становили 56,4 ±

10,5 років та 8,62 ± 5,7 років, відповідно. Початково всі пацієнти перебували на терапії метформіном в средній добовій дозі 1500 мг/добу. У хворих проводили антропометричні виміри та клініко-лабораторне обстеження до та після лікування. Визначали рівень ГПП-1 в сироватці крові натще імуноферментним методом (з використанням набору ELISA) на аналізаторі імуноферментному Stat Fax 3200, виробник «Awareness Technology» (США). Методом біоелектричного імпедансу з використанням аналізатора Tanita BC-545N (Японія) оцінювали показники композиції тіла: % жиру в організмі, % води, м'язеву та кісткову масу, рівень вісцерального жиру. Тривалість спостереження становила 3 місяці. Для аналізу результатів дослідження використовувався парний t-критерій Ст'юдента при порівнянні даних всередині групи хворих.

Результати. Аналіз даних не виявив достовірного зниження показників ІМТ та рівня вісцерального жиру в 1-й групі пацієнтів, однак зафіксовано достовірне збільшення концентрації ГПП-1 (з 2,31±0,72 до 3,78±0,87 нг/мл; P<0,05). В 2-й групі пацієнтів, які отримували терапію арГПП-1, виявлено достовірне зниження рівня глікемії, зменшення маси тіла, ІМТ, окружності талії та підвищення рівня ГПП-1 в сироватці крові (з 1,41±0,35 до 3,09±0,52 нг/мл; P<0,05), а також зниження % загального жиру (з 39,87±2,67 до 35,45±2,72%; P<0,05), рівня вісцерального жиру (з 14,38±1,14 до 13,16±1,55; P<0,05) і збільшення % води в організмі (44,33±1,71 до 46,99±1,90 %; P<0,05).

Висновок. Призначення пацієнтам з ЦД 2 типу пробіотика додатково до попередньої терапії через 3 місяці застосування призводило до підвищення рівня ГПП-1 в сироватці крові. Даний ефект може бути пов'язаний з покращенням стану мікробіоти кишківника і, як наслідок, секреції ендогенного ГПП-1, що дає підстави для проведення подальших досліджень.

ДИНАМІКА ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СУПРАТЕНТОРІАЛЬНИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ У РАННЬОМУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

RECOVERY DYNAMICS AMONG PATIENTS WITH SUPRATENTORIAL ISCHEMIC STROKE IN EARLY REABILITATION PERIOD

Шкарупа В. Є. */ Shkarupa V. E.*

Науковий керівник: д. мед. н., професор, Мєдвєдкова С. О.

Запорізький державний медичний університет,

кафедра сімейної медицини, терапії, кардіології та неврології ФПО

shkarupa.v.e@zsmu.edu.ua, kafedrasmfpo@gmail.com

Актуальність. Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) вже давно займають перші позиції серед причин смертності та інвалідизації населення по всьому світу. Переважну більшість складає ішемічний мозковий інсульт, на його частку припадає 87% всіх випадків ГПМК. Для відновлення втраченого функціоналу найважливішим є саме ранній відновний період. Кінцевий результат реабілітаційних заходів напряму залежить від проведеної терапії в перші місяці після інсульту. Тож метою даної роботи було вивчити динаміку відновлювальних процесів у хворих які перенесли супратенторіальний ішемічний інсульт шляхом застосування сучасних шкал.

Матеріали і методи. В клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету було проведено клініко-інструментальне обстеження 37 пацієнтів (10 жінок та 27 чоловіків; середній вік 58,0 років), які перенесли супратенторіальний ішемічний інсульт, у ранньому відновному періоді. Клініко-неврологічне дослідження проводилось за допомогою наступних шкал: ступінь неврологічного дефіциту оцінювали за шкалою інсульту Національного Інституту здоров'я США (National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS), рівень функціонального відновлення оцінювався за модифікованою шкалою Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS), оцінка можливостей побутових навичок та незалежності у повсякденному житті проводилась за допомогою індексу Бартела (Barthel ADL Index – BI). Інструментальне дослідження включало комп'ютерну томографію.

