**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**

Матеріали 40-вої ювілейної науково-практичної конференції молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнародною участю, присвяченої Дню науки

«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ: ДОСЯГНЕННЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ»

18 травня 2017 року

Київ 2017

Матеріали 40-вої ювілейної науково-практичної конференції молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнародною участю, присвяченої Дню науки «Інновації в медицині: досягнення молодих вчених» (Київ, 18 травня 2017 року).

У збірнику представлені наукові розробки молодих вчених медиків України, результати їх втілення в практичну охорону здоров'я. Опубліковані роботи за напрямками: «акушерство та гінекологія», «внутрішня медицина», «дитяча хірургія», «ендокринологія та імунологія», «інфекційні хвороби», «медична біологія», «неврологія, психіатрія та медична психологія», «онкологія та радіаційна медицина», «патологія експериментальна», «педіатрія», «профілактична медицина», «гуманітарні аспекти медицини», «стоматологія», «фармакологія», «фармація», «фтизіатрія та пульмонологія», «хірургія, офтальмологія та отоларингологія», «хірургія, урологія і травматологія», «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*.

Редакційна колегія: Новошицький В. Є.
Белей Н. А.
Римар М. В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, 2017

Наукове товариство аспірантів, докторантів і молодих вчених висловлює щиру подяку ректору Національної медичної академії післядипломної освіти 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. за всебічну підтримку в проведенні конференції.

З повагою
голова наукового товариства аспірантів, докторантів і молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика Новошицький В. Є.

**Організаційний комітет не несе відповідальності за зміст тез*

PROBLEM OF TEETH DISCOLORATION AMONG YOUNG PEOPLE

Akhtar Parsaei

O. O. Bohomolets National Medical University

Introduction. Teeth discoloration in case of inflammatory periodontal diseases is a common dental problem, especially among young people. The condition of the teeth and gums has a significant impact on quality of life. Therefore, the purpose of our study – to investigate the prevalence of teeth discoloration among young people.

Materials and Methods: 35 patients in the age of 18-30. Methods – interactive, clinical researches (complex examination to determine the color of hard tissues with a help of scale VITA), index estimation of individual oral hygiene (OHI-S) and the condition of the gums (PMA), statistical analysis.

Results. Based on interactive research the causes of discoloration were smoking, food pigments, local drug therapy. In clinic the etiological factors of teeth discoloration appearance were inflammation in the gums (PMA=20,36 ± 2,3) and lack of individual oral hygiene (OHI-S=1,97 ± 0,17).

Conclusions. According to interactive and conducted clinical studies the most common causes of teeth discoloration were bad individual oral hygiene, trauma of marginal periodontium, and bad habits – smoking and excessive consumption of sweet carbonated drinks. Based on the knowledge that microbial plaque is the major etiologic agent in gingival inflammation, one specific aim for every patient is effective daily plaque removal. Good oral hygiene is most easily accomplished if the tooth surfaces are free of calculus deposits and other irregularities so that surfaces are easily accessible.

COMPLICATIONS WITH SEVERE COMBAT TRAUMATIC BRAIN INJURY WITH FATAL CONSEQUENCES

Perekopayko Y. M.[1], Danchyn A. O.[2], Kudelsky J. E.[1]

[1] Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

[2] NMMCC "Main Military Clinical Hospital"

Introduction. Combat trauma of the skull and brain is considered the most difficult on the battlefield. The frequency of gunshot craniocerebral injuries in various military operations ranged from 2.7% (at Lake Hasan) to 15% (in Afghanistan), mortality - from 3.87 to 36.8%. During the military conflict in Eastern Ukraine fighting head injury frequency was 37.5%, including gunshot wounds and explosive - 7.9%, closed head injury - 12.7% . Injuries may be caused by mine - explosive devices or debris. Fragments show a tendency of growth.

Aim. Investigate cases of severe combat skull - brain trauma with fatal consequences. Determine the factors that affect mortality in severe head - brain injuries.

Methods. It was analyzed 77 histories of patients admitted to «MMCH» from the area of anti-terrorist operation in Eastern Ukraine during the period from May 2014 to May 2016 and that had any damage in the area of the head. It was found 7 histories of patients who had a severe combat head - injury and satisfied the selection criteria.

Results. Found 7 soldiers with opened penetrating skull - brain injury (SBI). SBI caused by blunt were found in 5 patients caused by bullets in 2 patients. By type of wound channel 5 patients were blind injured, one rebound and one is the through injury. Radiar SBI was diagnosed in three, two diametrical, easy one. The left half of the skull in - 4, right - 3. Anatomically injury occurred in the frontal lobes – 2, temporal - 1, parietal – 2, 1 occipital, basal anterior fronto - orbital region - 1. Isolated SBI- 2, combined 4 (neck injury – 1, back injury – 1, wounded chest cavity, lungs – 2, injured abdominal organs, internal organs – 3)

In two cases had been diagnosed scull base fractures with liquorrhea. In two cases it was found ASH, hematoma in bullet channel, blood in all ventricular system in another.

Conclusions. 1. The combined severe combat skull - brain trauma had worsen prognostic factor affecting the prognosis. 2. Damage over two anatomical sites of brain worsen prognosis. 3. There are no infectious complications in the early period indicate correct tactics on the stages of evacuation (wound closure, antibiotics) 4. The

mentioned factors require more detailed analysis, in fatal cases and in the case of a favorable outcome.

MODERN METHODS OF PROFESSIONAL ORAL HYGIENE IN DENTAL PRACTICE

Fatima Parsianmehr

O. O. Bohomolets National Medical University

Introduction. Professional oral hygiene is a complex of preventive and treatment measures aimed to remove dental plaque and calculus and to eliminate the consequences of their pathogenic effect on dental hard tissues, periodontal tissues and oral mucosa. Sequence of procedures: plaque control and quality control of individual oral hygiene, preparing for scaling (irrigations, anaesthesia), scaling and planning, polishing, remineralization therapy, recommendations and prescription of individual oral hygiene. Each stage requires the possession of professional skills in working with instruments and materials, the ability to motivate the patient to active cooperation to achieve good result. Instruments for scaling and planning are used to remove a biofilm and calcified deposits from the crown (and root) of a tooth – sickle scalers, curettes, ultrasonic and sonic instruments. Air-powder polishing, cleansing and polishing instruments, such as rubber cups, brushes with combination of good cleansing and polishing paste and dental tapes are used to clean and polish tooth surfaces.

The purpose of a study: comparative analysis of different methods of professional oral hygiene and estimation of their efficiency.

Material and methods of investigation: there were processed 23 medical cards of patients whom a professional oral hygiene was done.

Results and Conclusions: on first investigation, the variety of instruments available for similar purposes appears confusing. With experience, however, clinicians select a relatively small set that fulfills all requirements. Moreover, good results can be achieved in the case of a differentiated choice of methods of professional oral hygiene depending on a clinical situation.

SELECTION OF THERAPEUTIC STRATEGY FOR GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS

Glagolieva A. Yu.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are mesenchymal neoplasms of mesodermal origin which account for less than <1% of all malignant and benign tumors of the gastrointestinal tract. Most GISTs are found in the stomach (50%), esophagus, small and large intestines, and rectum (40%). Extraintestinal forms develop in 10% of cases. Traditional diagnostic tool for this disease is immunohistochemical study to determine the expression of CD117, CD34, vimentin and smooth muscle actin, however, these markers do not allow to evaluate the prognosis or predict sensitivity to treatment. It is well-know that GISTs are completely resistant to cytotoxic and predominantly resistant to radiation therapy.

Methods. Search for publications cited in the databases PubMed, Cochrane Database, Embase.

Data analysis. Today the standard treatment pathway for resectable GISTs includes surgical removal with adjuvant Imatinib targeted therapy if the high-risk factors are present. Unlike most cancers of the alimentary canal, optimum surgery scope for GISTs is atypical resection within the intact tissues and cytoreductive surgical interventions aimed to reduce the tumor mass or eliminate the symptoms. Removal of pathologically enlarged lymph nodes is indicated only for SDG-deficient GISTs, the frequency of which is relatively low. For inoperable or metastatic tumors, the treatment of choice for induction therapy is Imatinib. However, about 15% of patients have primary and 50% - secondary resistance to the drug, and regarding the lack of alternatives it remains a challenging issue of modern oncology. In some cases, drug resistance can be predicted by molecular profiling based on the analysis of KIT and PDGFRA gene mutations. Primary resistant tumors commonly have mutations of KIT gene exon 9, PDGFRA gene exon 18 or they may refer to a wild type GIST. Latter are found in about 10-15% of cases characterized by absence of mutations in

KIT or PDGFRA, what is predictor of targeted therapy inefficiency and unfavorable overall prognosis.

Conclusion. Thus, the treatment strategy for GISTs should be based on the most important prognostic factors that may provide an opportunity to assess the feasibility, potential effectiveness, and dosage regime of an appropriate drug for targeted therapy.

MEDICAL CASE OF DANDY-WALKER MALFORMATION IN FAMILY DOCTOR PRACTICE.

Nataliya Hryb, Sophia Zinchuk

Kyiv City Clinical Hospital № 15

Introduction: in family doctor (FD) practice are very common situations with unclear clinical features, which are the same for many diseases. The main our task is to determine further clinical management of these patients and their proper distribution among levels of care. Example of such pathologies is the Dandy–Walker malformation (DWM) listed as orphan or “Rare diseases of Ukraine”. In fact, DWM has been reported in a wide variety of chromosomal anomalies, including trisomy 18, 9, partial duplication of 5p, 8p, 8q; and deletion of 2q and in many different genetic syndromes, which are autosomal recessive in inheritance. Some surveys suggest that environmental factors, including prenatal exposure to teratogens such as rubella or alcohol, are associated with DWM. It usually manifest in childhood, in 32% diagnosed at the age after 6 months, but in 10-20% may be the first manifestation in adolescence or early adulthood with correspondingly less severe symptoms. Interesting is the fact that at first sight DWM has such non-specific clinical signs as (headache, dizziness, unsteady gait, nausea) that`s why we need to make meticulously differential diagnosis with other origin *of intracranial hypertension syndrome* consequences of traumatic brain injury, stroke.

Objectives: to expand information about orphan disease among FD by demonstrating the clinical case of our practice.

Methods and results: at the moment of inspection Mrs.A, 47 years old, was on hospitalization in neurological department in Clinical Hospital №15. Her complaint was: constant headaches, which often increases at night and in the morning, intermittent dizziness, nausea and vomiting for several days, constant tinnitus, reduced vision, sleep disorders. The admission diagnosis was DWM, established five years ago and, in addition to clinical manifestations, based on MRI results: hydrocephalus signs, retrocerebellar arachnoid cysts11,4x7,2x5,1sm, hypoplasia of the cerebellar hemispheres and vermis. Due detail collected anamnesis, we found that the patient was born as a result of complicated deliveries, birth trauma, three times umbilical cord entanglement and overlay obstetrical forceps. In childhood she was on medical observation by neurologist and pediatrician and in adolescence - by ophthalmologist and had a disability due to a significant reduced vision. From anamnesis of life we found: the patient is married, has an adult daughter and little granddaughter. Keeps normal way of life. It is noteworthy that decompensation of malformation was about 5 years ago, conducted MRI and diagnosed DWM**.** Neurological examination: *emotional* lability, right Horner's syndrome, pupils reaction to light is flabby, weak convergence S>D, double vision, nystagmus on left and right gaze, movement of the eyeballs up limited, facial asymmetry, motor-speech disorders. Deep tendon reflexes S>D. Patology: Babinski sign positive S>D, Strumpell- positive, Rossolimo- positive left. Meningeal signs absent. Coordination: dysmetria on finger-to-nose test. Romberg is unstable. *Range* of *motion* of the *cervical spine is limited*, soreness of paravertebral points. Laboratory data in normal range. Radiography cervical spine conclusion: diffuse osteoporosis, compressive strain C6, C3-C6 instability. Neurosurgeon consultation: recommended liquor shunting operation. Ophthalmologist consultation: complicated high myopia in both eyes.

Due to heavy intranatal injury (was not taken into account by doctors in previous stages of research) which could possibly cause the following changes in the brain, it was necessary to conduct meticulous differentiations and determine the further prognosis. For this purpose, we recommended medical genetic consulting

(confirmation / rejection of genetically related diseases) and cervical spine MRI (determine the extent of the liquor-dynamic changes and it level in spinal canal).

Conclusions: Although orphan disease is not very frequently pathology in our practice, but FD should have enough knowledge and information to identify it by their self and within a multidisciplinary approach.

EFFICACY OF SYMPTOMATIC SLOW ACTION DRUGS IN PATIENTS WITH SPINAL OSTEOARTHRITIS

Tetiana Khambir

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Seeing the widespread of spinal osteoarthritis, including among young and middle working age, this pathology is an actual topic today. Analysis of modern therapy of spinal OA was the reason for research efficacy of symptomatic slow action drugs (SYSADOA) on biochemical, inflammatory and immunological signs.

Objectives. To study efficacy and safety of SYSADOA in patient with spinal OA.

Materials and Methods. The study included 65 patients (46 women and 19 men) aged 29 to 80 years. Patients were divided into two groups, depending on treatment. First group received glucosamine sulfate 400 mg intramuscularly 3 times a week for 1.5 months. Second group received extract of ginger root at a dose of 300 mg twice daily during 2 months. To evaluated the efficacy of the formulation using VAS, Oswestry, Roland-Morris, McGill questionnaires. Was also analyzed effect of the drugs on cytokines levels (IL-1β, IGF-1), NO, CRP, ESR, metabolism indices (lipid, carbohydrate, liver, kidney markers, uric acid).

Results. During the study statistically significant ($p < 0.05$) decrease VAS, Oswestry, Roland-Morris, McGill questionnaires was in both groups. First group VAS decreased from 59,74 ± 3,88 mm to 31,13 ± 2,41 mm, Oswestry – from 15,3 ± 1,94 to 10,09 ± 1,57, McGill – from 7,52 ± 1,09 to 4,3 ± 0,63, Roland-Morris – from 4,65 ± 0,85 to 2,22 ± 0,53. Second group VAS decreased from 55,71 ± 2,98 mm to

2,38 mm ± 23,17, Oswestry – from 16,66 ± 1,09 to 8,69 ± 1,06, Mack Hill – from 8,49 ± 0,73 to 3,09 ± 0,4, Roland-Morris – from 5,37 ± 0,54 to 2,22 ± 0,33. At the end of the study all patients hadn't laboratory dynamics of glucose, liver function markers, uric acid, creatinine, cholesterol. In both groups was observed a statistically significant decrease CRP, pro-inflammatory cytokines (IL-1), free radical (NO), and the first group had increase of anabolic cytokines (IGF-1).

Conclusions. Was showed that SYSADOA are effective and safe for treating patients with spinal OA. At the end of the treatment patients of both groups had a decrease pain intensity, improving the quality of life, livelihoods and psycho-emotional state. Was observed anti-inflammatory effect (on indicators of CRP, IL-1, NO), and the anabolic effect (the level of IGF-1). The drugs has no effect on the level of glucose, liver, kidney markers, uric acid, indicating that both drugs can be used in patients with concomitant diseases.

INFUENCE OF CAFFEINE ON ANALGESIC ACTIVITY OF MELOXICAM IN THE CONDITION OF FORMALIN EDEMA

Matrunich D., Kolesnik M., Chalenko N. M., Lukiyanova L., KrasnikovaY., Sinelnik V.

Kharkiv National Medical University

Introduction. It is known that various multicomponent combination of pharmaceutical substances have a wide range of pharmacological action than the monocombination and mutually reinforce each other pharmacological effects.

Aim. Research analgesic activity of meloxicam, caffeine and their pharmaceutical compositions as compared to the reference drug (diclofenac sodium).

Materials and methods. Analgesic effect of the these substances was investigated on white male rats using experimental models of formalin edema, aseptically-exudative inflammation by subplantary administration in hind paw of 0.1ml of 2% formalin solution**.** Animals were divided into 5 groups of 6 rats in each group. Animals of the 1st group were the control – they once orally administered intragastric 3% starch mucilage (2ml per 200g of rat). Animals 2nd-5th groups

intragastric once orally in the form of a suspension of 3% starch mucilage 1 hour before maximum swelling of injected: to animals of 2nd group – meloxicam (0.63mg/kg), to animals of 3rd group – caffeine (0.6mg/kg). Animals of 4th group – the composition of meloxicam (0.63 mg/kg) with caffeine (0.6 mg/kg), animals of 5th group – sodium diclofenac (5mg/kg).

Assessment of analgesic activity was performed on measuring tactile sensitivity threshold by von Frey method using electronic analgezymetr (IITC Life Science (USA)). Measurements of pain threshold tactile sensitivity were performed in arbitrary units of device before subplantary inputting flogogen (formalin) and after 4 hours after administration. The data transferred to the percentage of the activity by the formula:. Recalculation of the human doses for rats was done by using the ratio of species sensitivity by Rybolovlev Yu. R.

Results. Experimental investigations have shown that, by meloxicam monoadministration analgesic activity was 67.8%, which is higher than the reference drug diclofenac sodium (59.6%), caffeine also had analgesic activity (57.89%). With the injection of pharmacologic composition meloxicam with caffeine potentiation of analgesic activity (94.85%) was spoiled.

Conclusion. The comparative analysis suggests to make a conclusion about feasibility of pharmaceutical compositions of meloxicam with caffeine relatively to a component of the central analgesic action.

THE ROLE OF GUT MICROBIOME IN IMMUNE-MEDIATED DISEASES

Yevdokimova T. E., Marushko T. V., Berezhnyi V. V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Due to advances in bacterial DNA-sequencing technologies we know the full characterization of the human microbiome in health and disease. The main objects of our review was to find the evidence of the role of commensal gut microorganisms in the onset and progression of inflammatory bowel disease(IBD) such as Crohn's disease(CD), ulcerative colitis, and reumathoid arthritis(RA).

To get the whole information about animal and human studies of the role of gut microbiome in development of IBD and RA we analyze the research articles and reviews for the last 10 years. We did not include in our review the information about role of microbiome from other biotopes. In total we analize 48 articles, 8 of them was aimed to show the role of microbiome in the onset of IBD or RA in animal models.

Accoding to the analyzed literature it been showed that new-onset untreated RA patients have an overexpansion of Prevotella copri. In comparison to patients with fibromyalgia, the RA patients had significantly less bifidobacteria and bacteria of the Bacteroides-Porphyromonas-Prevotella group, Bacteroides fragilis subgroup, and Clostridium coccoides group. Proportion of IgA anti–citrullinated protein antibody was higher than IgG in subjects at risk for future RA; patients with established RA, has and oposite proportion. This finding supports the notion that early RA-related autoimmunity may be triggered by mucosal processes generating IgA-related autoimmunity.

There is a considerable evidence that the endogenous intestinal microflora plays a crucial role in the pathogenesis of IBD. Five bacterial species defined the microbiota imbalance of the ulcerated mucosa in CD, including an increase in Escherichia coli, a decrease in Faecalibacterium prausnitzii, Lactobacillus coleohominis, Bacteroides sp and Streptococcus gallolyticus in the bacterial community as compared with the nonulcerated. Enterotoxigenic Bacteroides fragilis may be associated with active IBD. Imbalanced relationships within aberrant Toll-like receptors (TLRs) signaling, contributing to acute and chronic intestinal inflammatory processes.

The study of interactions between different components of the immune systems and intestinal microbiota may open new horizons in the prevention and treatment of autoimmune inflammation.

THE ANALYSIS OF SOCIAL FUNCTIONING, WORKING EFFICIENCY AND EXPLORING COPING STRATEGIES AMONG MILITARY RECRUITS FROM ZHYTOMYR REGION

Sherstobitova O. V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

The **aim** of the study was to determine the relationship between indicators of social functioning, efficiency and study coping - strategies of the recruits in Zhitomir Region.

Materials and methods. 63 recruits aged 19 - 25 were examined in Military Recruitment Office in Zhytomyr Region, 55 of them were relatively healthy (clinical group I) and 8 people had mental disorders (clinical group II). All respondents were male.

Initially, each of them was asked to take well-being tests, answer by the Heym's test, after - the "Kraepelin test" sheets". The next phase of the survey was aconversation with responded. After then recruits were assessed on the GAF and PSP.

Objectives of the study:

1.To analyze the GAF and PSP, to provide evaluation of the levels of the recruits' mental activity, attention stability, depletion and switching.

2. To conduct a comparative analysis of coping - strategies in relatively healthy recruits and ones with mental disorders. To compare the samples of their strategies to their age, to identify or refute the specificity of coping - strategies of the military recruits of different age.

Results and discussion. The average data of the whole sample showed that the average score for GAF and PSP indicate the high level of functioning on the whole. They are complementary and identical to some extent.

It was found that the 1-st group GAF and PSP indicate a good level of functioning. People of this category can have difficulties usual for everyday life.

The results of the recruits with mental disorders indicate a different degree of limited functioning. They can point to significant but not critical difficulties: a) in socially - useful activity, b) in family relationship, c) some difficulties in self-care. These symptoms may be combined or single.

Kraepelin test results revealed: the relatively healthy recruits did not get tired, the men of the 2nd group started working slowly, made more mistakes, but the speed of writing was higher than in relatively healthy recruits. The speed of mental activity of the healthy people is lower.

Attention stability is measured due to the accuracy indicators of the average samples work. The high and the low attention stability indicators in the 2nd group are the same.

Comparing the two groups according to the test by Haym: the participants with mental disorders suffer more from their improper behavior. (Maladaptive coping behaviors option three times higher than inthe 1-st group). That may influence their ability to normal social functioning in future.

Comparing the age and maladaptive coping strategies in both groups: we may conclude that the maladaptive coping behavior may partly depend on the age of the respondents(moderate correlation). The highest level of maladaptive coping strategies in the 1-st group respondents are of 19 years oldand in the 2-nd group respondents of 21 and 23 years.

Conclusions:

1. The close correlation between GAF and scales PSP and Student test indicates that these scales can be used both separately and together for the adequate respondents' assessment. These scales are complementary and identical to some extent.

2. The comparison of the average GAF and PSP scores of both groups showed that the relatively healthy recruits had high and almost identical assessments of social functioning, and the recruits with mental disorders had various degrees of limited functioning, but scores on both scales are also almost identical. These scores may indicate a significant, but not critical difficulties of social functioning of the men in the 2nd group.

3. Kraepelin test showed that the recruits with mental disorders start the work slower, but their attention stability and mental activity are not inferior to the relatively healthy participants' results.

4. Maladaptive coping behaviors of the recruits with mental disorders is three times higher than in the 1 - st group of the respondents, that can influence their ability to normal social functioning in future.

5. The comparison of the age and maladaptive coping strategies of some respondents in the 1st group (r = 0, 53 – average correlation) and some respondents in the 2nd group (r = 0, 67 - moderate correlation) indicates that maladaptive coping behavior may partly depend on the age of the participants. The highest level of maladaptive coping strategies in the 1st group is natural for 19 years old participants, and in the 2nd group – for 21 and 23 years old respondents. Since the correlation between the age and maladaptive behavior of the healthy people and the men with mental disorders is average, group or individual psychotherapy is recommended for the formation of future adaptive coping behavior in both groups.

RADIATION DIAGNOSTICS OF MAXILLOFACIAL TRAUMA

Rusyn Anastasiia

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Every human is individual not only with its personality, but also with its appearance, the great role in which plays face. The facial skeleton compounds of 15 bones. At first sight, it is not a lot, but when we meet the serious clinical problems, imaging and treatment difficulties owing to anatomical significance, we understand whole importance of detailed visualization of maxillofacial region. The computer tomography and ultrasound are often the first line imaging methods because of imposing thin structures, edema, hemorrhage and soft tissues on X-ray images. Maxillofacial injuries is current theme during military times. This study must help to reveal the pattern of facial traumas resulting from different etiological factors to make appropriate treatment modalities.

Aim. The aim of this study was to detect the correlation incidence of maxillofacial injuries between males and females, to find out the most frequent reasons of traumas of this area, to explore the pattern of maxillofacial injuries

resulting from the widespread causes and respective treatment modalities for their repairing.

Materials and methods. Sample include 70 adult patients, with various maxillofacial injuries. The diagnosis was made based on history, clinical examinations, common laboratory and instrumental investigations. To confirm clinical diagnosis depending the trauma type and localization we used mainly plain radiographs (including digital) in different views (mental, nose-mental, Shuller and Mayers views, orthopantomogram etc.), also CT with 3D reconstruction, but in some cases MRI and ultrasound were applied. Analysis of the data was based on gender, age, etiological factors and fractured bones.

Results. In this research, females were less common to get maxillofacial injuries with 25% part in the structure, against males – 75%. The most susceptible to facial trauma was group of people aged 18 – 30 years – 39, 3% (28 patients), then 31 - 40 years – 22,7% (16 patients), 41-50 years – 17,5% (12 patients), 51 – 60 years – 12,8% (9 patients), 61 – 70 years – 7,7% (5 patients). Predominant etiological factor in maxillofacial injuries was RTA (Road traffic accident) – 86%, then fall from height/household – 7,3%, assault– 4%, blasting trauma – 1,7%, sport – 1%. Apparent was the combination of mandible, maxilla and zygomatic fractures – 50%, then fractures of mandible – 26%, maxilla – 12%, zygomatic complex – 7%, 3,2% - the part of linked nasal, ethmoid and orbital ruptures, and 1,8% - orbital floor breaks.

Conclusions. According to results of the investigation, the most prone to maxillofacial trauma were 18 – 30 years man. Typical cause of facial trauma was RTA; the next reason in list was falling from height/household injuries. Significant revealed the combining of maxilla, mandible and zygomatic fractures.

HEALTH BENEFITS OF AMARANTH OIL

Levashova O. L.

Kharkiv National Medical University

Amaranth oil takes a special place among organic vegetable oils. Amaranth oil’s unique composition determines its healing properties due to the presence of a

variety of bioactive substances. It contains essential and nonessential amino acids, macro - and microelements, vitamins, polyunsaturated fatty acids (PUFAs), vitamins, carotenoids, bile acids, alcohols, steroids and squalene.

Amaranth oil has a powerful healing effect on the human organism and actively provides the blood cells with oxygen giving a positive effect on the work of all human organs.

Object of our study was amaranth oil. The low-temperature extraction method using a special inert gas chladone was used for obtaining the amaranth oil. The complete degasification was carried out at room temperature.

As a result, a 100% natural, brownish-yellow oil with a characteristic odor inherent to the plant was obtained. The subjects of the study were biologically active substances of amaranth oil.

Information-analytical, phytochemical, pharmacological and technological methods were used during the research. Adsorption and distribution chromatography were used to isolation and separation of the bioactive substances. The structure was determined using physico-chemical methods, GLC analysis that were performed on “Shimadzu” and “Chrom-5” chromatographs. Fluorescence spectra were recorded on a Hitachi F-4010 spectrofluorimeter. The presence of amino acids was determined by the ninhydrin reaction and the Rf values in the corresponding solvent systems with reliable samples.

It was found that amaranth oil contains: 77% of mono- and polyunsaturated fatty acids (linoleic, oleic, linolenic, palmitic, etc.), amino acids (8 essential, 11 nonessential), phospholipids (> 9%), squalene (> 8%), phytosterols (> 2%), carotenoids, vitamin E (2%), A, D, group B, macro- and microelements (K, Fe, P, Ca, Mg, Cu, etc.).

The presence of a variety of bioactive substances in the amaranth oil allows to use it for the treatment of various diseases. Amaranth oil is recommended for the treatment of:

- Cardiovascular diseases ;
- Gastrointestinal diseases;

- For the preventive and complex treatment of cancer, accelerates recovery after radiation therapy;
- The kidneys and liver diseases;
- Dermatological diseases;
- Diabetes mellitus, diabetic angiopathy, obesity;
- Tuberculosis, various infectious, viral and fungal diseases;
- Eye Diseases
- Gynecological Disorders.

Thus, amaranth oil has a pleasant aroma and a delicate nutty taste. It is great for dressing vegetable salads, cereals, beans and can be successfully combined in cooking with other vegetable oils.

ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ПСОРІАТИЧНИЙ АРТРИТ

Бойко А. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми: Захворюваність на псоріатичний артрит (ПСА) в різних популяціях становить від 3 до 8 на 100000 населення, а поширеність - близько 1% [6]. ПСА зустрічається у 5-42% пацієнтів з псоріазом, що становить близько 3% популяції.

Встановлено, що до 50% смертей серед хворих на ПСА розвиваються внаслідок серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Мета: Визначити особливості профілю факторів ризику (ФР) ССЗ у хворих на ПСА.

Матеріали і методи: Бібліографічним методом проведено огляд літератури останніх років.

Результати: За результатами одинадцяти досліджень, у 43% випадків був підвищений загальний популяційний ризик розвитку ССЗ, у даної групи хворих, по відношенню до популяції в цілому, тоді як у 55% пацієнтів хворих

на ПСА був вищий ризик розвитку кардіоваскуляних подій, зокрема ризик розвитку інфаркту міокарда був вищий на 68%, захворювань судин головного мозку - 22%і серцевої недостатності були збільшені - 31%. Більшість авторів вважає, що це пов’язано з наявністю атерогенних дисліпідемій у хворих з ПСА. Для дисліпідемій при ПСА характерно підвищення проатерогенних (загальний холестерин, ліпопротеїди низької щільності) фракцій ліпідів а зниження антиатерогенних (ліпопротеїди високої щільності). При цьому тривала дисліпідемія у хворих з ПСА приводить до розвитку патології серцево-судинної системи, формуючи замкнене коло.

Розвиток атеросклеротичного ураження судин при ПсА може бути зумовлений класичними факторами ризику розвитку ССЗ і додатковими ФР, пов’язаними з хронічним запаленням. Одним з основних його маркерів є С-реактивний білок (СРБ). Навіть невелике підвищення концентрації СРБ протягом декількох місяців і років може виражати не тільки вираженість запального процесу, а і субклінічне запалення не тільки в тканинах опорно-рухової системи, а і в судинній стінці, повязане з атеросклеротичним процесом. Доведено, що СРБ є фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) в загальній популяції. Визначення рівня СРБ дозволяє оцінити ризик розвитку, рецидиву і прогресування судинних ускладнень атеросклерозу.

Гіперурикемія часто спотерігається при псоріазі та ПСА. Висунуто припущення, що гіперурикемія є результатом підвищеного синтезу пуринів внаслідок з швидкої продукції клітин епідермісу. Високий рівень сечової кислоти в сироватці крові є фактором ризику для багатьох захворювань, таких як подагра, гіпертонія, ішемічна хвороба серця і т.д. У хворих ПСА без клініки серцево-судинних захворювань існує кореляція між концентрацією в сироватці крові сечової кислоти і субклінічного атеросклерозу.

У половини хворих на псоріатичний артрит та псоріаз було виявлено, у ряді досліджень, абдомінально-вісцеральне ожиріння (53,4%). Цей фактор ризику є одним з ключових моментів розвитку і прогресування інсулінорезистентності та пов'язаних із нею метаболічних порушень. Надмірне

відкладення вісцеральної жирової тканини асоційоване з атерогенним ліпідним профілем. Ці порушення розвиваються рано і тривалий час протікають безсимптомно, задовго до клінічного прояву артеріальної гіпертензії, цукрового діабету II типу і атеросклерозу судин.

Висновки: На основі аналізу зарубіжних та вітчизняних наукових досліджень можна зробити висновок, про необхідність подальших досліджень у цій галузі з метою розробки алгоритму ранньої діагностики ФР ССЗ у хворих на ПСА.

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ЛЕЙОМІОМ СТРАВОХОДУ

Васильківський В. В., Витвицький І. З., Гетьман В. Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Доброякісні пухлини стравоходу нечаста патологія рзустрічаємістю< 0.5%, в той час як доброякісні пухлини складають 20% утворень стравоходу при аутопсіях. Лейоміома пухлина, що виходить з м'язової оболонки стравоходу, рідше з власної м’язової пластинки слизової оболонки чи гладком’язових елементів судинної стінки, відноситься до неепітеліальних доброякісних пухлин стравоходу. Найчастіша доброякісна пухлина стравоходу, хоча насправді рідкісна патологія зустрічається 8-43 на 10.000 аутопсій. За рахунок невеликої частоти патології лише невелика група авторів аналізує значні групи хворих. Часто лейоміома являється випадковою знахідкою, оскільки при розмірах до 5см майже не проявляє себе. В літературі практично не освітлені питання діагностичної цінності клінічних симптомів, та характеристика групи пацієнтів з лейоміомами. По даним окремих авторів помилки в діагностиці лейоміом на доопераційному етапі склали 48%, що могло призвести до оперативного втручання необґрунтованого об’єму

Мета. Охарактеризувати групу пацієнтів з лейоміома стравоходу. Виділити та провести оцінку симптомів захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження результатів обстежень 67 пацієнтів з лейоміомами стравоходу.

