НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю

«EUROPEAN BIOMEDICAL YOUNG SCIENTIST CONFERENCE NMAPE»

(до100-річчя заснування Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України)

19-21 квітня 2018 року

Київ 2018

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «European Biomedical Young Scientist Conference NMAPE»(до 100-річчя заснування Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України), (Київ, 19-21 квітня 2018 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.
Аугунас С. В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, 2018

Рада 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 ради молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика Новошицький В. Є.

**Організаційний комітет не несе відповідальності за зміст тез*

CATARACT SURGERY AND REFRACTIVE INDEX OF THE CORNEA

Tutchenko L.[1], Patel S.[2], Horak O.[3], Sanin V.[1], Kosuba S.[1]

[1]Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Department of Ophthalmology, Kyiv, Ukraine

[2]NHS National Services Scotland, Edinburgh, UK

[3]Kyiv City Clinical Ophthalmological Hospital «Eye Microsurgery Center»

Introduction. The values for the refractive index (RI) of the cornea in modern texts range from 1.338 to 1.377 and date from 1819 to 1957. These values were obtained from of ex vivo samples using invasive techniques. The advanced cataract surgery cries out for modern values for corneal RI obtained in vivo by non-invasive methods.

Aim of Study. To evaluate the RI of the central cornea before and after cataract surgery using a modification of optical pachymetry.

Materials and Methods. Corneal RI could be estimated using a calibration curve equating corneal optical section widths (OSW) ratios with known RI values. The OSW was measured for: [I] seven rigid contact lenses of various RI (1.415-1.453) for calibration; [II] patients (153 right eyes) by two operators; [III] OSW was measured by two observers (n=31) before and after cataract surgery.

Results. I) RI =1.3795 + 0.0268; (r=0.9472, n=7, p=0.0012,95% confidence limits were ±0.0096 for the mean, ± 0.0179 for the slope, δRI/δ[a2/a1] = 0.0268).

II) ΔRI between individual pairs of data obtained by the two observers was +0.0005 (sd=±0.0044, 95% confidence limit, -0.0002 to +0.0012). The limits of agreement between the two observers (ΔRI±1.96SD) was +0.0005±0.0085. The RMS difference between individual pairs of data obtained by two observers was 0.0032. There was a significant correlation between the difference of values obtained by the two observers and the mean of each pair of values (r= -0.1717, n=153, p=0.0034).

III) Mean (±sd) corneal RI values for observer 1 and 2 were respectively preop, 1.426±0.004 & 1.424±0.004 postop, 1.427±0.004 & 1.426±0.003 ($p>0.05$). Differences between these pre- and postop values were significant only according to observer 2 ($p=0.026$). A significant association was revealed between ΔRI and pre-op estimated RI (x).

Conclusions. The RI of the human cornea along the antero-posterior axis estimated non-invasively using a modified application of optical pachymetry yielded results higher compared with contemporaneous values. There is no real change in the average RI following surgery. However, for individual cases the change in RI depended on the RI prior to surgery.

NEUROENDOCRINE TUMORS OF PANCREAS: PLACE, JUSTIFICATION AND ELIGIBILITY FOR ORGAN-SPARING SURGERY

Yusifova S.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Introduction. Pancreatic neuroendocrine tumors (pNETs) comprise only 1-2% of all pancreas neoplastic lesions being predominantly difficult to recognize, especially in the absence of specific symptoms. Surgical radical removal remains the primary therapy for localized tumors and only option to cure the disease completely. However, the majority of patients already have metastatic disease at the time of examination. In these cases, chemotherapy and targeted therapy are applied, nevertheless, cytoreductive surgery is also applicable for advanced stages providing symptom control in functioning tumors and higher overall survival in both functioning and non-functioning pNETs. Palliative surgery is indicated only if more than 90% of the mass of malignancy can be removed, otherwise, surgery is not performed as there is no difference in survival rates between patients that receive sub-optimal debulking compared to patients that undergo no surgery at all.

When selecting between pancreatic enucleation and resection for pNETs, the following factors should be considered: tumor is functioning or not, presence of metastases or local invasion, tumor size less than 2 cm, malignant potential, number of tumors (in 70% of MEN1 syndrome cases the lesion is multiple), location (distance to Wirsung duct). To assess the eligibility of tumor to be enucleated, not only thorough preoperative workup (CT, MRI, SRS, PET, EUS), but also intraoperative ultrasound examination are essential. However, enucleation is associated with challenging evaluation of regional lymph nodes. Additionally, although the majority of studies report similar rates of pancreatic fistula development after enucleation compared to resections, a higher severity of the above complication following enucleation is evidenced. Therefore, pNET enucleation should be limited to highly selected patients with insulinomas with carefully proved benign potential.

VITAMIN D: IMPROVING OCULAR SURFACE HEALTH AFTER CATARACT SURGERY

Tutchenko L.[1], Skovron M.[1], S. Patel S. [2], Horak O.[3]

[1]Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Department of Ophthalmology, Kyiv, Ukraine

[2]NHS National Services Scotland, Edinburgh, UK

[3]Kyiv City Clinical Ophthalmological Hospital «Eye Microsurgery Center»

Introduction. Increase of life expectancy has led to rise in the geriatric population and demand for cataract surgery. Cataract surgery improves the lives of many but can predispose the patient to dry eye. Some clinics report, over 30% of patients complain of dry eye after cataract or corneal surgery.

Aim of Study. To determine the effects of orally ingested Vitamin D on tear volume, stability of the pre-corneal tear film, integrity of the ocular surface and ocular comfort after routine cataract surgery.

Materials and Methods. This was a single masked partially randomised interventional study involving 100 patients attending for routine cataract surgery. Patients were randomly allocated into one of two groups of 50. One group were given 600 IU of cholecalciferol (tablets «Д-кап», Omnifarma, Ukraine) for daily intake prior to and for upto 1 month following surgery. The other acted as the control. The tear meniscus height (TMH), Schirmer test, fluorescein break up test (fBUT) and Oxford scale for numerical clinical grading for ocular surface appearance and staining were made in each case. Ocular comfort estimated using a self-assessment ten point analogue scale. Patients were checked before and 1 month after surgery. The blood vitamin D levels were checked in the patients tretaed with vitamin D tablets.

Results. At the intermediate 1 month stage, the key significant results ($p<0.05$) compared with preop values were as follows. In the vitamin D group, TMH improved from 0.18mm (±0.09) to 0.29mm (±0.09), Schirmer test improved from 10.6mm (±7.3) to 12.6mm (±7.02), tear stability tended to improve from 6.3secs (±3.0) to 8.0 secs (5.2) and comfort improved from by one unit from 4.2 to 3.1. In the control group, TMH fell from 0.25mm (±0.14) to 0.12mm (±0.18), Schirmer test fell from 16.2mm (±7.5) to 11.7mm (±8.6), tear stability did not improve [preop 8.2secs (±4.6) postop 8.8 secs (±5.90)] and comfort fell from by one unit from 3.3 to 4.1.

Conclusions. Oral ingestion of vitamin D tends to improve tear stability and volume as measured using traditional techniques. Vitamin D appears to be useful in lowering the problems associated with dry eye.

MAIN PROVISIONS FOR THE DEVELOPMENT OF INTEGRATED FAMILY PHARMACY MODEL IN UKRAINE IN CONFORMITY WITH INTERNATIONAL STANDARDS OF GPP

Augunas S.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Providing the population with medicinal products is an integral part of the state policy of public health care in Ukraine. The analysis of the regulatory framework and research on pharmaceutical provision shows that there is no interaction between ambulatory and pharmacy facilities in Ukraine, which reduces the quality of informatization of doctors about the availability of necessary drugs to patients, as well as new revenues to pharmacies.

Aim of Study. Substantiation of expediency of development and introduction of family pharmacy in functioning pharmacy establishments and family pharmacies for effective management of patient pharmacotherapy, rational use of medicinal products, promotion of effective pharmaceutical assistance.

Materials and Methods. Analysis of regulatory framework, standards of Good Pharmacy Practice of Ukraine and Europe, data of literary review, data of pharmacies' activity monitoring.

Results. According to the results of scientific researches, we have substantiated proposals for the implementation of the Integrated Family Pharmacy Model in the context of the introduction of family medicine in order to organize quality and continuous pharmaceutical provision. Due to collaborative practices (improved results): 1) Patients, providers and payers receive appropriate incentives in collaboration to improve patient health outcomes. 2) For patients: product, service, experience or added value motivating the patient to take measures to improve their health condition. 3) For health services providers: adequate compensation for the provided products and services. 4) For taxpayers: minimizing overall health care costs by providing quality services required. Pharmacists, patients and others workers work in the team to improve the health of patients. Progress tracking and results reporting ensure that all team members involved in patient care are aware of the impact of collaborative efforts. The control of all health care expenditures and health improvements, altogether resulting in reducing the health care cost, is the winning stimulus for the health care system. The success

of the family pharmacy model lies in the implementation of key components: incentive alignment, improvement of results, cost control, support for the adoption of electronic medical records and the use of technology in providing patients with pharmaceutical services.

Conclusions. The Integrated Family Pharmacy Model is aimed at the organization of a stable activity of the pharmaceutical sector, which ensures the quality and efficiency of pharmacotherapy and preventive health care and ultimately contributes to health improvement, increase in the life duration and quality of the entire Ukrainian population.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF THE BREAST

Ivashchenko V., Dudash A.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Department of pathological anatomy,

Lviv Oncology Regional Treatment and Diagnostic Center

Department of pathological anatomy

Introduction. Ductal carcinoma in situ (DCIS) is non-invasive or intraductal carcinoma of the breast. DCIS is characterised by neoplastic proliferation and cytological atypia of epithelial cells. DCIS is intra-ductal carcinoma of the ductal and lobular system with tendency to progress to invasive breast cancer. Diagnostics of non-invasive carcinoma of the breast is one of the important and comprehensive branch in oncomammology.

Aim of the study. To define morphological features of non-invasive ductal breast carcinoma.

Material and methods. We have analysed the morphological features of non-invasive ductal breast carcinoma of 15women treated in Lviv Oncology Regional Treatment and Diagnostic Center. Tissue sections of 15 cases of non-

invasive ductal breast carcinoma were examined with hematoxylin-eosin staining and immunohistochemistry for estrogen receptors (ER), progesterone receptors (PgR), HER2neu and p53, type IV collagen using the immunoperoxidase technique.

Results. Intraductal breast carcinoma is microscopically characterised by cribriform and solid, more rarely – by papillary and comedo growth pattern. Epithelial papillae are composed of moderatepolymorphic, proliferative cells and looks like small papillomas, however, they don't havefibrovascular stroma. Epitheliocytes proliferation more oftenaimed atlumenof the duct. During intensive proliferation papillae connecting with each other – in those case cribriform glandular complexes are arising.Five DCIS cases (33,3%) were ER-negative and 10 (66,3%) were positive, PgR negativity (40%) and PgR positive 60% DCIS cases, HER2neu positivity (40%) and HER2neu negative 60%, and p53 positivity (50%). Main morphological sings of non-invasive breast carcinoma with HER2neu positivity status are high proliferation activity index of tumor cells (Ki-67 -85%) with loss of cellular junctions, presence of pathological mitoses and structural preservation of ductal myoepithelial cells. Precise, continuous and intensive colored basement membrane was ascertained in all cases of non-invasive cancer with different differentiation grade. In structure of the cellular infiltrate lymphocytes were prevalent.

Conclusions. DCIS is characterized by malignant cells with different cataplasia grade with intraductal epithelial proliferation and different immunophenotype without signs of invasion and basement membrane involvement, but potentially capable of invasion.

CORRECTION OF VALVE LESIONS IN SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY TUMOR HEART.

Vitovsky R.[1,2], Martyshchenko I.[1], Isaienko V.[1,2], Slobodyanik M.[2]

[1] N. M. Amosov National Institute of Cardio-Vascular Surgery of the National Academy of Medical Sciences (NAMS) of Ukraine,

[2] Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. The frequency of primary heart tumor (PTH) detection in cardiosurgical clinics ranges from 0,09% to 1,9% of the total number of hospitalized patients. The growth of intracardial tumors of the heart can be accompanied by the defeat of valvular structures of various types.

Aim of Study was to improve the methods of surgical treatment of primary heart tumors (PTH), which are accompanied by damage to the heart valves.

Material and methods. In the N.M. Amosov National Institute of Cardio-Vascular Surgery of the NAMS of Ukraine for the period from 1.01.1969 to 1.01.2018 916 consecutive interventions for primary heart tumors (PTH) were performed. Heart myxomas (HM) were found in 819 (89,4%), of which in 719 (87,8%) cases - HM of the left atrium (LA). The age of patients with HM was 3 to 78 years (on average 47,5 ± 3,4 years). The 600 of these (73,3%) aged 31 to 60 years. The number of female was 601 (73,4%).

Nonmixomatous benign heart tumors were observed in 35 (3,8%) cases, malignant tumors of the heart - in 62 (6,8%).

Surgical correction of valvular lesions at PTH was performed in 60 (6,6%) patients. In 39 (4,3%) cases, isolated mitral valve (MV) lesion was observed, in 18 (2%) - tricuspid valve (TV), in 2 (0,2%) cases - aortic valve (AV) lesion, In 1 case (0,1%) - a combination of mitral and aortic valve lesions. Among them, mechanical damage to valvular structures by the tumor was detected in 24 (2,6%) patients. Secondary valve insufficiency was registered due to a significant dilatation of the fibrous ring: tricuspid - in 17 (1,9%) and mitral - in 13 (1,4%) cases respectively. Involvement of the valvular apparatus in the tumor process was observed in 10 (1,1%) patients. Correction included: in 14 (1,5%) cases - valve replacement (9 - MV, 1 - TV, 1 - AV, 1 - AV + MV), in 46 (5,0%) – valve repair surgery with positive functional effect.

Results. In the surgical treatment of PTH hospital mortality was 5.7% (52 cases). However, over the past 16 years 460 operations have been performed

without lethal outcomes. Survival in the period up to 20 years was 79,7%. Recurrences of HM were found in 16 (2,0%) patients in the period from 2 to 12 years (an average of 3,5 ± 0,4 years) after the primary operation. In this case, repeated operations after correction of valvular lesions were not required.

Conclusion. Correction of valvular lesions in the treatment of primary heart tumors allows to achieve radicalism of the operation and good immediate and long-term results.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT BY CANCER OF THE LEFT HALF OF THE COLON WITH DISTRIBUTION ON THE PANCREAS

Kernychnyi V., Sukhodolya A.

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University,

Khmelnytskiy Regional Hospita

Introduction. High incidence of colorectal cancer and increasing of patient's proportion with locally-distributed forms that requering the execution of multivisceral resections, as a singular radical method of treatment for this category of patients.

Aim of Study. To improve the results of treatment for the patients with locally-advanced cancer of the left half of the colon, which extends to the pancreas.

Material and methods. From 2004 to 2015, the results that have been studied about surgical treatment of 24 patients with the locally-advanced colon cancer, that is spreading to the pancreas. Transverse colon n=3 (12.5%), splenic flexion of the colon n=18 (75%), descending colon n=3 (12.5%). The age of patients 65.2±11.2 years. Men are n=8 (33%), women are n=16 (67%). IIB stage n=8 (33%), IIIB stage n=4 (16.6%), IIIC stage n=3 (12.5%), IV stage n=9 (37.5%). Adenocarcinoma G2 - n=15 (62.5%), G3 - n=6 (25%), mucosal adenocarcinoma n=3 (12.5%). Metachronous cancer of the left kidney n=1 (4.1%). The colon cancer which has been grown into the organs apart from the pancreas:

paranefronefrom the left n=6 (25%), spleen n=5 (20.8%), duodenum n=3 (12.5%), stomach n=1 (4.1%), small intestine n=1 (4.1%), abdominal wall n=1 (4.1%).

Results. Symptomatic surgical intervention is performed in n=13 (54.1%). Duration of life after surgery was 5.5±3 months. Postoperative complications (Clavien-Dindo): non-available n=3 (23.0%); grade I - n=5 (38.4%); grade II - n=2 (15.3%); grade IVa - n=1 (7.6%); grade V - n=2 (15.3%). The reason for the early postoperative lethality of the grade V - n=1 (7.6%) was profuse gastrointestinal bleeding and n=1 (7.6%) of PE.

Radical surgical interventions was performed at n=11 (45.8%). Duration of life after surgery was 19.5±14 months. The type of surgical operations were performed on the pancreas: pancreatic tail resection n=9 (81.8%), distal hemipanectomy n=1 (9%), pancreatic-duodenal resection n=1 (9%). Postoperative complications (Clavien-Dindo): non-available n=3 (27.2%); grade I - n=3 (27.2%); IIIa grade - n=1 (9%); grade IVa - n=1 (9%); grade V - n=2 (18.1%). Relaparotomy was performed at n=3 (27.2%). There were reasons of relaparotomy: bleeding from the anterior pancreatoduodenal artery n=1; profuse patient with acute ulcer of duodenum n = 1; pancreatic necrosis n=1. The cause of death in n=2 (18.1%) were severe septic complications.

Conclusion. Radical surgical interventions considerably prolong patient's life expectancy in this category, but increase the risk of postoperative complications associated with surgical interventions.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВРОДЖЕНОГО ЗОБУ У НОВОНАРОДЖЕНОГО

CLINICAL CASE OF CONGENITAL GOITER

Аубекерова Ю. Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра неонатології,

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» м. Київ

Актуальність. Вроджений зоб — важке, рідкісне захворювання (частота вродженого гіпотиреозу 1:30000-50000) потенційно летальне або інвалідизуюче, не часто діагностується антенатально, має різні підходи до лікування.

Мета. Описати клінічний випадок постнатальної діагностики та лікування вродженого зобу новонародженого в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН).

Матеріали та методи. Спостереження, клінічно-лабораторне обстеження та лікування новонародженого із вродженим зобом.

Результати. Дитина, хлопчик, від IV вагітності, під час якої вагітна вживала нелегальні препарати, що містять йод, II передчасних пологів на 35 тижні гестації шляхом операції кесарський розтин. Маса при народженні 2450 г, зріст 50 см, за Апгар 6-7 балів. Стан при народженні тяжкий, обумовлений дихальними розладами, великим пухлиноподібним утворенням шиї. На 4 день життя поступив у ВІТН НДСЛ ОХМАТДИТ. Проведено обстеження: при ультразвуковому дослідженні (УЗД) щитоподібна залоза гігантських розмірів; рівень тиреотропного гормону (ТТГ) 299,6 мкМОд/мл (норма 0,72-11,0), вільний тироксин (Т4) 0,246 нг/дл (норма 0,39-2,2). Діагноз: вроджений зоб, гіпотиреоз; важкі дихальні розлади. Лікування: штучна вентиляція легень, левотироксин 10 мг/кг/добу, з подальшим зменшенням дози. Через 2 тижні розміри щитоподібної залози нормалізувались, рівнь ТТГ 1.87 мкМОд/мл, Т4 2,42 нг/дл. Зоб ускладнився трахеомаляцією, у зв'язку з чим проведена операція трахеостомії. Дитина переведена у відділення виходжування новонароджених на 15 день життя для подальшого виходжування.

Висновки. При УЗД плода звертати увагу на ділянку шиї та щитоподібної залози. Вагітним групи ризику, які отримували антитиреоїдні препарати або вживали йодиди, проводити скринінг функції щитоподібної залози. У новонароджених з пухлинами в ділянці шиї проводити УЗД щитоподібної залози, крім скринінгу ТТГ проводити визначення рівня ТТГ і

Т4 сироваткикрові. Вроджений зоб з гіпотиреозом слід лікувати максимальними терапевтичними дозамилевотироксину натрію з подальшою титрацією дози. Зоб, що порушує дихання і ковтання, потребує хірургічного лікування - пересічення перешийку щитоподібної залози або трахеостомію.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

FEATURES FOLLOWING PARODONTA DISEASES IN THE PATIENTS WITH HUMAN HEALTH WAITES

Слободяник М. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Багато досліджень останніх років присвячуються вивченню взаємозв'язку серцево – судинної патології та захворювань тканин пародонта. Актуальність напрямку зумовлена тим, що в XXI столітті поширеність ішемічної хвороби серця, атеросклеротичних захворювань судин, захворювань клапанів серця а також тканин пародонта досягне рівня епідемії. Є численні дані, що свідчать про те, що поширення ендодонтичної і пародонтологічної інфекції, а також подальший вплив на ступінь вираженості бактеріємії, безпосередньо асоційований з проведенням деяких традиційних стоматологічних процедур, таких як видалення зуба, ендодонтичне лікування, пародонтальна хірургія та видалення зубних відкладень. Поширення пародонтопатогенної мікрофлори може відбуватися з током крові повсюдно як наслідок порушення цілісності та підвищення проникності епітелію, так і внаслідок проведення різних стоматологічних процедур, проходячи шлях від місця колонізації в ротовій порожнині і досягаючи серця, периферичної кровоносної мережі та інших органів.

Методи проведення: клініко-статистичний аналіз історій хвороб у пацієнтів з набутими вадами серця: анкета – опитувальник, загальний стан

хворого; клінічні – стоматологічне та пародонтологічне дослідження з визначенням параклінічних індексів; рентгенологічні – ортопантомографія, рентгенморфометричні дослідження; лабораторні – визначення протромбінового індексу (ПТІ), міжнародного нормалізованого відношення (МНО), С – реактивного білка, холестерину; мікробіологічні дослідження – бактеріологічне дослідження в анаеробних і аеробних умовах, визначення чутливості виділених культур до антибактеріальних препаратів.

Висновок. У пацієнтів з клапанною патологією серця захворювання тканин пародонту мають переважно хронічний перебіг з рідкісними періодами загострення. Відсутність вираженого запалення пов'язане із застосуванням лікарських препаратів на тлі супутньої патології. Аналіз результатів дослідження свідчить про необхідність проведення комплексної профілактики розвитку і прогресування захворювань, спрямованої на основні ланки патогенезу.

КАРІЄС КОРЕНЯ ТА НЕКАРІОЗНІ УРАЖЕННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА

ROOT CARIES AND NON-CARIOUS CERVICAL LESIONS IN PATIENTS WITH PERIODONTAL TISSUE DISEASES

Супрунович І. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра стоматології

Актуальність, формулювання проблеми. Некаріозні ураження та карієс кореня досить поширені проблеми, що виникають у пацієнтів з генералізованим пародонтитом після проведення консервативної фази лікування даного захворювання. Пародонтологічне лікування має на меті усунення патогенного впливу мікробного фактору і ліквідацію запальних процесів в тканинах пародонта, після проведення якого ймовірність

виникнення рецесії ясен з оголенням коренів зубів досить висока, внаслідок чого збільшується ризик появи карієсу кореня та некаріозних уражень, які ставлять під загрозу тривалість функціонування зубів 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. Дослідження останніх років показали, що задля профілактики некаріозних уражень твердих тканин зубів та карієсу кореня, пацієнтам, яким проводилась консервативна фаза первинного пародонтологічного лікування, слід місцево проводити профілактичні заходи, підібрати засоби догляду за порожниною рота, відкоригувати індивідуальну гігієну порожнини рота та проводити регулярні огляди у лікаря-стоматолога.

Висновок. Пацієнтам, яким було проведено консервативну фазу лікування генералізованого пародонтиту, повинна проводитись профілактика карієсу кореня та некаріозних уражень твердих тканин зубів, яка є невід'ємним компонентом підтримуючого пародонтологічного лікування. Не дивлячись на різноманітність літератури по темі карієсу кореня та некаріозних уражень, відсутній протокол підтримуючого пародонтологічного лікування, діагностичні критерії, поширеність серед населення та фактори ризику, що потребує подальших клінічних досліджень.

ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКА З ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ КАРЦИНОМАТОЗОМ: ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ

TREATMENT PROGRAM FOR OVARIAN CANCER PATIENTS WITH PERITONEAL CARCINOMATOSIS: PRELIMINARY RESULTS

Копецький В. І., Безносенко А. П., Васильєв О. В.,
Чевердюк Д. О., Ціп Н. П.
Національний інститут раку,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра онкології

Актуальність. Рак яєчника (РЯ) є однією з найскладніших проблем онкогінекології. За експертною оцінкою Міжнародного агентства з вивчення раку, РЯ посідає сьоме місце в структурі захворюваності і четверте серед причин смертності у жінок, а в структурі пухлин жіночої репродуктивної сфери – відповідно четверте та перше місця.

Щорічно в світі реєструється близько 240 тис. нових випадків РЯ і 140 тис. жінок помирає. За уточненими даними Національного канцер-реєстру, захворюваність на РЯ в Україні у 2012 р. склала – 16,0, з тенденцією до підвищення в 2015р. – 17,9 на 100 тис. жіночого населення. Подібна тенденція відзначена і в показниках летальності: 2012 р. – 8,5 і у 2015 р. – 9,6 на 100 тис. жіночого населення (Бюл. Національного канцер-реєстру, 2017). У 59,6% жінок України хвороба діагностується на III-IV стадії. До 1 року після встановлення діагнозу помирає 26,3% вперше виявлених хворих (Бюл. Національного канцер-реєстру, 2017).

Висока смертність пояснується агресивними біологічними властивостями РЯ та здатністю до швидкого метастазування. Вторинне злоякісне ураження очеревини, так званий перитонеальний карциноматоз, один з характерних шляхів метастазування РЯ, що ускладнює можливість виконання оптимальних циторедуктивних хірургічних втручань, і, відповідно, погіршує прогноз.

З **метою** покращення результатів лікування хворих з перитонеальним карциноматозом у вересні 2017 року у Національному інституті раку відкрита програма лікування хворих з перитонеальним карциноматозом.

Матеріали та методи. Проліковані 12 пацієнток віком від 31 до 80 років із морфологічно підтвердженим діагнозом раку яєчника III-IV стадії, індекс карциноматозу PCI – 17 (3 – 30).

Критерії включення в програму в 2017-2018 роках:

- Вік 18-70 років;
- перитонеальний карциноматоз при первинному РЯ та у хворих з платино чутливими рецидивами;
- Стан пацієнтки за шкалою ECOG - 0-2.

