НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених, присвяченої Дню науки

«ІНТЕГРАЦІЯ ЗДОБУТКІВ МОЛОДИХ УЧЕНИХ-МЕДИКІВ ТА ФАРМАЦЕВТІВ В МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВИЙ ПРОСТІР: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»

16-17 травня 2019 року

Київ 2019

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених, присвяченої Дню науки «Інтеграція здобутків молодих учених-медиків та фармацевтів в міжнародний науковий простір: сьогодення та перспективи» (Київ, 16-17 травня 2019 року).

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

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

Редакційна колегія: Аугунас С. В.
Аубекерова Ю. Ю.
Бойко А. В.
Ковальчук В. М.

НМАПО імені П. Л. Шупика, 2019

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 чл.-кор. НАМН України професору Вдовиченку Ю. П., проректору з наукової роботи професору Савичук Н. О., проректору з науково-педагогічної роботи професору Толстанову О. К., проректору з науково-педагогічної та лікувальної роботи професору Моісеєнко Р. О., проректору з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами професору Гульчій О. П., проректору з економічних питань Проценко О. С., ученому секретарю професору Горачук В. В., проректору з адміністративно-господарської роботи Соханю Ю. О. за всебічну підтримку в проведенні конференції.

З повагою
голова ради молодих вчених
НМАПО імені П. Л. Шупика
Аугунас С. В.

**Організаційний комітет не несе відповідальності за зміст тез*

ЗАСТОСУВАННЯ CAPNOTRAINER В РАННІЙ ОРТОДОНТИЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ

Ардикуце В. П.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра стоматології

Актуальність теми. У зв'язку зі стрімким зростанням поширеності простудних захворювань, аденоїдитів та алергічних ринітів серед дитячого населення, проблема порушення носового дихання стає все більш актуальною. Стандартний протокол ортодонтичної діагностики (огляд, клініко-діагностичні моделі, фото та рентген знімки) є недостатнім для оцінки типу дихання та планування оптимального лікування у пацієнтів із даною проблемою. Загальноприйняті функціональні проби із затримкою дихання Штанге (під час вдиху) та Генча (під час видиху), застосування дзеркала чи вати є неточними. Покращення якості діагностики функції дихання дозволить побудувати точний та об'єктивний план лікування із прогнозованим результатом.

Мета дослідження. Покращення якості ортодонтичного лікування та досягнення більш прогнозованих та стійких результатів.

Матеріали та методи. Capnotrainer – апарат аналізатор вуглекислого газу, дозволяє вивчати та спостерігати в динаміці дихальні звички. Складається із системного блоку, дихальних трубок, програмного забезпечення, приєднується до комп'ютера за допомогоюUSB. Простий у застосуванні, неінвазивний, безболісний метод збору даних дихальної моделі пацієнта. У програмі існує можливість реєстрації рівня видихуваного CO2 та кількості дихальних актів, також можна прослідкувати ритмічність дихання. Збір даних проводиться у чотирьох позиціях: базове дихання, дихання з рівною спиною, медитативне дихання та після 5 хвилин фізичних навантажень.

Результати та обговорення. Результати обстеження виводяться на екран у вигляді графічного зображення, що служить компонентом діагностики та мотивацією для пацієнта. В залежності від отриманих даних, до майбутнього лікування може входити окремий комплекс дихальної гімнастики, дихальні вправи в межах міофункціональної терапії, чи направлення до суміжного спеціаліста (ЛОРа). Проміжний контроль дозволяє об'єктивно оцінити прогрес лікування. Нормалізація функції дихання забезпечує стабільніший результат ортодонтичного лікування та позитивно впливає на організм в цілому.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА РОБОТА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В УПРАВЛІННІ ФАРМАКОТЕРАПІЄЮ ПАЦІЄНТІВ

MULTIDYSCIPLINARY WORK OF DRUGS GENERAL PRACTICE-FAMILY HOSPITALS AND PHARMACIST IN THE CONTROL OF PATIENTS PHARMACOTHERAPY

Аугунас С. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра організації і економіки фармації

Актуальність теми. В даний час відбувається еволюція фармацевтичної практики від орієнтованості на продукцію до орієнтованості на пацієнта. Догляд за пацієнтом – це комплексна діяльність, яка вимагає від професіоналів сфери охорони здоров'я спільної роботи, компетентної ефективної. Співпраця, як спільний процес комунікації і прийняття рішень, грунтується на переконанні, що якісний догляд за пацієнтами досягається за рахунок сприяння у вигляді експертних знань з боку всіх постачальників медичних послуг.

Мета дослідження. Визначити розуміння лікарями загальної практики-сімейними лікарями (ЛЗП-СЛ) і провізорами участі лікар-провізор в управлінні фармакотерапією пацієнтів.

Матеріали та методи. У дослідженні використовувалися кілька видів анкет (для ЛЗП-СЛ і провізора, створених для відображення розуміння опитуваними співпраці між ними). Анкети були надані всім ЛЗП-СЛ і провізорам які погодилися взяти участь в дослідженні, і був задіяний пакет програм для обробки статистичних даних версії «Oca for Windows (5.9.3)».

Результати дослідження. На основі кореляційного аналізу мисистематизували емпіричні дані у вигляді розподілу частот та розрахунків типових показників в порівнянні відповідей респондентів на твердження, які були запропоновані в ході дослідження. Отримані дані дають змогу стверджувати про відсутність впливу на оцінку провізорами і ЛЗП-СЛ тверджень таких варіаційних ознак, як: форма власності медичного / фармацевтичного закладу, спеціальність та стаж роботи лікаря / провізора.

Як показав аналіз отриманих відповідей, переважна більшість ЛЗП-СЛ і провізорів впевнено визнають, що *по-перше,* провізори і ЛЗП-СЛ взаємно доповнюють один одного (ЛЗП-СЛ – 78,5 % і провізори – 92,5 %); *по-друге*, співпраця – необхідна складова, яку слід заохочувати (ЛЗП-СЛ – 82,8 % і провізори – 89,5 %); *по-третє*, співпраця поліпшить результати лікування пацієнта (ЛЗП-СЛ – 87,3 % і провізори – 95,0%); *по-четверте*, співпраця поліпшить якість обслуговування (ЛЗП-СЛ – 75,6 % і провізори – 97,0 %); *по-п'яте*, співпраця поліпшить міждисциплінарні відносини (ЛЗП-СЛ – 85,9

% і провізори – 97,0 %); *по-шосте,* провізори і ЛЗП-СЛ впевнено не погоджуються з твердженням, що співпраця – марна трата часу і витрата додаткових коштів на лікування пацієнта (ЛЗП-СЛ – 16,0 % і провізори – 11,7 %).

Висновки. Співпраця ЛЗП-СЛ та провізора є необхідним аспектом в реформуванні охорони здоров'я України та має заохочуватися, як було відзначено респондентами. Спільна практика в управлінні фармакотерапією пацієнтів є важливим елементом ефективного надання медичної та фармацевтичної допомоги, орієнтованого на пацієнта.

ІЛЕОФЕМОРАЛЬНИЙ ВЕНОЗНИЙ ТРОМБОЗ, ЯК ПРОБЛЕМА В СУЧАСНІЙ ХІРУРГІЇ

ILEOFEMORAL VENOUS THROMBOSIS AS A PROBLEM IN A CONTEMPORARY MEDICINE

Ахмад Ф. М.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Сморжевський В. Й.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кафедра хірургії

Актуальність теми. Венозні тромбоемболічні ускладнення (ВТЕУ), які включають тромбоз глибоких вен (ТГВ) та тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА), становлять актуальну проблему сучасної медицини, являючись однією із провідних причин смертності та інвалідизації. За даними Європейської асоціації кардіологів ВТЕУ займають третє місце серед причин смертності від серцево-судинних захворювань, поступаючись лише інфаркту міокарду та ішемічному інсульту та зустрічаються з частотою 100 – 200 випадків на 100 тис. населення. У загальній популяції вони зустрічаються у 0,15 – 2,1% населення.

Лікуванню ТГВ присвячено велику кількість робіт, які торкаються причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних проявів, методів діагностики, показань та протипоказань до різноманітних видів терапії, але досить рідко розглядається саме ілеофеморальний сегмент, а ТЕЛА, як і раніше, займає провідну причину летальності в хірургічних стаціонарах.

Мета дослідження. Покращення діагностики, лікування та його результатів хворих на гострий тромбоз ілеофеморальної ділянки шляхом дослідження венозних колекторів (підколінного, стегнового, клубового і кавального) та їх особливостей, вивчення функціонального стану венозного кровотоку при тромбозі на різному рівні нижньої кінцівки.

Методи дослідження. Аналітичні – вивчення та обробка архівних даних для визначення завдань та плану дослідження; загальноклінічні – опитування, аналіз скарг та анамнезу захворювання, послідовне об’єктивне

обстеження статистичні – для оцінки інформативності методів діагностики та ефективності лікування;

Результати та обговорення. За даними досліджень частота гострого ілеофеморального венозного тромбозу (ІФВТ) становить 1-2 випадки на 1000 населення в загальній популяції в рік (П. А. Болдижар, Ю. С. Небылицин)

Тригером хвороби являється ціла низка чинників, які призводять до утворення внутрішньосудинних тромбів. Патологічні передумови відомі як тріада Вірхова: уповільнення кровотоку (стаз), зміна реологічних властивостей крові (гіперкоагуляція), травма судинної стінки. Ураження ілеофеморального сегмента виникає під впливом різних причин, серед яких: сповільнення кровотоку; тривала адинамія; пошкодження ендотелію; тромбофілічні стани; вагітність.

Венозні тромбози іделфеморального сегмента входять в структуру ТГВ нижньої кінцівки, будучи їх центральним (проксимальним) типом. Ілеофеморальна ділянка являється буферною зоною між венозною системою нижніх кінцівок та нижньою порожнистою веною, адже у 89,2% пацієнтів формування тромбів спостерігали у мілких м’язевих гілках гомілки, що дають початок медіальній групі суральних вен, і прогресували знизу вверх, поширюючись на гомілкові, стегнові, клубові, а найважливіше – тромби досить швидко потряпляли у нижню порожнисту вену.

Одним з найбільш небезпечних фатальних ускладнень ІФВТ є тромбоз нижньої порожнистої вени з подальшою тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА), при якій частота смертності досягає 15,7-21,3%. Згідно з даними літератури , з кожним роком збільшується частота розвитку ІФВТ і його тромбоемболічних ускладнень.

Компенсаторні можливості колатерального венозного кровоплину залежать від причини, характеру та варіанту, рівня і протяжності тромботичної оклюзії магістральної вени та значним чином впливають на вибір методу лікування ТГВ у системі НПВ. У пацієнтів з ТГВ нижніх кінцівок компенсація венозного кровотоку відбувається з індивідуальними відмінностями переважно за рахунок підшкірних вен, але їх роль зменшується у ділянці тазу і стає незначною на рівні черевної порожнини, оскільки значні глибокі колатералі з’являються лише від рівня середньої третини стегна й стають основними на рівні тазу та черевної порожнини.

З’ясовано, що у формуванні кожного венозного сегменту приймають участь наступні складові: «приносні магістралі», венозні колектори і їх шунти), а також «виносні магістралі».

Найбільше значення в порушенні відтоку має венозний колектор (їх є чотири: підколінний, стегновий, клубовий і кавальний). У колектор завжди впадають декілька приносних магістралей – здатних повністю компенсувати непрохідність супутників.

За нашими даними, які співпадають з даними дослідників (Я. М. Попович, В.В. Корсак, Русин В.І.) колатеральний кровотік при оклюзіях магістральних вен тазу має свої відмінності:

– більшість шляхів колатерального відтоку у клубово-стегновому сегменті представлені колатеральними системами, які майже завжди не мають клапани і вступають у дію відразу ж після виникнення оклюзії магістральної вени;

– компенсаторні можливості колатерального кровотоку у клубово-феморальному сегменті зменшуються при спрямуванні оклюзії від центру до периферії, тому оклюзія загальної клубової вени (ЗКВ) призводить до менш виражених гемодинамічних порушень, ніж оклюзія нижче розташованих сегментів клубових вен.

З метою оцінки порушень реґіонарної гемодинаміки досліджено статистичні дані судинних хворих на ВТЕ нижніх кінцівок та дані їх УЗД на базі судинного відділення Київської обласної лікарні №1.

Стегново-клубовий сегмент не має магістральних шунтів, що визначає обмежені функціональні резерви.

У пацієнтів з приводу тромботичного ураження ілеофеморального сегменту доцільно проводити комбіноване лікування: тромбектомію з послідуючим проведенням антикоагулянтної терапії новими оральними антикоагулянтами (Згідно з рандомізованим дослідженням EINSTEIN – Рівароксабан 15 мг 2 рази/добу протягом 21 дня з переходом на 20 мг раз/добу, далі за показами) Застосування компресійного трикотажу протягом 3-4 місяців. З метою лікування гострого ілеофеморального венозного тромбозу та довгострокової профілактики рецидиву венозного тромбоемболізму добре зарекомендував, за даними метааналізу, прийом перорального сулодексида 500 ЛО (ліпопротеїнліпазних одиниць) двічі на добу. За даними зарубіжної літератури набирає оберти стентування клубових вен після проведеної регіональної тромбектомії. При небезпеці виникнення ТЕЛА, є можливість використовувати тимчасові або постійні кава-фільтри.

Висновки. Ілеофеморальна ділянка венозної системи досить суттєво відрізняється від стегновго, колінного та кавального сегментів, що треба брати до уваги при обранні тактики лікування хворого. У ділянці тазу та рівні черевної порожнини компенсація венозного кровоплину відбувається

за рахунок глибоких колатералей (притоки внутрішньої клубової вени, венозні сплетення малого тазу та поперекові венозні сплетення, гонадні, висхідні поперекові, нижні міжреберні, непарна та напівнепарна вени). Вибір тактики комплексного лікування ІФВТ являє собою велику проблему, яку слід вирішувати персоніфіковано з кожним пацієнтом.

ОЦІНКА ВПЛИВУ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА ТА СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ НА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИЙ ПРОЦЕС У ХВОРИХ НА ПСОРІАТИЧНИЙ АРТРИТ

Бойко А. В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра сімейної медицини

Актуальність теми. Накопичені результати наукових досліджень свідчать про те, що хронічні запальні захворювання з аутоімунним генезом асоціюються з розвитком атеросклерозу і підвищенням серцево-судинної захворюваності і смертності в порівнянні з аналогічними показниками в загальній популяції . Підвищений серцево-судинний ризик спостерігається на тлі багатьох запальних захворювань, включаючи ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, запальні захворювання кишечника, а також псоріатичний артрит та псоріаз

Мета дослідження. визначити вплив С-реактивного білка, сечової кислоти на розвиток атеросклеротичного процесу у хворих на псоріатичний артрит

Матеріали та методи. У дослідження було включено 32 пацієнтів з ПСА, які не мали атеросклеротичних ССЗ, цукрового діабету, хронічної хвороби нирок та інших важких захворювань, не приймали статини, група контролю складалася з 19 пацієнтів з псоріазом (ПС), порівнюваних за віком і статтю. Відібрані хворі, на момент включення у дослідження, не мали АГ та не приймали гіпотензивні засоби. Всім пацієнтам проводили комплекс клініко-інструментальних та лабораторних обстежень.

Результати дослідження. Середній вік хворих на ПсА становив 39,62±5,8 роки (15 (46,87%) жінок та 17 (53,12%) чоловіків), хворих на ПС (група порівняння) 32,3±5,63 роки (6 (35,3%) жінок та 11 (64,7%) чоловіків) відповідно. Тривалість ПсА коливалась від 3 до 20 років. За результатами аналізу показників ліпідного обміну відмічалась достовірна різниця середніх показників ЗХ у групі пацієнтів з ПсА (Таблиця 2) у порівнянні з групою контролю. Середні рівні ЗХ, ТГ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ були значно вищими у хворих на ПсА, рівень ХС ЛПВЩ – достовірно нижчий порівняно з показниками групи хворих на ПС ($p<0,05$). Підвищення рівнів

високочутливого СРБ та СК у групі хворих на ПсА відмічено у 78,82% (18 осіб) та 21,73% (5 осіб) відповідно. У групі пацієнтів з DAS 28 середнього і високого ступеню активності (>3,2) було виявлено сильний кореляційний зв'язок між величиною ТКІМ СА та сечової кислоти (r=0,61). Рівень ХС ЛПВЩ був пов'язаний зворотнім зв’язком середньої сили з СРБ і рівнем сечової кислоти. Між рівнем ФГ та СРБ та СК було виявлено прямий зв'язок середньої сили (r=0,54, 0,48 відповідно).

Висновки. Виявлено, що у хворих ПсА вираженість атеросклеротичного процесу більше в порівнянні хворими ПС (профілі ФР були однакові). Найвищі рівні С-реактивного білка, фібриногену, сечовий кислоти, показник товщини комплексу інтима-медіа, частота атеросклеротичної бляшки були виявлені у пацієнтів в групі з пса, що може вказувати на патогенетична зв'язок додаткових ФР з розвитком більш поширеного атеросклеротичного процесу.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУГІПЕРТЕРМІЧНИХ ТА ТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ ГЕМОСТАЗУ НА М'ЯКІ ТКАНИНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ЛАБОРАТОРНИХ ТВАРИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE INFLUENCE OF HYPERTHERMIC AND TRADITIONAL METHODS OF HEMOSTASIS ON THE SOFT TISSUE OF THE ORAL CAVITY OF LABORATORY ANIMALS IN THE EXPERIMENT

Бойко М. А.

Науковий керівник – д. мед. н. професор О.В. Павленко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Інститут стоматології

Кафедра стоматології

Актуальність теми. Проблема гемостазу при втручаннях на м’яких тканинах відома здавна, ізачаступотребує використання додаткових методів, одним з яких є фізичний. З плином науково – технічного прогресу та розробкою нових методик, вирішуються деякі питання в даному аспекті, але кожен з нині існуючих методів має як свої переваги, так і недоліки. Відомі методи гемостазу, як клейові композиції, електрокоагуляція, лігатурний метод, мають ряд недоліків. Золотим стандартом є накладання швів, однак залишається не вирішеними ряд питань. Статистика свідчать, що постопераційні кровотечі в оральній хірургії від 0.2 до 6.2 %.В джерелах літератури, згадуються шовні матеріали з покриттям триклозану та хлоргексидину, але їх використання не є доцільним, тому що лишається досить велика ймовірність постопераційних ускладнень у зв’язку зі швидкою контамінацією поверхні швів мікроорганізмами, ефектом стороннього тіла

в рані, та підвищенням ціни. Аналіз літератури свідчить, що традиційні методи гемостазу мають багато недоліків, про що свідчить статистикапостопераційних ускладнень. В той же час оптимізація нових методик длягемостазуслизової оболонки , дозволить покращити результати хірургічних втручань за рахунок зменшенняускладнень.

Мета дослідження. Дослідити можливості використання високочастотних гіпертермічних методів гемостазу слизової оболонки порожнини рота, порівняти їх з традиційними методами.

Матеріали та методи. В модельних дослідах на середніх лабораторних тваринах, статевозрілих кролях різної статі породи «Шиншила», що заключались у здійсненні incisio по перехідній складці присінку порожнини рота та з'єднанні слизової оболонки, було створено одну контрольну групу, де використовувалась традиційна методика з метою гемостазу слизової оболонки, шляхом з'єднання її (лігатурний метод, 5 кролів), та 3 експериментальні групи, з яких, в першій проводили гемостаз слизової оболонки за допомогою апарату «LigaSure» (5 кролів), в другій за допомогою апарату «ЕХВЧ – Надія – 2» (5 кролів), в третій за допомогою апарату «ЕКВЗ – 300 М» (5 кролів).

Результати досліження. В групі, де був використаний лігатурний метод з'єднання для досягнення гемостазу м'яких тканин порожнини рота, спостерігалася довготривала запальна реакція навколо лігатур, що асоціювалась зі знаходженням стороннього тіла в рані, відкладалась мікробна бляшка на поверхні швів, на 4-5 добу спостерігалось «неспроможність» швів утримувати краї рани в натягнутому положенні, як наслідок, пролонгація загоєння рани. В групі де використовувався апарат «LigaSure», було досягнуто гемостазу, однак у зв'язку зі стандартними інструментами, що входять до комплектації апарату, та їх недосконалою конструкцією що не пристосована для вузькоспеціалізованого застосування, була потреба у захваті більшої площі слизової оболонки, і як наслідок, отримано більший об'єм карбонізованих тканин, що подовжило терміни загоєння рани. В групі, де використовувався апарат «ЕХВЧ – Надія – 2», первинного з'єднання країв рани не отримано, але отримано надійний гемостаз, однак, по периферії хірургічної рани, спостерігалися зони гіперкоагуляції з некротичними масами, з подальшим довготривалим загоєнням та деформацією тканин в місці втручання, виникненням ускладнень у двох кролів. В групі, де використовувався апарат «ЕКВЗ – 300 М, ПАТОНМЕД» з застосуванням відповідно до нього розроблених інструментів, спостерігалося отримання первинного «зварного шва» слизової оболонки порожнини рота, надійний

гемостаз, зона карбонізованих тканин була мінімальною, тільки по краяхтонких контактів, виявлялася тільки на другу добу.

Висновки. З'ясована залежність між температурою впливу, швидкістю, надійністю гемостазу та негативними наслідками в зоні використання апаратів та методик.Здійснено порівняння апаратів та методики. Чим триваліший процес гіпертермічної дії на слизову оболонку, тим швидше досягається надійний гемостаз, але разом з тим і збільшується об'єм карбонізованих тканин, що гальмує процеси регенерації та викликає деформацію тканин, що в свою чергу може призвести до порушення функції. Об'єм утворення карбонізованих тканин пов'язаний з температурним режимом роботи кожного з апаратів та тривалістю впливу на тканини, формою електрода, потужністю інвертора апарату. При використанні методики електрозварювання, встановлено наявність мінімального об'єму карбонізованих тканин в ділянці контакту робочої частини біполярного інструменту з краями рани слизової оболонки, електричний вплив поверхневий, не поширюється в напрямку кістки.Проблеми традиційних методів гемостазу та з'єднання м'яких тканин, зумовлюють пошуки нових, альтернативних методів. Робота з апаратамизалежитьвід кваліфікації оператора. У зв'язку з позитивними результатами, перспективним є продовження досліджень з застосуванням зварної технології біологічних тканин.

РИЗИК КЛІНІЧНОГО ПОГІРШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ ТА ВТОРИННОЇ ГЕМОРАГІЧНОЮ ПРОГРЕСІЄЮ ЗАБОЇВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Виваль М. Б.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Поліщук М. Є.,
зав. каф. нейрохірургії,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра нейрохірургії

Актуальність теми. Вторинна геморагічна прогресія забоїв головного мозку (ВГПЗ) є вкрай небезпечним вторинним ушкодженням у хворих з черепно-мозковою травмою (ЧМТ), яка призводить до безповоротної втрати мозкової тканини після первинної травми, вищої смертності, та збільшує ризик глибокої інвалідизації. Проте не всі пацієнти з ВГПЗ демонструють клінічне погіршення під час лікування.

Мета дослідження. Виявлення рентгенологічних і клінічних факторів клінічного погіршення та їх зв'язок із ВГПЗ.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати клінічного та нейровізуалізаційного дослідження, проведеного у 148 хворих із ЗГМ, які були проліковані в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги у 2018 році. Було досліджено вплив клінічних та радіологічних факторів на клінічне погрішення. До аналізу включили розмір вогнищ, рівень свідомості за Шкалі ком Глазго (ШКГ), вид травми, тип та об'єм забою, алкогольну інтоксикацію, зміщення серединних структур, стан базальних цистерн, субарахноїдальний крововилив, епі-субдуральні нашарування крові, переломи черепа, та КТ класифікація ЧМТ по Marchall. Достовірним діагноз ВГПЗ вважався, якщо виявлено збільшенння забою на 30% у порівнянні з первинним обстеження, а також появу віддалених вогнищ, які відсутні на первинних знімках.

Результати дослідження. ВГПЗ виявлена у 66 (44,6 %) хворих, клінічне погіршення - у 36 (24,3 %) хворих, яке найчастіше відбувалося в перші 6 годин після госпіталізації, проте траплялося і до 3-4 доби. У хворих, які клінічно погіршилися, контрольна КТ виявила ВГПЗ у 21 (58,3 %) випадку та супроводжувалася наростанням компресійно-дислокаційного синдрому. Після проведеного аналізу відносних ризиків були виявлені такі радіологічні параметри, як розмір забою більше 25-50 мл на первинній КТ - ВР=18,3 (95% ДІ, 3,74-89,8) (p=0,001), коматозний стан хворого по ШКГ - ВР=4,4 (95% ДІ, 1,93-9,9)) (p=0,001), зміщення серединних структур 1- 5 мм на первинній КТ - ВР = 3,3 (95% ДІ, 1,16-9,3) (p-0,020), компресія базальних цистерн ВР = 12,3 (95% ДІ, 5,06-29,8) (p-0,010) та епідуральні нашарування крові - ВР = 6,1 (95% ДІ, 1,86-20,1) (p=0,001) на первинній КТ, які були повязані із клінічним погіршенням. Ми не виявили впливу механізму травми чи локалізації забою, алкогольної інтоксикації на клінічне погіршення.

Висновки. Клінічне погіршення пов'язане із збільшенням геморагічного компоненту ушкодження після ЧМТ, зміщенням серединних структур, наростанням компресії базальних цистерн. Проте не всі пацієнти навіть з вираженою ВГПЗ клінічно погіршуються, і не завжди збільшення вогнища є причиною клінічного погіршення у хворих із ЗГМ. Ретельний контроль неврологічного стану у гострому періоді із проведенням КТ контролю з корекцією лікувальної тактики є необхідним у лікуванні пацієнтів із ЗГМ.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТИТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ В УКРАЇНІ, ГЕРМАНІЇ, ІЗРАЇЛІ І АМЕРИЦІ

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE TREATMENT OF PERIODONTITIS DEPENDING ON THE AGE IN UKRAINE, GERMANY, ISRAEL AND AMERICA

Волошина Д. С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра терапевтичної стоматології

Після карієсу захворювання пародонту у всьому світі вважається другою за поширеністю хворобою зубощелепної системи. Поширеність її велика як в розвинених, так і в країнах, що розвиваються, особливо в осіб похилого віку. Вона залежить не стільки від кліматично-географічних особливостей регіону, скільки від соціально-економічного розвитку і рівня розвитку стоматологічної допомоги. Однак в останні десятиліття відзначено значне зростання кількості захворювань пародонту в осіб молодого віку. У численних роботах підкреслюється, що у 13-16-річних підлітків в 10-15% випадків діагностують генералізовані форми гінгівіту і пародонтиту.

Протоколи лікування пародонтиту дещо різняться у різних країнах, але певні загальні риси існують в усьому світі. Тому наша робота присвячена порівняльній характеристиці особливостей лікування пародонтиту.

В Україні, згідно з протоколами лікування пародонтиту, після встановлення вірного діагнозу рекомендовано консервативне лікування, яке включає в себе видалення зубних відкладень, призначення фізіотерапевтичних процедур, антисептичної обробки і протизапальних аплікацій. Хірургічне втручання рекомендовано при розвиненому патологічному процесі, та включає в себе ліквідацію пародонтальних кишень з обробкою коренів зубів і кісткових дефектів альвеолярного відростка, які заповнюються синтетичним трансплантатом, і в подальшому пародонтальні тканини вшиваються.

В Ізраїлі, для осіб молодого віку відразу ж рекомендують специфічну мікрохірургічну інноваційну операцію по вживлянню хлоргексидин-желатинового (СНХ) чіпу, що містить 2,5 мг хлоргексидину в желатиновому матриксі. Чіп приблизно 5 мм висотою поміщається в ізольованій пародонтальній кишені, де він розсмоктується і виділяє хлоргексидин протягом 7-10-ти днів. СНХ-чіп використовується в Ізраїлі у якості доповнення до механічної обробки поверхні коренів зубів для зниження глибини пародонтальних кишень і відновлення рівня клінічного прикріплення ясен.

У Європі та США пацієнтам пропонується професійна гігієнічна чистка, що включає в себе: механічне очищення поверхні зубів ультразвуковим скейлером, полірування поверхні зубів кюретами Грейсі, медикаментозна обробка розчинами антисептиків. Кюретаж пародонтальних кишень із застосуванням універсальних кюрет, медикаментозна обробка розчинами антисептиків.

Таким чином, ефективність надання лікувально-профілактичної допомоги хворим з патологією пародонту багато в чому визначається повноцінною діагностикою захворювання, компетентним підбором методів лікування і реабілітації, обґрунтованим поєднанням терапевтичних, хірургічних, ортопедичних і фізіотерапевтичних заходів. Висока якість лікування і реабілітації захворювань пародонту забезпечується дотриманням принципів індивідуального підходу до кожного пацієнта з урахуванням даних загального та соматичного статусу, отже – комплексне лікування повинно бути спрямоване на ліквідацію запальних змін у пародонті, гіпосенсибілізацію організму, нормалізацію його реактивності, корекцію метаболічних, мікроциркуляторних порушень в тканинах пародонта.

ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ, ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

EVALUATION OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH 2 TYPE DIABETES , CHRONIC KIDNEY DISEASE AND HYPERTENSION

Гавриленко В. Є.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Бенца Т. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра терапії

Мета дослідження. Оцінити ефективність комплексного лікування хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД2) з хронічною хворобою нирок (ХХН) та артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів (з них 20 чоловіків, 20 жінок) віком 63±6 років з ЦД2, ХХН та АГ. Пацієнти були поділені на 2 групи: 1 - основну (n=20) та 2 - контрольну (n=20). До початку дослідження та через 3 місяці визначали глюкозу натще (ГПН), глікований гемоглобін (HbA1c), мікроальбумінурію, рівень креатиніну, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ за EPI) та добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ). Пацієнтам було призначено метформін 2000 мг/добу, антигіпертензивна терапія (раміприл 10-20 мг/добу, амлодипін 5 мг/добу). Додатково 1-а група хворих отримувала емпагліфлозин 25 мг/добу, а 2-а група - глімепірид 4 мг/добу впродовж 3 міс.

Результати дослідження. Рівень ГПН в 1 групі знизився з 8,4±0,9 ммоль/л до 6,7±0,4 ммоль/л, а в 2 - з 8,65±0,95 до 6,95±0,45 ммоль/л. В 1 групі HbA1c зменшився з 8,6%±0,7% до 7,9%±0,3%, а в 2 - з 8,6±0,7% до 8,1%±0,5% ($p<0,05$). Мікроальбумінурія в 1 групі зменшилась з 250 до 100 мг/добу, в 2 - з 250 до 220 мг/добу. Креатинін в 1 групі знизився з 122,9±18,5 до 112,75±18,25 ммоль/л, в 2 - підвищився з 122,7±18,5 до 129,25±18,15 ммоль/л. ШКФ за EPI в 1 групі підвищилась з 48±3 до 53±4 мл/хв/1,73м^2 , в 2 - зменшилась з 49±3 до 45±2 мл/хв/1,73м^2. Систолічний АТ в 1 групі зменшився з 152±5 до 148±5, в 2 - з 152±5 до 150±5 мм рт. ст.; діастолічний АТ в 1 групі знизився з 90±5 до 80±5, в 2 – з 90±5 до 85±5 мм рт. ст.

Висновки. Комплексне лікування хворих на ЦД2, ХХН та АГ додаванням емпагліфлозину сприяло кращій компенсації ЦД2, покращенню функції нирок (зниженню рівня креатиніну, підвищенню ШКФ та зменшенню мікроальбумінурії), а також нормалізації рівня АТ у порівнянні з глімепіридом.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ НА МОДЕЛЯХ СТОПИ ІЗ ЗАП'ЯТКОВИМ БУРСИТОМ ТА СИНДРОМОМ HAGLUND'A

EXPERIMENTAL STUDY OF THE STRESS-STRAIN STATE OF ACHILLES TENDON ON MODELS OF THE FOOT WITH A RETROCALCANEAL BURSITIS AND HAGLUND SYNDROME

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

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра ортопедії і травматології № 1

Актуальність теми. В сучасних наукових роботах присвячених проблемі захворювань ахіллового сухожилля (АС) все частіше описуються клінічні випадки поєднання зап'яткового бурситу (ЗБ) та тендопатії АС. В ході ретроспективного дослідження 176 пацієнтів з IT Håkan Alfredson і Christoph Spang виявили, що у 74% пацієнтів було також діагностовано поверхневий і зап'ятковий бурсити (ЗБ), а також синдром Haglund'a. Тому, грунтуючись на попередніх дослідженнях, можна говорити про те, що зв'язок між ЗБ або синдромом Haglund'a і тендопатією вимагає подальшого вивчення.

Мета дослідження. В експерименті дослідити зв'язок між патологічним процесом в структурах задніх відділів стопи у хворих

з ЗБ/синдромом Haglund'а та розвитком дегенеративних змін АС – супутньою тендопатією.

Матеріали та методи. На початковому етапі засобами програмного пакету «Solid Works» створені імітаційні комп'ютерні 3-D моделі стопи: інтактна модель, модель з ЗБ і модель з синдромом Haglund'а. Розроблені імітаційні моделі було імпортовано у програму «ANSYS». Розрахунок значень напружено-деформованого стану (НДС) був проведений в трьох положеннях гомілковостопного суглоба – нейтральне, передній поштовх (підошовна флексія -10º) і задній поштовх (тильна флексія + 10º). Ключовим показником для порівняльного аналізу обрані дані, отримані шляхом розрахунків значення інтенсивності напружень, які визначали на АС.

Результати дослідження. Визначено, що у всіх трьох розроблених моделях у положенні підошовної флексії реєструється найменші показники напруження на АС. Але в моделі з синдромом Haglund'а значення НДС на 27,6% вище аніж в інтактній моделі. В нейтральному положенні значення напружень складали 7,05 Мра для інтактної моделі, 5,64 Мра в моделі з ЗБ та 7,75 Мра в моделі з синдромом Haglund'а, що дорівнює відповідно -20,0% та +9,0% в порівнянні з інтактною моделлю. Значення зростання напруження на АС в процесі переходу з нейтрального положення у положення тильної флексії на 96,2 % більше у моделі с синдромом Haglund'а та на 68,0% більше у моделі з бурситом в порівнянні з інтактною моделлю і складає 26,6 Мра, 17,4 Мра та 15,8 Мра.

Висновки. Результати дослідження пояснюють розвиток дегенеративно-дистрофічних процесів в АС при ЗБ та синдромі Haglund'а. Це дозволяє більш широко поглянути на дану проблематику і підходити до лікування і діагностики хворих з ЗБ та синдромом Haglund'а більш диференційовано та комплексно.

ФЛУОРЕСЦЕНТНА ХОЛАНГІОГРАФІЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Гончаренко О. С.
Одеський національний медичний університет
Кафедра ендоскопічної та роботизованої хірургії

Актуальність теми. Лапароскопічна холецистектомія часто виконується при гострому калькульозному холециститі, при якому візуалізація трубчастих структур, тобто досягнення «критичного виду безпеки» утруднена. Новий метод: флуоресцентна холангіографія, дозволяє легко візуалізувати холедох та жовчний проток.

Мета дослідження. Вивчення результатів ФХ при лапароскопічній холецистектомії з приводу гострого калькульозного холециститу.

Матеріали та методи. В дослідження увійшли пацієнти з гострим калькульозним холециститом з ризиком технічних утруднень: фізикальні ознаки деструктивного холециститу, блокований жовчний міхур при УЗД, різке потовщення стінок жовчного міхура при УЗД. Основну групу склало 5 пацієнтів (жінки), яким лапароскопічна холецистектомія виконувалась з ФХ. Середній вік - 55,6 років. Контрольна група - 5 пацієнтів (3 чоловіка та 2 жінки), яким виконували лапароскопічну холецистектомія без ФХ. Середній вік - 54,4 роки. Для виконання ФХ використовувалась спеціальна відео-система „Karl Storz“ і індоціанін зелений, який вводився перед операцією.

Результати дослідження. Всі операції в обох групах завершені успішно лапароскопічно. Середня тривалість операції в основній та контрольній групах склала 118 хв. і 125 хв відповідно, а час до досягнення «критичного виду безпеки» - 23 хв. і 38хв. Післяопераційних ускладнень в обох групах не було.

Висновки. 1. ФХ є простим і безпечним методом візуалізації холедоха і жовчного протока, при гострому калькульозному холециститі. 2. ФХ дозволяє скоротити час до досягнення «критичного виду безпеки». 3. Потребує подальшого збору матеріалу.

ПОРІВНЯННЯ ЧАСТОТ ТРАПЛЯННЯ РІЗНИХ МОРФОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВИПАДКАХ ТЕНОСИНОВІАЛЬНОЇ ГІГАНТОКЛІТИННОЇ ПУХЛИНИ РІЗНОГО ТИПУ

COMPARISON OF THE FREQUENCIES OF DIFFERENT MORPHOLOGICAL INDICATORS IN CASES OF TENOSYNOVIALGIANT CELL TUMOR

Григоровська А. В.

Науковий керівник – професор Дядик О. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра патологічної і топографічної анатомії

Актуальність теми. Теносиновіальна гігантоклітинна пухлина сухожильних оболонок (ТСГКП) – ідіопатичне проліферативне новоутворення суглобової капсули. В 1941 р. Jaffe зі співавторами виділили це ураження як окрему нозологію, трактувавши гіперпластичні розростання в межах синовіальної оболонки як псевдопухлинний запальний процес. Типова гістологічна будова даного ураження представлена інкапсульованою пухлиною овальної форми, яка утворює дрібні вузли з осередками нерівномірного накопичення залізовмісного пігменту гемосидерину,

розділені фіброзними септами, доволі часто - гіалінізовані. Клітинні складові осередку ТСГКП зазвичай включають чотири основні форми, а саме: макрофагоподібний мононуклеарний проліферат клітин, епітеліоїдні гістіоцитоподібні клітини, остеокластоподібні гігантські клітини, і ксантоматозні клітини. Незважаючи на притаманність даному новоутворенню низки патогномонічних гістологічних ознак, ТСГКПЛ в значній частці випадків демонструє складну, поліморфну будову, співвідношення окремих клітинних та стромальних компонентів в ній може широко варіювати.

Мета дослідження. На основі гістологічних досліджень випадків синовіальної гігантоклітинної пухлини локалізованого і дифузного типу і аналізу частот трапляння випадків з різною вираженістю морфологічних показників гістологічної будови тканини осередку у хворих на ТСГКП, покращити гістологічну диференційну діагностику ТСГКП.

Матеріали та методи. Дослідження виконувалось на 95 випадках ТСГКП локалізованої форми ураження та 50 випадках – дифузної. За статистичної обробки обчислювали середні групові параметри та параметри варіації (стандартне відхилення, стандартна помилка), частоти трапляння випадків окремих градацій клінічних та морфологічних показників у наявному матеріалі.

Результати дослідження. Було встановлено, що частоти трапляння випадків певного ступеня вираженості в тканинах ТСГКП різних типів мають сталі статистично підтверджені відмінності. Статистичні порівняння частот за критерієм χ^2 показали, що в тканинах ТСГКП дифузного та локалізованого типів доволі суттєво відрізняються частоти трапляння випадків з інтенсивною макрофагально-мононуклеарною реакцією ($p<0,01$), частоти трапляння випадків з переважанням певного різновиду клітинних проліфератів ($p<0,005$), вираженістю гемосидерозу тканин та характеру строми патологічної тканини ($p<0,001$).

Висновки. Отримані дані означають, що у випадках дифузної форми ТСГКП запальна інфільтрація тканини більш виражена, високої щільності, її осередки частіше побудовані з дифузних солідних проліфератів фібробластів і синовіцитів, а в локалізовані формі ТСГКП, переважають осередки, де домінує більш зріла, фіброзна гіалінізована строма. Також у тканинах дифузної форми частіше трапляються випадки з високим ступенем вираженості гемосидерозу тканин.

ВПЛИВ УРАПІДІЛУ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ І СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ З ЗАКРЕПАМИ

THE INFLUENCE OF URAPIDILI ON STRUCTURAL-FUNCTIONAL PARAMETERS OF THE LEFT VENTRICLE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION ON THE BACKGROUND OF OBESITY AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH CONSTIPATION

Григорук Г. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини

Актуальність теми. Кількість хворих на ожиріння продовжує рости, підвищившись за останні 20 років втричі. Ожиріння є однією з основних причин підвищення артеріального тиску, а його поєднання з синдромом подразненої кишки з закрепами (СПКз) сприяє більш високим його показникам.

Мета дослідження. Вивчити ефективність застосування α_1-адреноблокатора (урапіділу) на структурно-функціональні показники міокарда лівого шлуночка у хворих з ожирінням, підвищеним артеріальним тиском у поєднанні з СПКз.

Матеріал та методи. Обстежено 44 хворих з ожирінням у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) та СПКз, розділених на дві групи. Першу з них склали 20 пацієнтів, які отримували базисну терапію (інгібітор ангіотензин-перетворюючого ферменту, блокатор кальцієвих каналів, аторвастатин, пребіотик, прокінетик). До другої групи включені 24 хворих з такою ж коморбідною патологією, яким на фоні базисної терапії призначали урапіділ.

Усім обстеженим до та через місяць після лікування оцінювали структурно-функціональні зміни міокарда лівого шлуночка. Стан серцевої гемодинаміки вивчали методом ехокардіографії у М-режимі, шляхом трансторакального доступу. Розрахунковим методом визначали діастолічний та кінцевий систолічний об’єми (КДО та КСО) за таблицями Тейнчхольца), товщину міжшлуночкової перегородки (МШП) задньої стінки лівого шлуночка, у першій стандартній позиції, визначали кінцевий діастолічний розмір (КДР) і розмір та об’єм лівого передсердя (ЛП). Масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) визначали за формулою, згідно із рекомендаціями Американського товариства з ехокардіографії (ASE – convention) ММЛШ(г) = $0,8\times1,04\times[(МШП+КДР+ЗсЛШ)^3-КДР^3] + 0,6$.

Індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) визначали шляхом ділення ММЛШ на площу поверхні тіла. Ознаками ГЛШ вважали ІММЛШ більше 110 г/м^2 для жінок і більше 125 г/м^2 для чоловіків, або коли ММЛШ перевищувала 225 г.

Результати дослідження. Структурно-функціональні показники міокарду під впливом базисної терапії не змінювалися, зокрема, маса міокарда лівого шлуночка до і після лікування залишалась однаковою (277,7±5,2-до і 268,5±3,6 г-після), в той час як після включення до базисної терапії урапідилу знизилась з 267,5±3,8 до 256,9±2,2 г ($p<0,05$). Кінцевий систолічний об'єм лівого шлуночка не змінився після базисної терапії (61,7±1,2; 61,3±1,4) та знизився під впливом урапідилу з 61,6±1,3 до 50,8±0,4 мл ($p<0,05$). Кінцевий діастолічний об'єм лівого шлуночка у хворих другої групи зменшився з 140,4±1,2 до 134,5±1,1 ($p<0,05$). Під впливом комплексної антигіпертензивної терапії з залученням урапідилу зростала фракція викиду лівого шлуночка з 54,9±0,6 до 57,8±0,7% ($p<0,05$).

Висновоки. Таким чином, долучення до комплексної терапії урапідилу у хворих з АГ на тлі ожиріння і СПКз сприяє доброму терапевтичному ефекту та достовірно покращує структурно-функціональний стан лівого шлуночка.

РОЛЬ ТЕПЛОВОГО ПОТОКУ ТА ТЕМПЕРАТУРИ ПОВЕРХНІ ШКІРИ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Дросик А. В.
Науковий керівник – д. мед. н. Бодяка В. Ю.
ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет»
Кафедра онкології та радіології

Рак грудної залози продовжує залишатися самим розповсюдженим онкологічним захворюванням серед жінок. Найбільш ефективним способом покращення результатів лікування даного захворювання є удосконалення методів скринінгу, що вказує на необхідність створення та впровадження нових неінвазивних технологій. Визначення густини теплового потоку та температури поверхні шкіри молочної залози дозволить вдосконалити принципи ранньої діагностики її захворювань, зокрема онкологічного ґенезу.

Тому метою нашого дослідженнябуло вдосконалити скринінг раку молочної залози шляхом використання густини теплового потоку та температури поверхні шкіри останньої.

Спільно з Інституту термоелектрики НАН і МОН України нами розроблено абсолютно новий багатоканальний термоелектричний прилад для вимірювання густини теплового потоку та температури поверхні шкіри молочної залози – "АЛТЕК-10008".

Експериментальні дослідження виконано на 53 лабораторних щурах, а клінічні – за участі 90 жінок без будь-якої патології та 37 осіб хворих на рак грудної залози у I - II A стадіях захворювання.

Отримані результати експериментального дослідження свідчать, що величина густини теплового потоку, а також температури поверхні шкіри грудної залози ураженої пухлиною нижча за інтактну та знижується з ростом новоутворення. Між всіма квадрантами правої та лівої патологічно неураженої грудної залози жінок молодого віку, впродовж всіх фаз менструального циклу, відсутня вірогідна різниця густини теплового потоку. Зростання температури навколишнього середовища на кожні 2 ºС призводить до вірогідного зниження густини теплового потоку грудної залози. При уражені злоякісним новоутворенням грудної залози густина теплового потоку в кожному її квадранті вірогідно менша.

Висновки: 1. Експериментально встановлено, що густина теплового потоку, а також температура поверхні шкіри грудної залози ураженої пухлиною нижча за інтактну та знижується з ростом новоутворення. 2. Між всіма квадрантами правої та лівої патологічно неураженої грудної залози жінок, впродовж всіх фаз менструального циклу, відсутня вірогідна різниця густини теплового потоку. 3. Густина теплового потоку грудної залози обернено пропорційна зростанню температури навколишнього середовища. 4. Наявність злоякісного новоутворення грудної залози призводить до вірогідного зменшення густини теплового потоку та температури поверхні шкіри в проекції останнього.

ДИНАМІКА ПОШИРЕНОСТІ СИМПТОМІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ ТА АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ КИЇВСЬКОГО РЕГІОНУ

DYNAMICS OF PREVALENCE OF SYMPTOMS OF ASTHMA, RHINITIS AND ECZEMA IN CHILDREN OF KYIV REGION

Дуда Л. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра педіатрії № 1

Актуальність теми. Відповідно до досліджень за міжнародною програмою ISAAC, відмічається невпинне зростання поширеності алергічних захворювань (АЗ) серед дитячого населення різних країн світу. Виявлено підвищення розповсюдженості більш тяжких проявів алергії, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу (PhaseThreeISAAC). Поряд з тим, зазначається, що зростання поширеності симптомів астми досягло свого піку та може почати знижуватись.

Мета дослідження. Дослідити сучасний рівень та динаміку поширеності астми, алергічного риніту (АР)і атопічного дерматиту (АД) серед дітей Київського регіону.

Матеріали та методи. Використовувались стандартизовані анкети міжнародної програми ISAAC з розширенням вікових категорій. Опитано6034дитини Київського регіону (до 14-річного віку заповнювали анкети батьки). За віковими категоріями: І група – 1437 дитини (0-5 років), ІІ гр. – 1813 дітей (6-7 р.), ІІІ гр. – 1628 дитини (13-14 р.), IV гр. – 1156 дитини (15-17 р.). Гендерний розподіл вибірки становить близько 1:1.

Результати дослідження. За отриманими даними,поширеність АЗ серед дитячого населення Київського регіону має досить високі рівні. Розповсюдженість патології оцінювали за відповіддю на запитання № 2 у кожному блоці опитувальника щодо поширеності «симптомів протягом останніх 12 місяців».Так, поширеність симптомів астми в І групіскладає 21,6% (310/1437), у ІІ групі – 15,6% (283/1813), ІІІ – 11,4% (185/1628), IV- 8,6% (99/1156). Рівень поширеності АР з віком лише зростає: І гр. – 18,9% (271/1437), ІІ – 20,6% (373/1813), ІІІ – 24,9% (405/1628), IV – 28,6% (331/1156). Прояви АД закономірно з віком знижуються, але залишаються досить високими: І гр. – 11,9% (171/1437), ІІ – 8,9% (161/1813), ІІІ – 7,6% (124/1628), IV – 7,2% (83/1156).

Для проведення порівняльного аналізурозповсюдженості АЗ в динаміці (через 19 років) з даними Акопян А. З., Ласиці О. І.(Київ, 1999 р.),брали до увагиданіІІ та ІІІ груп, як це передбачено методологією програми ISAAC. Серед дітей молодшої групи поширеність симптомів астми за 1998-1999 роки складала 16,8%, а на сьогодні цей показник на рівні 15,6% (p=0,2662, χ^2=1,24); показники ринокон'юнктивіту (РК) 7,9% та 10,2% відповідно (p=0,0058, χ^2=7,61); симптоми АД зросли з 7,3% до 8,9% (p=0,0440, χ^2=4,06). У дітей 13-14 років поширеність симптомів астми – 15,2% за минулий період та 11,4% за 2018 р. (p=0,0003, χ^2=12,81); РК – 12,8% та 13,6% відповідно (p=0,4552, χ^2=0,56); АД – 6,7% і 7,6% (p=0,2621, χ^2=1,26).

Висновки. 1) Рівень поширеності астми, АР, АД залишається досить високим серед дітей Київського регіону, що відображає світові тенденції. 2) Відмічається деяке зниження поширеності симптомів астми в динаміці (статистично значимі зміни серед дітей 13-14 р.). 3) Однак, з роками спостерігається зростання розповсюдженості симптомів РК та АД (статистично значимі дані серед 6-7-річних дітей).

ПРОБЛЕМИ ТА ДОСЯГНЕННЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН СЕРЦЯ

PROBLEMS AND ACHIEVEMENTS IN THE SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF THE HEART

Дядюн Д. М., Вітовський Р. М.

ДУ Національний інститут серцево-судинної хірургії
ім. М. М. Амосова НАМН України
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра хірургії серця та магістральних судин

Актуальність теми. Первинні пухлини серця (ППС) проявляються різноманітною клінічною картиною, що імітує інші захворювання серця. Частота діагностики ППС, з яких понад 80% є морфологічно доброякісними пухлинами, становить від 0,09% до 1,9% від загального числа госпіталізованих хворих. Діагностика та диференційна діагностика ППС вкрай важка, тому що клінічні прояви виявляються переважно в пізніх стадіях захворювання, із проявою порушення гемодинаміки. Без хірургічного лікування прогноз при цій патології залишається несприятливим.

Мета дослідження. Пошук та удосконалення методів діагностики та хірургічного лікування хворих злоякісними пухлинами серця.

Матеріали та методи. У Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова АМН України за період з 01.01.1969 по 01.01.2019 рр. Було виконано 938 втручань при пухлинах серця.

З 66 (6,9%) первинних злоякісних пухлин серця (ЗПС) по частоті на першому місці спостерігалася ангіосаркома, яка склала 22 випадків (33,3%). У 9 (13,6%) хворих виявлена рабдоміосаркома, в 7 (10,6%) випадках - лейоміосаркома, у 9 (13,6%) пацієнтів виявлена злоякісна міксома, у 6 (9,1%) пацієнтів виявлено фібросаркома, в решті поодиноких випадках зустрічались ангіофібросаркома, гістоцітома, хондросаркома, ліпосаркома та лімфома. Крім того у 2 (3,0%) хворих були метастатичні ураження серця (світлоклітинний рак нирки та сіменома).

Неміксомні доброякісні пухлини серця були діагностовані в 35 (3,8%) випадках (рабдоміома, гемангіома, папілярна фіброеластома, фіброма, ліпома, лейоміофіброма та незріла тератома).

Вікхворих склав від 1 добидо 76років (в середньому 34,5 ± 4,3 в середньому). Міксоми серця виявлені в 837 (89,3%) випадках.

Діагностика та діференційна діагностика в кожному випадку була різною. Спостерігалися порушення гемодинаміки, емболічні симптоми, порушення ритму та інші індивідуальні прояви захворювання. Використання діагностичної біопсії ні в одному випадку (5 – ендоваскулярних, 2 – трансторакальних) не дало позитивних результатів. Використовувались

КТ та МРТ зі спеціальною програмою для диференційної діагностики. Хірургічне лікування ЗПС було спрямовано на максимальне видалення пухлини та відновлення гемодинаміки. Для досягнення радикальності операції у ряда пацієнтів виконувались додаткові маніпуляції такі, як пластичні корекції клапанів та стінок камер серця та крупних судин, а також протезування клапанів. В післяопераційному періоді всі пацієнти були направлені на термінове хіміотерапевтичне лікування.

Результати дослідження. При хірургічному лікуванні ЗПС госпітальна летальність склала 19,7% (13 хворих померло). Серед причин летальності основними були нерадикальність операції та пухлинна інтоксикація.

За останні 15 років шпитальна летальність була знижена з 33,3% до 5,5%. Крім того, за шестирічний період операції сприводу ЗПС були проведені без летальних наслідків за рахунок оптимізації виконання операцій та впровадженння адекватної післяопераційної терапії.

Висновки. Поліморфність клінічної картини має велике значення при обстеженні та діагностиці хворих з злоякісними пухлинами серця, так само як і різноманітність можливих ускладнень при проведенні хірургічного лікування цієї когорти хворих. У хірургічному лікуванні злоякісних пухлин серця необхідний індивідуальний підхід в кожному випадку, спрямований на максимальну радикальність операції та відновлення гемодинаміки. Важливою умовою для успіху лікування є адекватна хірургічна тактика, а також зважена тактика анестезіологічного та реанімаційного ведення у ранньому післяопераційному періоді, що в більшості випадків має бути спрямовано на профілактику пухлинної інтоксикації та проведення невідкладного хіміотерапевтичного лікування.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ II ТА III СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ

RISK PREDICTION OF THE DEVELOPMENT OF THE STAGE II AND III PREECLAMPSIA

Жорник В. В., Смірнов М. М.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Герзанич С. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра акушерства та гінекології

Актуальність теми. Прееклампсія – це полісистемне захворювання, що проявляється підвищенням артеріального тиску і протеїнурією, що маніфестують після 20-ти тижнів вагітності. Прееклампсія ускладнює від 1,3% до 6,7% всіх вагітностей, а приблизно у 30% випадків формується плацентарна недостатність, що призводить до затримки внутрішньоутробного розвитку плода, мертвонародження і підвищення

неонатальної смертність і захворюваність. Малосимптомність перебігу прееклампсії та відсутність чітких критеріїв її діагностики на доклінічному етапі обумовлює високу частоту розвитку важких форм і перинатальних ускладнень.

Мета дослідження. Розробити алгоритм прогнозування розвитку прееклампсії середнього і тяжкого ступеня на підставі виявлених, статистично значущих факторів ризику.

Матеріали та методи. Проведено клініко-статистичний аналіз даних 50 історій пологів та обмінних карт жінок із прееклампсією середнього і тяжкого ступенів та 30 породіль без даних ускладнень. Статистично значущі відмінності показників представлено у формі, придатній для подальшої обробки з метою створення прогностичної моделі. В основі прогностичного алгоритму застосовано патометричну процедуру розпізнавання Гублера-Генкіна, що базуються на теоремі Байєса у модифікації Вальда.

Результати та висновки. Аналіз даних виявив статистично значущі відмінності між клінічними групами за наступними показниками: індекс маси тіла, гіпертензивні ускладнення при попередній вагітності, протеїнурія, маловоддя, систоло-діастолічний індекс, тощо. При застосуванні послідовної діагностичної процедури оцінкою інформативності ознак є критерій Кульбака, що дозволяє оцінити не достовірність відмінностей між розподілами, а ступінь цих відмінностей. Для всіх показників розраховані прогностичні коефіцієнти (ПК) із подальшою оцінкою їх інформативності (I). Мінімальним значенням для включення ознаки у діагностичну таблицю є I=0,5. Розраховані ПК представлені у вигляді диференційно-прогностичної таблиці, що є інформаційною основою роботи алгоритму. Перевірка точності роботи алгоритму прогнозування представлена на 20 клінічних прикладах.

Отже, розроблений алгоритм надає можливість прогнозувати ризик розвитку прееклампсії у третьому триместрі вагітності. Застосування алгоритму дозволить включити жінку до групи високого ризику і вчасно застосувати комплексні лікувально-профілактичні заходи.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (НХЛТ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО (НМРЛ) III А СТАДИИ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ N2

Захарычев В. Д., Малярчук Е. А.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Кафедра онкологии

Актуальность темы. После проведённого комплексного лечения НМРЛ III А стадии наблюдается повышение выживаемости у пациентов с полным морфологическим ответом опухоли (ПМО). Основное количество случаев ПМО опухоли приходится на пациентов, получивших НХЛТ. Остаётся дискутабельным вопрос относительно безопасности НХЛТ. Целью нашей работы было сравнить частоту осложнений у больных после проведённых НХЛТ и НХТ.

Материалы и методы. Выполнен анализ результатов комплексного лечения после НХТ/НХЛТ 204 пациентов III А стадии НМРЛ. Для сравнительной оценки результатов пациенты распределены на 3 группы. Основная группа, 1-я (n = 34), в которую включены пациенты с лимфатическим статусом N1 и N2; 2-я (1 контрольная, n = 84 с N1), 3-я (2-я контрольная, n = 86 с N2), получавшие НХТ. Всем больным было проведено 2-4 курса ХТ по схеме цисплатин/карбоплатин + паклитаксел/доцетаксел. Лучевая терапия выполнялась в режиме ежедневных сеансов по 2 Гр (5 раз в неделю) в суммарной дозе 29,5-30,5 Гр. Через 3 недели после окончания неоадъювантной терапии выполнялась радикальная операция. Во всех группах проводился анализ степени морфологического ответа и частоты послеоперационных осложнений.

Результаты. В основной группе медиана выживаемости (МВ) составила 29 месяцев, в 1-й контрольной группе - 25 месяцев, во 2-й контрольной группе - 19 месяцев. В основной группе ПМО опухоли выявлен у 11% пациентов, ещё у 11% больных была установлена высокая степень морфологического ответа (ВСМО) опухоли (ОЖОТ 0,5-12,5%). В группах ПМО и ВСМО среднее значение выживаемости составило 45 месяцев и 39 месяцев соответственно. В обеих контрольных группах ПМО и ВСМО опухоли зарегистрирован суммарно у 3% пациентов. Проанализирована частота послеоперационных осложнений у больных во всех группах. Значимых различий в количестве осложнений между тремя группами не выявлено. Обьем хирургических вмешательств: - лобэктомия 23 (68%) в 1 группе, 39 (68%) во 2 группе, 6 (21%) в 3 группе; билобктомия; 3 (8%) в 1 группе, 12 (21%) во 2 группе, 8 (27%) в 3 группе, пневмонэктомия: 6 (17%) в 1 группе, 11 (19%) во 2 группе, 8 (27%) в третьей группе. Послеоперационные осложнения распределялись следующим образом: в основной группе: гемоторакс 2 (0,05%), эмпиема 1 (0,02%), бронхиальный свищ 1 (0,02%), абсцесс лёгкого 1 (0,02%) и пневмония 1 (0,1%), в первой контрольной группе: 5 (0,02%), 3 (0,05%) эмпием и бронхиальный свищ 5 (0,02%) и 2 (0,03%) пневмония 2 (0,03%), во второй контрольной группе

было: гематоракс 2 (0,06%), эмпиема 1 (0,03%) и бронхиальный свищ 3 (0,1%).