Результати. Серед обстежених пацієнтів у 24 (64,86%) ураження локалізувалося у лівій півкулі і у 13 (35,14%) у правій. Локалізація ураження не впливала на рівень неврологічного дефіциту (NIHSS), функціонального відновлення(mRS) чи можливість самообслуговування (BI). На 10 добу медіана балу за NIHSS складала – 6, за mRS – 3, за BI – 65. При аналізі динаміки цих показників було виявлено зниження балу за NIHSS та mRS на 30 та 90 добу, і відповідне підвищення балу за BI. Було виявлено достовірний кореляційний зв'язок між рівнем неврологічного дефіциту(NIHSS на 10,90,180) та рівнем функціонального відновлення (mRS на 10,90,180), а також між рівнем неврологічного дефіциту(NIHSS на 10,90,180) та ступенем незалежності у повсякденному житті (BI на 10,90,180). Також було виявлено позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем неврологічного дефіциту в дебюті (NIHSS на 10 добу) та розміром осередку ураження. Вік, стать та індекс маси тіла (ІМТ) пацієнтів не впливали на рівень неврологічного дефіциту, рівень функціонального відновлення чи ступінь незалежності у повсякденному житті.

Висновки. 1.Встановлено залежність рівня функціонального відновлення та ступеня незалежності у повсякденному житті від рівня неврологічного дефіциту ($p<0,05$). 2. Виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем неврологічного дефіциту в дебюті та розміром осередку ураження ($p<0,05$). 3. Локалізація ураження, стать, вік та ІМТ пацієнтів не впливали на рівень неврологічного дефіциту, ступінь функціонального відновлення або рівень незалежності у повсякденному житті.

МІНІ-ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ, ФУНДОПЛІКАЦІЯ ЗА НІССЕНОМ ТА КАРДІОМІОТОМІЯ ЗА ГЕЛЛЕРОМ З *FAST TRACK* - ПРОТОКОЛОМ ПРИ ПАНДЕМІЇ COVID-19

MINI-LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY, NISSEN FUNDOPLICATION AND GELLER CARDIOMYOTOMY WITH FAST TRACK PROTOCOL DURING COVID-19 PANDEMIC

Штипуляк В. Р. */Shtypulyak V.*

Науковий керівник: д.м.н, професор Малиновський Андрій Володимирович

Одеський національний медичний університет,

кафедра роботизованої та ендоскопічної хірургії

veronika-nika12@rambler.ru

Актуальність. Стандартними методами виконання холецистектомії, фундоплікації за Ніссеном та кардіоміотомії за Геллером є лапароскопічні операції. Однак рання виписка і відновлення пацієнта є особливо необхідними в умовах пандемії COVID-19. Раціональне застосування міні-лапароскопії для хірургічного лікування забезпечує досягнення позитивного результату і зниження рівня післяопераційних ускладнень.

Мета завдання дослідження вивчити результати міні-лапароскопічних холецистектомій, фундоплікацій за Ніссеном та кардіоміотомії за Геллером у поєднанні з *fast track* –протоколом при пандемії covid-19

Матеріали і методи дослідження. З вересня по грудень 2020 року було виконано 14 міні-лапароскопічних операцій: 6 холецистектомій, 7 фундоплікацій за Ніссеном і 1 кардіоміотомія за Геллером. Холецистектомія була виконана з 4 троакарів: один 10 мм, один 5 мм і два 3 мм. Фундоплікація та кардіоміотомія виконані з 5 троакарів: три 5 мм, два 3 мм. Були включені пацієнти з ІМТ менше 35 кг/м², молодого віку з неважким перебігом захворювання.

Результати. Конверсій не було в жодному випадку, інтра- та післяопераційних ускладнень не було. Середня тривалість операції склала: 50 хвилин(40-70) для холецистектомії, 140хв (110-170) для фундуплікації, 210 хв для кардіоміотомії. Післяопераційний ліжко-день склав: 1 день після холецистектомії, 2 дня після фундуплікації за Ніссеном, 3 дні після кардіоміотомії. Інтенсивність болей на І добу після операції склала 1.3 бали (0-3) після холецистектомії, 2.2бали (0-3) після фундуплікації. У половини пацієнтів больовий синдром був повністю відсутній. Косметичний результат через 2 тижні після операції склав 9.8 балів (9-10) для холецистектомії, 9.7 балів (9-10) для фундоплікації та операції за Геллером.