Результати: Серед 67 пацієнтів передопераційний діагноз співпадав з кінцевим у 42(62,7%). Відношення чоловіків до жінок склало 34:33 відповідно. За віком розподіл наступний: до 20 років- 2(3%), 21-30років – 10(15%), 31-40років – 9(13%), 41-50років – 11(16%), 51-60років – 23(34%), більше 60років – 12(18%). Найчастіше лейоміома розташовувалась в нижній третині стравоходу 30(44%), середня третина 29(42,6%), верхня 9(13,4%), множинні у 4(6%). По клінічним даним безсимптомно захворювання перебігало у 11 пацієнтів (16,4%), дисфагія у 46(68,7%), біль за грудиною 20(29,9%), загальна слабкість 17(25,4%). Розміри лейоміом: <5см – 36(53,7), 5-9см – 23(34,3%), 9-14см – 6(8,9%), 15-20см – 0, >20см – 2(3%). Тривалість захворювання від моменту вияву скарг до оперативного лікування: <12міс- 41 хворих, 12-23міс-11 хворих, 23-35міс-6 хворих, 35-48міс-3 хворих, >48 міс-6 хворих.

Висновки. Виявлені симптоми у пацієнтів з лейоміомами дають змогу запідозрити наявність доброякісного новоутворення стравоходу, проте не є специфічними. Для подальшого покращення доопераційної діагностики необхідно провести оцінку інструментальних методів діагностики, розширювати використання ендоскопічної ультрасонографії та інвазивних методів передопераційної діагностики.

ЕХОГРАФІЧНІ ПАРАМЕТРИ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ЦЕРВІКОМЕТРІЇ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОЛОГІВ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

Вознюк А. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Актуальність теми. Близько половини вагітностей двійнею і до 80 % трійнею перериваються до 36 тижнів. За даними J. Lumley (1993), у Європі 17 % багатоплідних вагітностей перериваються в 20-27 тижнів, 21 % - між 28 і 31 тижнем і 17 % пологів відбуваються між 32 і 36 тижнем. Серед пологів, що відбулися до 32 тижнів, 25 % становлять багатоплідні пологи. У зв'язку з вищевказаним, максимальне пролонгування багатоплідної вагітності є важливою

умовою зниження перинатальної захворюваності і смертності у даної групи пацієнток.

Мета роботи. Вивчити особливості динаміки стану шийки матки у жінок з ризиком виникнення передчасних пологів(ПП).

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети нами було обстежно 40 жінок із багатоплідною вагітністю, які були розподілені на 2 групи: 1 група(основна) – 20 жінок з трома і більше факторами ризику розвитку спонтанних ПП, 2 група(порівняння) – 20 жінок без факторів ризику по виникненню ПП. Дослідження проводилось на базі відділення патології вагітних ОПЦ Вінницької обласної клінічної лікарні ім.М.І.Пирогова, МЛ «Цетру матері та дитини» міста Вінниці та Вінницького міського клінічного пологового будинку №2. Факторами ризику були: ПП в анамнезі, «коротка» шийка матки, істміко-цервікальна недостатність, короткий інтервал між пологами(менше 2 років), вагінальні інфекціїї, загроза переривання даної вагітності, ЕКЗ, куріння, мала маса тіла вагітної. Вагітним була проведена трансвагінальна цервікометрія(ЦМ) у терміні з 16^{+0}-24^{+0}.

Результати. У першій групі довжина шийки матки склала: 16-20 тижнів – 26,2±3,1мм, 20-24 тижні – 23,9±2,3мм. У другій групі - 16-20 тижнів – 34,6±1,8мм, 20-24 тижні – 32,9±2,1мм. В основній групі – пологи відбулися у терміні 28-34 тижні: 4 жінки(20%) – в терміні 28 тижнів, 10 жінок(50%) – в 29-33 тижні, 6 жінок(30%) – в терміні 34 тижні. В групі контролю – 35-38 тижнів вагітності: 12 жінок(60%) – в терміні 35-36 тижнів, 8 жінок(40%) – в 37-38 тижнів.

Висновки. Доведено роль трансвагінальної ЦМ для прогнозування передчасних пологів при багатоплідні. Враховуючи високу частоту передчасних пологів при двійні, необхідний ретельний трансвагінальний ультразвуковий моніторинг шийки матки. Оптимальними термінами для проведення ЦМ для прогнозування передчасних пологів є термін з 16-24 тиждень гестації.

ВИЯВЛЕННЯ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЛАУКОМОЮ

Горак О. Б., Санін В. В., Сковрон М. В., Новак Л. П., Тутченко Л. П., Новак Н. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Глаукома - це хронічна прогресуюча оптична нейропатія. За даними ВООЗ глаукома є головною причиною сліпоти у всьому світі та вимагає пожиттєвого лікування. Проте, згідно з даними літератури, рівень дотримання лікарських призначень пацієнтами коливається від 5% до 80 %.

Мета роботи. Визначити рівень знань пацієнтів про наявне у них захворювання та дотримання режиму лікування. Встановити якість лікарської допомоги в забезпеченні пацієнтів інформацією стосовно серйозності захворювання.

Матеріали та методи. Обстежено 135 пацієнтів з глаукомою (75 чоловіків і 60 жінок) в віці від 50 до 86 років. Усім пацієнтам проводилось анонімне анкетування (з подальшою обробкою даних) в якому, зокрема, вказувались стать, вік, стадія глаукоми та обізнаність пацієнтів про свій діагноз та дотримання ними призначеного режиму.

Результати. За допомогою даного дослідження були виявлено такі результати: 43% пацієнтів знають що таке глаукома (їм про це розповів лікар); 49% пацієнтів знають про те, що глаукома лікується усе життя; у 28% пацієнтів давність постановки діагнозу глаукома – менше одного року, з яких у 80% виявлена третя стадія захворювання; 34% пацієнтів відвідують лікаря один раз на рік; 51% пацієнтів звернулись до лікаря через зниження поля або гостроти зору; 49% пацієнтів вказали, що у лікаря вистачає часу відповісти на усі запитання стосовно захворювання; 66% пацієнтів крапають краплі кожного дня та 37% пацієнтів крапають краплі в один і той самий час; 49% пацієнтів чітко дотримуються призначених рекомендацій; 46% пацієнтів очікують від крапель покращення гостроти зору і 20% очікують повного видужання.

Висновки. Враховуючи проаналізовані дані дотримання пацієнтами

лікарських рекомендацій, можна запропонувати наступні способи вирішення проблеми: збільшення кількості та тривалості оглядів пацієнтів офтальмологом, в тому числі для збільшення ранньої діагностики глаукоми, в яких акцентувати увагу на характер захворювання, його симптоми та мету лікування; консультацію проводити в присутності родичів або супроводжуючих, долучених до процесу лікування. Під час огляду обговорювати час, зручний для виконання рекомендацій.

ТЕНОСИНОВІАЛЬНА ГІГАНТОКЛІТИННА ПУХЛИНА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МОРФОГЕНЕЗ

Дядик О. О., Григоровська А. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Група синовіальних гігантоклітинних пухлин (СГКП) є неоднорідною за локалізацією та клінічною поведінкою: поряд із добре інкапсульованою гігантоклітинною пухлиною сухожильних оболонок локалізованого типу, часто трапляються випадки пухлини дифузного типу з місцевоагресивним ростом, що здебільшого уражує м'які та кісткові тканини великих суглобів та становить труднощі для морфологічної діагностики, хірургічного лікування, бо доволі часто дають рецидиви після неповного видалення.

В публікаціях, присвячених аналізу значних по кількості груп хворих з теносиновіальною ГКП, наголошується важливість визначення морфологічного типу даного утворення (локалізована чи дифузна форми) та характеру поширення пухлини в синовіальній оболонці на доопераційному етапі, оскільки це визначає вибір методу хірургічного втручання.

Більшість дослідників схиляється до трактування ТСГКП дифузного типу як неопластичного процесу, оскільки це новоутворення має здатність рости автономно, в тому числі з інвазією в кісткові тканини, що межують з пухлиною, можуть іноді малігнізуватися та містить цитогенетичні порушення (перегрупування регіону каріотипу 1p11 – p13 та аномалії стрічки 16q24). Між локалізованою та дифузною формами ТСГКП не виявлено різниці у розподілі

порушень каріотипу, тобто це свідчить про те, що обидві форми презентують різні морфологічні варіанти одного патологічного процесу. Неопластичний характер процесу також підтверджується виявленням хромосомних аберацій у більшості випадків даної пухлини по типу трисомії 7 та трисомії 5.

Патогенетичні зміни при ТСГКП полягають в деструкції суглобового хряща у прилеглих до осередку пухлини суглобах, яка зумовлена дією металопротеїназ. Експресія останніх стимулюється локальною продукцією гігантськими клітинами, гістіоцитами і синовіоцитами цитокінів - TNFα, інтерлейкіни 1 та 6, які відіграють значну роль в стимуляції остеокластичної резорбції кісткової тканини та викликають дистрофічно-деструктивні зміни в суглобовому хрящі, в той час як металопротеїнази-9 (продукт секреції пухлинних клітин) приймають участь в деструкції кістки.

Наше дослідження буде проведено на основі вивчення 121 випадку ТСГКП, з них локалізована форма – 74 випадки, дифузна – 47. Проведено звичайні гістологічні фарбування (гематоксилін-еозин, за ван Гізоном), імуногістохімічне дослідження із маркерами Ki-67, vimentin, CD 45, CD 68, якісно-кількісне макро- та гістоморфометрічне дослідження з визначенням низки морфологічних квантифікованих або градаційних показників стану патологічної тканини, що характеризують патологічні процеси в ній.

Заплановані та проведені дослідження доповняють уявлення про опорні діагностичні критерії ТСГКП, сприятимуть розкриттю сутності та конкретизації особливостей синовіальних гігантоклітинних пухлин, важливих для диференційної діагностики та прогнозування їхнього перебігу.

ПОШИРЕНІСТЬ ІЗОЛЬОВАНОГО ТА КОМОРБІДНОГО АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ СЕРЕД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Гуцол К. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність своєчасної діагностики алергічного риніту (АР) обумовлена значною поширеністю даного захворювання: за даними різних

авторів близько 30-40% дитячого населення страждає на алергічний варіант риніту, який «маскується» під вірусний риніт. Окрім того, існує безперечний предикативний зв'язок між розвитком АР і бронхіальної астми (БА), що патогенетично об’єднано під назвою «єдиний алергічний респіраторний синдром». За результатами 20-річного дослідження German birth cohort MAS встановлено, що АР у віці до 5 років є предиктором розвитку БА у віці від 5 до 13 років. Результати епідеміологічного дослідження BAMSE у Швеції показали, що вже на першому році життя ізольовані АР та БА зустрічались однаково у 2%, їхнє поєднання відзначено в 1% випадків серед усіх народжених дітей, тобто БА і АР розвивались одночасно.

Мета дослідження: визначення частоти АР у дітей перших 6 років життя та його клініко-параклінічних особливостей перебігу і варіантів поєднання з іншими алергічними та неалергічними захворюванням.

Матеріали і методи. Нами було проведено клініко-анамнестичне дослідженнясеред 50 дітей з АР віком до 6 років на базі Консультативно-діагностичної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» із застосуванням анкетування і ретроспективного аналізу амбулаторних карт.

Результати. Вік встановлення діагнозу АР у дітей дошкільного віку становив 3,31±0,19, вік діагностування БА у дітей з АР складав 4,33±0,46. Наймолодший вік дитини з АР на момент встановлення діагнозу дорівнював 6 місяцям. Вік наймолодшої дитини на момент встановлення діагнозу БА на тлі АР становив 4 роки. У 8,0% пацієнтів маніфестація АР та БА відбувалась одночасно, у 4,0% спочатку був встановлений АР, а БА розвивалась згодом. Ізольований АР було виявлено у 28% дітей, тоді як наявність супутньої патології – у 72%. Найбільш поширена супутня алергічна патологія –атопічний дерматит, алергічний кон’юнктивіт і БА. Серед неалергічних супутніх захворювань найчастіше спостерігались гіпертрофічні зміни лімфоїдних утворень носоглотки, гострі запальні захворювання ЛОР-органів і дихальної системи, патології ШКТ і шкіри, розлади нервової системи.

Висновки. Для дітей дошкільного віку, хворих на АР, характерна висока алергічна і неалергічна коморбідність, завдяки якій симптоми хвороби здатні «маскуватися» та імітувати низку інших патологічних станів, оскільки АР притаманний значний поліморфізм клінічних проявів. Внаслідок цього утруднюється завчасна діагностика, обтяжується перебіг й ускладнюється терапія АР, що сприяє ранній еволюції БА.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Слободяник М. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Сучасні дослідження в області стоматології та серцево - судинної патології демонструють дані, що у пацієнтів з серцево - судинними захворюваннями поширеність генералізованого пародонтиту вдвічі перевищує середні показники в загальній попопуляція.

Методи проведення літературного пошуку: Пошук джерел включав відомі наукові бази, такі як MEDLINE, PubMed, CINAHL, ДОСС, Embase, Scopus, Web of Knowledge, MedNar і ProQuest, Dissertations з глибиною пошуку за останні десять років.

Аналіз отриманих даних. Деякі дослідження показали, що пацієнти з серцево - судинними захворюваннями мають підвищені титри антитіл до пародонтопатогенних бактерій. Найбільш агресивну дію на макроорганізм здійснює антигенний липополисахарид (ЛПС) *Porphyromonas gingivalis* (Pg) викликаючи продукування більшої кількості цитокінів, ніж ЛПС інших пародонтопатогенних бактерій. Так само найбільш важливим є здатність вторгнення Pg в епітеліальні клітини, сполучну тканину, ендотеліальні клітини, моноцити периферичної крові. Захворювання тканин пародонту можуть також побічно впливати шляхом впливу на фактори ризику для ССЗ, такі як ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ) та обмін глюкози.

Висновки. Враховуючи частоту пародонтиту та деяких спільних фізіологічних і патологічних механізмів, існує необхідність у клінічних випробуваннях для оцінки лікування пародонту як можливості покращити біологічні та клінічні параметри серцево – судинної патології.

Ключові слова: генералізований пародонтит, кардіоваскуярній ризик, атероматозне ураження судин, набуті вади серця.

НЕЙРОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ЦИКЛІЧНОГО ПРОЛІЛАЛАНІНУ

Дейко Р. Д.[1], Штриголь С. Ю.[1], Колобов О. О.[2]

[1]Національний фармацевтичний університет

[2]НДІ Особливо чистих біопрепаратів

Актуальність теми. За даними літератури, дипептид cyclo(Pro-Ala), будучи продуктом біотрансформації фактору росту ендотелію судин, функціює у нервовій системі як ендогенний нейропротекторний агент. **Мета роботи** – дослідити нейропротекторні та ноотропні властивості синтетичного дипептиду cyclo(Pro-Ala) (лабораторний шифр DKP-9) на моделі гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) у щурів.

Матеріали та методи. Щурам з ГПМК щодоби протягом 4 днів і/н вводили DKP-9 у дозі 0,02 або 0,1 або 1 мг/кг, або препарат порівняння семакс у дозі 0,02 мг/кг. Реєстрували виживаність та неврологічний дефіцит (НД) тварин протягом 4 діб. Вплив на когнітивні функції оцінювали за тестом екстраполяційного вивільнення (ЕВ).

Результати. На 4 добу виживаність щурів з ГПМК (група КП) склала 22,6%. Семакс підвищує цей показник до 60% ($p<0,05$). Активність дипептиду DKP-9 є дозозалежною: у дозі 1 мг/кг він є неефективним (виживаність – 0%), 0,02 мг/кг – помірно ефективним (40%), тоді як у дозі 0,1 мг/кг – досліджуваний препарат перевершує за активністю семакс (виживаність становить 70%, $p<0,05$ проти КП). Таким чином, пептид DKP-9 демонструє обернену U-подібну залежність ефекту від дози. Окрім того, у дозі 0,1 мг/кг DKP-9 зменшує НД

щурів у 1,8-7 разів порівняно з групою КП ($p<0,05$). За цим показником DKP-9 також перевершує ефективність семаксу. За тестом ЕВ з'ясувалося, що пептид DKP-9 стимулює когнітивні функції щурів. Він зменшує час пірнання тварин під край циліндру приладу на 63,4%, що є статистично значущим результатом ($p<0,05$) та свідчить про стимуляцію інтегральної розумової діяльності у щурів з церебральною ішемією. На відміну від дипептиду DKP-9, активність семаксу у даному тесті виявляється лише у формі тенденції.

Висновки. Циклічний пролілаланін (дипептид DKP-9) виявляє виразні нейропротекторні властивості за церебральної ішемії у щурів та є перспективним засобом для подальших експериментальних та клінічних досліджень.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЦЕРЕБРО-ІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ ТА ШЛЯХИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Дрох А. В., Маменко М. Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Одним з найбільш важливих етіологічних чинників розвитку функціональної диспепсії (ФД) є стрес, який призводить до низки вегетодисфункціональних, гормональних та імунологічних змін в організмі. На особливу увагу в аспекті стресопротекції у хворих з ФД заслуговують препарати ɣ-аміномасляної кислоти (ГАМК).

Мета. Вивчити ефективність та безпечність використання фенібуту в комплексному лікуванні дітей раннього шкільного віку з ФД.

Матеріали та методи. В обстеженні приймали участь 80 дітей у віці від 6-12 років із ФД. Дітям проводилося психологічне тестування для визначення якості життя, психологічного стану та когнітивних функцій. Визначення рівнів кортизолу, адренокортикотропного гормону (АКТГ), інсуліну, норадреналіну в плазмі крові та норадреналіну в ранковій сечі методом ІФА. Діти були розподілені на дві групи: основна та контрольна по 40 пацієнтів у кожній. Всі

діти отримували лікування згідно Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги дітям із ФД, діти першої групи додатково отримували фенібут.

Результати. Обстежені пацієнти з ФД мали синдром епігастрального болю – у 38,8±1,2 % (31/80), постпрандіальний дистрес-синдром – у 61,3±2,3 % (49/80) випадків. Скарги на головний біль, відчуття тривоги, порушення сну, зміни настрою пред'являли 88,8±1,5 % (71/80) обстежених. Психологічне тестування продемонструвало погіршення якості життя – у 93,8±1,2 % (75/80) дітей, вегетативні розлади – у 93,8±2,3 % (75/80), високий рівень тривожності – у 61,3±2,3 % (49/80), виражений депресивний стан – у 41,3±2,3 % (33/80), порушення сну – у 85,0±1,1 % (68/80), зниження уваги – у 67,5±1,3 % (54/80), зниження пам'яті – у 88,7±2,1 % (71/80), підвищення рівня кортизолу в плазмі крові – у 87,5±1,5 % (70/80), підвищення рівня норадреналіну в добовій сечі – у 86,3±2,2 % (69/80) та в плазмі крові – у 88,8±1,7 % (71/80) випадків.

Після лікування інтенсивність скарг на абдомінальний біль знизилась до 0,7±0,8 балів (p=0,003), відчуття переповнення – до 0,3±0,4 балів (p=0,038). Використання фенібуту дозволило знизити інтенсивність вегетативних порушень до 6,2±1,7 балів (p=0,003), виразність астенії – до 9,9±2,1 балів (p=0,033), тривожність – до 7,5±0,9 балів (p=0,017). Рівень пам'яті зріс до 19,4±1,2 балів (p=0,007), рівень уваги – до 19,2±1,3 балів (p=0,023). Знизився рівень кортизолу до 381,1 нмоль/л (p=0,032), норадреналіну в сечі – до 83,9 мкг/добу (p=0,008) та у плазмі крові – до 8,2 пг/мл (p=0,041).

Висновки. Включення до комплексної терапії ФД фенібуту дозволило стабілізувати психоемоційний статус пацієнтів, покращити якість життя пацієнтів, знизити активність симпато-адреналової системи. На фоні використання фенібуту сприяє швидкому усуненню скарг з боку ШКТ та попереджає їх повернення.

ОЦІНКА НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ–СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ

Дружиліна Л. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Лікар загальної практики - сімейний лікар (ЗП-СЛ) відіграє важливу роль у лікуванні артеріальної гіпертензії (АГ), адже саме він забезпечує основну частину діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів хворим на АГ.

Мета роботи. Оцінити виконання рекомендацій Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» лікарями ЗП-СЛ шляхом опитування лікарів та аналізу МКАХ.

Матеріали та методи. За допомогою опитувальника опитано 48 лікарів ЗП-СЛ та проаналізовано 53 МКАХ. Вищу категорію мали 7 (14,58%) лікарів, I – 16 (33,33%), II – 14 (29,17 %), лікарів – спеціалістів – 11 (22,92 %). Отримані дані оброблені за допомогою пакета статистичного аналізу Microsoft Exel 2010.

Результати. Усі 48 (100%) лікарів ознайомлені з УКПМД «Артеріальна гіпертензія». Бесіду з модифікації стилю життя не проводять 11 (22,92%) лікарів, не визначають фактори ризику (ФР) – 10 (20,83%). Оцінку неврологічного статусу не проводять 12 (25%), офтальмоскопію очного дна – 16 (33,33%). Скеровують пацієнтів на обов’язкові обстеження більше 77% опитаних. Фіксовані комбінації препаратів призначають 27 (56,25%) лікарів, не застосовують ретардні форми 6 (12,5%).

Згідно аналізу МКАХ діагноз АГ встановлений не за класифікацією у 44 (83,02%) хворих. Відсутні записи про проведення бесіди у 29 (54,72%) МКАХ, про визначення ФР - у 51 (96,23%). Результати обов’язкових обстежень наявні в 1/3 МКАХ. Фіксовані комбінації призначені 23 (43,39%) хворим, нефіксовані – 21 (39,62%).

Висновки

1. 20,83% лікарів ЗП-СЛ не визначають ФР та відповідно не проводять їх корекцію, що значно погіршує кінцевий прогноз.

2. При первинному зверненні не проводять оцінку неврологічного статусу 25% лікарів, офтальмоскопію очного дна - 33%. Це може призвести до збільшення недіагностованих уражень органів-мішеней та ускладнень з їх сторони.

3. Лише 56% лікарів призначають фіксовані комбінації, що знижує прихильність хворих до лікування.

4. Діагноз АГ встановлений не за класифікацією у 44 (83,02%) хворих, відсутні дані про супутні захворювання. Це призводить до призначення неадекватної терапії та погіршує довгостроковий прогноз.

5. Ведення медичної документації потребує більшої чіткості. В значній кількості МКАХ не відображена інформація щодо проведення бесіди з модифікації стилю життя, визначення ФР та результатів лабораторно-інструментальних досліджень.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СОЛЬОВИХ РОЗЧИНІВ У ТЕРАПІЇ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Дуда Л. В., Охотнікова О. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. У 25-31% дітей перебіг гострої респіраторної вірусної інфекції супроводжується обструктивним бронхітом (ОБ), який в 30-50% випадків приймає затяжний, хвилеподібний або рецидивуючий перебіг.

Основні патофізіологічні механізми при бронхообструкції включають набряк слизової оболонки бронхів, бронхоспазм та гіперсекрецію слизу. Провідну роль серед ланок патогенезу обструктивного бронхіту у дітей раннього віку займає саме гіперпродукція бронхіального секрету з погіршенням його реологічних якостей і, відповідно, пригніченням мукоциліарного

транспорту. Саме тому, надзвичайно важливим у лікуванні ОБ залишається забезпечення ефективного покращення дренажної функції дихальних шляхів, особливо у дітей раннього віку.

Мета. Вивчення ефективності і безпечності застосування гіпертонічних сольових розчинів у дітей раннього віку з гострою бронхообструкцією.

Методи і матеріали. Дослідження проводиться на базі НДСЛ "ОХМАТДИТ". На даному етапі набрано 42 дитини: 36 дітей від 1,5 міс до 3 років з ОБ (22 хлопчики (61%) і 14 дівчаток (39%) та 6 дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) в періоді загострення (4 хлопчики 4, 7, 8, 9 років; 2 дівчинки 8-ми років).

Пацієнти отримували комплексне лікування: бронхолітичну терапію; протизапальну; симптоматичну. Покращення дренажної функції дихальних шляхів за допомогою сучасних препаратів – гіпертонічних сольових розчинів (LORDE 3% та LORDE hyal hyper), які діти отримували по 2-4 мл 2 рази на добу через небулайзер 5-7 днів.

Госпіталізовані розділені на три групи: I гр. досліджуваних з ОБ ДН I-II ст отримувала додатково – LORDE 3% (13 дітей – 31%); II група з ОБ ДН II-III ст та БА в періоді загострення отримували LORDE hyal hyper (16 дітей – 38%); III група – порівняння (13 дітей – 31%) – з ОБ ДН I-III ст., які не отримували жодного з препаратів гіпертонічного розчину NaCl.

Ефективність досліджуваних препаратів оцінювалась на основі покращення загального стану пацієнта і зменшення проявів ДН під час щоденних оглядів; тривалості стаціонарного лікування; безпечності та переносимості препаратів.

Результати. За результатами дослідження на фоні комплексної терапії у пацієнтів I групи (LORDE 3%) відмічалось покращення загального стану, зменшення дихальних розладів та поява продуктивного кашлю в середньому на третю добу (3,08±0,95), в II групі (LORDE hyal hyper) – теж на третю добу (3,18±1,01), в III групі (контрольній) – на п'яту добу (5,46±1,05). Тривалість стаціонарного лікування зменшилось у дітей, що отримували один з препаратів

гіпертонічних сольових розчинів, в середньому до семи днів: I група – 7,84±2,15; II група – 7,76±1,71. В той час, як хворі в III групі перебували у лікарні близько дев'яти днів – 9,46±2,4. Незважаючи на те, що у II групі діти мали більш важкі дихальні розлади при ОБ, а також в цю групу були включені діти з загостренням БА, результати отримані кращі, на нашу думку, саме завдяки якостям гіалорунату натрію, що додатково зменшує запальний процес, зволожує та сприяє у відновленні слизової бронхів. Також слід зазначити, що у жодного пацієнта не було відмічено побічних явищ.

Висновки: 1. Ефективність гіпертонічних сольвих розчинів в комплексному лікуванні ОБ не викликає сумнівів (покращення дренажної функції бронхів і відновлення прохідності дихальних шляхів).

2. Застосування даних препаратів скорочує перебування дітей в стаціонарі та покращує переносимість базисної терапії.

3. Небулайзерна терапія LORDE hyal hyper завдяки зволожуючим якостям гіалуронату натрію демонструє виразну ефективність та гарну переносимість препарату і запобігає розвитку негативного ефекту у вигляді бронхоспазму, саме тому може бути рекомендована для застосування при БА.

4. Безпечність і простота використання у дітей різних вікових груп, в тому числі й у дітей першого року життя.

Ключові слова: Обструктивний бронхіт, діти раннього віку, гіпертонічні сольові розчини.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПІЗНІХ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Сіренко О. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Пізні недоношені діти (передчасно народжені діти з гестаційним віком $34^{0/7} – 36^{6/7}$) - морфо-функціонально незрілі і мають обмежені адаптаційні можливості організму після народження і переходу до нових умов позаутробного життя. Велика увага приділяється взаємозв'язку між станом

здоров'я матері та формуванням перинатальної патології у пізніх недоношених дітей, яка впливає на прогноз їх подальшого розвитку.

Мета. Визначити фактори формування перинатальної патології у передчасно народжених дітей з гестаційним віком $34^{0/7}$ – $36^{6/7}$ тижнів шляхом аналізу стану здоров'я матерів, репродуктивного анамнезу, патологія вагітності та ускладнення під час пологів.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 158 пар мати-дитина, які були розподілені на 2 групи: основну (97 пізніх недоношених дітей з перинатальною патологією, які потребували лікування в умовах спеціалізованої лікарні, та їх матері) та порівняльну (61 пізніх недоношених дітей без сформованої перинатальної патології, які були виписані з перинатального центру, та їх матері). Досліджували вік та хронічні захворювання матері, попередній реппродуктивний анамнез, перебіг вагітності та пологів.

Результати. Дослідження продемонструвало наявність достовірної різниці між групами у показниках: прееклампсія ($p < 0,01$), плацентарна дисфункція ($p < 0,01$), багатоводдя ($p = 0,012$), дистрес плода ($p < 0,01$), народження дитини шляхом операції кесарського розтину ($p < 0,01$). Також було виявлено близьку до достовірної різницю між групами у показниках: народження від першої вагітності ($p = 0,082$) та перших пологів ($p = 0,072$), маловоддя ($p = 0,053$), тривалість безводного проміжку більше 18 годин ($p = 0,084$), патологія пуповини ($p = 0,078$).

Висновки. Прееклампсія, плацентарна дисфункція, багатоводдя, дистрес плода, народження дитини шляхом операції кесарського розтину можуть бути факторами формування перинатальної патології пізніх недоношених дітей. Подальшого вивчення потребує вплив на формування перинатальної патології у пізніх недоношених дітей таких факторів, як народження дитини від першої вагітності та перших пологів, маловоддя, тривалість безводного проміжку більше 18 годин та патологія пуповини.

Ключові слова: пізні недоношені діти, перинатальна патологія, стан здоров'я матері, патологія вагітності, ускладнення під час пологів.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ДЕМОГРАФІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА НОЗОКОМІАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ НА ФОНІ ВАЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Ільченко А. Б.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Актуальність теми. Нозокоміальна пневмонія (НП) - друга за частотою та лідируюча за смертністю нозокоміальна інфекція. НП – це одне із найбільш небезпечних інфекційних ускладнень важкої черепно-мозкової травми (ЧМТ). Хоча рання смертність при ЧМТ в першу чергу пов'язана із вкрай важкою або несумісною з життям травмою, відстрочена смертність після ЧМТ часто є вторинною по відношенню до неврологічної дисфункції та є результатом інфекційно-запальних процесів, зокрема НП.

Мета роботи. Отже, метою нашого дослідження було з'ясувати клініко-демографічні характеристики хворих із ГП, що розвинулася на тлі важкої ЧМТ.

Матеріали та методи. Всього обстежено 166 хворих, у т.ч. 58 хворих з ізольованою важкою ЧМТ (група 1) і 108 хворих з ЧМТ, перебіг якої ускладнився розвитком ГП (група 2).

Результати та їх обговорення. Серед хворих першої групи 50 осіб (86,2%) були чоловіками, 8 осіб (13,8%) – жінками. Середній вік хворих цієї групи склав 49,2±15,2 років. Серед хворих другої групи 89 осіб (82,4%) склали чоловіки, 19 осіб (17,6%) – жінки. Середній вік хворих у цій групі склав 48,2±16,7 років. Середня тривалість стаціонарного лікування склала 14,1±6,2 днів у хворих 1 групи проти 38,7±17,6 днів у хворих 2 групи. У 1 групі не палять 41 особа (70,7%), палять до 10 сигарет на день 10 осіб (17,2%), від 10 до 20 сигарет на день – 3 осіб (5,2%), понад 20 сигарет на день – 4 особи (6,9%). У 2 групі не палять 40 осіб (37,0%), палять до 10 сигарет на день 33 осіб (30,6%),

від 10 до 20 сигарет на день – 16 осіб (14,8%), понад 20 сигарет на день – 19 осіб (17,6%).

Висновки. У демографічній структурі ГП, що виникла на тлі ЧМТ переважають чоловіки молодого віку. Середня тривалість стаціонарного лікування у хворих з наявністю ГП зросла у 2,7 рази порівняно з хворими на ЧМТ неускладнену ГП. Більшість хворих як 1, так і 2 групи мають надлишкову вагу тіла (понад 50% пацієнтів). Спостерігаємо значний відсоток безробітних. Більший відсоток осіб, що вживають алкоголь серед хворих 2 групи, що може свідчити про їх незадовільну соціальну адаптацію та складні соціально-побутові умови. Достовірно більша кількість курців серед осіб 2 групи, що підтверджує важливість паління, як фактору ризику розвитку ГП, на тлі ЧМТ.

