



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 100-річчю  
з дня народження  
С. І. КОРХОВА



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ





НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 100-річчю з дня народження  
С. І. КОРХОВА



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875  
С 91

***Головний редактор:***

лауреат Державної премії України, академік НАМН України,  
проф. В. М. Запорожан

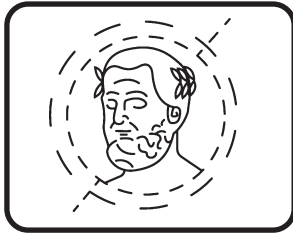
***Редакційна колегія:***

лауреат Державної премії України, з. д. н. т. України, проф. Ю. І. Бажора  
(заступник головного редактора),  
проф. О. Г. Юшковська (заступник головного редактора),  
проф. В. О. Ульянов, проф. В. Г. Марічереда,  
доц. К. О. Талалаєв, доц. Н. О. Романова, Г. І. Хандрікова

С 91      **Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 100-річчю з дня народження С. І. Корхова. Одеса, 19–20 квітня 2018 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2018. — 178 с.  
ISBN 978-966-443-091-0

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю для студентів та молодих вчених, присвяченої 100-річчю з дня народження професора С. І. Корхова, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875



## **«КРУГЛИЙ СТІЛ», ПРИСВЯЧЕНИЙ 100-РІЧЧЮ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ПРОФЕСОРА СЕРГІЯ ІВАНОВИЧА КОРХОВА**

**«Круглый стол», посвященный 100-летию  
со дня рождения профессора  
Сергея Ивановича Корхова**

**“Round Table”, Dedicated to 100th Anniversary  
of Birth of professor Serhiy Ivanovych Korkhov**

---

### **ПРОФЕСОР С. І. КОРХОВ ЯК МЕНЕДЖЕР ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТНЬОЇ УСТАНОВИ**

**Васильєв К. К.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Протягом 30 років Сергій Іванович Корхов керував двома вищими медичними навчальними закладами: Вінницьким медичним інститутом — нині це Вінницький національний медичний університет і Одеським медичним інститутом — тепер Одеський національний медичний університет. Як відомо, керівник навчального закладу повинен володіти професійними компетенціями для успішного здійснення численних видів діяльності в освітній установі: організаційно-управлінської, інформаційно-аналітичної, науково-дослідної, фінансово-економічної, адміністративно-господарської тощо. Набором необхідних компетенцій володів професор Корхов. Те, що він у медичному інституті подолав шлях, починаючи від ординатора до ректора, якраз допомогло йому сформулювати і розвинути ці професійні якості. Вінницький медичний інститут Сергій Іванович Корхов очолював у 1951 р. Цей інститут значно постраждав під час Великої Вітчизняної війни, і молодий керівник доклав багато зусиль для відновлення його корпусів. З 1967 р. С. І. Корхов — ректор Одеського медінституту. Його зусилля були спрямовані на удосконалення навчально-методичної, науково-дослідної, лікувальної та виховної роботи, він багато зробив і для розширення бази інституту.

### **С. И. КОРХОВ — ХИРУРГ, ПЕДАГОГ, ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ**

**Циделко Т. А.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В этом году исполняется 100 лет со дня рождения С. И. Корхова, ректора Одесского медицинского института с 1967 по 1981 гг., заведующего

кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии. С именем Сергея Ивановича связано послевоенное восстановление и дальнейшее развитие Винницкого медицинского института.

Став ректором Одесского медицинского института, профессор Корхов с присущей ему энергией принялся за укрепление материально-технической, учебной и научной баз института, принимал активное участие в реализации основных направлений развития института. Он объединил усилия коллектива на решение задач дальнейшего совершенствования и улучшения учебно-методической, научной, организаторской, воспитательной и лечебной работы. Особое внимание Сергей Иванович обращал на заботу о быте и отдыхе студентов и преподавателей.

Профессор Корхов внес значительный вклад в медицинскую науку и совершенствование высшего медицинского образования в Украине.

Вся жизнь Сергея Ивановича насыщена творческими свершениями, напряженным трудом на благо людей, он придерживался твердых жизненных принципов, проявляя при этом высокие моральные качества — мудрость, интеллигентность, порядочность, доброжелательность, корректность, принципиальность и настойчивость в решении больших и малых дел.

### **СЕРГЕЙ ИВАНОВИЧ КОРХОВ, КОТОРОМУ ИСПОЛНИЛОСЬ БЫ 100 ЛЕТ**

**Таужнянский М. А.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Мы, молодые студенты, мало знаем о Сергее Ивановиче.

Сергей Иванович Корхов родился в семье врачей 21 июля 1918 года в Харькове. В 1941 году окончил Киевский медицинский институт. С 1945 по 1951 годы работал ассистентом, доцентом кафедры госпитальной хирургии и заместителем декана лечебного факультета в Одесском медицинском институте. Профессиональный и об-

щественный авторитет С. И. Корхова был настолько высок, что Приказом по Министерству здравоохранения Украины в августе 1951 года он был назначен ректором Винницкого медицинского института им. Н. И. Пирогова, совмещал при этом работу профессора и заведующего кафедрой хирургии. С мая 1967 по октябрь 1981 года Сергей Иванович Корхов — ректор Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова и заведующий кафедрой госпитальной хирургии. С 1975 по 1992 годы С. И. Корхов заведовал кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, а с 1992 по 2000 годы он профессор этой кафедры.

Под руководством Сергея Ивановича произошло становление и воспитание большого числа высококвалифицированных врачей, осуществлялась подготовка научно-педагогических кадров, организаторов здравоохранения и руководящих кадров высшей школы.

Как опытный организатор высшего медицинского образования, С. И. Корхов сосредоточил особое внимание на заботе о быте и отдыхе студентов и преподавателей. Под его руководством строятся и вводятся в эксплуатацию три крупных общежития, спортивно-оздоровительный комплекс, жилой дом для сотрудников. На берегу моря разворачивается строительство спортивно-оздоровительного лагеря для летнего отдыха студентов и работников института. Создается уникальная научно-исследовательская лаборатория.

Немало о Корхове рассказал профессор Виктор Николаевич Соколов, который в те годы возглавлял кафедру рентгенологии и радиологии Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова и был проректором по научной работе, много работал и общался с Сергеем Ивановичем.

Виктор Николаевич живо откликнулся на мою просьбу рассказать о Сергее Ивановиче. Рассказ свой начал с подтверждения того, что Сергей Иванович — блестящий организатор высшего медицинского образования, высококвалифицированный научный работник и педагог, воспитатель и Человек с большой буквы. А закончил историей из своей жизни: «В конце рабочего дня, чаще в 17–18 часов, он приглашал к себе проректоров, в том числе и меня, мы докладывали ему, что делается по нашим работам. И даже когда мы не были готовы дать ответ на поставленный им вопрос, Сергей Иванович никогда не выходил из себя, был в общении предельно корректен, вежлив, предупредителен».

И студенты, и преподаватели любили и уважали Сергея Ивановича. Память об этом великом человеке сохранится навсегда.

**КОРХОВ СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ —  
ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНИЙ ХІРУРГ,  
ПЕДАГОГ  
І ЛЮДИНА З ВЕЛИКОЇ БУКВИ**  
**Соколов В. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Мені, за тих часів ще молодому завідувачу кафедри рентгенології та радіології Одеського медичного інституту, довелося працювати з Сергієм

Івановичем Корховим з 1973 по 1976 рр. на посаді проректора з наукової роботи.

Я був надзвичайно здивований, коли Сергій Іванович запросив мене повернутися до Одеси з Москви, де я проходив спеціалізацію за моєю спеціальністю і вивчав французьку мову для підготовки до роботи в один з університетів Алжиру. Через кілька місяців я обійняв посаду проректора з наукової роботи і продовжував завідувати кафедрою.

Пам'ятаю його доброзичливе ставлення до усіх співробітників. Працюючи з Сергієм Івановичем, кожний отримував величезний заряд енергії для роботи, особливо під час проведення наукових досліджень. Разом із завідувачем кафедри нормальної анатомії професором І. І. Льїним ми залучилися до виконання наукової програми з «морської медицини». Дзвонили і домовлялись з Управлінням пароплавства щодо використання окремих морських суден для проведення інститутських медичних експериментів над тваринами з вивченням їхньої поведінки в акваторіях морів та океанів. До цієї роботи було залучено близько 26 кафедр медичного інституту, і вони успішно справлялись з науковою проблемою.

Разом із проректором з педагогічної роботи професором Д. М. Бабовим ми в кабінеті Сергія Івановича обговорювали всі наукові та педагогічні проблеми. Проте не тільки ці проблеми хвилювали ректора інституту. Того часу тривало будівництво нових споруд університету — великого спортивного комплексу, гуртожитку для студентів, і ми, два проректори, брали активну участь у цій справі. Пам'ятаю випадок, коли мені загрожували доганою через відмову щодо прийняття студентського гуртожитку, і Сергій Іванович мене прикрив, заявив, що сам підпише цей документ. Ми сумлінно виконували усі доручення Сергія Івановича і надзвичайно пишалися тим, що мали за честь працювати з цією людиною — мудрою, інтелігентною та порядною.

Сергій Іванович завжди був спокійним, ніколи не підвищував голосу, мав доброзичливий вираз обличчя. Я був щиро засмучений, коли мене переводили працювати до Москви. Це трапилося в 1987 р.

Ми повинні завжди пам'ятати, що у стінах нашого університету працювали і творили такі чудові люди, як Сергій Іванович Корхов.

**КОРХОВ СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ —  
100 РОКІВ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ,  
70 РОКІВ СЛУЖІННЯ ЛЮДЯМ**

**Ніколайчук О. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

21 липня 2018 року виповнюється 100 років з дня народження і 70 років лікарської, науково-педагогічної та суспільної діяльності видатного вченого, хірурга, професора — Сергія Івановича Корхова. С. І. Корхов — організатор вищої медичної освіти, висококваліфікований науковий працівник і педагог, людина з великої літери для багатьох поколінь лікарів.



У 1941 році Сергій Іванович закінчив Київський медичний інститут. Після закінчення війни працював асистентом, доцентом кафедри госпітальної хірургії і заступником декана лікувального факультету в Одеському медичному інституті.

У 1948 році С. І. Корхов успішно захистив кандидатську дисертацію на тему «Регіонарна симпатична новокаїнова блокада при виразковій хворобі шлунка, дванадцятипалої кишки та їх ускладненнях».

У 1951 році вчений був призначений Міністерством охорони здоров'я України ректором Вінницького медичного інституту імені М. І. Пирогова. С. І. Корхов успішно захистив докторську дисертацію на тему «Електрогастрографія при виразковій хворобі і раку шлунка». У 1963 році здобув звання професора. З ім'ям С. І. Корхова пов'язані відбудова і розвиток Вінницького медичного інституту. Він був членом правління Українського товариства хірургів і товариства дружби із зарубіжними країнами. У 1967–1981 роках — ректор Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова і завідувач кафедри госпітальної хірургії. Пізніше стає завідувачем кафедрою оперативної хірургії і топографічної анатомії. У 1992–2000 роках — він професор кафедри. Сергій Іванович — ініціатор зміцнення матеріально-технічної, навчальної і наукової баз інституту. С. І. Корхов представляв нашу країну на всесвітньому конгресі з медичної освіти в Данії. Під його керівництвом захищено 3 докторські та 11 кандидатських дисертацій.

### **СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ КОРХОВ ЯК ТАЛАНОВИТИЙ КЕРІВНИК**

**Танасійчук О. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

З квітня 1967 по жовтень 1981 року Сергій Іванович Корхов обіймав посаду ректора Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова. Тим же часом завідував кафедрою госпітальної хірургії. З 1975 по 1992 роки С. І. Корхов був завідувачем кафедрою оперативної хірургії та топографічної анатомії, а з 1992 року — він професор цієї кафедри.

За час перебування на адміністративних посадах Одеського медичного інституту С. І. Корхов виявив прекрасні організаторські здібності та добросовісність у виконанні своєї роботи. Власні зусилля він спрямував на розвиток та реалізацію основних задач навчального закладу. В роботі кафедр, які він очолював, Сергій Іванович розробив чітку структуру пріоритетних напрямів розвитку процесу викладання, наукових досліджень, клінічної практики. Безцінний вклад у дослідну роботу — створення висококласної наукової лабораторії.

Крім того, як талановитий організатор, звернув особливу увагу на якість життя і відпочинку студентів і викладачів. Саме під керівництвом

С. І. Корхова було побудовано та введено в експлуатацію три великих гуртожитки, що функціонують і нині. Створення спортивно-оздоровчого комплексу та житлового будинку для співробітників вишу — теж заслуга професора. На березі моря збудовано спортивно-оздоровчий табір для літнього відпочинку студентів і працівників інституту.

Таким чином, Сергій Іванович Корхов, обіймаючи адміністративні посади в Одеському медінституті, невпинно працював над створенням нової якісної платформи для навчання, творчості та комфортного побуту студентів та викладачів. Великий творчий потенціал та надзвичайна працьовитість допомогли йому зробити значний внесок в удосконалення роботи нашого вишу та покращання системи вищої медичної освіти в Україні.

### **С. І. КОРХОВ — ВИДАТНИЙ НАУКОВЕЦЬ Мазепа К. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сергій Іванович Корхов — вчений з широким діапазоном наукових робіт, прекрасний клініцист та педагог. Він не хотів припиняти свою лікарську діяльність, тому вирішив поєднати її з науково-педагогічною та виховною роботою. З 1945 до 1951 року працював доцентом кафедри госпітальної хірургії. Також Корхов у ці роки був заступником декана лікувального факультету. Авторитет С. І. Корхова був настільки високим, що у 1951 році Наказом Міністерства охорони здоров'я він був назначений ректором Вінницького медичного інституту ім. М. І. Пирогова, а також поєднував роботу доцента, професора і завідувача кафедри хірургії. Він написав більше 60 наукових робіт. Під його керівництвом захищено 3 докторські та 11 кандидатських дисертацій.

Сергій Іванович зробив дуже великий вклад у розвиток Вінницького медичного інституту. Саме він збудував морфологічний корпус, студентський гуртожиток, житловий будинок для працівників кафедри та багато інших об'єктів. З травня 1967 по жовтень 1981 року Сергій Іванович Корхов був ректором Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова і завідував кафедрою госпітальної хірургії. З 1975 по 1992 роки С. І. Корхов завідував кафедрою оперативної хірургії і топографічної анатомії, а з 1992 по 2000 роки він став професором цієї кафедри. Обіймаючи посаду ректора медичного інституту, віддає багато сил та енергії організації і поліпшенню підготовки та виховання лікарських і науково-педагогічних кадрів, удосконаленню методичної та науково-дослідної роботи.