Выводы. 1. Частота послеоперационных осложнений у больных после НХЛТ и НХТ достоверно не различалась. 2. У пациентов с III А стадией НМРЛ применение НХЛТ по сравнению с НХТ не увеличивает риск лечения. 3. В основной группе также отмечена тенденция к уменьшению большего объёма операции за счёт уменьшения размеров опухоли и медиастинальных лимфоузлов (N2).

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН

SURGICALTREATMENTOFPURULENT-INFLAMMATORYDISEASESOFSOFTTISSUES

Кароль І. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра загальної та невідкладної хірургії

Актуальність теми. На сьогодні у світовій хірургічній практиці гнійно-запальні захворювання м'яких тканин (ГЗЗМТ) виявляються у 35-40 % пацієнтів хірургічного профілю, післяопераційні гнійні ускладнення – у 3 – 15 %, а за даними окремих авторів – до 30 %, у 7 – 50 % померлих у стаціонарі ці захворювання були основною причиною смерті. Вони збільшують показники летальності, витрати на лікування та тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі. Багато ГЗЗМТ є небезпечними для життя і потребують швидкої діагностики та проведення термінового оперативного втручання.

Метою даного дослідження було покращити результати лікування ГЗЗМТ.

Матеріали та методи. В дослідження увійшли 250 пацієнтів з ГЗЗМТ, яким під місцевою та загальною анестезією виконано такі хірургічні втручання: хірургічна обробка гнійного вогнища (ХОГВ) – у 212 (84,8%) пацієнтів, ХОГВ з первинним швом, вакуум аспірацією та NO-терапією – у 23 (9,2%), висічення утворення з первинним швом – в 15 (6,0%) пацієнтів.

Результати дослідження. Первинні шви ми наклали у 38 (15,2%) пацієнтів дослідження, первинно-відстрочені шви – у 19 (7,6%), а вторинні шви – в 39 (15,6%) пацієнтів. У 154 (61,6%) пацієнтів рани загоювалися вторинним натягом. Нам вдалося прослідкувати віддалені результати лікування всіх пацієнтів, яким були накладені первинні, первинно-відстрочені та вторинні шви, а також 27 пацієнтів, які були виписані зі стаціонару з відкритими гнійними ранами та встановити термін їхнього повного загоєння. При накладенні первинних швів рани загоювалися від 5 до

9 діб (в середньому 6), первинно-відстрочених швів – від 10 до 17 діб (в середньому 13), вторинних швів – від 13 до 20 діб (в середньому 16) і при загоєнні ран вторинним натягом – від 25 до 44 діб (в середньому 33) ($p<0,05$).

Висновки. Проведене дослідження доводить ефективність накладення швів при лікуванні гнійно-запальних захворювань м'яких тканин та показує необхідність раннього закриття гнійних ран з метою скорочення термінів їх загоєння.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З АСТЕНІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ФОНІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ

CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH ASTHENIC SYNDROME ON THE FIELD OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

Кириця Н. С.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Актуальність теми. обумовлена великою поширеністю серед дитячого населення інфекційного мононуклеозу (ІМ). Епштейна-Барр вірус є тригерним фактором у розвитку астенічного синдрому (АС). За зведеними даними різних авторів поширеність АС в популяції коливається в межах 10-45%. В цілому, АС розглядають як патологічно змінену реакцію адаптації нервової системи у відповідь на фізичне і психічне перенапруження, екзо- або ендогенні інтоксикації, судинні розлади тощо. Як відомо, однією з характерних особливостей перебігу ІМ у дітей є розвиток вираженого синдрому інтоксикації, наслідком якого є виснаження функціональних можливостей всіх органів і систем. Стомлення протягом тривалого часу, що не компенсується повним відновленням, викликає синдром перевантаження, надалі розвивається стан виснаження організму, що клінічно проявляється АС.

Мета дослідження. Дослідити стан серцево-судинної системи у дітей з АС на фоні ІМ.

Матеріали та методи. Обстежено 220 дітей віком від 4 до 17 років, хворих на ІМ з ознаками АС. Всім пацієнтам проведено клініко-лабораторні дослідження (збір скарг, анамнезу хвороби, об'єктивний огляд, ЕКГ, доплерографія судин голови та шиї).

Результати дослідження. За даними ЕКГ у 65 дітей (29,6%) виявлено відхилення від норми у вигляді помірних метаболічних змін міокарду – 38 дитини (17,3%), що проявились зниженням вольтажа зубця Т, збільшення інтервалу QT; синдром ранньої реполяризації шлуночків – 27 дитина (12,3%), ознаками якої є зміщення сегменту ST, нівелювання зубця S, псевдозубець

r в кінцевій частині зубця R, подовження комплексу QRS, зміщення електричної осі вліво.

За даними доплерографії судин голови і шиї у 37,7% (83 дитини) виявлено зміни. Помірну міжполушарну асиметрію по вертебральній артерії виявлено у 27 дітей (12,3%), підвищення внутрішньочерепного тиску по внутрішній сонній артерії у 15 дітей (6,8%), виражена міжполушарна асиметрія по вертебральній артерії у 12 дітей (5,5%), незначна міжполушарна асиметрія по внутрішній сонній артерії у 8 дітей (3,6%). Показники швидкості кровотоку: Vmax- 105,1±28,2 см/с, Vmean- 48,98±10,9см/с, Vmin- 28,1±7,55 см/с, що відповідає нормі. Товщина стінки інтима-медіа 0,59±0,099, що є незначно підвищеним показником. Показники, що відповідають за еластичність судинної стінки (пульсаційний індекс та індекс резистентності) у дітей з ІМ відповідали нормі.

Висновки. При обстеженні дітей з АС на ІМ було виявлено зміни з боку серцево-судинної системи. За даними ЕКГ у 29,5% виявлено відхилення від норми у вигляді помірних метаболічних змін міокарду (17,3%) та синдрому ранньої реполяризації шлуночків (12,3%). За даними доплерографії судин голови і шиї зміни виявлено у 37,7%.

ЗАСТОСУВАННЯ ОРТОБІОЛОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В СПОРТИВНІЙ ТРАВМАТОЛОГІЇ

APPLICATION OF ORTHOBIOLOGIC TECHNOLOGIES IN SPORTS TRAUMATOLOGY

Ковальчук В. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра ортопедії і травматології № 2

В умовах сьогодення, ортобіологічні технології набувають значної популярності в ортопедії, травматології та спортивній медицині. Активно розробляються і впроваджуються нові методики та комерційні продукти на їх базі. Швидкими темпами зростає доказова база, що обґрунтовує доцільність використання даних технологій у активних пацієнтів, для відновлення та збереження функції суглобів. Маркетинг більшості комерційних продуктів на основі ортобіологічних технологій вказує на покращення функції та зменшення больового синдрому при їх застосування, що часто є обґрунтованим для спостережень короткої та середньої тривалості. Однак, до сьогодні, триває розробка продуктів, які б могли достовірно та відтворювано відновлювати хрящову тканину. Найбільш відомою та поширеною ортобіологічною технологією є плазма, збагачена тромбоцитами (PRP), яку отримають шляхом забору венозної крові пацієнта та центрифугування. Набуває поширення застосування концентрату

аспірату кісткового мозку (BMAC), який полягає в його аспірації з крила клубової кістки з подальшим центрифугуванням. Однією із новітніх ортобіологічних технологій є використання мезенхімальних стовбурових клітин, отриманих з жирової тканини. Після отримання та остаточної обробки ортобіологічного продукту, його доставка у конкретну зону відбувається найчастіше за допомогою ін'єкції. Ортобіологічні технології використовуються при наступних захворюваннях та станах: часткове пошкодження зв'язок, сухожилків та м'язів, ентезопатії тендінопатії; хондромаляція хряща та локальні його дефекти; остеоартроз I-III ступеней за Kellgren-Lawrence; сповільнена консолідація переломів та порушення остеогенезу. Існує значна доказова база з високоякісних досліджень з першим рівнем доказовості, які рекомендують застосування ін'єкцій PRP при латеральному епікондиліті ліктьового суглобу та остеоартрозі колінного суглобу. Також опублікований масив високоякісних досліджень з першим рівнем доказовості, що рекомендуються застосування PRP для лікування плантарного фасціїту стопи та тендінопатії сухожилля надколінника. Опубліковані дослідження з невеликою кількістю спостережень, що вказують перспективність застосування PRP при тендінопатії сухожилків м'язів ротаторної манжети плеча, остеоартрозу кульшового суглобу, а також частковому пошкодженні зв'язок гомілково-ступневого суглобу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АТРОФІЄЮ КОМІРКОВОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ТА ЧАСТИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕП

EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ATROPHY OF THE ALVEOLAR PROCESS OF THE UPPER AND LOWER JAW PARTS

Когут В. Л.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра хірургічної стоматології

Актуальність теми. Подолати істотні обмеження при використанні дентальних імплантатів в умовах атрофії кісткової тканини щелеп дозволяє попереднє застосування хірургічних методів.До недавнього часу в хірургічній практиці для фіксації кістково-пластичних матеріалів і аутотрансплантатів при усуненні кісткових дефектів традиційно використовувалися титанові конструкції та захисні мембрани, що мають в своєму складі титановий каркас. Особливості застосування біодеградуючих мембран та пінів на основі полімолочной кислоти при дентальної імплантації в умовах атрофії кісткової тканини щелеп розглядаються в даній роботі.

Мета дослідження. Підвищення ефективності дентальної імплантації в умовах атрофії кісткової тканини щелеп методом направленої кісткової регенерації із застосуванням резорбуючих мембран на основі полімолочної кислоти.

Матеріали та методи. Нами було проліковано та проведено спостереження у 36 хворих віком від 20 до 65 років. В І групі (20 хворих)хірургічне лікування проводили звикористанням остеопластичного матеріалу «Easy Graft», у ІІ групі (16 хворих) хірургічне лікування проводили звикористанням остеопластичного матеріалу «Easy Graft» та полімерної біорезорбуючої мембрани на основі полімолочної кислоти. Перед операцією було відтворено комірковий відросток верхньої та частини нижньої щелеп з полімеру за технологією швидкого прототипування методом тривимірного FDM друку з наперед заданим об'ємом остеопластичного матеріалу, який визначили за параметрами кістково-тканинної втрати коміркових відростків.

Результати дослідження. За результатами біохімічних досліджень у хворих І групи через 6 місяців вміст остеокальцину зріс на 16,15% ($p<0,05$), рівень дезоксипіридиноліну знизився на 12,54% ($p<0,05$), що свідчило про позитивну їх динаміку. У хворих ІІ групи через 6 місяців вміст остеокальцину зріс на 26,18% ($p<0,05$), рівень дезоксипіридиноліну знизився на 42,33% ($p<0,05$).

Висновки. Хірургічнелікування з використанням остеопластики з полімерними біорезорбуючими мембранами на основі полімолочної кислоти дає можливість скоротити час оперативного втручання та забезпечує дотримання естетично-функціональних вимог при ортопедичному лікуванні.

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ОТРУЄНЬ РЕЧОВИНАМИ З КАРДІОТОКСИЧНИМ ЕФЕКТОМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

FEATURES OF ELECTROCARDIOGRAPHY AT THE DIAGNOSTICS OF POISONING SUBSTANSESWITH CARDIOTOXIC EFFECTSON THE ADHOSPITAL STAGE

Козлюк К. Б.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра медицини невідкладних станів

Вступ. За даними відділення інтенсивної терапії та екстракорпоральної детоксикації Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги отруєння кардіотоксичними препаратами в 2017 р. становило 67 осіб, в 2018 – 56 осіб, що становило 5-8% від загальної кількості хворих з отруєннями.

Згідно класифікації токсичних речовин за вибірковою токсичністю до «серцевих» отрут» належать: серцеві глікозиди - дигіталіс, лантозид,

трициклічні антидепресанти - іміпрамін, амітриптилін, рослинні отрути - чемериця, заманиха, хінін, тваринні отрути, солі барію, калію, бета-адреноблокатори, клонідин, антагоністи кальцію.

Формулювання проблеми. Акцентування уваги на необхідності використання електрокардіографічної діагностики (ЕКГ) при отруєннях кардіотоксичними препаратами на догоспітальному етапі.

Методи проведення літературного пошуку. Використано бібліосемантичний метод пошуку: вивчено сучасні світові принципи та вітчизняні розробки щодо особливостей ЕКГ при гострих отруєннях речовинами кардіотоксичної дії.

Аналіз отриманих даних. Кардіотоксична дія клінічно може проявлятися порушеннями ритму і провідності, що виникають внаслідок порушень проникності клітинних мембран для іонів калію, натрію, кальцію та порушення нейрогуморальної роботи серця. До найчастіших видів порушень ритму при отруєннях відносять: слабкість синусового вузла у вигляді брадикардії з потенційним переходом в AV-блокаду внаслідок дії серцевих глікозидів, чемериці, бета-адреноблокаторів, клонідину, антагоністів кальцію, опіоїдів, барбітуратів. Тахікардія супроводжує отруєння психостимуляторами, колхіцином, снодійними засобами, гідралазином. Внаслідок подовження інтервалу QT можливий розвиток атипової шлуночкової тахікардії (torsadesdepoints) чи фібриляції шлуночків при отруєннях новокаїнамідом, хінідіном, аміодароном, ароматичними вуглеводнями, теофіліном, серцевими глікозидами.

Розрізняють первинний та вторинний кардіотоксичний ефекти. Первинний розвивається саме від кардіотропних речовин і проявляється в токсикогенній стадії інтоксикації та має функціональний характер. При цьому можливий розвиток синдрому «малого викиду» з летальними наслідками, які виникнуть через розвиток раптової серцевої смерті.

Вторинний кардіотоксичний ефект виникає внаслідок прогресування токсичної дистрофії міокарда в соматогенній стадії важких отруєнь різними токсичними речовинами.

Висновки та обговорення. Перелік кардіотоксичних середників досить великий і ймовірність отруєння ними зростає, так як досить часто вони є у вільному доступі. ЕКГ є основним діагностичним методом визначення виду порушення ритму і провідності, що доступний всім бригадам екстреної медичної допомоги та подальше моніторування ЕКГ є обов’язковим згідно протоколів та рекомендацій надання екстреної медичної допомоги як в Україні так і за кордоном.

ЗАСТОСУВАННЯ МІКРОТЕРМОКОАГУЛЯЦІЇ ДЛЯ ЛІКВІДАЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОГО ВЕНОЗНОГО РЕФЛЮКСУ В РЕТИКУЛЯРНІ ВЕНОЗНІ СПЛЕТЕННЯ

APPLICATION OF MICROTHERMOCOAGULATION FOR THE ELIMINATION OF PATHOLOGICAL VENOUS REFLUX IN THE RETICULAR VENOUS PLEXUS

Корольова Х. О.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Теплий В. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кафедра хірургії № 2

Актуальність теми. Ретикулярний варикоз (РВ) та телеангіектазії (ТАЕ) є розповсюдженою естетичною проблемою. За даними літератури, вони зустрічаються у двох третин пацієнтів вже у віці 25 років і з роками захворюваність прогресивно зростає. Основною причиною РВ вважають венозний рефлюкс по нетиповим комунікантам в ретикулярні венозні сплетення, які залягають на глибині від 180 мкм до 1 мм в шкірі.

Мета дослідження. Порівняти методики переривання венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення. Визначити найбільш ефективну та найменш інвазивну комбінацію методик.

Матеріали та методи. Було виконано проспективне рандомізоване контрольоване дослідження до якого залучено 36 хворих віком від 26 до 45 років з вираженим РВ та ТАЕ. В усіх пацієнтів вдалося визначити місця рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення за допомогою УЗД (діаметр живлячої перфоранти більше 1 мм). Всіх обстежених розділили на 2 групи. Першій групі пацієнтів (18 хворих) неспроможні перфоранти, пересікали за допомогою радіочастотної мікротермокоагуляції, використовуючи ізольований електрод діаметром 0,8 мм (внутрішньовенний катетер 22G), струмом частотою 3 МГц, під контролем УЗД. Після пересічення перфорантів ретикулярні вени склерозували рідким 0,5% полідоканолом. Другій групі (18 пацієнтів) ліквідацію рефлюксу проводили шляхом пересічення та лігування перфорантних судин шляхом мініфлебектомії з подальшою склерозацією ретикулярних вен 0,5% рідким полідоканолом.

Результати лікування оцінені в одно-, тримісячний та шестимісячний терміни. Усім пацієнтам проводили контрольне УЗД. Рецидивом вважали відновлення візуалізації судин, або відновлення кровотоку в перфорантних венах при УЗД. Вдоволеність результатами лікування оцінювали за допомогою опитувальника якості життя при хронічному венозному захворюванні (CIVIQ 20).

Результати дослідження. В першій групі пацієнтів при застосуванні мікротермокоагуляції було зареєстровано 3 рецидиви РВ у тримісячний та 1 у шестимісячний термін. У групі пацієнтів, яким виконували пересічення та лігування перфорант рецидив РВ в тримісячний термін виник у 1 пацієнта. Різниця між групами не э статистично значущою (p=0,155). У всіх пацієнтів з рецидивом УЗД підтвердило відновлення кровотоку по перфорантних венах. Даним пацієнтам була проведена повторна мініфлебектомія з подальшою склеротерапією РВ.

Аналізуючи дані CIVIQ 20 ми бачимо, що обидві методики продемонстрували статистично значущу різницю показників до та через місяць після лікування (p<0,001), різниця у показниках після лікування між двома групами не є статистично значущою (p=0,698).

Висновки. Застосування мініінвазивних методик таких як мікротермокоагуляція та мініфлебектомія при лікуванні ретикулярного варикозу дають малотравматичний довготривалий результат з гарним косметичним ефектом. Дещо менша кількість рецидиві реєструється при мініфлебектомії. Мікротермокоагуляція виконується при УЗД контролі, діаметр судин дуже малий, тому важко контролювати ступінь коагуляції перфорантної судини, що може стати причиною виникнення рецидивів.

УДОСКОНАЛЕНА МЕТОДИКА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ІНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНІХ ГРИЖ

Кривенок В. С.
Одеський національний медичний університет
Кафедра роботизованої та ендоскопічної хірургії

Актуальність теми. Лапароскопічна інтроперітоніальна пластика гриж (IPOM) остається часто використованною операцію особливо при пупочних грижах. Але проста фіксація сітки може призвести до розвитку сером при після операційних грижах та погіршення результату за рахунок випинання пупка при пупочних грижах.

Мета дослідження. Був проведен аналіз результатів IPOMз ушиванням грижевого дефекта та грижевого мішка при вентральних грижах.

Матеріали та методи. IPOM провели 5 пацієнтам; двум з післяопераційними вентральними грижами та трьом з пупочними. Середній вік - 60,5років. Стать : 2- жінок, 3- чоловіка. Середній індекс масси - 34,2 кг/м^2. Ушиванння дефекту виконувалось нерассасивающіміся самофіксуючими нитками V-loc 2-0. У двох пацієнтів виконувалось «3D» візуалізація. У всіх випадках використовувався имплант «Symbotex» розміром от 9*9 см до 10*15 см.

Результати дослідження. Всі операції здійснились успішно. Середній операційний час - 162 хв. Виконувалась «3Dвізуалізація» дозволила у 2 рази зменшити тривалість єтапу ушивання грижевого дефекта. Післяопераційних ускладнень не було. У всіх випадках на 5-й день після операції при амбулаторному нагляді УЗД - сером об'ємом більш 10 мл. не було. Середній об'єм сероми - 1,5 мл. Всі пацієнти оцінили косметичний результат операції як - відмінно. Значного післяопераційного больового синдрома не було.

Висновки. Удосконалена методика IPOM дозволила виключити формування сером та забезпечити відмінний результат. «3D візуалізація» дозволила скоротити тривалість ушивання грижового дефекта у 2 рази. Необхідно порівняння удосконаленої методики з стандартною методикою IPOM.

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

SURGICAL ASPECTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Крижевський В. В., Мендель М. А., Павлович Ю. В.
Універсальна клініка «Оберіг»
Кафедра загальної та невідкладної хірургії

Актуальність теми. Лапароскопічна холецистектомія є стандартним методом лікування жовчнокам'яної хвороби. За останні роки розроблено методики, які забезпечують її мінімальну травматичність і кращий косметичний результат. Мінілапароскопічна холецистектомія (МЛХЕ), холецистектомія інструментами зменшеного діаметру (3мм), має високий профіль безпеки і технічну простоту виконання.

Мета дослідження. Узагальнення досвіду й визначення оптимальних технічних прийомів виконання МЛХЕ.

Матеріали та методи. Робота заснована на аналізі 31 оперативного втручання на базі Медичного центру «Оберіг» в 2014-2018 рр. При виконанні МЛХЕ існують кілька різних її технічних варіантів. Операцію ми виконували за допомогою інструментів діаметром 3 мм компанії «Karl Storz», Німеччина. Дисекцію проводили L-подібним електродом. На початку нашої роботи міхурові проток та артерію кліпували. Незважаючи на незаперечні переваги та надійність такої методики, вона займає досить багато часу, що витрачається на зміну лапароскопа. Тому, у міру накопичення досвіду, ми перейшли на безкліпсову (clipless) холецистектомію. Надалі у 2 пацієнтів ми перев'язували міхурово артерію інтракорпорально вікрілом 2-0 або 3-0. Обробку міхурово артерії ми проводили електрокоагуляцією - на початку роботи монополярною, потім біполярною. З 2017 року перейшли на лігування міхурової протоки інтракорпоральними вузлами. ЖП видаляли

через пупковий порт. Для цього у 23 пацієнтів міняли лапароскоп на 3 мм і під візуальним контролем видаляли препарат. А у 8 пацієнтів використовували розроблений нами спосіб видалення ЖП за допомогою вузла Редера. При виконанні дисекції при всіх методах МЛХЕ ми дотримувалися принципів «критичного погляду безпеки» (КВБ). Тільки після його досягнення приступали до лігування і пересічення структур. Проводили оцінку якості виконання КВБ за шкалою D.E. Sanford, S.M. Strasberg (2014 р.). У всіх випадках вдалося досягти КБВ з сумарною оцінкою не нижче 10 балів.

Результати дослідження. В 2014-2018 рр. в Медичному центрі «Оберіг» виконано 31 МЛХЕ. Показаннями до операції були: хронічний холецистит у 29 хворих і поліпи ЖМ розміром більше 10 мм у 2 хворих. Серед хворих було 30 жінок і 1 чоловік. Середній вік склав 38,3 років (від 23 до 54 років). Індекс маси тіла від 19 до 26 кг / кв.м. Середня тривалість операції: 61,7 хв - від 35 до 95 хв. Середній ліжко-день - 1,27 (від 1 до 3 днів). Причиною затримки хворих більше 1 дня було їх бажання знаходиться в стаціонарі. Проведено оцінку критеріїв КВБ. У всіх випадках було досягнуто не менше 5 балів як для переднього, так і для заднього виду (у 26 пацієнтів з 31 показник - 12 балів з 12 можливих, у 4 пацієнтів - 11, і в однієї - 10). Середній показник - 11,8 балів.

Висновки. МЛХЕ є косметичним, менш інвазивних та безпечним варіантом холецистектомії. МЛХЕ має багато технічних варіантів виконання, вибір яких залежить від технічного забезпечення, досвіду та вибору хірурга.

РЕЗУЛЬТАТИ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН ЗА ДОПОМОГОЮ АПЛІКАЦІЙНИХ СОРБЕНТІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

RESULTS OF LOCAL TREATMENT OF PURULENT WOUNDS WITH THE HELP OF APPLICATION SORBENTS IN THE EXPERIMENT

Крижевський Є. Є.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Біляєва О. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра загальної та невідкладної хірургії

Актуальнысть теми. Місцеве лікування гнійних ран залишається актуальною проблемою сучасної хірургії. Особливо складна вона коли загальний стан хворого обтяжений на фоні цукрового діабету, порушення кровообігу, дії інших факторів, що пригнічують регенеративні та репаративні процеси, сприяють розвитку інфекції.

Однією з причин зниження ефективності лікування хворих та заходів боротьби з гнійно-запальними інфекціями в хірургії є антимікробна резистентність їх збудників.

Незважаючи на впровадження в медичну практику новітніх технологій діагностики і хірургічних методів лікування, наявність значної кількості антимікробних препаратів, проблема лікування пацієнтів з гнійно-запальними інфекціями, залишається актуальною.

Дуже важливим в теперішній час, постійно зростаючої антибіотикорезистентності, є створення інших ефективних препаратів для комплексного лікування гнійних ран – аплікаційних сорбентів нового покоління, які ефективно впливають на аеробних та анаеробних збудників хірургічної інфекції та відпрацювання їх на експериментальних моделях.

Мета дослідження. Порівняти ефективність різних методів місцевого лікування гнійних ран в експерименті.

Матеріали та методи. Дослідження проведене на 40 щурах-самцях лінії Vistar, яким було використано спосіб моделювання ранової інфекції, за запропонованим нами методом Патент України на корисну модель № 121047. Для вивчення ефективності проведеного лікування застосовувались мікробіологічні, морфологічні, імуногістохімічні, електронномікроскопічні та цитологічні методи дослідження.

Результати дослідження. Тварини були розподілені на 3 групи. До І групи (основна) увійшло 20 щурів, у яких лікування гнійних ран проводилося аплікаційним сорбентом нового покоління, який містить аеросил та іммобілізовані на ньому орнідазол на який ми отримали Патент України на корисну модель № 112523. В ІІ групу (порівняння) увійшло 10 щурів, у лікуванні яких використовувався аплікаційний сорбент «Гентаксан». ІІІ група (порівняння) нараховувала також 10 тварин, в яких лікування гнійних ран проводилося з 10% розчином NaCl та маззю «Левомеколь».

Очищення ран у І групі відбулося на 6,3±0,1 добу, у ІІ групі – на 9,2±0,4 добу, у ІІІ групі – на 9,7±0,6 добу ($p < 0,05$). Поява грануляцій в І групі відмічалася на 7,2±0,1 добу, в ІІ групі – на 14,5±0,7 добу, у ІІІ групі – на 14,8±0,7 добу ($p < 0,05$). Початок епітелізації в І групі відбувся – на 9,3±0,2 добу, в ІІ групі – на 17,1±0,8 добу, в ІІІ групі – на 17,6±0,8 добу ($p < 0,05$).

Висновки. Місцеве лікування ранової інфекції аплікаційним сорбентом нового покоління, який містить аеросил та іммобілізовані на ньому орнідазол, дозволяє скоротити термін очищення ран в 1,5 рази, появу грануляцій в 2 рази, появу крайової епітелізації в 1,9 разів.

МАРКЕРИ РАННЬОЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кузик І. О.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Хіміон Л. В.,
завідувач кафедри сімейної медицини
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра сімейної медицини

Актуальність теми. Ревматоїдний артрит (РА) залишається лідером серед хронічних запальних захворювань ревматологічного профілю і частота його складає не менше 1% в загальній популяції. Більше половини випадків передчасних смертей серед хворих на РА відбуваються через серцево-судинні захворювання (ССЗ) та їх ускладнення. Різниця між підвищеною захворюваністю і смертністю від ССЗ в загальній популяції та серед хворих на РА є значною згідно даних Рочестерського дослідження. Прозапальні фактори, такі як С-реактивний протеїн, фактор некрозу пухлин α, інтерлейкін-6 та інші, сприяють агресивнішому перебігу атерогенезу та гіперкоагуляції, що відображається порушенням функціонального стану ендотелію. Ревматоїдний артрит являється незалежним предиктором серцево-судинного ризику (ССР) та атеросклеротичного ураження судин. Висока активність захворювання асоціюється із високим ССР та високою ймовірністю серцево-судинних ускладнень, які можуть знайти відображення у змінах кількісних показників натрійуретичних пептидів згідно деяких досліджень.

Мета дослідження. Визначити роль мозкового натрійуретичного пропептиду та ендотеліальної дисфункції в розвитку запального процесу та ураженні серцево-судинної системи у хворих на ревматоїдний артрит.

Матеріали та методи. Найголовнішою функцією ендотелію є захист судинної стінки від атеросклеротичного ураження та тромбоутворення. Дисфункція ендотелію призводить до збільшення навантаження на камери серця шляхом підвищення тонусу судин і погіршення кровопостачання органів і тканин. Ендотеліальні клітини в умовах постійного автоімунного запалення намагаються забезпечити повноцінний місцевий і системний кровообіг завдяки головному судинному сигнальному регулятору - оксиду азоту (NO). Потужним стимулятором останнього є збільшення швидкості і тиску кровотоку, що і дозволяє визначати функціональний стан ендотелію.

Чутливими індикатороми роботи серця є натрійуретичні пептиди (НУП), які секретуються у передсердях, шлуночках серця, в ендотелії судин і є дзеркалом нейроендокринної функції кардіоміоцитів. Особливе значення

має мозковий натрійуретичний пропептид - NT-proBNP, який синтезується при розтягненні міокарду тиском і об'ємом у відповідь на збільшення напруження стінки лівого шлуночка та збільшення об'єму циркулюючої крові. Найчастіше застосовується для підтвердження чи виключення діагнозу серцевої недостатності. Головні ефекти НУП - натрійурез, зниження синтезу реніну, вазодилатація, антимітогенез у вигляді пригнічення росту гладком'язових клітин, мезангіальних та ендотеліальних клітин у судинах та серцевих фібробластів. НУП каталізуються за участю екзоферменту нейтральної ендопептидази (НЕП). Остання відсутня в плазмі крові і знаходиться на поверхні ендотелію судинної стінки та на апікальному полюсі ендотеліальних клітин проксимальних канальців нефрона.