Висновки. 1.Міні-лапароскопічна холецистектомія, фундуплікація за Ніссеном, кардіоміотомія за Геллером технічно можливі у окремих пацієнтів. 2.Вони знижують післяопераційну біль та дозволяють виписати пацієнтів наступного дня. 3. Потрібна оптимізація показань для цих операцій.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МІОГІМНАСТИКИ ДЛЯ ГУБ В ПРОТОКОЛІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З САГІТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИКУСУ

CLINICAL AND LABORATORY SUBSTANTIATION OF THE USE OF MYOGYMNASTICS FOR THE LIPS IN THE PROTOCOL OF ORTHODONTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH SAGITTAL OCCLUSION DISORDERS.

Щербина Т. М. */ Shcherbyna T. N.*

Науковий керівник: д.м.н., професор Лихота К.М.

Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, кафедра стоматології.

shcherbynatatiana1408@gmail.com

Актуальність теми. Дисфункція колового мязу рота– є однією з найбільш розповсюджених супутніх причин та проявів у розвитку сагітальних патологій прикусу.

Часто після зняття постійних апаратів відбуваються рецидиви .Запропонована нами оптимізація протоколу ортодонтичного лікування, з включенням трейнеру для міофункціональної корекції шкідливих звичок та комплексу вправ з міогімнастики для губ,розроблена для того, щоб послабити дестабілізуючі зусилля губ у фронтальному відділі зубних рядів за рахунок міофункціонального трейнінга під час лікування знімними або незнімними апаратами. Це досягається особливостями дизайну: язичка, направляючих та губного бампера.

Мета. Підвищення ефективності ортодонтичного лікування скупченого положення фронтальної групи зубів та сагітальних порушень прикусу у осіб молодших вікових груп шляхом розробки нових методик лікування із застосуванням стандартної міофункційної апаратури та комплексу міогімнастики для губ.

Матеріали та методи. Перший етап роботи полягає у визначенні морфо-функціональних параметрів зубощелепної системи у дітей із дисфункцією колового м`язу роту . Дослідження ефективності запропонованих методів лікування та оцінки їх комплексного підходу до корекції даної патології. Нами прийнято на лікування 36 дітей зі змінним прикусом віком від 6 до 12 років, у яких спостерігаються сагітальні аномалії прикусу в поєднанні з порушеннями функції колового м'язу роту. Залежно від патології прикусу пацієнтів поділено на підгрупи А і В. До підгрупи А включено дітей з глибоким прикусом у фронтальному відділі, до підгрупи В – з сагітальною щілиною

Другий етап роботи полягає у ортодонтичному лікуванні пацієнтів із дисфункцією колового м`язу роту. Згідно обраної методики ортодонтичного лікування пацієнти дослідних груп були додатково поділені на 2 підгрупи.

В 1 підгрупи обох основних груп увійшли діти, лікування яких проводилось за запропонованою методикою, до 2 підгруп – за стандартною. Контрольну групу, яку склали 6 дітей із фізіологічним прикусом аналогічного віку без дисфункції колового м`язу роту, які служили контролем ефективності проводимого ортодонтичного лікування.

Лікування дітей як із тільки глибоким прикусом у фронтальній ділянці (група А), так і з сагітальною щілиною у фронтальній ділянці (група Б) проводиться за запропонованою методикою (паралельне використання преортодонтичних міофункціональних трейнерів та механічно діючих апаратів з розширюючими гвинтами і оклюзійними накладками у поєднанні з міогімнастикою для губ) та стандартною методикою (механічно діючі апарати з розширюючими гвинтами та оклюзійними накладками).

Патологія прикусу оцінюється за класифікацією Енгля (1898). Проводяться виміри вертикальних, трансверзальних та сагітальних розмірів щелеп за методом Долгополової, в II групі вимірювання ширини зубних дуг проводяться за методом Pont та Korkhaus. Визначаються форми зубних дуг верхньої та нижньої щелепи.

Проводяться виміри сили губ з допомогою апарату Triger Pull Gauge (фірми Lyman) та фотометрія лицевих параметрів.

Результати. Ефективність запропонованої схеми ортодонтичної та міофункціональної реабілітації буде доведено клінічними, антропометричними та функціональними показниками, які визначатимутся до та в різний час після початку лікування.