У 1970 році С. І. Корхову присвоюється звання — заслужений працівник вищої школи України. У 1979 році С. І. Корхов був обраний почесним професором Сегедського медичного університету (Угорщина). У 1972 році С. І. Корхов поїхав на Всесвітній конгрес з медичної освіти в Данії, де представляв нашу країну.

## **115 РОКІВ КАФЕДРИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**

**Мазепа К. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

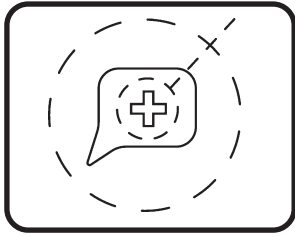
В 2018 році виповнюється 115 років від дня заснування кафедри загальної хірургії. За роки її існування вона пройшла великий шлях — від теоретичного викладання до перетворення кафедри у велику навчальну базу для підготовки лікарів-хірургів. Кафедра загальної хірургії була заснована в 1903 році К. М. Сапежко і на той час виконувала лише навчальні функції. У 1904 році кафедру очолив І. Ф. Сабанєєв, згодом передав її К. П. Серапіну у 1907 році, який перевів кафедру на базу міської лікарні і об'єднав викладання теорії з практичною підготовкою хірургів. Необхідність влаштування пропедевтичної хірургічної клініки була визнана членами медичного факультету без заперечень. Клініка почала

функціонувати 1 жовтня 1913 року. Джерелом її існування були платні ліжка, лікарі працювали безоплатно.

З 2 вересня 2013 року і донині кафедру загальної хірургії та військової медицини очолює М. А. Каштальян — заслужений лікар України, професор та провідний хірург. Він автор 176 наукових робіт, серед них — 2 монографії і 14 патентів на винахід. Під керівництвом М. А. Каштальяна вперше в Україні застосована робота лапароскопічного обладнання в польових умовах.

Сьогодні на кафедрі щороку навчається понад 900 студентів другого і третього курсу лікувального, педіатричного, фармацевтичного та медико-профілактичного факультетів. Нині на кафедрі працюють 1 професор, 9 доцентів, 11 асистентів та 2 аспіранти. Разом з невідкладною хірургією активно вивчаються питання хірургічного лікування гострих захворювань та травм черевної порожнини.





## СЕКЦІЯ СУСПІЛЬНИХ І ГУМАНІТАРНИХ НАУК, ФІЛОСОФІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Секция общественных и гуманитарных наук,  
философии и социальной медицины

Section of Social Sciences and Humanities,  
Philosophy and Social Medicine

---

### ТЕРМІНОЛОГІЧНА КОМПЕТЕНЦІЯ МЕДИЧНОГО ФАХІВЦЯ

Нетребчук Л. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Термінологічна компетенція — це базова частина професійної компетенції медичного фахівця, яка дає можливість на основі засвоєння фахових (загальних, професійних та вузькоспеціалізованих) термінів брати участь у професійній міжкультурній комунікації.

Головне інформаційне навантаження у професійній комунікації припадає саме на термінологічну лексику. Основним словотворчим фондом для медичної термінології є латинська та грецька мови. Знання цього фонду (відносно невеликої кількості терміноелементів, суфіксів, префіксів) дозволяє розуміти значний обсяг медичних термінів, навіть якщо фахівець стикається з ними вперше. Аналіз словотворчих елементів незнайомих слів є одним з раціональних способів розуміння фахової інформації. Наприклад, розпізнавання значення англійських слів здійснюється за допомогою ідентифікації латинських суфіксів і префіксів. Семантика деяких суфіксів однакова для різних мов: *-er, -or* (діюча особа або предмет) — *supinator, levator, masseter*, порівняйте — *teacher, actor, user*; *-io* (дія, процес) — *resectio, injectio* (в англійській мові *-ion* — *resection, injection*); *-osis* (процес) — *necrosis, symbiosis* тощо. Префікси (*ante-, de-, des-, dis-, co-, con-, pre-, pro-, re-, sub-, super-* та інші) широко використовуються як в медичних термінах різних мов, так і в загальнонавчальній лексичі.

Таким чином, знання значень продуктивних словотворчих афіксів і терміноелементів, засвоєння правил словотворення дозволяють фахівцю розуміти значення багатьох незнайомих медичних термінів, що, в свою чергу, полегшує міжкультурне професійне спілкування.

### РОЛЬ ТА МЕТОДИ ВИКЛАДАННЯ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ ПРОФЕСІЙНОГО СПРЯМУВАННЯ

Морар Л. А.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Конкурентоспроможні кваліфіковані фахівці повинні мати достатній рівень знань з іноземної

мови для ведення дискусій на професійні теми, виступів на конференціях та сприйняття на слух навчальних лекцій та доповідей. Згідно з цими навичками, процес навчання має забезпечити оволодіння мовою, комунікативними вміннями та професійним змістом.

Сучасні спеціалісти повинні володіти іноземною мовою для участі в міжнародних презентаціях та конференціях. Саме тому визначальним є комунікативний підхід, який передбачає навчання спілкування та формування здатності до міжкультурної взаємодії. Однією з найбільш поширених інноваційних технологій є метод проєктів. Він полягає у побудові навчання на творчому засвоєнні знань у процесі самостійної, індивідуальної або групової діяльності для виконання фахового завдання з презентацією результату. Практичною метою такого способу навчання є формування мовленнєвих здібностей та комунікативної компетенції студентів (навичок говоріння, аудіювання, читання та письма) на основі спілкування, обмеженого тематикою та мовним матеріалом.

Інноваційним у викладанні іноземної мови професійного спілкування є проблемний підхід. Головною метою такого підходу є створення проблемних ситуацій. Розвиток творчої, професійної та пізнавальної діяльності студентів буде успішним, якщо викладач залучатиме їх до обґрунтування власної точки зору щодо певної проблеми, яка стає предметом дослідження.

Отже, головними ознаками викладання іноземної мови професійного спілкування у ВНЗ стають професійна спрямованість та комунікативна орієнтованість навчання. Викладачі повинні використовувати методи, які сприяють розвитку пізнавальної та творчої активності студентів, формуванню комунікативної, мовленнєвої та міжкультурної компетенцій, створенню середовища, близького до професійної сфери діяльності майбутніх фахівців.

### КОМУНІКАТИВНА СПРЯМОВАНІСТЬ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У НЕМОВНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Нестеренко Н. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Міжнародні зв'язки України у різноманітних сферах життєдіяльності, вихід її у європейській та

світовий простір, нові політичні, соціально-економічні та культурні реалії потребують певних трансформацій як у сфері освіти, так і в галузі навчання іноземних мов.

Іноземна мова сьогодні — не просто частина культури певної нації, а й запорука успіху майбутньої кар'єри студентів. Тому слід формувати тенденцію до посилення комунікативної спрямованості навчального процесу, його наближення до реального спілкування.

У системі навчання іноземних мов змінилася і зменшилася роль граматики, впровадився принцип комунікативної спрямованості, зросла роль взаємодії і мовної активності всіх учасників навчального процесу. З усіх методів навчання іноземних мов стали надавати перевагу тим, які пробуджують думку, виявляють засоби її вираження, збагачують відчуття, образні уявлення, удосконалюють спілкування та поведінку. Тому одним із основних методів навчання іноземних мов стає комунікативний метод.

Основне завдання для викладача — навчити студентів розмовляти іноземною мовою якщо й не на рівні носія мови, то хоча б на рівні, необхідному для подальшої роботи.

На відміну від традиційної методики, де грамика і лексика є основним предметом навчання, при навчанні за комунікативним методом грамика необхідна лише для правильної побудови словосполучень та речень. Від студентів вимагається не механічне заучування грамикальних правил, а інтуїтивне відчуття правильно побудованих фраз. Лексика вивчається не ізольовано, а виключно в контексті під час її застосування. Студенти навчаються комунікації у процесі самої комунікації здебільшого при груповій роботі, що підвищує не лише мотивацію студентів, але й успішність засвоєння матеріалу.

Таким чином, для досягнення комунікативної компетенції, сформованої на основі мовних знань, навичок і вмій, слід використовувати новітні методи навчання, що поєднують комунікативні та пізнавальні цілі.

## ГРЕЦЬКА МОВА У МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Циба А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Міжнародними для медичної номенклатури є латинська та грецька мови. Основна частина медичної термінології має латинські корені, та існують також терміни грецького походження.

В античні часи, коли зароджувалася медицина, грецькою мовою користувалися нарівні з латинською. Більшість медичних творів були написані грецькою мовою. Навіть у самій Римській імперії більшість лікарів були греками. Саме тому вплив грецької мови на становлення медичної термінології є не менш важливим, ніж вплив латинської. Сучасні студенти медичних навчальних закладів вивчають лише латинську мову, бо після занепаду Візантійської імперії грецька мова втратила своє значення у процесі розвитку науки, тому за

потреби утворення медичних неологізмів грецьку вже не використовували.

Але основна частина медичної термінології сформувалася ще в античні часи. Найбільша кількість грецьких медичних термінів зібрана у розділі клінічної термінології. Клінічні терміни не є повністю грецькими словами. Це латинізовані слова, утворені з грецьких терміноелементів. Тобто ці терміни грамикально змінюються за правилами латини, але їхні корні взяті з грецької лексики. Також важливо відмітити той факт, що латина потребує кількох слів для вираження одного поняття, тимчасом як грецька мова дозволяє виразити всю потрібну інформацію одним словом. Наприклад, якщо перекладати поняття «запалення нерва», використовуючи латинську лексику, це буде *inflammatio nervi*, а як у перекладі на грецьку це — *neuritis*.

Таким чином, можна зробити висновок, що роль грецької мови не менш важлива, ніж роль латини, тому значення грецької мови у становленні медичної термінології є безперечним.

## ТЕСТУВАННЯ ЯК ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ПРИ НАВЧАННІ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ В НЕМОВНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Багузова А. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні при оцінці знань усе більш активно використовується така ефективна форма контролю, як тест.

Тестовий контроль по праву вважається одним з перспективних методів об'єктивної оцінки знань і здібностей студентів. У сучасній лінгводидактиці тести використовуються не лише для виявлення рівня підготовленості, але і для проведення рейтингу студентів, якісної оцінки навчального процесу.

Оскільки тести — явище багатогранне і складне, то воно піддається різностороннім класифікаціям: за формою проведення, змістом, метою тестування (за рівнем контролю) та ін.

За формою проведення тести можуть бути індивідуальними і груповими, усними і писемними, бланковими, предметними, апаратними.

За змістом розрізняють тести інтелекту і навчальні — тести досягнень. Залежно від рівня контролю навчальні тести підрозділяються на оперативні, або поточні; проміжні, або рубіжні; підсумкові.

Систематично використовуючи тести на занятті як контроль з різних розділів і тем, викладач привчає студентів до усвідомленого виконання навчальних завдань на усіх етапах засвоєння навчального матеріалу.

Варіанти використання на занятті тестів можуть бути різними. Вибір кожного з них залежить від особливостей теми, що вивчається, підготовленості групи, а також готовності викладача до цієї роботи.

Роль тестів досить велика, проте треба враховувати, що відповіді на питання в системі тесту-

вання короткі і не завжди аргументовані. Тому тестування повинно бути одним із способів перевірки знань учнів. Не відмовляючись від традиційних методів опитування, слід використовувати тести там, де це зручно і доцільно, що, без сумніву, підвищить рівень знань і розвитку студентів при тих же витратах часу і зусиль.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ФИЗИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ**

**Мокриенко Э. Н.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Ранние годы жизни — это период, когда эмоциональное, физическое, познавательное и языковое развитие происходит очень быстро. Это самое ценное время для обучения детей иностранным языкам. Хотя существуют различные методы обучения иностранным языкам, наиболее подходящим для маленьких учащихся является метод физического реагирования. Этот метод основан на координации речи и действий, другими словами, он обучает языку через деятельность. В учебной среде нет текстов, но есть песни, игры, рассказы и действия, которые привлекают внимание маленьких учеников.

Метод физического реагирования — это метод преподавания иностранного языка, который позволяет одновременно преподавать язык и через речь и через физическую активность. Двигательная деятельность — это средство для изучения языка. Это то, как дети осваивают родной язык. Роль учащихся в этом методе — слушать и выполнять то, что говорит учитель, они контролируют и оценивают свой собственный прогресс. Им предлагается говорить, когда они готовы говорить. Учащиеся сразу же вовлечены в языковую деятельность и начинают реагировать на иностранный язык. Они скоро осознают, что многое понимают. Учитель берет на себя роль родителя: дает подсказки, устанавливает шаблоны, играет в игры, а ученик физически реагирует на побуждение. Получая ответ от ученика, учитель положительно реагирует на правильный ответ так, как это сделал бы родитель. Это усиливает эффект обучения и поощряет дальнейшие шаги. Этот метод наиболее эффективен, когда он сопровождается играми, песнями, рассказами и сказками.

## **ГУМАНІТАРНІ ДИСЦИПЛІНИ В ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

**Гожелова Н. М.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Сучасна освіта у вищій медичній школі є технологічною сферою діяльності, яка пов'язана з

розвитком майбутнього лікаря і формуванням духовних і моральних цінностей людського суспільства. Найбільш важливими складовими професійної освіти є культурологічна та етико-деонтологічна спрямованість, інтегративна функція, що сприяє єднанню і взаєморозумінню людей, а також світоглядний синтез у формуванні професійної та особистісної культури у студентів-медиків.

У системі вищої медичної освіти спостерігається тенденція до зниження позитивної мотивації щодо вивчення гуманітарних дисциплін, але саме гуманітарні дисципліни мають найбільші можливості для організації діалогічної взаємодії в процесі навчання. Діалогічні методи сприяють пробудженню самостійного мислення, формуванню важливих професійних якостей, адже лікар — це фахівець, діяльність якого передбачає безпосереднє спілкування у професійній, адміністративній, науковій сферах.

У рамках гуманітарних дисциплін є також можливість використання літературних і публіцистичних текстів етико-деонтологічної спрямованості. Такі тексти використовуються, наприклад, як ілюстрації до латинських прислів'їв, приказок і афоризмів.