Критерії виключення з програми в 2017-2018 роках:

- Первинний платино-рефрактерний та платинорезистентний рак яєчника;
- Наявність уретерогідронефрозу (за даними КТ), клінічні та інструментальні ознаки кишкової непрохідності;
- Асцит у всіх зонах черевної порожнини;
- Вік до 18 і старше 70 років,
- Стан пацієнтки за шкалою ECOG 3-4,
- ІМТ більший 30.

Програма лікування передбачала повну циторедукцію згідно стандартів хірургічного лікування раку яєчника з внутрішньочеревною гіпертермічною хіміотерапією (HIPEC) з використанням цисплатину в дозі 100мг/м2, що розчинявся у 5,0л 1,5% перитонеального діалізного розчину декстрози. HIPEC проводилася на апараті PerformerHT (RanD, Italy) при температурі 41-42 C^o.

Результати. Середня тривалість операції – 6.3 годин, середня крововтрата – 352 мл, ускладнення Clavien-Dindo ≥ IIIa степеню – 2(16 %), летальність (30-ти денна) – 8% (1 хвора). Продовження ад'ювантної терапії в стандартні терміни.

Висновки. Хворих на рак яєчника з перитонеальним карциноматозом слід концентрувати в спеціалізованих центрах, що взаємодіють з експертними центрами.

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

INNOVATIVE APPROACHES OF SURGICAL TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Голяновський О. В., Будченко М. А.

Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра акушерства та гінекології №1

Актуальність. В структурі гінекологічної захворюваності лейоміома матки посідає друге місце після запальних процесів і її частота становить від 20 до 50%, серед жінок репродуктивного віку – 13-27 %. Частота первинного безпліддя у хворих на лейоміому матки становить 18–24 %, вторинного – 25-56 %, 15-22 % жінок на тлі лейоміоми страждають від звичного невиношування, тобто в 2–3 рази частіше ніж у жінок без лейоміоми [Bendifallah S., Brun J.L., Fernandez H.J., 2011].

Мета роботи. Підвищити ефективність лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку з використанням сучасних медикаментозних та інструментальних засобів з приорітетом виконання органозберігаючих методів хірургічного лікування.

Матеріали та методи. В ході дослідження було проліковано 67 жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л. Шупика. З них 31 жінці (контрольна група) виконували консервативну міомектомію за традиційною методикою та 36 жінкам (основна група) проводили консервативну міомектомію за нашою комплексною методикою. Групи жінок, які увійшли до дослідження були репрезентативними за віком, паритетом і соматичною захворюваністю.

Результати та їх обговорення. Середня інтраопераційна крововтрата в основній групі склала 125,0 ± 10,0 мл, а в контрольній – 197,0 ± 12,0 мл ($p<0,05$). Медикаментозне знеболювання в післяопераційному періоді пацієнтки основної групи потребували лише в першу добу післяопераційного періоду, а у контрольній – 2-3 доби (результати оцінки больових відчуттів за аналоговою шкалою болю). Термін перебування пацієнток у стаціонарі після хірургічного лікування лейоміоми в основній групі склав – 3 доби, в контрольній – 4-5 діб.

Висновки. Результати дослідження переконливо свідчать про значну ефективність комлексного методу виконання консервативної міомектомії.Впровадження в практичну діяльність комплексу організаційних заходів, сучасної медикаментозної профілактики та органозберігаючих методів хірургічного лікування дозволить знизити кількість гістеректомій у жінок репродуктивного віку, що приведе до покращення якості життя жіночого населення.

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПИТАННЯ, ЩОДО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ УШКОДЖЕНЬ, СПРИЧИНЕНИХ ЕЛЕКТРОШОКОВИМИ ПРИСТРОЯМИ, ЗА АРХІВНИМИ МАТЕРІАЛАМИ ДУ «ГОЛОВНЕ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ МОЗ УКРАЇНИ»

ANALYSIS OF THE MODERN STATE OF THE PROBLEM RELATED TO THE FORENSIC ASSESSMENT OF INJURIES CAUSED BY ELECTRO-SHOCK DEVICES, ACCORDING TO ARCHIVAL MATERIALS SI "THE MAIN BUREAU OF LEGAL MEDICINE OF MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE"

Варфоломеєв Є. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра судової медицини

Актуальність. Актуальною є судово-медична оцінка пошкоджень заподіяних електрошоковими пристроями, систематизована інформація щодо судово-медичної оцінки яких практично відсутня.

Матеріал. Судово-медичні експертизи, виконані в бюро судово-медичної експертизи, стосовно оцінки ушкоджень, спричинених електрошоковими пристроями.

Результати. Встановлено, що ушкодження від дії електрошокових пристроїв характеризувались значним поліморфізмом та варіабельністю, часто без відображення будь-яких специфічних ознак дії електричного струму. У двох випадках, що стосувались нанесення потерпілим ушкоджень електрошокером, у одного з обстежуваних було встановлено наявність численних дрібних хаотично розташованих саден, які не мали будь-яких ознак електричної дії та наявність численних ділянок депігментацій шкіри у другого обстежуваного. Огляд потерпілих проводився в першому випадку на другий день після спричинення йому тілесних ушкоджень, а огляд другого – на четверту добу після отримання ушкоджень. Отже в цих випадках не було будь-яких специфічних ознак, які б дозволили підтвердити утворення ушкоджень внаслідок дії електрошокового пристрою саме на основі оцінки ушкоджень тіла. В цих же випадках, при проведенні експертизи одягу встановлено наявність численних однотипних округлих дрібних пошкоджень на куртці та сорочці, які розташовувались як ізольовано, так і у вигляді груп. При вивченні цих пошкоджень виявлено оплавлення країв, скрученість волокон одягу, ознаки булавовидних потовщень на кінцях волокон. Виявлення цих ознак дозволило встановити ознаки дії на одяг не тільки механічної, а й електричної сили, що при співставленні пошкоджень на одязі та на тілі дало підстави стверджувати про можливість спричинення їх електрошоковим пристроєм.

В іншому випадку встановлена наявність двох крапкових ділянок підвищення та почервоніння шкіри. При цьому, зазначені ушкодження розташовувались ексцентрично на фоні багрово-синюшного синця з

ділянкою просвітлення по периметру крапкових опіків. Розташування опіків відповідали конструктивним особливостям електрошокеру. Утворення синця виникло безпосередньо після дії електрошокового пристрою, що може бути обумовлено механічним впливом електричного струму чи різким скороченням м'язів даної ділянки. Також було виявлено два випадки, коли після дії електрошокового пристрою на тіло ушкоджень на поверхні шкіри потерпілих не було виявлено взагалі, що не дозволило експерту підтвердити дію електрошокеру.

Висновки. Ушкодження, спричинені електрошоковими пристроями були різноманітними, а інколи зовнішні ознаки дії електрошокерів були відсутні. Разом з тим, поява нових електрошокових пристроїв з різними конструктивними особливостями та параметрами генерованого електричного струму вимагає від сучасної судової медицини розробки критеріїв оцінки спричинених ними ушкоджень тіла та пошкоджень одягу, з визначенням оптимального обсягу досліджень та розробкою і впровадженням нових методів, які б дозволяли не тільки підтвердити травмуючу дію на організм електрошокового пристрою, а й ідентифікувати конкретну його модель, умови дії тощо.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК, СТАН КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

PHYSICAL DEVELOPMENT, SKELETAL SYSTEM CONDITION IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

Голубовська Ю. Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) належить до важкої соматичної патології дитячого віку. У 30–50% хворих після 3–5 років

хвороби розвивається інвалідність. Фізичний розвиток та стан кістково-м'язової системи цих пацієнтів є складовими факторами, що визначають прогноз розвитку інвалідізації з втратою працездатності в дорослому віці, можливість їх соціальної адаптації.

Мета дослідження: оцінити показники фізичного розвитку, стану кісткової системи хворих на ЮРА.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих (36 дівчаток і 24 хлопчики) віком від 3 до 17 років з діагнозом ЮРА. Всі діти розподілені на 3 групи, залежно від форми хвороби: I – хворі з суглобовою формою, олігоартритом (n=11), середній вік 9,5±0,9 років, середня тривалість хвороби 4,1±0,6 років; II – суглобовою формою, поліартритом (n=33) середній вік 11,2±0,6 років, середня тривалість хвороби 4,7±0,6 років; III – системною формою (n=16) середній вік 12,3±1,0 років, середня тривалість хвороби 7,1±1,2 років Усім дітям проведено антропометрію, 50 (починаючи з 8 років) – динамометрію ручним динамометром, 25 визначено кістковий вік, 10 проведено двохенергетичну рентгенівську абсорбціометрію для визначення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). Отримані показники оцінено по стандартним сигнальним таблицям (SD) згідно статі, віку.

Результати. В ході дослідження виявлено, що 3 дітей (9%) з II групи та 6 (37,5%) з III мають затримку зросту нижче -1SD й більше, в жодної дитини I групи відхилень не виявлено. У 5 дітей (31%) III групи, 4 з яких приймали глюкокортикоїди (ГК) у високих дозах, виявлено ожиріння. Переважна більшість дітей, що мали в анамнезі артрити робочої кінцівки, навіть без контрактур, демонструють зниження показників динамометрії нижче -1SD. У 4 хворих з субнанізмом, що почали прийом ГК до 5 років, відмічено випередження кісткового віку, порівняно з паспортним. За результатами денситометрії у 6 дітей (60%) виявлена низька МЩКТ для даного хронологічного віку.

Висновок. У дітей хворих на ЮРА спостерігається порушення фізичного розвитку та стану кісткової системи.

ПРОФІЛАКТИКА ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ У ЖІНОК В ПІЗНЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

PREVENTION GENITAL PROLAPSE IN WOMEN IN THE LATE POSTPARTUM PERIOD

Жук С. І., Будченко Є. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра акушерства, гінекології та медицини плода

Актуальність. Генітальний пролапс – гінекологічна проблема, що часто зустрічається, яка хоча і не загрожує життю жінки, може істотно погіршити його якість, так як викликає порушення функції тазових органів і негативно впливає на сексуальне життя [Мірович Є.Д.,ThakarR., StantonS.]. Зі збільшенням тривалості життя частота пролапсу статевих органів у жінок зростає. Згідно даних літератури, опущення і випадіння стінок піхви і матки зустрічається у 5-30% жінок, а 50% жінок мають різну ступінь генітального пролапсу після пологів, причому у 10-20% відзначаються ті чи інші його симптоми [PuchkovK., FilimonovV.]. В структурі гінекологічних захворювань опущення і випадіння складають 1,7 - 28%. Симптоматичний пролапс зустрічається приблизно у 2% жінок після пологів [ThakarR.].

Мета роботи. Підвищити ефективність профілактики та лікування геніального пролапсу у жінок в пізньому післяпологовому періоді з використанням вагінальних конусів Corelax.

Матеріали та методи. У дослідженні проведеному на клінічних базах кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО імені П.Л. Шупика прийняло участь 49 жінок в пізньому післяпологовому періоді. Основна група 24 жінки, які використовували вагінальні конуси для відновлення м’язів промежини та тазового дна. Контрольна група 25 жінок після пологів, які не використовували засобів для відновлення тонусу м’язів

промежини та тазового дна. Групи жінок, які увійшли до дослідження були репрезентативними за віком, паритетом і соматичною захворюваністю.

Результати та їх обговорення. В основній групі дослідження геніальний пролапс через 3 місяці після початку тренувань не мав місце ні в однієї жінки. У контрольній групі – у 9 жінок був виявлений геніальний пролапс, а у 1-ї жінки – опущення статевих органів першого ступеню.

Висновки. Результати дослідження дозволяють говорити про високу ефективністьпрофілактики та лікування геніального пролапсу у жінок в пізньому післяпологовому періоді з використанням вагінальних конусів Corelax.Продовження нашого дослідження дозволить знизити кількість реконструктивно-пластичних операцій на жіночих статевих органах, що приведе до покращення якості життя жіночого населення.

ПОДАГРА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

GOUT IN PRACTICE OF PRIMARY CARE DOCTORS

Гриб Н. В., Періг Ю. С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра сімейної медицина та амбулаторно-поліклінічної допомоги

Актуальність. З кожним роком кількість діагностованих випадків захворювання зростає. Частіше хворіють особи чоловічої статі після 45-ти років. Клініка подагри розвивається тільки у 50% людей з гіперурикемією. Важливим є вплив на перебіг подагри таких коморбідних станів, як ожиріння, артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія, гіперглікемія, які об’єднані в метаболічний синдром (МС).

Мета: розширити інформацію серед сімейних лікарів (СЛ) стосовно ведення та профілактики подагри шляхом демонстрації клінічного випадку з нашої практики.

Обговорення: За медичною допомогою звернувся чоловік, 1955 р.н. з скаргами на постійний біль в плеснефаланговому суглобі першого пальця стопи (І ПлФС) гомілково-стопних, колінних, ліктьових, суглобах кистей рук та фаланг пальців, їх почервоніння, який зазвичай посилюється вночі, та супроводжуються субфебрильною температурою тіла та зниженням працездатності.

Згідно з даними анамнезу захворювання: хворіє з 1994 році відколи на фоні значного фізичного навантаження вперше відчув нестерпний біль І ПлФС. Після відповідного дообстеження встановлено діагноз подагра та призначено базове лікування (корекція дієти та способу життя, НПЗП та аллопуринол. Протягом останніх років на фоні непостійного прийому лікування, частих порушень режиму та дієти і обтяженого професійного анамнезу (шофер) кількість та тривалість загострень зростали. Останні декілька місяців приймає аллопуринол у дозі 50 мг 2 рази на добу, проте скарги зберігаються.

Згідно з даними об'єктивного обстеження: індекс маси тіла - 37. На дистальних фалангах І та ІІІ пальців, дистальних та середніх фалангах вказівних пальців обох кистей рук та ліктьових суглобах- множинні тофуси, шкіра над ними гіперемована, різко болюча при легкому дотику.

Даними лабораторних досліджень: Le-10x10^9, ШОЕ-26 мм/год, глюкоза-6,8 ммоль/л, СРБ-52 мг/л, сечова кислота-410 мкмоль/л. В сечі виявлено: Le-10-20 в п.з, урати в великій кількості. Добова екскреція сечової к-ти з сечею- 1200 мг/добу

Згідно з діагностичними критеріями подагри ACR/EULAR 2015 пацієнт отримав 18 балів (при мінімально необхідній к-ті балів для встановлення діагнозу подагра – 8). Та критеріями S.L. Wallace (ВООЗ)- 8 балів (при мінімальній необхідній- 6).

Пацієнту встановлено діагноз:хронічний подагричний поліартрит, стадія загострення з переважним ураженням суглобів кистей, ліктьових

суглобів, з наявністю периферичних тофусів пальців обох рук, ліктьових суглобів, II рентгенологічна стадія, ФН II ст.

Результати та висновки: Враховуючи те, що головним напрямком роботи СЛ є профілактика, а подагра – це досить розповсюджена патологія, її прогноз більшості випадків сприятливий, особливо при вчасному встановленні діагнозу і раціональній терапії.

СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ КИЇВСЬКОГО РЕГІОНУ: ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ

MODERN EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE MOST COMMON ALLERGY DISEASES IN CHILDREN OF KYIV REGION: FIRST RESULTS

Дуда Л. В., Охотнікова О. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Згідно інформації ВООЗ алергічні захворювання (АЗ) займають одне з найперших місць серед захворювань населення у світі. У структурі АЗ в Європі серед дитячого населення 30 % посідає алергічний риніт (АР), 20 % – бронхіальна астма (БА) та 15 % – атопічний дерматит (АД) (AsherM. I., ISAAC). А частота ураження харчовою алергією (ХА) від 5% до 8% серед дітей, за даними різних світових джерел. Світові тенденції вимагають вивчення сучасної поширеності АЗ в Україні, Київському регіоні зокрема, як найбільш населеному, та дослідження еволюційних характеристик.

Мета. Визначення поширеності і особливостей сучасного перебігу найбільш розповсюджених АЗ у дітей міста Києва і Київської області.

Матеріали та методи. Для вивчення використано анкети міжнародної програми ISAAC(InternationalStudyofAsthmaandAllergiesinChildhood) з

розширенням вікових категорій та нозологій. Проанкетовано 1011 дітей та їх батьків вікових груп: I група 305 дітей (1 міс-4 роки), II група 254 дитини (6-7 років), III група 254 дитини (13-14 років), IV група 198 дітей (15-17 років). Хлопчиків – 49,7% (502/1011), дівчаток – 50,3% (509/1011).

Результати. За результатами опитування, на епізоди візингу будь-коли за життя та за останні 12 місяців скаржились у I групі - 31,8% (97/305) та 22,9% (70/305) відповідно; у II групі – 29,9% (76/254) та 16,1% (41/254); у III групі – 29,9% (76/254) та 11,8% (30/254), у IV групі – 17,1% (34/198) та 4,05 % (8/198). За анкетними даними в I групі у жодної дитини не було діагнозу БА, у II – 0,4% (1/254), у III – 3,9% (10/254), IV – 1,5% (3/198). Поширеність симптомів АР у I групі – 20,0% (61/305), у II – 22% (56/254), у III – 30,3% (77/254), у IV – 32,8% (65/198). Відповідно рівень діагностики АР у I групі – 12,4% (38/305), у II – 18,9% (48/254), у III – 16,1% (41/254), у IV – 20,7% (41/198). Поширеність симптомів АД у I групі – 11,1% (34/305), у II – 11,0% (28/254), у III – 7,1% (18/254), у IV – 8,6% (17/198). Поширеність симптомів ХА у I групі – 33,1% (101/305), у II – 28,0% (71/254), у III – 29,2% (74/254), у IV – 17,7% (35/198). Найчастішими проявами ХА є шкірні та гастроінтестинальні: I група – 27,2%(83/305) та 15,7% (48/305) відповідно; II – 23,2% (59/254) та 15,4% (39/254), у III – 20,1% (51/254) та 13,4% (39/254), у IV – 13,6% (27/198) та 8,1% (16/198). Респіраторні прояви ХА відмічаються у дітей старшого віку: II група – 0,4% (1/254), III – 2,0% (5/254), IV – 1,5% (3/198). Прояви ХА у вигляді гострої кропив'янки і ангіонабряку у I групі – 4,3% (13/305), у II – 3,2% (8/254), у III – 2,0% (5/254), у IV – 3,0% (6/198).

Висновки. 1.Попередні дані проведеного дослідження відображають чіткі зміни еволюційних характеристик БА, АР, АД, ХА.

2. Отримані результати показують високу поширеність симптомів БА і досить низьку її діагностику, особливо у дітей до 4 років.

3. З віком відмічається зростання поширеності симптомів АР та зменшення

частоти симптомів АД.

4. Гіподіагностика АЗ, зокрема БА, залишається значною проблемою.

5. Відмічається помолодшання проявів ХА у вигляді гострої кропив'янки і ангіонабряку. Відсоток даних проявів у дітей до 4 років суттєво перевищує інші вікові категорії.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ «ВІДКРИТОГО ЖИВОТА»

MODERN TECHNOLOGIES OF USING THE "OPEN ABDOMEN" METHODICS

Красильніков Б. Р.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра хірургії та судинної хірургії,

Київська міська клінічна лікарня №8

Актуальність. Не зважаючи на багаторазові дослідження і великий досвід в лікуванні, розлитий перитоніт залишається одним з актуальних питань абдомінальної хірургії. Летальність від розлитого 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).

Мета роботи: ознайомитися з сучасними методиками тимчасового закриття лапаростом у хворих з дифузним перитонітом.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз 180 історій хвороб пацієнтів з дифузним перитонітом, яким були зроблені 274 релапаротомії за період 2014-2018 років у Київській міській клінічній лікарні №8.

Результати та висновки:

1. Основним методом сучасного ведення «відкритого живота» являються апаратні методики тимчасового закриття лапаростоми

2. На сьогоднішній день в клініці за активно застосовуються технологія ВАК-терапії, що дозволило зменшити кількість програмованих релапаротомій та перевести метод «відкритого живота» у закриту методику; релапаротомію виконують в умовах затихання перитоніту (на етапі його закриття) із використанням алопластичних імплантів з покриттям для ліквідації виникнення латералізації прямих м'язів живота.

ПОЛОГОРОЗРІШЕННЯ PERVIASNATURALES, ЯК ОДИН З ВАГОМИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

VAGINAL BIRTHS, AS ONE OF THE MOST COMMON RISK FACTORS OF GENITAL PROLASE DEVELOPMENT

Чайка К. В.[1,2], Лавренюк Ю. В. [1]

[1]Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології,
[2]Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

Актуальність. Проблема генітального пралапсу (ГП) знаходиться в центрі уваги як акушер - гінекологів, так і лікарів суміжних спеціальностей. Частка жінок фертильного віку складає не менше 1/3 від загальної кількості пацієнток з ГП, що надає проблемі не тільки актуальності для гінекологічної спільноти, а й робить її соціально значимою.

Мета роботи: оцінка пологів perviasnaturales, як одного із можливих факторів ризику у виникненні геніального пролапсу.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз 150 медичних карт стаціонарних хворих з діагнозом: «Повне і неповне випадіння матки та стінок піхви», які знаходились на лікуванні в гінекологічному відділення КМЦРПМ в 2016-2017 рр. Віковий діапазон від 35 до 85 років.

Статистичну обробку результатів дослідження виконували за допомогою програми Statistica 10 з визначенням основних статистичних показників.

Результати: Отриманні дані дозволяють говорити, що пологи per vias naturales, є вагомим фактором, який призводить до травм тазового дна. У 135 (90%) з усіх пацієнток мали місце пологи per vias naturales, з них у 40 (30%) пологи ускладнилися розривом промежини II ступеня, у 5 (4%) розриви були III ступеня, у 1 (1%) - розрив IV ступеня. Так, 105 (78%) пацієнток в анамнезі мали двоє і більше пологів. У 40 (30%) випадках пологи закінчилися народженням плода вагою більш 4000,0 г, і у 22 (55%) з них реєструвався пролапс геніталій III і IV ступеня. Пацієнтки, в анамнезі яких було більше двох пологів perviasnaturales, можна трактувати наступним чином, що чим вищий паритет, тим більше зростає ризик виникнення ГП в майбутньому, навіть при відсутність травм промежини. Також слід відмітити, що кесарський розтин, при розкритті маткового зіву 4 см і більше, не виключає можливість розвитку пролапсу.

Висновки: 1. Акушерська травма промежини виступає одним із провідних пускових факторів в розвитку генітальних пролапсів.

2. Враховуючи єдність процесу зміни структури і функції, та етапність розвитку пролапсу, зміни акушерської промежини під час пологів perviasnaturales відображають і зміну функції тазового дна в цілому.

3. Генітальний пролапс в майбутньому набуває незміного прогресу в своєму розвитку і вимагає вчасної можливої профілактики, а при виявленні на початкових стадіях – використання консервативних методів лікування.

МЕТОД КОРЕКЦІЇ ГІПОКСЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ГЕМОДІАЛІЗІ

METHOD OF CORRECTION OF HYPOXEMIA IN PATIENTS WITH HEMODIALYSIS

Лисянська О. Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Причинами гіпоксемії являються патологічні зміни з боку серцево-судинної, легеневої, нервової системи та запально-інфекційні процеси. Більшість цих захворювань широко поширені у гемодіалізних хворих. Вважається, що у пацієнтів на програмному гемодіалізі з хронічною серцевою недостатністю та апное уві сні збільшується час зниження сатурації крові менше 90%, що вважається предиктором гемодинамічного стресу, наслідком якого може бути розвиток кардіореспіраторних ускладнень.

Мета. Метою роботи провести корекцію гіпоксемічних станів у пацієнтів на хронічну хворобу нирок 5 стадії на програмному гемодіалізі використовуючи кисневу терапію.

Матеріали та методи. В умовах центру нефрології та діалізу КЗ КОР «КОКЛ» проводиться під час проведення сеансу гемодіалізу скринінг пацієнтів з хронічною хворобою нирок V Д стадії зі зниженням відсоткового змісту оксигемоглобіну в периферійній артеріальній крові (SpO_2) 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.

В дослідженні приймало участь 72 пацієнта в вікових групах від 27 до 68 років (49±4,5). Серед цих пацієнтів було 37 жінок (51,3%), 35 чоловіків (48,7%). Впродовж всього сеансу гемодіалізу вимірювалась відсоткове насичення кисню в артеріальній крові (SpO2).

Результати дослідження. При дослідженні відсоткового змісту оксигемоглобіну було виявлено, що у 10 пацієнтів, під час гемодіалізу відмічалося зниження відсоткового насичення кисню в артеріальній крові (нижче 94%) протягом половини часу. Серед них у 7 пацієнтів відмічалося зниження сатурації крові нижче 89% протягом в середнім 20 хвилин та 1 пацієнт – SpO2 нижче 85% протягом 10 хвилин від всього часу на гемодіалізі.

Корекція гіпоксемії проводиться інсуфляцією зволоженим 93% киснем у 10 пацієнтів зі SpO2 нижче 94% . В ході дослідження сатурація крові досягла нормальних значень (SpO2 – 97 - 99%) у 100% пацієнтів. Під час спостереження за цій групою з гіпоксемією 1 пацієнт помер від серцево-судинного ускладнення (геморагічного інсульту).

Висновки.

- У пацієнтів з хронічною хворобою нирок, які отримують лікування програмним гемодіалізом, відмічається хронічна гіпоксемія.
- Хронічна гіпоксемія призводять до ускладнень серцево-судинної системи, нервової системи, що погіршує прогноз пацієнтів та підвищує госпіталізацію та летальність.
- В подальшому необхідно продовжувати вивчати ефективність кисневої терапії у пацієнтів на хронічному амбулаторному гемодіалізі.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ У ВИПАДКУ ЮВЕНІЛЬНОГО АРТРИТУ З УВЕЇТОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

ANALYSIS OF THE DISEASE CIRCUMSTANCES IN THE CASE OF JUVENILE ARTHRITIS WITH UWEIT (CLINICAL CASE)

Меланчук Н. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра педіатрії № 1

Актуальність: Ювенільний ідіопатичний артрит(ЮІА) – артрит одного і більше суглобів тривалістю понад 6 тижнів у дітей до 16 років нез’ясованої етіології . При двох субваріантах ЮІА у 11,6-30% спостерігаються передні увеїти, які розвиваються в перші роки від дебюту та у 3–7% передують артриту і є інвалідизуючим проявом хвороби. 14 % пацієнтів, які отримують біологічну терапію ЮІА в Україні, страждають на двобічний рецидивний увеїт.