Висновки. Використовуючи запропонований метод ортодонтичного лікування (застосування преортодонтичних трейнерів,міогімнастики та вправ, направлених на покращення функції колового м'язу роту, у поєднанні з механічно діючою ортодонтичною апаратурою), динаміка всіх досліджуваних параметрів корелюватиме з термінами усунення патології та вказуватиме на підвищену ефективність лікування при застосуванні запропонованого методу, а саме: у всіх пацієнтів нормалізовуються форми зубних дуг, показники ширини та довжини зубних дуг, а також збільшується сили тонусу кругового м'язу роту . Відновлюються міжоклюзійні зв'язки. Подібні показники для тих, кого лікували за стандартною методикою, хоч і демонстрували позитивну динаміку, але відрізнялись відсутністю довготривалої стабільності результату ортодонтичного лікування, у порівнянні з показниками осіб, які лікувалися відповідно до запропонованого методу, так і від показників контрольної групи.

КИШКОВИЙ МІКРОБІОМ ЯК ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ЗДОРОВ`Я ЛЮДИНИ

INTESTINAL MICROBIOME AS AN IMPORTANT FACTOR IN HUMAN HEALTH

Юзьків Т. І. Климнюк С. І. / Yuzkiv T. I., Klymnyuk S. I.
Науковий керівник: д-р мед. наук, професор С.І. Климнюк
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, кафедра мікробіології, вірусології та імунології
yuzkiv@tdmu.edu.ua

Актуальність. Найважливіше значення для організму людини відіграє мікробіота кишківника, оскільки являється складною за видовим різномаїттям мікроорганізмів у кожному його відділі зокрема, адже кишківник є екскреторним органом. На жаль, з кожним роком інтенсивно збільшується кількість факторів, які чинять негативний вплив на кишковий мікробіом, зокрема це екологічні фактори, режим харчування, сучасний спосіб життя.

Мета. Вивчити представників мікробіоценозу кишківника людського організму.

Обговорення. Кишкова мікробіота становить важливу частину мікрофлори людини, оскільки найбільш численна та різноманітна. Загалом мікробіота людини складає сукупність мікробіоценозів, які колонізують поверхню людського тіла, у тому числі і шлунково-кишковий тракт. Відомо, що мікробіом кишечника безпосередньо впливає на функціонування організму-хазяїна та рівень його здоров'я, а її склад залежить від характеру харчування та способу життя людини. Адже основну її масу становлять анаеробні мікроорганізми Bifidobacterium spp., Bacteroides spp. При різних захворюваннях порушується співвідношення

представників нормальної мікробіоти, що сприяє розмноженню патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. В такому випадку розвивається патологічний процес, так званий дисбіоз.

У дослідженні M. Million et al. (2013) до основних факторів, що впливають на склад мікробіому кишечнику і розвиток ожиріння, віднесли тип вигодовування (грудне або штучне) в дитячому віці та подальшу дієту, яка визначає склад мікробіому і його метаболічні функції. Також було відзначено, що немовлята, мікробіом кишечнику яких характеризується високим рівнем клостридій і стафілококів і низькою концентрацією біфідобактерій, мають високий темп вагових збільшень.

Висновки. У процесі роботи будуть використані сучасні діагностичні методики, буде охоплено контингент осіб з кишковий дисбіозом. Очікуємо отримати нові дані щодо комплексної оцінки стану мікробіому кишечника, та визначення критеріїв дисбіозу кишківника.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕБІОТИКІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СКЛАДУ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ

PREBIOTICS APPLICATION PROSPECTS FOR CORRECTION OF THE INTESTINAL MICROFLORA COMPOSITION

Ясній В. Б. */ Yasnii V. B.*

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор С.І. Климнюк

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,

кафедра мікробіології, вірусології та імунології

yasnii@tdmu.edu.ua

Актуальність. Їжа є найбільш важливим зовнішнім чинником, який впливає на стан мікробіоти кишечника. На фоні активного застосування пребіотиків спостерігають зміни не тільки складу мікробіоти, а й поліпшення гомеостазу та метаболізму організму в цілому.

Мета. Провести огляд літературних джерел, в яких розглянуто вплив пребіотиків на кишкову мікрофлору.