АЛГОРИТМ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ПОВЕРХНЕВІ ВАСКУЛІТИ ШКІРИ

Камінецька Л. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

КДЦ ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

Актуальність теми. Васкуліти - це аутоімунне запалення стінки судин, при якому можуть вражатися судини різного калібру. Поверхневі васкуліти шкіри займають важливе місце серед дерматозів. При поверхневих васкулітах до процесу залучені дрібні судини, розвиток запалення в яких призводить до розростання навколо них колагену та фіброзної тканини, а також специфічні зміни їх стінок – потовщення, втрата ними еластичності, можливе навіть повне закриття просвіту дрібних судин. Розрізняють поверхневі васкуліти шкіри: лейкоцитокластичний, пурпура анафілактоїдна, гострий малюковий геморагічний набряк, уртикарний васкуліт, еритема елевуюча довготривала.

Нами вивчалась судинно-тромбоцитарна ланка, в тому числі і показник фактора росту ендотелію судин (VEGF) — сигнальний білок, що виробляється клітинами для стимулювання васкулогенезу та ангіогенезу.

Мета дослідження. Дослідити стан судин шкіри та агрегаційні показники крові з метою визначення алгоритму обґрунтованого лікування.

Матеріали та методи. Після визначення клінічних форм ми обстежуємо хворих з поверхневим васкулітом у суміжних спеціалістів; досліджуємо стан судин шкіри та агрегаційних показників крові; визначаємо фактор росту ендотелію судин. В нашій науковій роботі визначається наявність кореляції між тяжкістю шкірних клінічних проявів та загальним станом кровоносної системи.

Результати. Нами було обстежено 20 пацієнтів.

В ході обстеження у суміжних спеціалістів, були встановлені наступні супутні діагнози: глаукома – у 3-х хворих, постінфарктний кардіосклероз – у 4-х, церебральний атеросклероз – у 2-х, багатовузловий зоб – у 7-ми, тиреоїдит – у 4-х, цукровий діабет II типу – у 4-х хворих. В анамнезі з'ясовано, що у 9-ти хворих з 20-ти захворювання ЛОР органів. Встановлено, що у 7-ми хворих хронічний холецистит, у 4-х хронічний панкреатит.

Також ми відмітили, що досліджуваний ендотеліальний фактор росту судин у обстежуваних в порівнянні з нормою (до 42,6 пг/мл) був значно підвищений, в середньому його показники коливалися в діапазоні від 29,77 до 96,07 пг/мл.

Висновки. У нашому дослідженні вперше проведена комплексна оцінка поверхневих васкулітів шкіри з урахуванням показників фактору росту ендотелію судин. Встановлено, що у хворих на васкуліт визначаються такі супутні захворювання: глаукома, постінфарктний кардіосклероз, церебральний атеросклероз, багатовузловий зоб, тиреоїдит, цукровий діабет II типу та має тенденцію до збільшення вміст ендотеліального фактора росту судин в сироватці крові.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ДИСГІДРОТИЧНОЇ ЕКЗЕМИ ДОЛОНЕЙ ТА ПІДОШОВ З УРАХУВАННЯМ ГЕНОТИПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ.

Возіанова С. В.[1], Горовенко Н. Г.[1], Бойко В. В., [1] Россоха З. І.[2]

[1] Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

[2] Державний заклад «Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України»

Актуальність теми. Дисгідротична екзема долоней та підошов (ДЕДП) - запалення шкіри кистей та стоп, що характеризується розвитком везикульозних елементів із гістологічною картиною спонгіозу та формуванням внутрішньоепідермальних везикул (Клаус Вольф, 2012).

На даний час не викликає сумніву той факт, що впровадження в клінічну практику досягнень в області фармакогенетики створює можливість для індивідуалізації фармакотерапії. Ідентифікація наявності у індивіда відповідного аллельного варіанту окремих генів, які зумовлюють особливість фармакокінетики і / або фармакодинаміки лікарського засобу, дозволяє скорегувати терапію і підвищити її ефективність та безпеку

В лікуванні важких форм різних захворювань, в тому числі екзем, першою лінією терапії є призначення глюкокортикостероїдних препаратів. Важливе значення має поліморфний варіант гена глюкокортикостероїдного рецептора *NR3C1*, що обумовлює резистентність до глюкокортикостероїдної терапії

Мета роботи. Проаналізувати зв'язок ефективності лікування ДЕДП з поліморфним варіантом *C646G* гена *NR3C1*.

Матеріали та методи. На кафедрі дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика на базі ТМО "Дерматовенерологія" та Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні було обстежено 41 пацієнт з дисгідротичними ураженнями середнього на тяжкого ступеню тяжкості.

Всім хворим було проведено загальноклінічне лабораторне обстеження, біохімічне обстеження та молекулярно-генетичне дослідження поліморфного варіанту *C646G* гена *NR3C1*.

Результати. Генотипи *646 CG* та *646 GG* за геном *NR3C1*асоційовані зі зниженою чутливістю до лікування топічним глюкокортикостероїдним

препаратом - маззю Клобетазолом пропіонатом у хворих із дисгідротичними ураженнями долоней та підошов. Необхідно розглянути питання про додаткове призначення цим пацієнтам цитостатиків та ретиноїдів.

Висновки. Важливим маркером неефективної відповіді на лікування при застосуванні стандартної схеми першої лінії терапії Клобетазолом пропіонатом у лікуванні дисгідротичних уражень долоней та підошов є поліморфізм гена *NR3C1*.

Потрібно підкреслити, що диференційований підхід до вибору топічної терапії хворих на ДЕДП дозволить підвищити ефективність терапії в період загострення, істотно зменшити системну фармакологічну навантаженість, досягти стійкої тривалої ремісії захворювання і, в кінцевому рахунку, значно поліпшити якість життя таких пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Коваль М. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Відповідно до зміни біологічної парадигми сутності природи людини та її психічних захворювань на біопсихосоціальну, останнім часом дослідницький фокус поступово став зміщуватися від досліджень когнітивних функцій в бік досліджень соціального пізнання. Емоційний інтелект являється підструктурою соціального інтелекту, яка включає здібність відслідковувати власні й чужі відчуття та емоції, розрізняти їх та використовувати цю інформацію для цілеспрямованості мислення та дій. Деякі автори вважають, що здатність правильно розпізнавати емоції і розуміти наміри іншого в більшій мірі впливають на поведінку пацієнта, ніж психопатологічна симптоматика та нейрокогнітивний дефіцит.

Мета роботи: вивчити особливості порушень емоційного інтелекту хворих на шизофренію.

Матеріали та методи: Обстеження проводилось на базі ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. В нашу вибірку ввійшли 50 пацієнтів з установленим, згідно МКХ-10, діагнозом: Шизофренія, параноїдна форма. Перед участю було отримано інформаційну згоду. Пацієнти були поділені на вікові групи (18-25 р., 26-32 р., 33-40 р.). При обстеженні учасників використовувався тест емоційного інтелекту Мейєра-Саловея-Карузо.

Результати та висновки: Було проаналізовано 4 ланки емоційного інтелекту, а саме: ідентифікація емоцій, використання емоцій для підвищення ефективності мислення та діяльності, розуміння та аналіз емоцій, а також свідоме управління емоціями. При порівнянні груп виявлено, що група 26-32 р., в порівнянні з іншими групами, демонструє найбільш високі показники загального балу емоційного інтелекту, проте виявляє найнижчий показник свідомого управління емоціями. Група 18-25 р. відрізняється високим показником розуміння та аналізу емоцій.

МІОКАРДІОСЦИНТИГРАФІЯ В ОЦІНЦІ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ МІОКАРДА У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кундіна В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) лишаються одними із найбільш актуальних медичних проблем у світі у зв’язку з високим ступенем інвалідизації та смертності працездатного населення. За даними ВООЗ у структурі захворюваності на ССЗ 85% складає інфаркт міокарда та гостре порушення мозкового кровообігу. При кардіосклеротичних змінах, що відбулися в міокарді, та при дисфунції лівого шлуночка (ЛШ) серця у хворих на ішемічну хворобу основним методом лікування – є реваскуляризація міокарда шляхом аорто коронарного шунтування (АКШ) або стентування. Діагностичні методи, що дозволяють встановити подальшу тактику лікування хворого згідно Протоколу Реваскуляризації міокарда Европейської кардіологічної асоціації 2014 року, є наступні: мультидетекторна комп’ютерна томографія серця та

судин; рентген-ендоваскулярна діагностика коронарних судин; ехокардіографія з проведенням стрес тестів; однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) та ОФЕКТ з комп'ютерною томографією (КТ); позитронно-емісійна томографія (ПЕТ); магнітно-резонансна томографія з кардіомодулем (МРТ). Основними методами кількісної оцінки життєздатності міокарда залишаються радіонуклідні методи – ОФЕКТ та ПЕТ, а також МРТ з кардіомодулем. Всі методи є високочутливими у кількісному визначенні життєздатності міокарда, що є доказовим у мультицентрових дослідженнях. Основними показаннями для проведення досліджень є: наявність ішемічних змін в міокарді у хворих з ІХС; пре та пост операційний моніторинг ефективності реваскуляризації та прогнозу захворювання;кількісна оцінка життєздатного міокарду. Таким чином, міокардіосцинтиграфія є високочутливим та специфічним методом для визначення кількості життєздатного міокарда у хворих з ІХС, є обов'язковою у пацієнтів, що потребують реваскуляризації, є визнаною світовим медичним суспільством Європи та США згідно протоколів діагностики та лікування.

ІНТРАДІАЛІЗНА ГІПОКСЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК 5 Д СТАДІЇ

Лисянська О. Ю.

КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. При хронічній хворобі нирок у пацієнтів змінюється хімічний склад крові, порушається електролітний баланс, відбувається затримка рідини, що на фоні анемії призводить до незворотних негативних порушень з боку всіх органів та систем. Пацієнти на хронічну хворобу нирок 5 стадії мають фактори для розвитку хронічної гіпоксемії: респіраторні порушення, анемія, навантаження самої процедури гемодіалізу.

Мета. Метою роботи провести скринінг пацієнтів на хронічну хворобу нирок 5 стадії на програмному гемодіалізі з хронічною гіпоксемією.

Матеріали та методи. В умовах центру нефрології та діалізу КЗ КОР «КОКЛ» проводився скринінг виявлення під час проведення сеансу гемодіалізу відсоткового змісту оксигемоглобіну в периферійній артеріальній крові (SpO_2) у хворих з хронічною хворобою нирок 5Д стадії за допомогою неінвазивного методу пульсоксиметрії. Для оцінки використовувались монітор пацієнта G1B.

Гемодіаліз проводиться за допомогою апарату «Fresenius 5008 S», діалізатор бікарбонатний. Сеанс гемодіалізу проводиться 3 рази на тиждень по 4 години по індивідуальній програмі, індекс KT/V > 1,8 у всіх хворих.

В дослідженні приймало участь 55 хворих в вікових групах від 27 до 68 років (49±4,5). Серед цих пацієнтів було 29 жінок (52,7%), 26 чоловіків (47,3%). Тривалість перебування на гемодіалізі пацієнтів до 5 років – 37 (67,3%), від 6 до 10 років – 10 (18,2%), більш 11 років – 8 (14,5%) пацієнтів. За допомогою пульсоксиметрії вимірювався відсотковий зміст оксигемоглобіну в периферійній артеріальній крові (SpO_2) впродовж сеансу гемодіалізу.

Результати дослідження. При дослідженні відсоткового змісту оксигемоглобіну в периферійної артеріальної крові у кореляції з тривалістю лікування виявлено наступне: група до 5 років лікування 37 (100%) пацієнтів мали нормальні показники сатурації (SpO_2 ≥95%); у групі 6 – 10 років – 3 (30%) пацієнта - гіпоксію (SpO_2 < 94%) та 70% - норму; у групі більше 11 років – 8 (100%) пацієнтів мали нормальні показники. У 18 пацієнтів (32,2%) сатурація крові була більше 95 %, інтрадіалізна гіпоксемія відмічалась у 37 пацієнтів (67,8 %), коли відсотковий зміст оксигемоглобіну в периферійній артеріальній крові знижався нижче 94%. У 9 (16,36%) пацієнтів під час гемодіалізу сатурація крові знижалась нижче 89%.

Висновки. У частини пацієнтів з хронічною хворобою нирок, які отримують лікування програмним гемодіалізом, відмічається інтрадіалізна гіпоксемія. Ці порушення призводять до ускладнень серцево-судинної системи, нервової системи, що погіршує прогноз пацієнтів та підвищує летальність. Необхідне проведення подальших досліджень, а також пошук методів, що

зменшують прогресування захворювання і виникнення ускладнень у даної категорії хворих.

ПОШИРЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ У МІСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

Шуба В., Крекотень К.

Сумський державний університет МОН України

Актуальність теми. Тютюнопаління є одним із основних факторів ризику розвитку хвороб серцево-судинної системи, що складають 2/3 від загальної смертності населення України.

Мета роботи. Дослідити статево-вікові особливості поширеності тютюнопаління серед населення віком 20-64 роки.

Матеріали і методи дослідження. Розроблена спеціальна анкета та проведені опитування серед мешканців міста віком 20-64 роки.

Результати. Дослідження показало, що палять 16,4 % обстежених жінок. Звичка палити серед жінок найбільш поширена у віці 20-39 років - палить кожна третя-четверта жінка цього віку, починаючи з вікової категорії 40 років частота паління в жіночій популяції значно зменшується: палить 15 жінок на 100 віком 40-49 років, 10 жінок 50-59 років та лише 2 жінки зі 100 в 60-64 роки. У чоловічій популяції ситуація інша. Питома вага чоловіків, котрі палять складає 42,9 %, кількість чоловіків-курців зменшується, починаючи з віку 40 років. Найбільша кількість курців серед чоловіків віком 30-39 років – палять 52 чоловіки зі 100 обстежених цієї вікової категорії, з віком частота паління зменшується: так, у віці 40-49 років палять 48 чоловіків зі 100, в 50-59 років – 34 курці зі 100 обстежених, а вже в 60-64 роки – лише 28 чоловіків зі ста палять.

Висновки. Отримані результати вказують на те, що, насамперед, необхідно проводити профілактичну роботу, направлену на виявлення осіб, які палять, у подальшому проводити з ними роз’яснювальну роботу щодо шкідливості паління та необхідності відмови від тютюнокуріння, тим самим посилюючи прихильність активних курців до відмови від паління. Для

планування та проведення таких заходів необхідно враховувати, що тютюнова залежність виявляється у 90 % людей, які палять щоденно інші 10 % мають звичку курити. Тютюнова залежність проявляється у потребі палити незалежно від соціального оточення, в той же час звичка курити реалізується, як правило, у середовищі курців.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКЗЕМЕСТАНУ ЯК КОРЕКТОРА ДИСБАЛАНСУ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ У ЧОЛОВІКІВ

Загайко А. Л., Литкін Д. В., Брюханова Т. О., Шкапо А. І.

Національний фармацевтичний університет

Актуальність теми. Ароматаза – ферментний комплекс ендоплазматичного ретикулуму, який бере участь у перетворенні андрогенів на естрогени. При ожирінні та метаболічному синдромі (МС) відбувається підвищення активності периферичної ароматази жирової тканини, що призводить до дисбалансу статевих гормонів та до розвитку вторинних проявів МС у чоловіків, таких як гіпогонадизм, еректильна дисфункція, гіноїдний тип відкладення підшкірного жиру та ін. Зменшення активності цього ферменту за допомогою інгібіторів ароматази, теоретично може призводити до покращення стану пацієнтів з МС.

Мета роботи. Дослідити вплив необоротного інгібітору ароматази екземестану на перебіг експериментального метаболічного синдрому у хом’ячків.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на 30 сирійських хом’ячках чоловічої статі поділених на 3 групи по 20 тварин у кожній: група інтактного контролю, група контрольної патології та група, де тварини на тлі метаболічного синдрому отримували екземестан в дозі 3,1 мг/кг на добу впродовж 14 днів. Метаболічний синдром моделювали за допомогою висококалорійної дієти, багатої на жири та фруктозу впродовж 5-ти тижнів. В

кінці експерименту у тварин визначали масу вісцерального жиру, рівні тестостерону та естрадіолу в крові та ароматазну активність жирової тканини.

Результати. Досліджуваний препарат зменшував масу вісцерального жиру на 19%, збільшував рівень сироваткового тестостерону на 19%, зменшував рівень сироваткового естрадіолу на 15%. Ароматазна активність жирової тканини зменшувалася на 24% під впливом введення препарату.

Висновки. Дані нашого дослідження показують, що екземестан є перспективним препаратом для подальших клінічних досліджень з метою використання в комплексній терапії метаболічного синдрому.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

Періг Ю. С., Титова Т. А., Клименко Л. В., Олексійчук Н. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Статистика підліткового суїциду в останні роки погіршилась. Країни СНД (в тому числі Україна) за цим показником займають в середньому четверте місце в світі. Наприклад, в 2013 році, за статистикою, чинило суїцид 20 осіб на 100 тисяч. Дитячо-підліткові суїциди мають нерівномірну поширеність. За даними літератури поширеність розладів депресивного спектру у країнах Європи і США становить на даний час близько 5-10%. У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%. Депресивні розлади є однією з основних причин непрацездатності (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2002). Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані.

Методи і матеріали: огляд наукової літератури, анкетування.

Підлітковий період є перехідним між залежним від батьків дитинством і незалежним від батьків дорослим станом. Час початку і тривалості різниться від одної особи до іншої, але в загальному вважається, що виникає у віці між 10 і 19 роками, частіше 13-16 років.

Психологічні проблеми зі здоров'ям у підлітків, з високим рівнем первинної маніфестації включають депресію, самоушкодження, тривожні розлади, обсесивні неврози і розлади особистості. Інші проблемні області - це

зловживання алкоголем і наркотиками, шизофренія і наркогенні психози; харчові розлади, що включають ожиріння, булімію, анорексію, міжособистісне насильство; ризикована поведінка; налагодження сексуальної поведінки.

Відмінні риси підлітка: самоусвідомлення, самообізнаність, самозосередженість, невпевненість в собі. Ознаки депресії: постійний смуток, розлади сну, розлади харчування, апатія до друзів, сім'ї, школи, заперечення шкільних заходів, плач і емоційна лабільність, психосоматика,персистуюча нудьга, мало енергії, ризикована показова поведінка, підготовчі заняття з символами смерті і вмиранням (окультизм і тд), спроби суїциду.

Фактори ризику щодо суїциду: попередні наміри чи спроби суїциду, обмежена здатність до вирішення проблем і копіювання стратегії дій, не підтримуючі сім'ї з або без конфлікту , сепарація від суспільства, психічні розлади, алкоголізм чи наркоманія в родині, суїциди в анамнезі сім'ї чи в культурних традиціях, сімейна дизорганізація , чоловіча стать,відносини в основному з конфліктами, соціальною ізоляцією і/чи агресією.

Для підлітків характерні психосоматичні розлади, що виникають внаслідок антено-депресивного та тривожно-депресивного розладів, а також фобій.

Висновки:

- в навчальних закладах потрібно проводити скринінг депресивних розладів;
- вчасне виявлення депресії та суїцидальної поведінки може попередити фатальні наслідки;
- підлітки потребують уважного ставлення з боку батьків, встановлення довірливих відносин.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА КАРІЄСУ КОРЕНЯ У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Супрунович І. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ, формулювання проблеми. За результатами сучасних досліджень, карієс кореня – одна з основних проблем, що виникає у пацієнтів з генералізованим пародонтитом. Проведене первинне пародонтологічне лікування у хворих на генералізований пародонтит призводить до рецесії ясен, внаслідок чого збільшується ризик появи карієсу кореня, який ставить під загрозу тривалість функціонування зуба та довготривалий успіх лікування.

Методи проведення літературного пошуку: пошук джерел включав відомі наукові бази, такі як MEDLINE, PubMed, CINAHL, ДОСС, Embase, Scopus, Web of Knowledge, MedNar і ProQuest, Dissertations з глибиною пошуку за останні десять років.

Аналіз отриманих даних. За даними досліджень, задля профілактики карієсу кореня та попередженню прогресуванню захворювань тканин пародонта, пацієнтам слід місцево проводити профілактичні заходи, покращити та відкоригувати індивідуальну гігієну порожнини рота, проводити регулярні огляди у лікаря-стоматолога та дотримуватись збалансованого харчування. Проведені дослідження показали, що місцеве застосування профілактичних засобів знижує ризик розвитку карієсу кореня, на відміну від проведення лише індивідуальної гігієни порожнини рота двічі на день.

Висновок. Пацієнти з ризиком розвитку карієсу кореня мають слідувати протоколу профілактики карієсу кореня, який є невід'ємним компонентом їх підтримуючого пародонтологічного лікування. Не дивлячись на різноманітність літератури по темі карієсу кореня, відсутній консенсус у відношенні деяких аспектів, таких як діагностичні критерії, поширеність серед населення та фактори ризику, що потребує подальших клінічних досліджень.

Ключові слова: карієс кореня, профілактика карієсу кореня, генералізований пародонтит.

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ КЛИНОВИДНИХ ДЕФЕКТІВ І ЕРОЗІЇ ЕМАЛІ

Турянська Н. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ: метою є огляд та аналіз сучасних наукових джерел щодо клініки, діагностики і лікування клиновидних дефектів твердих тканин зубів та ерозії емалі.

Методи: Проведено системний огляд сучасних даних відносно особливостей формування, прогресування, діагностики та надання стоматологічної допомоги пацієнтам з клиновидними дефектами зубів і ерозії емалі. **Результати**: аналіз літературних джерел свідчить про неоднозначність підходів до лікування клиноподібних дефектів та ерозії емалі, наявність яких поступово призводить до значної втрати твердих тканин зубів, появи гіперчутливості емалі і дентину, дистрофічним змінам в пульпі та пародонті. При цьому основними складовими успіху реставрації пришийкових некаріозних дефектів і лікування ерозії є ретельна діагностика щодо виявлення причин розвитку (травматична оклюзія, супраконтакти тощо) і усунення їх, використання «сендвіч-техніки» у поєднанні з сучасними композитними матеріалами, збільшення часу протравлення склерозованого пришийкового дефекту (дентину) і якісна обробка поверхні реставрації, обов'язкове попереднє використання ремінералізуючої терапії для профілактики захворювань пародонту і вторинного карієсу.

Висновки: лікування клиноподібних дефектів і ерозії емалі із застосуванням загальної і місцевої ремінералізуючої терапії і реставрація виражених дефектів за допомогою композитів дозволяє досягти довгострокових ефективних результатів і сприяє стабілізації патологічного процесу, що гарантує доцільність використання таких методів лікування не каріозних уражень зубів.

Ключові слова: некаріозні ураження зубів, клиновидні дефекти, ерозія емалі, ремінералізуюча терапія, композиційні матеріали

ГЕННІ ПОРУШЕННЯ, ЯК БЕЗУМОВНИЙ ФАКТОР СПАДКОВОСТІ У ХВОРИХ НА АКНЕ

Петренко А. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Останнім часом патогенетичне вивчення акне все більш зосереджено на тому, що в основі захворювання лежить генетично детермінований тип секреції сальних залоз в період статевого дозрівання. Стверджують, що пубертатний вік, надлишкова вага, акне у батьків є провідними факторами для акне.

Неодноразово спеціалісти звертали увагу на те, що акне, включаючи вузловато-кістозне, часто спостерігається і в родинах. Саме тому особливий інтерес має вивчення наявності генетичних факторів у хворих на акне. Про конкретні спадкові механізми при акне мало відомо, але все більш уваги автори приділяють саме вивченню вродженого імунітету.

Мета роботи. Вивчити стан показників вродженого імунітету у хворих на акне та їх батьків, які в минулому страждали на акне.

Матеріали і методи. Було обстежено 9 пацієнтів з акне та один з батьків, які хворіли на акне в підлітковому віці, або мали прояви ураження сальних залоз і на сьогодні.

У всіх пацієнтів був тяжкий перебіг акне з висипом на шкірі обличчя, грудей та верхньої третини спини. Висип був представлений папульозно-пустульозними, вузловими та кістозними елементами, що займали більше 70% поверхні зазначених ділянок. Для дослідження було обрано чотири гени, які згідно останніх літературних даних можуть мати зв’язок з наявністю акне: TLR-2 (G753A), TLR-4 (C399T), IL-1β (C3953T) та IL-8 (C781T).

Результати. За геном TLR-2 (G753A) в жодного з обстежених не було виявлено мутації – всі мали гомозиготний генотип 753GG.

За геном TLR-4 (C399T) у трьох пацієнтів та їхніх батьків були виявлені мутації за даним геном –гетерозиготний генотип 399CT або гомозиготний генотип 399CC. У решти обстежених хворих та їхніх батьків/матерів був нормальний гомозиготний генотип 399CC.

За геном IL-1β (C3953T) тільки у однієї дівчини та її матері був нормальний гомозиготний генотип 3953CC, у решти були виявлені мутації.

За геном IL-8 (C781T) було обстежено лише 3 родини. Всі обстежені за даним геном батьки мали мутацію - гетерозиготний генотип 781CT. Проте їхні діти мали різні результати: одна дівчина мала нормальний гомозиготний генотип 781CC, інша навпаки мала гомозиготну мутацію 781TT, а обстежений хлопець мав гетерозиготний генотип 781CT.

Висновки:

- У всіх обстежених хворих на акне їхні батьки мали мутацію хоча б за одним із зазначених генів, що дозволяє припустити вплив даних генів на наявність та тяжкість перебігу акне.
- Гомозиготні варіанти мутацій були виявлені лише у двох обстежених – у однієї пацієнти за геном IL-8 (C781T) та однієї матері за геном IL-1β (C3953T).
- Найбільша кількість мутацій, як у пацієнтів, так і у батьків була виявлена за генами IL-1β (C3953T) та IL-8 (C781T).
- Подальше вивчення мутацій за вказаними генами є актуальним та перспективним з точки зору прогнозування тяжких форм акне у дитини.

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

Бойко А. І., Кушніренко С. В., Кушніренко О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність теми. Міждисциплінарний підхід в веденні пацієнтів з сечокам'яною хворобою передбачає не тільки попередження рецидиву захворювання, але і правильну оцінку швидкості прогресування хвороби і своєчасне застосування ренопротекторної терапії, спрямованої на гальмування прогресування хронічної хвороби нирок.

Мета роботи. Вивчити динаміку урикемії, урикозурії, швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), рівня екскреції альбуміну на етапі динамічної метафілактики пацієнтів з уратним нефролітіазом.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 42 пацієнта з уратним нефролітіазом, хронічною хворобою нирок (ХХН) II ст.(ШКФ 76,2±1,19мл/хв/1.73м^2) на етапі динамічної метафілактики. Серед них 30 пацієнтів чоловічої статі(71,4%) і 12 жіночої статі (28,6%). Середній вік становив 53,6±1,0 роки.

Комплексне лікування 24 пацієнтів включало загальноприйняті заходи і призначення фебуксостата в дозе 40 мг щоденно у поєднанні з уролесаном протягом 4 тижнів. Контрольну групу склали 18 пацієнтів, які отримували загальноприйняті заходи з фебуксостатом в аналогічному дозуванні. Критерії оцінки ефективності лікування в основній і контрольній групі представлені динамикою урикемії, урикозурії, ШКФ (розрахунок за формулою CKD-EPI, 2012), рівня екскреції альбуміну - факторами ризику прогресування ХХН.

Результати. Застосування фебуксостату у поєднанні з уролесаном впливало на зниження рівня сечової кислоти в сироватці крові в середньому з 0,537±0,017 ммоль/ л до 0,325±0,01 ммоль/л($p<0,01$) і в сечі - з 6,54±0,47 ммоль/ л до 4,2±0,35 ммоль/л ($p<0,01$). В контрольній групі за 4 тижні лікування динаміка урикемії та урикозурії виглядала наступним чином: з 0,529±0,022 ммоль/ л до 0,358±0,011 ммоль/л ($p<0,01$) і з 6,61±0,57 ммоль/л до 5,4±0,48 ммоль/л відповідно. До призначення терапії рівень екскреції альбуміну з сечею у пацієнтів з уратним нефролітіазом не перевищував 300 мг/добу у 52,4% пацієнтів, від 300 до 1000 мг/добу – у 47,6% пацієнтів.

Динамічне спостереження продемонструвало, що через 4 тижні комбінованої терапії рівень екскреції альбуміну не перевищував 300 мг/добу у 57,1% пацієнтів і від 300 до 1000 мг/добу – у 42,9% пацієнтів. В контрольній групі аналогічний показник становив 54,8% і 45,2% відповідно.

При контрольному обстеженні через 4 тижні відмічена позитивна тенденція рівня ШКФ в групі пацієнтів, які отримували комбіноване лікування (78,3±1,1мл/хв/1.73м^2). В контрольній групі рівень ШКФ склав 74,6±1,9мл/хв/1.73м^2.

Висновки. Результати етапу динамічного метафілактичного лікування пацієнтів з уратним нефролітіазом продемонстрували, що застосування фебуксостата і уролесана потенціює позитивний вплив на показники пуринового обміну, знижує рівень екскреції альбуміну, сприяє збереженню швидкості клубочкової фільтрації і загальмуванню прогресування хронічної хвороби нирок.

РИЗИКИ ВИНИКНЕННЯ КЕРАТИТУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ М'ЯКИХ КОНТАКТНИХ ЛІНЗ

Пінчук О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Інфекційний кератит - це захворювання рогівки, що проявляється ерозією, виразкою, болю, сльозотечею і потребує негайного лікування. Поява помутніння рогівки призводить до незворотного зниження гостроти зору що потребує хірургічного лікування. При використанні МКЛ, лінза контактує з рогівкою, що може бути причиною занесення інфекції. Отже, виявлення найбільш розповсюджених збудників та способів зараження є важливим методом профілактики появи інфекційного кератиту.

Методи проведення літературного пошуку. Використовуючи бази пошуку aao.org, PubMed, Scholar Google, Cochrane, Scholar Google, знайдено 62 статті (з 2002 по 2017 роки), що стосуються інфекційного кератиту, асоційованого з використанням МКЛ. Відібрано 8 досліджень, що висвітлюють значення збудників та причини зараження, а також підходять за типом формування досліджуваних груп.

Аналіз отриманих даних. Проаналізовано результати робіт, що включають дослідження 2095 пацієнтів з інфекційним кератитом. Методами контрольного скринінгу та анкетуванням анамнезу досліджено відсоток випадків інфекційного кератиту асоційованого з використанням МКЛ.

Виявлено: 1) Серед усіх випадків інфекційного кератиту дорослих середній відсоток випадків пов'язаних з використанням МКЛ дорівнює 44,3% (від 18,6% до 82% в залежності від формування груп);

2) Серед збудників, що призвели до інфекційного кератиту, асоційованого з використанням МКЛ найбільш розповсюджені:

-Pseudomonas aeruginosa-59% випадків;

-Klebsiella pneumonia-11% випадків;

-Полімікробне зараження-23% випадків.

3) У 79% випадків виникнення інфекційного кератиту при користуванні МКЛ, пацієнти сповістили про використання МКЛ після закінчення терміну дії.

4) Серед інших факторів ризику виникнення інфекційного кератиту при користуванні МКЛ відзначають:

- Сон в лінзах, що для цього не призначені;
- Змішування розчинів дезінфекції;
- Недотримання правил гігієни;
- Відсутність профілактичних оглядів.

5) 43% пацієнтів після лікування продовжили використання МКЛ.

Висновки. Відсоток випадків інфекційного кератиту, що пов'язаний з МКЛ коливається від 18,6% до 82% в різних дослідженнях, в залежності від способу формування досліджуваних груп. В середньому 44,3%, медіана 34%. Використання лінз після закінчення терміну придатності, є найчастішою причиною появи інфекційного кератиту асоційованого з використанням МКЛ.

ПОШУК СПОЛУК ПСИХО- ТА НЕЙРОТРОПНОЇ ДІЇ В РЯДУ АМІНОМЕТИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ 2-МЕТИЛ-1Н-ХІНОЛІН-4-ОНІВ

Подольський І. М.

Національний фармацевтичний університет

Актуальність теми. За результатами власних попередніх досліджень показано, що амінометильовані похідні 2-метил-1Н-хінолін-4-онів є цікавими об'єктами пошуку нових речовин з психо- та нейротропними властивостями.