Мета: аналіз перебігу хвороби у випадкуювенільного артриту з увеїтом.

Матеріали: медична документація дитини.

Результати: Дівчинка Л. 12 р., анамнез не обтяжений. В 5 р. діагностований ревматоїдний увеїт правого ока, виключені інфекційні увеїти, туберкульоз, ревматологічно обстежена частково, ревматоїдний фактор не виявлений. Протягом 7 р. постійно отримувала системну терапію глюкокортикоїдами (5 мг/д) та їх локальні введення. В 6 р. з приводу синовіїту колінного суглобу проведений короткий курс не стероїдних протизапальних засобів. Зберігалась активність увеїту, проведене видалення катаракти правого ока. В 12 р. відновлення суглобового синдрому з ураженням правого колінного променево-зап'ясткового та кульшового суглобів. ШОЕ12 мм/г, СРБ 7 мг/л, виявлені високі титри антинуклеарних антитіл, HLA B27- негативний. Розпочата терапія метотрексатом (15 мг/тиж). інтраартикулярні введення глюкокортикоїдів, посилена протизапальна терапія. Через 1 міс. активних синовіїтів не було, зберігалась активність увеїту. Ініційоване лікування адалімумабом (40 мг кожні 2 тиж.). Відсутність базисної терапії, тривале пероральне застосування низьких доз глюкокортикоїдів та їх безперервне місцеве призначення сприяли прогресуванню хвороби та призвели до розвитку ускладнень.

Висновок: Необхідним є впровадження в практику охорони здоров'я міжнародних рекомендацій з ведення хворих на автоімунні увеїти та їх мультидисциплінарного спостереження від дебюту хвороби.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЩОДО ШКІДЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГАДОЛІНІЄВИХ РЕЧОВИН ПРИ МРТ ДОСЛІДЖЕННІ

ACTUAL QUESTIONS ABOUT HARMFULNESS OF GADOLINIUM CONTRAST AGENTS ADMINISTRATION DURING MRI

Русин А. Г., Бабкіна Т. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра променевої діагностики

Актуальність. На сьогодні, МРТ дослідження широко застосовується у всьому світі, оскільки вважається одним із найінформативніших методів візуалізації м'яких тканин людського організму, в тому числі паренхіматозних органів, і донедавна – одним із найбезпечніших. Однак, якщо саме по собі дослідження МРТ є справді методом вибору навіть при діагностиці патологій плоду серед вагітних, то при необхідності додаткового підсилення за допомогою контрастних агентів на основі гадолінію (КАноГ) варто замислитись, чи користь від проведення такого обстеження, буде перевищувати ризик від виникнення можливих токсичних ефектів контрастної речовини. Починаючи з моменту створення КАноГ науковці проводять численні дослідження, зокрема на тваринах, щоб зрозуміти, якому ризику піддається людина, котрій вводять такі препарати.

Мета. Аналіз літературних джерел, щодо небезпеки застосування контрастних агентів на основі гадолінію при МРТ дослідженні.

Матеріали і методи. Збір та аналіз даних відкритої бази хімічних препаратів PubChem Open Chemistry Database, а також опрацювання іноземних наукових публікацій.

Аналіз отриманих даних. При аналізі даних численних наукових досліджень в яких більшість авторів визначили макроциклічні форми КАноГ, мали нижчу константу дисоціації, в порівнянні з лінійними, тому найнижчий рівень затримки в тканинах організму виявлявся при застосуванні неіонних макроциклічних агентів. Депонування сполук контрастного агенту спостерігали в кістковій тканині, тканинах мозочку та головного мозку, а саме, з більшим ступенем концентрації в ділянці зубчастого ядра, блідої кулі, дещо менше в зоні таламуса та мосту; також виявляли накопичення гадолінію в нирках, печінці та шкірі. Деякі автори після дослідження пацієнтів, які перенесли інсульт, виявили накопичення гадолінію у

склоподібних тілах одного чи двох очних яблук. Накопичення іонів гадолінію на морфологічному рівні впливає на тканину, внаслідок чого порушується її функція, зокрема в нирках спричиняло розвиток системного нефрогенного фіброзу. Знайдені публікації стосовно розвитку гострих реакцій на введені контрастні речовини на основі гадолінію, серед них: гостра ниркова недостатність та гострий панкреатит. Численні дані свідчать про те, що результати накопичення залежать не лише від групи КАноГ, а також від числа попередніх введень, об'єму і концентрації введеної дози КАноГ.

Висновки. У підсумку зібраних беззаперечних доказів щодо розвитку побічних реакцій після введення препаратів на основі гадолінію, в кінці 2017р. та на початку 2018р. Великобританія вирішила вилучити з продажу два КАноГ, які широко використовувались для підсилення МРТ дослідження. Отже, застосування КАноГ вимагає, детальної інформації щодо стану здоров'я пацієнта, з метою оцінки ризику розвитку токсичних ефектів. Безперечно, що проведення будь-якого обстеження потребує обґрунтування (наявності клінічних показів), ретельний підбір препарату для покращення візуалізації і вибір відповідного дозування, а також користь від дослідження для пацієнта повинна бути значно вищою ніж вплив негативних наслідків.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗМІНИ РІВНЯ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ СИРОВАТКИ КРОВІ НА ФОНІ ПРОВЕДЕННЯ ПРОБИ ІЗ ВОДНО-СОЛЬОВИМ НАВАНТАЖЕННЯМ У ПАЦІЄНТІВ З ХХН І-ІІІ СТАДІЇ

PROGNOSTIC VALUE OF SERUM URIC ACID CHANGE IN PATIENTS WITH CKD STAGE 1-3 AFTER WATER AND SALT LOAD

Савицька Л. М.

КЗ КОР «Київська обласна лікарня № 2»

Актуальність. Щороку зростає кількість пацієнтів з хронічною хворобою нирок, зокрема і тих, що потребують нирково-замісної терапії. На даний момент згідно з рекомендаціями KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), для комбінованої оцінки ризику ниркових наслідків та інших ускладнень використовуються критерії розрахункової швидкості клубочкової фільтрації та рівня альбумінурії. Але цих двох критеріїв недостатньо для того, щоб спрогнозувати ризик прогресування захворювання у конкретного пацієнта.

Мета. Оцінити прогностичне значення зміни рівня сечової кислоти сироватки крові у пацієнтів з ХХН I-III стадії на фоні проведення водно-сольового навантаження 0,5 % розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5% від маси тіла.

Матеріали і методи. На базі КЗ КОР «Київська обласна лікарня № 2» обстежено 60 пацієнтів з ХХН I-III стадії віком від 45 до 77 років. Серед них було 36 чоловіків (60%), та 24 жінки (40%). За стадіями захворювання розподіл був наступним: I стадію діагностовано у 2 пацієнтів (3%), II стадію - у 18 (30 %), III – у 40 пацієнтів (67%). Пацієнтам проводилося визначення функціонального ниркового резерву за методикою Гоженка А.І. з використанням водно-сольового навантаження 0,5% розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5% від маси тіла з додатковим визначенням рівнів сечової кислоти сироватки крові до (СКК 1) та через одну годину після водно-сольового навантаження (СКК 2). Повторний огляд з визначенням швидкості клубочкової фільтрації було проведено через один рік. Статистична обробка даних проведена за допомогою програм Microsoft Excel та StatSoft STATISTICA.

Результати дослідження продемонстрували наявність достовірного лінійного оберненого зв’язку між зміною рівня сечової кислоти сироватки крові на фоні проведення водно-сольового навантаження та зміною швидкості клубочкової фільтрації протягом року – коефіцієнт кореляції Пірсона r склав -0,756324 (p-level 0,000008). Побудувавши регресійну модель

для прогнозування швидкості зниження клубочкової фільтрації протягом року (N) отримано наступне рівняння регресії:

N = -5,866 -0,1767 * Зміна СКК , де

Зміна СКК = СКК2-СКК1, у ммоль/л.

Висновки. У пацієнтів з хронічною хворобою нирок I-III стадії, у яких рівень сечової кислоти на фоні водно-сольового навантаження знижується, швидкість клубочкової фільтрації протягом року знижується менше у порівнянні з пацієнтами, у яких на фоні водно-сольового навантаження рівень сечової кислоти сироватки крові збільшувався. Механізм даних змін потребує додаткового вивчення.

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ І РІВЕНЬ 25(OH)D У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

BONE MINERAL DENSITY AND QUALITY, 25(OH)D LEVEL IN SCHOOLCHILDREN

Сиваченко Ю. В., Зборщик М. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра дитячих і підліткових захворювань

Актуальність. Протягом останніх років в Україні збільшується поширеність захворювань кістково-м’язової системи серед дітей та підлітків. Більша частота переломів у дітей в порівнянні з дорослими вказує на значну вразливість зростаючого скелету. Найінформативнішим методом оцінки стану кісткової тканини є визначення її мінеральної щільності, яка змінюється залежно від віку, статі та рівня забезпеченості кальцієм і вітаміном Д.

На сьогодні в Україні недостатньо досліджень щодо показників мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у дітей. Залишається

недостатньо вивченим питання щодо розповсюдженості дефіциту / недостатності вітаміну Д у дітей різних вікових груп.

Мета дослідження: вивчити показники мінеральної щільності та якості кісткової тканини, а також рівні 25(OH)D у дітей шкільного віку.

Матеріали і методи. Обстежено 43 дитини (18 дівчат та 25 хлопців) віком від 8 до 16 років (середній вік 13,7 років; середній зріст 1,62 м; маса тіла 55,6 кг; ІМТ 20,9). За віком дітей розділено на наступні групи: I – 8-11 років (n=6); II – 12-13 років (n=12); III - 14 років (n=5); IV – 15 років (n=10); V – 16 років (n=10). Всім обстеженим проведено двохенергетичну рентгенівську денситометрію з визначенням МЩКТ на рівні всього скелета та поперекового відділу хребта (Prodigy GE Lunar, USA). У 34 дітей визначено рівень 25(OH) D електрохемілюмінісцентним методом на аналізаторі Elecsys 2010 в ДУ «Інститутгеронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України». Оцінку статусу вітаміну Д здійснювали за класифікацією HolickM.F. atal. (2011), де рівень < 20 нг/мл визначався як дефіцит; 20-29 нг/мл – недостатність і 30-50 нг/мл як оптимальний.

Результати. В ході дослідження не встановлено статевих особливостей в показниках МЩКТ та рівнях 25(OH)D. Проведений аналіз виявив вірогідне збільшення з віком показників МЩКТ на рівні всього тіла та поперекового відділу хребта.

Дефіцит вітаміну Д виявлено у 19 (55,9 %) дітей, недостатність у 12 (35,3 %), достатній рівень лише у 3 (8,8 %). При проведенні регресійного аналізу зв’язку між рівнем 25(OH) і віком виявлено, що статус вітаміну Д зменшується з віком.

Висновок. Отримані дані свідчать про необхідність подальшого вивчення статусу вітаміну Д у дітей різних вікових груп та його взаємозв’язок з показниками МЩКТ. Висока розповсюдженість дефіциту і недостатності вітаміну Д у дітей та підлітків потребує подальшої розробки профілактичних заходів щодо їх корекції.

КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ ЩОДО ЗМЕНШЕННЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОВТРАТИ ПРИ ПОВТОРНОМУ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ

COMPLEX OF MEASURES TO REDUCE BLOOD LOSS DURING AND AFTER REPEAT CESAREAN SECTION

Слободян Ю. В., Голяновський О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра акушерства та гінекології №1

Актуальність. Частота кесарева розтину (КР) в Україні має тенденцію до зростання. Кровотечі займають перше місце серед ускладнень інтраопераційного періоду та залишаються однією з основних причин материнської захворюваності та смертності.

Мета. Оцінити ефективність комплексу заходів зі зменшення крововтрати та покращення перебігу операції повторного КР.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П. Л. Шупика впродовж 2015-2017 рр. У проспективному дослідженні взяли участь 72 вагітні з рубцем на матці після попереднього КР. Було сформовано 2 групи пацієнток: I група – 37 вагітних, яким виконано КР з використанням аргоноплазмової коагуляції тканин та медикаментозної підтримки. За 10 хв до початку операції внутрішньовенно вводили транексамову кислоту із розрахунку 15 мг/кг. Після пересічення пуповини в/в вводили 100 мкг карбетоцину. II група – 35 жінок, яким проведено КР за традиційною методикою (поперечний розріз за Joel-Cohen, КР в нижньо-матковому сегменті за методикою M. Stark).

Результати. Усім пацієнткам проведено елективний КР в 39 тижнів вагітності. Загальна тривалість операції в I групі склала 37,08±2,09 хв, що значно менше у порівнянні з II – 43,08±1,88 хв. Тривалість етапу операції до вилучення плода в I групі – 2,97±0,11 хв, в II групі – 3,44±0,12 хв. Об’єм

інтраопераційної крововтрати в I групі – 466,8±39,9 мл (400 - 530 мл), у II – 546,3±35,6 мл (470 -700 мл). У II групі максимальна крововтрата 700 мл була зафіксована у двох пацієнток. Середній об'єм крововтрати у перші 6 годин після операції в I групі був суттєво менший у порівнянні з II (76,0 та 110,6 мл, відповідно). У однієї пацієнтки II групи мала місце рання післяпологова кровотеча, що потребувало додаткового призначення утеротонічних засобів. Тривалість стаціонарного лікування після операції у I групі склала 3,6±0,13 днів, у II – 5,5±0,27 днів.

Висновки. Запропонований комплекс заходів (транексамова кислота, карбетоцин, аргоноплазмова коагуляція тканин) є ефективним у зменшенні периопераційної крововтрати та тривалості операції при повторному КР.

ВПЛИВ СЕЗОННОСТІ НА РІВЕНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D У ПІДЛІТКІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

THE INFLUENCE OF THE SEASON ON THE LEVEL OF VITAMIN D IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

Біляєва К. С., Власенко М. В.

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

Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр

Актуальність. Дефіцит вітаміну D на сьогодні є катастрофічно зростаючою проблемою серед населення всього світу, зокрема, і серед української популяції. Враховуючи невпинно наростаючу тенденцію до урбанізації, зменшення часу, проведеного на відкритому повітрі та, як наслідок, дефіцит сонячного опромінення, проблема дефіциту вітаміну D є предметом вивчення багатьох сучасних вчених.

Враховуючи нещодавно відкриту патогенетичну роль даного вітаміну в патогенезі низки хронічних захворювань, зокрема і цукрового діабету 1

типу (ЦД), а саме наявність рецепторів до вітаміну D3 у b-клітинах підшлункової залози, є необхідність проаналізувати вплив сезонності на рівень забезпеченості вітаміном D у даної категорії хворих.

Мета: провести порівняльну характеристику впливу сезонності (весняно-літній та осінньо-зимовий періоди) на рівень вітаміну D у підлітків з ЦД 1 типу.

Матеріали та методи. Дане дослідження проводилось на базі ВОКВЕЦ. Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 46 дітей віком від 10 до 18 років. За період дослідження проводилась оцінка рівня вітаміну D серед дітей з ЦД 1 в різні періоди року (осінньо- зимовий та весняно-літній періди).

В дослідженні були використані клініко-анамнестичні, лабораторні та статистичні методи досліджень. Проводився клінічний огляд дітей, який включав оцінку фізичного розвитку, об'єктивну оцінку стану органів та систем. Всім дітям було проведено дослідження – визначення концентрації 25(OH)D гідроксихолекальциферолу в крові.

Результати. В залежності від сезону забору крові пацієнти були розділені на 2 групи: 1 група- забір крові відбувався в осінньо-зимовий період (n=25), друга група - вітамін D було визначено в весняно-літній період (n=21).

Серед пацієнтів першої групи було виявлено: дефіцит вітаміну D (< 20 нг/мл) визначався у 8 пацієнтів (32,0%) (середній вік 14,2±0,62), недостатність (21-29 нг/мл) у 13 пацієнтів (52%), оптимальний рівень (> 30 нг/мл) у 4 пацієнтів (16%).

Серед пацієнтів другої групи відповідно: дефіцит вітаміну D визначався у 6 пацієнтів (28,5%) (середній вік 12,7±1,3), недостатність у 12 пацієнтів (27,1%) , оптимальний рівень у 3 пацієнтів (14,2%).

Статистично вірогідної різниці між рівнями 25(OH)D у сироватці крові підлітків з ЦД 1 типу в осінньо-зимовий та весняно-літній періоди не було.

Висновки:

1. У хворих підлітків на ЦД 1 типу встановлено стан дефіциту та недостатності вітаміну D незалежно від сезонності.

2. Необхідно встановити ступінь впливу дефіциту вітаміну D на стан компенсації хвороби.

ОЦІНКА ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ПСОРІАТИЧНИЙ АРТРИТ

ASSESSMENT OF BEHAVIORAL RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Бойко А. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра сімейної медицини

Актуальність. Кількість досліджень присвячених вивченню захворюваності і смертності при псоріатичному артриті (ПсА) не велика, а особливо пов'язаних з серцево-судинними порушеннями. Встановлено, що до 50% смертей серед хворих на ПСА обумовлено атеросклероз-залежними серцево-судинними захворюваннями (ССЗ).

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

Матеріали і методи. У дослідження було включено25 пацієнтів із ПсА, віком до 45 років. В дослідження не включались хворі, які мали ішемічну хворобу серця, цукровий діабет, хронічну ішемію головного мозку, хронічну хворобу нирок та інших тяжких захворювань. Відібрані нами хворі з ПсА на момент включення у дослідження не мали АГ. Загальне клінічне обстеження включало: загально-клінічний огляд одноразово , ретельне фізикальне обстеження, вимірювання АТ.

Результати. Середній вік хворих становив39,62±5,8 роки (11 (48%) жінок та 12 (52%) чоловіків). Тривалість ПсА коливалась від 3 до 20 років. Поліартритичний варіант суглобового синдрому спостерігався у 47,82% (11 осіб), олігоартритичний – 30,43% (7 осіб), спонлилоартритичний – 13,04% (3 осіб). Усім хворим визначали індексу активності артриту (DiseaseActivityScore – DAS28), середній показник у групі склав - .5,87±1,03.Підвищення рівня ЗХС виявлено у 73,9% хворих на ПсА (середній рівень 5,23±1,01). За результатами обстеження було виявлено, що серед обстежених хворих з ПсА 69,56% (16 осіб) палили, будь коли за останні 10 років, вели малорухомий спосіб життя 43,48% (10 осіб), були підвержені значним нервово-емоційним перевантаженням 91,3% (21 осіб), мали обтяжений спадковий анамнез з приводу ССЗ 69,56% (16 осіб). За результатами обстеження було визначено ризик виникнення фатальних серцево-судинних подій за шкалою SCORE, середній показник досліджуваної групи склав 3,1±0,33.

Висновки. Згідно до отриманих даних у ході проведеного дослідженян частіше (69,56%) спостерігалось поєднання чотирьох ФР: тютюнопаління, гіподинамія, стрес, спадковість Можна висунути припущення, що у хворих на ПсА на ступінь вираженості атеросклерозу, окрім поведінкових факторів ризику, впливають активність артриту, порушення ліпідного обміну та рівень СРБ. Чисельність досліджень присвячених серцево-судинним ризикам у хворих на ПсА досить обмежена, що вказує на актуальність подальших досліджень

ТЕХНОЛОГІЇ КОМБІНОВАНОЇ АУТОПЛАСТИКИ ДЕФЕКТІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З МНОЖИННИМИ ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК

Вакулич М. В.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Кафедра ортопедії і травматології

Актуальність. Вогнепальні множинні переломи довгих кісток є однією з провідних причин тимчасової та стійкої втрати працездатності. Відкритим залишається питання лікування пацієнтів із вогнепальними травматичними ушкодженнями кістки з первинними дефектами, серед яких 48,7 % припадає на дефекти діафіза понад 3 см, 30,6 % – понад 5 см, що обумовлює пошук технологій для їхньої пластики.

Мета: провести аналіз існуючих технологій заміни дефектів кісткової тканини та експериментально обгрунтувати вибір оптимальних матриць на основі фібрину, збагаченого тромбоцитами для їх пластики

Матеріали і методи. Клінічний матеріал: основна група (52 пацієнти); середній вік 33,18±12,14 років; дефекти кісткової тканини до 2 см – 40 (76,9%) , від 2 см і більше – 12 (23,1%); тактика лікування: апарати зовнішньої фіксації, заміна методу фіксації з одночасним застосуванням регенераторних технологій (PRF), кістково-губчато-фібринової аутопластики. Контрольна порівняння (48 чоловік): середній вік 32,36±12,69 років; дефекти кісткової тканини до 2 см – 37 (77,1%) , від 2 см – 11 (22,9%); тактика: використання апаратів зовнішньої фіксації та заміну методу фіксації, заміщення дефектів - кістково-губчата аутопластика. *Експериментальні дослідження* проведені на 24 кроликах (жива маса 3800–4200 г, вік на початку експерименту 11–12 міс), яким відтворювали стандартний дірчастий (діаметр 3 мм) транскортикальний дефект великогомілкової кістки в чотирьох серіях експерименту (всі групи по 6 тварин): I –кістковий дефект залишали незаповненим; II – кістковий дефект заповнювали аутокісткою; III – кістковий дефект заповнювали аутокісткою і збагаченим тромбоцитами фібрином (PlateletRichFibrin, PRF); IV – кістковий дефект заповнювали PRF.

Результати: у серії експерименту, в якій збагачений тромбоцитами фібрин поєднували з матрицею з аутокістки, площа пластинчастої кістки була підвищена на 23,8 % ($p < 0,001$) порівняно з серією, де як пластичний

матеріал використано аутокістку та на 11,2% вище порівняно зі застосуванням збагаченого тромбоцитами фібрину. У пацієнтів груп порівняння визначено, що використання PRF знижує вірогідність формування псевдоартрозів (2,0 % проти 2,9 %, OR = 0,69).

Висновки: на підставі аналізу методів заміщення дефектів кісток доведено, що в умовах травматичного ушкодження використання збагаченого тромбоцитами фібрину оптимізує процеси репаративного остеогенезу.

РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ З БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ

CYTOKINS ROLE IN PROGNOZING PRETERM BIRTH WITH MULTIPLE PREGNANCY

Вознюк А. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Кафедра акушерства і гінекології №2

Актуальність. Частота передчасних пологів (ПП) у всьому світі оцінюється у 15 мільйонів, що становить 11,1% від усіх випадків живонародження. Частота ПП при багатоплідні в 3,5 разів перевищує таку при одноплодовій вагітності. Близько 40% багатоплодових вагітностей (БВ) завершуються пологами до 37 тижнів гестації, а серед пологів, котрі відбулися до 32 тижнів, 25% складають багатоплідні пологи.

На теперішній час нагально постає питання пошуку та вивчення значущості нових предикторів ПП, які дозволили б оптимізувати алгоритми стратифікації ризику та розширили можливості проведення профілактичної інтервенція для зниження частоти дихальних розладів та інших ускладнень у народжених передчасно дітей.

Мета дослідження – охарактеризувати діагностичну значимість IL-6як предиктору ПП у жінок із БВ.

Матеріали та методи. У 38 жінок із БВ у терміні 24-33 тижні проведено аналіз даних анамнезу, вихідного стану здоров'я, особливостей перебігу вагітності й інших характеристик. З них 12 вагітних народили до 34 тижнів гестації, 26 – після 34 тижнів. Для прогнозування ПП була застосована модифікована модель прогнозування ризику ПП у жінок із БВ та визначення визначення IL-6 у цервікальному слизу.

Результати та висновки. Використавши ROC було визначено поріг значення для запропонованого нами інтегративного індексу анамнезу, вихідного стану здоров'я, перебігу вагітності на рівні ≥ -2,14 бали (чутливість – 64%, специфічність – 81,1%), для IL-6 у цервікальному слизу ≥ 41,65 пг/мл (чутливість – 84%, специфічність – 71,1%).

З високою чутливістю та специфічністю можна прогнозувати ПП у жінок із БВ. Індекс ≥ -2,14 бали та концентрація IL-6 у цервікальному слизі ≥ 41,65 пг/мл прогнозує ПП у жінок із БВ з негативною прогностичною цінністю 90,4% та чутливістю 80%.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ Д ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

INSUFFICIENCY OF VITAMIN D AS A RISK FACTOR FOR HYPERTENSION IN ADOLESCENTS

Зборщик М. В., Сиваченко Ю. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра дитячих і підліткових захворювань

Актуальність. Неінфекційні захворювання (НІЗ) – цукровий діабет, рак, хронічні респіраторні та серцево-судинні хвороби складають 63% відсотка щорічних летальних втрат та являються глобальною соціальною і

економічною проблемою у світі. В Україні захворюваність та смертність від НІЗ, а саме, від патології серцево-судинної системи (ССС) є однією з найвищих в Європі. Результати багаточисельних епідеміологічних досліджень за останні 30 років показали, що показники серцево-судинної патології серед населення України підвищились в 3,5 рази, а смертність зросла на 46 %, що свідчить про недостатню ефективність як профілактичних, так і лікувальних стратегій. Серед осіб, які мають захворювання ССС, одне з провідних місць займає артеріальна гіпертензія (АГ). Розвиток АГ формується в дитячому і підлітковому віці. Дані зарубіжної літератури вказують на гіподіагностику АГ через її малосимптомний або безсимптомний перебіг.

Аналіз отриманих даних. АГ – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск (АТ) (за визначення Комітету експертів ВООЗ). У розвитку захворювання основними факторами ризику АГ визнано обтяжений сімейний анамнез щодо захворювань ССС, стать, раса, соціально-економічний статус, гіподинамія, надмірне споживання кухонної солі, ожиріння, шкідливі звички (тютюнопаління, вживання спиртних напоїв), рання фізична та статева зрілість, недоношеність, катетеризація пуповини в періоді новонародженості. Відомими керованими факторами ризику формування АГ у дорослих є прийом низки лікарських засобів, погана якість і тривалість сну, недостатність / дефіцит вітаміну Д, як передвісника розвитку АГ, оскільки його рецептори виявлені у усіх тканинах, в т.ч. і міокарді. В експериментальних дослідженнях підтверджено зв'язок між низьким вмістом вітаміну Д й активацією системи ренін-ангіотензину, дисфункцією ендотелію і реконструкцією шлуночків серця.