Результати дослідження. З огляду наукових джерел випливає, що хронічне автоімунне запалення при ревматоїдному артриті тягне за собою ряд метаболічних зрушень, які порушують роботу ендотелію та нейроендокринної функції серця. Це стає передумовою розвитку ССЗ, найперше артеріальної гіпертензії та гіпертрофії лівого шлуночка. З підвищенням активності РА зростає і активація ендотеліальних клітин та прогресування атеросклеротичного процесу. Паралельно цьому зростають показники швидкості осідання еритроцитів та С-реактивного протеїну. Мозковий натрійуретичний пептид – найперше кількісний маркер серцевої недостатності. Проте є деякі американські публікації з доведеними твердженнями, що NT-proBNP являється біомаркером доклінічної кардіальної дисфункції та незалежним показником функціонування ендотелію. За даними масштабного норвезького епідеміологічного дослідження NT-proBNP разом з традиційними факторами ССР корелює зворотно з ендотеліальною функцією, адже має протилежні ефекти щодо ендотеліну. З іншого боку підвищений рівень NT-proBNP може прогнозувати прогресуючу ендотеліальну дисфункцію в самих коронарних судинах при РА, тому що бере безпосередню участь в локальній регуляції судинного тонусу.

Висновки. Отже, необхідні подальші дослідження щодо визначення ендотеліальної дисфункції та кількісних змін рівнів мозкового натрійуретичного пропептиду як показників запальної активності та показників раннього ураження серцево-судинної системи у хворих на ревматоїдний артрит.

АЛГОРИТМ СЦИНТИГРАФІЧНОЇ ОЦІНКИ КІЛЬКОСТІ ЖИТТЄЗДАТНОГО МІОКАРДА ПЕРЕД АОРТО-КОРОНАРНИМ ШУНТУВАННЯМ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кундіна В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л.Шупика
Кафедра радіології

Актуальність теми. При вирішенні питань про реваскуляризацію міокарда кардіохірург вирішує ряд важливих аспектів оперативного втручання, серед яких одним з основних є оцінка кількості життєздатного міокарда (ЖМ). Основними методами променевої діагностики в оцінці ЖМ є ультразвуковий, радіонуклідний та МРТ. Найбільш інформативний метод оцінки ЖМ є радіонуклідний з використанням радіофармпрепаратів (РФП), які накопичуються в міокарді пропорційно інтенсивності коронарного кровотоку. Для більш точної сцинтиграфічної оцінки ЖМ необхідно використовувати необхідний набір програм обробки даних дослідження за певним алгоритмом.

Мета дослідження. Визначити оптимальний алгоритм сцинтиграфічної оцінки ЖМ у хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) до аорто-коронарного шунтування (АКШ).

Матеріал та методи. Дослідження базується на обстеженні 82 хворих з ІХС, яким було проведено АКШ. Міокардіосцинтиграфію (МСГ) проводили в режимі однофотонної емісійної комп'ютерної томографії (ОФЕКТ) і в режимі ОФЕКТ з рентгенівською КТ (ОФЕКТ/КТ) на гамма-камері «InfiniaHawkeye» фірми GE (США). МСГ проводили натщесерце. Підготовка хворого до МСГ при оцінці ЖМ включала виключення антиангінальних, гіпотензивних та протиаритмічних препаратів. Використовували РФП – ^{99m}Tc-MIBI. ^{99m}Tc-MIBI вводили внутрішньовенно активністю 555-740 МБк. Дослідження проводили через 45-60 хвилин після введення РФП. Оцінку результатів МСГ проводили за допомогою програмного забезпечення ECToolBox и Myovation з якісною та кількісною характеристикою сцинтиграм. Наявність ЖМ оцінювали напівкількісно та кількісно з використанням 17-тисегментної моделі «бичяче око» по відсотку включення РФП в кожний сегмент моделі.

Результати дослідження. Алгоритм передопераційної оцінки кількості ЖМ полягає в наступному:

1. Правильна підготовка хворого до МСГ, а саме напередодні дослідження відмінити всі антиангінальні, гіпотензивні та протиаритмічні препарати.
2. Достатня активність РФП на дослідження, не менше 6-7 МБк/кг, для отримання статистично достовірних даних за розподіл РФП в міокарді.
3. Проведення дослідження з ЕКГ-синхронізацією.
4. Обробку даних МСГ проводити в системі програми «Myovation».
5. Якісна (візуальна) оцінка міокардіосцинтиграм.

6. Кількісна оцінка міокардіосцинтиграм з використанням 17-сегментної моделі «бичяче око».

7. Оцінка кількості ЖМ в системі полярних карт, які є площинним представленням кількості імпульсів в кожному відділі міокарда. Граничним є фіксація РФП нижче 50%.

8. У пацієнтів з масою тіла 100 кг і більше ОФЕКТ серця проводиться за методикою ОФЕКТ/КТ (враховує корекцію послаблення гамма-квантів). Програма обробки даних для оцінки ЖМ в режимі ОФЕКТ/КТ не враховує інформацію КТ і тому розрахунок ЖМ проводиться в ручному режимі з використанням двох міокардіосцинтиграмм: в режимі ОФЕКТ і ОФЕКТ/КТ.

Висновки. Представлений алгоритм дозволяє в різних режимах МСГ об'єктивно оцінювати кількість ЖМ у хворих з ІХС перед АКШ. Недоліком ОФЕКТ/КТ для оцінки ЖМ є недосконалість программ обробки даних, що потребує ручного режиму оцінки сцинтиграм.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ, КОМОРБІДНОЮ З ГІПОТИРЕОЗОМ

EVALUATION OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE OF ISCHEMIC GENESIS, COMORBID WITH HYPOTHYROIDISM

Купновицька І. Г., Микула Ю. І., Клименко В. І., Фітковська І. П., Белегай Р. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність теми. Хронічна серцева недостатність (ХСН) вражає 2% дорослого населення у всьому світі. ХСН, особливо ішемічного генезу, часто обтяжується коморбідним гіпотиреозом(ГТ), що в умовах його субкомпенсації і декомпенсації ускладнює перебіг серцевої патології та сприяє її швидкому прогресуванню, розвиткові ускладнень, порушує якість життя хворих.

Основним методом визначення якості життя є опитування з використанням загальних та специфічних анкет. Для пацієнтів із ХСН «золотим стандартом» серед хвороб-специфічних анкет найчастіше використовують Мінесотський опитувальник (MHFLQ), що має найвищу валідність серед специфічних опитувальників для хворих із ХСН.

Мета дослідження. Проаналізувати якість життя хворих із ХСН ішемічного генезу, поєднану з ГТ та без.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження було 120 хворих із ХСН ішемічного ґенезу з СН I-IIA у віці від 49 до 72 років (середній вік 60,5 ±1,4року): основна група - 60 хворих з ХСН, поєднану з ГТ

(середній рівень ТТГ 6,52±1,12мкМО/л; середній рівень T_4-8,96±1,32 пМоль/л); контрольна група: 60 хворих ХСН без супутнього ГТ (середній рівень ТТГ 1,67±1,12мкМО/л; середній рівень $T_4$17,01±1,04пМоль/л). Для оцінки якості життя пацієнтів використовували Мінесотський опитувальник. Рівень ТТГ і тироксину вільного визначали за допомогою імунохемілюмінесцентного методу.

Результати дослідження. За даними опитувальника MHFLQ у хворих із ХСН, поєднаною з гіпотиреозом, виявлено достовірно вищий рівень порушень якості життя, ніж у контрольній групі хворих на 16,3% ($p<0,05$). Середній бал в основній групі хворих становив 53,4±2,1, а в контрольній 44,6±2,4 бала ($p<0,05$). Між сумарним балом ЯЖ та рівнем ТТГ виявлено середньої сили зворотній кореляційний зв'язок ($r = -0,69$, $p<0,05$).

Висновки. 1. Якість життя достовірно нижча у хворих з ХСН ішемічного генезу, що перебігає на фоні первинного ГТ, ніж у пацієнтів з ХСН. 2. Хворі з ГТ і ХСН мають виражене обмеження фізичної та розумової активності. 3. Між якістю життя і рівнем ТТГ існує тісний кореляційний зв'язок у хворих із ХСН ішемічного генезу.

ЧАСТОТА СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ І СТРУКТУРА ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ СТЕНТУВАННЮ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

INCIDENCE OF COMORBIDITY AND RISK FACTOR STRUCTURE IN PATIENTS WITH STABLE IS CHEMICHEART DISEASE REQUIRING CORONARY ARTERY STENTING

Купновицька І. Г., Романишин Н. М., Микула Ю. І., Вівчаренко М. П.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра клінічної фармакології і фармакотерапії

Мета і завдання дослідження. Визначити частоту супутньої патології і структуру факторів ризику (ФР) у хворих на стабільну ІХС для вибору найкращого варіанта лікування, підвищення ефективності фармакотерапії та надання доречних рекомендацій щодо модифікації способу життя.

Матеріали та методи. Об’єктом дослідження обрано 120 хворих настабільну ІХС:стенокардію напруги ФК ІІІ з СН ІІА ФК ІІІ із збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), котрим, з метою відновлення перфузії міокарда, за їхньою згодою і відсутністю протипоказань, здійснено стентування коронарних артерій (КА). Серед обстежених переважали чоловіки – 101 особа (84,2%). Середній вік хворих становив 61,4±0,5 року.

Результати дослідження. Після аналізу частоти поширеності хвороб у обстежених пацієнтів встановлено: коморбідність з патологією органів

травлення є у 61,7% спостережених, органів дихання – у 43,3% випадків, де ХОЗЛ діагностовано у 8,3% пацієнтів; кістково-м'язової системи та сполучної тканини – у 31,7% осіб; частка захворювань сечостатевої системи складає 17,5%; стан після перенесеного гострого розладу мозкового кровообігу становить 5,0% випадків. У структурі ФР у хворих найчастіше зустрічались артеріальна гіпертензія (АГ) – у 88,3% хворих, дисліпідемія – у 83,3% пацієнтів, паління – у 76,6% обстежених, нервово-емоційні стреси – у 70,8%, генетична схильність – у 54,2% та перенесені інфаркти міокарда (ІМ) – в 45,8% хворих. З меншою частотою констатовано ожиріння – у 24,2% та компенсований цукровий діабет (ЦД) 2 типу – у 15,8% пацієнтів. Також спостерігались гендерні та вікові розбіжності: прогресування стабільної ІХС з більшою частотою у чоловіків (84,2%) та зі збільшенням віку після 45 років у чоловіків та 55 років у жінок.

Висновки. Таким чином, найчастішою супутньою патологією у пацієнтів із стенокардією напруги ФК ІІІ з СН ІІА ФК ІІІ із збереженою ФВ ЛШ є захворювання органів травлення та дихання. Частими факторами ризику є АГ, дисліпідемія, паління та нервово-емоційні стреси. Встановлено, що найбільше значення в багатосудинному пошкодженні КА відіграють дисліпідемія, ЦД, спадкова схильність, АГ і паління. Вивчення передумов прогресування стабільної ІХС є актуальним і відкритим питанням, вирішення котрого дозволило б підвищити ефективність програм первинної профілактики, точно оцінити ризики, знизити показники смертності та захворюваності від прогресування та ускладнень стабільної ІХС.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУУ ЖІНОК ПЕРИ – ТА МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

RISK FACTORS OF PELVICORGANPROLAPSE IN PERIMENOPAUSAL ANDPOSTMENOPAUSAL WOMEN

Лавренюк Ю. В.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Чайка К. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології

Актуальність теми. У сучасній гінекологічній практиці проблема генітального пралапсу (ГП) знаходиться в центрі уваги. Головною проблемою пролапсу, все ж залишається збільшення числа пролапсів у сексуально активних жінок. Частка жінок фертильного віку складає не менше 1/3 від загального числа жінок з ГП, що надає проблемі пролапсу не тільки актуальності для акушер-гінекологів, а й робить її соціально значимою.

Мета дослідження. Виявлення основних факторів ризику ГП у жінок пери – та менопаузального віку.

Матеріали та методи. У дослідженні взяло участь 120 жінок пери – та менопаузального віку з ГП I-II ступеня згідно POP-Q і реалізованою репродуктивною функцією, які знаходились на лікуванні в Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини.

Результати дослідження. Отриманні дані дозволяють сказати, що більшість (49,0%) жінок були у віці від 50 до 60 років. Середній вік склав 54,0 ± 9,0 року.Середня вага жінок із ГП склав 75,4 ± 10,5 кг. Встановлено, що у 85 (96,2%) жінок досліджуваної групи в анамнезі було більше однієї вагітності (в середньому 3,5 ± 2,1). Пологи через природні пологові шляхи були у 80 (92,7%) жінок (в середньому 1,5 ± 0,4), пологи великим плодом – у 12 (17,6%) жінок. Встановлено статистично значний ризик розвитку ГП у пацієнток, що мають в анамнезі пологи великим плодом (понад 4000 г) через природні родові шляху ($p < 0,05$). Виявлена пряма помірна залежність між важкою фізичною працею і наявністю ГП ($p < 0,05$), важкою фізичною працею і ступенемм пролапсу. Однією з провідних причин ГП є естрогенна недостатність. Оцінка ступеня пролапсу геніталій по кількісній класифікації пролапсу тазових органів POP-Q дала наступні результати: у 58, 4 % жінок – I ступінь, у 41,6% жінок - II ступінь.

Висновки. Таким чином, отриманні показники свідчать, що окрім таких факторів ризику, як пологи великим плодом perviasnaturales, важка фізична праця, ожиріння, важливу роль відіграє наявність такої супутньої патології, як грижева хвороба, хронічні захворювання кишечника, легень та варикозна хвороба. Надалі більш глибоке вивчення взаємозв'язку ГП саме із наявною супутньою соматичною патологією допоможе виявити механізми, що поєднують ці види патології. ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет.

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ТИМОЛУ ЕФІРНОЇ ОЛІЇ ЧЕБРЕЦЮ У СКЛАДІ ГЕЛІВ

PRACTICAL USE OF SPECTROPHOTOMETRY FOR THYMOL DETERMINATION IN THYME ESSENTIAL OIL IN GELS

Лисянська Г. П., Ал Зедан Фаді, Мартинюк А .І.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра технології ліків

Актуальність теми. Останнім часом перспективним є застосування фітопрепаратів у лікарській та косметичній практиці, а саме ефірних олій. Однак, зважаючи на багатокомпонентний склад останніх, відсутність доступних методів стандартизації значно обмежує сферу їх використання.

Прикладом може бути ефірна олія чебрецю, основним компонентом якої є тимол. Більшість методик його кількісного визначення заснована на методах високоефективної рідинної чи газової хроматографії, які потребують відповідного обладнання. Натомість спектрофотометричні методи менш коштовні і більш доступні.

Мета дослідження. Визначити можливість практичного застосування спектрофотометрії для визначення тимолу ефірної олії чебрецю у складі лікарських та косметичних гелів.

Матеріали та методи. Застосовували описаний у літературі метод визначення фенольних сполук (тимолу) у лікарській рослинній сировині (Backheet, 1998) спектрофотометрично. В основі методу – реакція тимолу з натрію нітрітом у кислому середовищі розчину кислоти хлористоводневої з наступним додаванням розчину натрію гідроксиду. При цьому утворювався продукт жовтого кольору з максимумом поглинання при 388 нм. Оптичну густину вимірювали на спектрофотометрі UV-2600 (190-1100 nm), Shimadzu Corporation (Японія).

Результати дослідження. Досліджено залежність значення оптичної густини від концентрації тимолу у діапазоні 1-200 мкг/мл. Визначено, що у проміжку 2-100 мкг/мл вона носить лінійний характер (R=0,99993). Забарвлений продукт стабільний протягом доби. Визначено вміст тимолу (карвакролу) в ефірній олії чебрецю ТМ «ЦА» – 41,84% у порівнянні з броматометричним методом (ДФУ 2 вид.) – 42,0%. Визначено відсутність впливу гелеутворювачів, що широко застосовуються у складі м’яких лікарських і косметичних препаратів: натрій КМЦ, карбополу-940, гідроксиетилцелюлози, поліетиленоксидів.

Висновки. Спектрофотометричне визначення тимолу за продуктами реакції з розчином натрію нітритом і кислоти хлористоводневої з наступним додаванням розчину натрію гідроксиду 10% можливо застосовувати для визначення тимолу ефірної олії чебрецю у складі лікарських та косметичних гелів.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЗАМІСНОЇ НИРКОВОЇ ТЕРАПІЇ МЕТОДОМ ГЕМОДІАЛІЗУ

Лисянська О. Ю.

КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра нефрології та ниркозамісної терапії

Актуальність теми. У пацієнтів з хронічною хворобою нирок V стадії, які проходять замісну ниркову терапію методом гемодіалізу, кардіоваскулярні захворювання являються основною причиною летальності. Фактором ризику являється коливання артеріального тиску під час гемодіалізу. Якщо результати ускладнень артеріальної гіпотензії достатньо вивчені, то в останній час все більше досліджень, в основі яких вивчається вплив артеріальної гіпертензії у хворих на гемодіалізі.

По останнім даним клінічних досліджень зі збільшенням артеріального тиску, збільшуються шанси госпіталізації та смертності протягом 6 місяців. Виживання у пацієнтів з інтрадіалізною гіпертензією нижче, ніж у хворих, у яких артеріальний тиск знижувався.

Мета дослідження. Метою дослідження є виявлення профілю артеріального тиску у хворих під час процедури хронічного гемодіалізу та оцінити ризику розвитку кардіоваскулярних ускладнень.

Матеріали та методи. В умовах центру нефрології та діалізу КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» проводиться моніторування артеріального тиску пацієнтів на процедурі хронічного амбулаторного гемодіалізу. У дослідженні приймають участь 115 пацієнтів, серед них: жінок 62 (53,91%), чоловіків 53 (46,09%). Вік хворих коливається від 18 до 70 років. . Середній вік пацієнтів – 45,7 ± 13,2 року. Середня тривалість діалізної терапії (діалізний стаж) на момент включення пацієнтів у дослідження, становила 5,68 ± 4,2 року. Моніторінг артеріального тиску проводиться під час сеансу гемодіалізу за допомогою добового монітору артеріального тиску АВМР 50. Вимірювання виконується автоматично кожні 15 хвилин на протязі 4 годин.

Результати дослідження. За результатами інтрадіалізний АТ>140/90 мм Hg взаємозв′язаний з відносним ризиком (RR) летальності 1,825 (95% ДІ, 1,32÷8,36, p=0,28), що свідчить про те, що у пацієнтів з артеріальною гіпертензією летальність вища, ніж в іншій групі пацієнтів. Коливання АТ у середньому вище 10 мм Hg пов'язано з відносним ризиком (RR) летальності 1.322 (95% ДІ, 1,04÷6,36, p=0,46).

Висновки. До групи ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та збільшення летальності за нашими дослідженнями відносяться пацієнти з високою варіабельністю АТ та хворі з інтрадіалізною артеріальною гіпертензією (АТ>140/90 мм рт Hg). Також треба відмітити, що коливання АТ>10 мм рт Hg не обов'язково спостерігається в групі хворих з АГ.

У групі пацієнтів з АГ частота летальних випадків висока. Майже 82% пацієнтів, які помирають протягом дослідження, були з підвищенням

артеріального тиску. Потенційно цей показник можна вважати фактором погіршення стану пацієнтів протягом часу.

ВПЛИВ МЕТАНАНДАМІДУ НА РІВЕНЬ ЕКСПРЕСІЇ ТРАНСКРИПЦІЙНОГО ЧИННИКА c-JUN І ФОСФО-c-JUN У ТКАНИНІ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ

EFFECTS OF METHANANDAMIDE ON THE LEVEL OFEXPRESSION OF TRANSCRIPTION FACTOR c-JUN AND PHOSPHO-c-JUN IN RAT ADRENAL TISSUE

Лукашеня О. С., Левчук І. Н., Ковзун О. І.

Державна установа «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України»

Актуальність теми. Метанандамід – це синтетичний аналог N-арахідоноїлетаноламіну, який є одним з представників нещодавно відкритого класу ендоканабіноїдів. Раніше нами було показано, що метанандамід впливає на функцію кори надниркових залоз. Проте, ядерні механізми, які опосередковують стероїдогенні ефекти сполуки, залишаються майже не вивченими.

Мета дослідження. Дослідити рівень експресії і активації c-jun за дії метанандаміду *invitro* у тканині надниркових залоз щурів.

Завдання дослідження. Визначити роль транскрипційного чинника c-jun і фосфо-c-jun у процесі стероїдогенезу за участі метанандаміду.

Матеріали та методи. Матеріалом для досліджень слугувала адренокортикальна тканина надниркових залоз статевозрілих самиць щурів лінії Вістар масою 200-250 г. Зрізи тканини інкубували у живильному середовищі RPMI-1640 на водяній бані впродовж 3 год при температурі 37°С та постійному струшуванні. У дослідні проби перед початком інкубації вносили розчин R(+)-метанандаміду в етанолі у кінцевій концентрації 0,01-1 мкмоль/л. Детекцію проводили імуноблот-аналізом із використанням моноклональних антитіл до c-jun і фосфо-c-jun та вторинних антикролячих антитіл, кон’югованих з пероксидазою хрону. Кількісний аналіз транскрипційного чинника здійснювали за допомогою комп’ютерної обробки сканованих результатів імуноблотингів у програмі „GelProAnalyzerv.4.0”. Статистичну обробку даних здійснювали за непараметричним U-критерієм Вілкоксона-Манна-Уїтні.

Результати дослідження. Встановлено, що внесення метанандаміду (1 мкмоль/л) до середовища інкубації викликає збільшення рівня експресії c-jun по відношенню до контролю (на 31 %). За дії метанандаміду 0,1 мкмоль/л вміст фосфо-c-jun зростає по відношенню до контролю на 66 %, а при концентрації 1 мкмоль/л – на 90 %.

Висновки. Встановлено, що рівень експресії і активації транскрипційного чинника c-junпідвищується за дії 1 мкмоль/л

метанандаміду, що підтверджує важливу роль транскрипційного комплексу AP-1 у трансдукції сигналу метанандаміду в адренокортикальній тканині.

НОВИЙ МЕТОД ВИКОРИСТАННЯ ТРАНЕКСАМОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА НОСІ

NEW METHOD OF USE OF TRANEXAMIC ACID IN NASAL SURGERIES

Лукіянчук В. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Мета дослідження. Оцінити вплив місцевого введення транексамової кислоти на зниження кровотечі під час оперативних втручань на носі та для покращення операційного поля.

Матеріали та методи. Порівняльний аналіз місцевого використання транексамової кислоти у 20 хворих, які пройшли операцію на носі, та очевидне зменшення кровотечі та поліпшення видимості оперативного поля . Дане клінічне випробування було проведено на базі ДП «Медбуд» ПрАТ «ХК «Київміськбуд» у 2018–2019 роках у 20 пацієнтів, які страждали хронічним риносинуситом які були кандидатами на оперативне лікування. Всі пацієнти дали добровільну письмову згоду на участь в клінічному дослідженні. Необхідний розмір вибірки оцінювали, щоб дозволити виявити різницю кровотечі щонайменше 30 мл з довірчим інтервалом 95% і статистичною значимістю 80%. Пацієнти були розділені на дві групи (дослідна і контрольна), кожна з яких складалася з 10 суб'єктів. Критерії виключення : попередні втручанні на носі, супутні захворювання з підвищеним ризиком тромбозів. Протокол анестезії був однаковим в обох групах. Проводилась аплікація носової порожнини р-ном адреналіну 1/2000, а потім інфільтрація р-ном до складу якого входили : р-н NaCl 0.9% 100.0, р-н Лідокаїну гідрохлориду 10% 4,0, р-н Адреналіну гідротартрату 0,18% 0,5 до 12 мл в середній носовій раковині і переднього переходу середньої носової раковини до бічної носової стінки. Для досліджуваної групи в розчин для інфільтрації введено р-н транексамової кислоти в дозі 500 мг. Об'єм втрати крові обчислювали шляхом вирахування обсягу зрошувальної рідини з загального об'єму, зібраного в контейнері для всмоктування, плюс оцінювану кров, абсорбовану на серветках у кожного пацієнта. Тривалість операції реєстрували для кожного пацієнта. Загальну оцінку якості хірургічного поля було зафіксовано хірургом за шкалою Boezzart's відразу після операції. Крім того, задоволення хірурга з точки зору контролю кровотеч і хірургічного середовища оцінювали за шкалою Likert від 1 до 5 в кінці операції.

Результати дослідження. Середній вік пацієнтів у контрольній групі становив 30,7 років, у досліджуваній групі - 28,6 років (p = 0,51). Сімдесят відсотків пацієнтів у контрольній групі і 73,3% у досліджуваній групі були чоловіками (P = 0,77). Середній рівень крововтрати становив 264,13 мл у контрольній групі і 200,6 мл у досліджуваній групі (P = 0,314). За шкалою Boezzaart середній показник якості хірургічного поля становив 3 у контрольній групі і 2,73 у досліджуваній (P = 0,305). За шкалою Likert, середній показник задоволеності хірурга становив 3,17 у контрольній групі та 2,97 у досліджуваній групі (P = 0,548). Середня тривалість операції склала 95,2 і 55,3 хвилини у контрольній та досліджуваній групах відповідно (p = 0,225). Також відмічено значна тривалість гемостазу в дослідній групі у порівнянні з контрольною 6,3 і 3,5 відповідно. (P = 0,312).

Висновки. Виявлено зниження інтраопераційної крововтрати під час операції на носі. Поліпшення показників хірургічного поля є дуже корисним, що значно зменшувало тривалість оперативного втручання. Представлена методика введення є ефективним засобом місцевого гемостазу під час оперативних втручань на носі та сприяє тривалому гемостазу в післяопераційний період. Отримані попередні данні вказують на потребу подальшого продовження дослідження.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ РЕПАРАТИВНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТА

CLINICAL AND LABORATORY REASONS FOR THE APPLICATION OF THE COMPOSITION OF REPARATIVE PREPARATIONS IN THE PERIODONT SURGERY TREATMENT

Маршалова Р. І.

Науковий керівник – д. мед. н. професор О.А. Глазунов

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра стоматології ФПО

Мета дослідження. Провести лабораторну оцінку застосуванню лікувально-профілактичного комплексу (ЛПК), у найближчі терміни при лікуванні хірургічних ран з вторинною епітелізацією ранових поверхонь.

Матеріали та методи. Було виконано спостереження за 32 пацієнтами після проведених хірургічних операцій з вторинною епітелізацією ранових поверхонь, з них 17 операцій - із застосуванням ЛПК, до складу я кого входили адаптоген, полівітаміни, антиоксидант, антисептики, і 15 операцій - без застосування лікарських препаратів (контрольна група). Всього 19 жінок і 13 чоловіків у віці від 18 до 45 років.

Контроль за станом пацієнтів проводився шляхом біохімічного дослідження ротової рідини на 10, 21-у добу після прийому ЛПК.
У ротовій рідині пацієнтів визначали активність ферментів еластази, каталази, уреази, лізоциму. Ступінь дисбіозу (СД) розраховували за співвідношенням відносної активності уреази до відносної активності лізоциму.

Результати дослідження. Аналіз, проведений через 10 днів, в ротовій рідині пацієнтів груп спостереження, показав достовірне зниження активності еластази в 2 рази (р <0,01), збільшення активності каталази в 1,7 рази (р <0,05). Дослідження показало зниження активності уреази у всіх групах, але в різному ступені. Так в ротовій рідині 1-ої групи цей показник зменшився в 2,0 рази, а в 2-ій- в 3,1 рази. Встановлено, що активність лізоциму в ротовій рідині пацієнтів, які додатково отримували лпк, зросла в 1,6 рази.

Проведення аналізу через 21 день після лікування показало, що активність еластази підвищилася в ротовій рідині пацієнтів 1-ої групи до вихідних значень (р> 0,1), а в 2-ій - нижче, ніж в першій (р <0,05). Зниження активності каталази у пацієнтів 1-ї групи, повернулося до вихідного рівня (р> 0,1), а в 2-ій групі через 21 день зберіглася такою ж високою (р <0,01-0,02).

Відбулося збільшення активності уреази в 1-ій групі до вихідного рівня (р> 0,1), а в 2-ї групи на низькому рівні (р <0,001 - 0,05).
Була встановлена висока активність лізоциму в ротовій рідині пацієнтів 2-ї групи, її рівень достовірно перевищував початкові значення (р <0,002 - 0,01).
Розрахунок СД підтвердив високу ефективність запропонованого комплексу. СД була нижче в основній групі через 10 днів та 21 день на 83,9% та 76,4% відповідно.

Висновки. Проведені біохімічні дослідження ротової рідини довели, що найбільш ефективним методом лікування хірургічних ран в порожнині рота, є призначення ЛПК на тлі стандартного протоколу лікування. Досліджувані маркери запалення і ступеня бактеріального обсіменіння знизилися найбільшою мірою на тлі нормалізації параметрів неспецифічної резистентності.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХОМЕТРИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦІЄНТІВ З ГЛАУКОМОЮ

SOME ASPECTS OF CLINICO-NEUROLOGICAL AND PSYCHOMETRIC FEATURES IN GLAUCOMA PATIENTS

Масович С. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра неврології № 2

Актуальність теми. Загальновідомим є те, що офтальмологічні розлади вельми часто є наслідком ураження різноманітних нервових структур і тому їх дослідження може сприяти уточненню таких уражень.