Для поглиблених досліджень був обраний 2-метил-3-(феніламінометил)-1Н-хінолін-4-он, який під лабораторною назвою «атристамін» розробляється на кафедрі медичної хімії Національного фармацевтичного університету як перспективний антидепресант з полімодальним впливом на ЦНС.

Мета роботи. Визначити основні точки рандомізації «материнської» структури 2-метил-3-(феніламінометил)-1Н-хінолін-4-ону, синтезувати нові похідні згідно стратегії диверсифікації, провести скринінгове дослідження психо- та нейротропних властивостей одержаних сполук, дослідити закономірності зв'язку «хімічна структура – фармакологічна активність».

Матеріали та методи. Цільові 3-(N-R,R'-амінометил)-2-метил-1Н-хінолін-4-они були синтезовані амінометилюванням вихідних 2-метил-1Н-хінолін-4-онів за реакцією Маніха з подальшим переамінуванням одержаних інтермедіатів відповідними ароматичними амінами. N-Бензоїльні похідні одержували ацилюванням 2-метил-3-(феніламінометил)-1Н-хінолін-4-ону відповідними хлорангідридами заміщених бензойних кислот. Скринінгове дослідження психо- та нейротропних властивостей синтезованих сполук було проведено на білих мишах-самцях з використанням поведінкових методик (тесту відритого поля, тесту піднесеного хрестоподібного лабіринту, тесту стрижня, що обертається, тесту підвішування за хвіст, тесту умовного рефлексу пасивного уникнення на тлі скополамін-індукованої антероградної амнезії) та на моделі гострої нормобаричної гіпоксії з гіперкапнією.

Результати. Проведені дослідження дозволили виявити певні зв'язки «хімічна структура – фармакологічна активність». Показано, що для всіх похідних з феніламінометильним замісником у положенні 3 притаманні виражені антиамнестичні властивості. 3-[[(4-Метоксифеніл)аміно]метил]-2-метил-1Н-хінолін-4-он додатково виявляє специфічний седативний ефект, а N-[(2-метил-4-оксо-1Н-хінолін-3-іл)метил]-N-фенілбензамід поєднує анксіолітичну та антиамнестичну дію з потужними антигіпоксичними властивостями.

Висновки. Результати проведеного фармакологічного скринінгу дозволяють стверджувати, що 3-(N-R,R'-амінометил)-2-метил-1Н-хінолін-4-они є, безумовно, перспективним класом сполук в аспекті пошуку нових біологічно активних речовин психо- та нейротропної дії.

ВПЛИВ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ НА ВАЖКІСТЬ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГІТУ

Романько М. Р., Маменко М. Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Гострий обструктивний ларингіт (гострий стенозуючий лариготрахеїт, псевдокруп) – загрозливе життю захворювання верхніх дихальних шляхів, головним етіологічним чинником якого вважаються респіраторні віруси.

Вітамін D впливає на систему протизапального імунітету, що призводить до зниження частоти респіраторних захворювань.

Мета: вивчити вплив забезпеченості вітаміном D дітей раннього віку, на важкість перебігу гострого обструктивного ларингіту.

Методи та матеріали. Обстежено 80 дітей у віці від 1 місяця до 3 років (20,7±1,2 місяців), що знаходилися на лікуванні у КМДКЛ № 1 із гострим стенозуючим ларинготрахеїтом (ГСЛТ) у зимовий період 2015-2016 р. р.

Для оцінки забезпечення дітей вітаміном D визначався рівень 25 (OH) D в сироватці крові за допомогою електрохемілюмінісцентного методу на аналізаторі Elecsys 2010 (RocheDiagnostics, Німеччина), тест-системи Cobas в клініко-діагностичній лабораторії ТОВ «Нова діагностика».

Отримані дані опрацьовані статистично з використанням пакету програм Statistica 6.0, Excel 2010. Враховуючи, що досліджувані ознаки не мали нормального розподілу, для подальшого статистичного аналізу використовували непараметричні методи.

Результати. Рівень 25 (OH) D в сироватці крові у обстежених дітей віком 1-36 місяців коливався від 5,4 до 114,3 нг/мл. Медіана рівня 25 (OH) D – 31,8 нг/мл (Q_1=18,4; Q_3=47,4).

Рівень 25 (OH) D у сироватці крові дітей з ГСЛТ II ступеню важкості – 25,5 нг/мл (Q_1=15,2; Q_3=38,6), у дітей з ГСЛТ I ступеню важкості – 43,2 нг/мл (Q_1=30,8; Q_3=61,5), (p=0,0001). Зниження рівня 25 (OH) D <40 нг/мл в сироватці крові достовірно збільшувало шанси виникнення більш важкого перебігу ГСЛТ порівняно з дітьми, що мали концентрацію25 (OH) D >40 нг/мл – OR=7,56 (95% CI: 2,68-21,3).

Перший епізод ГСЛТ мали 78,8±4,6 % (63/80) дітей, повторний епізод – 21,3±4,6 % (17/80) дітей. Зниження рівня 25 (OH) D <40 нг/мл в сироватці крові достовірно збільшувало шанси на розвиток повторних епізодів ГСЛТ у дітей порівняно з дітьми, що мали концентрацію25 (OH) D >40 нг/мл – OR=12 (95% CI: 1,5-96,15).

Висновки: низький рівень забезпеченості вітаміном D мали 66 % обстежених дітей з гострим обструктивним ларингітом. Зниження рівня 25 (OH) D <40 нг/мл в сироватці крові достовірно збільшувало шанси виникнення більш важкого перебігу та розвиток повторних епізодів гострого обструктивного ларингіту у дітей.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ СТАНОМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ, РІВНЕМ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ТА ЯКІСТЮ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНІВ З ХХН І-ІІІ СТАДІЇ

Савицька Л. М.

КЗ КОР «Київська обласна лікарня № 2»

Актуальність. В сучасних умовах результати стандартних лабораторних та інструментальних методів дослідження не дають лікареві повної картини функціонального стану нирок,а також не враховують емоційні реакції пацієнта, поведінку, що впливають на його роль і місце і в соціальному житті.

Мета дослідження. Оцінити стан функціонального ниркового резерву у пацієнтів з хронічною хворобою нирок I-III стадії та виявити його взаємозв'язок з рівнем сечової кислоти сироватки крові та якістю життя пацієнтів.

Матеріали і методи. На базі КЗ КОР «Київська обласна лікарня № 2» обстежено 22 пацієнта з хронічною хворобою нирок I-III стадії віком від 56 до 77 років. Серед них було 16 чоловіків (73%), та 6 жінок (27%). Причиною розвитку хронічної хвороби нирок були артеріальна гіпертензія – у 3 пацієнтів (14%), поєднання артеріальної гіпертензії та цукрового діабету – у 7 пацієнтів (32%), поєднання артеріальної гіпертензії та хронічного пієлонефриту – у 5 пацієнтів (23%), поєднання артеріальної гіпертензії та подагри – у 4 пацієнтів (18%), цукровий діабет II типу – у 2 пацієнтів (9%), цукровий діабет I типу у 1пацієнта (4%). За стадіями захворювання розподіл був наступним: I стадію діагностовано у 2 пацієнтів (9%), II стадію - у 6 (27 %), III – у 14 пацієнтів (64%). Пацієнтам проведено визначення функціонально ниркового резерву за методикою Гоженка А.І., адаптованою до амбулаторних умов з визначенням рівнів сечової кислоти сироватки крові до і після водно-сольового навантаження. За даними амбулаторних карт визначено середні рівні сечової кислоти за 2014-2017 роки. Проведено оцінку якості життя з використанням неспецифічного опитувальника SF 36 (The Short Form-36). Статистична обробка даних проведена за допомогою програм Microsoft Excel та StatSoft STATISTICA.

Результати. Функціональний нирковий резерв був збережений у 19 пацієнтів (87%) і становив в середньому 115+54 % (максимальний -205%, мінімальний 21%), знижений у 2 пацієнтів (9%) і становив в середньому 5,7%, відсутній у 1 пацієнта (4%) і становив мінус 41%. Рівень функціонального ниркового резерву корелював з рівнем сечової кислоти сироватки крові, визначеним через годину після проведення водно-сольового навантаження (p 0,60, p-level 0,018), а також із середнім значенням сечової кислоти (p 0,74, p-level 0,0015). Виявлено також взаємозв'язок між станом функціонального

ниркового резерву і такими показниками якості життя як фізичне функціонування (PF) (p 0,60, p-level 0,032) (r 0,57); життєва активність (VT) (p 0,67, p-level 0,012); психічне здоров'я (MH) (p 0,59, p-level 0,033).

Висновки. Визначення характеру взаємозв'язків між рівнем сечової кислоти і станом функціонального ниркового резерву потребує додаткового вивчення.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РІВЕНЬ ДОТРИМАННЯ ПРИЗНАЧЕНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТАМИ З ГЛАУКОМОЮ

Санін В. В., Горак О. Б., Сковрон М. В., Новак Л. П., Тутченко Л. П., Новак Н. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. З поміж існуючих причини сліпоти в світі перше місце займає глаукома - хронічне, прогресуюче захворювання зорового нерва. Глаукома потребує пожиттєвого лікування, і запорукою успіху в цьому є дотримання дозування ліків, часу та способу їх застосування та постійність виконання призначень. Порушення плану, режиму лікування та рекомендацій є значною проблемою при лікуванні хворих з глаукомою.

Методи проведення літературного пошуку. За допомогою пошукових баз даних PubMed, Cochrane, Scholar Google, aao.org, проаналізовано 132 статті (з 2006 по 2017 роки), мета пошуку - питання дотримання лікарських призначень у пацієнтів з глаукомою. Відібрано 10 робіт для подальшого аналізу.

Аналіз отриманих даних. Рівень дотримання лікувального режиму в-цілому проаналізовано у 4301 хворих на глаукому. Методами анкетування, опитування, контролю кількості медикаментів встановлено рівень дотримання режиму лікування та рекомендацій лікаря. Використанням анкетування, опитування, обліку кількості медикаментів, навчання пацієнтів та подальших обстежень встановлено необхідні дані для покращення зв`язку лікар-пацієнт. Виявлено:

1) Кожен пацієнт потребує індивідуального підходу в виборі режиму лікування та способу дотримання призначень;

2) Рівень дотримання призначень – від 25 до 85%, в середньому - 56%;

3) Рівень недотримання призначень за факторами:

- Легка та середня симптоматика – 61% ;
- Тяжка симптоматика – 42% ;
- Призначення більше двох видів крапель – 59%;
- Призначення незручного часу та частоти закрапувань – 44%;
- Забудькуватість пацієнтів – 28%;
- Брак навичок закрапування – 15 %;
- Інше – 5%.

4) Навчання пацієнтів в школі глаукоми дало значний ріст обізнаності пацієнтів: 54% - до початку занять, 85% - після закінчення школи, 71% - через 6 міс після закінчення.

Висновки. Рівень дотримання призначень пацієнтами складає 25% - 85%, в середньому 56%. В оглянутій літературі фактори недотримання призначень пояснюються причинами як з боку лікарів, так і з боку пацієнтів. Врахування наявних даних може бути використано для підвищення суворості дотримання лікарських призначень пацієнтами з глаукомою.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ ВІТАМІНУ D ТА СИНДРОМОМ СУХОГО ОКА

Сковрон М. В., Горак О. Б., Санін В. В., Новак Л. П., Тутченко Л. П., Новак Н. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

За даними ВООЗ близько 18% населення світу встановлено діагноз синдром сухого ока (ССО). В основі патогенезу ССО лежить порушення стабільності слізної плівки, яке в свою чергу залежить від вмісту вітаміну D в сироватці крові хворого.

Методи: За допомогою пошукових баз даних PubMed, Cochrane, Scholar Google проаналізовано 36 статтей (з 2012 по 2017 роки) присвячених зв'язку вітаміну D із синдромом сухого ока.

Аналіз отриманих даних. Із синдромом сухого ока, однією із найчастіших причин звернення людей до офтальмологів, пов'язані певні труднощі як у діагностиці, так і в лікуванні. Тільки в 2007 році Міжнародний консенсус по синдрому сухого ока (DEWs) дав чітке визначення цього стану. В основі патогенезу цього захворювання лежить порушення стабільності слізної плівки, що призводить до появи почервоніння, свербежу, печіння, світлобоязні та затуманення зору. Вітамін D являє собою багатофункціональний гормон , який відіграє важливу роль в різних біологічних функціях. Рогівка, як основний компонент поверхні очного яблука, містить вітамін D рецептори і значні концентрації вітаміну D. Припущення про те, що вітамін D в рогівці може відігравати певну роль у патогенезі ССО, було підтверджено в дослідженнях значним кореляційним зв’язком між рівнем вітаміну D та синдромом сухого ока.

Висновки. Пацієнтів із синдромом сухого ока важливо обстежувати на предмет дефіциту вітаміну D, рівень якого може бути використаний в лікуванні синдрому сухого ока. Проте недостатність інформації стосовно даного питання вказує на необхідність подальшого пошуку.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДЕТЕКЦІЇ КАРБАПЕНЕМАЗ У ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ

Філоненко Г. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ДУ « Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України » Київ, Україна

Актуальність. Інфекційні ускладнення, що викликані карбапенем-резистентними штамами грамнегативних бактерій, обумовлюють високий рівень летальності у кардіохірургічних стаціонарах. Поширення

мікроорганізмів, стійких до карбапенемів, розглядається як одна з найбільш суттєвих загроз системі охорони здоров'я .Можливість раннього виявлення продукції карбапенемаз є принципово важливим ключовим ланцюгом при розробці системи заходів по стримуванню розповсюдженню карбапенемрезистентних штамів мікроорганізмів у стаціонарах та зовнішньому середовищі.

Мета роботи: Дослідити поширення карбапенемаз грамнегативних бактерій у дитячому кардіохірургічному стаціонарі за допомогою сучасних методів їх детекції.

Матеріали та методи дослідження: вивчена антибіотикорезистентність та встановлена продукція карбапенемаз у штамів грамнегативних мікроорганізмів, виділених із клінічного матеріалу у дітей з вродженими вадами серця за період із січня по грудень 2016 року на етапі госпіталізації до ДУ « НП МЦДКК МОЗ України». Посів клінічного матеріалу здійснено загальноприйнятою методикою. Визначення чутливості до антибіотиків проведено за допомогою диско- дифузійного методу та бактеріологічного аналізатора VITEC 2 COMPACT (bioMerieux). Виявлення продукції карбапенемаз проведено за допомогою фенотипових тестів. Статистичний аналіз видового складу виділеної мікрофлори здійснено за допомогою програми WHONET 5.6.

Результати: за період дослідження було виявлено 612 штамів грамнегативних бактерій, із них неферментуючих-309 (50,5%) та *Enterobacteriacae spp*. -303(49,2%). Установлено продукцію карбапенемаз у 180 штамів (29,4%). Підтверджено результатами фенотипових тестів наявність карбопенемаз у 45 (64,2%) штамів *Pseudomonas aeruginosa* та 38 (27,5%) штамів *Acinetobacter baumannii.*

Висновки: поширення грамнегативних карбопенемазпродукуючих мікроорганізмів у хірургічних стаціонарах, обумовлює ріст інфекційних ускладнень у прооперованих пацієнтів та формування полірезистентних штамів. Постійний мікробіологічний моніторинг із визначенням ключових

механізмів антибіотикорезистентності фенотиповими та генетичними методами є складовою сучасного епідеміологічного нагляду.

НЕЙРОТРОФІНОВА ТА ЦИТОКІНОВА ЛАНКИ В МЕХАНІЗМІ ПРОТИСУДОМНОЇ ДІЇ ВАЛЬПРОАТУ НАТРІЮ

Цивунін В. В., Штриголь С. Ю.

Національний фармацевтичний університет

Актуальність теми. Епілепсія є дизрегуляторною патологією, у якій роль системного та локального запалення обговорюється досить широко. Дисбаланс церебральних цитокінів та нейротрофічних факторів в епілептогенезі верифіковано як за клінічних умов, так і в експерименті. Однак досі залишається не відомим, чи можуть ці сигнальні молекули бути потенційними мішенями для лікарських засобів із протисудомною дією.

Мета роботи – дослідити роль фактора росту нервів та окремих церебральних цитокінів у реалізації протисудомної дії широковживаного антиконвульсанта вальпроату натрію.

Матеріали та методи. Експериментальні судоми моделювали у мишей шляхом однократного введення водного розчину пентилентетразолу (80 мг/кг підшкірно). Попередньо (за 30 хв) тваринам дослідної групи вводили вальпроат натрію (депакін, 300 мг/кг внутрішньошлунково) у профілактичному режимі протягом 3 діб, миші контрольної групи отримували воду очищену. Через 18 год після введення пентилентетразолу тварин виводили із експерименту шляхом дислокації шийних хребців, вилучали головний мозок, у гомогенаті якого визначали вміст NGF, IL-1β, TNF-α та IL-4.

Результати. Пентилентетразол спричиняє виразну оверекспресію досліджуваних імунохімічних показників – як нейротрофіну NGF, так і цитокінів із доведеними нейротропними властивостями – IL-1β, TNF-α та IL-4. Вальпроат натрію знижує оверекспресію NGF у 1,6 разу, IL-1β – у 1,1 разу та TNF-α – у 1,5 разу, а також збільшує церебральний вміст IL-4 у 1,4 разу.

Висновки. Отримані результати свідчать про роль церебральних цитокінів та фактора росту нервів у реалізації протисудомної дії вальпроату натрію.

ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛ PHQ-9 ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Шевчук М. В.[1], Циганенко О. О.[2], Крижевський В. В.[1], Маньковський Б.М.[1]

[1]Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

[2]Київська міська клінічна лікарня №6

Актуальність теми: Цукровий діабет і депресія є широко поширеними і соціально значущими захворюваннями. Незважаючи на величезну кількість робіт, сучасний погляд на етіологію цукрового діабету та депресивних станів, залишається безліч нез'ясованих питань. Останнім часом увагу дослідників приваблює таке питання як частота асоціацій двох цих захворювань, поєднаний вплив та посилення негативних наслідків при комбінації цих захворювань.

Мета роботи: вивчити доцільність використання шкал PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) для діагностики депресивних станів у хворих на цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи: На базі Київської міської лікарня №6, а саме кабінету лікування та діагностики діабетичної полінейропатії та діабетичної стопи, було проведене анкетування 230 хворих з яких 138 (60%) жінки та 92 (40 %) чоловіки в віковому діапазоні від 18 до 65 років (середній вік пацієнтів 51 рік). Було рандомізовано 200 пацієнтів з яких 122 жінки (61%), 78 чоловіків (39%); 30 пацієнтів були виключені з дослідження згідно критеріїв випробування . З метою встановлення депресії, цукрового діабету було використано комплекс методів, які включали: збір анамнезу та дані зафіксовані в амбулаторній картці (історії хвороби), анкетування за допомогою PHQ-9, фізикальне обстеження (антропометричні дані, артеріальний тиск, частота

серцевих скорочень), діагностика діабетичної полінейропатії, біохімічне дослідження крові (ліпідограма, глікований гемоглобін).

Результати та обговорення: Під час дослідження були отримані наступні анамнестичні дані: 90% пацієнтів мали вищу або середню спеціалізовану освіту; 100% пацієнтів мали доступ до послуг органів охорони здоров'я за місцем проживання; 52 % одружені або знаходяться у «громадянському шлюбі»; 77% пацієнтів отримують регулярний грошовий дохід; середня тривалість цукрового діабету 7.1 року; середній рівень глікозильованого гемоглобіну 9.4%. Супутня патологія у пацієнтів розглянута у дослідженні (дані взяті як з результатів дослідження так і з амбулаторної карти за останні 15 років): гостре порушення мозкового кровообігу 3%, інфаркт міокарда 8%, інші проблеми серцево-судинної системи 21%, діабетична ретинопатія 28%, діабетична полінейропатія 71%, діабетична нефропатія 4%, периферичні судинні ускладнення 11%, супутня патологія щитовидної залози 2%. До контрольної групи було включено 25 пацієнтів у яких сума балів по шкалі «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9) становила >10 балів (помірна та важка депресія). Протягом другого року дослідження контрольна група була розширена до 67 пацієнтів, відмічався зріст числа діагностованої депресії (помірна та важка форма) пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Висновки: Зважаючи на результати дослідження, доцільно вважати використання шкали PHQ-9 в якості скринінгу депресивних станів, як одну із діагностичних у хворих на цукровий діабет 2 типу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЛІКАРСЬКОГО АНТИМІКРОБНОГО ПРЕПАРАТУ ПАММОСЕПТУ®

Яцула О. В., Палій Д. В., Назарчук О. А., Павлюк С. В., Дудар А. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Актуальність. Проблеми екології людей у 21 столітті вийшли на першу позицію по актуальності, що зумовлено прискоренням темпів еволюції збудників гнійно-запальних захворювань. Формування резистентності у

мікроорганізмів до антимікробних препаратів погіршує ефективність лікування хворих з гнійно-запальними інфекційними процесами. В таких умовах необхідно раціонально використовувати антимікробні засоби в медичній практиці для профілактики, лікування захворювань мікробної етіології.

Мета – дослідити антимікробну активність паммосепту® в порівнянні з іншими лікарськими антимікробними засобами, визначити їх місцеву дію на макроорганізм.

Матеріали і методи. Робота присвячена дослідженню лікарських антимікробних препаратів паммосепту®, церигелю, декаметоксину®. Паммосепт® містить декаметоксин® (Р.П. UA/14444/01/01), полівінілбутираль, спирт етиловий 96 % (ФС 42-2005-83), цитраль спиртовий 1 % (ФС 42-2005-83). Для порівняння використовували припарат церигель, що складається з полівінілбутиралю, N – цетилперединію хлориду (МРТУ 42-3986-71).

Досліди проводили на клінічних, музейних штамах стафілококів, ешерихій, клебсієл, шигел, сальмонел та інших мікроорганізмів. Чутливість мікроорганізмів до антибіотиків, паммосепту®, декасану®, горостену®, хлоргексидину визначали стандартними методами відповідно до наказу МОЗ України № 167 від 05.04.2007 р.

Результати досліджень. Встановлено, що паммосепт® появляв високу бактерицидну активність на грампозитивні, грамнегативні бактерії. Раніше також було доведено, що паммосепт® згубно діяв на інші мікроорганізми (віруси, умовно-патогенні гриби). Важливо, що до паммосепту® зберігали високу чутливість антибіотикорезистентні мікроорганізми. Встановлено, що в експериментальних умовах формування стійкості до паммосепту® мікроорганізмів в порівнянні з антибіотиками відбувалося повільно, не досягаючи високих концентрацій.

Висновок. Лікарський антимікробний препарат паммосепт® має високі протимікробні властивості щодо клінічних, музейних штамів грампозитивних, грамнегативних бактерій, грибів, вірусів.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПРОВЕДЕННІ БІОПСІЇ В ОНКООТОЛАРИНГОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Бардис М. Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Київська обласна клінічна лікарня

Актуальність теми. Біопсія – це лікарська маніпуляція, що спрямована на здобуття певних шматочків тканин. Термін «біопсія» був введений у 1879 році дерматологом Анрі Беньє для гістологічного аналізу шматка тканини, видаленого за життя хворого хірургічним шляхом. (І. П. Давидовський, 1957, Р. А. Абизов, 2001, 2004).

Серед найчастіших ускладнень, які зустрічаються при біопсіях, можна виділити наступне: кровотечі, ушкодження оточуючих тканин, нагоєння, обсіменіння операційних ран пухлинними клітинами, алергічна реакція до анестетиків (та їх передозування), тощо. (А. І. Раков, М. А. Зибіна, М. В. Дорфман, 1974, Р. А. Абизов та співавт., 1987 та ін.).

Мета роботи. Дослідження причин виникнення ускладнень при виконанні біопсії та визначення заходів їх запобігання.

Матеріали і методи. Для поліпшення якості діагностично-лікувального процесу у ЛОР-онкологічних хворих проведений ретельний аналіз ускладнень при виконанні біопсій у оториноларингологічному відділенні Київської обласної лікарні, що є базою кафедри оториноларингології НМАПО ім. П.Л.Шупика за період з 16.03.16 по 16.03.17 (1 рік). За цей період у ЛОР-відділенні було виконано 443 біопсії у хворих з пухлинними та пухлиноподібними утвореннями верхніх дихальних шляхів (ніс та приносові пазухи, глотка – носоротогортаноглотка, гортань, позагортанні утворення шиї, регіонарні лімфатичні вузли). Вік хворих коливався від 18 до 47 років, переважно знаходився в межах 50-60 років (65%), чоловіки кількісно переважали над жінками, відповідно : 346 (88,2%) та 97 (21,8%).

Результати. Серед патогістологічних заключень переважав плоскоклітинний зроговілий та незроговілий рак гортані (195 випадків),

спостерігалася значна кількість інших форм раку – аденокарцинома, низькодиференційований рак (85 випадків), тощо. Крім того, у 6-ти хворих встановлена лімфоепітеліома. Метастази раку дихальних шляхів у лімфовузли шиї мали місце у 12 хворих. Доброякісні пухлини (папіломи, фіброми та ін.) визначалися у 92 пацієнтів, пухлиноподібні утворення в ділянках верхніх дихальних шляхів (кісти, фіброзно-залозисті поліпи) спостерігались у 53-х хворих.

Разом з тим, у 15-ти хворих, яким проводилась біопсія, виникли ускладнення (3,4% від усіх 443 біопсій). Серед ускладнень переважали кровотечі - 8 спостережень; травмування оточуючих тканин визначалось у 4-х пацієнтів, у 2-х хворих спостерігалось інфікування біопсійної рани, що спровокувало вторинне заживлення щільним широким рубцем; у 1-ого хворого біопсія піднебінного мигдалика ускладнилась запальним процесом .

Аналіз ускладнень при проведенні біопсії у хворих з новоутвореннями верхніх дихальних шляхів за річний період склав відносно невеликий відсоток (3,4%). Згідно з літературними відомостями, рівень ятрогенних ускладнень є достатньо високим – від 10% до 17%. (А. І. Раков, і співавт., 1974, Р. А. Абизов та співавт., 2004, О. Е. Бобров, 2010).

Висновки. Отже, невелика частка ускладнень біопсії, відмічена в нашій клініці, не повинна заспокоювати лікарів. Ретельний аналіз подібної патології дозволить виявити шляхи подолання більшості біопсійних ушкоджень й максимально мінімізувати подібні ускладнення.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОХІДНОСТІ МАТКОВИХ ТРУБ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Єфтемій Т. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ: Безплідний шлюб – дуже важлива і достатньо складна медикосоціальна проблема.

Трубно-перитонеальний фактор безпліддя, який пов'язаний з порушенням прохідності маткових труб, виникає в 44-65 % випадків. Порушення прохідності маткових труб спостерігається не тільки при грубих анатомічних порушеннях (сактосальпікси), але і при наявності ознак перенесеного сальпінгоофориту.

Існує декілька методів дослідження прохідності маткових труб:

1. Лікувально-діагностична лапароскопія. (хромогідротубація, сальпінголізис);
2. Метросальпінгографія (МСГ) – заключення про стан маткових труб підтверджується рентгенівським знімком.
3. Соносальпінгографія (ССГ) - заключення про стан маткових труб підтверджується записом на електронний носій підчас проведення УЗД.

Мета роботи. Порівняти існуючі методи дослідження прохідності маткових труб (лікувально-діагностичної лапароскопії, соносальпінгографії та метросальпінгографії) та визначити найбільш ефективний та доцільний для застосування.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось в відділенні репродуктології та ендокринної гінекології КМЦРПМ та на базі кафедри акушерства, гінекології та репродукктології НМАПО імені П.Л. Шупика.

До І групи увійшли 45 пацієнток, яким поводили дослідження стану маткових труб методом соносальпінгографії (ССГ).

До ІІ-ї групи увійшли 35 пацієнток, яким провели дослідження стану маткових труб методом метросальпінгографії (МСГ).

ІІІ групу склали 20 пацієнток з трубно-перитоніальним факторм безпліддя, яким проводилась діагностична лапароскопія- хромогідротубація, з метою діагностики прохідності маткових труб.

Результати. Методом ретроспективного аналізу було встановлено:

Під час лапароскопії у групі жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя виявлено, що білатерально прохідні маткові труби були у 4 (20%) пацієнток, непрохідність з одного боку – у 8 (40%) випадків, з обох боків – у 8 (40%) обстежених, гідросальпінгси були діагностовані у 6 (30%) випадках.

Під час МСГ непрохідність маткових труб підтвердилась у всіх пацієнток. Однак 14 (40%) пацієнток поскаржились на неприємні відчуття після маніпуляці, а 20% на підвищення температури.

Під час ССГ у 27 пацієнток(60%) розчин потрапив в порожнину матки та заповнив маткові труби і вийшов в черевній порожнині, що підтвердило прохідність маткових труб У 18 (40%) розчин потрапив в порожнину матки та при заповненні маткових труб утворились гідросальпінкси. Після ССГ пацієнтки скарг не відмічали.

Висновки:

Метросальпінгографія (МСГ) та соносальпінгографія (ССГ) – це неінвазивні методи дослідження. Процедури, які проводяться амбулаторно і не потребують госпіталізації. Якщо рідина не потрапляє в труби, не заповнює їх повністю, або не виділяється з труби – діагностується трубна непрохідність. Але на відміну від МСГ, при ССГ пацієнтка не піддається опроміненню рентгенівськими променями і контрастна речовина, яка застосовується при ССГ, не містить йод, що зменшує вірогідність алергічних реакцій. Також ССГ в порівнянні с МСГ, характерезується більш інформативними результатами, оскільки вони отримуються в масштабі реального часу. Однак, лапароскопія дає змогу найбільш точно визначити стан прохідності маткових труб, та причину їх непрохідності.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ РЕЗЕКЦІЙНОГО КРАЮ ПЕЧІНКИ КОАГУЛЬОВАНОГО КОНВЕКЦІЙНО-ІНФРАЧЕРВОНОЮ ТЕРМОХІРУРГІЧНОЮ ТЕХНОЛОГІЄЮ ЗА РІЗНИХ ТЕМПЕРАТУРНИХ РЕЖИМІВ

Тернавський О. П.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. На теперішній час в хірургії паренхіматозних органів гемостаз залишається надзвичайно актуальною проблемою, яка пов’язана з великими труднощами, а нерідко з серйозними і навіть фатальними

ускладненнями. Проведені доклінічні дослідження та досвід застосування конвекційно-інфрачервоної технології (КІТ) при виконанні оперативних втручань підтвердили її переваги для забезпечення надійного гемостазу. Найбільша ефективність у порівнянні з іншими хірургічними технологіями була виявлена при зупинці кровотеч з паренхіматозних органів.

Мета роботи. Вивчення особливостей змін паренхіми печінки після здійснення гемостазу за допомогою конвекційно-інфрачервоної термохірургічної технології за різних температурних режимів.

Матеріали та методи. Експеримент передбачав виконання резекції печінки на 25 безпородних кролях різної статі та віку, вагою тіла від 3350,0 г до 4180,0 г, середня вага - 4000,0 г з послідуючою коагуляцією резекційного краю з використанням конвекційно-інфрачервоної термохірургічної технології (КІТ) за температурних режимів 400, 500, 600 ^{0}С. Залежно від температурного режиму коагуляції було сформовано 3 групи: група 1 - $t_{потоку}$ 400^{0}С; група 2 - $t_{потоку}$ 500^{0}С; група 3 - $t_{потоку}$ 600^{0}С.

Результати. Статистично проаналізувавши результати експериментальних досліджень було встановлено, що зона вираженного термічного ушкодження становить 2730,14 (2688,3-2860,8) мкм у 1 групі (з температурним режимом 400 ^{0}С), 3396,4 (3040,12-3979,9) мкм у 2 групі (500^{0}С) та 511,2 (493,2-540,36) мкм у 3 групі (600^{0}С)(p=0,001).