На сьогодні в науковців викликає занепокоєння значна поширеність недостатності / дефіциту вітаміну Д у світі. Так, в США серед практично здорових дорослих вона сягає 50%. В Україні 81,8% дорослих мають дефіцит вітаміну Д, 13,6% - недостатність і лише у 4,6% українців рівень вітаміну Д відповідає нормальному. Що стосується дітей і, особливо, підлітків, такі дані

у світі є фрагментарними, що потребує проведення відповідних досліджень з впровадженням профілактичних та лікувальних стратегій на рівні країни.

Висновок: Результати фундаментальних наукових досліджень останніх років підтверджують провідну роль вітаміну Д не тільки для метаболізму кісткової тканини, а й у суттєвому зниженні ризику формування патології ССС. Однак, практично не досліджена роль недостатності та дефіциту вітаміну Д, як фактору ризику АГ у підлітків, не з'ясований вплив вітаміну Д на ефективність лікування та прогноз перебігу захворювання. Не дослідженим є питання щодо поширеності недостатності / дефіциту вітаміну Д в підлітковому віці. Не визначена роль недостатності / дефіциту вітаміну Д в розвитку АГ в підлітковому віці, що обумовлює необхідність проведення широкомасштабних досліджень

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОЗШАРОВУЮЧІЙ АНЕВРИЗМІ АОРТИ.

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND EMERGENCY AID WITH STRATIFYING AORTIC ANEURYSM

Іванів М. М., Слонецький Б. І., Вербицький І. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра медицини невідкладних станів

Актуальність. Аневризма аорти – патологічний стан, який проявляється розширенням сегмента аорти, що перевищує нормальний діаметр на 50% і схильне до поширення та розриву.

Розшаровуюча аневризма аорти – це раптовий дефект внутрішньої оболонки стінки аорти з подальшим проникненням потоку крові в дегенеративно змінений середній прошарок, утворенням внутрішньостінної гематоми та поздовжнім розшаруванням стінки аорти.

Основні причини розвитку аневризми аорти – це атеросклероз, синдром Марфана, сифілітичній мезаортит, неспецифічний аортоартеріїт, синдром Елорса-Данлоса.

Протягом 3-х років від моменту постановки діагнозу аневризми аорти летальність – 95,3 %, у 86,5 % від розшарування аневризми аорти. При розшаровуючій аневризмі аорти летальність сягає 70-90 %. Проблема своєчасної діагностики та невідкладної допомоги при розшаровуючій аневризмі аорти стоїть гостро, оскільки пов'язана з відсутністю уніфікованого клінічного протоколу для діагностики та надання допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Мета роботи полягає в аналізі негативних передумов, а також напрямів оптимізації діагностики та надання невідкладної допомоги при розшаровуючій аневризмі аорти.

Робота ґрунтується на аналізі клінічного випадку, при якому проводилась діагностика та лікування на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Методи. Використано аналіз клінічного випадку на прикладі пацієнта, який був госпіталізований з приводу різкого болю в животі. Пацієнту на догоспітальному етапі надавалась допомога за попереднім діагнозом – розшаровуюча аневризма аорти. На догоспітальному етапі проводилось знеболення (тіопенталом натрію, фентанілом та промедолом) на фоні вираженого больового синдрому, що не мало значної ефективності.

В стаціонарі проводились інструментальні дослідження (рентгенографія, УЗД), що не підтвердили попередній діагноз. На фоні нестабільної гемодинаміки пацієнта госпіталізовано у відділення реанімації. Протягом першої доби, повторно проведено УЗД, на якому сонографічно встановили діагноз – розшаровуючи аневризма аорти. Не зважаючи на проведену терапію та реанімаційні заходи, даний випадок закінчився летально.

Результати та висновки. В зв’язку з відсутністю уніфікованого клінічного протоколу для діагностики та надання невідкладної допомоги в Україні, на основі аналізу клінічного випадку розроблено можливі напрямки оптимізації діагностики та невідкладної допомоги при розшаровуючій аневризмі аорти.

АКТУАЛЬНІСТЬ КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

THERELEVANCEOFFOLLOW-UP

Осіпова А. В., Дем'яненко О. Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра неонатології

Актуальність теми. Як показують сучасні популяційні дослідження, смертність недоношених новонароджених є високою й після виписки дитини з відділень інтенсивної терапії новонароджених. За даними Національного інституту дитячого здоров'я і розвитку людини помирає близько 2% дітей у корегованому віці 18-22 місяця, які народилися з масою тіла до 1000 г.

Мета роботи: Висвітлення актуальності та перспективності сучасного підходу до катамнестиного спостереження за недоношеними дітьми після виписки зі спеціалізованого стаціонару.

Матеріали та методи: Було проаналізовано сучасні міжнародні джерела та вітчизняний досвід з даної тематики.

Результати та висновки: Катамнестичне спостереження - система заходів з моніторингу стану здоров'я та розвитку дитини, яка належить до середньої або високої групи ризику з метою раннього виявлення відхилень в її здоров'ї та розвитку, профілактики можливих захворювань та своєчасного скерування дитини до спеціалізованих послуг для зниження малюкової смертності, захворюваності, дитячої інвалідизації та

випадків відмови батьків, покращення якості життя дітей з обмеженими можливостями і їх родин.

До групи ризику відносять новонароджених дітей, які мають хоча б одну з таких ознак: гестаційний вік при народженні від 35 тижнів до повних 37 тижнів і/або маса тіла від 2000 г до 2500 г; неонатальна енцефалопатія легкого ступеня; жовтяниця новонароджених, що потребувала проведення фототерапії; гестаційний вік при народженні від 28 тижнів до повних 37 тижнів і/або масою тіла від 500 г до 2500 г; дитина від багатоплідної вагітності; неонатальна енцефалопатія; неонатальний сепсис; гіпербілірубінемія, що потребувала проведення замінного переливання крові; проведення штучної вентиляції легень тривалістю до 72 години, проведення терапевтичної гіпотермії; некротизуючий ентероколіт; судоми; нейроінфекції; шок, що вимагав інотропної/васопресорної підтримки; синдром фето-фетальної трансфузії; неонатальна білірубінова енцефалопатія; уроджені порушення обміну речовин/генетичні порушення; аномальні показники неврологічного обстеження під час виписки та інші.

В консультативному кабінеті мають вести консультацію лікарі педіатри - неонатологи, дитячий хірург, дитячий невролог, дитячий офтальмолог, лікар з лікувальної фізкультури (лікар з ЛФК) та/або фізіотерапевт, дитячий психолог та дитячий хірург/ортопед.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ДЛЯ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ НАПРУЖЕННЯ АДАПТАЦІЙНИХ СИСТЕМ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ РИТМУ СЕРЦЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ ЕЛЕКТРОКАРДІОСИГНАЛІВ

POSSIBILITIES OF USING INDICATORS OF HEART RATE VARIABILITY FOR ASSESSING THE INTENSITY OF ADAPTIVE SYSTEMS IN CHILDREN

WITH HEART RATE VIOLATION BASED ON THE RESULTS OF DAILY MONITORING OF ELECTROCARDIOSIGNS

Соколенко І. М., Солдатова О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л.Шупика

Кафедра дитячих і підліткових захворювань

Актуальність. В сучасних умовахнайактивніше розвивається напрям медицини, що базується на оцінці рівня здоров'я з точки зору теорії адаптації. Відомо, що на теперішній час показники фізичного розвитку дітей та підлітків погіршились, на високому рівні зберігається захворюваність неінфекційними хворобами. Все більш актуальним стає впровадження в практику скринінгової діагностики, яка направлена на оцінку адаптаційних можливостей організму до умов навколишнього середовища. Однак критерії оцінки адаптаційних можливостей організму у дітей та підлітків досить різноманітні. Одним з перспективних методів діагностики є аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР), який заснований на дослідженні процесів регулювання фізіологічних функцій, в якому серцево-судинна система розглядається як індикатор адаптаційних реакцій організму. Саме дані добового моніторингу ВСР дозволяють більш глибоко і всебічно оцінити стан механізмів нейроендокринної регуляції та всієї складної багаторівневої системи керування фізіологічними функціями.

Мета роботи: на основі аналізу показників ВСР, за даними добового моніторингу електрокардіосигналів (ДМ ЕКГ), визначити функціональну активністьрізних ланок регуляції серцевого ритму у дітей з порушенням ритму та ступінь напруження їх адаптаційних процесів.

Матеріали та методи. В ході дослідження було обстежено 25 підлітків з порушенням серцевого ритму, віком від 10 до 16 років, які перебувають під наглядом у кардіолога в дитячій поліклініці № 1 Дитячої клінічної лікарні №9 м. Києва. Серед обстежених переважали дівчатка -18 (72 %) порівняно з хлопчиками 7 (28 %). Згідно даних амбулаторної карти порушення утворення

імпульсу були виявлені: у 14 (56 %) дітей, синусова тахікардія; у 11 (44%) синусова аритмія. Для діагностики адаптаційних процесів використовували аналіз ВСР за допомогою монітору артеріального тиску та електрокардіосигналів добовому SDM23 (Україна). Оцінювалися показники: SDNN - стандартне відхилення повного масиву кардіоінтервалів, що характеризує сумарний ефект вегетативної регуляції кровообігу; RMSSD - квадратний корінь із суми квадратів різниці величин послідовних пар інтервалів RR; HF - середнє значення потужності спектра високочастотного компонента; LF - середнє значення потужності спектра низькочастотного компонента; VLF - середнє значення потужності спектра дуже низькочастотного компонента. Згідно з рекомендаціями Європейського кардіологічного товариства, обстеження проводилося протягом 24 годин.На підставі даних спектрального аналізу серцевого ритму розрахували індекс централізації (ІС) за формулою ІС = (HF + LF) / VLF, який відображає кількісну характеристику співвідношень між центральним і автономним контурами регуляції серцевого ритму. Оцінка ВСР проводилася в режимах часового та спектрального аналізу серцевого ритму. Для оцінки адаптаційних можливостей був проаналізований інтегральний критерій – показник активності регуляторних систем (ПАРС). Показник розраховується в балах за алгоритмом, що враховує дані гістограми та спектрального аналізу кардіоінтервалів. За сумою балів від 1 до 10 визначили величину ПАРС. Функціональний стан організму оцінювали за значенням ПАРС: 1) стан нормального рівня функціонування (1-3 бали); 2) функціональний резерв (4-7 балів); 3) стан напруження регуляторних механізмів (8-10 балів).

Результати. При аналізі показників ВСР встановлено різні ступені напруження адаптаційних систем у дітей з порушенням ритму. Стан адаптації задовільний у 3 (12 %) - ПАРС 1-3 бали, стан перенапруження у 15 (60 %) - ПАРС 4-7 балів, стан виснаження регуляторних систем (зрив адаптації) у 7 (28 %) - ПАРС 8-10 балів.

При визначенні ІС отримані дані перевищували норму (норма = 1), у всіх дітей ІС = 1,7±1,5, що вказує на посилення автономних впливів, тобто ВНС не справляється з функцією управління ритмом серця та, в свою чергу, призводить до перенапруження адаптаційних механізмів і в подальшому можливий зрив адаптації дитини.

Висновки: Оцінюючи ВСР за даними ДМ ЕКГ у дітей з порушенням ритму серця у вигляді синусової тахікардії та аритмії, ми дійшли висновку, що у сучасних умовах дітей підліткового віку спостерігається значне напруження адаптаційних систем із високим рівнем автономних контурів регуляції серцевого ритму.

ПРОФІЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА РЕЦИДИВУЮЧИХ КРОВОТЕЧ У ПАЦІЄНТОК З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

PREVENTION OF PLACENTAL DYSFUNCTION AND RECURRENT BLEEDING IN PATIENTS WITH PLACENTA PREVIA

Стецюк К. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра акушерства та гінекології № 1

Актуальність теми. Серед причин, що ведуть до підвищення материнської і перинатальної смертності провідне місце займає патологія плацентації, а саме передлежання плаценти та її низьке розташування. При передлежанні плаценти перинатальна смертність сягає 7-25% унаслідок більшої частоти передчасних пологів (недоношеність новонароджених, розвиток синдрому дихальних розладів), та збільшення випадків плацентарної дисфункції. Передлежання плаценти (ПП) - це ускладнення вагітності при якому плацента розташовується в нижньому сегметі матки, нижче передлеглої частини плода, прекриваючи частково або повністю внутрішнє вічко шийки матки.

Мета роботи: профілактика рецидивуючих кровотеч і плацентарної

дисфункції у вагітних з ПП за стандартною методикою і методикою запропонованою нами.

Матеріали і методи: дизайном дослідженнябуло обрано методикувипадок-контроль. До участі в дослідженні залучались вагітні з передлежанням плаценти і факторами ризику передчасних пологів у терміні вагітності 22-32 тиж. Факторами ризику визначено наступні показники:

- підвищення рівня плодового фібронектину;
- підвищення рівня ІЛ-6;
- зміна довжини шийки матки встановлена за допомогою трансвагінального ультразвукового дослідження (менше 2,5 см).
- ниючий біль внизу живота та попереку.

Критерії не включення: наявність в анамнезі кесаревого розтину, діагностованої істміко-цервікальної недостатності, лейоміоми матки, важкої екстрагенітальної патології. Розподіл в групи проводився наступним чином:

І група (основна) - 39 вагітних які отримували терапію за методикою, запропонованою нами; ІІ група (контрольна) – ретроспективний аналіз 35 історій пологів вагітних, які отримували терапію згідно стандартного методу ведення. Профілактика рецидивуючих кровотеч та плацентарної дисфункції , на тлі патології плацентації – магнезіальна терапія: комбінований препарат магнію лактату дигідрату (470 мг) та піридоксину гідрохлориду (5мг) по 2 таблетки 3 рази (Магне В6). Гестагенна підтримка: мікронізований прогестерон (Лютеїна) сублінгвальна форма 50 мг двічі на добу до 34 тиж. вагітності. Гемостатична терапія препаратами транексамової кислоти в дозуванні 10 мг/кг маси тіла. Всім вагітним обох груп проводили профілактику РДС плода бетаметазоном (24мг/ внутрішньом’язево) в терміні вагітності 25-26 тиж.

Результати та висновки. Дослідна група – І (n_1=39), контрольна група – ІІ (n_2=35). Групи були репрезентативні за віком, паритетом, гінекологічною та соматичною патологією. Загроза передчасних пологів в І групі в средньому становила – 24±2,7 в ІІ – 31,7±2,4 (при $p<0,05$);

рецидивуючі кровотечі в І групі становили 17 (31,6%), в ІІ –26 (68,4%), при (p<0,05), дострокове розродження в І групі – 9(23,7%), в ІІ – 21(61,8%), при (p<0,05); новонароджені з оцінкою по шкалі Апгар <5 балів в І групі – 6 (15,8%), в ІІ – 17(50,0%), при (p<0,05); частота МАК в І групі – 9 (23,7%), в ІІ – 17 (31,6%), при (p<0,05); гістеректомія в І групі – 2 (5,1%), в ІІ – 3 (8,5%). Запропонована нами багатовекторна комбінована методика прфілактики рецидивуючих кровотеч, у вагітних з передлежанням плаценти, шляхом використання мікронізованого прогестерону, препаратів магнію в комбінації з вітамінами групи В та гемостатичними засобами, порівняно зі стандартною тактикою ведення вагітних з передлежанням плаценти, достовірно зменшує кількість рецидивів допологових кровотеч та гіпоксичних вражень плода, дозволяє пролонгувати вагітність до терміну життєздатності плода, зменшує відсоток захворюваності та смертності серед жінок та новонароджених.

ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЩУРІВ ЗЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ N-АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ ТА МЕЛАТОНІНУ

THE FATTY-ACID COMPOUND OF THE RAT'S BRAIN WITH EXPERIMENTAL DIABETES BY USING N-ACETYLCYSTEINE AND MELATONINE

Фіцнер О. А., Хайтович М. В., Брюзгіна Т. С., Натрус Л. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність. Загальний вміст жирних кислот (ЖК) в головному мозку складає 20 – 25% від сухого залишку. Така біохімічна особливість обумовлена високим вмістом в мембранних структурах головного мозку різних фракцій фосфоліпідів, які є основними ліпідними компонентами мембран нейронів. Важливим є вивчення змін складу ЖК головного мозку за умов цукрового діабету (ЦД) та при застосуванні лікарських засобів.

Мета роботи. Вивчити вміст окремих вільних ЖК у головному мозку щурів з ЦД 1 типу, за різних фармакологічних схем N-ацетилцистеїну (NAC) та мелатоніну (Mel).

Матеріали та методи. Досліди проведено на 25 статевозрілих щурах лінії Wistar масою 200-260 г. ЦД 1 типу моделювали введенням стрептозотоцину (STZ) (Sigma, США) у дозі 50 мг/кг одноразово інтраперитоніально. Дослідні тварини розподілено на 5 груп: контроль (n=5; інтактні щури); ЦД 1 (n=5; щури із ЦД 1, які отримували фізіологічний розчин); NAC (n=5; щури із ЦД 1, які отримували N-ацетилцистеїн (STADA) у дозі 1,5 г/кг per os); Mel (n=5; щури із ЦД 1, які отримували мелатонін (Київський вітамінний завод) у дозі 10 мг/кг per os); NAC + Mel (n=5; щури із ЦД 1, які отримували комбінацію NAC та Mel). Досліджувані лікарські засоби експериментальним тваринам, вводили через 2 тиждні після індукції ЦД 1 протягом 5 тижнів.

ЖК ідентифікували методом газової хроматографії. Кількісну оцінку спектра ЖК ліпідів проводили за методом нормування площин піків метилових похідних ЖК і визначення їхнього складу у відсотках.

Результати. За допомогою методу газової хроматографії у зразках, що досліджували, було ідентифіковано 9 ЖК. Аналіз ЖК в гомогенаті головного мозку тварин показав що баланс між насиченими та ненасиченими ЖК після створення моделі ЦД 1 і корекції досліджувальними засобами практично не змінився. Поряд з тим виявлено статистично вірогідне зростання суми поліненасичених ЖК (ПНЖК) в групі ЦД 1 (16,4%±1,5) порівняно з контролем (10,5±1,3%) та групами лікування (NAC – 10,6 ±1,8%; Mel - 8,6 ±1,5%; NAC+Mel – 11,4±1,3%).

Більш детальний аналіз складу насичених ЖК дав можливість виявити зменшення рівня пальмітинової кислоти у головному мозку щурів в групі ЦД 1 (27,1 ±1,5%) порівняно з контролем (33,6 ± 1,6%). Монотерапія NAC та Mel, на відміну від комбінованої, сприяла наближенню рівня пальмітинової кислоти до значень контролю (33,9±1,3% та 30,0±1,5%).

Серед ненасичених ЖК змінився рівень олеїнової кислоти ($p<0,05$): у групі ЦД1 (28,6±1,5%) та NAC (29,7±1,0%) в порівнянні з контролем (33,2 ±1,5%), Mel (33,2±1,8) та NAC+Mel (31,4±1,5%). Під впливом досліджуваних лікарських засобів вірогідно знизився рівень арахідонової ЖК: NAC (8,2±1,0%), Mel (6,3±0,5%), NAC+Mel (7,0±0,5%) порівняно з ЦД 1 (15,5±1,0%).

Висновок. Застосування досліджуваних ЛЗ сприяло зменшенню суми ПНЖК, в головному мозку щурів з ЦД 1. Відомо, що ПНЖК легко піддаються вільнорадикальному окисненню з утворенням перексидів ліпідів. Монотерапія NAC та Mel сприяла збільшенню рівня пальмітинової кислоти, що головним чином використовується для енергетичних потреб та сприяє захисту мембран від пероксидного окиснення ліпідів.

ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА АНОРЕКСІЮ

ANASSESSMENT OF DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH ANOREXIA

Решетник Л. Л., Бабаскін А. Ю.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кафедра стоматології

Актуальність. Анорексія - захворювання, що характеризується розладом прийому їжі, обумовлене порушеннями нервово-психічної сфери. У загальній популяції, за даними ВООЗ, показник нервової анорексії коливається від 0,37 до 1 на 100 000 населення, з частотою 0.9- 4.3% у жінок і 0.3% у чоловіків.

Мета - вивчити структуру стоматологічних захворювань у хворих на анорексію.

Матеріали та методи.Під нашим спостереженням перебувало 28 хворих на нервову анорексію в віці 16-36 років, серед них 23 жінки і 5

чоловіків (основна група). Контрольну групу представили 30 осіб аналогічного віку і розподілу за статтю з каріозною хворобою без ознак нервової анорексії та захворювань внутрішніх органів і систем, які дотримуються адекватного і збалансованого режиму харчування. Використані клініко-рентгенологічні методи оцінки стоматологічного статусу.

Результати дослідження. Було встановлено, що всі хворі основної групи мали множинний, переважно ускладнений карієс, що характеризувався гострим перебігом з локалізацією в пришийкових та на апроксимальних поверхнях зубів. Дещо рідше (71,4 ±1,2%) в порівнянні з каріозною хворобою був діагностований хронічний кандидозний ангулярний хейліт. У 82,14±0,8% хворих був діагностований хронічний катаральний гінгівіт з млявим перебігом і рідким загостренням патологічного процесу в м'яких тканинах пародонта. Нами діагностовано генералізований пародонтит початкового - I ступеня у 7,14±0,6% випадків з переважно симптоматичним катаральним гінгівітом. У 28,57±1,5% хворих на анорексію діагностований генералізований пародонтит початкового - I ступеня, із симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом гранулюючої форми. У всіх хворих на анорексію встановлено незадовільний рівень гігієни порожнини рота, що становив 3.1-4.7 бали за Ю.А.Федоровою - В.В.Володкіною та 2.1-3.5 бали за спрощеним індексом Грін-Вермільйона.

Висновки. Встановлено, що каріозна хвороба діагностована у 100% у хворих на нервову анорексію на тлі незадовільного стану гігієни порожнини рота. Ураження слизової оболонки порожнини рота представлені проявленням хронічного ангулярного хейлиту у 71,4±0,6%. Генералізовані ураження тканин пародонта у 82,14±0,8% хворих на анорексію представлені переважно млявим перебігом хронічного катарального гінгівіту, а у 28,57±1,5% хворих генералізованим пародонтитом початкового – I ступеню із симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом гранулюючої форми.

Висока частота та особливості прояву стоматологічних захворювань у хворих на анорексією вимагають включення цього контингенту пацієнтів до групи підвищеного ризику з наступною розробкою алгоритму лікування стоматологічних захворювань з урахуванням особливостей їх загального статусу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАТИНОТЕРАПІЇ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ТА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Бігун І. Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. На сьогодні існують переконливі докази ефективності статинотерапії в попередженні серцево-судинних катастроф.

Статинотерапія протягом перших 5 років сприяє поліпшенню прогнозу в наступні 20 років зменшення рівня загальної смертності на 13 %, серцево-судинної смертності на 21 %.

Рекомендації Європейського товариства кардіологів (ЄТК) та Європейського товариства з атеросклерозу (ЄТА) в 2016 році передбачають розподіл пацієнтів на 2 категорії:

1. Пацієнти, у яких діагностовані такі захворювання та стани відносяться до категорії високого та дуже високого ризику:

- документовані серцево-судинні захворювання (ССЗ): (ішемічна хвороба серця (ІХС)), ішемічний інсульт, транзиторна ішемічна атака (ТІА), захворювання периферичних артерій (ЗПА));
- цукровий діабет (ЦД) 1-го і 2-го типу;
- хронічні хвороби нирок (ХХН);
- дуже високий рівень окремих ФР (факторів ризику): загальний холестерин 8 ммоль/л або артеріальний тиск (АТ) більше 180/110 мм.рт.ст.

2. Усім іншим особам рекомендовано проводити стратифікацію ризику за шкалою SCORE.

Вибір статинів і їх дози:

1. Високоінтенсивна терапія. Зниження ХСЛПНЩ на 50% : розувастатин 20 (40) мг; аторвастатин 40-80 мг.

2. Помірноінтенсивна терапія. Зниження ХСЛПНЩ на 30-50%: розувастатин (5) 10 мг; аторвастатин 10 (20) мг; симвастатин 20-40 мг.

3. Низькоінтенсивна терапія. Зниження ХСЛПНЩ на <30%: симвастатин

10 мг.

Відповідно до цих рекомендацій, високоінтенсивна терапія показана всім хворим із документованими ССЗ, пацієнтам з ЦД, особам з рівнем ХСЛПНЩ ≥ 4,9 ммоль/л.

Помірноінтенсивна статинотерапія показана як захід профілактики пацієнтам з високим ССР (серцево-судинним ризиком) або пацієнтам з ЦД з помірним ризиком.

Препаратами вибору слід вважати розувастатин або аторвастатин. Вони в субмаксимальних дозах можуть забезпечувати ≥ 50% ліпідознижуючу дію.

Суттєвими перевагами у плані безпеки розувастатину є низька ліпофільність та практично повна відсутність взаємодії із системою цитохрому Р450, за участю якого метаболізується значна частина ліків.

Показано в дослідженні HOPE-3, що застосування 10 мг розувастатину сприяє зниженню ХСЛПНЩ на 26,5% і зниження частоти інфаркту міокарда на 35%, мозкового інсульту – на 30%.

На сьогодні статини є невід’ємним компонентом терапії пацієнтів високого та дуже високого ризику серцево-судинних ускладнень.

ВИВЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ЗМІН В ЗОНІ ГНІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

STUDY AND CORRECTION OF MICROCIRCULAR CHANGES IN THE PROTECTION ZONE OF PATIENTS WITH 2 TYPE DIABETES MELLITUS

Богачук М. Г.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Кафедра загальної хірургії

Актуальність. Характерною особливістю ранового процесу у хворих на цукровий діабет (ЦД) є те, що місцева реакція організму на пошкоджуючий фактор (мікробний збудник) в першу чергу проявляється у вигляді порушення локальної мікроциркуляції, виділенні медіаторів запалення і порушенні обмінних процесів в тканинах. При програмуванні лікування хворих гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин (ГЗЗМТ) на тлі ЦД 2 типу не завжди враховується стан мікроциркуляції у вогнищі запалення та навколо, порушення яких є одним з патогенетичних механізмів гнійної рани. Тому діагностика та лікування цих розладів є актуальною задачею загальної хірургії. Метою дослідження є вивчення локальної мікроциркуляції у хворих з ГЗЗМТ на тлі ЦД 2 типу в ділянці гнійного запалення та її корекція. Дослідження проводили за допомогою лазерної допплерівської флоуметрії (ЛДФ) для оцінки мікроциркуляції периферійних судин при поступленні хворих в клініку, на 4-5 та 11 добу лікування,за допомогою якого оцінювали зміни та можливість корекції порушень мікроциркуляції шляхом включення до комплексу лікування алпростаділу з вираженим вазодилатуючим ефектом.

У відповідності до мети дослідження було обстежено 30 хворих з ГЗЗМТ нижніх кінцівок на тлі ЦД 2 типу віком від 48 до 64 років (середні вік 58,16±8,73 р). Всі хворі були поділені на дві репрезентативні групи: основну - 16 хворих (до комплексу консервативної терапії було включено 60 мкг алпростаділу 1 раз на добу на 200 мл ізотонічного розчину) і контрольну - 14 хворих. Всі хворі були прооперовані відразу ж після госпіталізації з приводу ГЗЗМТ.

Основною патологією при обстеженні були флегмони нижніх кінцівок - 9 (56,3%) в основній і 5 (35,7%) в контрольній групах. Серед іншої патології - посттравматичні ускладнення: нагноєна гематома у 3 (18,7%) в основній і у 4 (28,6%) в контрольній групах, інфікована рана 3 (18,7%) і 2 (14,3%) відповідно.

Аналізуючи отримані дані, відзначено, що рівень кровонаповнення до лікування в центрі гнійного запалення був самим вищим - в основній групі становив 24,4±4,3, в контрольній - 23,5±5,2 і суттєво відрізнявся від контрольної точки в обох групах спостережень ($p<0,001$). Після проведеного лікування він суттєво знизився в зоні рани в обох групах, але в основній групі він був достовірно вищим, ніж в контрольній - 19,3±2,7 проти 16,8±2,1 відповідно ($p<0,01$).

В результаті отриманих даних можемо зробити висновок, що в основній групі після застосування алпростаділу збільшився кровоток в мікроциркуляторному руслі у всіх точках замірів. Клінічні показники динаміки лікування ГЗЗМТ корелювали з отриманими значеннями локальної мікроциркуляції: середній термін очищення рани скоротився в основній групі до 2,47±0,7доби проти 5,63±0,51в контрольній, поява грануляцій до 3,97±0,58доби проти 6,28±0,65, початок епітелізацій' до 6,17±0,65 доби проти 11,74 ±1,22, зменшення днів госпіталізації в основній групі порівняно з контрольною з 9,44±1,33до 15,44±1,69доби.

ЦИТОКІНОВИЙ СПЕКТР ТА СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ І ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

CYTOKINE SPECTRUM AND THE STATUS OF CELLULAR IMMUNITY IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Витриховський О. Я.

КЗ ЛОР Львівська обласна клінічна лікарня

Актуальність. В умовах сьогодення спостерігається ріст захворюваності на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальну астму (БА) і, при різному ступеню тяжкості перебігу цих захворювань виникають труднощі діагностики, що викликає необхідність визначення додаткових критеріїв, що і стало **метою даної роботи**.

Проведено імунологічне обстеження 165 (100 %) пацієнтів у віці від 18 до 69 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні, які були розділені на 2 групи: першу склали 77 (46,7 %) хворих на БА, другу – 88 (53,3 %) хворих на ХОЗЛ.

Дослідження інтерлейкінів IL-1ß, IL-4, IL-6 проведено методом імуноферментного аналізу, кількісний склад Т-ланки імунітету вивчали з використанням моноклональних антитіл.

В сироватці крові у хворих на БА виявлено незначне зростання IL-1ß та IL-2, зростання в 10,1 раза IL-6, IL-4 перевищував дані норми в 4,0 рази. У хворих на ХОЗЛ рівень IL-1ß перебував в межах норми, а IL-2 та IL-4 визначалися в 2,6 раза нижче даних норми, IL-6 перевищував рівень у донорів в 8,6 раза.

Інтерлейкіновий спектр у бронхоальвеолярному змиві хворих на БА характеризувався зростанням IL-1ß, зниженням в 5,8 раза IL-2, зростанням понад 10 разів рівнів IL-6 та IL-4. У хворих на ХОЗЛ рівні IL-1ß та IL-6 у 8 разів перевищували дані норми, IL-2 та IL-4 визначалися в межах норми.

Субпопуляційний склад лімфоцитів периферичної крові характеризувався зниженням CD_3^+- маркерів у хворих на БА та ХОЗЛ в 1,6 раза порівняно з даними норми – (46,20 ± 1,24) % і (47,25 ± 1,42) % проти (73,26 ± 1,48) %, ($p < 0,05$). Число CD_4^+- маркерів у хворих на БА та ХОЗЛ в 1,7 раза було знижене порівняно з даними норми (відповідно (23,92 ± 1,33) % і (24,95 ± 1,24) % проти (41,63 ± 1,52) %, ($p < 0,05$)). Аналогічної динаміки зниження зазнало число CD_8^+- лімфоцитів у обох групах обстежених

Індекс співвідношення CD_4^+/CD_8^+- лімфоцитів був знижений в 1,4 раза в обох групах обстежених у порівнянні з даними у донорів і становив (1,23 ± 0,12) у хворих на БА та (1,25 ± 0,11) у хворих на ХОЗЛ, ($p < 0,05$).

Рівень CD_{16}^+- лімфоцитів у хворих на БА та ХОЗЛ перевищував дані норми в 3 рази ((19,43 ± 1,36) % і (23,02 ± 1,11) % проти (6,62 ± 0,55) %, ($p < 0,05$)).

Висновок. Встановлене підвищення рівнів прозапальних цитокінів треба розцінювати як реакцію клітин на антигенне подразнення, що підтверджує прояв депресії Т-клітинної ланки імунітету, при чому більш виражені зміни встановлені у хворих на ХОЗЛ, ніж на БА.

ОПТИМАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST (NSTEMI)

OPTIMAL TREATMENT APPROACHES IN PATIENTS WITH NON ST-SEGMENT ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME (NSTEMI)

Галькевич М. П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра сімейної медицини ФПДО

Актуальність. За даними міжнародних реєстрів, щорічна кількість випадків гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST (NSTEMI) становить 3 особи на 1000 населення, при цьому упродовж року помирає понад 10% із них. Тому ведення таких пацієнтів вимагає ретельної стратифікації ризику розвитку подальших серцево-судинних подій та вибору оптимальної тактики лікування, враховуючи, що це є особи із високим кардіоваскулярним ризиком.

Мета дослідження. Простежити особливості перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) у пацієнтів з NSTEMI, залежно від обраної тактики лікування.

Матеріал та методи. Дослідженню підлягали 34 пацієнти з NSTEMI. У 19 з них було діагностовано гострий інфаркт міокарда (ГІМ) без елевації сегмента ST, а у 15 осіб – нестабільну стенокардію (НС). Серед них було 25 чоловіків та 9 жінок. Середній вік пацієнтів становив 64±9,8 роки. Усім пацієнтам було проведено коронарографію (КГ).

Результати. За результатами КГ у 10 пацієнтів з NSTEMI (~30%) виявили ізольоване односудинне ураження ВА на 60-70%, у 7 осіб – ураження 2-х артерій, а у 13 хворих – багатосудинні ураження. У решти 4 осіб були гемодинамічно незначимі зміни. Стентування ВА було проведено 21 пацієнту з NSTEMI, а в одному випадку здійснили тромбоаспірацію; у 2 пацієнтів з багатосудинним ураженням виконали аорто-коронарне шунтування (АКШ). Решта 10 осіб отримували медикаментозне лікування через відмову від стентування чи АКШ, а також за наявності м´язових містків у двох пацієнтів.

Стентування ВА у 2 випадках ускладнилось фібриляцією шлуночків (ФШ) з успішною дефібриляцією. Через 6 місяців після стентування ВА 2 осіб були повторно госпіталізовані з приводу прогресуючої стенокардії. У 5 пацієнтів з NSTEMI, в яких проводилась КГ та які отримували лише медикаментозну терапію, значно частіше виникали ангінозні болі, що було причиною їх повторних госпіталізацій у стаціонар упродовж року. В одного з них розвинувся ГІМ з елевацією сегмента ST (STEMI).

Висновки. У пацієнтів з NSTEMI, які підлягали КГ і стентуванню ВА, значно рідше виникали приступи стенокардії і необхідність у повторних госпіталізаціях упродовж 2-х років спостереження, навіть у випадку після перенесеної ФШ з успішною дефібриляцією. У той же час, у пацієнтів з NSTEMI, які відмовлялися від КГ і у яких не проводилося стентування ВА застосування лише «оптимальної медикаментозної терапії» не призводило до покращення переносимості фізичних навантажень, вимагало повторних госпіталізацій у стаціонар, у тому числі з приводу STEMI.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ З ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

CLINICAL CHARACTERISTICS OF LIVER DAMAGE IN YOUNG CHILDREN WITH HERPESVIRUS INFECTION

Гилюк О. Г.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Актуальність. Герпесвірусні інфекції є вельми актуальною проблемою для охорони здоров'я, що обумовлено високим рівнем ураженості населення, вкрай різноманітною клінічною картиною і частими рецидивами, здатністю викликати патологію вагітності, плода і захворювання новонароджених.

Мета роботи: вивчення характеру ураження печінки у дітей з клінічними маніфестними формами Епштейна-Барр вірусної інфекції.

Матеріали та методи: нами було обстежено 135 дітей, хворих на герпесвірусну інфекцію віком від 1 до 7 років. Першу основну групу обстеження склали 30 дітей з підтвердженою ізольованою гострою Епштейна-Барр інфекцією. Другу основну групу обстеження склали 105 дітей з мікст-інфекцією: 30 дітей з гострою Епштейна-Барр інфекцією в поєднанні з герпесвірусною інфекцією ½ типу; 25 дітей – з цитомегаловірусною інфекцією; 25 дітей – з герпесвірусною інфекцією 6 типу; 25 дітей – з герпесвірусною інфекцією 7 типу.

Результати. В період розпалу хвороби ми виявляли збільшення печінки та селезінки. Як правило, на початку захворювання, у пацієнтів мало місце збільшення селезінки в порівнянні з розмірами печінки. З часом, переважно кінець першого тижня хвороби до початку третього тижня хвороби, наростали розміри печінки. Спленомегалія відзначалася у (86,7%) хворих. Більше вираженими симптоми збільшення селезінки відмічались у віковій групі 3-6 років. Переважно спленомегалія була помірною, лише у 7

пацієнтів обстежених нами груп селезінка сягала розмірів 5 см нижче реберної дуги. У пацієнтів з поєднаною Епштейна-Барр вірусною інфекцією та цитомегаловірусом, або герпесвірусом 6 та 7 типів спленомегалія діагностувалась частіше, ніж у випадках ізольованого процесу викликаного лише Епштейна-Барр вірусом.

Серед обстежених нами пацієнтів основними проявами на тлі залучення в патологічний процес печінки були біль в животі (37,8%), біль у правому підребер'ї (44,5%), зниження або відсутність апетиту (69,8%), нудота (50,2%). Нами відмічено, що максимальних розмірів печінка при герпесвірусній інфекції сягає на 4-10-й день захворювання. Пальпаторно відмічали помірну болючість. Так, більш виражене збільшення печінки відмічалось у віковій групі 3-6 років. Достовірно більш значущою вона спостерігалась у пацієнтів з Епштейна-Барр вірусною інфекцією в поєднанні з цитомегаловірусною інфекцією ($p < 0,05$).

Висновки: найбільш вираженим збільшення розмірів печінки і селезінки спостерігали у пацієнтів з Епштейна-Барр вірусною інфекцією в поєднанні з цитомегаловірусною інфекцією. Достатньо швидко до нормальних розмірів приходили розміри селезінки, на противагу – розміри печінки достатньо тривало залишались збільшеними, що супроводжувалось функціональними змінами з боку печінки.

ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

TREATMENTOFINFANTILEHEMANGIOMAS

Голота Т. В., Тютенко Г. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра неонатології

Актуальність. Гемангіоми є найпоширенішими доброякісними пухлинами в дитячому віці. Частота становить від 1,0–2,6% у доношених

новонароджених, серед передчасно народжених дітей до 23,0%, та до 10% гемангіом зустрічається у дітей віком до 1 року.

Мета роботи. Вивчити особливості лікувальної тактики різних видів гемангіом у дітей раннього віку.

Матеріали та методи. Проаналізовано актуальні вітчизняні та міжнародні наукові публікації і клінічні настанови за даною тематикою.

Результати. Гемангіоми типово локалізуються на шкірних покривах, однак також можуть виявлятися і у внутрішніх органах, найчастіше у печінці. Топічно гемангіоми в 60% випадків локалізуються в ділянці голови та шиї, в 25% – в ділянці тулуба та в 15% випадків відмічаються на кінцівках. У 10,0% випадків зріла гемангіома виявляється вже при народженні. Однак у більшості випадків вони невидимі та з'являються впродовж перших тижнів життя (70,0% усіх гемангіом). З-поміж перших симптомів відмічають плоску рожеву пляму, оточену телеангіектазіями. В одних випадках це незначні косметичні дефекти, які підлягають спонтанній інволюції, в інших – гемангіоми спричиняють функціональні розлади або навіть становлять безпосередню загрозу життю.

Усі методи лікування гемангіом поділяються на локальні (хірургічне лікування, лазерна абляція, селективна ендоваскулярна емболізація) та системні (кортикостероїди, інтерферон α2а, цитостатики, прокоагулянти) з можливою їх комбінацією.

Фактори, що впливають на вибір тактики лікування включають: розмір, локалізацію, глибину, фазу життєвого циклу гемангіоми. Основними принципами є: попередження або лікування небезпечних для життя ускладнень гемангіом; усунення дефектів обличчя після регресії гемангіоми; запобігання або адекватне лікування виразки, зведення до мінімуму таких ускладнень як рубці, інфекція та біль; динамічне спостереження за ураженнями, які можуть спонтанно регресувати.

Висновки. Рання діагностика важлива для визначення лікувальної тактики – активної чи вичікувальної. Індивідуалізований підхід сприяє

підвищенню ефективності лікування гемангіом та зниженню ризику розвитку ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОЇ HDR БРАХІТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕМЕЛАНОМНОГО РАКУ ШКІРИ

USE OF INTERSTITIAL HDR BRACHYTHERAPY IN THE TREATMENT OF NON-MELANOMA SKIN CANCER

[1, 2]***Гороть І. В.***, [1]***Ткаченко М. М.***, [2]***Ременник О. І.***

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

Кафедра радіології та радіаційної медицини,

[2]КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер»

Відділення променевої терапії

Актуальність. До немеланомного раку шкіри (НМРШ) відноситься базально- і плоскоклітинний рак шкіри. Щороку реєструється понад 20 тисяч нових випадків захворюваності на НМРШ. Незважаючи на рідкісне метастазування НМРШ може призводити до суттєвої локальної деструкції тканин, що призводить до спотвореного вигляду.

Мета роботи. Оцінити ефективність внутрішньотканинної брахітерапії (ВТБ) при режимі опромінення 32 Гр за 4 фракції.

Матеріали та методи. 46 пацієнтів з гістологічно підтвердженим базально- (34 пацієнта) і плоскоклітинним – 13 раком шкіри отримали курс ВТБ у відділенні променевої терапії КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер». Згідно Міжнародної класифікації було встановлено $T_1N_0M_0$ – у 16 пацієнтів, $T_2N_0M_0$ – 23, $T_3N_0M_0$ – 8. Після локальної анестезії пацієнтам вводили “hand free” металеві голки безпосередньо в пухлинне вогнище. Кількість аплікаторів залежала від об’єму враження, розташування критичних органів і додаткового опромінення 3-7 мм по відношенню до видимої границі пухлинного

утворення. Разова вогнищева доза становила 8 Гр, число фракцій – 4, сеанси опромінення проводили 2 рази на тиждень. Планування лікування проводили під 3D КТ контролем за допомогою програмного забезпечення *Oncentra 3.1*. Всі пацієнти опромінювалися на апараті *MicroSelectron* (джерело ^{192}Ir). Контроль результатів лікування проводили щомісячно перші 4 міс., далі – 1 раз у квартал.

Результати. У всіх пацієнтів на 2-3 тижні після проведення курсу ВТБ спостерігалися місцеві променеві реакції у вигляді тимчасової гіперемії оточуючих здорових тканин, до яких підводилася 60-80 % ізодоза згідно рекомендацій. Після 3-4 тижнів спостереження променеві реакції вщухали і на місці опромінення формувалася кірка, під якою утворювалася нова молода тканина. За п’ять років спостереження у 96 % пацієнтів спостерігали повний регрес первинного пухлинного вогнища, променевих ушкоджень не виявлено, а у 4 % – встановлено локальні рецидиви в середньому через 18 міс після лікування (1 – у пацієнта з раком нижньої губи при неодноразовому травмуванні опроміненої ділянки в післяпроменевому періоді, 1 – з повторним рецидивом рака вушної раковини після хірургічного лікування).

Висновок. Таким чином, завдяки застосуванню внутрішньотканинної HDR брахітерапії в режим опромінення 32 Гр за 4 фракції спостерігається повний регрес первинного пухлинного вогнища без косметологічного дефекту. За період спостереження променевих ушкоджень не виявлено при такому режимі фракціонування.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ФУТБОЛІСТІВ ДИТЯЧИХ СПОРТИВНИХ ЗАКЛАДІВ У ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ПЕРІОДІ

FEATURES OF MEDICAL AND PHYSICAL REHABILITATION OF FOOTBALLERS OF CHILD'S SPORTING ESTABLISHMENTS ARE IN POSTTRAVMATICHNOMU PERIOD

Гурка О. І.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання та спортивної медицини

Актуальність теми. У спортивній медицині реабілітація спортсменів внаслідок частих травм та захворювань опорно-рухового апарату (ОРА) продовжує залишатися актуальною.

Метою роботи було визначення ефективності застосування засобів медичної та фізичної реабілітації у футболістів дитячих спортивних закладів в посттравматичному періоді.

Матеріали та методи. Профілактичні та реабілітаційні заходи проводили серед 109 футболістів дитячих спортивних закладів, які були розділені на три групи: 47 спортсменам застосовували стретчинг, точковий та сегментарний масаж по меридіанах, тейпинг, фонофорез, локальний кріомасаж після тренувань; 25 спортсменам - масаж з аналгезивними мазями, холодовий електрофорез з анестетиками та ферментами, вправи на розтягування; 37 спортсменам відновлювальні заходи проводили за загальноприйнятою методикою.

Результати досліджень та висновки. Ризик виникнення травм і захворювання ОРА вдалося знизити у групах відповідно: 36 (83,7 %), 18 (72,0 %), 24 (64,8 %). Раннє відновлення тренувань змогли здійснити 37 (35,2 %) спортсменів на тренажерах з тейпами, що значно перевищувало дані другої і третьої груп. Лікувально-реабілітаційний комплекс прискорив процеси репаративної регенерації за рахунок відновлення тренувань на тренажерах з тейпами.

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЗИПРАЗИДОНУ У КРОВІ МЕТОДОМ ВЕРХ/МС

DEVELOPMENT OF A METHOD FOR THE ZIPRASIDONE QUANTIFICATION IN HUMAN BLOOD USING HPLC/MS

Давидович С. І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра токсикологічної та аналітичної хімії

Актуальність. Зипразидон – атиповий антипсихотичний препарат, що широко використовується для лікування шизофренії. При передозуванні чи прийомі його разом з деякими лікарськими засобами, що подовжують інтервал QT нерідко розвивається аритмія типу Torsaide de Pointes, можливі випадки раптової серцевої смерті та суїциду.

Мета: розробка ефективних методів ізолювання зипразидону із крові і методик кількісного визначення цього препарату.

Матеріали і методи. Зразки крові отримували у Львівському обласному центрі служби крові, перевіряли на відсутність лікарських засобів та зберігали при 4 °С. Готували модельні суміші препарату із 5 мл крові (n=5), вміст препарату в кожному зразку становив 0,2 мкг/мл; 0,5 мкг/мл; 1 мкг/мл та 5 мкг/мл. Проби крові із зипразидоном 2 хв змішували в змішувачі типу “Vortex” і досліджували через 2 год після виготовлення. Протягом цього часу кров зберігали при температурі 4 °С. Паралельно готували контрольні проби крові, дослідження яких проводили паралельно з основними.

В кожну пробу вносили по 5 мл 20 % розчину оксалатної кислоти та 20 хв обробляли ультразвуком (частота 52 кГц). Після цього зразки центрифугували (10000 об/хв, 15 хв). Центрифугати відокремлювали, а залишок повторно обробляли 2 мл 20 % розчину оксалатної кислоти, після чого рідину відокремлювали центрифугуванням. Центрифугати об’єднували, доводили 30 % розчином натрію гідроксиду до pH=10 та двічі екстрагували зипразидон хлороформом.

Хлороформні витяжки випарювали в потоці азоту, а сухі залишки кількісно розчиняли в 200 мкл 96 % етанолу, розводили водою очищеною до

1 мл та очищали методом ТФЕ на картриджах Strata-X. Елюювали зипразидон 96 % етанолом. В елюатах визначали кількість зипразидону методом ВЕРХ/МС. Умови аналізу наступні: хроматограф Agilent 1260 Infinity HPLC System з мас-селективним детектором, колонка Zorbax SB-C18 (50 мм х 2,1 мм, 1,8 мкм). Температура колонки 40 ^{o}C. Рухома фаза: вода – 0,1 % форміатна кислота (елюент А) та ацетонітрил – 0,1 % форміатна кислота (елюент В). Швидкість рухомої фази – 0,4 мл/хв. Режим подачі рухомої фази - бінарний градієнт (з моменту старту по 10 хв – розчинники А і В подавали у співвідношенні 95:5; з 10 хв по 15 хв – 0:100; 15 хв. – 100 % В). Об'єм введеної проби – 2 мкл.

Результати. Ідентифікацію зипразидону здійснювали за часом утримування 12,66 ± 0,02 хв та за основним сигналом m/z 413-414. Запропонованим методом із крові ізолюється 77-78 % зипразидону. Відносна похибка кількісного визначення зипразидону в крові методом ВЕРХ/МС не перевищує 0,49 %. Межа кількісного визначення зипразидону у крові складає 25 нг/мл.

Висновки. Результати проведених досліджень показали, що для екстракції зипразидону із крові можна успішно застосовувати поєднання рідинної екстракції з твердофазною екстракцією, а використання методу ВЕРХ/МС для кількісного визначення препарату дозволяє визначати як терапевтичні, так і токсичні його концентрації.

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ВИДІЛЕННЯ МІРТАЗАПІНУ З МОЗКУ

DEVELOPMENT OF THE METHOD MIRTAZAPINE ISOLATION FROM BRAIN

Дармограй Н. М., Галькевич І. Й.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра токсикологічної та аналітичної хімії

Актуальність. Міртазапін – сучасний лікарський засіб, який належить до норадренергічних та специфічних серотонінергічних антидепресантів. За хімічною будовою це (±)-1,2,3,4,10,14b-гексагідро-2-[11C]метилпіразино(2,1-а)піридо(2,3-с)(2)бензазепін. Проявляє антипсихотичний, тимоаналептичний і анксіолітичний ефекти. При комбінуванні міртазапіну з іншими лікарськими засобами та передозуванні виникають небажані токсичні ефекти, які проявляються кардіотоксичною та гепатотоксичною дією препарату. Описано смертельні випадки отруєнь після вживання міртазапіну з метою суїциду.Міртазапін характеризується високим ступенем селективності щодо впливу на серотонінергічні та адренергічні процеси в мозку. Визначенню його вмісту в даному органі присвячені лише окремі роботи. Тому розробка методики виділення міртазапіну з тканини мозку є **актуальним завданням** сучасної аналітичної токсикології. Концентрація міртазапіну, як і більшості антипсихотиків, в тканині мозку є досить низькою, тому **мета роботи** полягала у розробці простої, швидкої, точної та чутливої методики його виділення із тканини мозку.

Матеріали та методи. Підготування проб біологічного матеріалу проводилось наступним чином: досліджувані проби мозку (5 г) заливають ацетонітрилом до повного покриття частинок, підкислюють 1 М розчином хлоридної кислоти до pH 2-3 (за універсальним індикатором) і настоюють 1 год. Кислі витяжки зливають, а біологічний матеріал ще двічі настоюють із новими порціями ацетонітрилу по 1 год при перемішуванні і контролі pH. Витяжки із кожної порції мозку об’єднують та розводять дистильованою водою (1:1). Вносять 25 % розчин амонію гідроксиду до pH 7-8. Екстракцію проводять хлороформом тричі. Хлороформні витяжки об’єднують, випаровують досуха та розчиняють в 10 мл 96 % етанолу. Кількісне визначення міртазапіну, виділеного із тканини мозку, проводять методом газорідинної хроматографії із мас-спектрометрією (ГХ-МС).

Результати та висновки. Методом ГХ-МС можна визначити 59,5±0,39 % (ε = 0,57 %) міртазапіну в мозку. Розроблену методику можна рекомендувати для експрес-скринінгу міртазапіну в мозку при отруєннях.

РОЛЬ ДЕФІЦИТУ 25-ГІДРОКСИХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛУ У КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ МУКОВІСЦИДОЗУУ ДІТЕЙ

ROLE OF 25-HYDROXYCHOLECALCIFEROL DEFICIENCY IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

Демянишина В. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра педіатрії №2

Муковісцидоз (МВ) – це спадкове генетичне мультисистемне захворювання, що вражає переважно респіраторний тракт та травну системи. Прогресуюча дихальна дисфункція та екзокринна недостатність підшлункової залози являються вирішальними для перебігу та прогнозу захворювання. Вітамін $Д_3$ впливає на механізми неспецифічного захисту респіраторного тракту та систему імунної специфічної відповіді, тому вивчення впливу холекальциферолу у клінічному перебігу МВ є актуальним завданням.