Мета дослідження. Дослідження клініко-неврологічних та психрметричних характеристик у пацієнтів з глаукомою.

Матеріали та методи. Наведено результати фрагменту комплексного обстеження 72 осіб з глаукомою, яке включало: детальне неврологічне обстеження з вивченням даних клініко-неврологічного обстеження, оцінку показників нейропсихологічного статусу за допомогою шкали депресії Бека, самооцінки рівня конституційної та ситуаційної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, вегетативного забезпечення та показників центральної гемодинаміки.

Вік обстежених пацієнтів становив від 51 року до 89 років. Середній вік обстежених становив 68 ± 7,9років. Контингент включав осіб середнього, похилого та старечого віку. Дещо переважали жінки — 40 осіб (55,5%), чоловіків було відповідно 32 осіб (44,5%).

Результати та їх обговорення. При клініко-неврологічному обстеженні пацієнтів з глаукомою було виявлено ряд особливостей: встановлено, що ураження центрального відділу нервової системи у вигляді пірамідної симптоматики спостерігалось у 77 (85%) пацієнтів, окорухові порушення у вигляді порушення конвергенції та акомодації були виявлені у 39 (43%) пацієнтів, зміни зі сторони зіничних реакцій на світло у 39 (43%), ністагм спостерігався у 42 (46%) пацієнтів з глаукомою.

Ознаки ураження периферійного відділу нервової системи у вигляді полінейропатії були виявлені у 16 (18%) пацієнтів. Розлади поверхневої чутливості по корінцевому та сегментарному типах на обличчі спостерігались у 16 (18%) та 18 (20%) пацієнтів відповідно.

При детальній оцінці нейропсихологічних характеристик у пацієнтів з глаукомою було виявлено ряд особливостей: встановлено, що у 35 осіб (48%) з глаукомою були виявлені депресивні розлади, серед яких 15 осіб (21%) мали легкий ступень, 10 (14%) помірного, 8 (11%) виражену та 2 пацієнтів (2%) тяжку депресію.

У всіх обстежених пацієнтів з глаукомою був підвищений рівень конституційної та ситуаційної тривожності, ситуаційна низька тривожність відмічалась у 22 (31%), помірна у 24 (33%) та висока у 26 (36%) пацієнтів. Низька конституційна тривожність виявилась у 20 (28%), помірна у 24 (33%), висока у 28 (39%) пацієнта з глаукомою.

Висновки. Виявлені клініко-неврологічні особливості та порушення з боку психоемоційної сфери у пацієнтів з глаукомою зумовлюють потребу подальшого детального дослідження.

ФЛЮРЕСЦЕНТНА ХОЛАНГІОГРАФІЯ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

Номеровський А. І.
Одеський національний медичний університет
Кафедра роботизованої та ендоскопічної хірургії

Актуальність теми. Сучасна технологія флюресцентної холангіографії дозволяє не тільки візуалізувати холедох, але й оцінити його прохідність.

Мета дослідження. Вивчення результатів нового методу ревізії холедоха під час лапароскопічних операцій з приводу холедохолітіазу

Матеріали та методи. ЛХЕ з ревізією холедоха виконана у 5 пацієнтів (3 чоловіка та 2 жінки). Середній вік склав 53,4 років. Середній загальний білірубін склав 104 мкмоль/л. У 2 пацієнтів мав місце гострий біліарний панкреатит, у 2 пацієнтів механічна жовтяниця була на фоні хронічного вірусного гепатиту. У 4 пацієнтів після предопераціного в/в введення індоціаніну зеленого мала місце флюресценція не тільки холедоха, але й початкових відділів тонкої кишки. З них 3-м пацієнтам з вузьким діаметром холедоха виконане дренування за Піковським, і одному пацієнту виконана холедохоскопія та дренування за Кером. У одного з 5 пацієнтів флюресценція була відсутня як у холедоху, так і в початкових відділах тонкої кишки. У нього холедохоскопія показала вклинений конкремент та виконане його видалення та дренування за Кером.

Результати дослідження. У 4 пацієнтів, яким було виконане дренування за Піковським, чи дренування за Кером, післяопераційна холангіографія не показала конкрементів. У пацієнта, в якого був виявлений конкремент, післяопераційна холангіографія також показала повне видалення конкрементів. Післяопераційних ускладнень не було.

Висновки. 1. Флюресцентна холангіографія є простим і зручним методом ревізії холедоха. 2. Наша невелика серія випадків продемонструвала 100% чутливість та специфічність: в усіх випадках прохідного холедоха конкрементів не було виявлено, а в одному випадку непрохідності холедоха була виявлений конкремент.

СТВОРЕННЯ ОНТОЛОГІЧНОЇ МОДЕЛІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ДЛЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

CREATION OF AN ONTOLOGICAL MODEL OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN ORDER TO IMPROVE THE PROVISION OF MEDICAL CARE

Носко Н. О., Харченко В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії

Вступ. Формалізовані дані щодо диференційного діагнозу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) на основі рекомендацій Американської асоціації по вивченню хвороб печінки від 2018 року. Систематизовані наукові дані що до патологічних станів, які супроводжуються вторинним накопичення жиру в гепатоцитах, та з якими рекомендовано проводити диференційний діагноз у пацієнтів з підозрою на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП). Показано, що використання онтологічної моделі дає змогу узагальнити та систематизувати найсучасніші дані задля удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам.

Актуальність теми. Вдосконалення надання медичної допомоги хворим потребує розробки системи упорядкування медичних знань з широко розповсюджених патологій, зокрема неалкогольної жирової хвороби печінки, для оптимізації діагностики цих захворювань та диференційної діагностики безпосередньо, що базуються на онтологічних принципах. Це може мати принципове значення для подальшого вдосконалення клінічної медицини та покращення надання медичної допомоги.

Мета дослідження. Створення онтологічної моделі неалкогольної жирової хвороби печінки, і диференційного діагнозу, як її складової, є принципово новим підходом для безперервного професійного розвитку лікарів з метою вдосконалення надання медичної допомоги хворим

Матеріали та методи: онтологія знань, теорії прийняття рішення.

Результати дослідження. Формалізовані дані щодо диференційного діагнозу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) на основі рекомендацій Американської асоціації по вивченню хвороб печінки від 2018 року. Систематизовані наукові дані що до патологічних станів, які супроводжуються вторинним накопичення жиру в гепатоцитах, та з якими рекомендовано проводити диференційний діагноз у пацієнтів з підозрою на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП). В онтології чітко представлена інформація, що до патологій, які гістологічно також, як і НАЖХП, характеризуються макровезикулярним та мікровезикулярним

стеатозом. Представлені сучасні методи лабораторної, включаючи генетичні та інструментальної діагностики цих захворювань печінки. Виходячи із реалій сьогодення, на жаль, на первинній та вторинній ланках надання медичної допомоги пацієнтам України для проведення діагностики та диференційної діагностики НАЖХП рекомендувати проведення біопсії печінки не є, в більшості випадків, досяжним.

Показано, що онтологічна модель НАЖХП надає широкі можливості фахівцям для більш глибокого підходу при проведення диференційного діагнозу у пацієнтів з підозрою на неалкогольну жирову хворобою печінки. Принципово важливим є те, що ряд патологій, наприклад вірусний гепатит С або хвороба Вільсона мають етіотропне лікування, ефективність якого залежить від стадії захворювання. Знання що до HELP синдрому, який розвивається у вагітних та може мати важкі наслідки, сприятимуть більш високій настороженості лікарів при виявленні стеатозу у вагітних. Розглянуті патології, що рідко зустрічаються, такі як ліподистрофія, Абеталіпортеінемія, синдром Рейе та вроджені порушення обміну речовин. Наведені медикаменти, вживання яких може викликати жирову інфільтрацію печінки. Враховуючи, що онтологічна модель є динамічною, ми маємо можливість її постійного вдосконалення та осучаснення по мірі виходу в світ публікацій з цієї тематики.

Висновоки. Онтологічна модель неалкогольної жирової хвороби печінки та диференційного діагнозу, як її складової, суттєво збільшують можливість швидкого та ефективного прийняття рішення щодо ведення пацієнтів з даною патологією.

ВИБІР ЕНДОХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО УРЕТЕРОЛІТІАЗУ

ENDOSURGICAL METHODS FOR TREATMENT OF PROXIMAL URETEROLITHIASIS

Ожогін В. В.

Науковий керівник – д. мед. н. доцент Сагалевич А. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л.Шупика

Відділення урології Київської обласної клінічної лікарні КЗ КОР “КОКЛ”

Кафедра урології

Оптимізувати підходи до ендоскопічних методів лікування конкрементів проксимального відділу сечоводу.

На частку проксимального уретеролітіазу припадає третина конкрементів, що обумовлено особливостями анатомічної будови сечоводів Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ), антеградна уретеролітотрипсія (аУЛТ), ретроградна уретеролітотрипсія (рУЛТ)

та гнучка ретроградна уретеролітотрипсія (фібро-рУЛТ) за сучасними даними, витіснили відкриті оперативні втручання

рУЛТ стала варіантом першої лінії для більшості конкрементів сечоводів, навіть невеликих конкрементів нирок та дозволяє проводити лікування уретеролітіазу в повному об'єміале фактична вартість кожної процедури приблизно в два- три рази вище, ніж для ЕУХЛ фібро-рУЛТ має кращий профіль безпеки, але його показник SFR нижчі, ніж при перкутанній нефролітотрипсії (ПНЛ) та приблизно рівні при аУЛТ. До того ж потреба фібро-уретеропієлоскопа в профілактичному, міжкапітальному ремонті в середньому обмежена 30 процедурами а майстерність ендоскопіста, розмір конкременту та тривалість ендоскопічної процедури у великій мірі впливає на амортизацію гнучкого інструментарію Також застосування фібро-рУЛТ при прокимальному уретеролітіазі потребує низки розхідних матеріалів: петлі, щипці, кожухи

За період 2017-2019рр. було проведено та досліджено 206 оперативних втручань з приводу проксимального уретеролітіазу. Розмір конкрементів варіював від 10 до 25мм.Було проведено один із двох методів ендоскопічного лікування: 96- аУЛТ та 110- рУЛТ. Вік хворих при аУЛТ складав від 25 до 77 років; розмір конкременту від 10 до 20 мм. В групі рУЛТ вік пацієнтів складав від 18 до 91 років; розмір конкременту від 5 до 30 мм.

При виконанні рУЛТ міграція каменю чи його фрагментів до ЧМС відмічена у 20(18,2%) випадках, перфорація в 3(2,7%), кровотеча 2 (1,8%). Тривалість знаходження сечовідного стента визначалась індивідуально і в средньому складала 30±15 дній (амбулаторно). Середній показник очищення від конкременту (stonefreerate) для рУЛТ в середньому склав 77,4±17%.

При проведенні аУЛТ ускладнення за Clavien–Dindo>I ст. відмічено не було: середній рівень падіння Hb склав 12,5±5,4 г/л; у 10 (10,4%) хворих в п/о періоді були відмічені явища субфебрилітету до 37,5^{0}С. Тривалість знаходження сечовідного стента визначалась індивідуальноі в средньому складала 11,0±10,0днів (амбулаторно), перебування нефростомічного дренажу складало в середньому 2±1 дні. Середній показник SFR для аУЛТ склав 98,3±1,7%.

Отже, рУЛТ не може бути рекомендована в якості методу монотерапії при конкрементах проксимальних відділів сечоводу більше 10мм, внаслідок низьких показників "stonefreerate" (SFR) 77,4±17%. Фібро-рУЛТ дозволяє підвищити показник SFR до 97,5%. Однак, дана методика є тривалою, потребує серйозних економічних затрат та високого фахового рівня хірургів.

аУЛТ може застосовуватися при конкрементах проксимальних відділів сечоводів, що дозволяє досягти стану “stonefree”, скоротити час операції, а також кількість повторних операцій у хворих з даною патологією.

ВИКОРИСТАННЯ РЕГЕНЕРАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В СПОРТИВНІЙ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

Оліфіренко О. І.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра ортопедії і травматології № 1

Актуальність теми. Останні десятиріччя спостерігається бурхливий розвиток регенеративних технологій в багатьох напрямках медицини. Одні вже є широковідомі і поширені, інші тільки знаходять свою нішу в комплексному лікуванні хворих. Важливим є глибоке розуміння сфери використання доступних регенеративних методик.

Мета дослідження. Розробити методологію використання регенеративних технологій в комплексному лікуванні хворих ортопедо-травматологічного профілю та проаналізувати ефективність.

Матеріали та методи. В період з 2015 по 2019 роки на лікуванні знаходилось 114 хворих з діагнозом: пошкодження хряща 1-4 ступеню за Оутербрідж. Пошкодження хряща виявлялись: інтраопераційно артроскопічно або по даним магнітнорезонансної томографії. До дослідної групи потрапили пацієнти з пошкодженнями хряща великих суглобів: колінний, кульшовий, гомілково-ступневий, плечовий. Етіологія пошкоджень відмічалась: гостра травматична, механічна, дегенеративна. Пацієнтів було проліковано відповідно до розробленого алгоритму з використанням малоінвазивних регенеративних методик: збагачена тромбоцитами плазма, концентрат червоного кісткового мозку та гіалуронова кислота. Оцінка лікувального ефекту проводилась з допомогою суб’єктивних міжнародних опитувальних шкал, даних повторних магнітнорезонансних томографій та безпосереднього візуального спостереження. Контрольна група не передбачалась. Оцінка результату лікування проводилась через 3, 6 та 12 місяців.

Результати дослідження. Відповідно до міжнародних суб’єктивних шкал оцінки функції та болю суглобу 86.8% пацієнтів після лікування з використанням ін’єкційних регенеративних засобів відмічали покращення в терміні спостереження до 12 місяців. В 7 % пацієнтів спостерігалось загострення симптоматики на початку лікування. Ускладнень середнього та важкого ступеня не виявлено . Об’єктивні методи оцінки лікувального

ефекту продемонстрували позитивний вплив регенеративних технологій на стан суглобового хряща.

Висновки. Таким чином, комплексне лікування пошкоджень хряща різного ступеня з допомогою збагаченої тромбоцитами плазми, концентрату червоного кісткового мозку та препаратів гіалуронової кислоти є ефективним та безпечним. Перспективним є подальше вдосконалення методики та розширення показів до використання.

КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ «ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ» ДЛЯ ЗБОРУ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ТА ПОТРЕБИ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Періг Ю. С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги

Актуальність теми. Насьогодні профілактичні заходи та послуги в медицині, що надаються державними та приватними організаціями, в своїй більшості стосуються дорослого населення. Тим не менш, головним етапом формування соціально-поведінкових навичок, харчових звичок, сексуальної культури визначено саме підлітковий вік. Згідно даних ЮНІСЕФ та рекомендацій ВООЗ саме ця група населення найбільше потребує реалізації прав на якісні, доступні медичні послуги, доступ до освітніх медичних програм щодо збереження здоров'я. Американська Асоціація Педіатрів рекомендує виділяти підгрупи дітей підліткового віку і адаптувати консультації лікаря за потребами залежно від віку.

Мета дослідження. Підвищення ефективності збору статистичних даних про дітей підліткового віку та обґрунтування потреби і прихильності щодо їх взаємодії з лікарем профілактичного спрямування.

Матеріали та методи. Статистичні дані Державного центру статистики, рекомендації National Institute of Health and Care Excellence (NICE), рекомендації American Academy of Pediatrics (AAP).

Результати дослідження. Підлітковий вік - це період становлення організму і людини вцілому, її моделей поведінки і взаємодії зі світом, що відбувається в проміжку між дитинством і дорослим віком.

Процес збереження здоров'я сприяє повноцінному гармонійному розвитку особистості та повинен бути адаптований до різних вікових періодів. Саме в підлітковому віці формуються потенціали психо-фізичного розвитку, закладаються професійні та творчі начала, з’являється бажання участі в сімейно-побутовій та репродуктивній діяльності. Саме здоров'я молодого покоління є одним з важливих показників соціального благополуччя, виступаючи водночас детермінантою та основою розвитку

всього населення, забезпечення майбутнього держави. Ще у 2003 р. Комітет Конвенції про права дитини видав Зауваження загального порядку, в яких визнавалися особливі потреби та права підлітків і молодих людей у площині здоров'я та розвитку. Значна частина захворювань формується ще у дитинстві або зумовлена способом життя молоді. Інформаційні перевантаження, стресові ситуації, модернізація навчального процесу потребують від підліткового організму великого напруження, що разом з іншими негативними чинниками призводить до функціональних порушень, а згодом – і до органічної патології. А хвороблива дитина, коли виросте, ймовірніше, стає нездоровою дорослою людиною. Близько двох третин випадків передчасної смерті та третина глобального тягаря хвороб (Global burden of diseases) серед дорослих зумовлена станами і формами поведінки в молодості, враховуючи куріння, недостатню фізичну активність, незахищений секс і насилля

Державний центр статистики України веде збір статистичних даних, відповідно і розрахунок демографічних показників, для дітей віком 0-14 років та 15-17 років. Відповідно до цих вікових меж, можна зробити висновок, що у поняття «діти підліткового віку» чи «підлітки» виділено лише 3 роки з 15-17.

Згідно визначення ВООЗ «підліток» - людина віком 10-19 років, яких станом на 2018 рік налічується близько 1.2 мільярдів серед 7.2 мільярдів всього населення планети. Виділяють кілька стадій підліткового віку.

Ранній підлітковий вік (10-13 років) – етап, що характеризується швидким ростом, появою вторинних статевих ознак. В деяких випадках це відбувається з 8 років у дівчат і 9ти у хлопчиків. Через 2-3 роки після початку розвитку молочних залоз у дівчаток, в середньому в 12 років, починаються менструації. Мислення в даному періоді розвитку людини характеризується вираженою конкретикою, біполярністю, радикальністю суджень, відчуттям постійного оцінювання з боку однолітків, потреби в конфіденційності і особистому просторі (останнє провокує реакцію бунту та протесту на зміцнення «кордонів» з боку батьків чи опікунів). Якщо діти не знають що очікувати і що вважати нормальним розвитком, то виникають дисморфофобічні реакції, що можуть проявлятись тривожністю, порушенням гендерної ідентичності, недостатністю харчування, егоцентризмом та ризикованою поведінкою.

Середній підлітковий вік (від 14 до 17 років) – характеризується стрімким ривком росту, зміною голосу, появою акне, переважно у хлопчиків. Фізичний розвиток у більшості дівчат в цьому періоді завершений з встановленим регулярним менструальним циклом. У цьому віковому

діапазоні, як правило, з'являється різнохарактерний сексуальний досвід, спричинений пошуком своєї сексуальної ідентичності. Вони зацікавлені в розширенні соціальних зв'язків і схильністю до відокремлення від сім'ї. Негативною рисою цього вікового періоду є поява буллінгу серед однолітків. За інформацією ЮНІСЕФ минулого року 67% дітей свідками, або винуватцями буллінгу, чверть з них були жертвами, 48% школярів нікому не розповіли про це. Формування моделі мислення «по типу дорослого» продовжується, все ще значно відрізняється від нього, так як лобні долі завершують свій розвиток найпізніше - близько 20-річного віку. Вони відіграють значну роль у контролі імпульсів, здатності розглядати кілька варіантів кейсу «причина-наслідок», формувати комплексні рішення. Середньостатистична людина цього віку здебільшого здатна думати абстрактно, сприймати події комплексно, але без активних власних дій. Часто вона може пройти логіку уникнення ризиків поза цими ситуаціями, проте, коли мають місце сильні емоції та нестримні імпульси, вони виходять на перший план.

Пізній підлітковий вік (18-21 і далі) – період, який характеризує людей, що зазвичай пройшли фізичний розвиток і виросли до своєї повної висоти дорослого. Вони здатні до кращого контролю імпульсів і, можливо, краще оцінюють ризики та винагороду. Підлітки, які входять до раннього дорослого віку, тепер відчувають свою власну індивідуальність і можуть ідентифікувати свої власні цінності. Вони можуть стати більш орієнтованими на майбутнє і засновувати рішення на своїх надіях і ідеалах. Дружба і романтичні відносини стають більш стабільними. Вони стають більш емоційно і фізично відокремленими від своєї сім'ї. Проте, багато хто відновлює стосунки «з дорослими», зі своїми батьками, вважаючи їх більш рівними, у кого можна просити поради і обговорювати зрілі теми, а не наражатись на «авторитет».

Діти та молодь (вікова група 10–19 років) групи ризику щодо передачі ВІЛ-інфекції — це діти та молоді люди (дівчата та хлопці), які внаслідок своєї поведінки найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ, а саме: споживають ін'єкційні наркотики з використанням нестерильного ін'єкційного інструментарію; практикують незахищені статеві контакти внаслідок сексуальної експлуатації, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми та мають незахищений (часто примусовий) секс за винагороду; хлопці, які мають незахищений анальний секс з чоловіками, в тому числі за винагороду. Уразливі підлітки — ті, які наражаються на ситуативний ризик і знаходяться в одному кроці від ризикованої поведінки. Уразливою до ризику ВІЛ-інфікування группою відносимо дітей

та молодь, що живуть або працюють на вулиці. Серед них, за результатами різноманітних досліджень, є представники всіх трьох груп ризику, а також ті, що поєднують ризиковану поведінку та водночас належать до кількох груп ризику або наражаються на ситуативний ризик (перебувають за крок від ризикованої поведінки). Цільова група оцінки. Між ПГР та групами підлітків, яких називаємо уразливими, неможливо провести розподільчу межу. Тому для розвитку програм профілактики ВІЛ серед дітей та підлітків, які потребують таких програм, пропонуємо використання широкого тлумачення ПГР, а саме: це діти та молодь серед СІН, ЖКС, ЧСЧ; це діти та молодь, які знаходяться на етапі «входу» до груп СІН, ЖКС, ЧСЧ, тобто відносяться до підлітків, уразливих щодо впливу негативних чинників та обставин. Чисельність підлітків, які більшу частину часу проводять на вулиці, становить 76 000 осіб, серед яких близько 24 000 дівчата та близька 52 000 – хлопці. Загальна чисельність підлітків груп ризику з урахуванням оновлених даних за 2017/2018 рр. становить 109 000 осіб віком від 10 до 19 років включно.

Згідно рекомендацій NICE, батьки повинні починати співпрацю з лікарем для збереження здоров’я дітей з дошкільного віку. Розмовляйте з лікарем вашої дитини з її раннього віку і спілкуйтесь часто. Рутинні бесіди про гендерну проблему створюють середовище підтримки і запевнення, щоб діти відчували себе в безпеці, ставлячи запитання лікарю на різні теми. Це також хороша практика для продовження цих обговорень вдома. Найкращим підходом для батьків або педіатрів є неперевірені запитання, які дозволяють дитині говорити про свій досвід і почуття перед застосуванням будь-яких стереотипів або припущень. Якщо дитина бореться з симптомами депресії, тривоги, ізоляції, суїцидальними думками або іншими емоційними проблемами, то їй може знадобитися психотерапевт, який може запропонувати додаткову підтримку.

Виділяють такі переваги профілактичного огляду здорових дітей: профілактика, що заключається в отриманні профілактичних щеплень, регулярних консультаціях щодо харчування, а також щодо організації безпечної поведінки в домашніх умовах та школі; моніторинг росту та розвитку дитини як у фізичному так і когнітивно-поведінковому плані; обговорення з лікарем тем, що викликають підвищення занепокоєння у батьків; сприяння командному підходу - регулярні візити створюють міцні, надійні відносини між педіатром, батьками і дитиною, що допомагає розвивати оптимальне фізичне, психічне та соціальне здоров'я дитини.

Висновки. Існує потреба переглянути вікові критерії для збору демографічних статистичних даних в Україні у відповідності до міжнародних

стандартів. Проведення профілактичних медичних оглядів щороку після досягнення дитиною 10-річного віку, а також освітня робота з батьками призведе до зменшення дії стресу на підлітковий організм, зменшенню ризикованої поведінки серед дітей підліткового віку. Передбачається, що співпраця сім'ї з лікарем профілактичної медицини покращить обізнаність населення щодо методів збереження здоров'я та підвищить прихильність населення до здорового способу життя.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРИФЕРИЧНИХ АРТЕРІЙ

Піжовський Є. С., Ковальчук В. М., Мальченко В. Ю.
(д. мед. н. професор Сморжевський В. Й.)
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л.Шупика
Кафедра хірургії та трансплантології

Хвороба периферичних артерій являє собою важливу ланку серед серцево-судинної патології, при якій основним етіологічним фактором є атеросклероз (за рахунок основних факторів ризику - гіпертонія, куріння, порушення ліпідного обміну, цукровий діабет). Важкість цієї патології обумовлена не тільки місцевим враженням органу, а й тим, що часто асоціаціює з атеросклерозом інших локалізацій, що збільшує відсоток смертності в цих пацієнтів. Діагностика грунтується на клінічних даних, функціональних тестах (дуже інформативним в цих випадках є кісточково-плечовий індекс) і на інструментальних методах (доплерографія, ангіографія, магнітно-резонансна ангіографія). Клінічні випадки відрізняються залежно від місця розташування і важкості враження, а також від того хронічний характер захворювання чи гострий. Таким чином, крім консервативного лікування та нефармакологічних методів, реваскуляризація є дуже важливою.

В даній патології є багато важливих речей, які потребують уточнення: важливість розробки національних реєстрів (оскільки часто епідеміологічні дані є обмеженими), роль стентів та балонів покритих лікарськими речовинами, оптимальна тривалість подвійної антиагрегантної терапії після стентування чи реконструктивних операцій та багато іншого. Сучасні вказівки та рекомендації по лікуванню захворювань периферичних артерій будуються на основі результатів багатьох випробувань та досліджень різних груп пацієнтів з даною патологією.

Ендоваскулярні втручання в основному зорієнтовані на випадки з короткими стенозами чи оклюзіями або у пацієнтів з високим хірургічним ризиком; в той час як хірургічна реконструкція (байпас) приносить користь у пацієнтів з довгими стенозами чи оклюзіями або там, де анатомія не дозволяє виконати інтервенційне втручання. Антикоагулянтна

та тромболітична терапія відіграє важливу роль в лікуванні критичної ішемії кінцівки.Таким чином, у пацієнтів із захворюванням периферичних артерій (особливо при критичній ішемії кінцівки), основними рекомендаціями є: рання діагностика та визначення оптимального методу хірургічного лікування.

ТОПОІЗОМЕРАЗА 2 АЛЬФА ЯК ПРЕДИКТИВНИЙ МАРКЕР У ХВОРИХ НА ТРИЧІ НЕГАТИВНИЙ РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

TOPOISOMERASE 2 ALPHA AS A PREDICTIVE MARKER IN PATIENTS WITH TRIPLE NEGATIVE BREAST CANCER

Самусєва А. А., Пономарьова О. В.

Науковий керівник – к. мед. н. Пономарьова О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра онкології

Актуальність теми. Тричі негативний рак молочної залози (РМЗ) становить до 12% від усіх випадків РМЗ. Найчастіше виникає у молодих (<50 років) жінок, частіше представлений як інтервальний рак. Характеризується більш агресивним перебігом, пов'язаний з високим ризиком віддаленого рецидиву та смерті у перші 3-5 років захворювання. При цьому підтипі відсутні такі традиційні терапевтичні мішені як: естрогени, прогестерони та HER2, тому цей підтип залишається великою клінічною проблемою.

Мета дослідження. Визначити вплив топоізомерази 2 альфа (ТОР2 альфа) на перебіг тричі негативного РМЗ.

Матеріали та методи. У дослідження включено 32 пацієнток з тричі негативним РМЗ 2А-4 стадіями, віком від 28 до 85 років, що отримували лікування на базі Київського міського клінічного онкологічного центру. Рівні експресії ER, PR, Her2/neu, Ki67 та ТОР2 альфа оцінювались на підставі даних імуногістохімічного дослідження. Пацієнтки були ранжовані на 2 групи в залежності від рівня експресії ТОР2 альфа за шкалою L. Usha 2008 року (гіперекспресія ≥ 35%):

Група 1: ТОР2 альфа 0-34% , кількість пацієнток в групі - 20 (62%);

Група 2: ТОР2 альфа 35-100%, кількість пацієнток в групі - 12 (38%).

Результати дослідження. За проліферативним індексом (Ki67) у 12 (60%) пацієнток групи 1 значення до 35%, з яких у 5 (25%) Ki67 ≤ 15%. Ki67 до 35% зафіксовано лише у 4 (33%) пацієнток групи 2 та жодної пацієнтки з Ki67 ≤15%. В групі 1 органозберігаючі операції були проведені у 65% проти 58% у групі 2. Мастектомії виконані у 35% пацієнток з групи 1 та 42% з групи 2.

Висновки. У хворих з гіперекспресією ТОР2 альфа на 75% частіше виявляється Кі67 ≤ 15% та на 27% частіше Кі67 ≤ 35%. Не виявлено статистично достовірної кореляції рівня експресії ТОР2 альфа та об'єму оперативного втручання.

Ці дані вказують на необхідність більш глибокого дослідження ТОР 2 альфа, як потенційно важливого маркера окремо чи в сукупності з іншими маркерами, такими як мутації BRCA1 та BRCA2, або PD-L1 та ін. при прогнозуванні перебігу та персоніфікації лікування тричі негативного РМЗ.