Висновки. Після проведених експериментальних досліджень було встановлено, що глибина поширення деструктивних змін паренхіми печінки, яка піддавалася коагуляції конвекційно-інфрачервоним енергетичним потоком була найменшою у групі 3 (600^{0}С), що цілком вірогідно повязано із особливостями утворення коагуляційного струпу та його теплоізоляційними властивостями.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ВІКОМ ТА КІЛЬКІСТЮ ВТРАЧЕНИХ ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

Новошицький В. Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Генералізований пародонтит є одним із найпоширеніших стоматологічних захворювань. Проявляється запаленням та кровоточивістю ясен, втратою клінічного прикріплення ясен, утворенням пародонтиальних кишень, втратою висоти альвеолярного відростка, що призводить до рухомості та втратою зубів. Генералізований пародонтит та його прояви прогресують з віком.

Метою дослідження є визначити взаємозв'язок між віком та кількістю втрачених зубів у пацієнтів із генералізованим пародонтитом.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні взяли участь 95 пацієнтів із генералізованим пародонтитом віком від 22 до 68 (42,83±11,83 (M±SD)) років. Діагноз генералізованого пародонтиту встановлювався за допомогою клінічних, параклінічних та рентгенелогічних (ортопантомограма) досліджень. Кількість втрачених зубів визначалось за допомогою клінічного та рентгенологічного обстеження. Треті моляри в дослідження не включавлись (не враховувались). Для побудови регресійної моделі використовували програму «IBM SPSS Statistics 20».

Результати дослідження продемонстрували наявність достовірного ($p<0,001$) лінійного взаємозв'язку між віком та кількістю втрачених зубів у пацієнтів із генералізованим пародонтитом (при збільшенні віку збільшується кількість втрати зубів). Провівши побудову регресійної моделі для виявлення взаємозв'язку між віком та кількістю втрачених зубів отримали наступний вигляд рівняння регресії N=0,105xВік-1,4. Дане рівняння демонструє ймовірну кількість втрачених зубів із віком у пацієнтів із генералізованим пародонтитом.

Висновки. Наявний достовірний лінійний взаємозв'язок між віком та кількістю втрачених зубів у пацієнтів із генералізованим пародонтитом. Прогнозувати кількість втрачених зубів у пацієнтів із генералізованим пародонтитом можна за допомогою отриманого регресійного рівняння.

ОПЕРАЦІЇ ТОТАЛЬНОГО КАВОПУЛЬМОНАЛЬНОГО СПОЛУЧЕННЯ У ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ З ЄДИНИМ ШЛУНОЧКОМ СЕРЦЯ ВИСОКОЇ ГРУПИ РИЗИКУ

Байрамов Е. М., Лебідь І. Г., Кузьменко Ю. Л, Ємець І. М.

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»

Актуальність. Тривала плевральна ексудації є актуальним на сьогоднішній день ускладненням після накладання тотального кавопульмонального сполучення (ТКПС) при етапному хірургічному лікуванні складних вроджених вад серця з єдиним шлуночком. Післяопераційна плевральна ексудація є достовірним фактором ризику як для ранньої захворюваності у, так і для гіршої віддаленої виживаності і розвитку білководефіцітної ентеропатії. Розвантажувальне вікно або фенестрація на шляху відтоку з нижньої порожнистої вени (НПВ) була запропонована з метою зменшення післяопераційної захворюваності і смертності у пацієнтів з високим ризиком для виконання операції ТКПС. Фенестрація продемонструвала кращі клінічні результати в групі пацієнтів стандартного та високого ризику в ранньому періоді після ТКПС. В нашому дослідженні проведена оцінка впливу фенестрації на післяопераційний перебіг після операції ТКПС та використання кількісної шкали оцінки ризику у дітей з одношлуночковою гемодинамікою.

Матеріал та методи. З 2005 по 2016 рр в «ДУ НПМЦДКК МОЗ України» 130 пацієнтам виконано операцію ТКПС в модифікації екстракардіального кондуїту. 42(32,3%) пацієнта високої групи ризику були розділені на дві групи: група 1 - 25 (59,5%) пацієнтів, котрим під час ТКПС створювали фенестрацію; група 2 - 17 (41,5%) пацієнтів без фенестрації.

Результати. Летальних випадків не відмічалось. У групі 1 на доопераційному етапі переважала діастолічна дисфункція ЄШС, 96% (n=24) та 100% (n=17) пацієнтів в групах 1 та 2, відповідно. Більше ніж у половини пацієнтів значення легеневого судинного опору було 2,0 Од./м2 і вище. Групи достовірно відрізнялись тривалістю дренування плевральних порожнин (7,3±6,0

днів у групі 1 та 12,1±6,3 у групі 2, р *<0,05*), та частотою ексудації більше 14 днів (0 у групі 1 та 5(29,4%) у групі 2). Жоден пацієнт з групи 1 не мав повторного поступлення з приводу рецидивуючого плевриту.

Висновки. Кількісна шкала оцінки ризику для гемодинамічної корекції дала можливість визначити пацієнтів стандартної та високої групи ризику, вірно вибрати тактику операції ТКПС зі створенням фенестрації та запобігти ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, що супроводжувалося зниженням часу дренування плевральних порожнин та перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії, зниженням частоти повторних госпіталізацій.

Ключові слова: єдиний шлуночок серця, тотальне кавопульмональне з'єднання, фенестрація, кількісна шкала ризику.

СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ТИМЧАСОВОГО ЗАКРИТТЯ ЛАПАРОСТОМ

Бондарчук Я. В.

Національна медична академія післядипломної освітиімені П. Л. Шупика

Київська міська клінічна лікарня №8

Актуальність. Летальність від дифузного перитоніту продовжує зберігатися на високому рівні, складаючи від 16% до 74%, а серед хворих у фазі інфекційно-токсичного шоку, при розвитку синдрому поліорганної недостатності досягає 90%.

На даному етапі розвитку хірургії розлитого перитоніту прийнята тактика відкритого ведення черевної порожнини (лапаростомія). Традиційний спосіб лапаростомії дає багато ускладнень: кишкові нориці, післяопераційні вентральні грижі, нагноєння післяопераційної рани.

В зв'язку з цим, одним з важливих елементів методу лапаростомії стало тимчасове закриття лапаротомної рани різними методами.

Мета. Ознайомитися з сучасними методиками тимчасового закриття лапаростом у хворих з дифузним перитонітом.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз 110 історій хворобпацієнтів з дифузним перитонітом, яким були зроблені релапаротомії за

період 2014-2017 рр. у Київській міській клінічній лікарні №8.

Результати. У КМКЛ №8 за 2014-2017 рр. було виконано 164 релапаротомії. Тимчасове закриття лапаротомних ран було здійснене наступними методами: 1. Bogota bag **(2)**. 2. Mesh **(5)**. 3. Використання спиць Кіршнера від апарату Елізарова **(1)**. 4. Застосування рідких швів з накладанням силіконових трубок **(134)**. 5. **ABThera™** Open Abdomen Negative Pressure Therapy **(8)**. 6. Wittmann-patch **(3)**. 7. B. Braun Ventrofil **(4)**. 8. ABRA **(3)**. 9. Ring-system **(4)**.

Розщеплений шкірний клапоть – при загоєнні лапаротомної рани **(4)**.

Хворим, яким робили релапаротомії, мали в основному такі діагнози:

1 – тромбоз мезентеріальних судин (20,9%).

2 – рак кишечника (20%).

3 – перфорація порожнистого органу (16,3%).

Висновки. Основним методом тимчасового закриття лапаростоми у хворих з дифузним перитонітом є застосування рідких швів з накладанням силіконових трубок. Також відмічається тенденція поступової відмови від програмованих релапаротомій з переходом на використання методу локального негативного тиску.

ОНКОЛОГІНЧНІ АСПЕКТИ ВИБОРУ ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Ганченко Я. А., Задоріжний Б. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Національний інститут раку

Актуальність: В Україні маніфестація раку прямої кишки через гостру кишкову непрохідність складає близько 40% від всіх зареєстрованих.Лікувальна тактика на першому етапі, не дозволяє виконати радикальну операцію,а лише симптоматичну (колостому),тому хочу звернути

увагу на послідовність та техніку хірургічних втручань при данній проблемі, щоб дати змогу виконати як онкологічну так і реконстуктивну операцію.

Мета: Метою нашої роботи було визначити оптимальні методи хірургічного лікування, та тактику,при лікуванні раку прямої кишки, ускладненого гострою кишковою непрохідністю.

Матеріали та методи: був проведенний ретроспективний аналіз лікування хворого, огляд літератури, анатомічних атласів, оцифрованого КТ і МРТ.

Результати: У пацієнта внаслідок техніки виконання першої операції (з приводу ГКН), прогрессування пухлини, неспроможності сформованної петльової стоми, чисельного канцероматозу,абсцесу та нориці (які були виявлені внаслідок встановлення стоми) ,дозволяє припустити що тактика лікування пацієнта була хибною, оскільки на останньому етапі оперативного втручання, клінічний стан пацієнта не дозволив зробити реконструктивну операцію, а обмежитися, лише пластикою стоми.

Висновки:

1. В Україні маніфестація РПК через ГКН частіша ніж у Европі та США.
2.При виконанні симтоматичної операції слід враховувати, тактику наступного лікування.
3. Планування симтоматичної операції з “ презумпцією радикалізму” та “презумпцією реконструкції”.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАП’ЯТКОВИМ БУРСИТОМ

Мовчан О. С., Герасимюк Б. С., Процик А. І., Білоножкін Г. Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Зап’ятковий бурсит (ЗБ) - синдром заднього п’яткового болю, який виникає завдяки механічному імпінджменту зап’яткової (глибокої) синовіальної сумки між ахіловим сухожиллям (АС) та задньо-верхніми

відділами п’яткової кістки. Відомо, що у 85 % хворих на ЗБ діагностуються локальні дегенеративні зміни та часткове ушкодження АС. Більшість авторів пов`язують ці зміни з особливостями анатомічної будови п’яткової кістки. Тому проблеми діагностики та лікування зап’яткового бурситу є актуальними в практиці сьогодення.

Мета. З’ясувати ефективність консервативного та оперативного методів лікування хворих з ЗБ.

Матеріали та методи. З 2015 по 2017 рік було обстежено та проліковано 12 хворих з ЗБ: 5 чоловіків та 7 жінок, віком від 18 до 45 років (середній вік 32,6 років). Діагностика включала: клінічне обстеження, ультразвукове і рентгенографічне дослідження, магнітно-резонансну томографію. Всім пацієнтам проводилось консервативне лікування на протязі 3 тижнів, яке включало: обмеження рухової активності, носіння комфортного взуття, використання ортопедичних устілок, фізіотерапевтичне лікування та застосування нестероїдних протизапальних препаратів. В разі неефективності консервативного лікування і збереження персистуючої клінічної симптоматики було рекомендовано проведення хірургічного втручання – відкритої резекції задньо-верхніх відділів п’яткової кістки та сіновектомії. Хірургічний доступ - латеральний навколо сухожильний, при виконанні якого особлива увага приділялась мінімізації травмування АС для уникнення можливості розвитку тендопатії у майбутньому. Час іммобілізації в середньому склав – 4 тижня.

Результати дослідження. Ефективність консервативної терапії склала 58% , у 7 хворих з 12 було відмічено позитивну динаміку. У 5 випадках (42%) було проведено оперативне втручання. У всіх 12 хворих відмічено повний регрес клінічної симптоматики та повне відновлення функціональної активності. Середня тривалість лікування і реабілітації при застосуванні консервативної терапії склала близько 1,5 місяця, оперативного – 3 місяці.

Висновки. Нами з’ясовано, що консервативне лікування хворих з ЗБ ефективне у 58 % випадків. 5 з 12 випадків захворювання потребували хірургічного втручання. Хірургічне втручання в обсязі простої резекції

п’яткової кістки та сіновектомії показало позитивний результат і рекомендується до виконання при рефрактерних до консервативної терапії випадках захворювання на зап’ятковий бурсит.

ПОРІВНЯННЯ УСКЛАДНЕНЬ СТАНДАРТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ДОСТУПІВ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Горбань Д. А., Бєлозерцев О. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Паталогія кульшового суглоба, будь-то ортопедичного чи травматичного характеру, посягає одну з перших сходинок захворюваності опорно-рухового апарату. Тому питання ендопротезування кульшового суглоба (ЕКС) було, є і надалі буде одним з найактуальніших у хірургії опорно-рухового апарату. У зв’язку з збільшенням оперативної активності хірургів на кульшовому суглобі, почали з’являтися різні види ускладнень (Sutherland C J . et al., 1982). Безліч ускладнень можливо з упевненістю пов’язати з нераціональним хірургічним доступом до кульшового суглоба : інфекційні, неврологічні, невірна установка компонентів ендопротезу, дисбаланс м’язів (Шерепо К.М., 1990; Загородній Н.В., 1998). Кількісна варіація хірургічних доступів до кульшового суглоба більше 120, але найпоширеніші у нинішній ортопедії і травматології це пердньо-латеральний та задньо-латеральний доступи при ендопротезуванні кульшового суглоба. Саме тому ми пропонуємо порівняти два ці доступи у ретроспективному аналізі кількості ускладнені у післяопераційному періоді.

Мета роботи. Аналіз попередніх результатів щодо ефективності ЕКС, пов’язаних з хірургічними доступами (передньо-латеральним, задньо-латеральним), користуючись даними літератури.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати передньо-латерального та задньо-латерального доступів при ЕКС та представлено усереднені показники кількості ускладнень пов’язних з вищезазначиними хірургічними доступами за даними літератури від 1980 р. до 2016 р. у

відсотках, розділивши хворих на II групи : I група це хворі котрим виконувалось ЕКС з передньо-латеральний доступом та II група це хворі котрим виконувалось ЕКС з задньо-латеральний доступом.

Отримані результати. Аналіз проведених досліджень встановив, що найбільш частим ускладненням у хворих обох обстежених груп була поява невритів, вивиху стегнового компоненту ендопротезу, крововтрата, нестабільність компонентів ендопротезу. Так, у пацієнтів I групи неврити реалізувалися у вигляді невриту стегнового нерва – у 3 % випадків, тоді як у прооперованих II групи діагностований неврит сідничного нерва – у 6 % . Вивих стегнового компоненту ендопротеза було встановлено у 0,57% хворих I групи та у 4% хворих хворих II групи. У процентному відношенні крововтрата при ЕКС у пацієнтів I групи більша на 43,67% ніж у пацієнтів II групи. Нестабільність компонентів ендопротезу у віддаленому після операційному періоді (після 2 років) спостерігалась у 26,28% пацієнтів I групи та у 3% пацієнтів II групи. Загалом період перебування хворих у стаціонарі після ЕКС У двох групах був однаковий від 12 до 17 діб.

Висновки. Отримані результати свідчать про наявність післяопераційних ускладнень, пов'язаних з порушенням виконання традиційних хірургічних доступів до кульшового суглоба у кожної з обстежених груп хворих, як у ранньому, так і віддаленому періодах. Актуальність проблеми та її поширеність потребують більш глибокого та детального клініко-лабораторного вивчення перебігу цього питання.

ПУХЛИНИ КРАНІООРБІТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА ОРБІТИ

Гудим М. С.

ДУ «Науково-практичний центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України»

Актуальність. Орбітальні новоутворення включають широкий спектр доброякісних та злоякісних пухлин та є мало вивченою проблемою нейроофтальмології.

Мета. Проаналізувати клінічний перебіг пацієнтів із пухлинами краніорбітальної ділянки (КОД) і орбіти.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз комплексного обстеження та результатів хірургічного лікування хворих із пухлинами КОД та орбіти, госпіталізованих та оперованих у відділенні нейрохірургії №2 КМК ЛШД з 2000 по 2015 рр.

Результати та їх обговорення. Відібрано 104 хворих віком від 18 до 73 років із пухлинами КОД та орбіти. Середній вік пацієнтів склав 46,1 років, чоловіків було 26 (23%), жінок 78 (77%). Передопераційний зоровий дефіцит був у 83(79,8%) пацієнтів. 45(43,2%) пацієнтів відмічали периорбітальний біль. 15 (14,4%) пацієнтів не мали екзофтальму, 36 (34,6%) мали м'який екзофтальм (≤ 4 мм), і 52 (51%) мали виражений екзофтальм (> 4 мм). Окорухові порушення виявлені в 32 (30%) пацієнтів, звуження полів зору виявлено у 15 (24%) хворих. Серед гістологічних типів новоутворень виявлено 35 (33,6%) феноорбітальних менінгіом, 19(18,2%) кавернозних гемангіом, 9 (8,6%) гліом зорового нерва, 8 (7,6%) менінгіом оболонки зорового нерва, 2 (1,9%) менінгосаркоми, 5 (4,8%) шваном, 4 (3,8%) нейрофіброми, 4 (3,8%) гемангіоперицитоми, 5 (4,8%) плеоморфних аденом, 4 (3,8%) аденокарцином слізної залози, 3 (2,8%) злоякісних лімфоми орбіти, 3 (2,8%) метастази, 3 (2,8%) псевдопухлини.

Тривалість симптомів у пацієнтів коливалася від 2 до 92 місяців (в середньому 11 місяців).

Висновки. Досягнення нейровізуалізації значно полегшили діагностику пухлин КОД та орбіти. В кожному випадку підозри на об'ємне утворення КОД та орбіти обстеження повинне бути комплексним та проводитися з урахуванням сучасних рекомендацій та наявної інформації для оптимізації лікування.

Ключові слова: краніо-орбітальні пухлини, орбіта, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія.

НОВІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯІН’ЄКЦІЙНИХ АБСЦЕСІВ

Кароль І. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Особливе місце серед гнійно-запальних захворювань м'яких тканин займають післяін'єкційні абсцеси, що пояснюється причинами їхнього виникнення. Післяін'єкційний абсцес – це обмежене гнійне запалення м'яких тканин у місці ін'єкції лікарських препаратів. В структурі гнійно-запальних захворювань м'яких тканин післяін'єкційні ускладнення складають 5 – 15%.

Метою даного дослідження було розробити нові підходи в лікуванні післяін'єкційних абсцесів.

Матеріали та методи. За 2016 рік в Броварській ЦРЛ було проліковано 34 пацієнти з післяін'єкційними абсцесами: 26 (76,5%) – жіночої статі, 8 (23,5%) – чоловічої. Середній вік пацієнтів склав 44,8±2,7 років, середня вага — 76,9±2,1 кг. Середня тривалість перебування в стаціонарі – 10,4±0,9 ліжко/днів. Пацієнти були розподілені на 2 групи: I група (контрольна) склала 18 (52,9%) пацієнтів, де лікування проводилося за стандартною методикою; II група (основна) – 16 (47,1%) пацієнтів, в яких лікування проводили за розробленою нами методикою із застосуванням первинного шва, вакуум-аспірацією та NO-терапією (патент №111966 від 25.11.2016р.).

Результати дослідження. По наших даних післяін'єкційні абсцеси складають 5,1%. Причиною їх виникнення стали ін'єкції таких препаратів: магнію сульфат – 11 (32,5%) випадків, нестероїдні протизапальні препарати – 17 (50,0%), наркотичні речовини – 2 (5,9%), вітаміни – 1 (2,9%), метаклопрамід – 1 (2,9%), глюконат кальцію – 1 (2,9%), антибіотик – 1 (2,9%). У 28 (82,3%) випадках ін'єкції були виконані самостійно, у 4 (11,8%) – персоналом швидкої медичної допомоги, у 2 (5,9%) – медичними сестрами стаціонарних відділень. При визначенні цитологічної характеристики рани методом ранових відбитків за М.П.Покровською та М.С.Макаровим під час розкриття абсцесу відзначали дегенеративно-запальний тип цитограм. На 5 добу в основній групі тип цитограм став регенераторний, в той час як у контрольній групі вказані зміни

відбулися на 10 добу. Тривалість перебування пацієнтів основної групи у стаціонарі склала 6,7±0,4 діб, а пацієнтів контрольної групи – 13,8±0,4 діб.

Висновки. В структурі гнійно-запальних захворювань післяін'єкційні абсцеси склали 5,1%. При застосуванні активних методів лікування термін перебування пацієнтів у стаціонарі зменшився в 2,1 рази.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВІДКРИТИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ГОМІЛКИ ІІІ СТУПЕНЯ ЗА ГУСТИЛЬО-АНДЕРСЕНОМ

Ладика В. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Із загальної кількості відкритих переломів до 70% становлять відкриті переломи кісток гомілки. Дані ушкодження супроводжуються масивним ушкодженням м'яких тканин, порушенням кровопостачання уламків та розвитком компартмент-синдрому, що призводить до тривалого загоєння ран і виникнення тяжких ускладнень.

Мета роботи. Вивчити результати лікування пацієнтів з відкритими переломами кісток гомілки ІІІ ст. за Густильо-Андерсеном при остаточному лікуванні переломів в апараті зовнішньої фіксації і при заміні методу фіксації з зовнішнього на внутрішній.

Матеріали та методи. Протягом 2008-2015 рр. було проаналізовано лікування 76 пацієнтів з відкритими переломами кісток гомілки ІІІ ст. за Густильо-Андерсеном на базі КОКЛ №1: ІІІа ст.- 41 пацієнт, ІІІв ст.- 26, ІІІс ст.- 9. Середній вік хворих становив 39 років. 78% - чоловіки та 22% - жінки. Всім хворим виконувалась первинна хірургічна обробка ран і стабілізація переломів апаратом зовнішньої фіксації. На 2-4 добу 63 пацієнтам (83%) виконувався second look. Після загоєння ран 76 пацієнтів розділилися на дві групи: І група- 47 пацієнтів, яким проводилася заміна методу з зовнішньої фіксації на внутрішню. ІІ група - 29 пацієнтів, у яких остаточне лікування проводилося в апараті зовнішньої фіксації.

Результати. В І групі: 4 випадки гострого нагноєння з подальшим розвитком хронічного остеомієліту у 3 пацієнтів, хибний суглоб - у 5 пацієнтів, яким виконувались повторні хірургічні операції з використанням кісткової пластики та PRGF. У ІІ групі: 6 випадків гострого нагноєння, з розвитком хронічного остеомієліту у 3 пацієнтів, хибний суглоб - у 7 пацієнтів, яким проводилися також повторні операції з кістковою пластикою та PRGF. На різних етапах для закриття ран 56 пацієнтам (74%) виконувалися реконструктивно-відновлювальні операції. Оцінка результатів проводилася з використанням шкали Neer-Grantham-Shelton. В І групі: хороші результати - у 29 хворих (61,70%), задовільні - у 15 (31,92%), незадовільні - у 3 (6,38%). У ІІ групі: хороші результати у 16 хворих (55,18%), задовільні - у 9 (31,03%), незадовільні - у 4 (13,79%).

Висновки. При лікуванні відкритих переломів кісток гомілки ІІІ ст. за Густильо-Андерсеном найбільш ефективною показала себе стабільна фіксація в апараті зовнішньої фіксації на першому етапі і заміна методу фіксації з зовнішнього на внутрішній на другому етапі. Важливим етапом у лікуванні таких ушкоджень вважається своєчасне пластичне закриття ран з використанням повношкірних клаптів.

ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Махмудов Д. Е.

Національний інститут раку

Актуальність. колоректальний рак, зокрема рак прямої кишки, продовжує займати провідні позиції в структурі онкологічної захворюваності дорослого населення в Україні. Хірургічне лікування із дотриманням сучасних принципів онкологічного радикалізму разом з неоад’ювантними та ад’ювантними методами дає можливість отримати задовільні віддалені результати. Малоінвазивні оперативні втручання, зокрема використання лапароскопічного оперативного доступу, є критично важливим на шляху до

мінімізації периопераційної травми та покращення безпосередніх результатів та якості життя пацієнтів. В той самий час, існують обмеження застосування лапароскопічного оперативного доступу враховуючи ступінь поширеності та локалізацію пухлини, що потребують вивчення.

Мета роботи. Проаналізувати досвід відділення онкоколопроктології Національного інституту раку у виконанні лапароскопічних оперативних втручань та обгрунтувати диференційований підхід до вибору оперативного доступу при хірургічному лікуванні раку прямої кишки.

Матеріали і методи. Оцінено безпосередні результати 76 лапароскопічних оперативних втручань з приводу раку прямої кишки.

Результати. В структурі оперативних втручань в 64 випадках виконувались резецкції прямої кишки із формуванням первинного анастомозу: низька передня резекція з тотальною мезоректумектомією (45 пацієнтів) та передня резеція із парціальною мезоректумектомією (19 пацієнтів). Основним видом післяопераційного ускладнення була неспроможність анастомозу: типу А – 1, типу В – 3, типу С – 2 випадки. Лапароскопічна черевно-промежинна екстирпація прямої кишки була виконана 7 пацієнтам, інтерсфінктерна резекція прямої кишки – 5 пацієнтам. Післяопераційних ускладнень типу III та вище не спостерігалось.

Висновки: лапароскопічний оперативний доступ є безпечним та ефективним в хірургічному лікуванні пацієнтів із локалізованим раком прямої кишки.

ЕТАПНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ НЕКРОЗУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Некрасова Ю. В.

Харківський національний медичний університет

Актуальність. З роками все більше людей в Україні страждають на гострий панкреатит. Некротизуючий панкреатит розвивається приблизно у 20% пацієнтів з гострим панкреатитом. Основною причиною смерті, поруч з

ранньою органною недостатністю, є вторинна інфекція тканин, що призводить до сепсису і поліорганної недостатності. Саме це і є показанням для хірургічного лікування.

Мета. Порівняти ефективність етапного підходу з використанням малоінвазивних методів (черезшкірний дренаж під контролем УЗД, ендоскопічне дренування і мінімально інвазивна заочеревинна некректомія) з відкритою некректомією.

Матеріали і методи. Досліджувались 23 пацієнти віком від 37 до 62 років. Із них – 18 жінок (78%) та 5 чоловіків (22%). Для лікування були обрані два методи: етапний підхід та відкрита некректомія. Етапний підхід застосовувався у 11 пацієнтів (група 1) та полягав у проведенні черезшкірного дренажу з подальшою, при необхідності, мінімальною інвазивною заочеревинною некректомією. 12 пацієнтам (група 2) була проведена відкрита некректомія за стандартними схемами. Ефективність оцінювалась за допомогою вираженості основних ускладнень (розвиток органної недостатності або системних ускладнень, перфорація вісцерального органу або формування кишкової нориці, кровотеча, смерть). Етапний підхід включав, по-перше, черезшкірний або ендоскопічний трансгастральний дренаж. Якщо не було клінічного поліпшення після 72 годин і якщо стан дренажу був неадекватним або відзначалося накопичення рідини в іншому місці, виконували повторне дренування. В разі неможливості, або відсутності клінічного поліпшення після додаткових 72 годин, виконувався другий етап - заочеревинна санація з післяопераційним лаважем, шляхом проведення люмботомії з урахуванням даних КТ.

Результати. У групі 1: 4 (36,4%) пацієнтам проводилося тільки черезшкірне дренування, 3 (27,3%) - повторне дренування, у інших 3 (27,3%) покращення наступило після проведення другого етапу покрокового лікування. 1 пацієнту (9%) було проведено відкриту некректомію через відсутність ефекту після первинного етапного підходу. У групі 1 розвиток органної недостатності та системних ускладнень становив 18,8 %, а у групі 2 – 33,3%. Також пацієнти

1 групи мали нижчу частоту інцизійних гриж і розвитку цукрового діабету. Середні загальні прямі медичні витрати були нижчі у групі 1 на 12%.

Висновки. Етапний підхід може бути одним з варіантів в лікуванні панкреонекрозу. Цей мінімально інвазивний метод повинен знайти застосування в Україні, так як він є менш травматичним для пацієнта, а в 36,4% випадків є вирішальним в лікуванні цього захворювання. Такий метод є більш рентабельним, ніж використовувані зараз методи лікування.

СТИМУЛЯЦІЯ ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ СПОВІЛЬНЕНІЙ КОНСОЛІДАЦІЇ ПЕРЕЛОМІВ

Оліфіренко О. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Зі збільшенням частоти травматизму,що спостерігається останні роки, зростає кількість випадків сповільненої консолідації та незрощень переломів. Це призводить до тривалого лікування та як наслідок значних економічно-соціальних навантажень на суспільство. Головне завдання лікування хворих з переломами полягає в якнайшвидшому відновленні працездатності. Для досягнення мети,хворим зі сповільненою консолідацією переломів нами виконувалась стимуляція остеогенезу нативним аутологічним кістковим мозком індукованим кристалічним хімотрипсином.

Мета роботи. Оптимізація остеорегенерації за рахунок введення нативного аутологічного кісткового мозку між уламками кісток при порушеннях консолідації.

Матеріали та методи. В період з 2013 по 2017 роки на лікуванні знаходилось 30 хворих зі сповільненою консолідацією переломів, без кісткового дефекту. Діагноз «сповільнена консолідація» виставляли на основі часових рамок та клініко-ренгенологічних показників. Пацієнтів було розподілено на дві групи. В дослідній групі (16 чоловік) в часових рамках 1-2 періоди консолідації виконували стимуляцію остеогенезу за нашою методикою,

в контрольній (14 чоловік) групі застосовувалась традиційна вичікувальна тактика. Пацієнти з тяжкою соматичною патологією до вибірки не потрапили. Хворим з дослідної групи на етапі рентгенконтролю очікуваного зрощення в зону перелому проводили введення нативного аутологічного кісткового мозку індукованого кристалічним хімотрипсином. Пунктат кіскового мозку крім клітин-попередників, має стимулятори остеогенезу, біологічно активні речовини, уламки спонгіозної кісткової тканини, які запускають механізми остеорегенерації при їх введенні в простір між відламками. Використання хімотрипсину було зумовлено тим, що він впливає на активність окисно-відновних процесів, продукцію колагену, глікозаміногліканів, лізує некротичні тканини, звільняючи доступ до кісткових лакун у місці зламу та потенціює мультипотентні стромальні клітини по остеобластному типу.

Результати. В дослідній групі у всіх хворих у термін від 1,5 до 4 місяців переломи зрослись. В контрольній групі в 10 клінічних випадках відбулась консолідація переломів в період до 4 місяців, в 3 випадках діагностовано гіпотрофічне незрощення, в 1 – гіпертрофічне незрощення, що потребувало повторного оперативного втручання. Отримані дані дозволяють стверджувати про позитивний результат лікування з використанням нативного аутологічного кісткового мозку у хворих зі сповільненою консолідацією переломів.

Висновки. Таким чином, стимуляція остеогенезу шляхом введення аутологічного нативного кісткового мозку індукованого кристалічним хімотрипсином в місце перелому сприяє зрощенню діафізарних переломів. Методика є технічно простою і малоінвазивною, її використання дозволяє скоротити терміни лікування. Попередньо отримані результати дають підстави для більш глибокого вивчення та впровадження запропонованої методики в клінічну практику.

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНЕ ПЛАНУВАННЯ ТА КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ЗА ДАНИМИ МДКТ

Шпак С. О., Танасічук В. С., Телуха К. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Остеоартроз є найбільш розповсюдженим захворюванням суглобів. За даними державної статистичної звітності у 2014р. поширеність його складає від 3140 людей на 10 тис. населення, захворюваність – 460 на 100 тис. населення. Колінний суглоб займає перше місце по локалізації остеоартрозу і складає 69,7% в структурі ураження великих суглобів.

Мета роботи. Вивчити можливості МДКТ нижніх кінцівок з моделюванням осьового навантаження при плануванні обсягу оперативного втручання та контролю якості ендопротезування колінного суглоба у пацієнтів з III-IV стадіями гонартрозу.

Матеріали та методи. Пацієнтам проводилось МДКТ дослідження нижніх кінцівок з моделюванням осьового навантаження, яке дорівнювало вазі пацієнта. На теперішній час виконано 52 МДКТ досліджень за пропонованою методикою 27 обстежень до операції, з передопераційним плануванням оперативного втручання, та 25 контрольних обстежень після оперативного втручання.

Результати дослідження. На етапі передопераційного планування за даними МДКТ, у 25 (93%) пацієнтів була виявлена варусна деформація нижньої кінцівки, а в 2 (7%) пацієнта вальгусна. Було проведено передопераційне планування, для визначення об’єму, необхідної, корекції в кістках що утворюють колінний суглоб. Слід відмітити що у 4 (15%) пацієнтів були виявлені внутрішньосуглобові кісткові розростання, у 12 (44%) пацієнтів вільні кісткові фрагменти, в 8 (30%) пацієнтів дрібні субхондральні кісти та в 1 (4%) пацієнта кіста проксимального мета епіфіза великогомілкової кістки.