Обговорення. Одним із способів модуляції мікробіоти кишечника є застосування пребіотиків – неперетравлюваних компонентів харчових продуктів, які позитивно впливають на стан здоров’я макроорганізму шляхом вибіркового стимулювання росту і/або активності шлунково-кишкової мікрофлори. Більшість пребіотиков є вуглеводами, найбільш відомі з яких фруктоолігосахариди, галактоолігосахариди, інулін, лактулоза та стійкі крохмалі. Пребіотики регулюють продукцію коротколанцюгових жирних кислот (КЛЖК), таких як ацетат, пропіонат і бутират. За даними низки досліджень, застосування пребіотиків зменшує системное запалення, інсулінорезистентність, ендотоксемію. У результаті клінічних випробуваннях встановлено зниження показників індексу маси тіла, окружності талії, маси жирової тканини і інсулінорезистентності. Крім того, було виявлено позитивний вплив на підвищення концентрації ГЛП-1 (глюкагонподібний пептид-1) і пептиду YY (пептид тирозин-тирозин), що

призводить до анорексигенного ефекту через гіпоталамус, зменшення рівня експресії греліну, орексигенного шлункового пептиду. У результаті застосування пребіотиків знижуються апетит і кількість спожитої їжі. Найкращими джерелами натуральних пребіотиків є артишоки, цибуля ріпчаста, цикорій, часник і цибуля-порей.

У дослідженні впливу пребіотиків на склад кишкової мікрофлори собак додаванням до харчування кореня цикорію, що є джерелом інуліну, призводило до збільшення Bifidobacterium і зниження C. perfringens. При цьому тварини не були обмежені в їжі. В експерименті на мишах з індукованим ожирінням прийом пребіотика призвів до зменшення Firmicutes і збільшення Bacteroidetes, а також до збільшення A. muciniphila, чия популяція, негативно корелює з ожирінням. Дослідження у людини також показали стимулюючий ефект пребіотиків на зростання Bifidobacterium, Lactobacillus і F. prausnitzii. Шляхом збільшення і зміни складу кишкової мікрофлори пребіотики приводять до появи безлічі позитивних ефектів, таких як стимуляція зростання біфідо- і лактобактерій, зниження pH вмісту кишечника, регуляція фізіологічної діяльності кишечника, продукція КЛЖК, пригнічення утворення ІЛ-8, лейкотрієнів. З метою підвищення ефективності пребіотиків часто їх застосовують разом з біологічно активними сполуками чи живою мікрофлорою.

Висновки. Очевидно, що підтримання гомеостазу і нормального обміну речовин неможливо без відновлення якісного складу мікроорганізмів кишечника.

Цікавим є подальше вивчення впливу різних груп цукрознижувальних препаратів, пре- і пробіотиків на стан кишкової мікробіоти, як можливих методів лікування метаболічних порушень, які дозволять оптимізувати оздоровлення кишкової мікрофлори.

ЗМІСТ

Арцимович А. Г. Алельний поліморфізм генів фактору некрозу пухлини- α та інтерлейкіну-6 у пацієнтів з ювенільним ідіопатичним артритом ……. 3
Березіна В. В. Етика діагнозу: філософські аспекти …… 4
Бойко А. В. Взаємозв'язок між традиційними факторами серцево-судинного ризику із активністю запального процесу і атеросклерозом у хворих на псоріатичний артрит …….. 6
Болюк М. В. Характеристика болю при гострому коронарному синдромі у пацієнтів з цукровим діабетом …… 7
Вишемирська Т. А. Комплексне ортодонтичне лікування дітей з сагітальними аномаліями прикусу та з порушенням носового дихання …… 8
Возіанов О. С. Контактна уретеролітотрипсія в лікуванні хворих на конкременти сечоводу …….. 10
Волинський Д. А. Особливості динаміки показників ліпідного спектру крові та даних ехокардіографії у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та супутньою артеріальною гіпертензію на фоні лікування мельдонієм ……. 10
Воробйова Н. В. Патогенетична роль кишкової мікробіоти в синдромі мальабсорбції вуглеводів у дітей раннього віку з ротавірусною інфекцією .. 12
Воробчак О. І. Особливості імунного статусу при хронічних запальних захворюваннях жіночих внутрішніх статевих органів …….. 14
Гавриленко В. Є. Особливості перебігу когнітивних порушень у хворих на післяопераційний гіпотиреоз та неалкогольну жирову хворобу печінки …… 15
Гаращенко Т.А. Клініко-епідеміологічні особливості перебігу SARS-CoV-інфекції серед госпіталізованих дітей в Україні …… 16
Гладких Ф. В. Антиноцицептивна активність кріоконсервованого екстракту плаценти та ібупрофену при їх комбінованому застосуванні в експерименті ……. 17
Глогуш І. І. Локальний алергічний риніт: питання, що ставить перед нами сьогодення. Пошук відповідей …… 19
Гордійчук М. П. Пошук методу запобігання неспроможності анастомозу при хірургічному лікуванні раку прямої кишки …… 20
Городецька А. І., Дядик О.О. Морфологічна характеристика ураження нирок при віл-інфекції у пацієнтів, що приймали АРТ …… 22
Господаренко Л.А. Урогенітальна інфекція при захворюваннях шийки матки у вагітних жінок …… 24
Дембіцький А. Р. Застосування PRP в лікуванні трофічних виразок венозної етіології …….. 25
Демидас О. В. Деякі клінічні особливості соматоневрологічних взаємовідносин у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки 26
Jain Sejal K. Polycythemia vera - human blood disorder and treatment correlation with COVID-19 …… 27
Диня Ю. З. Питання диференційної діагностики діабетичної ентероколопатії та синдрому подразненого кишечника ……... 29