Розкриття і використання потенціалу кожної гуманітарної дисципліни дозволить зробити внесок у процес формування культури лікаря, що є безперервним процесом, який відбувається як під час навчання у медичному закладі, так і в період професійної лікарської діяльності.

## **МЕДИЧНА СИМВОЛІКА, ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ**

**Лихолат Н. Є.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Однією з найважливіших якостей у формуванні всебічно розвинутого та грамотного лікаря є розуміння ним історії виникнення його професії і причин, що зумовлюють виникнення професійних атрибутів. Протягом свого розвитку медицина мала безліч символічних зображень, насамперед тому, що вона, перш за все, асоціювалася з радістю, благом і горем людей. Медична символіка постійно привертала і привертає увагу людей найрізноманітніших професій: лікарів, істориків, археологів, філологів, культурознавців та інших. Сьогодні відомо близько 50 умовних зображень найдавнішої з професій, хоча наразі є думка, що їх значно більше.

Існує єдина класифікація, згідно з якою всі емблеми поділяються на загальні та приватні. До перших належать просто змія, змія, що обвиває посох (посох Асклепія-Ескулапа), змія, що обвиває чашу, яйце, півень, серце на долоні, флорентійський малюк, капля крові, зображення конвалії, медично-воєнні емблеми та інші. Цікавим є походження емблеми із зображенням чаші, обвитої змією, найбільш відомої та розповсюдженої серед інших. Вважається, що це була не отруйна змія, а звичайний водоплавний вуж, якого називали «Асклепій вуж» (*coluber flavescens aesculapii*). Саме



вужі жили в центрах культу Асклепія в Греції та Римі. Навіть сам бог медицини з самого початку зображався змією. Таким чином, можна із впевненістю сказати, що в емблемі чаші зі змією остання символізує мудрість, знання та безсмертя. Чаша ж, у свою чергу, символізує посуд для води — за одними посиленнями, посудину для лікарського засобу — за іншими. Дехто взагалі вважає, що вона символізує посуд зі спеціальним жертвним вмістом (мелікратоном). Ф. Р. Бородулін — один із перших радянських істориків медицини, який звернувся до аналізу змісту цього символу, — пише: «Ми схильні розглядати цю емблему як нагадування лікарю про необхідність бути мудрим, а мудрість черпати із чаші пізнання природи». Отже, нині чаша в медичній емблемі символізує чашу людського розуму, яка охоплює весь світ.

## МІФОНІМИ В АНГЛІЙСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Єфимович Н. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Термінологія — це сукупність слів або словосполучень, які виражають специфічні поняття певної галузі науки, техніки або мистецтва, а також сукупність усіх термінів, наявних у тій чи іншій мові. Від звичайних слів терміни відрізняються чіткістю семантичних меж. Сучасна медична термінологія охоплює кількості тисяч слів і стійких словосполучень. Характерною особливістю медичної терміносистеми є використання латинських та грецьких терміноелементів.

Поряд із загальними назвами в медичній термінології широко використовуються власні назви. Власне ім'я — як основний предмет дослідження у лінгвістичній ономастиці — розглядається переважно в аспекті його лінгвістичного та історичного розвитку. Цікавим явищем у медичному термінотворенні є використання міфонімів — імен будь-якої сфери ономастичного простору в міфах, епопеях, казках, білинах. Термінами-міфологізмами називаються терміни, що мають у своєму складі міфологічне або міфологізоване ім'я з літературного джерела: наприклад, *Diogenes syndrome* (синдром Діогена), *Diana complex* (комплекс Діани), *narcissism* (нарцисизм). Найбільша частина міфологізмів увійшла в медичну термінологію в епоху Відродження.

Медичні терміни-міфологізми часто мають вигляд термінологічних словосполучень, а саме: «власна назва — загальна назва». Дуже цікаво, що міфоніми зустрічаються в різних групах медичних термінів: анатомічні назви (*Ammon's horn* — ріг Амона, *Achilles' tendon (heel)* — Ахіллове сухожилля), психіатричні назви (*hysteria* — істерія, *lethargy* — летаргія), у фармацевтичній термінології міфоніми використовують у назвах лікарських рослин (*Artemisia* (полин) — рослина богині полювання Артеміди, *Adonis* — ім'я улюбленця Артеміди).

Статус міфологічних термінів у сучасній медичній термінології становить великий лінгвістичний інтерес.

## АССОЦИАТИВНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КАЧЕСТВ ЧЕЛОВЕКА В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Зейналов Джамал

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В первичных страноведческих значениях каждого народа находят свое отражение представления носителей языка о типичном символе того или иного человеческого качества.

У русских среди качеств человека ясную ассоциативную структуру имеют символы хитрости и трусости. Результаты ассоциативного эксперимента показывают, что почти в 100 % ответов символом хитрости названа лиса. Этот символ является интернациональным, его назвали также сирийцы, палестинцы, вьетнамцы, китайцы.

Для жителей Анголы, Чада, Вьетнама символом хитрости часто является заяц. У вьетнамцев хитрость олицетворяет также обезьяна, у лаосцев — волчица, у гвинейцев — куропатка, а у жителей Гвинеи-Бисау — кошка.

Четкую ассоциативную норму в русском языке дает также символ трусости — заяц, реж — шакал. У вьетнамцев — кролик и кузнечик. Символом храбрости у русских часто выступает лев. У вьетнамцев — слон.

Весьма расплывчатыми являются ответы на вопрос о символе ума. У русских это сова, филин, старый ворон, иногда слон. В ряде стран Азии и Африки подобным символом выступает обезьяна.

Символ глупости у русских — осел, курица (глухой (упрямый), как осел; куриные мозги).

Интересно сопоставление пословиц и поговорок о характере человека в разных языках в плане их семантики и лексического выражения. Например, «белая ворона» (русс.) и «в каждой семье есть черная овца» (англ.) — о человеке, который резко выделяется чем-либо среди окружающих его людей.

Таким образом, сопоставительный анализ позволяет лучше узнать язык через культуру народа и его ценности, через отношение людей к различным явлениям в жизни.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИИ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Башинская О. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Оказание паллиативной помощи, подразумевающей временное создание лучшего качества жизни неизлечимо больного, — одна из важных составляющих в сфере медицины. На территории Украины этот вид помощи развивается с 90-х годов XX века. На данный момент существует Всеукраинская общественная организация «Украинская Лига содействия развитию паллиативной и хосписной помощи», созданная в 2011 году. Ее задача заключается в сотрудничестве с Министерством здравоохранения, МВД Украины и другими организациями для создания оптимальных ус-

ловий, направлених на облегчение жизни пациентов. Паллиативная помощь оказывается согласно направлению лечащего врача и осуществляется на дому, амбулаторно или в условиях стационара (хосписы). Команда специалистов, работающих с такими больными, состоит не только из врачей разных специальностей, но и психологов, священников, работников социальной сферы. Сотрудники хосписов работают не только с больными, но и с их родственниками, нацеливают на то, что смерть — неизбежный физиологический процесс, психологически подготавливают к кончине.

**Цель** научной работы — показать, как построена система паллиативной помощи в других странах (на примере Великобритании), сравнить с имеющейся в Украине, составить рекомендации по оптимизации и рационализации организации оказания данной помощи в условиях принятия закона Украины «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения».

### **ЕТИЧНА ДИЛЕМА ЕВТАНАЗІЇ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ — ВБИВСТВО ЧИ ПОРЯТУНОК?**

**Педченко Д. Е.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — визначити, чи допустимий подальший розвиток моралі у напрямку індивідуальної моральної автономії невеличково хворого пацієнта у сучасному суспільстві. Актуальність теми зумовлено зміною етичних стандартів у сучасному суспільстві, коли у кількох європейських країнах і штатах США офіційно допустимо робити евтаназію хворим у термінальному стані, а також розповсюджено евтаназійний туризм, враховуючи асистований суїцид. Разом із тим у інших країнах Європи та на інших континентах, в інших штатах США категорично заборонено робити евтаназію.

Відомо, що етичне осмислення проблеми евтаназії вперше розроблено у Клятві Гіппократа, де заборонено робити евтаназію всіх видів. Але у трактаті «Про мистецтво» Гіппократ рекомендує не подовжувати медичну допомогу вмираючим, коли відомо, що медицина не спроможна вилікувати його, що може означати евтаназію пасивного типу. Філософ Нового часу емпіричного напрямку Френсіс Бекон також висловився, що евтаназія може бути сама по собі великим подарунком хворому, який потерпає від страждань та знаходиться у термінальному стані. Психоаналітик, доктор медичних наук Зигмунд Фрейд практично, своїм власним вчинком, підтвердив цей теоретичний вислів, коли, потерпаючи від раку, зробив собі асистований суїцид за допомогою лікаря.

**Висновки.** Проблеми моральної автономії у контексті життя та смерті охоплюють людство у планетарному масштабі. Сучасний цивілізований світ знаходиться у стані етичної невизначеності проблеми евтаназії. Клятва Гіппократа із заборону евтаназії не втратила своєї актуальності, але разом із тим сучасне суспільство створило юридичну можливість відходити від Клятви.

### **ВЕКТОРИ МЕДИКО-ПРАВОВОГО РЕФОРМУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ: АВТОТРАНСПЛАНТАЦІЯ (НА ПРИКЛАДІ ВОЇНІВ АТО), ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТІ**

**Ратовська А. В., Шевцова І. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — показати соціально сприйнятливі та ефективні вектори реформування української трансплантології, а саме: принцип соціальної справедливості та автотрансплантацію.

**Актуальність.** Автотрансплантація останнім часом довела свою успішність завдяки апробації на війнах АТО, яким київські медики замість штучних кінцівок вирощували зі стовбурових клітин самих поранених нові працюючі кінцівки; автотрансплантація розв'язує також проблему відторгнення чужих донорських органів. Актуальність впровадження автотрансплантації також у нівелюванні «чорного ринку» торгівлі органами. Створення медико-правової бази, яка зробила б трансплантацію не елітарною і комерційною, а соціально орієнтованою, можливою для всіх соціальних прошарків, розв'язує проблему соціальної справедливості.

Сьогодні, враховуючи досвід західних країн, ми бачимо, що, незважаючи на успішний короткочасний ефект операції трансплантації органа від донора, термін життя реципієнта залишається невеликим. Яскравий приклад — це історія восьми сердець Рокфеллера, який нещодавно помер. Разом із тим певна кількість людей існує взагалі без серця — на штучній імітації серцевої діяльності. Програми “opting out” та “opting in” залишають відкрито низку етико-правових проблем.

**Висновки.** Вектори реформування української трансплантології на базі принципів соціальної справедливості, розвитку автотрансплантації, яка довела свою успішність завдяки операціям на війнах АТО, дають низку переваг у медичному, правовому й етичному аспектах, а саме: розв'язання проблеми відторгнення чужорідного донорського органа, нівелювання проблем «чорної трансплантації», вибірковості клієнтів, елітарності та комерційності трансплантації на користь соціальної справедливості у медицині у нашому суспільстві.

### **ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Кирилюк В. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Значне збільшення у всьому світі за останні десятиліття кількості чоловіків і жінок, які страждають на безплідність, підштовхнуло до впровадження в життя допоміжних репродуктивних технологій. За даними Департаменту материнства і дитинства МОЗ України, рівень безплідності в нашій країні становить майже 20 %.

**Актуальність** проблеми — розвивати і зберігати людський потенціал, розвивати репродуктивні технології.

В Україні базовим документом, що визначає порядок і умови реалізації репродуктивних технологій, є «Інструкція про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій». У ньому представлені права пацієнта, регламентований обсяг процедур із запліднення, а також види операцій, які дозволяється проводити в рамках репродуктивних технологій.

Наша **мета** — розглянути їхню етичну значущість.

Важливі сфери застосування репродуктивних технологій — штучне запліднення яйцеклітини в організмі жінки або поза ним — ЕКО. Усі процедури репродуктивних технологій тягнуть за собою низку етичних і правових проблем. Дискусії відбуваються навколо морально-етичних проблем: права плода на життя. Методи селекції ембріонів і редукції ембріона при багатоплідній вагітності знають критики.

Наразі, ДРТ включають екстракорпоральне запліднення і перенесення ембріона в порожнину матки, ін'єкцію сперматозоїда в порожнину матки, цитоплазму ооцита, донорство сперми, сурогатне материнство, передімплантаційну діагностику спадкових хвороб. Ці проблеми існують і потребують розв'язання.

### **ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ: ІСПИТ НА ЛЮДЯНІСТЬ**

**Шевчук Н. Д.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність** теми зумовлена тим, що за сучасних умов особливого значення набуває проблема вроджених вад розвитку, оскільки стан екології, неякісне харчування й таке інше несприятливо позначаються на спадковості популяції.

**Метою** є визначитися з колом проблем, що постають перед лікарем, який діагностував внутрішньоутробно вади центральної нервової системи (ЦНС), та шляхами їх розв'язання з позиції етики. Наскільки медик впевнений у встановленому діагнозі? Чи етично рекомендувати аборт у даному випадку?

Вроджені вади ЦНС становлять близько 25 % усіх вроджених вад у дітей. Сюди входять складні форми вад та такі, які піддаються нескладним операціям з подальшим нормальним розвитком дитини. Проблема дітей з вродженими вадами ЦНС має кілька аспектів. Медичний аспект пов'язаний з ятрогенією при діагностуванні та лікуванні. Етичний аспект порушує питання ставлення суспільства до категорії «вразливих людей». У нацистській Німеччині вважалося за необхідне знищувати «вразливих людей», що закінчилося Нюрнберзьким процесом та Нюрнберзькою декларацією прав людини і формуванням принципу поваги автономії особистості та поваги до вразливості людини.

**Висновки.** Результат успішного лікування залежить від точності визначення відсотка здоров'я та хвороби. Медична проблема пов'язана з ятрогенією внутрішньоутробного діагностування вад ЦНС. Вказана проблема є моральним іспитом для суспільства, тому що діти з вродженими вадами ЦНС цілком залежать від професіоналізму медиків, етичного ставлення суспільства, яке підтримує або, навпаки, осуджує батьків дітей з вадами ЦНС. Отже, медицина та неетичне ставлення суспільства роблять дітей або «приреченими», або «особливими».