Після проведеного оперативного втручання відхилення від механічної осі нижньої кінцівки у 23 (92%) пацієнтів не перевищувало 15мм, що не виходило від рівня нормального значення даного виміру.

Висновки. МДКТ колінного суглоба з моделюванням осьового навантаження дозволяє ефективно проводити вимірювання осьових показників нижніх кінцівок та надає додаткову інформацію у порівнянні рентгенографією

нижньої кінцівки з осьовим навантаженням. Але враховуючи променеве навантаження, на пацієнта, дану методику слід застосовувати для передопераційного планування - ендопротезування колінного суглоба та контролю якості проведеного оперативного втручання, в пацієнтів з гонартрозом III-IV стадії.

ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВРОСЛОГО НІГТЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Циганенко О. О.[2], Шевчук М. В.[1], Іванченко Р. В.[1], Риб'янець Ю. В.[2], Карпенко Л. А.[3], Маньковський Б. М.[1], Крижевський В. В.[1]

[1] Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

[2]Київська міська клінічна лікарня №6

[3]Центр Подології Карпенко Людмили

Актуальність теми: Врослий ніготь є складним патологічним комплексом, який виникає внаслідок ряду причин і супроводжується сукупністю морфологічних та функціональних змін зі сторони нігтьової пластини пальців стопи, їх матриксів та м'яких тканин. Поширеність даного захворювання становить 6% населення. Беручи до уваги, що кількість хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД) у світі становить 282 мільйони, то 22.9 мільйони із них мають супутню патологію у вигляді врослого нігтя. За різними даними літератури, на даний момент, існують приблизно 200 різних методик лікування врослого нігтя, нажаль навіть при такій кількості варіативних методів лікування рецидив даної патології становить до 40-70%.

Мета роботи: визначити ефективність, доцільність використання корегуючих (ортонексичних) медичних систем при лікуванні врослого нігтя.

Матеріали та методи: Серед 15 опрацьованих хворих, дослідну групу складало 6 пацієнтів (хворі, яким проводилось комплексне лікування з використанням корегуючих систем) та 9 пацієнтів контрольної групи (хворі, лікування яким проводилось без використання корегуючих систем). В дослідженні приймали участь хворі з врослим нігтем. Хворим дослідної групи

виконувалася резекція вростаючого контуру нігтьової пластини з подальшою постановкою «титанової нитки» або системи ARCADA. При дослідженні пацієнтів з врослим нігтем враховувались наступні клінічні симптоми: набряк, гіперемія шкіри, інфільтрація тканин, інтенсивність та тривалість гнійних виділень, проводився бактеріологічний моніторинг з підрахунком числа КУО та чутливістю до антибіотиків.

Результати: Оцінювали клінічну вираженість симптомів гнійно-запального процесу та швидкість нейтралізації тих чи інших клінічних проявів.

Оцінювали ступінь вираженості набряку, гіперемії шкіри, інфільтрації тканин, інтенсивність та тривалість гнійних виділень. Кожну з ступенів вираження симптомів реєстрували у вигляді цифрового значення, відповідного добі реєстрації тій чи іншій мірі. Наведені дані свідчать про більш швидку зміну клінічних симптомів у дослідній групі у порівнянні з контрольною. Купірування набряку тканин у дослідній групі спостерігали на 3 добу, а у контрольній групі на 5 (при $p< 0,02$). Запалення тканин проходила у дослідній групі на 2, у контрольній групі на 2.5 добу (при $p< 0,02$). Зміна гнійного характеру ранових виділень на серозний у дослідній групі припадало на 1 добу, у контрольній на 3.2 добу (при $p< 0,02$).

Аналіз отриманих даних свідчить про більш швидку зміну клінічних симптомів в дослідній групі в порівнянні з контрольною групою.

Висновки: Використання корегуючих систем в комбінації з резекцією вростаючого контуру, значно поліпшує результати лікування та зменшує відсоток рецидиву у хворих на врослий ніготь

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 4 И 12, СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС И ИХ ПОТОМСТВА ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ПРИ ГИПОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЕ

Сиренко В. А., Ковальцова М. В., Халимов Е. Г., Остапенко Д. Н., Нагорный И. А.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Диета с недостаточным содержанием нутриентов является фактором возникновения патологий эндокринной части поджелудочной железы (ПЖ).

Цель исследования: выяснение патогенеза повреждения ПЖ крыс и их потомства при воздействии гипокалорийной диеты, путём изучения структурного состояния ПЖ и определения уровня цитокинов.

Материалы и методы. При изучении изменений ПЖ использовались гистологический и биохимический методы. Для оценки цитокинов иммуноферментным методом определялись ИЛ-4 (Вектор БЕСТ, Новосибирск) и ИЛ-12 (Ani Biotech Oy, Finland). По данным морфологического исследования у крыс основной группы группой наблюдается уменьшение паренхимы, увеличение стромы, снижение площади ацинусов, фиброз, липоматоз, воспалительная инфильтрация, дистрофические изменения ядер эндокниноцитов. Установлено уменьшение площади ОЛ, уменьшении β- и α-клеток в ОЛ, уменьшение размеров и дегенеративные изменения ядер α- и β-клеток, дистрофия их цитоплазмы. При определении уровня ИЛ у взрослых крыс было обнаружено: что у 100% крыс имеется повышение ИЛ-12 (в 1,8 раза) и снижение ИЛ-4 (в 2,4 раз) по сравнению с контрольной группой. Соотношение ИЛ-12/ИЛ-4. составляет 22,5 (в группе сравнения 5,0). Обследование потомства показало, что у 100% крыс опытной группы имеется снижение ИЛ 12(12,2±0,3) и ИЛ 4(0,9±0,1)по сравнению с группой контроля (22,2±0,6) и (24,4±0,5) соответственно.

Вывод: Полученные результаты свидетельствуют о системном гуморальном ответе в виде нарушения баланса про- и противовоспалительных цитокинов с преобладанием маркерного цитокина Th1-лимфоцитов (ИЛ-12), что является доказательством вовлечения в патогенез повреждения ПЖ клеточного звена иммунитета.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН КЛІТИН КАРЦИНОМИ ГЕРЕНА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЧАСУ ЕКСПОЗИЦІЇ В РОЗЧИНІ ДИСТИЛЬОВАНОЇ H_2O

Хоменко Д. І.[1], Лук'янова Н. Ю.[2], Оношко М. М.[3], Козачук Є. С.[1]

[1]Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

[2]Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького НАН України

[3]Київська міська клінічна лікарня №10

Актуальність. Рівень 5-річної виживаності рідко перевищує 6% серед пацієнтів, яким виконувалась радикальна резекція підшлункової залози (ПЗ) з приводу її злоякісного пухлинного ураження. Перспективи поліпшити віддалені результати лікування даної категорії хворих пов'язані з проведенням кріофіксації пухлини ПЗ перед її радикальним видаленням. Однак, відомо, що об'єм кріонекрозу завжди менший від об'єму зони заморозки в біологічній тканині. Чим більше гідратована тканина, за рахунок «вільної» інтрацелюлярної води, - тим більш виражені в ній необоротні деструктивні зміни при низькотемпературному впливі. Тому метод кріофіксації залишається остаточно не розробленим та потребує оптимізації шляхом впровадження в клінічну практику ефективних способів потенціювання локальної кріодії. Введення дистильованої H_2O в пухлину перед проведенням її кріофіксації може посилити ефекти локальної кріодії за рахунок осмотичного набряку пухлинних клітин, цим самим створюючи додаткові точки інтрацелюлярного кристалоутворення, що пошкоджують мембрани клітини, ядро та органели. Відсутні дані експериментальних досліджень, як *in vitro*, так і *in vivo* по вивченню ефектів, що чинить дистильована H_2O на пухлинні клітини.

Мета: оцінити характер морфологічних змін в клітинах карциноми Герена, що перебували в контакті з розчином дистильованої H_2O в залежності від часу експозиції 5, 10 та 15 хвилин та визначити мінімальну тривалість часу експозиції, що достатня для розвитку максимальної їх гідратації за рахунок осмосу.

Матеріали та методи: в якості експериментальної моделі було обрано пухлинний штам клітин карциноми Герена, отриманого з «Клітинного банку ліній з тканин людини та тварин» ІЕПОР імені Р.Є.Кавецького. В якості дистильованої H_2O застосовували стерильну «Воду для ін'єкцій», яка виготовляється шляхом обов'язкової дистиляції ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»» (м.Київ, Україна) та внесена в Державну Фармакопею України (том 4, 2014 р.). До 1 мл суспензії пухлинних клітин додавали 10 мл 0,9% NaCl (контрольна група (КГ)) та поміщали в чашку Петрі; в іншу чашку Петрі до 1 мл суспензії пухлинних клітин додавали 10 мл дистильованої H_2O (дослідна група (ДГ)), фіксували час початку контакту пухлинних клітин з дистильованою H_2O. На 5, 10 та 15 хв. експозиції виконували забір матеріалу та готували цитологічні препарати. Після висушування на повітрі, препарати фіксували в Азур-Єозині протягом 3 хвилин з подальшим фарбуванням по Романовському 10 хвилин. Після фарбування препарати знову висушували на повітрі. Дослідження проводились на мікроскопі Olympus CX – 21, Японія, оптична система UIS 2, об'єктиви план-ахромат C 10x, 20x, 40x, 100x oil і Leica Microsystems DM E, Германія, об'єктив C-Plan 4x, 10x, 20x, 100x oil.

Мікрофотографії виконувались за допомогою фотонасадки Sony DSC-H10 на збільшенні 40х та 100х за допомогою імерсійного масла RAL Diagnostics, Франція. Обробка даних проводились за допомогою операційної системи Windows 7 (x64) та програмного забезпечення для дослідження та обробки цифрових зображень, а також для проведення вимірювань (ручного і автоматичного) – Altami Studio 3.4.0.Вимірювали розміри 100 пухлинних клітин, як в КГ, так і, відповідно, в кожній з ДГ (5, 10 та 15 хв).

Результати та їх обговорення: починаючи з 5-ї хвилини експозиції контакту клітин карциноми Герена з дистильованою H_2O було виявлено необоротні деструктивні зміни, що зі збільшенням часу експозиції до 10 та 15 хвилин вело лише до їх прогресування та клітинної загибелі. Ранні дегенеративні зміни супроводжувались онкозом – збільшенням ядер, які мали світлу структуру хроматину, за рахунок набряку (набухання ядер) та апоптозом

– при якому, навпаки, виникало посилене явище каріопікнозу, гіперхромія і супроводжувалось появою деструктивних змін. Зміни ядер клітин завершувались їх розпадом, фрагментацією, (каріорексисом) і їх повним руйнуванням (каріолізис, каріоліз). Цитоплазматичні зміни супроводжувались гідропічною дистрофією (гідратація і вакуолізація) і плазмолізом. Результати морфометрії клітин карциноми Герена в КГ та ДГ представлено в Табл.1.

Групи / Величини	Контрольна	Дослідна		
	КГ	ДГ (5 хвилин)	ДГ(10 хвилин)	ДГ(15 хвилин)
Медіана площі клітин (мкм^2) M±m	17,3±0,1	59,7±0,5*	60,2±0,4*	55,8 ±0,8*

Табл.1. Морфометричні дані площі (S) клітин карциноми Герена в КГ та ДГ у вигляді медіани та похибки медіани (M±m) в мкм^2, де * - це статистично значуща різниця ($p<0,05$) між ДГ в порівнянні з КГ.

Висновки:

1. Через 10 та 15 хвилин від моменту початку контакту пухлинних клітин з розчином дистильованої H_2O їх середній розмір не збільшується, що може свідчити про досягнення максимального ефекту гідратації в перші 5 хвилин експозиції.
2. В 100% клітин карциноми Герена дослідної групи, починаючи з 5-ї хвилини експозиції їх контакту з дистильованою H_2O було виявлено необоротні деструктивні зміни, що зі збільшенням часу експозиції до 10 та 15 хвилин вело лише до їх прогресування та клітинної загибелі.

ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ В БАСЕЙНІ МАЛОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ

Боброва А. О.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України

Актуальність теми. Частота рецидиву варикозної хвороби (РВХ) нижніх кінцівок після видалення малої підшкірної вени (МПВ) коливається в межах 22-38,7% [Allegra C. et al.], приводячи до розвитку венозних виразок у 5% хворих [Bass A. et al.].

Метою дослідження було виявлення основних причин розвитку рецидиву варикозної хвороби після хірургічного лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 57 хворих з РВХ в басейні МПВ після хірургічних втручань, виконаних 3 місяці - 5 років тому. Вік хворих коливався від 21 року до 68 років, (у середньому 44,5 ± 13,9 року). Чоловіків було 20 (35,09%), жінок - 37 (64,91%). Основним методом інструментальної діагностики було колірне дуплексне сканування (КДС) на апараті «EnVisor» фірми Philips (Голландія).

Результати дослідження. Рецидив варикозу в результаті рефлюксу крові по довгій культі МПВ при її високому впадінні відзначали у 29 (50,88%) пацієнтів. У 12 (41,38%) з них РВХ був виявлений в терміни від 3 до 5 місяців після ізольованого видалення великої підшкірної вени (ВПВ), що свідчило про недостатнє передопераційне обстеження хворих.

У 11 (19,29%) пацієнтів реєстрували неусунений рефлюкс крові по вені Giacomini, який в 9 (81,82%) випадках поширювався з варикозно зміненої ВПВ, у 2 (18,18%) хворих - з гілок вени Giacomini при наявності антигравітаційного висхідного рефлюксу через неспроможне сафенопоплітеальне співустя.

У результаті неправильної інтерпретації анатомії варикозного розширення вен в передопераційному періоді у 5 (8,77%) хворих РВХ був обумовлений рефлюксом крові через перфоранти підколінної ямки, при цьому у всіх випадках раніше було виконано видалення МПВ.

Висновки:

1. У більшості випадків РВХ розвивається внаслідок помилок, допущених під час передопераційної діагностики і в ході операції.

2. Профілактикою РВХ є об'єктивне дослідження топографії МПВ і встановлення джерел рефлюксу крові по підшкірній системі з використанням КДС.

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА НОВІТНЬОГО ПІДЛІТКОВОГО СУЇЦИДУ

Гетманець А. С., Хижняк В. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

За останні два роки набула широкого розголосу дискусія у засобах масової інформації (далі – ЗМІ) щодо численних самогубств осіб підліткового віку та молоді на теренах пострадянського простору. Ці особи стали жертвами організаторів «груп смерті», що використовують для спілкування зі своїми адептами соціальні мережі в Інтернеті. За даними Уповноваженого Президента України по правам дитини М. Кулеби [1] в національній поліції України налічують в так званих «групах смерті» десь 35000 українських дітей, а минулого року 148 дітей скоїли суЇцид. Більшість суЇцидентів – підлітки у віці до 14 років. Організатори і керівники «груп смерті» застосовують нейро-лінгвістичне кодування дітей на самогубство.

Мета нашого дослідження – вивчення судово-медичного аспекту жертв «груп смерті».

ЗМІ з’ясували, що існують 2 основні форми гри:

1. «Біжи або помри». Прямого завдання на знищення себе немає. Але жертва повинна перебігати перед траспортним засобом, що рухається, якомога ближче до нього. Поруч стоїть товариш жертви і знімає все на відео.

2. Особа грає 50 днів шляхом виконання завдань куратора. Останній знаходить жертву по тегам. Назви цих ігр – «Синій кит», «Море китів», «Кити пливуть вгору», «Космічний кит», «Білий кит», «Летючий кит», «Китовий журнал», «Тихий дім», «Підніми мене о 4.20», «f 57», «f 58» тощо. Одне з важливих завдань має результатом спричинення собі неглибоких порізів у формі кита, що залишає по собі відповідний шрам. Останнє завдання куратора

для гравця – скоїти самогубство.

Львівський учень лягає під потяг, а перед цим записує відео – хлопець спокійно фільмує свій шлях до місця самогубства, розказує про свій намір. Цей випадок було наведено у програмі «Свідок» на телеканалі НТН [2].

Аналіз цієї та подібної інформації доводить, що судово-медична оцінка причин смерті підліткового суїциду та характерних ознак належності особи-суїцидента до «груп смерті» може ґрунтуватися на такому:

- суїцид, як правило, завершений. Він може бути не завершений незалежно від волі суїцидента (врятували лікарі, втрутилися випадкові обставини тощо);
- найчастіше причина смерті – це падіння зі значної висоти, отруєння, транспортна травма, утоплення, вогнепальна травма;
- характерна ознака належності особи-суїцидента до «групи смерті» – це шрамування поверхонь тіла, доступних для своєї правої руки (якщо лівша – тоді для лівої руки).

Висновки. Новий виклик для судової медицини – оцінка причин смерті підліткового суїциду та характерних ознак належності особи-суїцидента до «груп смерті».

ЧАСТОТА АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ 6 РОКІВ ЖИТТЯ ЗА ДАНИМИ ЗВЕРНЕНЬ У ПОЛІКЛІНІКУ ТА ЙОГО КОМОРБІДНІСТЬ.

Глогуш І. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Проблема алергічного риніту (АР) у дітей – вельми актуальна і займає важливе місце у клінічній педіатрії, що пов'язано із значним підвищенням поширеності, раннім початком і розмаїттям клінічних проявів хвороби, що часто нагадує неалергічні захворювання, зокрема інфекційний риніт, а тому обумовлює серйозну гіподіагностику, невчасну та неадекватну

терапією з високим ризиком розвитку ускладнень та еволюцією у бронхіальну астму (БА).

В європейських країнах розповсюдженість АР серед дітей сягає 23-30 % і з часом збільшується (Уманець Т.Р., Матвеєва С.Ю., 2016). В Україні рівні як поширеності, так і захворюваності на АР залишаються низькими,- 0,5%, що свідчить про значну гіподіагностику даної патології.

Згідно із сучасною концепцією про «єдині дихальні шляхи» АР є фактором ризику розвитку бронхіальної астми (БА) і одним з перших у так званому «алергічному марші». Підтвердженням цього є результати проведеного нещодавно (2012) епідеміологічного дослідження (BAMSE) у Швеції, згідно якого коморбідність БА з АР та/або АД спостерігалась у 38 % випадків у віці 1 року і зросла до 67 % випадків до 12 років. У зв'язку з необхідністю якомога більш раннього превентивного виявлення осіб, схильних до розвитку БА, для досягнення в подальшому кращого контролю над захворюванням та попередження розвитку тяжких форм захворювання, ускладнень та ранньої інвалідизації населення питання раннього виявлення АР є надзвичайно важливим для вивчення серед контингенту дошкільного віку.

Мета роботи. Визначити частоту алергічного риніту у дітей як ізольованого, так і поєднаного з БА і АД за їх звертанням у Консультативно-діагностичну поліклініку (КДП) НДСЛ «ОХМАТДИТ» протягом року.

Матеріали і методи. Вивченню підлягали дані журналу обліку та амбулаторні карти хворих, які спостерігалися алергологом КДП НДСЛ «ОХМАТДИТ». Частота АР визначалась на підставі врахування звернень дітей до алерголога протягом року.

Результати. Частота АР за один рік у дітей до 6 років склала 50,5 %. З них поєднання АР з повторними епізодами обструктивного бронхіту (ОБ) відзначено у 28 % дітей, поєднання АР і БА – у 14 %, а загальна коморбідність АР у дітей з повторним ОБ чи вже діагностованою БА сягала 42 %, поєднання АР з АД спостерігалося у 13% випадків, комбінація АР, БА і АД – у 2 %,

поєднання АР з потенційною і діагностованою БА та АД – у 55 %, ізольований АР сягав майже 43%.

Висновки.

1. Важливою рисою алергічних хвороб у дітей дошкільного віку є висока частота АР, як ізольованого, так і в поєднанні з БА та шкірною алергією, тобто характерний високий рівень їх коморбідності.

2.Питання раннього виявлення АР є надзвичайно важливим для вивчення серед контингенту дошкільного віку, у зв'язку з необхідністю якомога більш раннього превентивного виявлення осіб, схильних до розвитку БА, для досягнення в подальшому кращого контролю над захворюванням та попередження розвитку тяжких форм захворювання, ускладнень та ранньої інвалідизації населення.

РОЛЬ РОЗЧИНІВ ГІДРОКСИЕТИЛКРОХМАЛІВ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ НА ПРАЦЮЮЧОМУ СЕРЦІ

Гурін П. В.

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України

Вступ. Коронарне шунтування (КШ) на працюючому серці є основним методом хірургічного лікування ішемічної хвороби серця (ІХС). Особливістю анестезіологічного забезпечення даного виду оперативних втручань є необхідність забезпечення стабільної гемодинаміки під час операції на фоні порушеного процесу наповнення лівого шлуночка та короткотривалого періоду ішемії міокарду внаслідок хірургічних маніпуляцій. Вибір тактики інфузійної терапії досі залишається не вирішеним питанням. Розчини гідроксиетилкрохмалів (ГЕК) мають як переваги так і недоліки перед кристалоїдними розчинами в периопераційному періоді у пацієнтів з ІХС. Тому доцільність використання розчинів ГЕК в периопераційному періоді досі лишається не вирішеним питанням.

Мета. Порівняти режими інфузійної терапії із застосуванням розчинів ГЕК та без них в периопераційному періоді у пацієнтів з ІХС.

Матеріали і методи. В основу дослідження покладений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, яким з січня по червень 2016 р. було виконане ізольоване КШ на працюючому серці. З них було обрано 40 історій хвороб пацієнтів, яким виконувалося КШ-3 на працюючому серці. Критерії виключення із дослідження: фракція викиду <50%, креатинін >140 мкмоль/л, гемоглобін <130 г/л, коагулопатія. Пацієнти були розподілені на 2 рівні групи: 1-ша група – пацієнти, у яких в периопераційному періоді застосовувалися розчини ГЕК 130/0,4 в дозі до 20 мл/кг; 2-га група – пацієнти, у яких розчини ГЕК не застосовувалися.

Результати та обговорення. Пацієнти обох груп не відрізнялися за вихідними клінічними показниками: вік, сать, супутня патологія, ризик за шкалою EUROSCORE. Інтраопераційний баланс рідини був вищим у пацієнтів 1-ї групи (2044±491 мл. проти 1707±248 мл; p=0,04), крововтрата під час операції була більшою також у пацієнтів 1-ї групи (615±191 мл. проти 487±136 мл; p=0,043). Сумарна ексудація за час знаходження дренажів в грудній порожнині та в порожнині перікарду також була вищою у пацієнтів 1-ї групи (569±138 мл. проти 439±102 мл; p=0,006). Потреба в гемотрансфузії була у 3-х пацієнтів 1-ї група. Всім пацієнтам вдавалося підтримувати стабільну гемодинаміку на всіх етапах оперативного втручання без застосування симпатоміметичних препаратів.

Висновки.

1. Застосування ГЕК та кристалоїдних розчинів з метою забезпечення стабільної гемодинаміки ефективні при операціяї КШ на працюючому серці.
2. Використання препаратів ГЕК збільшує периопераційну крововтрату та потребу в гемо трансфузії.
3. Під час планових хірургічних втручань перевагу потрібно надавати кристалоїдним розчинам.

ПЕРВИННА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ПРАЦІВНИКІВ СУЧАСНОЇ ГІРНИЧОДОБУВНОЇ ГАЛУЗІ

Дедунов С. В.

ДУ «Український науко-дослідний інститут промислової медицини»

Відомо, що за кожен випадок професійного і загального захворювання підприємство несе витрати, пов'язані зі збільшенням вартості продукції, відшкодуванням збитку, оплатою лікарняних листів, перекваліфікацією постраждалих тощо. Тому якісне проведення періодичних медичних оглядів, рання діагностика та лікування професійних та загальних захворювань є основою збереження трудового потенціалу та продовження якісного працездатного довголіття населення.

Об'єкт і мета дослідження: оцінити захворюваність працівників, зайнятих вивезенням гірничої маси з кар'єрів у сучасній гірничодобувній промисловості.

Для оцінки захворюваності працівників, зайнятих вивезенням гірничої маси при відкритому способі видобування руди, були проаналізовані результати проведених періодичних медичних оглядів гірничо-збагачувальних комбінатів м. Кривого Рогу.

За 5 років було обстежено 4679 працівників основних професій (машиніст та помічник машиніста екскаватора, машиніст та помічник машиніста електровоза, водій великовантажного автомобіля БілАЗ) та 936 працівників контрольної групи.

За стажевим складом як в основній, так і в контрольній групі превалюють працівники зі стажем роботи більше 15 років становлять від майже 50 %, тобто можна казати про превалювання високостажованих працівників в основній та контрольній групах.

При **аналізі результатів** періодичних медичних оглядів за 5 років встановлено, що частка осіб, у яких вперше виявлялись загальні захворювання, коливалась від 21,15 до 46,74 % у працівників основних професій та від 4,98 до 13,15 % у контрольній групі ($p<0,05$). Загальна кількість вперше виявлених

загальних захворювань при періодичних медичних оглядах на 1000 працюючих в 2,3-2,5 разів вища у працівників, що зайнятих вивезенням гірничої маси.

Структура вперше виявлених загальних захворювань у працівників основних професії має такий вигляд: гіпертонічна хвороба у 5,1–5,8 разів, соматотрофні вегетативні дисфункції – у 3,3–4,8 разів, вегетосенсорні полінейропатії верхніх кінцівок – у 6,2–7,4 разів, початкові явища нейросенсорної туговухості – у 28,1–36,2 разів достовірно вищі, ніж у працівників контрольної групи ($p<0,05$).

Проведені дослідження доводять необхідність удосконалення медико-профілактичної допомоги працюючих у шкідливих і небезпечних умовах праці, підвищення якості медичних оглядів та посилення контролю з боку держави та медичної служби, щодо своєчасної диспансеризації та виконання у повному обсязі лікувально-профілактичних заходів.

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНОЇ РЕЧОВИНИ В СУБСТАНЦІЇ 3-(ТРИФЛЮОРОАЦЕТИЛ)ІМІДАЗО[1,2-*a*]ПІРИМІДИНУ

Завада О. О.[1], Журавель І. О.[2], Водолазська Н. О.[3]

[1]Харківський національний медичний університет

[2]Харківська медична академія післядипломної освіти

[3]Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Вступ. Відомо, що стандартизація фармацевтичної продукції має особливе значення, оскільки від її якості залежить здоров’я людей. Особливої уваги заслуговує стандартизація біологічно активних речовин, які перспективні як потенційні активні фармацевтичні інгредієнти (АФІ). Такий підхід дозволяє визначити кількісні показники, що формують якість майбутнього лікарського препарату.

Мета. Метою роботи є розробка методики кількісного визначення основної речовини в субстанції 3-(трифлюороацетил)імідазо[1,2-*a*]піримідину, сполуки перспективної як потенційний протигрибковий засіб.

Матеріали та методи. Метод контролю якості АФІ, а саме кількісне визначення, проводили відповідно до рекомендацій, наведених у ДФУ, розділ «СУБСТАНЦІЇ^{N}». При виконанні досліджень було використано методи аналізу: потенціометричне титрування.

Результати та обговорення. У попередніх дослідження встановлено, що АФІ є мало розчинною у воді, тому для кількісного визначення доцільно використовувати фармакопейний метод кислотно-основного титрування у неводних розчинниках. Одним із альтернативних методів кислотно-основного титрування у неводних розчинниках є використання в якості розчинника розчину ПАР. У попередніх роботах нами описано дослідження кислотно-основних властивостей 3-(трифлуороацетил)імідазо[1,2-*a*]піримідину у міцелярних розчинах різної природи ПАР. Нами було запропоновано методику з використанням розчину Кремофор®EL як розчинника:

«0.20г (точна наважка) субстанції розчиняють в 30 мл *0.5*% розчину Кремофор® EL та титрують 0.*1 M* розчином натрію гідроксиду Р потенціометрично (ДФУ, 2.2.20) до першого стрибка потенціалів на кривій титрування (2.2.20).

1 мл *0.1 M* розчину натрію гідроксиду *P* відповідає 20.31 мг $C_7H_4F_3N_3O$.

Вміст $C_7H_4F_3N_3O$ в субстанції, у відсотках, обчислюють за формулою:

$$X = \frac{V \cdot 0.020312 \cdot K \cdot 100 \cdot 100}{m \cdot (100 - W)},$$

де: *V* – об’єм 0,1 М розчину натрію гідроксиду, витрачений на титрування випробовуваного розчину, мл;

K – поправковий коефіцієнт до молярності титранту;

0.020312 – кількість грам $C_7H_4F_3N_3O$, що відповідає 1 мл 0.1 М розчину натрію гідроксиду Р;

m – маса наважки субстанції;

W – значення втрати в масі при висушуванні субстанції, %.»

Висновки. Запропоновано методику кількісного визначення основної речовини у субстанції 3-(трифлуороацетил)імідазо[1,2-а]піримідину, придатну

для розробки проекту МКЯ ЛЗ. Використання міцелярного розчину Кремофор®EL як розчинника виявилось оптимальним.

ВПЛИВ СКЛАДУ ЛІПОСОМ НА СТУПЕНЬ ІНКАПСУЛЯЦІЇ ТА РОЗМІР ЧАСТОК ПРИ ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ РОЗРОБЦІ ЛІПОСОМАЛЬНОЇ ФОРМИ ЦИТОХРОМУ С

Кацай О. Г.[1], Рубан О. А.[1], Краснопольский Ю. М.[2]

[1] НФаУ

[2] НТУ «ХПІ»

Перспективним напрямом створення високоефективних лікарських препаратів (ЛП) є терапевтичні системи доставки ліків, основою яких є наночастки різноманітної структури, що забезпечують доставку ліків, спрямованість дії, та збільшення біодоступністі. Особливе місце в сучасних системах доставки ліків займають ліпосоми (ЛС), які мають ряд переваг порівняно з іншими наночастками. Сучасні вимоги до контролю ЛС форм ЛП викладені в монографії ДФУ 2.0 та FDA «Guidance for industry Liposome Drug Products». Оцінка ступеня інкапсуляції активного фармацевтичного інгредієнту (АФІ) в ЛС є необхідною умовою розробки ЛС форм ЛП.

Метою роботи є оцінка впливу складу ЛС на ступень інкапсуляції (ІНК) та середній розмір часток (СРЧ) при розробці ЛС форми цитохрому С (Ц-С), який використовується у якості ЛП в кардіології та офтальмології.

Матеріали та методи. Фосфатидилхолін (ФХ) Lipoid E 100 (Lipoid, Німеччина), діпальмітоілфосфатіділгліцерін (ДПФГ) (Lipoid), цитохром С (Hebei lead bio, Китай).

Для визначення ІНК нами була розроблена методика ВЕРХ, яка заснована на гель-фільтрації. Визначення проводили на хроматографі Shimadzu (Японія).

Інкапсуляцію Ц-С в ЛС проводили за методом хімічного зв’язку (Патент ЕАПО № 022183). Метод заснований на можливості утворення взаємодії зв'язку між компонентом бішару ЛС і АФІ.

Були досліджені 4 складу композиції ліпідних мембран ЛС із співвідношенням (ФХ:ДПФГ) 4,0:1,0; 3,6:1,0; 2,4:1,0; 1,20:1,0. Фосфоліпіди розчиняли в суміші органічних розчинників та отримували фосфоліпідну плівку яку емульгували розчином Ц-С до утворення однорідної емульсії мультіламелярних везикул. Далі ЛС форму Ц-С отримували методом гомогенізації високого тиску. Емульсію мультіламелярних везикул піддавали екструзії до отримання уніламелярних ЛС Розмір часток вимірювали на наносайзері методом динамічного світлорозсіювання.

Для кожного досліду визначено показники СРЧ і ІНК. СРЧ в отриманих зразках складав близько 140 нм. ІНК в отриманих зразках складала від 81,2 до 95,2 % Причому дослідження показали зростання ІНК Ц-С при збільшенні концентрації ДПФГ у складі ліпідної мембрани ЛС.

Висновки. В результаті отримана ЛС форма Ц-С з високим ступенем ІНК (до 95,2%) та розміром часток близько 140 нм для подальшого дослідження фізико-хімічних та фармакологічних властивостей.