СУЧАСНІ СПОСОБИ ВВЕДЕННЯ СУРФАКТАНТУ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

MODERN WAYS FOR INTRODUCING SURFACTANTSIN PRETERM INFANTS

Сахно Н. С., Лакша О. Т.

Науковий керівник – чл.-кор., професор Шунько Єлизавета Євгенівна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра неонатології

Актуальність теми. Респіраторний дистрес синдром (РДС) – є однією із основних причин розвитку дихальної недостатності у новонароджених дітей. Це гостре захворювання, переважно недоношених новонароджених, яке пов»зане з недостатністю легеневого сурфактанту та незрілістю дихальної системи. Захворюваність на РДС за європейськими даними 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. Клінічні симптоми РДС з'являються в перші 6 год після народження недоношеної дитини і прогресують протягом наступних 2-х діб.

Мета дослідження. Проаналізувати сучасні способи введення сурфактанту у недоношених дітей.

Матеріали та методи. Проаналізовано сучасні дані щодоспособів введення сурфактанту.

Результати дослідження. Замісна терапія екзогенним сурфактантом є ключовою складовою медичної допомоги недоношеним новонародженим з РДС. Сучасними способами введення сурфактанту є: метод INSURE (інтубація-уведення сурфактанту-екстубація) використовують в новонароджених, які перебувають на неінвазивній дихальній підтримці (CPAP або IPPV) та метод LISA (введення сурфактанту в трахею без інтубації за допомогою зонда) «менш інвазивний» спосіб введення, застосовується у дітей на спонтанному диханні, яким проводиться неінвазивна вентиляція. Ці способи сприяють зменшенню тяжких ВШК,

частоти формування БЛД, використання механічної вентиляції легень та ШВЛ-асоційованого пощкодження легень.

Висновки. Використання сучасних перинатальних технологій (антенальне введення кортикостероїдів, токолітична та антибактеріальна терапії, підтримка теплового ланцюжка, неінвазивна вентиляція легень в поєднанні з сучасними способами введення сурфактанту) зменшують захворюваність, інвалідизацію та смертність передчасно народжених немовлят.

ПРОФІЛАКТИКА ІШЕМІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІОКАРДУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДВОКЛАПАННИХ ВАД СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

PROPHYLAXIS OF ISCHEMIC MYOCARDIAL DAMAGE IN THE SURGICAL TREATMENT OF DOUBLE-VALVULAR HEART DEFECTS IN COMBINATION WITH ISCHEMIC HEART DISEAS

Семенів П. М.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Вітовський Р. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України»

Кафедра хірургії серця та магістральних судин

Актуальність теми. В зв’язку зі подовженням тривалості життя населення в структурі пацієнтів, що потребують кардіохірургічної допомоги, збільшується питома вага випадків поєднаного ураження коронарних судин та двох клапанів серця. Особливість лікування хворих з поєднаною патологією є необхідність в одномоментній корекції, що збільшує ризик операції. В зв’язку з зазначеним одним із завдань, що потребує подальшого удосконалення стає забезпечення адекватного інтраопераційного захисту міокарду у хворих, які потребують тривалих кардіохірургічних втручань.

Мета дослідження. Покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів із двох клапанними вадами серця в поєднанні з ішемічною хворобою серця шляхом розробки методики оптимального інтраопераційного захисту міокарду.

Матеріали та методи. Робота ґрунтується на аналізі результатів корекції двох клапанів серця у поєднанні з аорто коронарним шунтуванням у93-ох пацієнтів, за період з 2014-2017 рр.. В залежності від варіантів кардіолегічного захисту міокарда пацієнти були розподілені на групи спостереження. В ході дослідження використовували загально клінічні та спеціальні методи дослідження серцево-судинної системи (ЕКГ, ЕхоКГ, коронаро-вентрикулографія), лабораторні методи визначення

кардіоспецифічних ферментів (МВ-КФК, загальна КФК, ЛДГ, АСАТ, АЛАТ), методи варіаційної статистики (критерії Стьюдента, Пірсона).

Результати дослідження. При порівнянні результатів лікування пацієнтів, яким виключно традиційний анте-ретроградний кардіоплегічний захист (I гр., n=64), з групою, коли традиційний захист був доповнений прокачкою кардіоплегічного розчину в шунти (II гр.,n=29). Встановлено, що II гр. характеризувалась найменшою частотою розвитку СН та аритмій, зниженням необхідності використання інотропних та антиаритмічних препаратів меншою негативною динамікою біохімічних маркерів ушкодження міокарда.

Висновки. Доповнення традиційної методики захисту міокарду введенням кардіоплегічного розчину в шунтидозволив отримати найкращі клінічні результати.

МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ ТА ПРОФІЛАКТИКА СПІНАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ЧЕРЕВНІЙ ЧАСТИНІ АОРТИ

MECHANISM OF DEVELOPMENT AND PREVENTION OF SPINAL CORD ISCHEMIA IN PATIENT UNDERGOING SURGERY ON ABDOMINAL AORTA PORTION

Сікаленко Є. С.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Сморжевський В. Й.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра хірургії та трансплантології

Актуальність теми. Ішемія спинного мозку при реконструкціях на черевній аорті є надзвичайно рідкісним і непередбачуваним ускладненням. Існує безліч повідомлень про випадки ішемії спинного мозку після планової операції протезування з приводу аневризми черевного відділу аорти чи оклюзійних уражень аорто-клубового сегменту, що приводять до параплегії, неспроможності сфінктера і дисоційованої втрати чутливості. За даними світової літератури ішемія спинного мозку при ендоваскулярному операційному лікуванні складає 0,21%, при відкритих реконструкціях ускладнення складають 0,5-1%. Механізм розвитку даного ускладнення є багатофакторним і дотепер потребує більшої уваги у периопераційному моніторингу.

Метою даного дослідження є аналіз анатомії судин спинного мозку, виявлення механизмів ішемічного пошкодження спинного мозку, обговорення можливих етіологічних факторів, а також хірургічних рекомендацій, які спрямовані на зниження частоти цього вкрай важкого ускладнення.

Матеріали та методи. За період 2017-2018 рр. виконано 259 реконструктивних операцій на аорті: 154 хворих (59,5%) з резекцією аневризми черевної частини аорти, 91 (35,1%) хворий з аорто-біфеморальним шунтуванням при оклюзії термінального відділу аорти та клубових артерій, 6 (2,3%) аорто-стегнових шунтування при односторонній оклюзії клубово-стегнового сегменту, 3 (1,2%) аорто-біфеморальне шунтування при аневризмах клубових артерій, 5 (1,9%) реконструкцій при хибних аневризмах анастомозів аорти. Середній вік хворих складав 67,5±8,4 років.

Протокол обстеження пацієнтів у доопераційному періоді включав загальноклінічні та спеціальні методи обстеження серцево-судинної системи: електрокардіограма, ЕХО-КГ, ультразвукове дуплексне сканування брахіоцефальних артерій, мультиспіральна комп'ютерна томографія / ангіографія черевної аорти та нижніх кінцівок, коронаровентрикулографія (при ішемічній хворобі серця).

Оцінювалися та аналізувалися знімки мультиспіральних комп'ютерних томографій / ангіографій на особливості відходження артерії Адамкевича, поперекових та крижових артерій, їх кількість, діаметр, рівні відходження; враховувалися функціонування загальних клубових артерій, як колатеральних джерел кровопостачання поперекового потовщення (анастомотична петля конуса).

Всім хворим виконувалося хірургічне лікування за загальноприйнятою методикою та протоколами лікування. Інтраопераційно хворі отримували Гепарин в дозі 5000 Од, післяопераційно – антиагреганти. Інтраопераційний нейромоніторинг не проводився у зв'язку з відсутністю матеріально-технічного забезпечення.

В 6 (2,3%) хворих в ранньому післяопераційному періоді виникли неврологічні ускладнення: у двох по типу одностороннього парезу нижньої кінцівки, що регресував на фоні призначеної консервативної неврологічної терапії (після резекцій аневризми ЧЧА: в одному випадку лінійне протезування, в іншому - біфуркаційне); у 4 випадках (2 випадки – при резекцій АЧЧА з аорто-біфеморальним шунтуванням, 1 випадок після аорто-біфеморального шунтування з приводу синдрому Леріша, 1 випадок – після стентування верхньої брижової артерії у хворого з високим оклюзійним ураженням аорти) по типу двосторонньої млявої параплегії з втратою больової і температурної чутливості і збереженням пропріоцептивної і вібраційної чутливості. 2 з цих хворих мали летальні наслідки в результаті поліорганної та серцево-судинної недостатності. В одного хворого неврологічна симптоматика повністю регресувала на фоні призначеної

консервативної терапії, яка включала Пентоксифіллін, Іпідакрину гідрохлорид, L-аргінін, низькомолекулярні гепарини, кортикостероїди.

Фактори ризику спінальних ускладнень – гострий розрив, інтрамуральна гематома, хронічна дисекція, тромб аорти, дегенеративна аневризма аорти, пенетруюча виразка аорти / інтрамуральна гематома.

Пацієнтам з ураженням спинного мозку рекомендувалося виконати магнітно-резонансну томографію для виключення компресійного ушкодження та електроміографію, яка здатна встановити точне місце ураження. Це дозволяло в певній мірі прогнозувати розвиток спінальної ішемії.

Серед причин, що викликали ішемію спинного мозку, розглядалися інтраопераційна гіпотензія, емболія і тривале перетискання аорти, але основною причиною вважалося порушення кровопостачання спинного мозку.

Варто відмітити, що в спінальній гемодинаміці важлива роль належить компенсаторним механізмам. При припиненні або різкому зменшенні постачання того або іншого басейну спинного мозку кров починає притікати до нього з суміжних ділянок. Це приводить в кінцевому результаті до розвитку ішемії як в постраждалому так і в суміжному басейні. Іншими словами, компенсація кровотоку виявляється неповноцінною («патогенна компенсація кровотоку»)

«Мієлогенна переміжна кульгавість» є найтиповішим проявом транзиторного порушення спинномозкового кровообігу, що при швидко наростаючій ходьбі клінічно проявляється слабкістю в одній чи обох нижніх кінцівках з відчуттям підкошування. Дану клініку ми враховуємо при плануванні реконструкцій на аорті і вважаємо її передвісником розвитку спінальних ускладнень після операції.

Eagelton у своєму дослідженні на 1251 хворих доводить, що прохідність гіпогастральних артерій і лівої підключичної артерії пов'язані з уникненням ішемії спинного мозку. Внутрішня клубова артерія (також відома як гіпогастральна артерія) забезпечує кровопостачання спинного мозку через корінцеві поперeково-крижові артерії.

Tubbs R., Blouir M. C., Singh у своїй роботі «Взаємозв'язок між регіональним атеросклерозом і суміжною гістологією спинного мозку» (2015р) досліджували кореляцію між атеросклерозом суміжних судин і ішемією спинного мозку. Найбільшу ступінь оклюзії просвіту виявлено у низхідній черевній аорті. У жодного патогістологічного зразка не було виявлено атеросклерозу передньої або задньої спінальної або корінцевої артерій.

Отже, найімовірніше етіологія ішемії спинного мозку є багатофакторною, приводячи в усіх випадках до зміни кровопостачання спинного мозку. Як зазначалося раніше, передня спинномозкова артерія є головною артерією спинного мозку, і пошкодження її головної сегментарної артерії - великої корінцевої артерії Адамкевича - очевидно є основною причиною ішемії спинного мозку. У випадках аномально високого відходження артерії Адамкевича, між хребцями Th5 і Th8, або при її хронічному ураженні ключову роль може грати кровопостачання тазу. Цього можна уникнути за допомогою реваскуляризації внутрішньої клубової артерії, виключення системної гіпотензії і шляхом антеградного промивання протезу. У випадках, коли необхідно зшивати через край аневризму внутрішньої клубової артерії, то це слід виконувати зсередини стінки аневризми для збереження колатерального кровотоку в бічній крижовій і клубово-поперековій артеріях.

Висновки. Ішемія спинного мозку після хірургічних втручань на черевному відділі аорти є непрогнозованою і випадковою. Ризик її розвитку можна мінімізувати шляхом удосконалення хірургічних методик, щадної техніки операції, системної гепаринізації, підтримки гемодинаміки під час операції, уникнення тривалого стискання і системної гіпотензії, реваскуляризації поперекових артерій та внутрішніх клубових артерій, збереження тазових колатералей. Проте, ішемія спинного мозку після операцій на черевній аорті залишається, на жаль, непередбачуваною, випадковою і, в більшості випадків, незворотною подією. Подальше вивчення причини розвитку спінальної ішемії при хірургічних втручаннях на атеросклеротично ураженій черевній частині аорти дозволить обґрунтувати методи профілактики їх виникнення.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВОВ, НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ И СПЛЕТЕНИЙ В 2017 ГОДУ В ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

EPIDEMIOLOGY OF NERVE, NERVE ROOTS AND PLEXUS DISORDERS IN 2017 IN THE TRANSCARPATHIAN REGION

Смирнов Н. Н., Жорник В. В.

Научный руководитель – д. мед. н. профессор Рогач И. М.

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

Кафедра социальной медицины та гигиены

Актуальность темы. В Украине общая заболеваемость патологией периферической нервной системы, в частности поражениями нервов, нервных корешков и сплетений (ПННКС), за последние 10 лет выросла в 1,5 раз. В дополнение, данная группа заболеваний является одной из

основных причин временной нетрудоспособности населения нашей страны и Закарпатья в том числе. Учитывая неоднородность ландшафта и профессиональной занятости населения Закарпатской области, актуальным является исследование особенностей заболеваемости вышеуказанной патологией в отдельно взятых районах.

Цель работы. Изучить особенности региональной эпидемиологии ПННКС в Закарпатской области в 2017 году.

Материалы и методы. Для получения информации о количестве случаев заболеваний и демографической ситуации нами были проанализированы отчеты (форма №12) учреждений здравоохранения Закарпатской области в 2017 году и статистический бюллетень Главного управления статистики в Закарпатской области. Затем мы рассчитали общую и первичную заболеваемость с помощью методов биостатистического анализа.

Результаты и выводы. Общая заболеваемостьПННКС на Закарпатье в 2017 году составляла 488,8 на 100 тыс. нас., а первичная – 283,7 на 100 тыс. нас. Удельный вес первичной заболеваемости в структуре общей составлял 58%.

Самое высокое значения общей заболеваемости отмечалось в Межгорском районе – 1899,6 на 100 тыс. нас., что в 3.89 раз больше, чем в среднем по области. Несколько ниже показатель был в Перечинском районе (1222,6 на 100 тыс. нас.) и г. Ужгород (872,8 на 100 тыс. нас.). Самой низкой общая заболеваемость была в Мукачевском (72,8 на 100 тыс. нас.), Свалявском (186,5 на 100 тыс. нас.) и Хустском (274,7 на 100 тыс. нас.) районах.

Первичная заболеваемость в контексте районов области была самой высокой в Перечинском районе – 862 на 100 тыс. нас. (в 3 раза больше областного значения), а самой низкой в Мукачевском – 57,9 на 100 тыс. нас. (на 79,3% меньше). Максимальное значение удельного веса первичной заболеваемости в структуре общей было в Раховском районе (100%), минимальное – в г. Ужгород (35%).

В 2017 году показатели как общей так и первичной заболеваемости ПННКС подверглись значительным различиям между районами Закарпатской области. Таким образом, для принятия региональных стратегий в отношении данных заболеваний необходимым является изучение их эпидемиологии в контексте районов, так как общеобластной показатель не отображает реальной картины внутри области.

ВПЛИВ БЕТА-БЛОКАТОРА КАРВЕДИЛОЛУ НА ПЕРЕБІГ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ВРАХУВАННЯМ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

INFLUENCE OF CARVEDILOL BETA-BLOCKER ON THE CURRENT COURSE AFTER ADMITTED MYOCARDIAL INFARCTION WITH CONSIDERATION OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS

Тимочко Н. Б.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра внутрішньої медицини № 2 та медсестринства

Актуальність теми. Стратегія боротьби з кардіоваскулярною патологією та її наслідками має базуватися на формуванні здорового способу життя, а особливо, на зменшенні факторів ризику.

Мета дослідження. Підвищити ефективність відновного лікування шляхом диференційованого застосування карведилолу у хворих, що перенесли інфаркт міокарда (ІМ) з врахуванням факторів ризику серцево-судинних подій.

Завдання дослідження. Вивчити клінічний перебіг ІМ, динаміку толерантності до фізичного навантаження, та ехокардіографії у хворих, що перенесли ІМ, з урахуванням супутніх станів, при включенні до комплексного лікування β-адреноблокатора карведилолу.

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих, що перенесли інфаркт міокарда, які знаходились на етапі реабілітації та відновного лікування. У всіх хворих мало місце серцева недостатність (СН) І-ІІІ ступеня та артеріальна гіпертензія (АГ). Всіх хворих розподілено на дві групи: першу групу склали 43 пацієнта, які отримували стандартну терапію; до другої групи належали 47 пацієнтів, у яких окрім стандартної терапії застосовували карведілол. Лікування та спостереження хворих проводили на протязі дванадцяти місяців після індексної події, у хворих оцінювали клінічну картину, показники ехокардіографії та тредміл-тесту.

Результати дослідження. У групі хворих з застосуванням карведілолу на 12 місяці лікування відмічається чітке зниження болю за грудиною до 16.66% (1 місяць - 66,66 %), задишки до 10,00% (1й місяць – 50,00%), серцебиття до 10,00% (1й 53,33%). У таких хворих відмічається достовірне підвищення толерантності до фізичних навантажень, як через 1 місяць, так, особливо, через 12 місяців терапії при стабілізації артеріального тиску і частоти серцевих скорочень ($p_1<0,05$). При аналізі метричних і об’ємних характеристик ЛШ встановлено, що у групі карведилолу не спостерігали збільшення дисфункції міокарда, а навпаки. Так, якщо в групі хворих, які отримували стандартну терапію, показник КСО суттєвих змін

не продемонстрував, то в дослідній групі КСО вірогідно знизився ($p<0,05$). У групі хворих при застосуванні карведилолу ФВ зросла з (41,68±0,98)% на початку лікування до (58,16±0,71)% через 12 міс лікування, що є вірогідним показником ($p<0,05$).

Висновки. У хворих, що перенесли ІМ з супутніми АГ та СН застосування карведилолу через 12 місяців лікування сприяло зменшенню ангінального болю із збільшенням толерантності до фізичних навантажень, зменшенням кінцевого діастолічного об'єму та зростанням фракція викиду лівого шлуночка до 52%.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN CANCER PATIENTS

Тіунова І. А., Євтушенко О. І., Сивак Л. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Національний інститут раку

Кафедра онкології

Актуальність теми. Наявність онкологічного захворювання та його лікування підвищує ризик розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень (ВТУ). Частота виникнення ВТУ залежить від віку пацієнта, супутньої патології, локалізації пухлини, ступеня її злоякісності та стадії захворювання. Ризик виникнення фатальної ТЕЛА в онкологічних хворих в 4 рази більше, ніж в неонкологічних. Саме тому, адекватна профілактика ВТУ є важливою складовою лікування онкологічних хворих.

Метою роботи було: зниження ризику виникнення ВТУ, підвищення безпечності лікування та якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями шляхом вибору найбільш оптимальної профілактики ВТУ.

Матеріали та методи: проаналізовано 150 літературних джерел, за допомогою пошукових систем Ovid Medline, EMBASE and the Cochrane Central Register of Controlled Trials з 2014 по 2019. Статистична обробка матеріалу проведена за допомогою програми Statistica 10.

Результати дослідження. При оперативному лікуванні онкологічних хворих рекомендовано введення високих профілактичних доз НМГ за 12 годин до операції на 7-10 діб. У пацієнтів з високим ризиком виникнення ВТУ необхідно продовжити профілактику НМГ до 4 тижнів. Лікування ВТУ краще проводити НМГ, ніж пероральними антикоагулянтами. Початок хіміотерапії після хірургічного лікування не є показом для припинення подовженої тромбопрофілактики. Рутинна профілактика ВТУ у хворих, що отримують хіміотерапію, не рекомендована.

Призначення НМГ на період проведення хіміотерапії показано пацієнтам високого ризику ВТУ. До абсолютних протипокаів до проведення тромбопрофілактики відносять розвиток гострої кровотечі, тромбоцитопенії <10 000/мкл, наявність інгібіторної гемофілії. Відносні протипокази до профілактики ВТУ включають внутрішньо мозковий крововилив, перикардит, виразку ЖКТ, тяжку/неконтрольовану артеріальну гіпертензію, тромбоцитопенію <50 000/мкл.

Висновки. Профілактика розвитку ВТУ в онкологічних пацієнтів, що отримують спеціалізовану допомогу дозволяє уникнути їх розвитку, провести лікування в заплановані терміни, в повному обсязі, що поліпшить віддалені результати і якість життя хворих.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ ВІТАМІНУ D НА ПЕРЕБІГ ХВОРОБИ СУХОГО ОКА ТА РЕФРАКЦІЙНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПІСЛЯ ХІРУРГІЇ КАТАРАКТИ

LONG-TERM RESULTS OF VITAMIN D USAGE ON THE COURSE OF DRY EYE DISEASE AND REFRACTION AFTER ROUTINE CATARACT SURGERY

Тутченко Л. П. [1]***, СковронМ. В.*** [1]***, Пател С.*** [2]

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

[2] Національна Служба Охорони Здоров‘я, Единбург, Великобританія

Актуальність теми. Понад 30% пацієнтів скаржаться на сухість очей після хірургії катаракти, що, в свою чергу, впливає на зорові функції.

Мета дослідження. Визначити віддалені результати вживання вітаміну D на перебіг хвороби сухого ока та рефракційний результат після екстракції катаракти.

Матеріали та методи. 50 пацієнтів з катарактою були розподілені на групу I (600 МО холекальциферолу протягом 1 місяця щодня) та групу II (без вітаміну D), n = 25 / група. Всім пацієнтам проводили тест на розпад флюоресцеїну (BUT), тест Ширмера I, фарбування очної поверхні (шкала Oxford), самооцінку комфорту очей, визначали висоту слізного меніска (ТМН), гостроту зору, об’єктивну рефракцію до операції, 1 і 2 місяці після неї. Рефракція цілі визначалась перед операцією в кожній групі під час розрахунку сили інтраокулярної лінзи.

Результати дослідження. У групі I через 1 місяць відбулось достовірне покращення наступних показників: рівня вітаміну D з 20,9 нг / мл (± 9,45) до 24,8 нг / мл (± 12,05), ТМН з 0,18 мм (± 0,09) до 0,21 мм (± 0,10), BUT з 6,2 сек (± 3,1) до 8,2 сек (± 5,1), фарбування очної поверхні з 1,21 до 0,41, показників комфорту з 4,3 до 2,7 ($p<0,05$). Клінічне поліпшення все ще спостерігалися через 2 місяці після вживання вітаміну D. В групі II, ТМН

знизився з 0,29 мм (± 0,25) до 0,20 мм (± 0,09), залишаючись стабільним після цього. Інші параметри стану сльози лишались незмінними. Міжгрупові відмінності в ТМН та показниках комфортності були значні до 1 місяця після прийому. Не спостерігалось статистичної різниці між рефракцією цілі та отриманою об'єктивною рефракцією через 2 місяці після операції в групі I: -0,33 D (± 0,06) та -0,35 D (± 0,11) відповідно ($p>0,05$), в той час як в групі II показники достовірно відрізнялись: -0,28 D (± 0,06) і -0,74 D (±0,48) відповідно ($p<0,05$).

Висновки. Вживання вітаміну D підтримує, якщо не покращує стан очної поверхні та зменшує кількість неочікуваних рефракційних результатів після операції катаракти. При відсутності щоденних добавок вітаміну D об'єм сльози зменшується в післяопераційному періоді.

ОЦІНКА ВПЛИВУ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ОЖИРІННЯМ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

EVALUATION OF THE IMPACT OF A COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WITH OBESITY AND ARTERIAL HYPERTENSION

Ханько І. М., Зуєв К. О.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Бенца Т. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра терапії

Мета дослідження. Оцінка ефективності комплексного лікування, яке включало фіксовану комбінацію екстракту гарцинії камбоджійської, хрому піколінату, L-тирозину, L-карнітину та екстракту бурих водоростей, у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2), ожирінням (ОЖ) та артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 53 пацієнти (з них 25 чоловіків) віком 55,9±2,15 років з ЦД2, ОЖ (ІМТ>30 кг/м^2) та АГ. До та наприкінці дослідження визначали глюкозу натще (ГПН), глікований гемоглобін (HbA1c), загальний холестерин (ЗХС), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ); рівень адипонектину та лептину у плазмі крові. Пацієнти були поділені на групи: 1, основну (n=30) та 2, контрольну (n=23). Всім була призначена гіпокалорійна дієта, антигіпертензивні препарати та цукрознижувальні (метформін 2000 мг/добу). Пацієнти 1 групи отримували комбінований препарат по 1капсулі 3 рази на добу впродовж 3 міс.

Результати дослідження. В 1 групі рівень HbA1c зменшився з 8,2±0,21% до 7,3±0,17%, в 2 - з 8,7±0,35% до 8,5±0,3%. Рівень ГПН в 1 групі

знизився з 9,6±0,45 ммоль/л до 8,6±0,45 ммоль/л, в 2 - з 10,9±0,58 до 10,6±0,53 ммоль/л. Рівень ЗХС знизився з 5,45±0,24 до 5,01±0,26 ммоль/л в 1 групі, а в 2 - підвищився з 5,8±0,3 до 5,9±0,2 ммоль/л; ЛПНЩ в 1 групі знизився з 3,2±0,21 до 2,37±0,2 ммоль/л, в 2 - збільшився з 3,13±0,24 до 3,18±0,17 ммоль/л. В 1 групі відмічено зниження рівня ТГ з 2,5±0,3 до 1,87±0,16 ммоль/л, в 2 - ТГ збільшилися з 2,7±0,3 до3,1±0,3 ммоль/л. В 1 групі рівень ЛПВЩ підвищився з 1,12±0,04 до 1,34±0,1ммоль/л, в 2 - знизився з 1,01±0,03 до 0,96±0,03 ммоль/л. Відбулося зниження рівня лептину з 20,9±2,8 до 15,9±2,23 нг/мл в 1 групі, а в 2 - підвищення з 16,4±2,3до 17,1±2,4 нг/мл; збільшення рівня адипонектину з 5,6±0,54 мг/мл до 6,1±0,62 мг/мл в 1 групі і зниження - в 2 з 5,6±0,66 до 5,14±0,54 мг/мл.

Висновки. Комплексне лікування хворих на ЦД2, ОЖ та АГ з включенням фіксованої комбінації призводить до покращення параметрів вуглеводного та ліпідного обмінів, що імовірно пов'язано із позитивним впливом на рівень адипокінів.

ОРТОНІКСІЯ, ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННЮ ВРОСЛОГО НІГТЯ

ORTONIX, AS AN ALTERNATIVE TO SURGICAL TREATMENT OF INGROWN NAIL

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

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

[2] Київська міська клінічна лікарня № 6

Кафедра загальної та невідкладної хірургії

Актуальність теми. Врослий ніготь являється складним патологічним комплексом, виникаючий внаслідок ряду причин і супроводжується совокупністю морфологічних та функціональних змін зі сторони нігтів пальців стопи, їх матриксів та м’яких тканин. Поширеність даного захворювання, за даними різних авторів,становить від 5-6% населення.

Мета дослідження. Впровадити ортоніксію, як альтернативний метод лікування у хворих з врослим нігтем, для зменшення часу перебування хворого на стаціонарному лікуванні, зменшення інтенсивності післяопераційного болю, швидшому відновленню опорної функції стопи.

Матеріали та методи. Проведено лікування 26-х пацієнтів з однобічним врослим нігтем великого пальця стопи (без супутньої патології) за допомогою корекційних систем (ARCADA, 3TO, NiTiwire) (чоловіки–18, вік 40.3±3.1) та 8-х пацієнтів (контрольна група, чоловіки-8, вік 43.3±2.7) у яких виконувалася пластика нігтьової пластини за методикою Ривліна або Дюпітрієна.

В дослідженні використовувалася шкала оцінки якості життя SF-36 Health Status Survey. Використовувався показник інтенсивності болю (Bodily pain - BP), до та після постановки корекційних систем та їх вплив на можливість займатися повсякденними справами, включаючи роботу по дому та поза домом, спортом.

Результати дослідження. Пацієнти дослідної групи (n=18) були виписані зі стаціонарного лікування на першу післяопераційну добу, не використовувалася антибактеріальна та знеболювальна терапія, показник больової чутливості BP = 55±6, опорна функція великого пальця відновлена за рахунок виконання тампонади та підйому врослого контуру корекційною системою. Пацієнти контрольної групи (n=8) виписані на 6-ту добу. Кожному пацієнту проведений курс антибактеріальної терапії та знеболення, показник больової чутливості перша доба BP =41±5.1, шоста доба BP =61±2.7, опорна функція великого пальця відновлена на шосту добу.Ускладнень в післяопераційний період (2 тижня) не виявлено в обох групах.

Висновки. За рахунок використання корекційних систем (ортоніксії) вдалося зменшити перебування пацієнта на лікарняному ліжку, відновити фізіологічну форму нігтьової пластини, зменшити показники больової чутливості, покращити якість життя пацієнтів.

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МІСМЦЕВОПОШИРЕНИЙ РАК ШЛУНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

PROXIMATE RESULTS OF BEFORE THE PRE-OPERATION CHEMOTHERAPY FOR PATIENTS WITH ADVANCED GASTRIC CANCER

Чорнобай М. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра онкології

Актуальність теми. Не зважаючи на зменшення числа захворівших на рак шлунка, кількість пацієнтів з місцево поширеним процесом залишається високою – 60-70%.