### **АТЕЇСТИЧНІ ПОГЛЯДИ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА ТА ЇХ НАСЛІДКИ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ СУСПІЛЬНИХ ПРОБЛЕМ**

**Курманенко А. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження полягає в розгляді концепції психічних феноменів, які відповідають за релігійний стан свідомості, моральність людини та є витоком атеїзму, згідно з поглядами Зигмунда Фрейда.

**Актуальність** релігійних питань завжди залишається важливою, полягає в тому, що зростання кримінальної та соціальної злочинності у суспільстві змушує замислюватися над внутрішніми релігійними і психічними регуляторами не лише окремої особи, а й суспільства загалом.

Відчуття провини, за Зигмундом Фрейдом, є витоком для зародження релігії, і якщо позбавитися провини, то можна робити все, що заманеться, тому що не лише релігія, а й елементарна моральність співіснування з іншими також стає зайвою. Фрейд також вважає, що релігія — це дитинство людства, відповідно, окрема віруюча людина є залежною, не здатною на незалежне, самодостатнє, доросле життя. Подорослішати для Фрейда означає стати атеїстом й самостійно вирішувати питання моралі та совісті для себе особисто на свій власний розсуд. З одного боку, мораль стає релятивною, з другого — таким чином відкрито шлях для злочинності та перверсивності. До того ж замислюватися про питання релігії, догмати, потойбіччя та інше людина починає у зрілому віці, у старості, що потребує не дитячої наївності, а, навпаки, життєвого досвіду та мудрості.

**Висновки.** Зростання кримінальної та соціальної злочинності у суспільстві свідчить про неприпустимість зведення релігії лише до наявності або відсутності відчуття провини у людини. Релігійний стан свідомості, віра у догмати значно глибші та сильніші за індивідуальні психічні феномени. Релігійна віра потребує мудрості та дорослої стриманості власних бажань, афектів, поодиноких міркувань.

### **ПРАВО УЧАСТІ УКРАЇНЦІВ У МІЖНАРОДНИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ**

**Гроза М. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — показати, що в Україні сьогодні відсутня правова база, яка регулює участь



українців у міжнародних клінічних дослідженнях та на практиці виявляється проблемною щодо участі пересічних громадян у вітчизняних клінічних випробуваннях, що є прямим порушенням етики права вибору людини, а також медичних принципів «не нашкодь» та «роби благо».

**Актуальність** дослідження є нагальною, тому що недосконале медичне право в Україні щодо участі у клінічних дослідженнях потребує термінового врегулювання, адже невиліковні хворі сподіваються на одужання або поліпшення стану здоров'я. Проте експериментальні ліки, технології, які не пройшли ліцензування, апіорі недоступні для масового застосування.

Вузкість вітчизняного законодавства та тривалість процедур, які пов'язані з отриманням дозволів і ліцензуванням, є проблемою не лише українською, але й законодавств країн ЄС. Саме тому Європейське агентство з впровадження ліків розробляє адаптивну модель ліцензування, яка дозволяє брати участь у клінічному дослідженні індивідуально. Подібний дозвіл особливо важливий для хворих, які не мають альтернативних методів лікування.

**Висновки.** Відсутність правової бази та компетентних органів, які контролюють процес клінічних досліджень на державному рівні, є порушенням основних принципів медичної етики та прав людини на користування досягненнями у сфері біології та медицини. Впровадження державної адаптивної моделі ліцензування в індивідуальному порядку дає правову можливість боротися з тіньовими компаніями, які протизаконно забезпечують доступ до клінічних досліджень, та допомогти українцям брати участь у міжнародних і вітчизняних клінічних дослідженнях.

### ОСОБЛИВОСТІ РЕЄСТРАЦІЇ ВИПАДКІВ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ПРАЦІВНИКІВ МОРЕГОСПОДАРСЬКОГО КОМПЛЕКСУ

Добровольська О. О., Шанигін А. В.,  
Яценко Б. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Особливого значення захворюваність працівників набуває на шкідливих виробництвах, де існують нормативні обмеження щодо стану здоров'я робітників і загроза швидкого прогресування захворювання. Тому випадки тимчасової втрати працездатності (ТВП) підлягають ретельному обліку й аналізу з метою запобігання фінансовим витратам, аваріям і перебоям у роботі підприємства, профілактики розвитку профпатології і значного погіршення стану внаслідок загальносоматичних захворювань.

**Мета** роботи — підвищити ефективність аналізу ТВП у працівників морегосподарського комплексу України.

**Матеріали та методи.** Було вивчено 1098 випадків ТВП працівників Одеського морського торговельного порту за період з 01.01.2016 р. по 30.11.2016 р. Розраховувались показники: діагноз,

що призвів до тимчасової втрати працездатності, кількість випадків непрацездатності, кількість календарних днів непрацездатності та ін. Також враховувались ознаки заниження показників ТВП згідно з рекомендаціями Міжнародної організації праці і ВОЗ.

**Результати.** Серед захворювань з ТВП: захворювання органів дихання — 731 (66,5 %) випадок, травми і отруєння — 104 (9,5 %) випадки, захворювання опорно-рухової системи — 88 (8 %) випадків, серцево-судинні захворювання — 41 (3,7 %) випадок, захворювання сечостатевої системи — 27 (2,5 %) випадків. Усі інші причини сумарно сягали до 10 % ТВП.

**Висновок.** Існуючі підходи до аналізу ТВП працівників не враховують впливу шкідливих факторів виробництва, стажу роботи, особливостей умов праці окремих груп, таких як вахтовий метод. Головними причинами ТВП на шкідливих виробництвах є гострі стани, спричинені екзогенними чинниками (травми, інфекції дихальних шляхів).

### ЗНАЧЕННЯ НАУКОВОЇ РОБОТИ В ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ З МЕДСЕСТРИНСТВА

Хватова О. О., Сегедіна Я. П.

*КВНЗ «Житомирський медичний інститут»  
ЖОР, Житомир, Україна*

Невід'ємною складовою навчальної діяльності бакалаврів та магістрів медсестринства Житомирського медичного інституту є науково-дослідна робота, яка дозволяє розкрити творчий та інтелектуальний потенціал кожного студента, а в подальшому бездоганно розв'язувати конкретні професійні, наукові та соціальні завдання.

**Мета дослідження.** Проаналізувати роль наукової роботи в підготовці фахівців з медсестринства на прикладі Житомирського медичного інституту.

**Матеріал та методи дослідження.** Розглянуто річні звіти студентського наукового товариства цього навчального закладу та відомості успішності студентів з 2015 по 2017 рр.

Використано: бібліосемантичний метод, методи системного аналізу та логічного узагальнення, статистичної обробки цифрового матеріалу.

**Результати дослідження.** Студентська наукова діяльність активно проводиться на усіх напрямках, кафедрах та відділеннях навчального закладу.

Протягом усього періоду навчання майбутні медичні сестри готують реферати, виконують самостійні роботи, курсові, науково-дослідні, магістерські, які містять не тільки огляд літератури, а й елементи наукового пошуку. Участь у конференціях, з'їздах, конгресах, конкурсах дозволяє студентам презентувати власні дослідження, спілкуватися з однодумцями, знайомитися з новими сучасними поглядами на проблеми сьогодення.

Основний показник, який характеризує значущість наукової роботи, — зростання якісного рівня успішності.

**Висновок.** Основним завданням студентської наукової роботи є забезпечення можливостей для рівного доступу молоді до здобуття профільної

освіти, неперервної впродовж усього життя, виховання особистості, здатність до самореалізації та мобільності в умовах реформування сучасного суспільства.

## МЕТОДИКА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР» ДО ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНОЇ ВЗАЄМОДІЇ НА ОСНОВІ КОМПОНЕНТІВ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Сегедіна Я. П., Хватова О. О.

КВНЗ «Житомирський медичний інститут»  
ЖОР, Житомир, Україна

**Актуальність.** На сучасному етапі соціального розвитку України значно підвищено вимоги до підготовки медичних працівників як до професіоналів. З огляду на інтеграцію України до європейського освітнього та наукового простору, професійна діяльність майбутніх медичних працівників потребує високого рівня освіченості, професіоналізму та культури.

**Мета** — теоретично розробити і практично перевірити авторську методику «Підготовка медичних сестер бакалаврів до професійно орієнтованої взаємодії».

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети використано: авторську методику, бібліосемантичний метод, методи системного аналізу та логічного узагальнення.

**Результати.** За основу було взято компоненти комунікативної компетентності медичних сестер, а саме: особистісний, професійний, етико-деонтологічний. Особистісний компонент: самоповага, врівноваженість, спостережливість, відповідальність, доброзичливість, дотримання субординації, професіоналізм, толерантність, повага до колег і пацієнтів. Професійний компонент: компетентність у професійній діяльності, саморозвиток, професійна ерудиція, критичне сприйняття та осмислення дійсності. Етико-деонтологічний компонент: інформування пацієнта про його права та про стан його здоров'я, гуманне ставлення до пацієнта, недопущення моральної та фізичної шкоди пацієнтові, повага автономії пацієнта, зберігання професійної таємниці, повага до своєї професії, шанобливе ставлення до своїх колег.

**Висновок.** Як результат впровадження методики було виділено та покращено рівень підготовки медичних сестер до професійної взаємодії, невід'ємною складовою якої є ефективність надання медичної допомоги.

## ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Рыжкова А. С., Шундель Т. О.

Донецкий национальный медицинский  
университет, Лиман, Украина

Медицина представляет собой одну из сфер деятельности человека, которая обладает уникальным языком и присущими только ей специфическими чертами. Язык медицинской литературы ха-

рактеризуется терминологической насыщенностью, особенно выделяются слова с греко-латинскими корнями. Нужно отметить, что во всех существующих языках можно найти определенные примеси, т. е. заимствования. Английский язык медицинской литературы не является исключением. Термины с греко-латинскими элементами оказали значительное влияние на образование и формирование пласта медицинской лексики в английском языке. Однако, несмотря на внушительный пласт этих терминов в медицине, большая часть из них приобрела интернациональный характер благодаря распознаванию медиками во всем мире. Так, при изучении темы «Строение человека (скелетная система, система основных органов)» трудности запоминания английских медицинских терминов происходит за счет их схожести с термином из первоисточника и сохранения первоначального оформления: *abdomen* (англ.) — *abdomen* (лат.), *pharynx* (англ.) — *pharynx* (лат.), *intestine* (англ.) — *intestinum* (лат.), *rectum* (англ.) — *rectum* (лат.), *muscle* (англ.) — *musculus* (лат.), *occipital* (англ.) — *occipitalis* (лат.). Из ряда приведенных примеров мы видим, что их запоминание, полное узнавание или перевод не вызывает никаких трудностей, а помогает студентам-медикам не только быстро, детально и точно понимать или воспринимать содержание англоязычного текста медицинского характера, но и получают необходимую для них информацию за максимально короткий промежуток времени. Процесс проникновения греко-латинских слов в медицинскую литературу способствовал расширению рамок медицинской терминологической базы, где параллельно некоторым словам с греко-латинскими корнями существуют их английские эквиваленты (*pharynx* — *throat*, *larynx* — *voice box*, *clavicle* — *collar-bone*, *thorax* — *chest*).

Проанализировав приведенные выше примеры, мы приходим к выводу, что многие медицинские термины принадлежат к интернациональной лексике, полностью или частично совпадая с передаваемым ими смыслом.

## ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Павленко К. М., Шундель Т. О.

Донецкий национальный медицинский  
университет, Лиман, Украина

Известно, что медицина представляет собой одну из наиболее древних областей деятельности человека, терминологический пласт которой наполнен устоявшейся лексикой, огромным количеством заимствований, разного рода сокращениями и усечениями, однако деятельный механизм современного общества способствует ее постоянно-му обогащению. В связи с интенсивным ростом знаний в медицинской области объем специальных научных терминов постоянно возрастает. Эти термины представляют собой понятия, которые используются для обозначения разнообразных патологических процессов и болезней в организме че-

ловека, при описании симптоматики заболеваний, методик диагностики, способов лечения, профилактики и т. д. Углубление и обогащение понятийного аппарата медицинской терминологии происходит вследствие целого ряда факторов.

Мотченко И. В. предлагает выделять следующие позиции, которые оказывают значительное влияние на формирование пласта английской медицинской терминологии:

1) достижения в области науки и техники, которые приводят к появлению новых приборов, что приводит, в свою очередь, к образованию новых названий и, как результат, медицинских терминов (*detector, pacemaker*);

2) появление новых направлений (*patient monitoring system, ultrasonic probe*);

3) социальные явления как с положительным, так и негативным значением для общества (*a drug addicted person, AIDS, HIV, SCID*);

4) образование новых терминов с греческими и латинскими элементами;

5) возрастание количества терминов интернационального характера (*screening, monitoring, diagnosis, analysis, pharynx, tincture*).

Таким образом, мы видим, что терминологический пласт медицины представляет собой динамическую систему, которая находится в постоянном развитии.

## ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ПЕРЕВОДА АББРЕВИАТУР В АНГЛИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Коломиец А. К., Шундель Т. А.

Донецкий национальный медицинский университет, Лиман, Украина

Тенденция экономии произносительных навыков нашла свое отражение и в английской медицинской литературе, где часто встречаются разнообразными сокращения, при этом наиболее распространенными являются аббревиатуры. Аббревиация помогает не только сократить номинативный объем определенной единицы или избежать информационной перегрузки, но и облегчить запоминание длинных названий. Расширение деривационных возможностей медицинской лексики за счет оптимизации языкового процесса и экономии языковой информации являются одними из главных причин функционирования аббревиации в англоязычной медицинской литературе. По мнению Л. Запоточной, аббревиатура — своеобразная лексика, которая может использоваться в качестве строительного материала для новой номинативной единицы. Так, некоторые аббревиатуры обладают синонимичным характером, т. е. одна графическая форма передает несколько значений (*V — valve / vein, CP — cerebral palsy / chest pain, CD — controlled drug / curative dose / Crohn's disease*), а иногда для выражения одного и того же понятия могут использоваться две графические формы (*D / dos — dose, dosage, fld / FL — fluid, PCN / PNC — penicillin. SQ, SC / subq, subcu — subcutaneous*). В связи с этим мы считаем необходи-

мым, во избежание двусмысленности и ошибок при трактовке этих единиц, на письме подавать их полную расшифровку. Важен и тот факт, что при переводе аббревиатур рекомендуется обращать внимание на контекстные рамки функционирования единиц, их многозначный и полисемантический характер, аналогичные принципы построения при сокращении, условия профессиональной коммуникации и т. п. Исходя из вышесказанного, мы приходим к выводу, что аббревиатуры, несмотря на обладание назывной функцией, как правило, не передают собственного значения и являются уменьшенным вариантом отражения значений данных исходных единиц.

## РЕАЛІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК УСНОГО МОВЛЕННЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ІНОЗЕМНОЇ МОВИ

Грудіновкер Г. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Серед студентів вищої школи є достатньо молодих ерудованих людей з глибоким креативним мисленням, і ми, педагоги, зобов'язані своєю підтримкою, увагою та допомогою сприяти переродженню їх інтелектуальних можливостей у творчі здібності. Адже саме такі особистості — ініціативні, амбіційні, в доброму сенсі цих слів, здатні до саморозвитку і самоосвіти, носії креативу є майбутнім нашої країни, її силою, гідністю та повагою в світовому науковому просторі.

У цьому ракурсі, коли освіта є універсальною складовою становлення творчої особистості, мова залишається її суттєвою базою. Знання іноземної мови вдосконалюють інтелектуальні здібності людини — пам'ять, послідовність, системність та логіку мислення.

Як відомо, особливі труднощі як викладання, так і засвоєння іноземної мови полягають в говорінні. Розуміння і висловлення своїх думок — основні складові іншомовної комунікації, інтеграція яких дає змогу брати активну участь у комунікативному процесі. Тому виховання розуміння почутого потребує позачергової уваги на лекціях та семінарських заняттях, де слід приділяти більше часу спілкуванню, адже в людині завжди присутній потяг до спілкування. У цьому її природна найякравіша особливість, яка формує такі риси характеру, як лояльність, толерантність, вміння слухати і відстоювати свою принципову позицію. І тому саме вектори спілкування та загального розвитку особистості в цілому, у тому числі і розвитку усної мови людини, завжди співнапрямлені.

Беззаперечно, що усні методи і форми вивчення мови, які реалізуються через спілкування і мають метою формування самостійного мислення, вміння аналізувати, узагальнювати та критично виражати особисте ставлення до проблеми, що вивчається, повинні посісти ключове місце в роботі зі студентами, адже саме в цьому полягає критерій незалежного володіння іноземною мовою.



Можна з впевненістю вказати на різні психологічні можливості, реалізація яких успішно формує навички усного мовлення. Це організація дискусійних клубів, бесід за «круглим столом», порушення «відкритих» питань та їх обговорення тощо. Якщо матеріал стосується наукової літератури, то потрібно ознайомитися з ним рідною мовою, що активно стимулює пізнавальний інтерес і одночасно вдосконалює мовні можливості студента. При цьому бажано використовувати набір текстів різного напрямку, які стосуються питання, що вивчається.

І тоді, працюючи над конкретною проблемою, студенти не тільки вдосконалюють іншомовні навички, а й своє наукове бачення даної проблеми, що є суттєвим підґрунтям всебічного розвитку творчої особистості.

### **КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ МАЙБУТНЬОГО МЕДИКА ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ**

**Сікорська М. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Комунікативна компетентність наявна на кожному етапі комунікативної інтеракції «лікар-пацієнт», однак повною мірою вона проявляється саме під час системного опитування, завдяки якому лікар має можливість з'ясувати необхідні для себе факти, на підставі яких констатує наявність симптомів, типових для певного виду захворювання.

Бар'єри, наявні при взаємодії лікаря з пацієнтом, спричиняють чимало конфліктних ситуацій, які виникають під час таких мікротем, як-от: *призначення лікування, симптоми та діагностика, встановлення діагнозу, здійснення медичних маніпуляцій*. Конфліктним дискурсом є мовленнєва взаємодія комунікантів, у результаті якої учасники відчують негативні емоції внаслідок вербального впливу один на одного, у зв'язку з тим, що ілюктивна домінанта мовної взаємодії характеризується наявністю зіткнення вербально виражених цілей.

Толерантність спілкування потребує від лікаря володіння спеціальними тактиками гармонізації дискурсу: зниження категоричності висловлювання, що виражає думку, оцінку тощо.

Спостереження за комунікативною поведінкою лікаря показали, що в ньому переважає певний набір регулярно відтворюваних емоцій, вербалізованих його учасниками (позначених нами дискурсивними емоціями). Створений ними своєрідний емоційний фон характеризує емоційну домінанту дискурсу. Емотивність медичної комунікації обмежена переважно рамками чотирьох типів комунікативних ситуацій, у яких відбувається обговорення таких тем: проведення раннього обстеження та лікування, проблем адаптації до захворювання, запитань про приватне життя пацієнта, «делікатних» тем. Основними засобами реагування на емотивні репліки пацієнтів є демонстрація емпатії, сугестія, утішення та підбадьорення.

### **СУГЕСТІЯ ЯК СКЛАДОВА МЕДИЧНОЇ КОМУНІКАЦІЇ**

**Ревурко А. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Медична комунікація передбачає спілкування між собою медичного персоналу, а також між медиками і пацієнтами, родичами пацієнтів. Медична комунікація використовується для діагностики хвороби, уточнення діагнозу, прийняття та обґрунтування обраної методики лікування.

Будь-якому дискурсу, а особливо медичному, притаманна сугестивна функція. Мовленнєвий сугестивний вплив — невід'ємний компонент акту комунікації, що виявляється у зміні конфігурацій стандартних та індивідуальних уявлень під впливом інформації тексту.

Для медичної комунікації максимально характерна сугестивна функція, оскільки інформація, що передається лікарем, впливає на пацієнта, його почуття і розум, змінює його внутрішній світ, регулює поведінку. Пацієнт сприймає таку інформацію як апріорну даність, бо вона надходить від авторитетної особи (лікаря). Сугестивність медичного спілкування реалізується у вербальних (настанови, сформульовані лікарем у вигляді «директив», виражених як команда, порада, рекомендація, інструкція, заборона) і невербальних (відкриті пози, жести, мімічні реакції, міжособистісна дистанція, погляд, уважне слухання відповідей пацієнта) формах.

Сугестивність у медичному дискурсі виявляється в єдності з раціонально-логічним спілкуванням. Під впливом стресу або захворювання сугестивність пацієнта посилюється. Таким чином, навіювання максималізується, якщо воно відповідає потребам та інтересам адресата і якщо джерелом інформації є людина, що володіє високим авторитетом і користується безумовною довірою.

Перспективу роботи пов'язуємо з можливістю поглибленого аналізу окремих різновидів медичної комунікації.

### **РЕВОЛЮЦІЯ ГІДНОСТІ. ПАМ'ЯТАЄМО. З УКРАЇНОЮ В СЕРЦІ**

**Громадченко А. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Євромайдан, Єврореволюція, Революція Гідності — усі ці назви сьогодні стали невід'ємною складовою в розбудові української державності.

Важливим етапом в історії незалежної України мав стати Вільнюський саміт східного партнерства 28–29 листопада 2013 р. Але незадовго до цього була зроблена неочікувана для всіх заява: Кабінет Міністрів України вирішив призупинити процес підготовки до укладання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Такий хід подій аж ніяк не влаштовував українців, які поклали великі надії на співробітництво України з ЄС, а тому зроблена заява стала тим каталізатором, який призвів до перших актів протесту.

Застосування сили проти мирних людей викликало хвилю обурення української громадськості. Цей момент став переломним у революції. Поступово протести перетворилися із проєвропейських на антиурядові і стали значно масштабнішими.

21 листопада 2013 р. — 22 лютого 2014 р. — етап прояву українцями неабиякої сили, мужності, гідності, віри та міцності духу. Вони показали усьому світу, що вищою метою для українського народу є збереження людських цінностей та основ демократії. А будь-яке зазіхання на них з боку ворогів зазнає невдачі і буде покаране. Проте за відстоювання цих ідей довелося заплатити дорогою ціною — кров'ю *«Небесної Сотні»* — патріотів, які поклали своє життя на вівтар для захисту рідної Батьківщини. У цих трагічних подіях смерть кожної людини — це не просто втрата однієї сім'ї, а біль усього народу. Революція Гідності показала, що в країні настав час для реформ і кардинальних змін. Саме тепер українцям вдалося скинути ярмо «радянського совка» та стати на шлях формування повноцінного громадянського суспільства. Але боротьба за свою державу ще не завершилась. Наступним випробовуванням для України стала анексія Криму Російською Федерацією та війна на Сході.

#### **АЛЬТРУЇЗМ І САМОПОЖЕРТВА: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ**

**Єлісеєва Є. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У наш час, на жаль, не існує точних розуміння моральності та моралі. У будь-якому суспільстві є писані й неписані правила, які визначають, що можна робити, а що категорично заборонено. Людина, яка порушила правила, не завжди піддається покаранню з боку держави та її структур, але може стати вигнанцем у суспільстві. У цих випадках говорять, що були порушені моральні принципи, прийняті в середовищі. Саме явище самопожертви у словниках — це «жертвування собою, своїми особистими інтересами заради добробуту інших». Слово «альтруїзм» означає більшу турботу про інших, ніж про себе, або ж турботу про інших на шкоду собі, аж до самознищення. Тому альтруїзм як норма поведінки може бути згубним як для самого альтруїста, так і для інших. Альтруїзм може мати руйнівні наслідки для тих, на кого він спрямований, тому що не створює умов для формування самодостатньої особистості. Водночас самопожертва знаходиться поруч із героїзмом, патріотизмом, безкорисливістю, широсердністю, самовідданістю, саме тому вона має дуже важливе значення у медичній практиці, особливо це стосується України сьогодення. Створюється велика кількість спеціальних медзагонів, добровольчих мобільних шпиталів тощо. Незважаючи на той факт, що дуже велика допомога у всіх сферах, пов'язаних з АТО, здійснюється завдяки волонтерам, допомога медперсоналу є безцінною. Дуже важко надавати допомогу на полі бою через нестачу ліків і допоміжних засобів, але наші спеціалісти знаходять вихід із будь-якої ситуації. Такі

приклади є. Медик добровольчого батальйону «Гіппократ», 59-річний Тарас Попадюк, на запитання, яким чином він опинився у найгарячішій точці Донеччини с. Піски, відповідає: «Це стан душі і внутрішня потреба, які рухали мною». Необхідно виховувати альтруїзм, і це дуже важливо для формування особистості медичного працівника.

#### **КУЛЬТ ТІЛА В СУЧАСНІЙ КУЛЬТУРІ**

**Вовраженцева Р. Д.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Стандарти краси нав'язуються з раннього дитинства шляхом трансляції стереотипів зі сторінок глянцевого журналістики, екранів телевізорів, соціальних мереж, з боку рідних і оточення. Жінки народжуються і живуть у світі, де до їхнього зовнішнього вигляду висувають величезну кількість вимог, які називаються «доглядом за собою» і підносяться, як щось необхідне. Стандарти впливають негативно, тому що замінюють реальні потреби жінок штучними, часто не потрібними їм. Ще з історії відомо про чопіни, на яких неможливо було пересуватися, корсети, які деформували грудну клітку, бинтування ніг, нанесення отрути на шкіру, в очі та безліч інших небезпечних процедур. У нашій країні клініки щороку проводять косметичні операції приблизно у 1,4 млн жінок і 200 тис. чоловіків, а також здійснюють ще 13 млн процедур з «мінімальним втручанням» — лицьові ін'єкції від зморшок або хімічний пілінг для поліпшення шкіри. З кожним роком операції, що проводяться з метою зміни зовнішності, стають все більш небезпечними, зростає кількість жінок, які змінюють свою зовнішність за допомогою хірургії. На даний момент однією з найнебезпечніших є операція зі зміни овалу обличчя, яку почали масово проводити в Південній Кореї. Найпопулярнішими операціями є збільшення або зменшення грудей, мастопексія, або підтяжка грудей, блефаропластика та зменшення кількості підшкірного жиру. Сьогодні змінюється все: форма та розмір сідниць, форма очей, форма вух, форма статевих губ (кількість пластичних операцій на жіночих геніталіях зростає за останні 10 років утричі — вікова категорія пацієнток від 15 до 24 років). Отже, стандарт ідеального тіла змушує жінку зосередитися на виконанні певних ритуалів. Це абсурдне заняття позбавляє їх сил, часу, грошей і є небезпечним для життя, може призвести до смерті. Але вихід із ситуації є: через зміну виховання, мислення людей та самих стандартів. Влада повинна втручатися у це питання шляхом контролю ЗМІ або іншими заходами.

#### **БОРИС ВОЗНИЦЬКИЙ — РЯТІВНИК ПІДГОРЕЦЬКОГО ЗАМКУ**

**Бакун М. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

На території України знаходиться велика кількість об'єктів культурної спадщини. Культурна спадщина — це фундамент, на якому сьогодні стоїть національна культура, що включає пам'ят-

ки історії, архітектури, монументального мистецтва, археології, садово-паркового мистецтва та ландшафтів.

Підгорецький замок — історико-архітектурний шедевр XVII століття, один із найкрасивіших замків України в стилі ренесанс, який за вишуканістю не поступається французькому Версалю. Розташований він у селі Підгірці Львівської області.

Борис Возницький планував провести комплексну консервацію і перетворити об'єкт на музей, який був би відкритий для широкого загалу. Його мрією було виграти конкурс у програмі Фонду Ріната Ахметова «Динамічний музей». Ці кошти, на його думку, могли врятувати Підгорецький замок.

Підгорецький замок розташований на краю рівнинного плато, що на одному з відрогів Вороняків (частина Подільської височини), на висоті 399 м над рівнем моря, неподалік від долини верхів'їв річки Стир. Південна частина плато у цьому місці рівнинна, саме в її бік спрямовані укріплення замку і в'їзна брама, а в бік Бродівської рівнини — палац, з вікон якого відкривається чудовий краєвид. Під час хорошої погоди місцевість на північ проглядається на десятки кілометрів. Замок має форму квадрата, одна сторона якого дорівнює приблизно 100 метрів. На його рогах розташовані п'ятикутні bastiони. Музей-заповідник «Золочівський замок» увійшов до одного з найцікавіших туристичних маршрутів Галичини під назвою «Золота підкова». Маршрут включає відвідання трьох замків, кожен з яких не схожий на попередній. Це замки Підгірці, Олесько і Золочів.

### АДАПТАЦІЙНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ

Семенів А. І.

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

Активні психосоціальні програми знижують потребу у психофармакологічних засобах, проте це створює низку небезпек для пересічного громадянина (1,6 мільйонів психічно хворих людей — голова комітету Ради з питань охорони здоров'я Ольга Богомолець, вересень 2016 р.).

**Мета** роботи полягає у визначенні та аналізі адаптаційних аспектів реабілітації психічно хворих у контексті зменшення ризиків для оточуючих.

Труднощі виникають у зв'язку з невідповідністю звичайних людей, нестачею ресурсів, знеохоченням на деінституалізацію, але не спрямованих на адаптацію, потрапляння внаслідок цього хворих у в'язниці, лікарні. Питанням займалися С. Табачников, Є. Горбань, Б. Михайлов, І. Влох, М. Маркова («Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні»), Г. Пріб («Медико-соціальна адаптація осіб, які страждають на психічні та поведінкові розлади»), А. Коцюбинський, Н. Шейніна («Основні поняття концепції адаптації психически больных»). Психічно хворі — особи, у яких у зв'язку з розладами діяльності головного мозку пору-

шується правильне сприйняття і усвідомлення навколишніх явищ і змінюється їх поведінка. Варіанти забезпечення громадян: обмеження контакту з хворим, консультації спеціаліста з приводу побудови взаємовідносин, контакт з лікуючим лікарем, інтеграція в колектив професійного спеціаліста. А також заходи для соціальної адаптації хворого: співпраця з сім'єю, контроль за взаємодією з лікарем, освітня програма для колективу, надання обов'язків, які сприятимуть покращанню стану хворого, наявність одного постійного лікаря.

**Отримані результати** свідчать про те, що 58 відсотків людей погоджуються на існування психіатричного хворого в колективі, а 42 — ні.

**Висновки.** Реабілітація хворих повинна відбуватися на засадах соціальної інтеграції хворого, за можливості відновлення його матеріальної незалежності, за умов створення безпечної обстановки оточуючих.

### ПРАВА ПРАВОПОРУШНИКІВ ТА БІОМЕДИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ: ТЕСТ НА ЛЮДЯНІСТЬ

Шалолашвілі А. Д.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — показати, що особи, які скоїли правопорушення та покарані обмеженням волі за ґратами, не є «матеріалом» для біомедичних досліджень навіть з найліпшою метою допомоги людству, що подібні «взаємодії» правопорушників і медиків є, в першу чергу, тестом на людяність медичного співтовариства та суспільства в цілому. Актуальність теми полягає в тому, що біомедичні дослідження не завжди мають спрогнозований результат, і для медиків, які їх проводять, є певні етичні межі при зверненні до осіб, які вже мають провину перед суспільством, знаходяться «поза законом». Адже при впровадженні такого подвійного спокутування провини в результаті розвиваються етичні межі щодо інших людей — наприклад, соціально вразливих, сиріт тощо.

Сьогодні українське суспільство вже достатньо обізнане щодо проведення біомедичного дослідження, де матеріалом виступають особи «поза законом». Наприклад, це історії нацистських концтаборів з проведенням біомедичних досліджень Йозефом Менгелем або сумнозвісна хірургічна лоботомія, де очікуваний позитивний результат виявився інвалідизацією осіб «поза законом». Проблема полягає в тому, що, за концепцією «небезпечного знання» В. Р. Поттера, навіть при добре спрогнозованому результаті природа не відкриває всі свої властивості, і дослідник більш-менш суттєво помиляється.

**Висновок.** З особами, які не скоїли правопорушення, укладають більш чесний договір на біомедичне дослідження, з більшою відповідальністю, але якщо йдеться про правопорушника, то аспект перебування його за ґратами так чи інакше впли-



ває на договір, що неприпустимо з етичної точки зору. Біомедичне дослідження над особою «поза законом» — тест на людяність для суспільства.

## **ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СНА В КОРРЕЛЯЦИИ С РЕШЕНИЕМ ПРОБЛЕМЫ СОЗНАНИЯ И ТЕЛА**

**Влаева А. М., Давтян Л. А.**

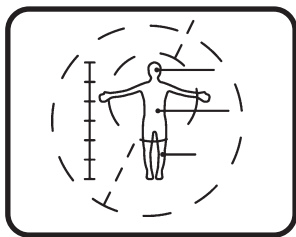
*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Все люди хотя бы раз в жизни задавались вопросами: что такое сон, для чего он нужен и почему мы так много времени тратим, на первый взгляд, впустую. Человечество тысячелетиями пытается ответить на следующие актуальные вопросы: откуда берутся сюжеты для сна? Реальны они или все-таки являются выдумкой? **Цель** нашей работы — рассмотрение онтологического статуса сна в корреляции с решениями, которые существуют в рамках “mind-body problem”.

Анализируя онтологический статус сна с различных точек зрения и сопоставляя его с возможными решениями “mind-body problem”, становится заметным, что большая часть теорий западно-

го мира склоняется к различным видам функционализма, в то время как представители восточного мира, напротив, тяготеют к идеалистическим воззрениям на природу сна. Тем не менее в наше время диалог между нейронаукой и буддийскими созерцательными традициями набирает обороты, и первые его результаты говорят о том, что данные медитативных практик — ценнейшая составляющая всякой будущей науки о сознании, следовательно, и о сне. Данный диалог выстраивается в условиях актуального направления — нейрофеноменологии. Ее основной посыл, по мнению австрийско-американского философа Ф. Капры, состоит в том, что физиология мозга и опыт сознания должны рассматриваться как две равнозначные и взаимозависимые области исследования. Методическое изучение опыта и анализ соответствующих нейронных структур и процессов будут накладывать взаимные ограничения, так что два этих подхода смогут направлять друг друга, соединяясь в систематическое исследование сознания.

Развитие такого направления в нейронауке, как нейрофеноменология сна, на наш взгляд, является многообещающей темой для исследований.



## СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ НАУК ТА СИМУЛЯЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

### Секция морфологических наук и симуляционной медицины

### Section of Morphological Sciences and Simulation Medicine

#### ИЗМЕНЕНИЕ СКОРОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В КОЖЕ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФРАКЦИЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ РАЗНОЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССЫ ПОСЛЕ ОЖОГОВ

Рудой Д. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Исследование морфологических изменений в коже под действием гелей, содержащих гиалуроновую кислоту с разной молекулярной массой, дает возможность определить эффективность применения средств на основе гиалуроновой кислоты для увеличения скорости репарации тканей после ожогов.

**Задачи.** Установить, какие изменения в коже происходят после нанесения гелей, содержащих гиалуроновую кислоту разной молекулярной массы, в динамике времени.

**Цель работы.** Оценить способность фрагментов низко- и высокомолекулярной гиалуроновой кислоты увеличивать скорость заживления послеожоговых ран путем изучения биоптатов кожи кроликов.

**Материалы и методы исследования.** Экспериментальное исследование проводилось на 9 кроликах, которые были разделены на три группы. На коже правой половины спины всех животных использовалась модель термического ожога. Через час после моделирования эксперимента на животных второй (3 животных) и третьей (3 животных) групп использовались гели, содержащие гиалуроновую кислоту с разной молекулярной массой (20 000–40 000 Да на животных второй группы и 50 000–100 000 Да — третьей). Для лечения первой группы (3 животных) никаких гелей не применялось.

Животных выводили из эксперимента через 7, 14 и 21 сут., вырезая у них полоски кожи с правой стороны спины под наркозом, после чего рану зашивали. Кусочки кожи фиксировали 10 % раствором нейтрального формалина. Через 3 дня фиксации из биоптата вырезали кусочки размером 0,5–0,8 см и заливали в парафиновые блоки по стандартной методике. Гистологические срезы красили гематоксилином и эозином для исследования общей структуры кожи и репаративных процессов.

**Результаты.** Для оценки результатов эксперимента бралось во внимание состояние эпидермиса, сосочкового и сетчатого слоев дермы кожи, содержание клеток (фибробласты и нейтрофилы) и соединительно-тканых элементов. На 7-й день эксперимента существенной разницы от эффектов фрагментов низко- и высокомолекулярной гиалуроновой кислоты выявить не удалось, однако на 14-е и 21-е сутки была выявлена значительная разница количества клеток и состояния слоев дермы. Так, на 21-е сутки после применения высокомолекулярного раствора нейтрофилы в препарате обнаружены не были, количество фибробластов и коллагеновых волокон было значительно больше.

**Выводы.** Высокомолекулярная гиалуроновая кислота вызывает ускорение процессов заживления послеожоговых ран, приводит к увеличению количества и активности фибробластов кожи, снижению количества нейтрофилов, более раннему формированию грануляционной ткани. Эффекты же низкомолекулярной фракции едва заметны.

#### НЕСООТВЕТСТВИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Торчанина П. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** В настоящее время рентгенологические методы исследования в судебной медицине становятся все более актуальными и часто используются. Еще ни один случай травматического повреждения не обошелся без рентгенологического исследования, на основе которого определяют степень тяжести повреждений. Так же значимы в судебно-медицинской экспертизе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.

**Цель.** Выявить причины недостоверности рентгенологических данных. Анализ судебно-медицинского случая при расхождении рентгенологического заключения в медицинской карте больного.

**Выводы.** В первую очередь судебно-медицинский эксперт при изучении материалов дела должен учитывать тот факт, кем были описаны рентгенологические снимки — врачом-рентгенологом

или врачом другой специальности. Ошибочных заключений во втором случае всегда больше. При неясных или спорных моментах необходимо назначать дополнительные методики рентгенологического исследования, которые гораздо эффективнее выполнять в специализированных ЛПУ. Направляя рентгенограммы на консультацию, лучше ориентироваться на рентгенологов, имеющих опыт работы с травматологическими пациентами. Следует помнить, что не стоит выносить окончательные вердикты по некачественным рентгенограммам.

## **ГЕАНГИОМА ХОРИОЇДЕЇ ЯК НАСЛІДОК ВТОРИННОГО АНГІОМАТОЗУ**

**Каплун А. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Переважаюча локалізація внутрішньоочних меланом в хоріоїдеї створює ілюзію того, що пухлина виникає в судинній оболонці ока, але з цим не стикається грибоподібна форма. Вивчення феномена внутрішньоочного грибоподібного росту дозволило запропонувати концепцію пігментно-епітеліального походження внутрішньоочних меланом.

Під час роботи було проведено гістоморфологічне дослідження 10 гістопрепаратів гемангіом і 10 метастатичних пухлин хоріоїдеї, що надійшли за останні 3–4 роки.

Дослідження дозволило виявити зміни пігментного епітелію і порушення цілісності мембрани Бруха в місці найбільшої проміненції хоріоїдального вузла в усіх досліджених гемангіомах, що доводить злоякісність процесу. Деструкція мембрани Бруха і пов'язане з цим ексудативно-геморагічне відшарування сітківки є не результатом росту капілярної гемангіоми в хоріоїдеї, а зумовлені розвитком пухлини пігментного епітелію.

Для остаточного розв'язання цього питання потрібно провести імуногістохімічне дослідження з метою визначення в проліферувальних клітинах пігментного епітелію маркерів, специфічних для неоплазми, що дозволить усунути невідповідність між сформованим уявленням щодо доброякісності капілярної гемангіоми, яке продиктоване морфологією, і реально спостережуваним в клініці злоякісним перебігом, який нерідко закінчується енуклеацією ока.

## **БІОРЕВІТАЦІЙНІ ЗМІНИ В ШКІРІ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ТВАРИНАМ РІЗНОГО ВІКУ**

**Рудой Д. О., Рибачук Є. Ю., Башинська О. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Дослідження морфологічних змін в шкірі після введення гіалуронової кислоти дає змогу обґрунтувати ефекти на шкірі, отримані після процедур біоревіталізації.

**Мета роботи.** Визначити, які зміни відбудуться в дермі шкіри піддослідних тварин після введення розчинів гіалуронової кислоти на тканинному рівні. Обґрунтувати, як ці зміни можуть покращувати стан мікрорельєфу шкіри. Порівняти результати від дії розчинів різної концентрації у тварин різних вікових груп.

**Матеріали та методи дослідження.** Експериментальне дослідження проведено на 16 кроликах, які були розділені на п'ять груп: 1-ша (4 особини) — молоді тварини, яким вводили 1 % розчин гіалуронової кислоти; 2-га (4 особини) — старші тварини, яким вводили 1 % розчин гіалуронової кислоти; 3-тя (4 особини) — молоді тварини, яким вводили 2 % розчин гіалуронової кислоти; 4-та (4 особини) — старші тварини, яким вводили 2 % розчин гіалуронової кислоти; 5-та (2 особини) — інтактні тварини. Тваринам 1-ї, 2-ї, 3-ї та 4-ї груп одноразово у шкіру міжлопаткової ділянки справа та зліва вводили 0,5–1 мл 1 % або 2 % розчину гіалуронової кислоти. Контролем були інтактні тварини. Тварин виводили з експерименту через 14 днів та 2 міс. після введення препарату. У вказані терміни під наркозом вирізали смужку шкіри у місцях введення препарату, після чого рану зашивали. Шматочки шкіри фіксувались у 10 % розчині нейтрального формаліну. Через 3 доби фіксації з біоптату вирізали шматочки розміром 0,5–0,8 см та заливали у парафінові блоки за стандартною методикою. Гістологічні зрізи фарбувались гематоксиліном і еозином (для дослідження загальної структури шкіри) та за ван Гізеном (для дослідження стану сполучної тканини).

**Висновки.** Морфологічне дослідження препаратів шкіри тварин різних вікових груп показало, що після введення розчинів гіалуронової кислоти як у сітчастому, так і в сосочковому шарах дерми збільшуються кількість та товщина колагенових волокон. Їх розташування стає більш впорядкованим, що сприяє розгладженню борозен та нерівностей на поверхні шкіри. При введенні 1 % розчину гіалуронової кислоти такі зміни більш виражені у сосочковому шарі у молодих тварин. Реакція тканин на введення зберігається протягом 2 міс.