Мета роботи - оцінка ролі дефіциту 25-гідроксихолекальциферолу (25(ОН)Д) в сироватці крові у клінічному перебігу муковісцидозу у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 74 дитини, хворих на муковісцидоз, віком до 17 років (середній вік 9,48±0,57 років). Всім проводились загальноклінічні обстеження та визначався у сироватці крові вміст 25(ОН)Д методом ІФА. Рівень вітаміну $Д_3$ оцінювали як: недостатність – менше 10 нг/мл, зниження –10-30 нг/мл, оптимальний – більше 30 нг/мл.

Результати досліджень. У 58,1% обстежених пацієнтів виявлено зниження та у 5,4% недостатність 25(ОН)Д. Середній вік хворих із зниженим 25(ОН)Д 9,33±0,63 років, недостатнім – 8,25±1,88 років. При оцінці

результатів копрограми, у пацієнтів, які мали велику кількість нейтрального жиру, середній рівень 25(ОН)Д складав 27,95±0,98 нг/мл. У пацієнтів без змін - рівень 25(ОН)Д склав 30,35±1,47 нг/мл.

У хворих з достатнім рівнем 25(ОН)Д показники спірометрії були наступні: FEV1 (90,05±3,9), FVC (72,85±8,2), PEF (65,78±9,0), FEF25/75 (87,45±9,4), в той час коли при зниженому рівні 25(ОН) показники спірометрії менші - FEV1 (77,33±4,6), FVC (62,88±6,5), PEF (57,65±9,8), FEF25/75 (66,96±6,6).

Нами було виявлено, що найбільш часто висівались культури *St.aureus* (39,08±5,2%), *Ps. aeruginosa* (24,14±4,5%), *Str. viridans*(36,78±5,1%), *Str. Agalactiae*(16,08±3,9%), *C. albicans*(45,94±5,3%). Хворі, інфіковані *Ps. Aeruginosa, Str. Agalactiae, St. pneumoniae* малинайменші показники вітаміну $Д_3$, та становили 27,60±1,42, 25,81±1,98 та 26,25±3,37 нг/мл відповідно.

Висновки. 63,5% обстежених дітей мали дефіцит 25(ОН)Д. Найбільша недостатність спостерігалась у дітей віком 8,25±1,88 років у періоді ремісії. У дітей з панкреатичною недостатністю рівень 25(ОН)Д був в 1,3 рази менший, ніж у дітей без панкреатичної недостатності. Показники спірометрії у дітей із оптимальним рівнем вітаміну були в середньому на 10% вищі, ніж у дітей із зниженим. Хворі, інфіковані *Ps. Aeruginosa, Str. Agalactiae, St. pneumoniae* малинайменші показники 25(ОН)Д.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

POSTTRAUMATIC OSTEOMYELITIS OF THE LOWER JAW IN CHILDREN

Егоров Р. И.

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста

Актуальность. Переломы нижней челюстей у детей составляют 95% среди всех повреждений костей лицевого скелета. Одним из осложнений переломов является посттравматический остеомиелит.

Цель. Определить причины развития посттравматического остеомиелита нижней челюсти по данным клиники.

Материалы и методы. Анализ 68 историй болезней детей с травматическими переломами нижней челюсти проходившие лечение на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ им.А.А.Богомольца за 2017год.

Результаты. Переломы мыщелковых отростков нижней челюсти составили: односторонние 19 (27,9%), двусторонние 7(10,3%); в области тела 12(17,6%); тела и угла 9(13,2%); угла 9(13,2%); срединные переломы 4(5,9%), ментального отдела 4(5,9%); ментального отдела и угла 2 (3%); множественные оскольчастые 2(3%).

Причинами развития острого остеомиелита у 2 (50%) детей стала диагностическая ошибка. На ортопантомограмме, проведенной при первичном обращении не было выявлено нарушения целостности нижней челюсти из-за отсутствия смещения фрагментов. У остальных 2 (50%) развилась хроническая деструктивная форма, из-за неадекватной иммобилизации. Для иммобилизации нижней челюсти применялись шины Тигерштедта, в 19 (28%) случаев был проведен метало-остеосинтез (МОС). У 1 (25%) ребенка в период сменного прикуса отломки были фиксированы шинами Тигерштетда, стабильность которой нарушилась спустя 6 дней, что привело к подвижности фрагментов. 1 (25%) ребёнку, которому проводился МОС нижней челюсти в связи с оскольчастым переломом в подбородочном отделе, были не корректно осуществлены фиксация и выбор направления фиксирующих элементов: к пластине не были фиксированы свободно-лежащие фрагменты, отсутствовала стабильная фиксация отломков; винтами были повреждены зачатки постоянных зубов.

Выводы. Осложнением, возникающим после переломов нижней челюсти в 6% случаев, является развитие остеомиелита, причинами которых явились неправильный выбор рентгенологического исследования и его интерпретация, а также неадекватность фиксации отломков нижней челюсти.

ВПЛИВ ДЕФЛОРАЦІЇ *AESCULUS HIPPOCASTANUM L* НА КІЛЬКІСНІ І ЯКІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛІКАРСЬКОЇ СИРОВИНИ

THE INFLUENCE OF RECURRENT BLOSSOMING *AESCULUS HIPPOCASTANUM L.* ON THE QUANTITATIVE AND QUALITATIVE CHARACTERISTICS OF THE MEDICINAL HERB

Криклива С. Д., Кременська Л. В., Бобровська О. А., Сергєєв С. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра фармації

Актуальність. Фенологічні спостереження за рослинами *Aesculus hippocastanum L.* необхідні для визначення строків збору лікарської рослинної сировини.

Метою наших досліджень було визначення настання фенологічних фаз *A. hippocastanumL.* в умовах Правобережного Лісостепу України, встановлення залежності насіннєвої продуктивності від дефлорації.

Об'єктами досліджень були: морфогенез, настання та тривалість фенофаз розвитку рослин *A. hippocastanum L.*

При проведенні експериментальних досліджень ми користувались наступними методами: візуального спостереження (при виявленні фенофаз розвитку), описовим та математичним (обрахунковим і статистичним – програма Statistica 06 для визначення похибки середнього арифметичного).

В 2012- 2016рр. спостерігалось повторне цвітіння *A. hippocastanum L.* – дефлорація в другій декаді жовтня. Ймовірними причинами атипового морфогенезу є підвищений температурний режим літа-осені відповідних

років, а також ураження листків рослин міллю *Cameraria ohridella*, що призводить до прискорених темпів вегетації, ослаблення рослин та більш раннього настання періоду спокою. Як наслідок, в наступний вегетаційний період відбувається формування меншої кількості квітучих пагонів у рослин-фенотипів *A. hippocastanum L.*

В атипові щодо погодних умов роки дефлорація спостерігалась у 16,36±1,81% екземплярів *A. hippocastanum L.* Як результат, на 12-15% зменшувалась насіннєва продуктивність в наступні вегетаційні періоди.

Перспективним є виявлення впливу дефлорації на вміст біологічно активних речовин у квітках та насінні *Aesculus hippocastanum L.*

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ β-ЛАКТАМНИХ АНТИБІОТИКІВ ЩОДО *ACINETOBACTERBAUMANNII, PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ЯК ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ОПІКАМИ

RESEARCH OF ANTIMICROBIAL EFFECTIVENESS OF β-LACTAM ANTIBIOTICS AGAINST *ACINETOBACTERBAUMANNII, PSEUDOMONAS AERUGINOSA* AS PATHOGENS OF INFECTIOUS COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH BURNS

Назарчук О. А., Осадчук Н. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра мікробіології

Актуальність. Значне розповсюдження антибіотикорезистентних штамів *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* серед збудників інфекційних ускладнень визнано однією загрозливих проблем ефективного лікування хворих з опіками.

Мета – вивчення чутливості до β-лактамних антибіотиків клінічних ізолятів неферментуючих грамнегативних бактерій *A. baumannii*, *P. aeruginosa* як збудників інфекційних ускладнень у хворих з опіками.

Матеріали та методи. Від 435 пацієнтів з опіками II-а-б-III ступеня, в 2011-2016 рр. було виділено штами *A. baumannii* (n=220), *P. aeruginosa* (n=125) до призначення антибактеріальної терапії. Протимікробну ефективність ампіциліну/сульбактаму, амоксициліну/клавуланату, піперациліну/тазобактаму, цефоперазону/сульбактаму, іміпенему, меропенему оцінювали за показниками чутливості клінічних штамів *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, яку визначали за допомогою стандартних мікробіологічних методів (диско-дифузійний та метод двократних серійних розведень). Встановлено аналітичну залежність динамічних прогностичних критеріїв зміни реальної чутливості штамів *A. baumannii*, *P. aeruginosa* до цих антибіотиків за допомогою математичного прогнозування, з використанням програм "STATISTICA 7"; "Matlab 7.11".

Результати. Встановлено низьку чутливість штамів *A.baumannii* до бета-лактамних антибіотиків. Визначено зміну профілю чутливості антибіотиків *A. baumannii*, *P. aeruginosa* в 2011-2016 рр. У ізолятів *A. baumannii* встановлено низьку чутливість до цефоперазону/сульбактаму (55,6%), іміпінему (57,1%), меропенему (52,8 %). На основі реальної чутливості доведено прогностичне зниження чутливості *A. baumannii* до цефоперазону/сульбактаму (25,0%), зростання резистентності ацинетобактерій до іміпенему (до 75,0%), меропенему (до 84,3%).

Встановлена аналітична залежність динамічних прогностичних критеріїв зміни чутливості засвідчила низьку чутливість до амоксициліну/клавуланату *A. baumannii* (13,3 %), *P. aeruginosa* (30,43 %). Доведено зниження чутливості до ампіциліну/сульбактаму (11,1-30,40%), цефтазидиму (25,92 %), цефепіму (30,76 %), цефоперазону/сульбактаму (45,45 %). Чутливість синьогнійної палички до карбапенемів прогностично мала характер експоненційного зниження вдвічі (іміпенем – 44,40 %) та

лінійного зменшення (меропенем – 45,50 %). Прогностичне відновлення чутливості спостерігали в штамів *A.baumannii* до ампіциліну/сульбактаму (3,4 – 70,2 %).

Висновок. *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, володіють низькою чутливістю до інгібітор-захищених β-лактамних антибіотиків та карбапенемів, що свідчить про їх прогностично низьку ефективність в профілактиці, лікуванні обпечених хворих з інфекційними ускладненнями.

АНАЛІЗ ПРОВІДНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У РАЗІ ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

THE ANALYSIS OF THE MAIN RISK FACTORS IN DEVELOPING ISCHEMIC STROKE IN YOUNG ADULTS

Небор Я. Я.

Національний медичний університет О.О. Богомольця

Кафедра неврології,

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Актуальність. Дослідження останнього десятиріччя свідчать, що збільшення кількості розвитку випадків мозкового інсульту, яке відбувається за рахунок збільшення поширеності основних факторів ризику, залишається однією з найгостріших медико-соціальних проблем, у зв’язку з високим рівнем летальності, значною інвалідизацією та соціальною дезадаптацією пацієнтів молодого працездатного віку.

Мета дослідження - проаналізувати частоту розвитку факторів ризику виникнення ішемічного інсульту у осіб молодого віку.

Матеріали і методи. З метою аналізу поширеності факторів ризику ішемічного інсульту було обстежено 72 пацієнти. В основну групу (осіб молодого віку (18-45 років)) увійшло 37 пацієнтів (середній вік 34,5±1,2 років). В другу (контрольну) групу (осіб середнього віку (46-60 років))

увійшло 35 пацієнтів (середній вік 57,1±1,8 років). Діагноз ішемічного інсульту встановлювався на підставі стандартних клінічних та нейровізуалізаційних критеріїв.

Результати дослідження. Серед обстежених хворих у двох групах виявлено, що артеріальною гіпертензією страждали 60 (83,3%) пацієнтів, з яких 26 (70%)-в основній групі і 34 (97,1%)-у контрольній. У пацієнтів з контрольної групи також частіше відзначалися гіпертонічні церебральні кризи (у 19 (51,4%)-основної групи і 29 (82,9%)-контрольної). В основній групі, у порівнянні з контрольною, спостерігалося достовірне превалювання таких патофізіологічних факторів як миготлива аритмія (у 14 (37,8%)-основної групи та 9 (31,5%)-контрольної), водночас у контрольній групі частіше спостерігався цукровий діабет (у 8 (21,6%)-основної групи і 16 (45,7%)-контрольної) та ожиріння (у 13 (35,1%)-основної групи і 20 (57,1%)-контрольної). При аналізі соціальних факторів у хворих основної групи спостерігалось превалювання у показниках незбалансованого та нерегулярного харчування (у 29 (78,4%)-основної групи та 23 (65,7%)-контрольної), а також шкідливих звичках (у 28 (75,6%)-основної групи та 25 (71,4%)-контрольної). Аналіз анамнестичних даних з серцево-судинної та цереброваскулярної патології також виявив статистично достовірну обтяжену спадковість у осіб молодого віку (у 30 (81%)-основної групи та 24 (68,5%)-контрольної, $p<0,05$)).

Висновок. Аналіз поширеності коморбідної патології та факторів ризику розвитку ішемічного інсульту дозволить планувати комплекс діагностичних заходів у кожному конкретному випадку, що може істотним чином поліпшити якість лікування цієї важкої патології та зменшити летальність серед пацієнтів молодого віку.

ЗВ'ЯЗОК РІВНІВ ЛЕПТИНУ КРОВІ З КЛІНІКО-ДЕМОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

RELATIONSHIP BLOOD LEPTIN LEVELS WITH CLINICAL AND DEMOGRAPHICINDICES IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Новоселецький В. О., Станіславчук М. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра внутрішньої медицини №1

Актуальність. Згідно сучасних літературних даних, лептин, як активний прозапальний медіатор, може сприяти деградації всіх структурних компонентів суглоба та бути одним з ключових факторів в складному патогенезі остеоартрозу (ОА). Тому взаємозв'язок між рівнем лептину та розвитком ОА, а саме, зв'язки з клінічними симптомами, перебігом захворювання, генетичним статусом є перспективними щодо подальшого вивчення.

Мета роботи: вивчити вміст лептину в сироватці крові та його зв'язок з клініко-демографічними показниками у хворих на ОА.

Матеріали та методи:Обстежена 71 пацієнтка з ОА колінних суглобів, що знаходилась на лікуванні у Вінницькій обласній лікарні ім. М.І.Пирогова. Діагноз встановлювализгідно наказу МОЗ України від 12.10.2006 №676.Контрольну групу становили 32 практично здорові жінки репрезентативних за віком. Вміст лептину в сироватці крові визначали імуноферментним методом за набором «Leptin (Sandwich) ELISA (EIA-2395)» (DRG, Germany) відповідно до інструкції фірми виробника.

Результати:Встановлено, що за рівнем лептину в крові групи хворих на ОА та практично здорових осіб достовірно відрізняються, а саме, в осіб з ОА рівень лептину виявився достовірно вищим (M ± SD) - 11,90 ±7,08 нг/мл проти 9,75±5,21 нг/мл, (p=0,047). Водночас, не було встановлено зв'язку рівня лептину в кробі з віком як у хворих, так і осіб контрольної групи. Також не було виявлено достовірного зв'язку рівня лептину з індексом маси тіла (p=0,17).

Розподіл рівнів лептину за тривалістю захворювання достовірного зв'язку не виявив (тест Фішера, p=0,33), та з'ясовано, що при олігоостеоартрозі рівень лептину становив 12,44±6,85 нг/мл проти 10,90±7,3 нг/мл, при поліостеоартрозі, однак різниця виявилась недостовірною (p=0,194). При співставленні рівня лептину сироватки крові з рентгенологічною стадією ОА знайдено достовірні відмінності в рівнях лептину між II та I, а також II та III стадіями (p=0,0432). В той же час не виявлено достовірних асоціативних зв'язків між рівнем лептину в крові та порушенням функції суглобів (p=0,753).

Висновки: Таким чином, у хворих на ОА виявлено суттєве підвищення лептину в крові, що асоціювалось з рентгенологічною стадією захворювання, що вказує на можливу патогенетичну роль цього інтермедіата при ОА.

КОРЕКЦІЯМАКРОСКОПІЧНОГО СТАНУ ЛЕГЕНЬ ЩУРІВ КОЛОЇДНО-ГІПЕРОСМОЛЯРНИМ РОЗЧИНОМ В УМОВАХ ОПІКОВОГО ШОКУ

CORRECTION OF THE MACROSCOPIC STATUS OF LUNGS RAT'S WITH A HELP OF COLLOID-HYPEROSMOLAR SOLUTION IN CONDITIONS OF BURN SHOCK

Очеретнюк А. О., Паламарчук О. В., Ващук В. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Актуальність. Висока частота розвитку ОШ в результаті опікової травми, тяжкість цієї патології, високий відсоток ураження легень при цьому, зокрема, розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому, і відома властивість інфузійних розчинів на основі ГЕК поряд з корекцією гіповолемічного шоку та септичного стану не збільшувати кількість рідини в легенях, не порушувати в них газообмін, актуалізує пошук та вивчення нових комбінованих колоїдно-гіперосмолярних інфузійних розчинів (КГР). Одним з

таких препаратів є розчин HAES-LX 5% (Львівський Інститут патології крові та трансфузійної медицини, торгова назва «Гекотон» , реєстраційне посвідчення № UA/13224/01/01.).

Метою роботи булообґрунтувати доцільність застосування КГР HAES-LX 5% у порівнянні з лактопротеїном з сорбітолом (ЛПС) для корекції макроскопічного стану легень (кольору, поверхні, консистенції, наявності крововиливів) щурів без опіку та в умовах ОШ. В якості контрольної патології використаний 0,9% розчин NaCl. Дослідження були проведені на експериментальній моделі опікового шоку середнього ступеня тяжкості, який викликали термічним опіком II^{a} ступеня (площею 21-23 % поверхні тіла щурів) за методикою Regas F.S.(1992). Розчини HAES-LX-5%, ЛПС та 0,9% NaCl застосовували в дозі 10 мл/кг в/в протягом 5 хв через 1 годину після моделювання ОШ; наступні інфузії – 1 раз на добу протягом 7 діб.

Результати дослідження показали, що у тварин без опіку показник макроскопічного стану легень склав відповідно: 1,333 ± 0,516 на тлі 0,9% розчину NaCl; 0,667 ± 0,516 на тлі ЛПС; 0,500 ± 0,548 на тлі HAES-LX 5%. Це свідчить, що стан легень подібний до інтактних тварин, а препарати не виявляють пульмотоксичного впливу. Опіковий шок призводив до змін зовнішнього стану легень шурів, що очевидно, пов’язано з судинними порушеннями в органі. У щурів з групи контрольної патології показник макроскопічного стану легень склав 5,00 ± 0,00 балів, що свідчить про слабку захисну дію 0,9% розчину NaCl. На тлі введення розчинів HAES-LX 5% та ЛПС протягом 7 діб інтегральний показник макроскопічного стану легень склав відповідно: 2,333 ± 0,516 та 2,500 ± 0,548 балів, що вірогідно нижче рівня контрольної патології. Це свідчить про більш виражену захисну дію досліджуваних розчинів, ніж таку у 0,9% розчину NaCl, що пов’язано з покращенням мікроциркуляції в тканині легень.

Таким чином, отримані дані свідчать про пульмопротекторний ефект КГР HAES-LX 5% та ЛПС при ОШ та впливають на системний рівень, стабілізують гемодинаміку, покращують мікроциркуляцію, зменшують

інтоксикацію організму і нормалізують функціональний стан легень. Це є важливим для обґрунтування можливостей використання препаратів в клінічній практиці у фармакотерапії ОШ.

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ

RESEARCH OF THE RESISTANCE OF MICROORGANISMS TO ANTIMICROBIALS

Палій Г. К., Павлюк С. В., Дудар А. О., Палій Д. В., Кулик А. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра мікробіології

Актуальність. Резистентність мікроорганізмів до лікарських препаратів (ЛП) залишається важливою проблемою медицини, яка характеризує здатність мікроорганізмів розмножатись в їх присутності. Дію ЛП на збудників захворювань регулюють різні дози, що підтримують концентрацію ліків в організмі протягом всього курсу лікування. В одному біотопі можуть знаходитись збудники, які мають відмінності по спектру, рівню чутливості. В процесі лікування хворих часто відбувається зміна властивостей.

Мета. Дослідження формування резистентності в мікроорганізмів до антисептиків.

Матеріали та методи. Досліди проводили на стафілококах, дифтерійних паличках, клінічних штамах Candidaalbicans. Вирощування мікроорганізмів проводили на відповідних твердих, рідких стандартних поживних середовищах. Дослідження виконували з лікарськими антимікробними препаратами декаметоксином®, декаміном, леворином, ністатином. Діючі концентрації лікарських речовин визначали методом послідовних серійних розведень. Морфологічні особливості мікробних

культур вивчали в світловому мікроскопі. Культуральні, ферментативні властивості контрольних і резистентних варіантів досліджуваних культур вивчали в процесі формування стійкості на поживних середовищах.

Результати та висновки. Вивчення резистентності у стафілококів, коринебактерій дифтерії, Candidaalbicans до ДКМ®, ДКН показало наступне. Формування резистентності до декаметоксину®, декаміну на поживних середовищах з лікарськими препаратами проходило повільно. Так, після 20 пасажів стійкість у різних мікроорганізмів підвищилась у 8-32 рази. На 20 пасажі чутливість названих вище мікроорганізмів до декаміну зменшилась у 8-16 разів. Результати дослідів показали, що резистентність до ДКМ®, декаміну в Candidaalbicans, стафілококів, коринебактерій дифтерії формувалась поступово.

Нами проведено вивчення перехрестної стійкості у резистентних до ДКМ®, декаміну, леворину, ністатину варіантів Candidaalbicans. Декаметоксинрезистентні варіанти штамів Candidaalbicans цілком зберегли чутливість до декаміну, леворину та ністатину. Доведено, що в штамів Candidaalbicans була відсутня перехрестна резистентність між протигрибковими лікарськими препаратами ДКМ® і декаміном.

В процесі формування резистентності до лікарських антимікробних препаратів виявлено зміни в їх морфології в порівнянні з контролем. Стійкі варіанти стафілокока втрачали здатність утворювати пігменти. Резистентні варіанти стафілококів втрачали гемолітичну, лецитовітелазну активність, уповільнювали темпи утворення колоній, гідролізу вуглеводів, багатоатомних спиртів.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

Пасік В. Ю.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Актуальність. Хвороби органів дихання є найбільш поширеною патологією серед загальної популяції дітей в Україні. Незважаючи на успіхи дитячої пульмонології, перебіг позагоспітальних пневмоній у дітей продовжує супроводжуватися частим розвитком ускладнень і може призводити до летальних наслідків.

Мета. Визначити частоту та особливості перебігу позагоспітальної пневмонії у дітей раннього віку.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз 263 випадків позагоспітальної пневмонії у дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні міста Вінниця. Середній вік дітей був в межах від 1 місяця до 3 років. Співвідношення за статтю практично не відрізнялось (51,8% та 48,2%).

Результати. Як показали результати аналізу, вогнищева пневмонія реєструвалась у 144 пацієнтів (54,7%), сегментарна – 111 (42,2%) та дольова – у 8 (3,1%). Більш частою у дітей раннього віку була двобічна локалізація процесу 82,8% (218 дітей), правобічне враження діагностувалось у 14,1% (38 дітей), лівобічне – 3,1% (9 дітей). Характерними ускладненнями пневмонії були ателектаз легень (12,5%, 33 дітей), бронхообструктивний (6,3%, 17 дітей) та кишковий синдроми (15,6%, 41 дитина). При поступленні температура тіла у дітей коливалась 38,6±0,66°С, в основному скарги були на кашель, також в деяких випадках відмічалась задишка та нежить. В загальному аналізі крові рівень лейкоцитів знаходився в межах $9,8±4,53*10^9$ та ШОЕ – 16,2±9,03 мм/год. Біохімічні показники становили: АлАТ – 27,83±22,67 U/L; АсАТ – 47,34±37,41 U/L, загальний білірубін – 13,14±4,72 мкмоль/л, загальний білок - 63±5,3г/л. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини у дітей з діагнозом пневмонія, часто спостерігалось збільшення розмірів печінки, деформація жовчного міхура,

іноді відмічалась наявність осаду, дискінезія жовчовивідних шляхів та потовщення стінки жовчного міхура. Збільшення розмірів печінки пов'язане з важкістю перебігу пневмонії у дітей раннього віку, що було встановлено за даними ультразвукового дослідження.

Висновки. Частіше виставляється діагноз двобічної вогнищевої пневмонії, яка супроводжується підвищенням температури до фебрильних цифр, клінічно захворювання характеризувалось малопродуктивним кашлем, задишкою, що є більш характерною для дітей першого року життя, лейкоцитозом та підвищенням ШОЕ. Понад половина дітей раннього віку з пневмонією, за даними нашого аналізу, мають враження гепатобіліарного тракту.

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

THE INFLUENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION ON COGNITIVE FUNCTION

Пелешко О. С.[1], Скибчик В.А.[2]

[1]Червоноградська центральна міська лікарня,

[2]Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Субклінічні ураження головного мозку при артеріальної гіпертензії (АГ) відмічаються в 44 % хворих, що приблизно вдвічі перевищує поширеність ураження серця і нирок. Через рік в 5–15% пацієнтів з помірними когнітивними розладами виникне деменція (в загальній популяції вірогідність її розвитку складає 1–5 %).

Мета роботи – проаналізувати стан когнітивних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 22 хворих (середній вік становив 51,1 ±7,3 року) з гіпертонічною хворобою (ГХ) I-III стадій. До контрольної групи увійшло 10 практично здорових осіб відповідного віку з нормальним рівнем артеріального тиску.

Усім хворим проведено клініко-анамнестичне обстеження, лабораторні та інструментальні методи дослідження (добове моніторування артеріального тиску, електоркардіографію, ультразвукове обстеження серця). Для об'єктивізації когнітивних порушень використовувались нейропсихологічні тестування: коротка шкала дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination - MMSE), оцінка когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG), таблиці Шульте.