Мета дослідження. Оцінити ефективність передопераційної хіміотерапії у хворих на місцевопоширений рак шлунка.

Об’єкт та методи дослідження. Було досліджено 29 хворих на рак шлунка (20 чоловіків і 9 жінок) віком від 43 до 67 років зі стадіями T2AN1M0 - T4AN0-1M0. В плані обстежень пацієнтам виконана ФГДС з верифікацією утворення, КТ грудної та черевної порожнини для оцінки поширеності

процесу. Лікування розпочиналось з лапараскопічного стадіювання, підчас якого при необхідності виконувалась уточнююча біопсія. У 17(58,6%) пацієнтів процес локалізувався в антральному відділі шлунка, у 8(27,5%) – тілі шлунка і у 2(6,9%) в кардіальному відділі. Згідно класифікації Лаурела гістологічно пухлини розділились наступним чином: кишковий тип (диференційована та високодиференційована пухлина) виявлений у 7(27,5%) хворих, а дифузний тип (низькодиференційована пухлина) у 22(72,5%). Далі в передопераційному всі хворі отримали 3 курси ПХТ за схемою ЕОХ (епірубіцин 50мг/м^2, оксаліплатін 130мг/м^2, кселода 1250мг/м^2). Після закінчення ПХТ хворим виконано КТ дослідження черевної порожнини для визначення ефективності лікування.

Результати та висновки. Всі пацієнти задовільно перенесли передопераційну ПХТ, ускладнення (нейтропенія I ст) виявлені у 9 (31%) хворих не вимагали медикаментозного лікування та відміни хіміотерапії. За даними КТ стабілізація процесу виявлена у 9(31%) часткова регресія у 20(69%). В подальшому пацієнтам виконано хірургічне лікування. Радикальні хірургічні втручання (R0) в об'ємі резекцій шлунка - дистальних та проксимальних (в залежності від локалізації пухлини) та гастректомії з обов'язковою лімфодисекцією D2 виконані у 24(83%) хворих, ще у 3(10%) пацієнтів виконані паліативні втручання (R2). У 2(7%) пацієнтів хірургічні втручання закінчились пробними лапаратоміями у зв'язку з нерезектабельністю пухлинних утворень (стадії IVA). Післяопераційні ускладнення виникли у 3 (10%) пацієнтів. Таких післяоперційних ускладнень як неспроможніть анастомозу зафіксовано не було.

Висновки. Застосування передопераційної хіміотерапії у хворих на місцево поширений рак шлунка дає позитивні результати (зменшення пухлинного процесу) у 69% випадків, що в свою чергу розширює умови для виконання радикальних хірургічних втручань не збільшуючи кількості післяопераційних ускладнень.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ПОШИРЕНОСТІ ДЕФІЦИТУ ТА НЕДОСТАТНОСТІ ВІТАМІНУ D СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПІВДЕННОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

THE HYGIENIC ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF DEFICIENCY AND INSUFFICIENCY OF VITAMIN D AMONG THE POPULATION OF THE SOUTHERN REGION OF UKRAINE WITH INSULIN RESISTANCE

Шанигін А. В., Бабіч М. С.

Науковий керівник – д. мед. н. професор Бабієнко В. В.

Одеський національний медичний університет

Кафедра гігієни та медичної екології

Актуальність теми. За останні роки у численних дослідженнях встановлено значну роль вітаміну D у перебігу та профілактиці цукрового діабету. Такі фактори ризику розвитку цукрового діабету, як надмірна вага, високий вміст вуглеводів у раціоні, малорухливий спосіб життя відомі давно. Але є пацієнти, які хворіють на цукровий діабет при дотриманні дієти та зниженні ваги. Саме тому актуальним є пошук додаткових факторів, що визначають розвиток цукрового діабету.

Мета дослідження. Оцінка поширеності дефіциту (ДВD) та недостатності (НВD) вітаміну D серед пацієнтів з цукровим діабетом другого типу.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 630 пацієнтів. Усіх пацієнтів розділено на дві групи. Основна група (n=528) – пацієнти з порушенням обміну вуглеводів. Контрольна група (n=102) - без порушень вуглеводного обміну.

Результати дослідження. У пацієнтів основної групи ДВD спостерігався у – 60,60%, при цьому індекс НОМА становив - 6,2; НВD – 38,07%, індекс НОМА-4,3; норма-1,33%, індекс НОМА-3,0. У пацієнтів контрольної групи ДВD спостерігався у 13,72%, індекс НОМА - 3.0; НВD - 19,61%, індекс НОМА-2,7; норма-66,66%, індекс НОМА- 2,5.

Висновки. Дані отримані в ході дослідження підтверджують залежність чутливості клітин організму до інсуліну в залежності від концентрації вітаміну D в сироватці крові, що може бути причиною негативного впливу D-дефіцитних станів на функцію бета-клітин. Пацієнти з ДВDта НВDмають більш високий ризик розвитку інсулінорезистентності та, як наслідок, метаболічного синдрому.

ЧАСТОТА ЗУСТРІЧАЄМОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЦД 2 ТИПУ

FREQUENCY OF OCCURRENCE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

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

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

[2] Київська міська клінічна лікарня № 6

Кафедра загальної та невідкладної хірургії

Актуальність теми. Досить значна кількість досліджень, присвячених вивченню депресивних станів у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу), аналізують цю проблему з використанням епідеміологічного, патогенетичного чи психологічного підходів. За статистичними даними опублікованими на сайті IBMSPSS частота зустрічаємості депресії у пацієнтів з ЦД досягає 26%. Однак проблема клінічного вивчення депресії

у хворих на ЦД знаходиться далеко від її вирішення, а лікування депресивних станів у хворих на ЦД залишається також однією із маловідомих досліджених аспектів проблеми.

Мета дослідження. визначити частоту зустрічаємості виникнення депресії у пацієнтів з ЦД 2 типу з допомогою використання шкал PHQ-9 (PatientHealthQuestionnaire), WHO, PAID, HAM, MINI-6, аналізу анамнестичних даних та результатів обстеження лікарем-психіатром.

Матеріали та методи. На базі ендокринологічного відділення Київської міської лікарня №6, було рандомізовано 190 хворих на ЦД 2 типу віком 18-65 років (середній вік пацієнтів 52 роки), з яких 115 жінок (60,35%) та 75 чоловіків (39,47%). З метою діагностики депресії та цукрового діабету було використано комплекс методів, які включали: збір анамнезу, дані зафіксовані в амбулаторній картці (історії хвороби) за останні 15 років, анкетування за допомогою шкал PHQ-9, WHO, PAID, HAM, MINI-6, фізикальне обстеження (антропометричні дані, АТ, ЧСС), біохімічне дослідження крові (ліпідограма, глікований гемоглобін). Тривалість дослідження- 3 роки.

Результати та обговорення. Опрацювавши зібрані дані ми отримали наступні результати: із загальної кількості скринованих пацієнтів (230) було рандомізовано 190 пацієнтів, серед яких частка жінок складала 115 осіб (60,53%) та 75 чоловіків (39,47%); медіана віку пацієнтів становила 52 (50-54) роки. Жінки більш охоче погоджувалися приймати участь у дослідженні ніж чоловіки (93,7% проти 90,8%; P = 0.003). За рівнем освіти дані розподілилися наступним чином: повна середня - 12,63%, середня спеціалізована – 42,63%, вища- 44,74%; за сімейним станом: одружені – 53,68%, розлучені – 13,16%, овдовіли- 17,89%, незареєстровані стосунки – 15,26%; за фінансовим доходом (враховуючи пільги та соціальні виплати): забезпечені – 97,37%, незабезпечені – 2,63%; за наявністю праці: пенсіонери (не працюють) – 14,21 %, працевлаштовані – 85,79%;

Висновки. Отримані нами результати продемонстрували, що ризик виникнення депресії збільшується з віком. Частота зустрічаємості депресії серед пацієнтів в Україні близька до рівня зазначеного відсотку IBMSPSS та становить 24,7%. Крім віку, факторами ризику появи депресії у пацієнтів з ЦД 2 типу є низький рівень освіти, відсутність роботи, нестабільний фінансовий дохід, сімейний стан, наявність депресії в сімейному анамнезі, високий рівень соматичної патології в анамнезі, що значно погіршує якість життя таких пацієнтів та підвищує рівень їх інвалідизації.

ЛЮКСАЦІЇ ГОЛІВКИ СТЕГНА ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ АРТРОПЛАСТИКИ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Штонда Д. В.

Національная медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра ортопедії і травматології № 1

Актуальність теми. Люксації голівки стегна після первинної тотальної артропластики кульшового суглоба (ТАКС) відносяться до частих ускладнень і посідають третє місце серед причин ревізійних операцій (після нестабільності і інфекційних процесів) [Герцен Г.І, Штонда Д. В. 2014; Штонда Д. В., Герцен Г.І. 2016].

Мета дослідження. Провести аналіз частоти та причин виникнення, способів лікування люксацій голівки стегнового компонента ендопротеза після ТАКС.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано 972 випадки ТАКС (902 пацієнта), які були проведені на базі клінічних баз кафедри за 2000 - 2018 рік. Вивихи головки стегнового компонента, що вимагали повторного оперативного втручання, були відзначені у 16 хворих (основна група). Решта 956 пацієнтів склали контрольну групу. Вивихи, що лікувались шляхом закритого вправляння, нами не розглядались.

Аналіз даних проводився за методами описової та непараметричної статистики в середовищі додатків CalcOpenOffice.org 3.2, E-Ortho Database. Враховувалися стать і вік хворих, первинний діагноз, тип доступу до кульшового суглоба, діаметр головки стегнового компонента, давність вивиху, його причини та способи усунення. Варто зазначити, що переваги того чи іншого хірургічного доступу в плані кращої стабільності ендопротеза активно дискутується в літературі [Штонда Д.В., Герцен Г.І., 2015].

Результати дослідження. За нашими даними, частота вивихів, для усунення яких потрібно оперативне втручання, склала 1,65%, що в цілому відповідає повідомленнями інших дослідників. Середній вік пацієнтів основної групи склав 54±12 років (від 33 до 78 років). Аналогічний показник групи контролю був 56±12 років (від 23 до 82 років). Статистично відмінність не була значущою.

Результати дослідження: Встановлено фактори, що потенційно сприяють розвитку вивихів головки ендопротеза: менший діаметр голівки стегнового компоненту збільшує ризик звихів, артропластика на фоні дисплазії кульшового суглоба, чоловіча стать, незрощення шийки стегнової кістки, стійкі комбіновані контрактури кульшового суглоба.

Пацієнти групи ризику потребують більш ретельного передопераційному плануванні і більш тривале спостереження під час

реабілітації в післяопераційному періоді, особливо протягом перших тижнів після операції.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ РАДИКУЛЯРНИМИ КІСТАМИ ЩЕЛЕП МЕТОДОМ ТРАНСКАНАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОХВИЛЬОВОЇ ЦИСТОТОМІЇ

EFFICIENCY OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RADIOCULAR CELLS OF SHEEP WITH METHOD OF TRANS-CHANNEL ELECTROVASCULAR CICTOTOMY

Яців Т. З.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра хірургічної стоматології

Актуальність теми. При традиційному методі проведення цистотомії в деяких випадках можливе виникнення рецидивів. Застосування сучасних радіохвильових технологій може сприяти вирішенню проблеми.

Мета дослідження. підвищення ефективності лікування хворих з радикулярними кістами щелеп шляхом застосування трансканальної електрохвильової цитотомії.

Матеріали та методи. Було обстежено та проліковано 22 хворих на радикулярні кісти щелеп віком від 20 до 45 років. Першу контрольну групу склали 12 хворих,яким проводилосьлікування за традиційною методикою. Другу групу склали 10 хворих, яким проведено малоінвазивний метод лікування радикулярних кіст за допомогою високочастотного радіохвильового апарату вітчизняного виробництва ЕХВА-350М/120Б Надія-2. Для оцінки динаміки захворювання та оцінки ефективності лікування обом групам на базі центру стоматології університетської клініки ІФНМУ проводились клінічні дослідження після оперативного втручання.

Результати дослідження. Усі хворі першої групи на наступний день після нашого втручання скаржились на ниючі болі в ділянці післяопераційної рани, колатеральний набряк м’яких тканин у 11 хворих (91,67 %), підвищення температури тіла 37,0-38,3^{0}С в 9 хворих (75%), дискомфорт у місці втручання в 10 хворих (83,33%), загальну слабкість в 4 хворих (33,33%). Розходження швів у першій групі не спостерігалось. Зняття швів проводилось на 7-8 день після оперативного втручання.

У другій групі післяопераційний період протікав без особливих ускладнень. Підвищення температури тіла спостерігалось у межах 36,9-37,3^{0}С у 6 хворих (60%), ниючі болі в 3 хворих (30%) та дискомфорт у 6 хворих (60%). Колатеральний набряк м’яких тканин спостерігався у 2 хворих (20%). Потреби в повторному відвідуванні з приводу зняття швів не було.

На третю добу в першій групі 9 хворих (75%) скаржились на колатеральний набряк м'яких тканин, 7 хворих (58,33%) скаржились на незначні ниючі болі та дискомфорт у ділянці проведення оперативного втручання. В другій групі 1 хворий (10,0%) скаржився на ниючі болі, 2 хворих (20%) відмічали дискомфорт у ділянці оперованого зуба. Колатерального набряку тканин у хворих другої групи не відмічалось.

Висновки. Застосування трансканальної електрохвильової цистотомії можливе лише в комплексі з стандартним ендодонтичним лікуванням. Важливу перевагу трансканальної радіохвильової дії перед іншими видами електродії - це безрубцеве загоєння рани і відсутність рецидивів.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, МЕХАНИЗМЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

FEATURES OF PERIPHERAL ARTERY DISEASE IN PATIENTS WITH DM: EPIDEMIOLOGY, MECHANISMS, AND OUTCOMES

Рашид Х.Р. Манасра

Научный руководитель – профессор Сморжевский В. И.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Кафедра хирургии и трансплантологии

Актуальность темы. По данным Международной диабетической федерации - IDF (The International Diabetes Federation), количество больных СД среди взрослого населения (20-79 лет) сейчас составляет около 250 млн людей на земном шаре, к 2030 году она достигнет 439 млн, а к 2035 году - 592 млн. Основные причины СД включают нарушение секреции инсулина или неадекватный ответ на секретируемый инсулин [3]. СД является основным фактором риска развития атеросклеротических заболеваний, а также сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости [3,4]. Атеросклеротическое заболевание не только увеличивается в частоте возникновения у пациентов с диабетом, но и его течение также ускоряется [4], что составляет до 44% смертности от всех причин [5]. СД-ассоциированный атеросклероз может привести к осложнениям во всех основных сосудистых руслах, включая коронарные артерии, сонные сосуды и артерии нижних конечностей [5,6]. Например, исследование, проведенное Haffner и соавторами [7], оценило 7-летнюю частоту первого инфаркта миокарда (ИМ) у пациентов с диабетом в 20,2%, по сравнению с 3,5% у пациентов без диабета.

Заболевание периферических артерий (PAD) определяется как атеросклеротическая окклюзионная болезнь нижних конечностей.

Заболевания сосудов нижних конечностей(PAD) связан с повышенным риском ампутации нижней конечности, а также является маркером атеротромбоза в сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и реноваскулярных ложах. Поэтому пациенты с Заболеваниями сосудов нижних конечностейPAD имеют повышенный риск инфаркта миокарда, инсульта и смерти [8]. Кроме того, Заболевания сосудов нижних конечностейPAD вызывает значительную длительную нетрудоспособность у пациентов с диабетом [5,9]. Поэтому лечение пациентов с Заболеваниями сосудов нижних конечностей может быть дорогостоящим из-за необходимости проведения различных диагностических тестов, терапевтических процедур и госпитализаций [10].

Целью данной статьи является обзор эпидемиологии и механизмов, которые способствуют развитию Заболеваний сосудов нижних конечностей у пациентов с диабетом. Результаты PAD у пациентов с диабетом также сравниваются с недиабетиками, с акцентом на профилактику основных ампутаций у пациентов с СД, у которых тяжелая форма заболеваний периферических артерий.

Эпидемиология заболеваний периферических артерий у пациентов с диабетом. Наиболее распространенным симптомом при заболеваниями сосудов нижних конечностей является хромота, характеризующаяся судорогами, болью или болью в икрах, бедрах или ягодицах при физической нагрузке и облегчении в покое [8]. Тем не менее, многие пациенты имеют нетипичные симптомы, которые могут потребовать формального обследования с помощью теста на лодыжечно-плечевой индекс для диагностики Заболевания сосудов нижних конечностей PAD [11].

Наиболее сильными факторами риска длязаболеваний периферических артерий PAD являются СД и курение с отношением шансов 2,72 и 1,88 соответственно [12]. Снижается уровень курения в западных странах. Прогнозируется, что СД станет все более важным фактором развития заболеваний периферических артерий. Предыдущие исследования показали, что непереносимость глюкозы связана с более чем 20% распространенностью аномально-лодыжечно-плечевого индекса (ABI) по сравнению с 7% у лиц с нормальной толерантностью к глюкозе [4]. Кроме того, у 20%-30% пациентов с PAD есть СД, хотя это, вероятно, недооценивается из-за бессимптомной природы менее тяжелой PAD и измененного восприятия боли у пациентов с диабетом из-за периферической невропатии [5].

Возраст, длительность диабета и периферическая невропатия связаны с повышенным риском PAD у пациентов с ранее существовавшим СД [8,12]. Используя ABI для выявления PAD, распространенность PAD среди людей

с СД старше 40 лет оценивается в 20% [13]. Эта распространенность увеличивается до 29% у пациентов с СД старше 50 лет [5,14]. Тяжесть и длительность СД являются важными предикторами как частоты, так и степени распространенности заболеваний периферических артерий, как это наблюдалось в проспективном исследовании диабета, где каждое увеличение гликозилированного гемоглобина на 1% коррелировало с увеличением заболеваемости PAD на 28% и выше смертность, микрососудистые осложнения и ампутация [15,16]. Эта корреляция особенно сильна у мужчин с гипертонией или активным употреблением табака [5]. Пациенты с PAD, имеющие СД, также, как правило, дольше остаются в больнице, несут большие расходы и объясняют более широкое использование ресурсов больницы по сравнению с пациентами, имеющими только PAD [10,17].

СД также ассоциируется с более тяжелыми Заболеваниями сосудов нижних конечностей ниже колена (например, подколенной, передней большеберцовой, малоберцовой и задней большеберцовой артериями), тогда как факторы риска, такие как курение, связаны с более проксимальной PAD в аорто-подвздошно-бедренных сосудах [8, 16]. Распространенность сопутствующих Заболевания сосудов нижних конечностей и СД особенно высока у пациентов с критической ишемией нижних конечностей, причем более чем у 50% пациентов с критической ишемией конечностей также имеется СД [18].

У пациентов с Заболеваниями сосудов нижних конечностей частота сердечно-сосудистых случай в течение 5-летнего периода, включая инфаркт миокарда и инсульт, составляет 20%, а общая смертность - 30% [19]. Среди тех, у кого критическая ишемия конечностей(CLI), 30% подвергаются большой ампутации, а 6-месячная смертность составляет 20% [20]. Пациенты с диабетом составляют 25-30% пациентов, перенесших реваскуляризацию коронарной артерии, и до 60% пациентов с острым инфарктом миокарда [21-23]. Частота сердечно-сосудистых и цереброваскулярных случай, как летальных, так и нефатальных, повышается у пациентов с Заболеваниями сосудов нижних конечностей PAD и СД по сравнению с пациентами без диабета с Заболеваниями сосудов нижних конечностей PAD [8].

Механизмы заболевания сосудов нижних конечностей у пациентов с диабетом. СД характеризуется гипергликемией, дислипидемией и резистентностью к инсулину [4,28-30]. Эти патологические состояния способствуют развитию и прогрессированию заболеваний периферических артерий PAD посредством механизмов, сходных с таковыми при заболеваниях коронарной или сонной артерии [31, 32]. Эти механизмы включают нарушения в стенке сосуда посредством стимуляции сосудистого

воспаления и дисфункции эндотелиальных клеток; аномалии в клетках крови, включая клетки гладких мышц и тромбоциты; и факторы, влияющие на гемостаз . Такие сосудистые нарушения, которые вызывают атеросклероз у пациентов с СД, часто распространены до постановки диагноза СД, и их тяжесть возрастает с ухудшением контроля уровня глюкозы в крови и продолжительности СД [8, 33]. Взятые вместе, эти механизмы, вероятно, способствуют увеличению бляшек, нестабильности бляшек и большей сложности сосудистых заболеваний [3, 34-36].

1) Воспаление. Воспаление является маркером риска атеротромбоза. Среди биомаркеров воспаления С-реактивный белок (СРБ) связан как с развитием заболеваний периферических артерий(PAD), так и с нарушением регуляции глюкозы [37]. (СРБ) также может играть прямую патофизиологическую роль, способствуя выработке прокоагулянтного тканевого фактора, молекул адгезии лейкоцитов и хемотаксических веществ. (СРБ) вызывает нарушение тонуса сосудов путем ингибирования эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS), которая продуцирует оксид азота (NO) через фосфоинозитол-3-киназозависимый путь [3, 8, 38]. Кроме того, (СРБ) нарушает фибринолиз за счет производства таких веществ, как ингибитор активатора плазминогена (PAI)-1, который блокирует расщепление плазминогена в плазмин, фибринолитик [39]. Все эти факторы у больных диабетом увеличивают восприимчивость сосудистых стенок к развитию атеросклероза [40].

2) Эндотелиальная дисфункция. Эндотелиальные клетки опосредуют взаимодействие между клеточными элементами крови и стенкой сосудов, тем самым влияя на кровоток, доставку питательных веществ, коагуляцию и баланс между тромбозом и фибринолизом [8, 44]. Эндотелиальные клетки также выделяют вещества, которые имеют решающее значение для функционирования и структуры кровеносных сосудов, включая NO, активные формы кислорода и эндотелин [4, 44]. Инсулин имеет решающее значение для индукции передачи сигналов фосфоинозитол-3-киназы, что приводит к выработке NO и последующему расслаблению клеток гладких мышц [38, 45]. NO также ингибирует активацию тромбоцитов и ограничивает миграцию и пролиферацию клеток гладких мышц сосудов (VSMC) [46-48]. Посредством взаимодействия между лейкоцитами и сосудистой стенкой, NO также играет важную роль в расширении сосудов и воспалении [8, 44].

3) VSMC (клетки гладких мышц сосудов). Миграция VSMC из медиального слоя в слой интимы связана с отложением сложного внеклеточного матрикса, тем самым стабилизируя атерому. Это снижает риск

разрыва бляшки, связанной с тромбозом [4, 48, 55, 56]. У больных сахарным диабетом бляшки имеют меньше VSMC, увеличивая вероятность разрыва и тромбоза [57]. Кроме того, липидные модификации, отмеченные у больных диабетом, такие как гликированный окисленный липопротеин низкой плотности, могут способствовать апоптозу VSMC [4, 46]. Также было обнаружено, что СД стимулирует повышенную регуляцию и повышает активность эндотелина-1, белка, который активирует рецептор эндотелина-А на VSMC, что приводит к повышению тонуса сосудов [61]. Такая нерегулируемая гиперактивация рецептора эндотелина-А может вызывать патологическую вазоконстрикцию [62].

4) Функция тромбоцитов. Тромбоциты опосредуют взаимодействие между сосудистой функцией и тромбозом. Следовательно, дисфункция тромбоцитов может ускорять атеросклероз, а также способствовать атеротромбозу [8, 64]. Тромбоциты поглощают глюкозу независимо от инсулина, который, в свою очередь, активирует протеинкиназу С и снижает выработку NO [39]. Окислительный стресс также увеличивается, когда тромбоциты поглощают глюкозу, тем самым способствуя агрегации тромбоцитов. Адгезия тромбоцитов усиливается у пациентов с диабетом из-за повышенной выразительности (Р-селектина) на поверхности тромбоцитов, вызывая тромбоз [3].

5) Коагуляция. СД и гипергликемические состояния способствуют гиперкоагуляции за счет активизации тканевого фактора эндотелиальными клетками и (VSMCs) [67, 68]. Эти условия также увеличивают продукцию фактора свертывания крови VIIA и уменьшают антикоагулянты, такие как антитромбин и продукция белка С [67, 68].

6) Реология. Повышенная вязкость крови и производство фибриногена также наблюдаются у пациентов с СД. Это проявляется через аномальный ABI у пациентов с заболеванием периферических артерий(PAD), а также с развитием и осложнениями PAD [8, 71].

7) Рестеноз после ангиопластики. Резко повышенные уровни глюкозы могут вызывать воспаление, пролиферацию гладких мышц, ненормальное образование матрикса и инактивацию релаксирующего фактора, вызванного эндотелием [72]. Кроме того, гипергликемия может влиять на выражение фактора роста фибробластов и трансформирующего фактора роста-α, что, в свою очередь, способствует пролиферации клеток гладких мышц и продукции внеклеточного матрикса [73]. Следовательно, рестеноз у пациентов с СД может быть объяснен аномальным воспалительным состоянием, окислительным стрессом, функцией эндотелия и тромбоцитов у пациентов с острой гипергликемией [1].

8) Артериогенеза. Внешнее ремоделирование ранее существовавших артерий в ответ на обструкцию кровотока с целью восстановления кровотока, дистального по отношению к окклюзии, называется артериогенезом [74]. Предполагается, что напряжение эндотелиального сдвига, определяемое стенкой сосуда через интегрины, молекулы адгезии, тирозинкиназы и ионные каналы, является основным триггером для артериогенеза [45, 75, 76].

Результаты пациентов с заболеванием периферических артерий(PAD) и СД. Результаты пациентов с сосуществующим диабетом и PAD зависят от взаимодействия между такими факторами, как сопутствующие заболевания пациентов, наличие инфекции, невропатия и иммунологические факторы [79]. Плохой контроль гликемии был связан с более высокой распространенностью PAD и риском неблагоприятных исходов, включая необходимость шунтирования нижней конечности, ампутации или смерти [80]. Плохой контроль гликемии также связан с худшими результатами после сосудистой хирургии или эндоваскулярного вмешательства [80].

Поэтому важно определить методы лечения, которые могут повлиять на многофакторные патофизиологические механизмы СД, чтобы обеспечить эффективное длительное лечение [3].

Реваскуляризация у пациентов с заблеванием периферических артерий PAD и СД. Реваскуляризация с помощью хирургического или эндоваскулярного подхода является важным терапевтическим вариантом для лечения симптоматической заблеваний периферических артерий PAD у пациентов с диабетом [5]. Из-за большей распространенности заболеваний ниже колена у пациентов с СД, некоторые исследования показали, что эндоваскулярные вмешательства связаны с худшими исходами у диабетиков, особенно с уменьшением дистального оттока [4]. Поэтому эндоваскулярные вмешательства изначально считались более подходящими для пациентов с очаговым заболеванием выше колена. Также отмечалось, что пациенты с диабетом обладают большей долговечностью при хирургическом подходе к реваскуляризации, особенно в условиях заболевания большеберцовой, управляемого с помощью шунтирования с аутологичной подкожной веной [5].

Лечение критической ишемии конечностей. У пациентов с критической ишемии конечностей(CLI) реваскуляризация обычно требуется для успешного сохранения конечности [5]. Распространенность СД у пациентов с CLI чрезвычайно высока, причем некоторые исследования предполагают распространенность до 76% [18]. Тяжесть заболевания во время проявления и прогрессирования CLI у диабетиков также была

отмечена как хуже [82]. Текущие рекомендации предлагают реконструкцию артерий у пациентов с CLI, у которых прогнозируемая выживаемость без ампутации в течение 1 года составляет не менее 75% [18].

Выводы. СД ассоциируется с большей степенью тяжести и более диффузной заболеваний периферических артерий по сравнению с недиабетиками. Это также отмечается с повышенным риском смертности и ухудшением качества жизни. Механизмы, с помощью которых диабет вызывает атеросклероз, являются многофакторными и включают воспалительные процессы, нарушения различных типов клеток в сосудистой стенке, стимуляцию коагуляции и ингибирование фибринолиза. Эти факторы увеличивают восприимчивость сосудистой системы к атеросклерозу, а также нестабильность, которая делает бляшку склонной к разрыву и тромбозу. Таким образом, для различных специалистов, от кардиологии и внутренних болезней до сосудистой хирургии, важно сотрудничать и использовать междисциплинарный подход для улучшения клинических результатов у этой категории пациентов.

Хотя диабетики имеют более высокий риск неблагоприятных исходов по сравнению с недиабетиками, показатели улучшаются благодаря недавним достижениям в области фармакологии и процедурных методов. Тем не менее, дальнейшая работа остается необходимой. Лучшее понимание механизмов, ответственных за рестеноз среди пациентов с диабетом, также в конечном итоге улучшит результаты хирургических и эндоваскулярных процедур у этих пациентов.

Список литературы:

1. Armstrong EJ, Waltenberger J, Rogers JH. Percutaneous coronary intervention in patients with diabetes: current conceptsand future directions. J Diabetes Sci Technol. 2014;8:581-9.

2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004;27:1047-53.

3. Armstrong EJ, Rutledge JC, Rogers JH. Coronary artery revascularization in patients with diabetes mellitus. Circulation. 2013;128:1675-85.

4. Forbang NI, McDermott MM, Liao Y, Ix JH, Allison MA, Liu K, Tian L, Evans N, Criqui MH. Associations of diabetes mellitus and other cardiovascular disease risk factors with decline in the ankle-brachial index. Vasc Med. 2014;19:465-72.