## **ІМУНОГІСТОХІМІЧНА АКТИВНІСТЬ ПРОГЕСТЕРОНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ ЕУ- ТА ЕКТОПІЧНОГО ЕНДОМЕТРІЯ ЗА НАЯВНОСТІ АДЕНОМІОЗУ В ПОСТМЕНОПАУЗІ**

**Гончаренко Г. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Аденоміоз не має вікових обмежень і часто супроводжується гіперпластичними процесами ендометрія. Диференціальний підхід до застосування гормональної терапії визначається специфічними прогестероновими рецепторами. Постає питання: як поводити себе прогестеронові рецептори у вогнищах аденоміозу в постменопаузі, коли гормональний фон повинен згасати?

**Метою** дослідження є визначення активності PR еу- й ектопічного ендометрія за наявності аденоміозу в постменопаузі.

**Матеріали та методи.** Досліджено 30 випадків аденоміозу за гіперпластичних процесів в ендометрії (ендометріодна аденокарцинома матки і гіперплазія ендометрія) та без у пацієнок у віці 51–73 роки. Проведено імуногістохімічне дослідження для встановлення експресорної активності PR.

**Результати.** Оцінюючи рівень експресії PR-рецепторів, установили, що для залозистого компонента еутопічного ендометрія характерні високі середні показники забарвленості PR-рецепторів. Виявлено таку закономірність для еутопічного ендометрія: максимальні бали рівнів активності PR-рецепторів при простій неатиповій гіперплазії та зниження їх при комплексній атипичній гіперплазії. Відзначено зростання рівнів експресії PR-рецепторів відповідно до зростання ступеня диференціації АДКЕ. Було здійснено порівняльний аналіз результатів із даними інших науковців.

**Висновки.** Встановили, що вогнища аденоміозу у жінок в постменопаузі зберігають свою PR-активність. Показана відсутність достовірних відмінностей ( $p < 0,05$ ) між рівнями експресії PR-рецепторів залозистого і стромального компонентів як у вогнищах ендометріодних гетеротопій, так і в еутопічному ендометрії.

## ЧАСТОТА КОЛЬПИТОВ И ЦЕРВИЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Саид-Хассан Р. Х.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Эндометриоз как внешний, так и внутренний — это разноплановая проблема, связанная с возникновением злокачественного новообразования, а также с бесплодием.

Актуальным является изучение диспластических и воспалительных процессов у данной категории пациенток.

**Цель исследования.** Установление наличия диспластических процессов, кольпитов и цервицитов у разных возрастных групп пациенток.

Проанализированы диспластические процессы, кольпиты и цервициты у женщин разного возраста с внешним эндометриозом и аденомиозом, обратившихся в многопрофильный медицинский центр в 2016–2017 гг.

За указанный период к гинекологу обратились 2309 женщин: 5 человек (до 35 лет) и 43 человека (старше 35 лет) с аденомиозом, 8 человек (до 35 лет) и 4 человека (старше 35 лет) с внешним эндометриозом. Кольпиты и цервициты в группе пациенток до 35 лет наблюдались у 7 человек, также отмечалась слабая дисплазия цилиндрического эпителия у 1 пациентки. В группе старше 35 лет выявлено 13 человек с кольпитами и цервицитами, 3 — со слабой дисплазией цилиндрического эпителия.

Таким образом, у женщин с аденомиозом диспластические изменения эпителия чаще наблюдаются у женщин старше 35 лет, а у женщин с внешним эндометриозом — до 35 лет.

Исследования позволяют сделать вывод о том, что воспалительные процессы у женщин с внешним эндометриозом встречаются чаще, чем при аденомиозе. При этом у пациенток с аденомиозом нарушения преобладают в группе старше 35 лет, а при эндометриозе наблюдается противоположная тенденция.

## ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ОЦІНКА ХІРУРГІЧНОГО КРАЮ МАКРОПРЕПАРАТУ ПІД ЧАС РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ: ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Маліченко А. Р., Сивий С. М., Приходько І. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Лікування місцево-розповсюдженого раку передміхурової залози, відповідно до рекомендаціїEAU, включає радикальну простатектомію. При морфологічному дослідженні операційного матеріалу найчастіше спостерігається позитивний хірургічний край резекції по задньоблатеральній поверхні. Резидуальна пухлина може погіршувати віддалені онкологічні результати оперативного втручання як етапу мультимодального лікування. Інтраопераційне дослідження хірургічного краю резекції за новою методикою (подібно до методики Moch при пухлинах шкіри) дозволяє панорамно оцінити край резекції за наявності пухлини, вказати її топографію та площу.

За 2017 р. було досліджено 10 макропрепаратів після радикальної простатектомії. Позитивним виявився хірургічний край у 6 випадках, у зв'язку з чим було виконано резекцію уточненої ділянки тканин, що було підтверджено повторним інтраопераційним дослідженням. Нова методика дозволила підвищити радикальність оперативного втручання, планувати обсяг операції у пацієнтів з місцево-розповсюдженим раком передміхурової залози та покращити віддалені результати лікування.

## ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Грищенко С. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Изучено 15 монохориальных моноамниотических бифуникулярных последов при клинически неосложненной беременности. Контрольная группа насчитывала 5 последов. В этой группе наблюдений средняя масса плацент близнецов мужского пола (9 наблюдений) составила  $(900,0 \pm 16,0)$  г, женского пола (6 наблюдений) —  $(920,0 \pm 41,0)$  г, средний объем их соответственно равен  $(983,0 \pm 155,0)$  см<sup>3</sup> и  $(1067,0 \pm 77,5)$  см<sup>3</sup>, средний ППК —



0,18 и 0,19. Выявлена прямая зависимость между массой, объемом плацент и массой близнецов.

При клинически неосложненной беременности гемодинамические нарушения в ткани плацент этого вида строения умеренно выражены, носят острый характер и локализуются в краевой зоне. Острые расстройства маточно-плацентарного кровообращения с развитием одиночных ретроплацентарных гематом, множественных инфарктов, одиночных интраплацентарных тромбов, очаговых кровоизлияний в межворсинчатое пространство чаще возникают при доношенной беременности.

Морфологические особенности монохориальных моноамниотических плацент наиболее полно проявляются при изучении развития и распространности компенсаторно-приспособительных процессов. Если в плацентах при одноплодной беременности эти процессы в наибольшей степени выражены в центральной части, а периферическая малоактивна, то в ткани плацент при многоплодной беременности складывается иное соотношение. Во-первых, в случаях клинически неосложненной беременности степень выраженности компенсаторно-приспособительных процессов по всем морфофункциональным показателям значительно выше ( $t > 2$ ), чем в ткани плацент при одноплодной беременности. Во-вторых, в плацентах этого вида строения активно включается в компенсаторно-приспособительный процесс краевая часть.

Инволютивно-дистрофические процессы в монохориальных моноамниотических плацентах при клинически неосложненной беременности в основном соответствуют ее сроку.

## КРИСТАЛОГРАФИЯ СЛИНИ

Дудкіна О. О.

*ДВНЗ «Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова», Вінниця, Україна*

**Вступ.** Дані літератури свідчать про досить активну зацікавленість науковців у проведенні досліджень по вивченню мікрокристалізації слини. Головними перевагами кристалографій ротової порожнини є неінвазивність, простота виконання, доступність, інформативність, економічність, обмежена можливість повторних аналізів (відсутність ризику негативного ефекту для пацієнта), можливість проведення масових досліджень, безпечність (ризик зараження медичного персоналу значно менший, ніж при роботі з кров'ю).

**Мета роботи.** Дослідити інформативність методу кристалографії слини.

**Матеріали та методи.** При аналізі даних літератури виявляється, що рівноцінно застосовуються два методи «кристалізації» слини. Перший — випаровування рідини з слини (крайова або клиноподібна дегідратація). Другий метод — кристалографічний метод дослідження (тезиграфія), заснований на дослідженні форм кристалів, що отримані за дії кристалоутворювальної речовини (звичай це хлорид міді). Ми використовували для

дослідження нестимульовану кристалографію, випаровуючи рідину з слини методом клиноподібної дегідратації.

**Результати.** У 1-й групі в центральній сольовій зоні препарату визначається єдина структура кристалів з дендритоподібними відростками, що мають тенденцію до злиття між собою. У периферичній зоні 15–20 рівномірних радіальних тріщин. Периферична зона широка та вільна від кристалів. Кристалізація починається у перехідній зоні.

У 2-й групі в центральній сольовій зоні препарату розрізнені поодинокі хрестоподібні кристали з меншою кількістю дендритних утворень. Периферична зона звужена, має як радіальні, так і різноспрямовані малі тріщини. Вже у білковій зоні починається процес кристалізації (розширена перехідна зона).

У 3-й групі в центральній сольовій зоні препарату велика кількість аморфних структур, поодинокі розрізнені відламки кристалів та дендритних утворень.

Периферична (білкова) зона вузька, у вигляді смужки з численними, хаотично розташованими тріщинами та кристалоподібними утвореннями.

**Висновки.** Кристалографічні методи можуть служити чутливим індикатором функціонального стану не тільки ротової порожнини, а й організму в цілому. Кристалографія ротової рідини може розглядатись як досить простий, економічний, неінвазивний та інформативний спосіб тестування стану організму в цілому і зубощелепної системи зокрема.

## ДИНАМІКА ВМІСТУ КЕЛИХОПОДІБНИХ КЛІТИН СЕРЕД КЛІТИН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НОСОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ ЩУРІВ У ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ДІЇ АНТИГЕНУ

Матвейшина Т. М., Артюх О. В.

*Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна*

У зв'язку з частими епідеміями грипу дослідження впливу внутрішньоутробного антигенного навантаження на зміни реактивності органів плода, а особливо носової частини глотки, є актуальним питанням.

**Мета.** Дослідити динаміку вмісту келихоподібних клітин серед клітин слизової оболонки носової частини глотки щурів після внутрішньоутробної дії антигену.

**Матеріали та методи дослідження.** Об'єкт дослідження — носова частина глотки 112 білих лабораторних щурів на 1-шу, 3-тю, 7-му, 14-ту, 21-шу, 45-ту, 90-ту добу постнатального періоду. Тварин поділили на три групи: I — інтактні; II — тварини, яким на 18-ту добу датованої вагітності внутрішньоплідно введено антиген (спліт-вакцина Ваксігріп для профілактики грипу інактивована рідка) за методом М. А. Волошина; контроль — тварини, яким на 18-ту добу датованої вагітності введено 0,9 % NaCl. Матеріал фіксували у

рідині Буена. Гістологічну обробку матеріалу проводили стандартним методом. Парафінові серійні зрізи завтовшки 5–6 мкм фарбували реактивом Шиффа з дофарбуванням ядер гематоксиліном Ерліха. На умовній одиниці площі 5000 мкм<sup>2</sup> при імерсійному збільшенні мікроскопа підраховували вміст келихоподібних клітин серед клітин одношарового однорядного та одношарового багаторядного епітелію. Отримані результати обробляли методами варіаційної статистики з використанням програми STATISTICA 6.1 та вважали статистично вірогідними, якщо  $p \leq 0,05$ .

Встановлено, що динаміка вмісту келихоподібних клітин серед клітин одношарового однорядного та одношарового багаторядного епітелію носової частини глотки щурів має хвилеподібний характер у тварин всіх досліджуваних груп. У антигенпремійованих тварин вміст келихоподібних клітин статистично вірогідно підвищений серед клітин одношарового однорядного епітелію на 1-шу, 7-му, 21-шу добу, а серед клітин одношарового багаторядного епітелію — на 1-шу та 3-тю добу життя порівняно з контролем.

**Висновки.** В антигенпремійованих тварин спостерігається збільшення вмісту келихоподібних клітин серед клітин одношарового однорядного та багаторядного епітелію.

## ФОРМУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ВНАСЛІДОК ТРИВАЛОГО НАДХОДЖЕННЯ ПАЛЬМОВОЇ ОЛІЇ В РАЦІОН ЩУРІВ

Мазніченко Є. О., Касаткін А. А.,  
Хуссейн А., Яковлев К. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Пальмова олія (ПО) включає небезпечні для організму насичені (пальмітинова) та корисні ненасичені жирні кислоти (олеїнова, лінолева), щоденне споживання яких призводить до стійкого підвищення рівня холестерину в крові. Згідно з даними літератури, тривала циркуляція холестерину підвищує ризик розвитку неалкогольного стеатогепатиту печінки (НАСГ).

**Метою** дослідження було вивчити вплив ПО на формування НАСГ у щурів в експерименті.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на 40 статевозрілих самцях-щурах лінії Вістар, віком 3–4 міс., масою 110–150 г. Тварин було розподілено на дві групи: I — основна (30 осіб); II — інтактна (10 осіб). Для моделювання патології у щоденний раціон щурів додавали ПО, яка становила 15 % від загального об'єму їжі, шляхом перорального введення протягом 120 діб. Тварин виводили з експерименту на 90-ту і 120-ту добу від початку експерименту. Було проведено патоморфологічне дослідження тканини печінки із фарбуванням гематоксилін-еозином та Судан III за стандартною методикою, обчислення індексу маси печінки (ІМП) та біохімічні дослідження крові (АЛаТ, АСаТ).

**Результати.** При дослідженні тканини печінки тварин I групи, порівняно з інтактною, було виявлено, що ІМП збільшився з  $0,36 \pm 0,02$  до  $0,51 \pm 0,03$  та з  $0,24 \pm 0,01$  до  $0,26 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ) відповідно. При патоморфологічному дослідженні тканини печінки спостерігалася балонна дистрофія гепатоцитів з явищами некрозу та виражена жирова дистрофія. Активність ферментів цитолізу підвищувалась у тварин експериментальної групи порівняно до інтактної, зокрема, АЛаТ з  $(1,32 \pm 0,07)$  до  $(5,06 \pm 0,25)$  ммоль/л-ч ( $p < 0,05$ ); АСаТ з  $(3,04 \pm 0,15)$  до  $(5,21 \pm 0,26)$  ммоль/л-ч ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, додавання 15 % ПО до стандартної дієти протягом 120 діб призводить до формування зміни морфофункціонального стану тканини печінки, що є характерним для НАСГ.

## ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ БУДОВИ СОННИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Колесніченко О. А., Хрущ М. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Дослідження розгалуження артерій, що живлять головний мозок, пояснюється значною варіабельністю. Водочас 2/3 ішемічних інсультів пов'язані з ураженням екстракраніального відділу цих артерій. Проте не всі фахівці приділяють належну увагу ролі аномалій і деформацій сонних артерій у виникненні судинної патології.

Сучасні технології забезпечують можливість прижиттєвого вивчення структур людського тіла та дозволяють візуалізувати магістральні артерії голови (МАГ).