Результати досліджень. Аналіз результатів нейропсихологічних шкал показав достовірне погіршення когнітивного статусу у хворих основної групи (MMSE - 26,6 ± 1,8; GPCOG – 6,9 ±1,4; проба Шульте – 52,3 ±10,7; $p<0,05$), тоді як у контрольній групі когнітивних розладів не зафіксовано в жодного з пацієнтів (MMSE - 28,9 ± 1,0; GPCOG – 8,0 ±1,4; проба Шульте – 33,4 ±4,2). Такі показники відповідають легким та помірним когнітивним порушенням.

У хворих з ГХ III ст. результати тестування були вірогідно менші, ніж у хворих з ГХ I та II ст. (MMSE - 25,2 ± 1,9, GPCOG – 6,4 ±1,7, $p<0,05$).

Слід відмітити, що зазначені зміни були більш вираженими у пацієнтів чоловічої статті. Зокрема, у хворих з АГ жіночої статі середній показник швидкості виконання завдань за таблицями Шульте становив 54,1 ± 10,7, тоді як у чоловічої– 49,1 ± 10,8 ($p<0,05$).

Висновки:

1. Наявність АГ ймовірно підвищує частоту розвитку когнітивних порушень у осіб середнього віку, частіше у чоловіків.
2. Своєчасна діагностика когнітивних порушень сприятиме покращенню когнітивного статусу та запобігатиме виникненню деменції.

СТАН СЕКРЕТОРНОГО ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З КАРІОЗНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ

THE STATE OF SECRETORY IMMUNITY IN PATIENTS WITH CARIOUS DISEASE AND ANOREXIA NERVOSA

Бабаскін А. Ю., Решетник Л. Л.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кафедра стоматології

Актуальність. Каріозна хвороба посідає значуще місце в структурі стоматологічних захворювань населення і не рідко пов'язана з низкою хвороб внутрішніх органів і систем, серед яких вагоме місце займає нервова анорексія. Остання обумовлена порушенням нервово-психічної сфери та розладом прийому їжі. Дані щодо стану місцевого імунітету у пацієнтів з каріозною хворобою є нечисленними, а при нервовій анорексії - відсутні.

Мета роботи - визначити стан секреторного імунітету у хворих на каріозну хворобу на тлі нервової анорексії.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 28 хворих на нервову анорексію в віці 16-36 років, серед них 23 жінки і 5 чоловіків (основна група). Контрольну групу представили 30 осіб аналогічного віку і розподілу за статтю з каріозною хворобою без ознак нервової анорексії та захворювань внутрішніх органів і систем, які дотримуються адекватного і збалансованого режиму харчування. Використані клінічні методи оцінки стоматологічного статусу та визначення секреторного імунітету SIgA (11SIgA) в змішаній слині.

Результати. Для осіб, що мали каріозну хворобу в асоціації з нервовою анорексією, встановлено достовірне збільшення SIgA (11S IgA) порівняно з контрольною групою. Так, в основній групі кількість SIgA (11SIgA) дорівнювала 1,850±0,11 г/л проти 1,12±0,05 г/л в контрольній. Відмічено найбільшу концентрацію SIgA (11SIgA) при множинному ускладненому карієсі зубів на тлі анорексії (1,925±0,77 г/л проти 1,12±0,05 г/л – в контролі).

Висновки. Встановлено істотне підвищення SIgA (11SIgA) та сильний кореляційний зв'язок (r=0.94) із множинним ускладненим карієсом. Вірогідно,

цей факт обумовлений значними антигенними подразниками у вигляді мікроорганізмів, продуктів їх життєдіяльності, токсинів, тканинних антигенів, які потрапляють не тільки з каріозних вогнищ, але з пульпи зуба та периапікальних тканин, і може свідчити про високу некомпенсовану напруженість місцевого імунітету.

РОЛЬ СУРФАКТАНТУ У ВИНИКНЕННІ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС СИНДРОМУ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

THE ROLE OF SURFACTANT IN THE OCCURRENCE OF RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN PRETERM INFANTS

Сахно Н. С., Тютенко Г. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра неонатології

Актуальність: Передчасні пологи (ПП) впродовж останніх років у всьому світі є важливою медико-соціальною проблемою. В Україні частота ПП варіює від 4,6 до 15 %. Майже 5 % дітей народжуються до 28 тиж. вагітності, близько 15 % – на 28-31, 20 % – на 32-33 і 60-70 % – на 34-36 тиж. Однією з основних причин захворюваності та смертності глибоконедоношених дітей є респіраторний дистрес синдром (РДС). Частота РДС обернено пропорційна гестаційному віку. За узагальненими європейськими даними відповідний показник становить 91% у дітей, які народились на 23-25 тиж., 88% - на 26-27 тиж., 74% - на 28-29 тиж. і 52% - на 30-31 тиж.

Мета дослідження: проаналізувати вплив сурфактанту на стан адаптації у глибоконедоношених дітей.

Матеріали та методи: *бібліосемантичний метод* - проаналізовано сучасні дані щодоролі сурфактанту у розвитку РДС.

Результати: РДС обумовлений первинним дефіцитом сурфактанту через незрілість легень.На 20-му тиж. вагітності, клітинами легень альвеолоцитами II типу розпочинається синтез сурфактанту, який знижує силу поверхневого натягу в альвеолах, запобігаючи їх спадінню. Сурфактант з'являється в амніотичній рідині з 28 по 32 тиж., а достатній рівень присутній після 35 тиж. та використовується як маркер зрілості легеньплода. Синтез залежить від гестаційного віку, pH, температури, перфузії та може пригнічуватися при патологічних станах (асфіксія, ацидоз, гіпотермія, гіпотензія, гіповолемія). Факторами ризику щодо виникнення РДС є: незрілість, цукровий діабет, кесарів розтин; перинатальна асфіксія; інфекція. Профілактикою РДС є: попередження ПП; родорозрішення ПП в умовах перинатального центру; антенатальна терапія кортикостероїдами, використання додаткового тепла, відтермінування перетискання пуповини чи «відтискання» крові з пуповини, проведення наповнення легень, екзогенне введення сурфактанту.

Висновки:При використанні антенатальних стероїдів,захворюваність на РДС знизилася майже на 50%. Терапія сурфактантом зменшує смертність приблизно на 40%. Впровадження сучасних перинатальних технологій, сприяють підвищенню ефективності лікування та поліпшенню якості подальшого життя передчасно народжених немовлятам.

КЛІНІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ДО 5 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНОТИПУ ЗБУДНИКА

Тесленко М. Ю., Чернишова Л. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології

Актуальність. Ротавірус (РВ) є найпоширенішою причиною важкого гастроентериту (ГЕ) у немовлят та дітей молодшого віку у всьому світі. Проте, немає надійних епідеміологічних даних стосовно ротавірусного гастроентериту в Україні. Ротавірусна інфекція є вакцино-контрольованою. Для впровадження універсальної вакцинації проти ротавірусу необхідно зібрати дані про тягар інфекції та домінантні генотипи збудника.

Мета.Оцінити епідеміологічні особливості ротавірусного гастроентериту та дослідити взаємозв'язок між домінуючим генотипом збудника та тяжкістю клінічних проявів у дітей віком до 5 років.

Матеріали та методи.Дослідження проводилося на базі інфекційного відділення КМДКЛ #1 і включало аналіз клінічних випадків важкого гастроентериту у дітей віком до 5 років за 2014-2015 роки. Тяжкість захворювання оцінювалася за шкалою клінічних проявів ротавірусного гастроентериту Везікарі. Виявлення антигену ротавірусу в фекаліях проводили за допомогою імуноферментного аналізу. Генотипування ротавірусу проводили методом полімеразної ланцюгової реакції із зворотною транскрипцією.

Результати.Серед 367 досліджених зразків фекалій ротавірусна інфекція була підтверджена у 181 (49.3%) випадках. Генотипування було проведено у 123 позитивних зразках. Найпоширенішими генотипами були: G4P[8]-73.98%, G1P[8]-12.2%. Частка кожного з інших виявлених генотипів складала до 5%(G2P[4], G2P[8], G3P[8], G9P[8], G2[NT], NT[P8], NT[NT]).

Для всіх виявлених генотипів характерним був важкий перебігом.Перебіг середньої важкості спостерігвася лише у 1 хворого з генотипом G1P [8] та у 4 з G4P [8].

Висновки:

Ротавірусна інфекція є основною причиною госпіталізації при гострому гастроентериті у дітей <5 років.

Ротавірусний гастроентерит викликаний генотипами, що циркулюють в Україні, має переважно важкий перебіг за шкалою Везікарі.

Тягар ротавірусного гастроентериту відповідно до даних про циркулюючі генотипи, обґрунтовує запровадження універсальної вакцинації в Україні.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТІВ ВНУТРІШНЬОГО ОПРОМІНЕННЯ ЛЮДИНИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ СПЕКТРОМЕТРІЇ

STUDY OF EFFECTS OF INTERNAL IRRADIATION OF MAN WITH THE USE OF METHOD OF SPECTROMETRY

Ткаченко М. М. [1]***, Поперека Г. М.*** [1]***, Містрюков В. М.*** [1]***, Міщенко Л. П.*** [2]

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

[2]Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України

Актуальність вивчення ефектів внутрішнього опромінення пов'язана з ростом захворюваності серед населення радіаційно забруднених територій, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. Індикація інкорпорованих радіонуклідів, визначення їх типів і кількості є важливою складовою допомоги постраждалим, бо таким чином визначається вибір адекватних засобів допомоги та подальшого ведення постраждалих. Оцінка дозових навантажень мешканців забруднених територій, свідчить, що головною складовою у структурі загальної дози є доза внутрішнього опромінення, яка може становити до 80 % річної, за рахунок радіоактивно забруднених продуктів харчування. Саме тому радіаційний контроль населення, харчових продуктів і корекція раціону харчування постраждалих залишається актуальними.

Мета роботи: вивчення ефектів внутрішнього опромінення людини за рахунок визначення вмісту інкорпорованого цезію-137, шляхом вимірювання на лічильниках випромінювання людини (ЛВЛ).

Матеріал та методи: на клінічній базі кафедри радіології та радіаційної медицини у відділенні дозиметрії клініки Національного

наукового центру радіаційної медицини НАМН України майбутні лікарі працюють на ЛВЛ «Скринер – 3М» (Україна) і «QBMB – 1A» (Великобританія). При вивченні ефектів внутрішнього опромінення, студенти, під керівництвом викладача, знайомляться і практично засвоюють роботу з ЛВЛ по стандартній методиці, приймають участь в анкетуванні пацієнта.

Висновки: використання системи моніторингу доз внутрішнього опромінення з використанням ЛВЛ вказує шлях до визначення основних радіаційно-гігієнічних чинників формування дози внутрішнього опромінення для забезпечення обґрунтованих заходів радіаційного захисту населення. Отримані знання і навички допоможуть в майбутньому практикуючому лікарю в зонах радіоактивного забруднення кваліфіковано оцінити ризики іонізуючого опромінення, його вплив на розвиток соматичної патології і знайти шляхи мінімізації та профілактики дії опромінення.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ ВИДІВ РОДУ КЛЕН

Черпак М. О., Черпак О. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра ортопедичної стоматології

Кафедра фармакогнозії і ботаніки

Актуальним є створення, стандартизація та впровадження в промислове виробництво нових субстанцій рослинного походження з доступних видів сировини. Перспективними рослинами є представники роду клен. Відомості про їх вивчення і застосування в медичній практиці в літературі фрагментарні. Тому пошук нових джерел лікарської рослинної сировини серед рослин роду клен є актуальним.

Мета - проведення інформаційного пошуку щодо поширення, хімічного складу, фармакологічної активності і використання у медицині.

Об'єкти - деякі види роду клен. Метод дослідження: логіко-аналітичний.

Результати.Родина кленові включає рід клен, щооб'єднує близько 157 видів. В Україні у різних фітоценозах росте 15 видів. Поширені клен гостролистий, клен прирічковий, клен польовий, клен ясенолистий, клен несправжньоплатановий. В Україні клен несправжньоплатановий найчастіше зустрічається у Західному регіоні і є неофіцинальною рослиною, застосовується переважно в народній медицині. Листя видів роду клен містять вуглеводи, альдегіди, сквален, каротиноїди, ксантофіл, лютеін, вітаміни С та Е, органічні кислоти, алкалоїди, флавоноїди, антоціани, дубильні речовини, вищі жирні кислоти, ліпіди, каучук. Кора - алантоїн. Насіння - циклітоли, каучук, жирну олію. Дослідженням субстанцій з сировини рослин роду клен присвячені роботи по вивченню вмісту фенольних сполук. Лікарською сировиною є листя, насіння, кора. Настої, відвари, настойки, порошки клена гостролистого застосовують у народній медицині та гомеопатії. Вони виявляють антисептичну, знеболювальну, ранозагоювальну, сечогінну, жовчогінну дію. Молоде листя застосовують при С-авітамінозі. У німецькій народній медицині настій листя вживають для посилення статевої діяльності у чоловіків. Молоде листя клену ясенолистого вживають у їжу, виготовляють сиропи, безалкогольні напої. Листя і кора цих видів кленів проявляє антиоксидантну, антимікробну, протизапальну, онкопротекторну активність. Листя клену ясенолистого містить тритерпенові сапоніни, проявляючи цитостатичну дію.

Висновки. Види роду клен поширені в Україні, застосовуються в народній медицині, володіють фармакологічною активності, отже перспективні для вивчення і розробки нових лікарських форм, зокрема, для застосування їх у стоматологічній практиці.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ НА ТЛІ ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ: МІКРОБНИЙ СПЕКТР РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

INFLAMMATORY PARODONTAL DISEASES IN CHILDREN IN THE FIELD OF LEGAL PATHOLOGY: MICROBIAL SPECTRUM OF ROTATING CAVITY

Шило М. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра ортодонтії

Актуальність. Мікрофлора ротової порожнини відіграє значну роль в індукції запальних процесів, причому кількісний склад та співвідношення мікрофлори залежать від антимікробного фактора слини і ясенної рідини, гігієни порожнини рота, соматичної патології і т.п.

Мета і завдання роботи – вивчення особливостей мікробного спектра ротової порожнини при запальних захворюваннях пародонта у дітей на тлі легеневої патології.

Матеріали і методи. Вивчено біотопи ротової рідини та поверхні ясен бактеріоскопічними і бактеріологічними методами. Обстежено 56 дітей із запальними захворюваннями пародонта на тлі запальних захворювань легень (запалення легень – основна група) та 47 дітей із запальними захворюваннями пародонта на тлі алергічних захворювань легень (бронхіальна астма – група порівняння). Контрольну групу склали 15 клінічно здорових дітей.

Отримані результати. У ротовій рідині та на поверхні ясен виявлено персистенцію асоціації аеробних, факультативно анаеробних та анаеробних бактерій.

Колонізація Str.mutans становила 5,45 ± 0,22 КУО/мл в ротовій рідині та 5,98 ± 0,18)КУО/мл на поверхні ясен основної і 4,01 ± 0,36 КУО/мл в ротовій рідині та 5,20 ± 0,17 КУО/мл поверхні ясен групи порівняння (у

здорових дітей - 3,38 ± 0,32 КУО/мл і 3,59 ± 0,23 КУО/мл відповідно, $p < 0,05$). Колонізація Str.ß-haemoliticus була у менших кількостях у дітей основної та групи порівняння, ніж у здорових – відповідно 3,34 ± 0,11 КУО/мл і 3,67 ± 0,17 КУО/мл проти 4,42 ± 0,27 КУО/мл у ротовій рідині і 3,08 ± 0,23 КУО/мл та 3,38 ± 0,14 КУО/мл проти 4,29 ± 0,25 КУО/мл, ($p < 0,05$) на поверхні ясен. Виявлено суттєве обсіменіння ротової рідини та поверхні ясен бактеріями роду Neisseria (N.catarrhalis) та роду Corinebacterium (Corinebacterium xerosis), а в спектрі мікрофлори значну частину складали бактерії роду Lactobacillus, концентрація мікроорганізмів була вищою на поверхні ясен, ніж у ротовій рідині і найбільш виражено це визначалося у дітей основної, ніж групи порівняння – відповідно 4,72 ± 0,21 КУО/мл і 4,10 ± 0,22 КУО/мл проти 4,05 ± 0,35 КУО/мл і 3,60 ± 0,25 КУО/мл, $p < 0,05$ і 4,72 ± 0,21 КУО/мл проти 4,10 ± 0,22 КУО/мл, $p < 0,05$. Аналогічна тенденція була характерна для S.epidermidis, Esherichia coli, Lactobacillus і, особливо, грибів роду Candida.

Висновки. Мікробна колонізація переважала у дітей основної і незначно групи порівняння над рівнем колонізації у здорових дітей, в той же час рівень колонізації у ротовій рідині та на поверхні ясен переважав у дітей основної групи, ніж групи порівняння.

ЕЛЕКТРОФІЗИЧНІ ПАРАМЕТРИ ВИСОКОЧАСТОТНИХ КОАГУЛЯТОРІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ ПОРОЖНИНИ РОТА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

ELECTROPHYSICAL PARAMETERS OF HIGH-FREQUENCY COAGULATORS AND THEIR INFLUENCE ON THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY IN THE EXPERIMENT

Бойко М. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра стоматології

Актуальність: завдяки різноманітності своїх можливостей, електрокоагулятори мають широке застосування. Основні функціональні можливості цієї апаратури – розсічення з одночасним гемостазом чи з'єднанням м'яких тканин. Але відсутній чіткі дані про електрофізичні параметри роботи апаратів та вплив їх на слизову оболонку порожнини рота.

Мета: визначення основних медико-технічних характеристик електрокоагуляторів «Надія-2» (50РХ) , «ЕК-300М1», електрофізичних параметрів та вплив на слизову оболонку порожнини рота лабораторних тварин.

Матеріали та методи: проведений аналіз параметрів та технічні випробування апаратів «Надія-2» (50РХ) та «ЕК-300М1» для гемостазу хірургічних ран слизової оболонки порожнини рота у 4 середніх лабораторних тварин (кролів). Дані по розкладенню ряду Фур'є було отримано на осцилографі з функцією спектроаналізатора.

Результати: шляхом детального вивчення осцилограм та частотно-амплітудних характеристик апаратів виявлено, що в режимі очікування та модуляції наявний відносно невеликий рівень шумів, гармонік та несинусоїдальна характеристика вихідного сигналу але наближена до синусоїдального. Фур'є аналіз показав зростання частотності гармонік. При модуляції сигналу-рівень шумів та гармонік значно підвищується. У спектрі сигналу присутні два піки, один з них-низькочастотний. При здійсненні коагуляції-амплітудні характеристики основного сигналу є нестабільними.

Висновки: робота апарату напряму залежить від якості роботи інвертора. Якісний інвертор генерує синусоїдальний сигнал з мінімальним рівнем гармонік, при відсутності на осцилограмах сигналу току. Якість роботи інверторів вищеназваних апаратів свідчить про спрощені конструкції апаратів. Існує залежність між температурою та швидкістю впливу, тобто чим більша температура впливу-тим вираженіший гемостатичний ефект і тим короткотриваліший контакт зі слизовою оболонкою має бути.

ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ TOLL-ПОДІБНИХ РЕЦЕПТОРІВ У ПАТОГЕНЕЗІ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

DETERMINATION OF THE ROLE OF TOLL-LIKE RECEPTORS (TLR) IN PATHOGENESIS OF RECONVING BRONCHITIS IN CHILDREN

Головня Н. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра дитячих і підліткових захворювань

Актуальність. За останні десятиріччя у всьому світі респіраторна патологія (РП) стабільно займає перше місце у структурі захворюваності дитячого населення зі збільшенням кількості дітей з рекурентними респіраторними інфекціями (РРІ). Серед них, в Україні, поширеність рецидивуючого бронхіту (РБ) складає 2,5 на 1000 дітей у віці від 1 до 14 років.

Результати багаточисельних епідеміологічних досліджень особливостей розповсюдження РБ у дітей показали, що максимально високий рівень пацієнтів з цією патологією реєструється в крупних промислових містах. Саме в екологічно несприятливих умовах проживання захворюваність на РБ може досягати до 250 на 1000 дітей. Причини виникнення цього явища недостатньо ясні і широко дискутуються у науковій літературі.

Аналіз отриманих даних. Згідно сучасних уявлень РБ - це мультифакторне, екозалежне захворювання, провідною патогенетичною ланкою якого є рецидивуюче запалення слизової оболонки дихальних шляхів (СОДШ), яке обумовлене зниженням факторів захисту і загальної імунологічної резистентності організму. Встановлено прямий зв'язок між збільшенням частоти ендокринної, серцево-судинної, імунної, онкологічної

патології, алергії, РРІ, в тому числі, і РБ та погіршенням екологічної обстановки, зокрема, за рахунок впливу радіоактивних і хімічних елементів.

У розвитку захворювання актуальними є багато факторів, зокрема, генетична схильність до розвитку респіраторних захворювань та їх тривалого перебігу; тривалий вплив несприятливих екологічних факторів, певні кліматичні та соціальні умови; інфікування дитини тропними до СОДШ збудниками (часто асоціаціями) з подальшою їх персистенцією та зниженням місцевої реактивності бронхів; порушення евакуаторної здатності бронхіального дерева.

Головними провокаторами розвитку РБ є респіраторні вірусні інфекції, виникнення яких супроводжується збудженням ряду Toll-подібних рецепторів (TLR-2, TLR-3, TLR-4, TLR-7, TLR-8 та TLR-9).

На сьогоднішній день однією із основних причин, яка впливає на зміни імунної відповіді TLR при інфекційній патології, вважається поліморфізм генів, які їх кодують. Накопичується все більше даних, які засвідчують, що поліморфізм одиничних нуклеотидів (single-nucleotidepolymorphism - SNP) за рахунок формування специфічних алелей генів вносить важливий вклад у фенотипові відмінності між людьми, у тому числі, в індивідуальні особливості розвитку захисних реакцій, а також сприйнятливість до цілого ряду захворювань.

Стосовно TLR-поліморфізму встановлено, що він може призводити до порушень розпізнавання інфекційних агентів і дисбалансу функціонування системи природженого імунітету та проявлятися підвищенням чутливості до інфекцій і розвитком хронічних запальних процесів. Інші дослідження доводять, що поліморфізм генів TLR за рахунок виражених порушень імунної відповіді, обумовлює тяжкість перебігу інфекційного процесу, який набуває характеру системної запальної відповіді, а також розвиток танатогенезу.

Висновок: Таким чином, активне дослідження в останнє десятиріччя Toll-подібних рецепторів уже принесло значні результати не тільки з точки

зору фундаментальних знань про організацію протиінфекційного імунітету, але й з практичної точки зору. Генетична варіабельність TLR, а також TLRзалежних сигнальних шляхів, безумовно, може відігравати важливу роль у розпізнаванні PAMP і змінювати імунну відповідь на інфекцію. Генетичні дослідження, присвячені вивченню ролі поліморфізму генів TLR при PPI і рецидивуючому бронхіті, практично відсутні, що й обумовлює актуальність нашого дослідження.

МОЖЛИВІСТЬ ВСТАНОВЛЕННЯ ПОСЛІДОВНОСТІ ПОРАНЕНЬ ВІД ДІЇ ВОГНЕПАЛЬНИХ ЕЛАСТИЧНИХ СНАРЯДІВ СФЕРИЧНОЇ ФОРМИ

THE POSSIBILITY OF ESTABLISHING THE SEQUENCE OF WOUNDS FROM ACTION FIREARM OF ELASTIC SHELLS OF SPHERICAL SHAPE

Гринчишина О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра судової медицини

Актуальність. Вогнепальна травма залишається актуальною проблемою судової медицини, зокрема – інформація про послідовність заподіяння пострілів.

Метою даної роботи було дослідження морфологічних особливостей руйнування підшкірно-жирової тканини, яке спричинене пострілами з травматичної зброї набоями, спорядженими еластичними снарядами сферичної форми та можливість встановлення послідовності проведення пострілів.

Матеріали та методи дослідження.Об’єктами дослідження були експериментально отримані ушкодження шкіри та підшкірно-жирової тканини (ранові канали). Для цього було проведено серію пострілів з пістолету «Форт 12Р» з відстані 2 м двома видами патронів: «Терен 3 ФП» та

патрони кустарного виробництва з маркуванням на гільзі «Knal».

В **результаті проведених досліджень** було встановлено, що на поверхні шкіри утворювалися класичні вхідні кульові рани округлої форми, а у товщу підшкірно-жирової тканини поширювалися ранові канали. При пострілах патронами «Терен 3 ФП», ранові канали, які утворювалися від першого пострілу були нерівномірно вираженими, при чому на початку вони мали циліндричну форму діаметром 2,0 см та глибиною теж 2,0 см через виражене розмізчення жирової тканини, а від його кінця на глибину до 3,0 см в жировій тканині поширювався лінійної форми розрив її шириною 1,0 см. Куля, від дії якої утворилися ушкодження, розташовувалася в кінці лінійного розриву на глибині 5,0 см. В ушкодженнях, які розташовані поруч (спарені) – других за чергою утворення, ділянка розмізчення була відсутня, при цьому рановий канал мав форму щилиноподібного розриву шириною 1,0 см та глибиною 6,0 см, в кінці якого розташовувалась куля. При пострілах патронами кустарного виробництва з маркуванням на гільзах «Knal», ранові канали, які утворювалися від першого пострілу були нерівномірно вираженими. Від кінця ділянки розмізчення у товщу підшкірно-жирової тканини поширювався щілиноподібний розрив шириною 1,5 см, який проникав на глибину до 8,0 см, де і розташовувалася куля. В ушкодженнях, які утворювалися другими за своєю чергою та були розташовані на відстані 4,0 см від перших, ділянка розмізчення нашаровувалася на першу, але її діаметр та глибина поширення були по 3,0 см.

Висновок. В отриманих ушкодженнях ділянка розмізчення утворюється через переміщення у товщі підшкірно-жирової тканини зони гідростатичного стиснення, яка формується перед вогнепальним снарядом. Щілиноподібної форми розриви, які поширюються в жировій тканині перед ділянкою розмізчення є саме медіанними тріщинами. Радіальні розриви, щопоширюються від стінок ділянки розмізчення є конічними тріщинами, які утворилися при формуванні максимальних розмірів тимчасово-пульсуючої порожнини через інерційне перерозтягнення стінок ділянки розмізчення.