Дуб А. І. Дослідження антиоксидантної активності фітокомпозиції при експериментальному метаболічному синдромі ……. 30
Дуве Х. В., Тиш С. Ю. Стан свідомості у дебюті аневризмального субарахноїдального крововиливу як маркер когнітивного виходу пацієнтів 31
Дутко В.Р., Лавренюк Ю.В. Сучасні погляди на хірургічну корекцію генітальних пролапсів, поєднаних з елограцією шийки матки у жінок репродуктивного віку …….. 32
Єфіменко С. О. Клініко-анамнестична характеристика феномену психічного виснаження серед студентів медичного університету …….. 34
Завертиленко Д. С., Кругляк Є. К. Симультанна корекція прогнозованого гастроезофагеального рефлюксу після рестриктивної баріатричної операції пацієнтам з ожирінням …… 35
Заверуха Н. В.Роль маркерів метаболізму кісткової тканини у діагностиці остеопорозу …….. 37
Загарійчук О. В. Тактика лікування і реабілітації пацієнтів з маячними ідеями впливу розладів спектру шизофренії ……. 38
Захарченко Н. А. Цистатин С як маркер пошкодження нирок при інфекціях сечовидільної системи …… 39
Карпенко К. С. Клініко-гістологічні і імуногістохімічні зіставлення особливостей ураження шкіри у хворих на вітиліго ……. 41
Кваченюк О. Г. Характеристика ендоскопічних особливостей змін шлунково-кишкового тракту у дітей з IgA-васкулітом …… 42
Кириченко О. В. Клініко-демографічна характеристика пацієнтів з гострим ішемічним інсультом …… 44
Kyselova Alina Comparison of effectiveness between family-based treatment and cognitive-behavioral therapy in case of adolescents who are diagnosed with bulimia nervosa …….. 45
Кобзар О. М. Диференційна діагностика деперсоналізаційно-дереалізаційного синдрому …….. 46
Коваленко І. А. Роль індукційної хімієтерапії як частини тотальної неоад'ювантної терапії при місцево поширеному раку прямої кишки ……... 47
Ковальова М. А. Вплив засобів індивідуальної гігієни на макроелементний склад слини у пацієнтів з гіперестезію твердих тканин зубів без порушення функції щитоподібної залози …….. 48
Кокоєва Ю. В. Етап безпосереднього протезування на дентальних імплантатах: вибір раціонального протетичного елементу …….. 49
Коляник І. О. Вплив мелатоніну на сукцинатдегідрогеназну та h^+-атф-азну активність в мітохондріях печінки щурів при експериментальній нефропатії …….. 51
Костинська Н. Г. Толерантність до фізичного навантаження у дітей шкільного віку з коморбідністю артеріальної гіпертензії та ожиріння ……. 53
Котенко А. О. Статеві особливості проявів депресії у осіб юнацького та молодого віку …… 54
Кулешов В. В. Аналіз результатів медико-соціологічного дослідження щодо задоволеності пацієнтів консультативно-діагностичного центру