ДООПЕРАЦІЙНА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ В ПОЄДНАННІ З РАДІОМОДИФІКАТОРАМИ

Керничний В. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Актуальність теми. Променева терапія раку прямої кишки є ефективним, науково обґрунтованим методом протипухлинної дії, яка інтегрує досягнення експериментальної і клінічної онкології, радіобіології, фізики та можливості гама-терапевтичного обладнання. Комбіноване лікування, тобто поєднання променевої терапії та операції, направлене на підвищення абластики, зниження ризику імплантаційного метастазування, підвищення резектабельності, девіталізації реґіонарних метастазів. В той час, можливості променевої терапії раку прямої кишки обмежені низькою толерантністю оточуючих органів і тканин до опромінення, а також ризиком індукції негативних реакцій з боку організму в цілому. Ця обставина стала основою для

пошуку способів і засобів, які б сприяли підвищенню радіочутливості пухлини прямої кишки.

Мета роботи. Доведення ефективності застосування полірадіомодифікаторів на етапі неоадювантного лікування раку прямої кишки.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 43 пацієнти віком 35 – 80 років (63,5±9,61 років): 25 (58,1%) чоловіків і 18 (41,8%) жінок.

І група n=20, яким проводилось дослідження проліферативної активності (Кі-67) в аденокарциномах прямої кишки, неоадювантна променева терапія сумарна вогнищева доза 20 – 25 Гр (4 – 5 сеансів по 5 Гр) і по завершенні якої повторне дослідження проліферативної активності (Кі-67) в аденокарциномах та оперативне лікування після опромінення на 1-3 добу;

ІІ група n=23, яким проводилось дослідження проліферативної активності (Кі-67) в аденокарциномах прямої кишки, подальша променева терапія сумарна вогнищева доза 20 – 25 Гр (4 – 5 сеансів по 5 Гр) із застосуванням 2-х радіомодифікуючих факторів (метрогіл-гель ректально, хіміотерапія) n=7; і 3-х радіомодифікуючих факторів (локальне низькочастотне магнітне поле, метрогіл-гель ректально, хіміотерапія) n=16, після завершення якої повторно досліджувалась проліферативна активність (Кі-67) в аденокарциномах та оперативне лікування відповідно.

Результати. За результатами проведених досліджень встановлено, що Кі-67 клітин аденокарцином прямої кишки до променевої терапії і радіомодифікації у пацієнтів І-ї групи становить 29,4±13,9%, а ІІ-ї групи 27,8±9,5% ($p>0,05$). Статистично достовірні результати показника Кі-67 аденокарцином прямої кишки відмічено після променевої терапії та радіомодифікації: І група 23,5±13,2%; ІІ-а група 14,3±6,69% ($p<0,005$) в якій показник Кі-67 був значно нижчим в порівнянні з періодом до початку променевої терапії і застосування радіомодифікаторів.

При аналізі результатів експресії Кі-67 в другій групі (підгрупа n=7), яким проводилась радіомодифікація 2-ма радіомодифікаторами (метрогіл-гель ректально в об’ємі 25-30 мл та флуороурацил 500 мг/м2 в/в болюсно)

встановлено зниження проліферації до 18,4±8%. В підгрупі пацієнтів n-16, яким було застосовано 3 радіомодифікатори (локальне низькочастотне магнітне поле, метрогіл-гель ректально в об'ємі 25-30 мл та флуороурацил 500 мг/м2 в/в болюсно) експресія Кі-67 знижується до 12,6%±5,3% (p=0,053).

Висновок. Отримані результати свідчать, що у хворих з аденокарциномою прямої кишки доцільно застосувати передопераційну променеву терапію в поєднанні з радіомодифікаторами, зокрема з локальним низькочастотним магнітним полем.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛІПОЇДНИЙ НЕКРОБІОЗ

Кочет К. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Ліпоїдний некробіоз (ЛН) - рідкісний хронічний дерматоз, етіологія і патогенез якого до теперішнього часу повністю не вивчені. Основну роль грають порушення ліпідного, вуглеводного та гормонального обмінів, що призводить до розладу мікроциркуляції та деструктивних змін сполучної тканини з відкладенням в місцях дегенерації колагену ліпідів. На даний час зберігаються труднощі ефективного лікування хворих на ЛН.

Мета роботи - клінічно оцінити ефективність лікування хворих на ЛН шляхом використання D-пеніциламіну в комплексній патогенетичній терапії.

Матеріал та методи. Спостерігали 32 хворих на класичну форму ЛН, з них у 17 – діагноз був встановлений вперше, а 15 – звернулися повторно. Ретроспективно була проаналізована медична документація 14 хворих. Виділили 2 групи: I – 29 хворих (14+15), які раніше отримували традиційну терапію; II – 32 хворих (15+17), які отримували комплексну патогенетичну терапію з включенням D-пеніциламіну. Препарат призначали всередину по 250 мг на добу, 10 днів, при гарній переносимості – дозу збільшували до 250 мг 2 рази на добу, 10 днів, потім – по 250 мг 3 рази на добу, до 3 міс. Далі вирішували питання про відміну препарату або перехід на підтримуючу дозу.

Результати. Результати лікування через 1 міс показали, що з 29 хворих

на ЛН, які отримували традиційне лікування, повне зникнення висипань не було відмічено ні у одного пацієнта, значне покращення – у 9, покращення – у 11, без змін – у 9. В групі з 32 хворих, які отримували комплексну патогенетичну терапію з включенням D-пеніциламіну, повне зникнення висипань відмічено у 6 пацієнтів, значне покращення – у 12, покращення – у 11, без змін – у 3. Результати лікування через 3 міс показали, що з 32 хворих на ЛН, які отримували комплексну патогенетичну терапію з включенням D-пеніциламіну, повне зникнення висипань відмічено у 16 пацієнтів, значне покращення – у 8, покращення – у 8, без змін – 0. При цьому з 15 хворих, які звернулися повторно, повне зникнення висипань відмічено у 5 пацієнтів, значне покращення – у 5, покращення – у 5, без змін – 0. В групі з 17 хворих, які звернулися вперше, повне зникнення висипань відмічено у 10 пацієнтів, значне покращення – у 4, покращення – у 3, без змін – не було.

Висновки. Запропонований метод комплексної патогенетичної терапії хворих на ЛН з використанням D-пеніциламіну дозволяє домогтися кращих клінічних результатів в більш короткі терміни.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОЇ ІНФІЛЬТРАЦІЇ В ПРИЛЕГЛІЙ СТРОМІ ПЛОСКО- КЛІТИННИХ ОРОФАРИНГЕАЛЬНИХ КАРЦИНОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ЇХ ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ

Лисак А. В[1]., Дядик О. О[2]

[1]Центральна патологоанатомічна лабораторія Міністерства Оборони України

[2] Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Пухлини з локалізацією голова-шия за даними Всесвітньої організації охорони здоров’я (World Health Organization) займають шосте місце по частоті виникнення. Серед причин смерті пухлини даної локалізації складають 13% усіх випадків смерті від новоутворень, та становлять приблизно 315000 випадків серед 7,6 мільйонів на рік. Розподіл хворих за статтю, складає за різними джерелами та в залежності від локалізації в межах 2:1, 15:1.

Чоловіки загалом страждають частіше, що у абсолютних числах складає 230000-чоловік, та 75000-жінок на рік. Серед первинно виявлених новоутворень, щороку виявлять 600000 нових випадків даної локалізації. Серед них 389000-ротова порожнина, 160000-гортань, 65000-трахея. Приблизно 90% усіх пухлин ділянки глова-шия складають плоскоклітинні карциноми з локалізацією ротова порожнина, оро- та гіпофарінгс.

Мета. Провести порівняльну оцінку клітинних інфільтратів в мікрооточенні плоскоклітинних карцином орофрингеальної ділянки в залежності від рівня диференціювання пухлини (G1, G2, G3).

Матеріали та методи. В роботі були досліджені матеріали 121 пацієнта. Середній вік пацієнтів склав 66 років (від 35 до 95років), серед них було 101 чоловік (83,5%) та 20 жінок (16,5%). Всім пацієнтам було виконано гістологічне з подальшим іммуногістохімічним дослідженням (ІГХД) для фенотипування клітин інфільтрату пухлин із маркерами CD3, CD20. Нами було досліджено залежність між рівнем диференціювання пухлини G1, G2, G3 та наявності й рівнем експресії в прилеглому до пухлини запальному інфільтраті Т- (CD3) та В-лімфоцитів (CD20).

Результати. При дослідженні пухлини в препаратах препаратів забарвлених гематоксиліном-еозином було визначено рівень диференціювання за методом ANNEROTH et al. (1987) та BRYNE et al. (1992). На підставі цього нами було встановлено: плоскоклітинний рак G1 у 22, G2 – у 44 та G3 – у 55випадках відповідно. В подальшому у всіх випадках було проведено ІГХД з визначенням експресії маркерів лімфоцитів CD3, CD20.

Висновок. Отримані результати свідчать про залежність вираженості клітинного (запального) інфільтрату Т- та В-клонів лімфоцитів в залежності від рівня диференціювання плоскоклітинних карцином орофарингеальної ділянки. Так, у високодиференційованих пухлин в прилеглій тканині спостерігається інфільтрація поодинокими запальними клітинами та або дрібними інфільтратами; при знижені рівня диференціювання збільшується в стромі кількість клітин мікрооточення пухлини. При аналізі якісного складу нами не

було виявлено суттєвих змін клітинного інфільтрату в залежності від рівня диференціювання пухлин. Поряд з цим треба відмітини, що у всьому матеріалі йде переважання В-клітинного компоненту (CD20), над Т-клітинним (CD3), що свідчить про переважання гуморальної реакції строми при пухлинах цієї локалізації. . Отриманні данні потребують подальшого поглибленого вивчення складу клітин мікрооточення із використанням ІГХД.

ОПЕРАЦІЯ ГАРТМАНА В СУЧАСНОМУ АЛГОРИТМІ ЛІКУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Іоффе І. В., Лісовий Р. В., Лєсний В. В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» МОЗ України

Вступ, формулювання проблеми. Рак товстої кишки є однією з найактуальніших проблем онкології і невідкладної абдомінальної хірургії.

У чоловіків рак ободової і прямої кишки вийшов на третє місце в структурі злоякісних новоутворень (10,8%), поступаючись пухлинам бронхолегеневої системи (19,5%) і раку передміхурової залози (11%).

У жінок число хворих на колоректальний рак в даний час вийшло на третє місце (11,6%), поступаючись лише пухлинам молочної залози (20,5%) і матки (12,4%).

Методи проведення літературного пошуку: бібліографічний, семантичний методи.

Аналіз отриманих даних. До 50-90% хворих на колоректальний рак надходять в хірургічні, а не спеціалізовані онкологічні стаціонари при розвитку ускладнень. У 60-80% клінічних випадках спостереження гостра товстокишкова непрохідність є першим клінічним проявом онкозахворювання.

Пацієнти старші 60 років складають від 54 до 82,6% всіх хворих. Летальність після паліативних операцій коливається від 17 до 54,5%, після радикальних - від 9,2 до 46,1%.

В даний час відсутня єдина хірургічна тактика лікування хворих з ускладненим колоректальним раком. Існує ряд досліджень, які рекомендують

проводити розширений обсяг консервативних заходів з метою ліквідації гострої непрохідності та переведення хворих з ургентних в планові, з подальшим виконанням первинно-радикальної операції. Багато авторів є прихильниками первинно-радикальних операцій на висоті непрохідності за типом обструктивної резекції.

Сучасна тактика при лікуванні хворих з колоректальним раком лівосторонньої локалізації: а) лапароскопічно-асистована розвантажувальна колостомія або стентування пухлинного стенозу; б) неоад'ювантна хіміопроменева терапія; в) радикальна операція: низька передня резекція прямої кишки з превентивної колостомією, операція Гартмана, черевно-промежинна екстирпація прямої кишки.

Висновок. Операція Гартмана, незважаючи на більш ніж дев'яностолітню історію, є радикальною операцією, яка відповідає всім сучасним онкологічним принципам лікування ускладненого раку сигмовидної і прямої кишки.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Насоненко О. В.

Запорізького державного медичного університету

Дані багатоцентрових епідеміологічних досліджень демонструють статеві відмінності у поширеності артеріальної гіпертензії (АГ), зокрема, чоловіча стать є доведеним фактором ризику розвитку ССЗ. Дослідження останніх років демонструють взаємозв’язок між підвищенням жорсткості артерій (ЖА) та розвитком діастолічної дисфункції (ДД) в осіб чоловічої та жіночої статі [1, 2].

Мета роботи. Оцінити особливості структурно-функціональної перебудови серця та судин у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

Матеріали та методи. Впродовж 2016 року було обстежено 38 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії чоловічої статі, що знаходились на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КУ «Міська лікарня №7»

м. Запоріжжя, а також 20 нормотензивних чоловіків, що склали контрольну групу. Як критерії виключення розглядались наявність цукрового діабету 2 типу, ІМТ ≥35 кг/м2, ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності вище ІІ ФК (NYHA), інфаркту міокарда в анамнезі, симптомних уражень периферичних артерій, вад серця. Усім учасникам дослідження було виконане загальноклінічне обстеження, офісне вимірювання артеріального тиску (АТ), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), неінвазивне визначення параметрів ЖА - швидкості поширення пульсової хвилі аортою (аоШПХ), індексу аугментації (AIx) осцилометричним методом, а також трансторакальна ехокардіографія.

Результати. Середній вік обстежених із ГХ склав 53,1±5,8 років, осіб контрольної групи - 50,4±4,6 років, середній індекс маси тіла (ІМТ) - 28,4±3,3 кг/м2 та 26,3±3,9 кг/м2 відповідно. Аналіз структурно-функціонального стану міокарда лівого шлуночка (ЛШ) в осіб із ГХ продемонстрував вірогідно більший розмір ЛП в діастолу. 63,1% хворих цієї групи мали концентричну гіпертрофію ЛШ. Збережена фракція викиду зареєстрована у 73,7% пацієнтів із ГХ (медіана для обстежених основної групи – 63 (55; 67), для контрольної групи – 66 (58; 68)). У 25 хворих на ГХ (65,8%) реєструвалась ДД ЛШ, статистично значуще збільшення показника септального E/e' при нормальних значеннях E/A, а також гірші величини глобального поздовжнього стрейну (GLS) порівняно з контрольною групою. Більш виражена редукція показника GLS спостерігалась серед осіб старше 55 років (до -17%). Пацієнти з ГХ характеризувались підвищеною ЖА, оціненою за допомогою реєстрації збільшення аоШПХ та AIx. При проведенні множинного регресійного аналізу виявлений взаємозв’язок між наявністю ДД, зменшенням GLS та підвищенням аоШПХ.

Висновки. Особливостями кардіоваскулярного ремоделювання у чоловіків із ГХ ІІ стадії є збільшення розмірів ЛП у діастолу та формування ознак ДД за збережної фракції викиду ЛШ, зменшення податливості міокарда, а

також розвиток підвищеної жорсткості артеріальних судин у вигляді прискорення аоШПХ та підвищення AIx.

ВПЛИВОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

Огнєва Л. Г., Куряча О. П., Лобкіна Е. Л.

Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Гіперкетонемія та кетоацидоз – це крайній прояв ускладнень дитячого організму, що виникає як неадекватна реакція на звичайні подразники, що супроводжується кетонурією та сталим симтомокомплексом (нудота, біль у животі, блювання, загальмованість). Саме тому в дитячому віці гіперкетонемія та кетонурія може розвинутися при цілому ряді захворювань.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості клініки, сімейного анамнезу та супутню патологію у дітей, що мали прояви кетоацидозу та кетонурії для визначення факторів ризику розвитку цього стану.

Матеріали та методи. Було обстежено 43 дитини віком від 3 до 14 років з явищами кетонурії та кетоацидозу, що були госпіталізовані до педіатричного стаціонару з різними клінічними діагнозами. В роботі використані наступні методи: анкетування батьків, аналіз даних історій хвороб та результати лабораторних і інструментальних досліджень.

Результати. Кетонурія, що виникла на тлі гострих інфекційних захворювань склала 69% (30 дітей), у 13 дітей (31%) тригером було порушення дієти. Серед скарг в 100% випадків були присутні нудота та стійке зниження апетиту. Блювання спостерігалося у 56% , серед яких у 10 дітей воно виникло на фоні інтоксикаційного синдрому і було присутнє у всіх 14 дітей з кетонурією на фоні порушення дієти. Болі в животі турбували 11 дітей (34%). У 72% випадків мали супутню патологію: гельмінтоз 18%, дискінезію жовчного міхура - 34%, дисметаболічну нефропатію 43%. При аналізі анкет батьків виявлено: матері дітей лише в 16% випадків хворіли під час вагітності. Хронічні захворювання мали 47% матерів, питома вага належить алергічним

захворюванням 22% , інша патологія зустрічалася значно менше. Сімейний анамнез у обстежуваних дітей був ускладнений у 69% випадків. Найчастіше реєструвався цукровий діабет II типу -38%, а інші хвороби -65% пов‘язані з порушенням обміну речовин .

Висновки. Серед факторів ризику виникнення кетонурії та кетоацидозу, які обумовлюють важкість стану дитини доцільно виділити наявну у них супутню патологію та обтяжений сімейний анамнез. Ці дані треба враховувати для забезпеченя та підтримки стану стабільної компенсації цукрового діабету у дітей.

КІСТОЗНИЙ МАКУЛЯРНИЙ НАБРЯК ПІСЛЯ РІЗНИХ ВИДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІКОВОЇ КАТАРАКТИ: 6 МІСЯЦІВ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Стебловська І. С.

ВДНЗУ « Українська медична стоматологічна академія»

Макулярний набряк є одним з найбільш поширених ускладнень після факоемульсифікації катаракти, частота якого становить 1,2-2%. Однак, при використанні в діагностиці післяопераційного кістозного макулярного набряку (КМН) оптичної когерентної томографії (ОКТ), частота виявлених ускладнень може досягати 20-28% (Johnson M. V., 2009, Федоров С. Н., 2002).

Мета. Вивчити частоту, характер і тривалість кістозного макулярного набряку після різних видів хірургічного лікування вікової катаракти через 6 місяців після оперативного втручання.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 150 пацієнтів (180 очей) з катарактою зі ступенем щільності ядра кришталика по Buratto I-III, які були розділені на 2 групи. У дослідження не включали пацієнтів з гіпертонічною хворобою, системними захворюваннями, цукровим діабетом, хронічними інфекційними захворюваннями, хронічними захворюваннями ЛОР-органів і порожнини рота, а також з віковою макулярною дегенерацією, міопією, відшаруванням задньої гіалоїдної мембрани, увеопатіями,

хоріоідитами, хоріоретинітами, увеїтами і пацієнтів з раніше перенесеними офтальмологічними операціями.

1 група - 78 пацієнтів (90 очей), яким була виконана традиційна факоемульсифікація з імплантацією гнучкої асферичної ІОЛ AcrySof Natural IQ (Alcon, США). 2 група - 72 пацієнта (90 очей), яким була виконана факоемульсифікація з фемтосекундним супроводом і імплантацією гнучкої асферичної ІОЛ AcrySof Natural IQ (Alcon, США).

Всі операції були виконані одним хірургом. Факоемульсифікацію виконували на апараті Infiniti (Alcon, США), фемтолазерний етап операції проводили за допомогою фемтосекундного лазера LenSx (Alcon Laboratories Inc.). Пацієнтам виконували в динаміці візометрію, пневмотонометрію, периметрію, біомікроскопію, гоніоскопію, офтальмоскопію, ОКТ. Термін спостереження склав 6 місяців.

Результати. Середня післяопераційна гострота зору (ГЗ) в 1 групі склала 0,78±0,2. 4 пацієнта (4 ока, 4,4%) через 6 місяців після оперативного лікування пред'являли скарги на зниження найкращої коригованої гостроти зору (НКГЗ) до 0,3±0,16. За даними ОКТ виявлено КМН. Збільшення товщини фовеолярної ділянки склало в середньому 370 мкм; об’єм сітківки у фовеа – 12 мм3. На фоні консервативного лікування регрес набряку настав через 14-21 день.

Середня післяопераційна ГЗ пацієнтів 2 групи склала 0,59±0,12. 10 пацієнтів (10 очей, 11,1%) через 6 місяців після оперативного лікування пред'являли скарги на зниження НКГЗ до 0,1±0,09. За даними ОКТ виявлено КМН. Збільшення товщини фовеолярної зони склало в середньому 458мкм; об’єм сітківки у фовеа – 13 -14 мм3. Під впливом консервативного лікування набряк регресував через 21-30 днів.

Висновки. 1. Наші дослідження показали, що частота розвитку КМН достовірно вище ($\varphi^*=1,7$; $p<0,01$) після виконання традиційної ФЕК.

2. Середня післяопераційна ГЗ через 6 місяців була достовірно вище ($t=6,3$;$p<0,01$) у групі, де проводилася ФЕК з фемтосекундним супроводом.

ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНОМУ АЛГОРИТМІ ЛІКУВАННЯ ПОЛІПІВ ШЛУНКА

Іоффе І. В., Троценко С. Н., Лєсний В. В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» МОЗ України

Вступ, формування проблеми. Ендоскопічний метод - основний метод діагностики і лікування поліпів шлунка, але єдина тактика лікування фонових захворювань слизової оболонки шлунка, профілактики рецидивів поліпів не розроблена.

Методи проведення літературного пошуку: бібліографічний, семантичний методи.

Аналіз отриманих даних. Показаннями до поліпектомії являляються поодинокі, поодинокі і множинні поліпи шлунка, передракові зміни, такі як кишкова метаплазія, дисплазія II-III ступеня або неоплазія високого ступеня.

Сучасний діагностичний алгоритм включає в себе: 1) ендоскопічне дослідження поліпа і навколишнього слизової оболонки шлунка з використанням технології спектрального кольорової візуалізації в сукупності з технологією багаторазового збільшення, що дозволяє виявити осередки метаплазії, дисплазії, неоплазії за характером судинного малюнка і рельєфу слизової оболонки; 2) виконується біопсія поліпа з метою його морфологічної верифікації, а також біопсія навколишнього слизової оболонки шлунка для діагностики інфекції Helicobacter pylori; 3) колоноскопія проводиться з метою виявлення поширеності процесу в травному тракті; 4) трансабдоминальное ультразвукове дослідження шлунка - дозволяє виключити інфільтрацію стінки шлунка в зоні локалізації поліпа; 5) УЗД органів черевної порожнини виконується для виключення супутньої патології.

Ендоскопічна діагностика та видалення поліпів шлунка здійснюється фіброендоскопами фірм «Olympus», «Fujinon», «Pentax», електрохірургічний апаратами PSD-30, MBC Soring, радіохірургічними приладами Surgitron TM - США, аргоноплазмовим коагулятором, високоенергетичними YAG-Nd лазерами.

Пацієнти після ендоскопічної поліпектомії підлягають динамічному спостереженню і лікуванню супутньої патології слизової оболонки шлунка.

Висновки. Використання нових технологій: віртуальної комп'ютерної хромоендоскопії, експрес-діагностики інфекції Helicobacter pylori, вдосконалених для ендоскопічних операцій радіохірургічних приладів дозволяє максимально радикально з мінімальними ускладненнями видаляти поліпи шлунка, виявляти і лікувати фонові захворювання слизової оболонки шлунка.

ЧУТЛИВІСТЬ ДО ДЕКАСАНУ®, ГОРОСТЕНУ® МІКРООРГАНІЗМІВ ПЕРИІМПЛАНТАТНОЇ ДІЛЯНКИ В ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Фаустова М. О.[1], Назарчук О. А.[2]

[1]Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

[2]Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Актуальність. Інфекційно-запальні ускладнення одонтоімплантації зустрічаються на різних її етапах, найчастіше серед яких виникають переімплантатні мукозити та переімплантити. Основним етіологічним чинником їх розвитку вважають проникнення мікроорганізмів ротової порожнини в зону контакту імплантату з оточуючими його тканинами. Визначення складу мікроорганізмів в місці імплантаціїї зубів, дослідження їх біологічних властивостей є ключовими завданнями на шляху подолання інфекційно-запальних ускладнень.

Мета. Дослідження чутливості мікроорганізмів перімплантатної ділянки при інфекційно-запальних ускладненнях одонтоімплантації до сучасних антисептичних препаратів декасану® та горостену.

Матеріали та методи. Об’єктом дослідження були 18 клінічних штамів Staphylococcus aureus, 10 штамів S.epidermidis та 12 штамів S.warneri, виділених зі слизової оболонки хворих на периімплантатний мукозит і периімплантит та ідентифіковані за допомогою автоматичного бактеріологічного аналізатора

Vitec® 2 Compact, bioMérieux (Франція). Чутливість клінічних штамів мікроорганізмів до декасану® та горостену® вивчали кількісним методом подвійних серійних розведень за стандартною методикою, відповідно до наказу МОЗ України за №167 від 05.04.2007 р. «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів».

Результати. Встановлено, що всі досліджувані клінічні штами мікроорганізмів чутливі до дії антисептичних препаратів декасану®, горостену®. Активність горостену® щодо штамів S. epidermidis та S. warneri виявилася вищою, у порівнянні з дією декасану® ($p < 0,05$). Найбільш чутливим до означеного антисептичного препарату був S. epidermidis. В свою чергу, мінімальна бактеріостатична (МБсК) та бактерицидна (МБсК) концентрації декасану® були значно меншими щодо штамів S. aureus (МБсК – 1,76 мкг/мл; МБцК – 2,73 мкг/мл), порівняно з дією горостену® (МБсК – 3,0 мкг/мл; МБцК – 4,4 мкг/мл).

Висновки. Серед мікроорганізмів, що колонізують слизову оболонку периімплантатної ділянки при інфекційно-запальних ускладненнях одонтоімплантації значну частку складають S. aureus (33 %), S. epidermidis (12 %) та S. warneri (9 %). Сучасні антисептичні засоби декасан® та горостен® володіють вираженою антибактеріальною дією на клінічні штами стафілококів, що свідчить про перспективи подальших досліджень ефективності цих антисептиків в одонтоімпланатології.

АСОЦІАЦІЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА VEGFA (rs699947) З РОЗВИТКОМ ВІКОВОЇ МАКУЛЯРНОЇ ДЕГЕНЕРАЦІЇ

Риков С. О., Шаргородська І. В., Зябліцев С. В., Фролова С. С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

Останнім часом приділяють все більше уваги вивченню ролі генетичного поліморфізму у розвитку вікової макулярної дегенерації (ВМД) [Seddon J.M., 2005, Park S.J., 2014; Bora N.S., 2015]. Це обумовлено обмеженістю сучасних методів та обладнання щодо проведення означених обстежень та неоднозначного ставлення до отриманих результатів.

Метою даного дослідження було виявлення асоціації поліморфізму гена VEGFA (rs699947) з розвитком ВМД в український популяції.

Методи. В дослідженні прийняли участь 144 пацієнта з ВМД (основна група) та 38 осіб відповідного віку та статі без ВМД (група порівняння). Розподіл основної групи відбувався наступним чином: I підгрупа – «суха» форма ВМД (64 ока); II підгрупа – «волога» форма ВМД (80 очей). Методи дослідження: генетичні – метод полімеразної ланцюгової реакції з використанням реактивів TaqMan®SNP Genotyping Assay, Life-technologies (США) в автоматичному ампліфікаторі Real-Time PCR System 7500 (Applied Biosystems, США); статистичні – пакет програм SPSS 11.0, MedStat (2004-2012рр.).

Результати. Встановлено, у групі порівняння розподіл генотипів та алелей поліморфізму rs699947 гена VEGFA відбувався наступним чином: предкова гомозигота C/C – 21,1% гетерозигота C/A – 78,9%; мінорна гомозигота A/A – не виявлено, предкова алель C – 60,5%, мінорна алель A – 39,5%. Отримані результати узгоджуються з даними, що наведені у проекті 1000 Genomes Project Phase 3 для європейської та азіатської популяцій. Розподіл генотипів та алелей у пацієнтів I підгрупи основної групи співпадав із групою порівняння ($P_{(Fet)}$>0,05). На очах пацієнтів II підгрупи основної групи виявлені статистично значущі відмінності за генотипом A/A. Гомозигота A/A визначена у 12 хворих (15,0%; P_{Fet}=0,01). Встановлено, відсутність асоціації з захворюванням (OR) при вірогідному інтервалі (CI) 95% в I підгрупі ($p_{\chi 2}$=0,17), тоді як у II підгрупі така асоціація була виявлена ($p_{\chi 2}$=0,02). Наявність мінорного генотипу у 14,0 разів (OR=14,05; 95% BI 0,81-243,93) підвищувала шанси розвитку «вологої» форми ВМД.

Висновок. Показано високу значимість поліморфізму rs699947 гена у виникненні «вологої» форми ВМД.

ГІГІЄНІЧНИЙ СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З НЕДОСКОНАЛИМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Циганко І. Р.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Одним із соматичних захворювань, на яке слід звернути особливу увагу є недосконалий остеогенез (НО) – генетично зумовлене захворювання із групи колагенгопатій, що характеризується порушенням формування і розвитку кісткової тканини та змінами її структурно-функціонального стану, розвитком патологічної ламкості та деформацій кісток, ураженням багатьох органів і систем та як наслідок – погіршенням чи втратою статико-локомоторних функцій пацієнта (Sillence D. O., 1979; Кадурина Т. І., 2009). Аналіз світової літератури свідчить, що розповсюдженість НО досить висока: 1:10000–1:20000 новонароджених (Беленький А. Г., 1998; Lehmann H.W., 2000;)

Мета роботи. Провести оцінку гігієнічного стану порожнини рота у дітей з недосконалим остеогенезом та відкоригувати індивідуальні навички по догляду за ротовою порожниною.

Матеріали та методи. В клінічному дослідженні брали участь 30 дітей у віці 3-14 років. Обстеження проводили за загальноприйнятою методикою, що включала оцінку даних анамнезу, зовнішній огляд і огляд порожнини рота. Діти буди розділені на 2 групи: 1 група – діти, які разом з батьками освоювали навички гігієни порожнини рота; 2 група – діти, яких навчав гігієни лікар-стоматолог. Оцінку гігієни порожнини рота проводили за індексом Федорова-Володкіної. Повторний огляд планується через 6 місяців.

Результати та обговорення. Показники індексу гігієни Федорова-Володкіної у 1 групи були такими: добра гігієна – 35%; задовільна – 29%; незадовільна – 22%; погана – 8%; дуже погана – 6%, а у 2 групи: добра – 55%;

задовільна – 22%; незадовільна 18%; погана – 6%; дуже погана – 0%. В середньому індекс гігієни порожнини рота у дітей 1 групи – незадовільний, а у 2 групи - задовільний. Незадовільний та поганий стан гігієни порожнини рота був визначений у дітей, які не володіють достатніми індивідуальними навичками по догляду і у яких батьки цій процедурі не приділяють достатньої уваги. Після обстеження, усім дітям та їхнім батькам було проведено урок гігієни порожнини рота з майстер-класом.

Висновки. Враховуючи результати досліджень можна стверджувати, що гігієна порожнини рота дітей є задовільною, проте необхідна своєчасна корекція індивідуальних навичок та засобів по догляду за порожниною рота з подальшим ретельним наглядом.

СТАН МЕТАБОЛІТІВ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ М'ЯКИХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

Черемісіна В. Ф.

Національний фармацевтичний університет

Актуальність теми. Сполучна тканина (СТ) складає основу всіх органів та систем організму, визначаючи їх морфологічну та функціональну цілісність. Структурно-функціональні компоненти СТ активно беруть участь у запальних, деструктивних та захисних процесах при різних гострих та хронічних патологічних станах. Одним із показників, який використовується для вивчення процесів обміну СТ є рівень оксипроліну в сироватці крові, що адекватно відображає інтенсифікацію процесу утворення колагену. При руйнуванні колагену оксипролін вивільнюється до кровотоку як у вільному вигляді (ВОП), так і в поліпептидній (ПЗОП) та білокзв'язаній формі (БЗОП).

Мета роботи – визначити співвідношення метаболітів СТ в сироватці крові при захворюваннях пародонту.

Матеріали та методи: експерименти проводили на 60 нелінійних щурах-самцях. Альвеоліт моделювали за методом Гаврилова В. О. (1991), пародонтит та гінгівіт – за методом Пєшкова Л. В. (1997). Визначення рівня ВОП, ПЗОП,

БЗОП в сироватці крові проводили за методом П. Н. Шараєва.