Відсутність ділянки розмізчення по ходу ранового каналу, який утворюється від дії кулі другого за чергою пострілу, може бути пояснене наявність вже зруйнованої тканини, яка унеможливлює максимальну передачу кінетичної енергії, снаряду другого за чергою пострілу, та формування відповідного їй об'єму ушкоджень.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФЕТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ.

GENERAL CHARACTERISTICS OF FETAL INFECTION RISK FACTORS

Жук С. І., Шляхтіна А. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра акушерства, гінекології та медицини плода

Актуальність. На сьогоднішній день фетальні інфекції є однією з найбільш важливих проблем сучасного акушерства. В роботах багатьох авторів, провідну роль в структурі перинатальних втрат займає фетальна інфекція, яка становить від 2 до 65%. Такі високі показники пояснюються труднощами в діагностиці даної патології через неспецифічність її клінічних проявів під час вагітності. Фетальна інфекція ускладнює не тільки перебіг вагітності, але є причиною широкого спектра патології плода: інфекційні захворювання, вади розвитку, синдром затримки розвитку плода, плацентарна недостатність. Тому визначення факторів ризику фетальної інфекції є надзвичайно важливим з практичної точки зору.

Метою нашого дослідження виявлення факторів ризику, що сприяють розвитку фетальної інфекції плода.

Матеріали і методи: Для реалізації мети, проведено аналіз медичної документації історії пологів 110 і 110 карт новонароджених, що включають клінічні, лабораторні показники, анамнез, перебіг вагітності та наслідки пологів. Аналізуючи соматичний анамнез вагітних було встановлено, що у

10% спостерігався хронічний фарингіт, хронічний пієлонефрит- 8%, хронічний бронхіт склав 13%, хронічний тонзиліт 15% .

У структурі гінекологічного анамнезу відзначено перевагу запальних захворювань генітального тракту, таких, як цервіцити 5%, запальні захворювання матки і придатків 8 %, ендометрит-2% , псевдоерозія шийки матки 22%.

При аналізі перебігу вагітності відзначалися такі ускладнення, як загроза переривання вагітності 21 %, анемія 38%, загострення хронічного тонзиліту 8%, безсимптомна бактеріурія 26 %, істміко-цервікальна недостатність 10 %, гострі респіраторні вірусні захворювання - 38%, кольпіт - 45 %. При ультразвуковому дослідженні визначалось багатоводдя у 31 %; маловоддя у 7%; затримка внутрішньоутробного розвитку плода -5%, патологічні зміни плаценти (гіперехогенні включення в паренхімі плаценти, передчасне старіння плаценти) спостерігались у 11%. Відносно структури акушерських ускладнень під час пологів, було встановлено, що у 18 % жінок з ознаками інфікування пологи ускладнювались передчасним відходженням навколоплідних вод та хоріоамніонітом 12%.

Таким чином, проведений аналіз дозволив виявити фактори ризику розвитку фетальних інфекцій плода, які сприяють своєчасній діагностиці, лікуванню та зниженню частоти акушерських ускладнень під час вагітності, пологів та частоти несприятливих перинатальних наслідків.

ПРОБЛЕМА ВИБОРУ РАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ТАХІАРИТМІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ В УКРАЇНІ

A PROBLEM OF CHOICE OF THE RATIONAL PHARMACOLOGICAL THERAPY OF SUPRAVENTRICULAR TACHYARRHYTHMIA IN NEONATES IN UKRAINE

Дьохтяренко Н. А., Дацко Г. Р.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра неонатології

Актуальність. Частота аритмій у новонароджених становить 1-5%. Тахіаритмія – збільшення частоти серцевих скорочень, яке перевищує вікову норму. Серед усіх тахіаритмій суправентрикулярна тахікардія (СВТ) є найбільш характерною в періоді новонародженості. Частота виникнення СВТ у дітей, за даними різних авторів, широко варіює від 1 на 250 до 1 на 25 000. Найбільш частим механізмом виникнення СВТ вважається «re-entry». Відсутні чіткі протоколи лікування СВТ у новонароджених, існують розбіжності в літературі щодо ведення таких пацієнтів.

Мета роботи: привернути увагу до необхідності розроблення протоколів медикаментозного лікування СВТ для юридичного захисту лікарів.

Матеріали і методи: дані літературних джерел за 2000-2017 рр., інструкції з медичного застосування препаратів, методичні рекомендації ДУ «Науково-практичного медичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» по веденню дітей з порушеннями ритму серця.

Результати дослідження: Згідно даних аналізу лікування суправентрикулярних тахіаритмій у новонароджених, можна виділити декілька препаратів, що найчастіше застосовуються при СВТ:

1. Аденозин трифосфат - рекомендований для швидкої діагностики тахікардії з правильним ритмом, для швидкого зняття нападу СВТ в дозі 0,1 – 0,2 − 0,3 мг/кг внутрішньовенно. У формах, зареєстрованих в Україні, протипоказаннямдо застосування є вік до 14 років.

2. Аміодарон – застосовується для терапії СВТ з механізмом «re-entry», при тріпотінні і фібриляції передсердь, як препарат другої лінії при підтримуючому лікуванні СВТ, для лікування тахікардій, спричинених наявністю додаткових передсердно-шлуночкових з’єднань (напр. синдром

Вольфа-Паркінсона-Уайта) при стабільній гемодинаміці в дозі 5 мг/кг внутрішньовенно протягом години – тричі на добу. В Україні у зареєстрованих формах вказано, що безпечність та ефективність аміодарону у дітей не визначені. Через вміст бензилового спирту аміодарон для внутрішньовенного введення протипоказаний у дітей віком до 3 років. Згідно Neofax рекомендовано застосовувати Nexterone, що не містить бензилалкоголю, однак даний препарат не зареєстрований в Україні, а відповідно до інструкції з медичного застосування відсутні дані стосовно безпеки та ефективності його застосування у дітей.

3. Пропафенон - застосовується для терапії СВТ з механізмом «re-entry» з нестабільною гемодинамікою, при неефективності кордарону з дигоксином, в дозі 8-15 мг/кг/добу кожні 6-8 годин. В Україні зареєстрований у таблетованих формах, протипоказання - дитячий вік.

4. Флекаїнід: застосовується в комбінації з аміодароном для лікування рефрактерної СВТ. В Україні зареєстрований у формі таблеток - не рекомендований до застосування в терапії дітей віком до 13 років.

5. Соталол - застосовується для терапії СВТ з механізмом «re-entry» при неефективності кордарону з дигоксином 2-8 мг/кг/добу кожні 12 годин, у високих дозах для лікування рефрактерної СВТ. В Україні зареєстрований у формі таблеток, не застосовують дітям.

6. Дигоксин – єдиний препарат, дозволений для застосування в новонарджених, використовується для лікування СВТ з механізмом «re-entry», як препарат першої лінії, при тріпотінні і фібриляції передсердь, для довготривалого підтримуючого лікування. Рекомендований в дозі 30 мг/кг/добу, для недоношених - 20 мг/кг/добу.

Висновки: Дослідження показало, що більшість медикаментів для терапії СВТ в Україні заборонені для використання у новонароджених інструкцією, через відсутність даних про безпеку та ефективність. Препарати,

в інструкції яких дитячий вік не є протипоказанням, не зареєстровані в Україні, а юридичні аспекти захисту лікарів в даній ситуації не розроблені.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АНТИДОТІВ ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОТРУЄНЬ РЕЧОВИНАМИ ПСИХОТРОПНОЇ ДІЇ

FEATURES OF USING ANTIDOTES FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF POISONING SUBSTANCES WITH PSYCHOTROPIC ACTION

Козлюк К. Б.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра медицини невідкладних станів

Актуальність. Згідно Постанови Кабінету Міністрів України № 770 від 6 травня 2000 року психотропними є речовини синтетичного походження, препарати, природні матеріали, які здатні викликати стан залежності та надавати депресивний або стимулюючий вплив на центральну нервову систему, викликати порушення сприйняття, емоцій, мислення чи поведінки і становлять небезпеку для здоров'я у разі зловживання ними. До них належать: барбітурати, бензодіазепіни, антигістамінні препарати, алкалоїди групи атропіну, трициклічні антидепресантинейролептики, протипаркінсонічні препарати, гриби Amanita (muscarina), деякі бойові отруйні речовини (деліріогени), опіоїди, фосфорорганічні сполуки (ФОС), амфетаміни, кокаїн, алкоголь та сурогати алкоголю.

Формулювання проблеми. Акцентування уваги на особливостях застосування деяких антидотів та використання їх для терапії ex juvantibus.

Методи проведення літературного пошуку. Використано бібліосемантичний метод пошуку: вивчено сучасні світові принципи та вітчизняні розробки щодо надання допомоги при гострих отруєннях речовинами психотропної дії.

Аналіз отриманих даних. Антидот – це лікарський засіб, який здатен усунути або ослабити специфічну дію отрути за рахунок зниження її концентрації або є її протиотрутою на рівні рецептора (наприклад адсорбенти, фармакологічні антагоністи). Специфічними лікарськими засобами є речовини, що здатні зменшувати прояви гострого отруєння і при цьому не впливають на концентрацію отруйної речовини та не зв'язуються з специфічними рецепторами. До даної категорії препаратів можна віднести діазепам – може призначатися при отруєннях різної етіології, що супроводжуються судомами, гідрокарбонат натрію – для усунення метаболічного ацидозу. Найпоширенішими антидотами та специфічними лікарськими засобами при отруєннях речовинами психотропної дії є: холіноміметики, холіноблокатори, гідрокарбонат натрію, флумазеніл, налоксон, атропін, дипіроксим, алоксим, бензипеніцилін. Згідно рекомендацій American Heart Association 2015 налоксон включений до переліку препаратів (в якості доповнення до стандартного протоколу), які можна використовувати у людей без свідомості, стан яких можливо пов'язаний з передозуванням опіоїдами. Доза налоксону – 0,04% - 1-2 мл внутрішньовенно. Специфічний лікарський засіб натрію гідрокарбонат бажано використовувати аж на ранньому госпітальному етапі, так як на догоспітальному відсутня можливість контролювати кислотно-лужний баланс та електролітний склад крові.

Висновки та обговорення. Розпочинати антидотну терапію необхідно після визначення провідного токсидрому, а також якомога швидше після попадання отруйної речовини до організму. Більшість специфічних антидотів має швидкий ефект, тому за допомогою їх введення можна диференціювати вид отруйної речовини уже на догоспітальному етапі.

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

MARKETING ANALYSIS OF PREPARATIONS FOR TREATMENT OF HYPERTONIC DISEASE

Саханда І. В., Косяченко К. Л.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність. Згідно з даними офіційної статистики, в Україні зареєстровано понад 12 млн пацієнтів з підвищеним артеріальним тиском, у європейських країнах та США такі хворі становлять близько 36% населення. Дослідження було проведено ретроспективно в 100 комерційних аптеках м. Києва (щоденна кількість відвідувачів – 400-500 осіб). Аналіз представленого в ній асортименту антигіпертензивних препаратів (АГП) у 2017 році проводили за допомогою відповідної документації аптек. Для оцінки асортименту АГП на вітчизняному фармацевтичному ринку використовували дані інформаційної системи «Лікарські засоби» компанії «Моріон» (за станом на жовтень 2017 рік).

Згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів щодо профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ) для зниження рівня артеріального тиску та смертності від серцево-судинних захворювань слід використовувати АГП таких груп:

1. Перша лінія терапії – діуретики, β-адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), антагоністи кальцію тривалої дії, антагоністи рецепторів ангіотензину II.

2. Друга лінія терапії – α_1-адреноблокатори, центральні α_2-агоністи (клонідин, гуанфацин, метилдопа), агоністи імідазолінових рецепторів (моксонідин).

3. Третя лінія – алкалоїди раувольфії та інші лікарські препарати на основі рослинної сировини.

У більшості випадків рекомендується проведення комбінованої антигіпертензивної терапії за допомогою комбінацій монопрепаратів або

через призначення препаратів з фіксованою комбінацією антигіпертензивних засобів.

Антигіпертензивні препарати протягом року були представлені в аптеках у достатньо широкому асортименті, переважно препаратами іноземного виробництва – 175 торговельних назв (ТН), 43 міжнародні непатентовані назви (МНН). В цілому, в аптеках була представлена майже половина МНН – 56,58% та 1/4 частина ТН – 28,78% від загальної кількості АГП на фармацевтичному ринку України. Більшість АГП в аптеках – монопрепарати першої та другої ліній терапії АГ та комбіновані антигіпертензивні засоби, до складу яких вони входять. Це збігається з ситуацією на фармацевтичному ринку України в досліджуваний період і вказує на можливість вибору АГП відповідно до сучасних підходів до лікування АГ. Кількість препаратів третьої лінії терапії достатньо обмежена як в аптеці – 7,4 %, так і в Україні в цілому – 6,9 %. Це можна пояснити тим, що за 2017 рік лікарі значно менше призначають їх пацієнтам через відсутність достатньої кількості доказів ефективного зниження ризику серцево-судинних захворювань у порівнянні з препаратами першої та другої ліній терапії АГ.

МОЖЛИВІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ВИДУ НАРІЗІВ КАНАЛУ СТВОЛА ЗБРОЇ ЗА МОРФОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПАСОЧКУ ОБТИРАННЯ НАВКОЛО ПОШКОДЖЕНЬ ОДЯГУ

THE POSSIBILITY OF DETERMINING THE RIFLING OF THE BARREL OF THE GUN FOR MORPHOLOGICAL FEATURES KULICHIKAH WIPING AROUND DAMAGE CLOTHING

Чихман Я. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра судової медицини

Актуальність. Дослідження особливостей вогнепальної травми є актуальною темою сьогодення. Відкритими залишаються питання діагностики ушкодження, ідентифікація мікрочастинок з ранових каналів, виду снаряду, мікроелементного складу продуктів пострілу і інш .

Метою роботи було встановлення виду нарізів каналу ствола короткоствольної вогнепальної зброї для її часткової групової ідентифікації за морфологічними особливостями пасочку обтирання навколо пошкоджень одягу.

Об'єктами дослідження були пошкодження одягу із натуральної шкіри. Були використані архівні матеріали Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи, в яких досліджувались особливості пошкоджень одягу, заподіяних пострілами патронами 9х18мм ПМ та Luger 9,0х19 мм. Експериментальні пошкодження одягу зі шкіри були отримані в результаті дії куль вказаних вище патронів. Дослідження проводилося з застосуванням мікрорентгенівського флуоресцентного спектрального елементного аналізу на спектрометрі «M4 TORNADO» компанії Bruker (Німеччина).

Після проведення експериментальних пострілів по краям пошкоджень одягу утворювалися вхідні вогнепальні кульові пошкодження округлої форми, шириною діаметром 9,0-9,2 мм з дефектом шкіри одягу в центральній частині, від країв якого яких радіально та у вигляді дуг відходили додаткові розриви шкіри, які поширювалися лише у межах пасочку «обтирання». При дослідженні елементного складу нашарувань навколо пошкодження встановлено, що відповідно межам зазначеного пасочку відмічалися нашарування міді та цинку у вигляді кільця. Максимальною інтенсивність була по периметру пасочка обтирання і мала вигляд шести окремо розташованих на рівній відстані одна від одної ділянок неправильної прямокутної форми. По краям пошкоджень, що утворилися від дії куль патрону 9,0х19 мм Luger, утворювалися вхідні кульові пошкодження округлої та овальної форми. Пасочок обтирання навколо пошкодження не

був чітко виражений, або мав ледь помітні контури. При дослідженні елементного складу нашарувань навколо пошкодження було виявлено такі елементи як калій, мідь та цинк. Вони займали ділянку навколо пошкодження шестикутної форми. Отже, наявність пасочків обтирання округлої форми з ділянками максимальних концентрацій міді та цинку у вигляді прямокутників розташованих по її периметру, вказує на те, що куля проходила по каналу зброї з нарізами П-подібної та гексагональної форми.

Висновок. Отже, застосування картування виявлених елементів при мікрорентгенівському флуоресцентному елементному спектральному дослідженні надає можливість встановити топографію нашарувань виявлених елементів, що входили до складу вогнепального снаряду та провести часткову групову ідентифікацію застосованої вогнепальної зброї за видом нарізів її каналу ствола.

ЗМІСТ

Tutchenko L., Patel S., Horak O., Sanin V., Kosuba S. Cataract surgery and refractive index of the cornea…… 2

Yusifova S. Neuroendocrine tumors of pancreas: place, justification and eligibility for organ-sparing surgery……..... 3

Tutchenko L., SkovronM., Patel S., Horak O. Vitamin D: improving ocular surface health after cataract surgery..... 4

Augunas S. Main provisions for the development of integrated family pharmacy model in ukraine in conformity with international standards of GPP..... 5

Ivashchenko V., Dudash A. Morphological characteristics of ductal carcinoma in situ of the breast……..... 7

Vitovsky R., Martyshchenko I., Isaienko V., Slobodyanik M. Correction of valve lesions in surgical treatment of primary tumor heart..... 8

Kernychnyi V., Sukhodolya A. Results of surgical treatment by cancer of the left half of the colon with distribution on the pancreas……..... 10

Аубекерова Ю. Ю. Клінічний випадок вродженого зобу у новонародженого……..... 11

Слободяник М. В. Особливості перебігу захворювань пародонта у пацієнтів з набутими вадами серця..... 13

Супрунович І. М. Діагностика, лікування та профілактика цервікальних уражень твердих тканин зубів у хворих на генералізований пародонтит…. 14

Копецький В. І., Безносенко А. П., Васильєв О. В., Чевердюк Д. О., Ціп Н. П. Програма лікування хворих на рак яєчника з перитонеальним карциноматозом: попередні результати..... 15

Голяновський О. В., Будченко М. А. Інноваційні підходи хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку..... 18

Варфоломеєв Є. А. Аналіз сучасного стану питання, щодо судово-медичної оцінки ушкоджень, спричинених електрошоковими пристроями, за архівними матеріалами ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗУкраїни»..... 19

Голубовська Ю. Є. Фізичний розвиток, стан кісткової системи у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит..... 21

Жук С. І., Будченко Є. А. Профілактика генітального пролапсу у жінок в пізньому післяпологовому періоді…..... 23

Гриб Н. В., Періг Ю. С. Подагра в практиці сімейного лікаря..... 24

Дуда Л. В., Охотнікова О. М. Сучасна епідеміологічна характеристика найбільш поширених алергічних захворювань у дітей київського регіону: перші результати……..... 26

Красильніков Б. Р. Сучасні технології застосування методу «відкритого живота»…… 28

Чайка К. В., Лавренюк Ю. В. Пологорозрішення perviasnaturales, як один з вагомих факторів ризику розвитку генітального пролапсу..... 29

Лисянська О. Ю. Метод корекції гіпоксемії у пацієнтів на гемодіалізі..... 30

Меланчук Н. А. Аналіз перебігу хвороби у випадку ювенільного артриту з

увеїтом (клінічний випадок)..... 32
Русин А. Г., Бабкіна Т. М. Актуальні питання щодо шкідливості застосування гадолінієвих речовин при мрт дослідженні…..... 33
Савицька Л. М. Прогностичне значення зміни рівня сечової кислоти сироватки крові на фоні проведення проби із водно-сольовим навантаженням у пацієнтів з ххн і-ііі стадії..... 35
Сиваченко Ю. В., Зборщик М. В. Мінеральна щільність та якість кісткової тканини і рівень 25(OH)D у дітей шкільного віку……..... 37
Слободян Ю. В., Голяновський О. В. Комплекс заходів щодо зменшення периопераційної крововтрати при повторному кесаревому розтині..... 38
Біляєва К. С., Власенко М. В. Вплив сезонності на рівень забезпеченості вітаміном D у підлітків з цукровим діабетом 1 типу……..... 40
Бойко А. В. Оцінка поведінкових факторів ризику серцево-судиннх захворювань у хворих на псоріатичний артрит..... 42
Вакулич М. В. Технології комбінованої аутопластики дефектів кісткової тканини у пацієнтів з множинними вогнепальними переломами довгих кісток……..... 43
Вознюк А. В. Роль цитокінів у прогнозуванні передчасних пологів з багатоплідною вагітністю……..... 45
Зборщик М. В., СиваченкоЮ. В. Недостатність вітаміну Д як фактор ризику розвитку артеріальної гіпертензії у підлітків..... 46
Іванів М. М., Слонецький Б. І., Вербицький І. В. Особливості діагностики та надання невідкладної допомоги при розшаровуючій аневризмі аорти……..... 48
Осіпова А. В., Дем'яненко О. Ю. Актуальність катамнестичного спостереження……..... 50
Соколенко І. М., Солдатова О. В. Можливості використання показників варіабельності серцевого ритму для оцінки ступеня напруження адаптаційних систем у дітей з порушенням ритму серця за результатами

добового моніторингу електрокардіосигналів..... 51
Стецюк К. В. Профілактика плацентарної дисфункції та рецидивуючих кровотеч у пацієнток з передлежанням плаценти..... 54
Фіцнер О. А., Хайтович М. В., Брюзгіна Т. С., Натрус Л. В. Жирнокислотний склад головного мозку щурів з експериментальним цукровим діабетом при застосуванні n-ацетилцистеїну та мелатоніну..... 56
Решетник Л. Л., БабаскінА. Ю. Оцінка стоматологічного статусу у хворих на анорексію……..... 58
Бігун І. Ю. Ефективність статинотерапії при серцево-судинних та цереброваскулярних захворюваннях..... 59
Богачук М. Г. Вивчення та корекція мікроциркуляторних змін в зоні гнійного процесу у хворих з цукровим діабетом 2 типу..... 61
Витриховський О. Я. Цитокіновий спектр та стан клітинного імунітету у хворих на бронхіальну астму і хронічне обструктивне захворювання легень 63
Галькевич М. П. Оптимальні підходи до лікування пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації сегментаST (NSTEMI)..... 65
Гилюк О. Г. Клінічна характеристика ураження печінки у дітей молодшого віку з герпесвірусною інфекцією……..... 66
Голота Т. В., Тютенко Г. В. Лікування гемангіом у дітей раннього віку.. 68
Гороть І. В., Ткаченко М. М., Ременник О. І. Застосування внутрішньотканинної HDR брахітерапії при лікуванні немеланомного раку шкіри……..... 69
Гурка О. І. Особливості медичної та фізичної реабілітації футболістів дитячих спортивних закладів у посттравматичному періоді..... 71
Давидович С. І. Розробка методики кількісного визначення зипразидону укрові методомВЕРХ/МС……..... 72
Дармограй Н. М., Галькевич І. Й. Розробка методики виділення міртазапіну з мозку..... 74
Демянишина В. В. Роль дефіциту 25-гідроксихолекальциферолу у

клінічному перебігу муковісцидозу у дітей..... 75
Егоров Р. И. Посттравматический остеомиелит нижней челюсти у детей…. 77
Криклива С. Д., Кременська Л. В., Бобровська О. А., Сергєєв С. В. Вплив дефлорації Aesculus Hippocastanum l на кількісні і якісні характеристики лікарської сировини……... 78
Назарчук О. А., Осадчук Н. І. Дослідження протимікробної ефективності β-лактамних антибіотиків щодо Acinetobacter Baumannii, Pseudomonas Aeruginosa як збудників інфекційних ускладнень у хворих з опіками..... 80
Небор Я. Я. Аналіз провідних факторів ризику у разі виникнення ішемічного інсульту у осіб молодого віку……..... 81
Новоселецький В. О., СтаніславчукМ. А. Зв'язок рівнів лептину крові з клініко-демографічними показниками при остеоартрозі колінних суглобів... 83
Очеретнюк А. О., Паламарчук О. В., Ващук В. А. Корекція макроскопічного стану легень щурів колоїдно-гіперосмолярним розчином в умовах опікового шоку……..... 85
Палій Г. К., Павлюк С. В., Дудар А. О., Палій Д. В., Кулик А. В. Дослідження резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів.. 86
Пасік В. Ю. Клініко-лабораторні особливості перебігу позагоспітальної пневмонії у дітей раннього віку..... 88
Пелешко О. С., Скибчик В. А. Вплив артеріальної гіпертензії на когнітивні функції……. 90
Бабаскін А. Ю., Решетник Л. Л. Стан секреторного імунітету у пацієнтів з каріозною хворобою на тлі нервової анорексії..... 91
Сахно Н. С., Тютенко Г. В. Роль сурфактанту у виникненні респіраторного дистрес синдрому у передчасно народжених дітей..... 92
Тесленко М. Ю., Чернишова Л. І. Клінічні та епідеміологічні особливості ротавірусної інфекції у дітей до 5 років в залежності від генотипу збудника 94
Ткаченко М. М., Поперека Г. М., Містрюков В. М., Міщенко Л. П. Вивчення ефектів внутрішнього опромінення людини з використанням

методу спектрометрії..... 95
Черпак М. О., Черпак О. М. Перспективи використання у медичній практиці видів роду клен……..... 97
Шило М. М. Запальні захворювання пародонта у дітей на тлі легеневої патології: мікробний спектр ротової порожнини..... 98
Бойко М. А. Електрофізичні параметри високочастотних коагуляторів та їх вплив на слизову оболонку порожнини рота в експерименті..... 100
Головня Н. І. Визначення ролі toll-подібних рецепторів у патогенезі рецидивуючого бронхітуу дітей..... 101
Гринчишина О. В. Можливість встановлення послідовності поранень від дії вогнепальних еластичних снарядів сферичної форми..... 103
Жук С. І., Шляхтіна А. О. Загальна характеристика факторів ризику фетальної інфекції……..... 105
Дьохтяренко Н. А., Дацко Г. Р. Проблема вибору раціонального медикаментозного лікування суправентрикулярних тахіаритмій у новонароджених в україні……..... 107
Козлюк К. Б. Особливості використання антидотів для диференційної діагностики отруєнь речовинами психотропної дії..... 109
Саханда І. В., Косяченко К. Л. Маркетинговий аналіз препаратів для лікування гіпертонічної хвороби……..... 111
Чихман Я. В. Можливість визначення виду нарізів каналу ствола зброї за морфологічними особливостями пасочку обтирання навколо пошкоджень одягу……..... 113