системою електронного запису на прийом до лікарів-спеціалістів ……. 55
Куцюк А. А. Особливості використання T-scan технології у пацієнтів з дефектами твердих тканин зубів ……. 58
Куцюк Т. В. Лихота К. М. Корольва Ж. В Комплексний підхід у лікування сагітальних аномалій прикусу у дітей …… 59
Кучеренко В. С. Оцінка соматоформної та конверсійної (дисоціативної) симптоматики при депресивних розладах …… 61
Кушніренко О. В. Сечокам'яна хвороба – хронічна хвороба нирок …… 62
Mohammed Ayaan Qureshi Problems of heart and how you can treat them …… 63
Лавренюк Ю. В. Аногенітальні кондиломи асоційовані із ВІЛ-інфекцією. Клінічний випадок …… 64
Лавренюк Ю. В. Якість життя жінок після нехірургічної корекції початкових форм генітальних пролапсів …… 66
Ланюш Ф. В. Особливості хворих із цукровим діабетом 2 типу, ожирінням та компульсивним переїданням …….. 68
Лецин Д. В. Особливості порушень водно-сольового обміну та варіабельності серцевого ритму у жінок при екстракорпоральному заплідненні …… 69
Лисенко В. А. Чи може бути ngal маркером кардіального ремоделінга у хворих на хсн ішемічного ґенезу? …….. 70
Лихота К. М., Малашенко Н. Ю. Виявлення взаємозалежних чинників та їх вплив на тривалість лікування патологій затримки прорізування фронтальної групи зубів ……. 71
Максимчук Д. В. Причини та фактори ризику неспроможності культі дванадцятипалої кишки при резекції шлунку при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки …… 73
Манжелєєва І. В., Вега А. Р. Роль ранньої протизапальної терапії в поліпшенні прогнозу та профілактиці ускладнень коронавірусної хвороби (COVID-19) …… 75
Мартинюк В. М. Роль поліморфізму генів системи детоксикації у патогенезі генітального ендометріозу …… 77
Маруняк С. Р. Значення рівнів анексину V плазми у розвитку ранніх післяопераційних кардіальних ускладнень …… 78
Масович С. О. Деякі аспекти характеристик головного болю у пацієнтів з глаукомою ……. 79
Мельник Б. М. Передчасна втрата тимчасових молярів …… 80
Мельничук Г. О., Ходос В. А. Застосування ендовенозного електрозварювання в лікуванні хронічніних захворювань вен нижніх кінцівок …….. 81
Михайловська Л. О.Морфо-функціональна характеристика щелепно-лицевої ділянки у дітей зі шкідливими звичками ……. 82
Надюк А. В., Косова Г. А., Киричко М. Г., Білецький В. В. Вікові особливості ранкового підйому артеріального тиску у чоловіків з гіпертонічною хворобою та надлишковою масою тіла …… 84

Налізьонна Ю. І., Лавренюк Ю.В. Сучасні погляди на клініко-діагностичні аспекти гіперплазії ендометрію в жінок різних вікових груп …….. 85
Начеса Я. С. Умови та особливості виконання трахеостомії під час пандемії COVID-19 (аналіз рекомендацій) ……. 87
Ніколаєнко М.О., Алієва Г. Особливості мікробіоценозу піхви при пухлинних захворюваннях жіночих статевих органів. Значення для профілактики і лікування ……. 89
Ноєнко І. В. Експерементальне обгрунтування відновлення багатокореневих зубів перед ортопедичним лікуванням ……. 91
Носко Н. О. Референтні значення індексу нома-іг, за для визначенн інсулінорезистентності, як складова онтологічної моделі неалкогольно жирової хвороби печінки ……. 92
Оленич Л. В., Гута Р. Р. Показники червоного паростка крові у пацієнтів гіпертонічною хворобою, гіпотиреозом та ожирінням …… 93
Олейников Д. С. Разработка технологии получения сферических гранул изосорбида динитрата с модифицированным высвобождением …… 95
Паніна С. О. Перебіг гострого ішемічного інсульту у пацієнтів похилого віку з порушеннями вуглеводного обміну ……. 97
Паслар О. С., Шишова П. О. Вплив фізичної активності на перебіг артеріальної гіпертензіїї та наявність супутньої патології ……... 99
Пенья К Особливості ураження центральної нервової системи у новонароджених на тлі цитомегаловірусної інфекції ……... 100
Періг Ю.С. Спорт як можливий фактор ризику залізодефіцитних станів у підлітків ……. 101
Плєхов В. А. Клініко-анамнестичні особливості хворих на шизотиповий розлад у контексті розвитку афективних порушень ……. 102
Pogribna A. O. Influence of oxidative stress on the development of anemia of inflammation in young children with acute inflammatory bacterial diseases of respiratory organs …….. 104
Прибила О. В., Зінич О. В., Шишкань-Шишова К. О. Особливості композиції тіла, показників ліпідного комплексу у хворих на цукровий діабет 2 типу в залежності від маси тіла та рівня вісцерального ожиріння … 105
Пустова В. В. Використання принципів fast track анестезії при кардіохірургічних операціях в умовах штучного кровообігу ……. 107
Ратушняк Н. Я. Епідеміологічна характеристика вульвовагінального кандидозу …….. 109
Ремезюк І.Г. Місцеве застосування гіалуронової кислоти у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта. Огляд літератури ……. 110
Романчук А. А. Вплив грудного вигодовування і ранньої антибіотикотерапії на виникнення запальних захворювань кишечника у дітей …… 111
Рубінштейн А. М. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок пізнього репродуктивного віку після застосування …….. 112
Runcheva K. A. Early rehabilitation in patients with facial nerve neuropathy ….. 114