Результати: зі збільшенням тяжкості запального процесу в пародонті спостерігали різкі зміни вмісту метаболітів СТ: рівень ВОП та ПЗОП підвищувалися у групах тварин з альвеолітом, гінгівітом та пародонтитом відносно інтактної групи. Однак вміст БЗОП збільшувався у групах щурів з альвеолітом та гінгівітом, але знижувався у групі щурів з пародонтитом. Одержані дані свідчать про те, що запалення тканин пародонту характеризується утворенням та розпадом колагену

Висновки: асиметричні зміни показників синтезу та розпаду колагену свідчать про залучення до патологічного процесу системи СТ при альвеоліті та гінгівіті чи/або про порушення її нормальної реактивності у групі щурів з пародонтитом.

ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ЗАСТОСУВАННЯМ ТЕРАПЕВТИЧНОГО НАВЧАЯННЯ

Чистяков Д. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імени П. Л. Шупика

Вступ. Остеоартроз (ОА) є однією із серйозних медичних і соціальних проблем, що обумовлено його широкою розповсюдженістю, високим ризиком розвитку обмежень функції опорно-рухового апарату, які приводять до порушення працездатності й зниженню якості життя пацієнтів.

Згідно з останніми рекомендаціями ESCEO (European Society for Clinical and Economical Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis, 2014) початковою та базовою ланкою лікування та профілактики виникнення ускладнень при остеоартрозі є: інформування пацієнта про його захворювання, навчання правильному способу життя та профілактичним заходам, зниження ваги та виконання лікувальних фізичних вправ. Тому сімейний лікар має бути глибоко обізнаний в цих питаннях та ефективно використовувати їх в тактиці ведення хворих на ОА (Bruyere O., Cooper C., Pelletier J.P. 2014).

В Україні терапевтичне навчання пацієнтів хворих на ОА майже не розвинуто, є тільки узагальнені дані в якості інформаційних листів.

Мета дослідження: Оцінка результатів терапевтичного навчання у хворих на остеоартроз і надмірною масою тіла.

Матеріали і методи дослідження: Для вивчення ефективності терапевтичного навчання пацієнтів проведено клнічне спостереження 75 пацієнтів з остеоартрозом великих суглобів . До основної групи увійшли 22 жінок (51%), і 21 чоловіків (49%). У групі порівняння жінок було 18 (56,25%), чоловіків - 14 (43,75%). Вік пацієнтів в основній групі становив 63,7 ± 8,2 року, в контрольній - 65,3 ± 6,4. Дані пацієнти дали згоду на участь у дослідженні.

У цих пацієнтів досліджено динаміку маси тіла і показників болю і функціонування суглобів з остеартозом після терапевтичного навчання.

Статистичний аналіз проводився за допомогою Excel 2007, Statistica 6.0.

Результати: Відзначено роль і значення освітньої програми терапевтичного навчання: знизилися сумарні показники функціонального індексу WOMAC - на 61, 9% ($p < 0,05$), значення візуальної аналогової шкали болю (ВАШ) - на 39,3% ($p < 0,05$) . Кількість людей з нормальним ІМТ збільшилася до 60,4%, а з надмірною масою тіла - 22,3%, ожирінням - 17,3%.

Висновки: Отримані результати вказують на високу клінічну ефективність застосування терапевтичного навчання пацієнтів з ОА і надмірною масою тіла.

ОСОБЕННОСТИ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ян Сяо

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальность. В патогенезе венозного тромбоэмболизма до сих пор основополагающим факторами её развития являются компоненты триады Вирхова: а именно повреждение сосудистой стенки, нарушения процессов

коагуляции и фибринолиза и общие нарушения, связанные с процессом ламинарного тока крови. Тромбоциты часто удостоены меньшего внимания, однако, данные клеточные структуры принимают участие как в этапе первичного образования фибрина из фибриногена, так и обеспечения трофики, отрицательного заряда стенки, что является условием для ламинарного тока крови и достаточной фибринолитической активности стенки венозного сосуда.

Цель исследования: оценить агрегационные свойства тромбоцитов у больных с тромбозами вен нижних конечностей (соответственно глубоких вен, поверхностных вен, и при сочетанном тромбозе глубоких и поверхностных), возникших после проведения абдоминальных оперативных вмешательств и оценить их сезонные колебания.

Материалы и методы. Исследование агрегации тромбоцитов турбидиметрическим проведено у 187 больных с венозными тромбоэмболиями, из них 103 – больные с поверхностными тромбозами (ТПВ), 57 – с тромбозами глубоких вен (ТГВ) и 27 – больных с сочетанным тромбозом вен нижних конечностей (СТВ). Оценивались показатели спонтанной агрегации, степень и скорость индуцированной АДФ-агрегации тромбоцитов. Контрольная группа представлена 25 практически здоровыми.

Результаты. Нами было установлено повышение уровня спонтанной агрегации во всех трех подгруппах по отношению к контрольной (1,73±0,41 при ТПВ, 1,76±0,43 при ТГВ и 1,68±0,35 при СТВ против 1,12±0,10 отн. ед. ($p<0,05$)). При условии межгруппового сравнения существенная разница не определялась ($p>0,05$). Аналогичные данные были получены для оценки степени и скорости АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов. Степень агрегации составляла соответственно 63,23±11,9%; 60,18±12,9% и 65,11±13,5% против 34,6±8,8% ($p<0,05$), а скорость - 48,5±11,6%/сек.; 49,9±12,2%/сек. и 51,6±11,0%/сек. против 24,4±9,7%/сек. ($p<0,05$), что дало возможность объединения каждого из показателей для оценки сезонного тренда тромбоэмболических осложнений. При этом типе анализа в подгруппе пациентов с послеоперационными тромбозами увеличение степени агрегации

выше общегрупповой медианы определялась в 62,3%, а скорость агрегации - в 53,3% случаев, и соответствовало увеличению риска их возникновения в 1-ом квартале (январь-март) при оценке степени их сезонной зависимости.

Выводы: Послеоперационные венозные тромбозы сопровождаются повышением агрегационной функции тромбоцитов, которая не зависит от локализации тромбоза, однако имеет значимую связь с сезонным трендом развития венозного тромбоэмболизма.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТА МОЛОДОГО ВІКУ

Яцишин І. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – найпоширеніша патологія, яка посідає перше місце серед причин інвалідизації та смертності дорослого населення в Україні. Особливу небезпеку для життя представляють гострі форми ІХС, які поєднуються в термін «гострий коронарний синдром (ГКС)». Найчастіше на ГКС хворіють особи середнього та похилого віку, проте дана патологія зустрічається і серед осіб молодого віку. Ризик розвитку ГКС суттєво збільшується через стрес, ожиріння, тютюнопаління, гіподинамію, гіперхолестеринемію і т.д. За останні 4 роки частота ГКС збільшилась на 14,3% (В.М Коваленко, 2016).

Мета роботи – звернути увагу на важливість своєчасного виявлення факторів ризику та симптомів ГКС у осіб молодого віку.

Матеріали і методи. Аналіз клінічного випадку проведено на основі скарг хворого, збору анамнезу захворювання та життя, об’єктивного обстеження, даних лабораторних (рівень загального холестерину, тропоніну І, міоглобіну, МВ-КФК) та інструментальних (ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографія ОГК) методів дослідження.

Результати дослідження. Пацієнт К., 24 роки, був доставлений КШД з попереднім діагнозом «Гострий коронарний синдром з елевацією сегменту ST»

в КЗ КОР «Київський обласний кардіологічний диспансер» зі скаргами на пекучі болі за грудиною хвилеподібного характеру, які тривають близько години, задишку, виражену слабкість. З анамнезу відомо, що захворів раптово на фоні повного благополуччя. Палить протягом 10 років, зловживає алкоголем, працює охоронцем. Спадковий анамнез: батько помер від ГКС у 42 роки. Об'єктивно: загальний стан важкий, шкіра вкрита холодним потом. Індекс маси тіла 35 кг/м². АТ – 110/70 мм рт. ст., Ps – 100 уд./хв. Серцеві тони – аритмічні, значно ослаблені. Дихання везикулярне, поодинокі сухі хрипи, частота – 24/хв. SpO2 – 88%. Інших відхилень збоку органів і систем не виявлено. Лабораторні показники: експрес-тест на Тропонін I – негативний, на міоглобін – сумнівний; загальний холестерин – 8,5 ммоль/л; тропонін I кількісний –15,8 нг/мл, МВ-КФК – 52 Од/л. На ЕКГ: ритм синусовий, неправильний з ЧСС 98/хв. Електрична вісь горизонтальна. Підйом сегменту ST у I, aVL, V1-V6 1-5 мм, депресія ST у II, III, aVF до 2 мм, патологічні Q-зубці V4-V6, поодинокі шлуночкові екстрасистоли. ЕхоКГ: клапанної патології не виявлено, гіпокінезія передньої стінки лівого шлуночка та верхівки, невелика дилатація лівого передсердя, систолічна функція збережена. Рентгенографія ОГК – посилення легеневого малюнку в нижніх відділах легень. На підставі отриманих даних встановлено клінічний діагноз – ІХС: гострий Q - інфаркт міокарда передньо-перетинково-верхівкової ділянки лівого шлуночка. Гостра лівошлуночкова недостатність, Killip I. Шлуночкова екстрасистолія. На догоспітальному етапі тромболізис не проводився. В стаціонарі було виконано ургентну коронаровентрикулографію з реканалізацією та імплантацію стента в оклюзований сегмент коронарної артерії.

Висновки. Як показує даний клінічний випадок, настороженість лікарів повинна бути направлена на виявлення загрозливих симптомів ГКС не тільки серед осіб старшого і похилого віку, але і у осіб молодого віку, особливо при наявності у них факторів ризику. Затримка надання медичної допомоги при ГКС та неправильний маршрут пацієнта погіршують результати лікування та унеможливлюють проведення реперфузійної терапії в рамках терапевтичного

вікна. Пасивна позиція лікаря у таких випадках, спираючись лише на вік пацієнта – серйозна причина високої смертності працездатного населення від ГКС в Україні.

ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛАДУ БІЛКІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПРИ ВЖИВАННІ СОЄВИХ ПРОДУКТІВ

Кирилович М. С., Морачковська О. С, Ясинецька К. О., Пікас О. Б.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність. Особливості клінічного перебігу туберкульозу легень та результати лікування певним чином визначаються також станом захисних сил організму. Важливе значення у лікуванні туберкульозу відводиться харчуванню, як компоненту їх комплексної терапії. Тому вживання певних продуктів (як патогенетичний засіб) при лікуванні хворих на туберкульоз є доцільним і актуальним, що обумовило звернути увагу на соєві продукти, які все частіше використовуються в харчуванні багатьох захворювань.

Мета – оцінка складу білків крові при вживанні соєвих продуктів у комплексному лікуванні хворих на інфільтративний туберкульоз легень.

Матеріал і методи. Обстежено 25 (31,3 %) здорових осіб (І група) та 55 (68,7 %) хворих на інфільтративний туберкульоз легень, яких розподілили на 2 групи: контрольну (ІІ) й основну (ІІІ). ІІ групу склали 30 (55,6 %) осіб, ІІІ групу - 25 (44,4 %) осіб. Учасники ІІІ групи поряд із комплексним лікуванням туберкульозу легень приймали соєві продукти (соєвий напій, соєва паста) виробництва Інституту харчової хімії і технології НАН України, а пацієнти ІІ групи приймали тільки антимікобактеріальні препарати (без вживання соєвих продуктів). Курс - 45 днів; 30 г білка на добу. Оцінювали рівень показників білків крові та порівнювали їх.

Результати й обговорення. В осіб ІІІ групи в процесі лікування знижувався рівень α-глобулінів (з (19,0 ± 0,9) % до (8,11 ± 1,39) %, $p<0,001$) при (6,2 ± 0,7) % у І групі та підвищувався рівень β-глобулінів (з (10,0 ± 1,4) % до (19,2 ± 1,51) %, $p<0,001$) при (7,8 ± 0,9) %) у І групі. До лікування в осіб ІІ

групи рівень α-глобулінів склав (20,1 ± 0,8) %, а β-глобулінів – (10,2 ± 1,2) %, після лікування - відповідно (20,0 ± 0,3) % і (12,0 ± 0,3) %, що вірогідно не відрізнялось (p>0,05).

В осіб III групи в процесі лікування рівень γ-глобулінів не вірогідно підвищився з (35,0 ± 4,7) % до (40,2 ± 3,18) % (p>0,05), у II групі не вірогідно зменшився – з (36,0 ± 3,7) % до (33,0 ± 0,6) % (p>0,05) при (12,2 ± 3,18) % у I групі, p<0,05. Рівень загальних глобулінів збільшився майже однаково: з (60,0 ± 1,2) г/л до (66,4 ± 1,6) г/л (p>0,05) у III групі і з (61,0 ± 1,2) г/л до (65,0 ± 1,0) г/л (p<0,05) у II групі при (32,2 ± 3,18) г/л у I групі, p<0,05.

Рівень альбумінів зменшувався майже однаково: у III групі з (40,2 ± 2,2) г/л до (34,0 ±1,2) г/л (p<0,05), у II групі - з (41,2 ± 2,2) г/л до (35,0 ± 1,0) г/л (p<0,05) при (38,2 ± 3,18) г/л у I групі.

Висновок. Застосування соєвих продуктів у комплексному лікуванні хворих на інфільтративний туберкульоз легень достовірно змінює склад білків у сироватці крові (рівень α-глобулінів знижується, β-глобулінів – зростає).

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМАНДНОЇ РОБОТИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Пономаренко М. С., Аугунас С. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальною проблемою на сучасному етапі соціально-економічного та політичного розвитку системи охорони здоров’я (ОЗ), полягає в удосконаленні медичної і фармацевтичної допомоги та удосконалення нормативно-правової бази для поліпшення благополуччя населення в Україні. Якісне надання медичної і фармацевтичної допомоги залежить безпосередньо від адаптації та імплементації норм ЄС в законодавчу, економічну, політичну, культурну та інші сфери діяльності України.

Проведений нами аналіз літературних джерел з вивчення етапів становлення фармацевтичного забезпечення свідчить про підвищення ролі

провізора в системі ОЗ як світової тенденції, що з’явилися наприкінці 50-х років XX століття. Одним із найважливіших компонентів програми перетворень уряду України, полягає в створенні «Бригад сімейної медичної допомоги» (БСМД). Фармацевти мають вирішальне значення для успішної діяльності цих бригад, адже як зазначається, фармацевтичні працівники обов'язково повинні знаходитись серед найкращих фахівців ОЗ.

За результатами аналізу літературних джерел фармацевтичні працівники при БСМД з урахуванням досвіду ЄС, повинні виконувати наступні критерії: визначення схеми прийому лікарських засобів (ЛЗ); участь у міждисциплінарних оглядах прогресу пацієнтів; визначення схеми прийому ЛЗ / лікування хвороби (наприклад, антикоагулянтів, скринінгу та моніторингу холестерину, скринінгу і моніторингу гіпертонії, слідкування за хворими з цукровим діабетом) і направлення пацієнтів відповідно до протоколів, складених разом в команді з БСМД; відповідати на пов’язані з ЛЗ, запити фахівців БСМД та підтримання зв’язку з Центральною науково-дослідною лабораторією для проведення подальшого дослідження; навчання та поновлення знань інших фахівці БСМД згідно до найновітніших досліджень ЛЗ; підвищення обізнаності та навчання членів БСМД і спільноти з питань прийому; створення умов безпечного лікування в рамках мікрорайону шляхом аналізу систем, що включають в себе поліпшення міждисциплінарного спілкування з метою заохочення дій, які покращують безперервний догляд в місцевих органах ОЗ; консультування особисто або по телефону у визначенні черги з надання допомоги населенню під час надзвичайних ситуацій, таких як атипова пневмонія, з метою зниження навантаження на центри первинної медико-санітарної допомоги; розроблення плану співпраці з перспективними медичними установами та лікарнями, що пов'язані з БСМД та проведення належного виписування ЛЗ; сприяння у реалізації науково – дослідних проектів в рамках роботи.

Таким чином, фармацевтичні працівники мають бути серед професіоналів ОЗ, що підвищить рівень безпеки пацієнта і покращують якість життя через

консультування з лікування та прийому ЛЗ, і через надання послуг медичного обслуговування населення. Послуги фармацевтичних працівників – економічно ефективні, вони допомагають контролювати загальні витрати на ОЗ за рахунок належного виконання вказівок та режиму.

ЦИТОКІНІНДУКОВАНИЙ АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Садовнік Я. А., Ткаченко В. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. За літературними даними аутоімунний тиреоїдит (АІТ) зустрічається у 20-30% випадків всіх діагностованих захворювань щитовидної залози. Серед жінок дане захворювання зустрічається в 20 разів частіше ніж серед чоловіків. При чому, за статистикою, аутоімунний тиреоїдит зустрічається у кожної 6-10 жінки за 60 років. Хоча, останнім часом вікова структура захворювання «помолодшала», що певно пов’язано із Чорнобильською аварією, і серед дітей діагностується у 1-12 випадків на 1000 дитячого населення (0,1-1,2%). Цитокініндуковатий аутоімунний тиреоїдит (ЦІТ) виникає зазвичай у людей, які отримують лікування з приводу аритмій (блокатор глюкагонових рецепторів - аміодарон), вірусних гепатитів В і С, злоякісних хвороб крові (інтерферонотерапія). **Мета:** дослідити дані з приводу частоти, термінів, причин виникнення, методів діагностики та профілактики цитокініндукованого АІТ у пацієнтів, що приймають інтерферони у практиці сімейного лікаря.

Об’єкти і методи дослідження: проведений системний аналіз публікацій у пошукових системах JAMA, Scholar та PubMed, а також у журналах та виданнях матеріалів конференцій, які найбільше відповідали розкриттю поставленої мети.

Результати та їх обговорення: ЦІТ зустрічається з частотою близько 20% випадків у хворих, які знаходяться на моно- чи комбінованому лікуванні пегельованими інтерферонами і аміодароном та пов’язаний із носійством

антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО). Захворювання у 76% випадків зустрічається у жінок молодого та середнього віку, які отримують дану терапію. При чому прояви ЦІТ залежать від фази захворювання (гіпертиреоз чи гіпотиреоз) та гормональної активності жіночого організму. Зміни у показниках гормонів щитоподібної залози виявляються через 6-8 тижнів після початку лікування пегельованими інтерферонами. Фаза гіпертиреозу лікування не потребує, окрім β-адреноблокаторів для корекції тахікардії. А от фаза гіпотиреозу вимагає досить тривалої терапії, не менше року, а у деяких випадках і пожиттєво, в залежності від клінічних проявів та показників гормонів щитовидної залози. Згідно отриманих спостережень, кожен 5 пацієнт, що знаходиться на інтерферонотерапії, особливо якщо це жінка, має ризик виникнення ЦІТ.

Висновки: Для сімейного лікаря важливо пам’ятати, що при веденні хворого, який лікується препаратами інтерферону (чи аміодароном), завжди є ризик виникнення ЦІТ, який клінічно, можливо і незначний, проте може суттєво погіршувати загальний стан пацієнта. Тому, необхідне динамічне спостереження пацієнтів даної групи із проведенням планових обстежень на гормони щитовидної залози (хоча б, ТТГ та АТ-ТПО) та УЗД щитовидної залози, а також детального роз’яснення можливої клінічної симптоматики, при появі якої необхідно негайно звернутися до лікаря. Вчасне виявлення та лікування захворювання дає змогу зменшити його наслідки.

ЗМІСТ

Akhtar Parsaei Problem of teeth discoloration among young people……. 2

Perekopayko Y. M., Danchyn A. O., Kudelsky J. E. Complications with severe combat traumatic brain injury with fatal consequences…….....… 2

Fatima Parsianmehr Modern methods of professional oral hygiene in dental……..... 4

Glagolieva A. Yu. Selection of therapeutic strategy for gastrointestinal stromal tumors..... 5

Hryb N., Zinchuk S. Medical case of dandy-walker malformation in family doctor practice……..... 6

Khambir T. Efficacy of symptomatic slow action drugs in patients with spinal osteoarthritis……..... 8

Matrunich D., Kolesnik M., Chalenko N. M., Lukiyanova L., Krasnikova Y., Sinelnik V. Infuence of caffeine on analgesic activity of мeloxicam in the condition of formalin edema……..... 9

Yevdokimova T. E., Marushko T. V., Berezhnyi V. V. The role of gut microbiome in immune-mediated diseases……..... 10

Sherstobitova O. V. The analysis of social functioning, working efficiency and exploring coping strategies among military recruits from Zhytomyr region..... 11

Rusyn A. Radiation diagnostics of maxillofacial trauma……..... 14

Levashova O. L. Health benefits of amaranth oil……..... 15

Бойко А. В. Фактори ризику серцево-судиннх захворювань у хворих на псоріатичний артрит……..... 17

Васильківський В. В., Витвицький І. З., Гетьман В. Г. Труднощі діагностики лейоміом стравоходу..... 19

Вознюк А. В. Ехографічні параметри трансвагінальної цервікометрії у прогнозуванні передчасних пологів при багатоплідній

вагітності……..... 20

Горак О. Б., Санін В. В., Сковрон М. В., Новак Л. П., Тутченко Л. П., Новак Н. В. Виявлення чинників впливу на якість лікування хворих з глаукомою…..... 22

Дядик О. О., Григоровська А. В. Теносиновіальна гігантоклітинна пухлина: сучасний погляд на морфогенез……..... 23

Гуцол К. М. Поширеність ізольованого та коморбідного алергічного риніту серед дітей дошкільного віку……..... 24

Слободяник М. В. Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань тканин пародонта у пацієнтів з набутими вадами серця….. 26

Дейко Р. Д., Штриголь С. Ю., Колобов О. О. Нейропротекторні властивості циклічного пролілаланіну..... 27

Дрох А. В., Маменко М. Є. Особливості порушень церебро-інтестинальної взаємодії у дітей із функціональною диспепсією та шляхи їх корекції……..... 28

Дружиліна Л.О. Оцінка надання первинної медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію лікарем загальної практики–сімейним лікарем……..... 30

Дуда Л. В., Охотнікова О. М. Можливості застосування та ефективність сольових розчинів у терапії обструктивних бронхітів у дітей раннього віку…..... 31

Сіренко О. І. Фактори ризику формування перинатальної патології у пізніх недоношених дітей..... 33

Ільченко А. Б. Особливості клініко-демографічної характеристики хворих на нозокоміальну пневмонію на фоні важкої черепно-мозкової травми……..... 35

Камінецька Л. В. Алгоритм обстеження хворих на поверхневі васкуліти шкіри..... 36

Возіанова С. В., Горовенко Н. Г., Бойко В. В., Россоха З. І.

Прогнозування перебігу дисгідротичної екземи долоней та підошов з урахуванням генотипічних особливостей пацієнтів……..... 37

Коваль М. І. Особливості порушень емоційного інтелекту у хворих на шизофренію……..... 39

Кундіна В. В. Міокардіосцинтиграфія в оцінці життєздатності міокарда у хворих з ішемічною хворобою серця……..... 40

Лисянська О. Ю. Інтрадіалізна гіпоксемія у пацієнтів на хронічну хворобу нирок 5 д стадії……..... 41

Шуба В., Крекотень К. Поширеність тютюнопаління у міській популяції……..... 43

Загайко А. Л., Литкін Д. В., Брюханова Т. О., Шкапо А. І. Перспективи застосування екземестану як коректора дисбалансу статевих гормонів при метаболічному синдромі у чоловіків……..... 44

Періг Ю. С., Титова Т. А., Клименко Л. В., Олексійчук Н. В. Психологічне здоров'я підлітків……..... 45

Супрунович І. М. Диференційна діагностика та профілактика карієсу кореня у пацієнтів з захворюваннями тканин пародонта..... 46

Турянська Н. І. Клініка, діагностика та лікування клиновидних дефектів і ерозії емалі..... 47

Петренко А. В. Генні порушення, як безумовний фактор спадковості у хворих на акне..... 48

Бойко А. І. Кушніренко С. В., Кушніренко О. В. Сечокам'яна хвороба: міждисциплінарний підхід……..... 50

Пінчук О. В. Ризики виникнення кератиту при використанні м'яких контактних лінз……..... 52

Подольський І. М. Пошук сполук психо- та нейротропної дії в ряду амінометильованих похідних 2-метил-1н-хінолін-4-онів……..... 53

Романько М. Р., Маменко М. Є. Вплив забезпеченості вітаміном D дітей раннього віку на важкість перебігу гострого обструктивного

ларингіту……..... 55
Савицька Л. М. Зв'язок між станом функціонального ниркового резерву, рівнем сечової кислоти та якістю життя у пацієнів з ххн I-III стадії……..... 56
Санін В. В., Горак О. Б., Сковрон М. В., Новак Л. П., Тутченко Л. П., Новак Н. В. Аналіз факторів, що впливають на рівень дотримання призначеного лікування пацієнтами з глаукомою……..... 58
Сковрон М. В., Горак О. Б., Санін В. В., Новак Л. П., Тутченко Л. П., Новак Н. В. Сучасні погляди на зв’язок між рівнем вітаміну D та синдромом сухого ока……..... 59
Філоненко Г. В. Сучасні методи детекції карбапенемаз у грамнегативних мікроорганізмів……..... 60
Цивунін В. В., Штриголь С. Ю. Нейротрофінова та цитокінова ланки в механізмі протисудомної дії вальпроату натрію……..... 62
Шевчук М. В., Циганенко О. О., Крижевський В. В., Маньковський Б. М. Використання шкал PHQ-9 для виявлення депресивних станів у хворих на цукровий діабет 2 типу……..... 63
Яцула О. В., Палій Д. В., Назарчук О. А., Павлюк С. В., Дудар А. О. Дослідження властивостей лікарського антимікробного препарату Паммосепту®……..... 64
Бардис М.Ю. Аналіз ускладнень при проведенні біопсії в онкоотоларингологічній практиці……..... 66
Єфтемій Т. В. Порівняльна характеристика методів дослідження прохідності маткових труб у жінок репродуктивного віку……. 67
Тернавський О. П. Морфологічні зміни резекційного краю печінки коагульованого конвекційно-інфрачервоною термохірургічною технологією за різних температурних режимів……..... 69
Новошицький В. Є. Взаємозв’язок між віком та кількістю втрачених зубів у пацієнтів із генералізованим пародонтитом……..... 70

Байрамов Е. М., Лебідь І. Г., Кузьменко Ю. Л, Ємець І. М. Операції тотального кавопульмонального сполучення у дітей та дорослих з єдиним шлуночком серця високої групи ризику……..... 72

Бондарчук Я. В. Сучасні методики тимчасового закриття лапаростом……..... 73

Ганченко Я. А., Задоріжний Б. І. Онкологінчні аспекти вибору тактики хірургічного лікування при раку прямої кишки, ускладненого гострою кишковою непрохідністю……..... 74

Мовчан О. С., Герасимюк Б. С., Процик А. І., Білоножкін Г. Г. Визначення ефективності консервативного та оперативного методів лікування хворих із зап'ятковим бурситом……..... 75

Горбань Д. А., Бєлозерцев О. А. Порівняння ускладнень стандартних хірургічних доступів при ендопротезуванні кульшового суглоба……..... 77

Гудим М. С. Пухлини краніоорбітальної ділянки та орбіти…….. 78

Кароль І. В. Нові підходи в лікуванні післяін'єкційних абсцесів……..... 79

Ладика В. О. Хірургічна тактика лікування пацієнтів з відкритими переломами кісток гомілки III ступеня за Густильо-Андерсеном……..... 81

Махмудов Д. Е. Лапароскопічний оперативний доступ в хірургічному лікуванні раку прямої кишки……..... 82

Некрасова Ю. В. Етапний підхід до лікування некрозу підшлункової залози……..... 83

Оліфіренко О. І. Стимуляція остеогенезу при сповільненій консолідації переломів……..... 85

Шпак С. О., Танасічук В. С., Телуха К. І. Передопераційне планування та контроль якості ендопротезування колінного суглоба за даними МДКТ……..... 86

Циганенко О. О., Шевчук М. В., Іванченко Р. В., Риб'янець Ю. В., Карпенко Л. А., Маньковський Б. М., Крижевський В. В. Використання альтернативних методів лікування врослого нігтя у хворих на цукровий діабет 2 типу……..... 88

Сиренко В. А., Ковальцова М. В., Халимов Е. Г., Остапенко Д. Н., Нагорный И. А. Уровень интерлейкинов 4 и 12, структурные особенности эндокринной части поджелудочной железы у крыс и их потомства первого месяца жизни при гипокалорийной диете……..... 89

Хоменко Д. І., Лук'янова Н. Ю., Оношко М. М., Козачук Є. С. Результати дослідження морфологічних змін клітин карциноми герена в залежності від часу експозиції в розчині дистильованої H_2O……..... 91

Боброва А. О. Причини розвитку рецидиву варикозної хвороби в басейні малої підшкірної вени……..... 93

Гетманець А. С., Хижняк В. В. Судово-медична оцінка новітнього підліткового суїциду……..... 95

Глогуш І. І. Частота алергічного риніту у дітей перших 6 років життя за даними звернень у поліклініку та його коморбідність……..... 96

Гурін П. В. Роль розчинів гідроксиетилкрохмалів при операціях коронарного шунтування на працюючому серці……..... 98

Дедунов С. В. Первинна захворюваність працівників сучасної гірничодобувної галузі……..... 100

Завада О. О., Журавель І. О., Водолазська Н. О. Розробка методики кількісного визначення основної речовини в субстанції 3-(трифлюороацетил)імідазо[1,2-*a*]піримідину……..... 101

Кацай О. Г., Рубан О. А., Краснопольский Ю. М. Вплив складу ліпосом на ступень інкапсуляції та розмір часток при фармацевтичній

розробці ліпосомальної форми цитохрому С……..... 103
Керничний В. В. Доопераційна променева терапія раку прямої кишки в поєднанні з радіомодифікаторами……..... 104
Кочет К. О. Результати лікування хворих на ліпоїдний некробіоз……..... 106
Лисак А. В., Дядик О. О Особливості клітинної інфільтрації в прилеглій стромі плоско-клітинних орофарингеальних карцином в залежності від рівня їх диференціювання……..... 107
Іоффе І. В., Лісовий Р. В., Лєсний В. В. Операція гартмана в сучасному алгоритмі лікування колоректального раку…….. 109
Насоненко О. В. Особливості кардіоваскулярного ремоделювання у чоловіків із гіпертонічною хворобою……..... 110
Огнєва Л. Г., Куряча О. П., Лобкіна Е. Л. Впливові фактори ризику виникнення ускладнень у дітей з цукровим діабетом І типу……..... 112
Стебловська І. С. Кістозний макулярний набряк після різних видів хірургічного лікування вікової катаракти: 6 місяців спостереження……..... 113
Іоффе І. В., Троценко С. Н., Лєсний В. В. Ендоскопічні технології в сучасному алгоритмі лікування поліпів шлунка……..... 115
Фаустова М. О., Назарчук О. А. Чутливість до декасану®, горостену® мікроорганізмів периімплантатної ділянки в пацієнтів з інфекційно-запальними ускладненнями……..... 116
Риков С. О., Шаргородська І. В., Зябліцев С. В., Фролова С. С. Асоціація поліморфізму гена VEGFA (rs699947) з розвитком вікової макулярної дегенерації……..... 117
Циганко І. Р. Гігієнічний стан порожнини рота у дітей з недосконалим остеогенезом……..... 119
Черемісіна В. Ф. Стан метаболітів сполучної тканини при захворюваннях м’яких тканин пародонту……..... 120

Чистяков Д. А. Покращення ефективності лікування остеоартрозу застосуванням терапевтичного навчаяння……..... 121

Ян Сяо Особенности агрегации тромбоцитов при венозных тромбозах нижних конечностей после абдоминальных оперативных вмешательств……..... 122

Яцишин І. О. Клінічний випадок гострого коронарного синдрому у пацієнта молодого віку……..... 124

Кирилович М. С., Морачковська О. С, Ясинецька К. О., Пікас О. Б. Характеристика складу білків крові у хворих на туберкульоз легень при вживанні соєвих продуктів..... 126

Пономаренко М. С., Аугунас С. В. Особливості функціонування командної роботи фармацевтичних працівників в країнах європейського союзу……. 127

Садовнік Я. А., Ткаченко В. І. Цитокініндукований аутоімунний тиреоїдит у практиці сімейного лікаря…….. 129