5. American Diabetes Association. Peripheral arterial disease in people with diabetes. Diabetes Care. 2003;26:3333-41.

6. Hirsch AT, Hartman L, Town RJ, Virnig BA. National health care costs of peripheral arterial disease in the Medicare population. Vasc Med. 2008;13: 209–15.

7. Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM, Norman PE, Sampson UK, Williams LJ, Mensah GA, et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. Lancet. 2013;382:1329-40.

8. Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, Golden SH. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. Ann Intern Med. 2004;141:421-31.

9. Jude EB, Oyibo SO, Chalmers N, Boulton AJ. Peripheral arterial disease in diabetic and nondiabetic patients: a comparison of severity and outcome. Diabetes Care. 2001;24:1433-7.

10. Aronson D, Edelman ER. Revascularization for coronary artery disease in diabetes mellitus: angioplasty, stents and coronary artery bypass grafting. Rev EndocrMetabDisord. 2010;11:75-86.

11. Lankisch M, Füth R, Gülker H, Lapp H, Bufe A, Haastert B, Martin S, Rathmann W. Screening for undiagnosed diabetes in patients with acute myocardial infarction. Clin Res Cardiol. 2008;97:753-9.

12. Shore S, Borgerding JA, Gylys-Colwell I, McDermott K, Ho PM, Tillquist MN, Lowy E, McGuire DK, Stolker JM, Arnold SV. Diabetes Care. 2014;37:409-18.

13. Kannel WB, McGee DL. Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham Study. J Am Geriatr Soc. 1985;33:13-18.

14. Grundy SM. Hypertriglyceridemia, insulin resistance, and the metabolic syndrome. Am J Cardiol. 1999;83:25-9.

15. Rizzo M, Pernice V, Frasheri A, Berneis K. Atherogenic lipoprotein phenotype and LDL size and subclasses in patients with peripheral arterial disease. Atherosclerosis. 2008;197:237.

16. Johnstone MT, Creager SJ, Scales KM, Cusco JA, Lee BK, Creager MA. Impaired endothelium-dependent vasodilation in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. Circulation. 1993;88:2510-16.

17. Li Y, Woo V, Bose R. Platelet hyperactivity and abnormal Ca(2+) homeostasis in diabetes mellitus. Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2001;280: 1480-9.

18. Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, Tracy RP, Hennekens CH. Plasma concentration of C-reactive protein and risk of developing peripheral vascular disease. Circulation. 1998;97:425-8.

19. Vinik AI, Erbas T, Park TS, Nolan R, Pittenger GL. Platelet dysfunction in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2001;24:1476-85.

20. Schaper NC, Nabuurs-Franssen MH, Huijberts MS. Peripheral vascular disease and type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Res Rev. 2000;16 Suppl1: 11-5.

21. Pradhan AD, Manson JE, Rifai N, Buring JE, Ridker PM. C-reactive protein, interleukin 6, and risk of developing type 2 diabetes mellitus. JAMA. 2001;286:327-34.

22. Pickup JC, Chusney GD, Thomas SM, Burt D. Plasma interleukin-6, tumour necrosis factor alpha and blood cytokine production in type 2 diabetes. Life Sci. 2000;67:291–300.

23. Ross R. Atherosclerosis is an inflammatory disease. Am Heart J. 1999;138:419-20.

24. Libby P. Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. Circulation. 2001;104:365-72.

25. Davies MJ, Richardson PD, Woolf N, Katz DR, Mann J. Risk of thrombosis in human atherosclerotic plaques: role of extracellular lipid, macrophage, and smooth muscle cell. Br Heart J. 1993;69(5):377-81.

26. Cardillo C, Campia U, Bryant MB, Panza JA. Increased activity of endogenous endothelin in patients with type II diabetes mellitus. Circulation. 2002;106:1783-7.

27. Nugent AG, McGurk C, Hayes JR, Johnston GD. Impaired vasoconstriction to endothelin 1 in patients with NIDDM. Diabetes. 1996;45: 105-7.

28. Carr ME. Diabetes mellitus: a hypercoagulable state. J Diabetes Complications. 2001;15:44-54.

29. Li YS, Haga JH, Chien S. Molecular basis of the effects of shear stress on vascular endothelial cells. J Biomech. 2005;38:1949-71.

30. De Vivo S, Palmer-Kazen U, Kalin B, Wahlberg E. Risk factors for poor collateral development in claudication. Vasc Endovascular Surg. 2005;39:519-24.

ANALYTICAL INVESTIGATIONS OF THE PHARMACEUTICAL MARKET OF UKRAINE FOR MEDICAL PRODUCTS FOR LOCAL THERAPY OF ACNE

Davtian L., Drozdova A., Koval A.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Department of Pharmaceutical Technology and Biopharmaceuticals

Introduction. Acne (acne) and acne-like dermatosis, in particular rosacea and demodicosis, occupy leading positions in the spread of chronic human skin

diseases. According to our research [5, 6, 7], acne is diagnosed in 60-80% of adolescents and adolescents [2, 4, 6]. There is also a tendency to increase the incidence of acne and acne-like dermatosis (rosacea, demodicosis) among mature and elderly people [1, 3, 4, 6]. In addition, new clinical forms of acne with additional endocrine pathogenetic links, acne infectious and parasitic origin, as well as new forms of acne-like dermatoses, provoked by various factors, in particular physical, parasitic, medication, etc., are now revealed. [7, 8].

The search for advanced drugs and promising combinations of active pharmaceutical ingredients (API) for the treatment of acne involves analytical studies of the pharmaceutical market of medicines [7, 8]. Medicines for the treatment of acne, according to the classification system of ATC.

According to tabl. 1 for the treatment of acne (acne), 4 groups of drugs (according to ATC) are used, among them 1 - (D06BX) antimicrobial drugs, 1 group (D10AD, D10A, D06A, D02A) LR - retinoids for local acne treatment, local remedies for acne treatment, local antibiotics, mild softening and protective effects.

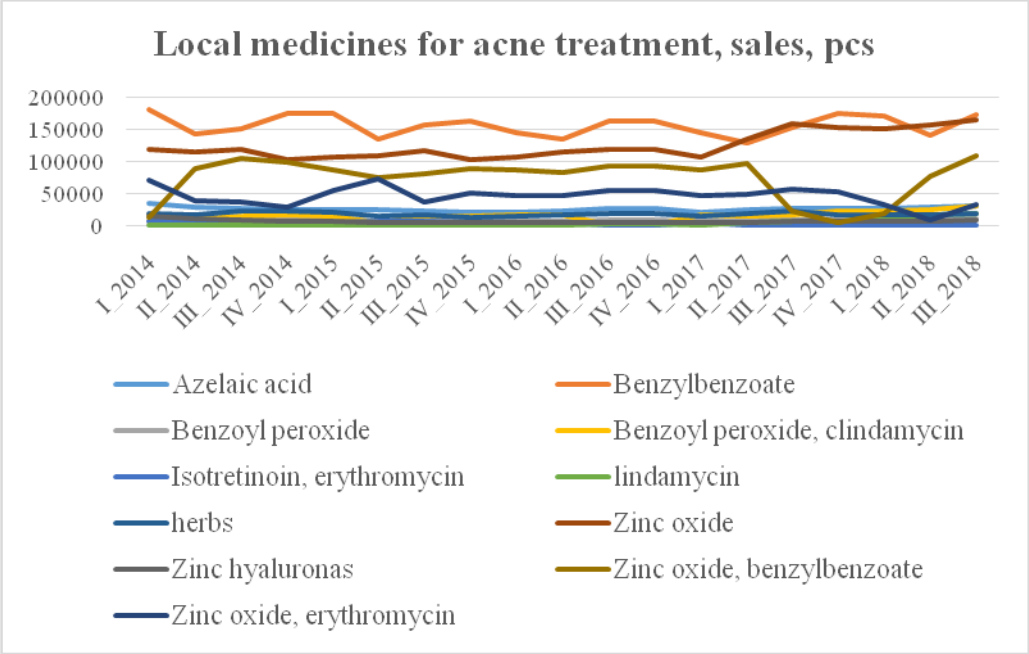

Fig. 1 Local Acne Treatment Medicines D10AD, D10A, D06A, D02A

The analysis of pharmacy sales of drugs for acne treatment showed an increase in the proportion of self-healing by patients based on the affordability and "popularity" of the drug.

Consequently, as a result of our study, it was established that the range of drugs for local acne therapy is monocomponent drugs in the form of soft drugs - 50 titles.

The prospect of this study is to identify the main active pharmaceutical ingredients used in acne treatments and the creation of a new multicomponent soft drug for local acne treatment (acne).

Reference:

1. ErhanZeytun and YücelKarakurt, Prevalence and Load of Demodexfolliculorum and Demodexbrevis (Acari: Demodicidae) in Patients With Chronic Blepharitis in the Province of Erzincan, Turkey , Journal of Medical Entomology, 10.1093/jme/tjy143, 56, 1, (2-9), (2018).

2. F.M.N. Forton and V. De Maertelaer, Papulopustular rosacea and rosacea-like demodicosis: two phenotypes of the same disease?, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 32, 6, (1011-1016), (2018).

3. B. Diczig, I. Nemeth, V. Sardy and G. Ponyai, Contact hypersensitivity in rosacea – a report on 1143 cases, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 32, 9,(e347-t349), (2018)

4. N. Lacey, A. Russell-Hallinan, C.C. Zouboulis and F.C. Powell, Demodex mites modulate sebocyte immune reaction: possible role in the pathogenesis of rosacea, British Journal of Dermatology, 179, 2, (420-430), (2018).

5. Anna D. Holmes and Martin Steinhoff, Integrative concepts of rosacea pathophysiology, clinical presentation and new therapeutics, Experimental Dermatology, 26, 8, (659-667), (2016).

6. Osnovni trendy rozvytku farmatsevtychnoho rynku Ukrainy po farmakoterapevtychnykh hrupakh / Za redaktsiieiu L. L. Davtian, R. S. Korytniuk, H. M. Voitenko – K.: Osvita Ukrainy, 2015. – 130 s.

7. Vlasenko I. O. Porivnialnyi analiz rynku dermatolohichnykh likarskykh zasobiv v Ukraini za 2013 ta 2018 rr. / I. O. Vlasenko, L. L. Davtian // Zbirnyk naukovykh prats spivrobitnykiv NMAPO im. P. L. Shupyka. - 2018. - Vyp. 29. - S. 194-205.

8. Kirsanov, D. Pharmacy sales in the regions of Ukraine by the results of 2015.Helicopter view / Denis Kirsanov // The weekly Pharmacy. - No. 1029 (8) .- 07/03/2016.

AGE RELATED RISK FACTORS FOR OSTEOPOROSIS

Hryb N.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Family medicine and outpatient care Department

Introduction: osteoporosis is a global problem of XXI century, that exist without border. It considerable prevalence is explained by the long period of asymptomatic course of the disease. That’s why osteoporosis usually is called

“the silent disease”.Fracture are usually the first manifestation ofthe disease. Near 90% of non-traumatic fractures occurs after falls from a height that does not exceed the person height.

Objectives: to expand information about OP and it consequences in family doctor practice.

Methods and results: bone tissue has continuous dynamic process of growth, formation and reabsorption. In adult the chemical composition of the bone consists of inorganic substances - 70%, including water and minerals. The 30% are organic substances, like proteins (collagen, osein) and fats. All this factors provides strength and hardness of bone tissue. The composition of child bones has completely opposite structure. The organic substances are dominated and bones are more flexible and elastic.

Bone mass increases by 7-8% pro year in childhood. At the age of 2 years old, their structure is mostly approaching the bones of adults. Up to 90 % of peak bone mass is acquired by age 18 in girls and by age 20 in boys, so it is important to “invest” in one's bone health even at a young age. After 30 - 35 years oldbody mass densitydecrease. Annual bone loss in male population equals to 0.4 – 1.2% in female – are two times higher – 0.75 – 2.4%. During first 3 – 5 years of menopause BMD are decrease up to 3 – 7% pro year. A prior fracture is associated with an 86% increased risk of any fracture.

Group of risk include persons with obesity, malabsorption syndrome and kidney disease. No less attention should be paid to the elderly population (according to WHO classification - after 60 years), as well as to all persons, who are who spend not enough time on the street (under direct sunlight rays), use sunscreens, and family history with low-energy fractures (or relatives of the first line). In addition, in ICD-10, there is a coding that indicates: "Drug-induced osteoporosis" (M81.4). This part is about: systemic use of glucocorticoids more than 3 months, thyroid replace hormone therapy, anticonvulsants, antidepressants, benzodiazepines, proton pump inhibitors, estrogens / combined oral contraceptives, antiretroviral drugs, aromatase inhibitors used to treat breast cancer and insufficient use of calcium.

Conclusion: the half of world's population have insufficient of vitamin D0, and 16% have the deficiency. Such simple methods as modification way of life: regular exercise, open air staying and balanced nutrition are the easiest way to improve the quality of patients life.

COMPETENCIES AND RESPONSIBILITIES OF STAFF IN MODERN MEDICAL LABORATORIES

Kolyadintsev V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Clinical laboratory diagnostics Department

Introduction. Medical laboratories employ both medical staff (physicians) and non-medical personnel (biologists); accordingly, the level of education is different in the professional direction, but in fact the duties and tasks are the same. Then the question arises about the difference between a laboratory assistant and a biologist and the legal documents that they are guided by and how it affects the quality of the results of laboratory analysis.

Objectives. Bring a comparative characteristic of the staff of the medical laboratory in Ukraine following with international standards.

Discussion. According to the reference book of the qualification characteristics of occupations of workers, issue 78, Health Care, the doctor of laboratory performs clinical tests of blood, urine, sputum, feces. Perform a chemical study of gastric contents, bile, genital organs secretions. Apply modern methods of research on the leading sections of laboratory diagnostics. Detect the primary existence of the morphological features of the tumor process in sputum, secretions of female genital organs and mammary glands. Manage the work of middle medical personnel. Plans work and analyzes its results. Record the medical documentation. Constantly improves its professional level.

Doctor of laboratory of clinical biochemistry performs biochemical studies of a variety of biological material (blood, urine, bile, etc.). Apply modern methods of biochemical diagnostics. Manage the work of middle medical personnel. Plan work and analyzes its results. Record the medical documentation. Constantly improves its professional level.

At the same time, this document describes the tasks and responsibilities of a laboratory assistant from a clinical and diagnostic laboratory, which states that he must possess the basic methods of laboratory diagnosis. He conducts physical and chemical analyses of blood, cerebrospinal fluid, gastric contents, urine, feces, secretions, helminthological studies. Determine in the blood the amount of sugar, bilirubin, residual nitrogen, prothrombin protein, amylase in blood and urine, liver tests. Selects the investigated material, transports to the laboratory, stores it and disinfects the spent. Prepare the basic standard solutions, reagents, dishes, and nutrient media. Knows methods have to work with laboratory equipment. Observe the rules of labor protection. Provide antiepidemic mode in the laboratory. Provide

first aid in urgent states. Adhere to the principles of medical deontology. Record the medical documentation. Constantly improves its professional level.

Laboratory assistant (medicine) is equipping a workplace. Produce reagents, solutions, disinfectants. Take the material for laboratory research. Conduct the main types of research using modern laboratory equipment and tools. Provide antiepidemic mode in the laboratory. Disinfects consumed material. Washe the laboratory dishes, carries out its sterilization. Observe the rules of labor protection. Record the medical documentation. Provide first medical care. Constantly improves its professional level.

Conclusions. As for the international requirements, they do not divide the laboratory staff on the names of specialties (because each country has its own national names), they divide it in terms of competence, the specialist in laboratory medicine, which has medical education (doctor of laboratory), must meet the requirements set out in “The EFLM European Syllabus for postgraduate training for Specialists in Laboratory Medicine: version 5 -2018” and “UEMS EuropeanTraining Requirements Laboratory Medicine 2016.15”. The staff of the medical laboratory without medical education (Laboratory technicians), undergoes appropriate training, but he can not issue a result without the permission of the doctor, why? Because laboratory diagnostics is a clinical discipline, and in modern conditions it is not just an automated analysis and give out result, but also its clinical verification with anamnesis and a patient's clinic.

Thus, it is necessary to make legislative changes to the reference book of qualification characteristics of professions of employees, issue 78, health care, which would meet international requirements.

THE DYNAMICS OF LEUCOCYTE INDEXES DUE TO MULTIPLE SKELETAL TRAUMA WITH INTRAMEDULLARY OSTEOSYNTHESIS

Kuz U.
State High Education Estate «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Traumatology and Orthopedics Department

Actuality. It is proven the main role in the post-traumatic multiple organ failure played leukocytes, however neutrophils are the key cells in host defense. While this task is usually performed without injury to host tissues, in pathologic circumstances such as sepsis, potent antimicrobial compounds can be released extracellularly, inducing a spectrum of responses in host cells ranging from activation to injury and death.

Aim. Study leukocyte indexes due to multiple skeletal trauma and intramedullary osteosynthesis.

Materials and Methods. 90 Vistar white male rats, bodyweight 180-230 g were used. Animals were divided on three groups: I – modeling of multiple skeletal trauma (40 animals), II - modeling of multiple skeletal trauma + intramedullary osteosynthesis (40 animals) and III – intact (10 animals). All animals in group I and II were done modeling of multiple skeletal trauma – osteotomy of the both femur bones in the middle part according to the own technique. Animals of the II group accept of modeling of multiple skeletal trauma was done intramedullary osteosynthesis by Kirschner wire 3 hours after trauma modeling. All manipulations were done under Tiopental anesthesia 60 mg/kg. All animals in I and II group received appropriate analgesia by Diclophenac sodium 10 mg/kg 3 times per (in the day of surgery 2 times). Intoxity was studied by indexes bellow: Leukocyte internal toxicity index (LII) by Kalf-Kaliff, LII by Ostrovsky (LII-O) during timeframes 6, 24, 72, 168 hours after trauma. Statistic analysis was made by Statistica software.

Results. Dynamics had next tendency: I and II group had maximum toxicity increasing on 72 and 24 hours respectively. Osteosynthesis triggers activation of leukocytes with further immune deficiency.

Conclusions. Study showed that intramedullary osteosynthesis of multiple fractures cause activation of leukocytes and system immune reaction syndrome.

ULTRASTRUCTURE CHANGES OF LUNGRESPIRATORY DEPARTMENT DUE TO EXPERIMENTAL MULTIPLE SKELETAL TRAUMA

Travinskyi A., Kuz U.
State High Education Estate «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Traumatology and Orthopedics Department

Actuality. The most appropriate treatment of the long bone fractures is intramedullary osteosynthesis, but there are limitations, as high risk of acute lung injury and multiple organ failure.

The aim of experimental study was define ultrastructure changes of the respiratory department of the lung due to multiple skeletal trauma and intramedullary osteosynthesis in dynamics.

Materials and Methods. It was made the experimental study on 90 white male Vistar line rats and defined ultrastructure changes of the respiratory department of the lung in dynamics (6, 24, 72, 168 hours) by electron microscopy. Animals were divided on three groups: I - multiple skeletal trauma (bilateral femur fractures), II - multiple skeletal trauma with intramedullary osteosynthesis, III - control. All animals in group I and II were done modeling of multiple skeletal trauma – osteotomy of the both femur bones in the middle part according to the own technique. Animals of the II group accept of modeling of multiple skeletal

trauma was done intramedullary osteosynthesis by Kirschner wire 3 hours after trauma modeling.

Results. In the group I the most prominent changes of the structural organization all components of the respiratory department of the lungs (alveolar cells I and II type, endothelial cells and alveolar macrophages) appeared during the first 72 hours. At the same time in the group II they were found earlier (during the first 24 hours) and they were more severe than in the group I as well. During the late timeframe (168 hours) it was both dystrophic-destructive and compensatory-adaptive changes in the both experimental groups.

Conclusions. Our study showed that intramedullary osteosynthesis in case of multiple skeletal trauma cause to submicroscopic morphology damage of all components of the lung respiratory department.

ЗМІСТ

Ардикуце В. П. Застосування Capnotrainer в ранній ортодонтичній діагностиці …… 3

Аугунас С. В. Мультидисциплінарна робота лікарів загальної практики-сімейних лікарів і провізорів в управлінні фармакотерапією пацієнтів 4

Ахмад Ф. М. Ілеофеморальний венозний тромбоз, як проблема в сучасній хірургії …… 5

Бойко А. В. Оцінка впливу С-реактивного білка та сечової кислоти на атеросклеротичний процес у хворих на псоріатичний артрит ……..... 8

Бойко М. А. Порівняльна характеристика впливугіпертермічних та традиційних методів гемостазу на м'які тканини порожнини рота лабораторних тварин в експерименті …… 9

Виваль М. Б. Ризик клінічного погіршення у пацієнтів із черепно-мозковою травмою та вторинної геморагічною прогресією забоїв головного мозку …….. 11

Волошина Д. С. Порівняльна характеристика особливостей лікування пародонтиту в залежності від віку в Україні, Германії, Ізраїлі і Америці .. 13

Гавриленко В. Є. Оцінка комплексного лікування хворих на цукровий діабет 2-го типу, хронічну хворобу нирок та артеріальну гіпертензію …. 14

Герасимюк Б. С., Мовчан О. С., Лазарев І. А., Процик А. І., Білоножкін Г. Г. Експериментальне дослідження напружено-деформованого стану ахіллового сухожилля на моделях стопи із зап'ятковим бурситом та синдромом Haglund'a …… 15

Гончаренко А. С. Флуоресцентна холангіографія при лапароскопічній холецистектомії з приводу гострого калькульозного холециститу …….... 16

Григоровська А. В. Порівняння частот трапляння різних морфологічних показників у випадках теносиновіальної гігантоклітинної пухлини різного типу ……... 17

Григорук Г. В. Вплив урапіділу на структурно-функціональні показники лівого шлуночка у хворих з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння і синдрому подразненої кишки з закрепами …… 19

Дросик А. В. Роль теплового потоку та температури поверхні шкіри у ранній діагностиці раку грудної залози …….. 20

Дуда Л. В. Динаміка поширеності симптомів бронхіальної астми, алергічного риніту та атопічного дерматиту у дітей Київського регіону .. 21

Дядюн Д. М., Вітовський Р. М. Проблеми та досягнення в хірургічному лікуванні злоякісних пухлин серця …… 23

Жорник В. В., Смірнов М. М. Прогнозування ризику розвитку прееклампсії II та III ступенів тяжкості …… 24
Захарычев В. Д., Малярчук Е. А. Оценка безопасности неоадъювантной химиолучевой терапии (НХЛТ) при лечении немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) III А стадии с лимфатическим статусом N2 …… 25
Кароль І. В. Хірургічне лікування гнійно-запальних захворювань м'яких тканин ……. 27
Кириця Н. С. Стан серцево-судинної системи у дітей з астенічним синдромом на фоні інфекційного мононуклеозу …… 28
Ковальчук В. М. Застосування ортобіологічних технологій в спортивній травматології …… 29
Когут В. Л. Ефективність хірургічного лікування хворих з атрофією коміркового відростка верхньої та частини нижньої щелеп …… 30
Козлюк К. Б. Особливості електрокардіографічного дослідження при діагностиці отруєнь речовинами з кардіотоксичним ефектом на догоспітальному етапі ……. 31
Корольова Х. О. Застосування мікротермокоагуляції для ліквідації патологічного венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення …… 33
Кривенок В. С. Удосконалена методика лапароскопічноЇ інтраперитонеальної пластики вентральніх гриж ……. 34
Крижевський В. В., Мендель М. А., Павлович Ю. В. Хірургічні аспекти виконання лапароскопічної холецистектомії …… 35
Крижевський Є. Є. Результати місцевого лікування гнійних ран за допомогою аплікаційних сорбентів в експерименті ……. 36
Кузик І. О. Маркери ранньої серцево-судинної дисфункції у хворих на ревматоїдний артрит ……. 38
Кундіна В. В. Алгоритм сцинтиграфічної оцінки кількості життєздатного міокарда перед аорто-коронарним шунтуванням у хворих з ішемічною хворобою серця ……. 39
Купновицька І. Г., Микула Ю. І., Клименко В. І., Фітковська І. П., Белегай Р. І. Оцінка якості життя хворих із хронічною серцевою недостатністю ішемічного генезу, коморбідною з гіпотиреозом……. 41
Купновицька І. Г., Романишин Н. М., Микула Ю. І., Вівчаренко М. П. Частота супутньої патології і структура факторів ризику у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, які підлягають стентуванню коронарних артерій …….. 42
Лавренюк Ю. В. Аналіз факторів ризику генітального пролапсуу жінок пери – та менопаузального віку …….. 43

Лисянська Г. П., Ал Зедан Фаді, Мартинюк А .І. Практичне застосування спектрофотометрії для визначення тимолу ефірної олії чебрецю у складі гелів …….. 44
Лисянська О. Ю. Артеріальна гіпертензія як фактор ризику кардіоваскулярних ускладнень у хворих на замісної ниркової терапії методом гемодіалізу ……. 45
Лукашеня О. С., Левчук І. Н., Ковзун О. І. Вплив метанандаміду на рівень експресії транскрипційного чинника C-JUN і фосфо-C-JUN у тканині надниркових залоз щурів ……... 47
Лукіянчук В. А. Новий метод використання транексамової кислоти при оперативних втручаннях на носі …… 48
Маршалова Р. І. Клініко-лабораторне обґрунтування застосування комплексу репаративних препаратів при хірургічному лікуванні пародонта …….. 49
Масович С. О. Деякі аспекти клініко-неврологічних та психометричних характеристик у пацієнтів з глаукомою ……. 50
Номеровський А. І. Флюресцентна холангіографія під час лапароскопічних операцій з приводу холедохолітіазу ……. 52
Носко Н. О., Харченко В. В. Створення онтологічної моделі неалкогольної жирової хвороби печінки для вдосконалення надання медичної допомоги …….. 53
Ожогін В. В. Вибір ендохірургічного методу лікування проксимального уретеролітіазу …… 54
Оліфіренко О. І. Використання регенеративних технологій в спортивній травматології та ортопедії …… 56
Періг Ю. С. Критерії визначення «підліткового віку» для збору статистичних даних та потреби профілактичних медичних оглядів …….. 57
Піжовський Є. С., Ковальчук В. М., Мальченко В. Ю. Сучасні напрямки в лікуванні захворювань периферичних артерій …….. 61
Самусєва А. А., Пономарьова О. В. Топоізомераза 2 альфа як предиктивний маркер у хворих на тричі негативний рак молочної залози……. 62
Сахно Н. С., Лакша О. Т. Сучасні способи введення сурфактанту у передчасно народжених дітей ……. 63
Семенів П. М. Профілактика ішемічного пошкодження міокарду при хірургічному лікуванні двоклапанних вад серця у поєднанні з ішемічною хворобою серця …… 64

Сікаленко Є. С. Механізм розвитку та профілактика спінальної ішемії при операціях на черевній частині аорти ……. 65
Смирнов Н. Н., Жорник В. В. Эпидемиология поражений нервов, нервных корешков и сплетений в 2017 году в Закарпатской области …... 68
Тимочко Н.Б. Вплив бета-блокатора карведилолу на перебіг відновного періоду після перенесеного інфаркту міокарда з врахуванням факторів серцево-судинного ризику …….. 70
Тіунова І. А., Євтушенко О. І., Сивак Л. А. Профілактика тромбоемболічних ускладнень в онкологічних хворих …… 71
Тутченко Л. П., Сковрон М. В., Пател С. Віддалені результати використання вітаміну D на перебіг хвороби сухого ока та рефракційний результат після хірургії катаракти ……..... 72
Ханько І. М., Зуєв К. О. Оцінка впливу комплексного лікування хворих на цукровий діабет 2-го типу з ожирінням та артеріальною гіпертензією……. 73
Циганенко О. О., Крижевський В. В., Шевчук М. В. Ортоніксія, як альтернатива хірургічному лікуванню врослого нігтя …….. 74
Чорнобай М. А. Безпосередні результати передопераційної хіміотерапії у хворих на місмцевопоширений рак шлунка непосредственные результаты предоперационной химиотерапии у больных местнораспространенным раком желудка …… 75
Шанигін А. В., Бабіч М. С. Гігієнічна оцінка поширеності дефіциту та недостатності вітаміну D серед населення південного регіону України з інсуліно резистентністю …….. 76
Шевчук М. В., Циганенко О. О., Маньковський Б. М. Частота зустрічаємості депресивних розладів у хворих на ЦД 2 типу …….. 77
Штонда Д. В. Люксації голівки стегна після тотальної артропластики кульшового суглоба …….. 79
Яців Т. З. Ефективність лікування хворих радикулярними кістами щелеп методом трансканальної електрохвильової цистотомії …… 80
Рашид Х. Р. Манасра Особенности заболевания артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом: эпидемиология, механизмы и результаты …….. 81
Davtian L., Drozdova A., Koval A. Analytical investigations of the pharmaceutical market of Ukraine for medical products for local therapy of acne …… 89
Hryb N. Age related risk factors for osteoporosis …….. 91
Kolyadintsev V. Competencies and responsibilities of staff in modern medical laboratories ……. 93

Kuz U. The dynamics of leucocyte indexes due to multiple skeletal trauma with intramedullary osteosynthesis ……. 94
Travinskyi A., Kuz U. Ultrastructure changes of lungrespiratory department due to experimental multiple skeletal trauma ……..... 95

Підписано до друку 22.04.2019 р. Формат …….
Папір…… Обсяг ……друк. арк.
Наклад 150 прим. Зам. № …..
Надруковано: вихідні дані видавництва, адреса ……