Самусєва А. А. Додаткові опції в прогнозуванні відповіді на хіміотерапевтичне лікування у хворих на тричі негативний рак молочної залози ……. 116
Семенів П.М. Шляхи зменшення тривалості ішемічного часу при операціях одномоментної багато клапанної (двоклапанної) корекції в поєднанні з коронарним шунтуванням …… 117
Середюк Л. В. Динаміка показників психоемоційного фону у хворих з постійною формою фібриляції передсердь …… 118
Сігунов О. Г., Богданюк А. О. Фактори, що впливають на вірогідність отримання зрілої яйцеклітини в натуральному циклі у пацієнток зі зниженням оваріального резерву …… 120
Смоляр С. К., Овсяннікова К. С. Катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів та роль в них proteus mirabilis ……. 121
Солодовидченко С. С. Аналіз впливу світла різної довжини хвилі на репаративні процеси та мікрофлору гнійно-некротичних ран …… 123
Стецик М. О., Стецик А. О. Роль та прогностичне значення етіологічних факторів та патогенетичних чинників у розвитку запальних захворювань пародонта …….. 124
Тверезовська І. І. Роль селенопротеїну Р в оптимізації діагностики та прогнозування перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки …….. 126
Тверезовський В. М.Роль процесів апоптозу в перебігу хронічного обструктивного захворювання легень …… 127
Тимошина О. В.Залежність стану фагоцитозу від віку дітей з повторними інфекційними захворюваннями респіраторного тракту …… 128
Ткаченко А. С. Вплив високих концентрацій харчової добавки Е407а на генерацію активних форм кисню еритроцитами …….. 130
Турянська Н. І. Результативність використання лікувально-профілактичних засобів на основі подвійного цинку та аргініну в студентської молоді з некаріозними ураженнями зубів ……... 131
Федоренко М. В. Клиническая инверсия фазы биполярного аффективного расстройства …….. 133
Хільковець А. В. Синтез нових тіофенвмісних похідних 1,2,4-триазолу …… 134
Чабанюк С. О. Вікові особливості соціального функціонування хворих на розумову відсталість …… 135
Чеберніна І. О., Матрьонін А. Р., Амуєв С. С., Кобелєв Д. Є.Місце ілопросту у лікуванні хворих на COVID-19 …….. 136
Черниш Ю. Р., Дуда Л.В. Гастроінтестинальні прояви харчової алергії у дітей …… 137
Шаплавська А. І. Середньострокові результати нової методики лапароскопічної алопластики гриж стравохідного отвору діафрагми …… 138
Шишкань-Шишова К.О., Зінич О.В., Кушнарьова Н.М., Ковальчук А.В., Прибила О.В. Вплив пробіотикотерапії на рівень ендогенного глюкагоноподібного пептиду-1 у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу ….. 139
Шкарупа В. Є. Динаміка відновлювальних процесів у хворих які перенесли супратенторіальний ішемічний інсульт у ранньому реабілітаційному

періоді …… 140
Штипуляк В. Р. Міні-лапароскопічна холецистектомія, фундоплікація за ніссеном та кардіоміотомія за геллером з *fast track* -протоколом при пандемії COVID-19 …….. 142
Щербина Т. М. Клініко-лабораторне обгрунтування застосування міогімнастики для губ в протоколі ортодонтичного лікування у пацієнтів з сагітальними порушеннями прикусу ……. 142
Юзьків Т. І. Климнюк С. І. Кишковий мікробіом як важливий фактор здоров`я людини ……... 144
Ясній В. Б. Перспективи застосування пребіотиків для корекції складу кишкової мікрофлори …….. 145