**Мета роботи.** Дослідити варіабельність будови та деформації МАГ за допомогою неінвазивних методів обстеження сонних артерій.

За літературними даними (А. В. Горбунов, С. Д. Антонюк, 2006), при обстеженні у 496 хворих МАГ за допомогою магнітно-резонансної томографії та комп'ютерної томографії у 3,4 % пацієнтів з хронічним порушенням мозкового кровообігу (ХПМК) встановлено кілька варіантів формування артерій: С- або S-подібна загальна сонна артерія; аплазія однієї або двох задніх сполучних артерій; гіпо- або аплазія однієї або двох задніх мозкових артерій; гіпо- або аплазія передньої сполучної артерії. У 1,6 % хворих поєднувалися два, а у 2,4 % — три варіанти розвитку судин вилізевого кола. У 1,2 % пацієнтів з ХПМК виявлена передня трифуркація внутрішньої сонної артерії, у 2,2 % — задня трифуркація. У 4 пацієнтів з ХПМК реєстрували стеноз однієї з внутрішніх сонних артерій, у 1,2 % — стеноз задньої мозкової артерії.

Таким чином, вивчення анатомічних особливостей МАГ дає змогу запровадити профілактичні дії для запобігання розвитку порушень мозкового кровообігу, забезпечити повноцінне та більш тривале життя пацієнтів з даною патологією.



## МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОМУ УРАЖЕННІ ХРЕБТА В ДИНАМІЦІ

Цюрупа О. В., Головашич Ю. О.,  
Горюк І. А., Терновий Д. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні питання пошуку нових ефективних методів корекції дегенеративно-дистрофічного ураження хребта лишається актуальним. Першочерговим завданням постає відтворення адекватної моделі на експериментальних тваринах. Найбільш ефективною вважається модель асиметричної статичної компресії-дистензії хвостового відділу хребта у щурів. Однак залишається нерозв'язаним питання щодо тривалості патологічного впливу для формування порушення структури диска.

**Метою** роботи стало вивчення морфологічних змін у тканинах міжхребцевих дисків на 30, 60 і 90-ту добу формування патології.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на 20 статевозрілих щурах лінії Вістар. Патологію індукували шляхом резекції хвоста на рівні СсXIV-СсXV з подальшим підшиванням до м'язів і зв'язок попереково-кривого відділу хребта на рівні LIV-SI. Зрізи забарвлювали гематоксилін-еозинном. Оцінка результатів проводилася на 30, 60 та 90-ту добу.

**Результати.** На 30-ту добу експерименту визначаються сплющення фіброзного кільця та розшарування колагенових волокон на боці компресії. Драглисте ядро зсунуто в бік дистензії. У деяких препаратах визначаються вогнища фібрoneкрозу на боці компресії з проліферацією фіброцитів навколо. При гістологічному дослідженні на 60-ту добу експерименту відмічаються прогресування сплющення фіброзного кільця та децентралізація драглистого ядра. Розшарування та розрив фіброзних волокон на боці компресії супроводжуються збільшенням вогнищ фібрoneкрозу. Через 90 діб моделювання патології на тлі прогресування зменшення висоти фіброзного кільця та дезорганізації колагенових волокон виявлені численні вогнища фібрoneкрозу і вогнища некрозу драглистого ядра.

**Висновки.** Згідно з отриманими результатами, перші ознаки патології відмічаються вже на 30-ту добу формування патології та стають більш вираженими і стабільними на 60-ту добу експерименту. Мікроструктура міжхребцевих дисків на 90-ту добу експерименту вказує на прогресування патології та виснаження резервних властивостей тканин.

## МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НИРОК У СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Прус Р. В., Головашич Ю. О.,  
Горюк І. А., Терновий Д. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Однією із найважливіших та значущих проблем сучасної медицини є черепно-мозкова травма

(ЧМТ). За даними ВООЗ, вона посідає перше місце серед причин інвалідності та працездатності людей молодого віку, з яких 37,6 % випадків становлять травми дитячого віку. Експериментально доведено, що в гострому періоді ЧМТ у дорослих щурів виникає ниркова недостатність.

**Метою** роботи було вивчити морфологічні зміни нирок статевонезрілих щурів після експериментальної механічної ЧМТ у період гострої реакції на травму (5-та доба).

Дослідження було проведено на 15 статевонезрілих (20-денних, масою 20–25 г) щурах лінії Вістар. Експериментальну механічну ЧМТ легкого ступеня тяжкості моделювали шляхом вільного падіння вантажу масою 2 г в тім'яно-потиличну ділянку черепа. Мікроскопічне дослідження міокарда проводили за стандартними методиками з використанням світлового мікроскопа "Leica-DMLS".

**Результати.** На 5-ту добу після отримання механічної ЧМТ у статевонезрілих щурів зареєстровано: макроскопічно — нирки не збільшені у розмірі, звичайного кольору, капсула щільної консистенції, на розрізі виражений набряк строми кіркової речовини; мікроскопічно — у мозковому шарі нирки виявляються поодинокі ділянки зморщування клубочків, діapedезні крововиливи на межі між кірковою та мозковою речовинами, ішемічний некроз епітелію звивистих каналців.

**Висновки.** Отже, результати проведеного дослідження показують, що у нирках статевонезрілих щурів на 5-ту добу після експериментальної ЧМТ розвиваються дисциркуляторні зміни у вигляді короткочасного спазму судин різного калібру, венозного повнокров'я, діapedезних крововиливів на межі шарів нирки з некротичними змінами епітелію звивистих каналців.

## МІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ЯЄЧНИКІВ МИШЕЙ ЗА УМОВ ВИКОРИСТАННЯ ДОКСОРУБІЦИНУ ГІДРОХЛОРИДУ

Колесніченко О. А., Горюк І. А.,  
Сухарев І. Д., Григорян Т. Е.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні онкологічні захворювання посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності у світі. Одним з методів терапії онкологічних захворювань є використання хімотерапевтичних препаратів, що можуть мати виражений побічний вплив, у тому числі на репродуктивну систему. Тому **метою** нашого дослідження було вивчення морфологічного стану яєчників самок мишей після використання доксорубіцину гідрохлориду (ДГ) — протипухлинного препарату, що характеризується вираженою антимітотичною дією.

**Матеріали та методи.** Експеримент проводили на 20 статевозрілих самках білих лабораторних мишей лінії ICR. Моделювання патології здійснювали шляхом внутрішньоочеревинного введення ДГ. Тварини були поділені на дві групи: I група — інтактний контроль; II група — миші, яким вво-

дили ДГ. Тварин з експерименту виводили на 0, 14 та 21-й день після останнього введення ДГ, після чого проводилось патоморфологічне дослідження.

**Результати та висновки.** У тварин контрольної групи кіркова речовина яєчників представлена строною та паренхімою. Паренхіма утворюється з примордіальних, первинних, вторинних та зрілих фолікулів. Групи примордіальних фолікулів розташовані переважно на периферії кіркової речовини. Присутні жовті тіла. У тварин II групи на 0-й день експерименту у кірковій речовині виявлялись фолікули на різних стадіях розвитку, у тому числі граафові пухирці. Кількість примордіальних фолікулів у вигляді компактних груп була дещо знижена. На 14-й та 21-й день експерименту у тварин II групи спостерігалось різке зниження кількості примордіальних фолікулів, порівняно з тваринами інтактної групи, та відсутність компактних груп фолікулів. Присутні поодинокі фолікули, що мають овальну форму. Отримані результати свідчать про зниження оваріального резерву внаслідок застосування ДГ.

### **СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ В АКУШЕРСТВІ**

**Воронцова Я. Ю., Жовтенко О. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Післядипломна підготовка лікарів акушерів-гінекологів сьогодні актуальна у зв'язку з високим рівнем материнської та перинатальної смертності, зі збільшенням кількості жінок усіх вікових груп з різною генітальною й екстрагенітальною патологією.

**Мета.** Визначити рівень ефективності симуляційних методів навчання при проведенні циклів тематичного удосконалення з невідкладних станів в акушерстві та гінекології на теми «Прееклампсія, еклампсія у вагітних», «Прееклампсія, еклампсія під час пологів», «Еклампсія у породіллі», «Серцево-легенева реанімація у вагітних».

**Матеріали та методи.** Для визначення ефективності даних методів навчання в 2015–2017 рр. пройшли підготовку чергові бригади пологових будинків кількістю 248 осіб. Склад: лікарі акушери-гінекологи (88), лікарі-анестезіологи (51), анестезисти (47) і акушерки (62). Групу порівняння утворили медичні бригади, які не проходили такі тренінги.

Метод передбачає певну етапність: 1) оцінка вихідного рівня знань; 2) проведення психологічного тренінгу з метою формування команди; 3) відпрацювання практичних навичок; 4) брифінг; 5) участь курсантів у лікуванні невідкладної клінічної ситуації в умовах, наближених до реальних (палата інтенсивної терапії оснащена медичним обладнанням, інструментарієм, лікарськими препаратами відповідно до вимог МОЗ України; наявність багатофункціонального манекена-симулятора породіллі (High-Fidelity); відеоспостережен-

ня); 6) дебрифінг згідно з протоколами МОЗ України, з використанням відеозапису; 7) оцінка працездатності підбору команди; 8) заключне тестування.

**Результати та їх обговорення.** Отримані дані: рівень знань підвищився на 21 % ( $p < 0,001$ ), якість виконання практичних навичок — на 32 % ( $p < 0,001$ ), зменшення витраченого часу на надання медичної допомоги — на 10 % ( $p < 0,001$ ), згуртованість зростає на 37 % ( $p < 0,001$ ). Важливо, що був підвищений рівень довіри в середині команди на 49 % ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином, цикли симуляційного навчання позитивно впливають як на рівень теоретичних знань і самооцінку курсантів, так і на якість практичних навичок.

### **ЧАРЛЬЗ ВИНЧЕСТЕР ДЮ-БУШЕ — ХИРУРГ С МИРОВИМ ИМЕНЕМ. НАСЛЕДИЕ В ОДЕССКОЙ ШКОЛЕ ХИРУРГИИ**

**Бочкова Т. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Чарльз Винчестер Дю-Буше (1868–1946) — выдающийся хирург, чья профессиональная деятельность оказала немалое влияние на развитие медицины и оперативной хирургии Одессы.

После окончания медицинского факультета Парижского университета он совершенствуется в европейских клиниках и лабораториях у таких выдающихся ученых, как Пастер, Ранвье, Кохер и Ру. В 1897 г. пишет докторскую диссертацию «Бактериологические исследования некоторых случаев инфекции матки».

В 1897 г. семья Дю-Буше переезжает в Одессу, где через некоторое время Чарльз поступает в Старую городскую больницу ординатором хирургического отделения. В 1902 г. он получает разрешение открыть в районе Отрады частную хирургическую и гинекологическую клинику, качество оказания медицинской помощи в которой становится образцовым. Во время антиправительственных движений 1905 г. Чарльз Дю-Буше оказывает медицинскую помощь демонстрантам и раненым в уличных боях. Вплоть до ареста в 1908 г., он продолжает свою врачебную практику, находясь под надзором полиции. Вмешательство американского консула и его коллег способствует освобождению Дю-Буше. Он вынужден покинуть Одессу и вернуться во Францию.

В первые годы после возвращения Дю-Буше работает в частной американской больнице и зарабатывает весьма обширную практику. В начале Первой мировой войны он руководит вспомогательным американским госпиталем (лицей Пастера, Нейи-сюр-Сен). С 1929 г. — возглавляет строительство и оборудование больницы в Сорке. Награжден орденом Почетного легиона. В начале Второй мировой войны Дю-Буше уезжает в Бостон, где активно сотрудничает с Обществом Красного Креста США.

**МОРФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА  
ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ  
ЕНДОМЕТРІЯ ПРИ СИНДРОМІ  
ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ**

**Жулікова М. В.**

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Мета дослідження.** Вивчення морфологічної структури та імунологічних особливостей ендометрія при синдромі полікістозних яєчників (СПКЯ).

**Матеріал та методи.** Обстежено 26 жінок із СПКЯ у віці від 21 до 38 років. У переважній більшості пацієнток захворювання супроводжувалося безплідністю (87,7%), у тому числі більш ніж у половини — первинним. У 4 жінок спостерігалося невиношування вагітності. До контрольної групи включено 20 фертильних жінок репродуктивного віку ( $32,0 \pm 2,6$  року).

**Результати дослідження.** Товщина ендометрія у жінок із СПКЯ на 21–23-й день циклу (8–14 мм) була достовірно меншою, ніж у фертильних жінок (10–18 мм). При морфологічному дослідженні на 7–10-й день циклу ендометрій при СПКЯ відповідав проліферативному типу. На 19–24-й день циклу у 61% пацієнток спостерігалося відставання розвитку ендометрія, у 39% — залозиста гіперплазія ендометрія. У кожному п'ятому випадку виявлено функціональні поліпи ендометрія. Базальна гіперплазія виявлялась у 2 пацієнток, гіпопластичний ендометрій — у 3 жінок. Рівень індукованої продукції ІЛ-4 був нижче рівня контрольної групи дослідження. Групи фертильних жінок і пацієнток із СПКЯ достовірно розрізнялися за кількістю в крові специфічних цитотоксичних лімфоцитів CD3+, CD8+. Можливе припущення, що наявна міграція CD8+ Т-лімфоцитів в ендометрій, бо надмірна моноклеарна інфільтрація ендометрія спостерігалася у 42% обстежених. Крім того, цитотоксичні CD8+ Т-лімфоцитів переважають в ендометрії проліферативного типу і становлять до 72%.

**Висновок.** Отримані дані свідчать про те, що морфологічні та імунологічні особливості ендометрія при СПКЯ характеризуються істотними змінами, відставанням розвитку і гіперпластичними процесами. Встановлено тісний зв'язок особливостей ендометрія зі станом системного імунітету у жінок із СПКЯ.

**ДИНАМІКА РОЗПОДІЛУ РЕЦЕПТОРІВ  
ДО ЛЕКТИНУ РИЦИНИ НА МЕМБРАНІ  
ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ СИНУСОЇДНИХ  
КАПІЛЯРІВ ПЕЧІНКИ ШУРІВ  
ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО  
ВВЕДЕННЯ АНТИГЕНУ**

**Богданов П. В., Андрєєв П. С.,  
Зінич О. Л., Штанько І. Ф.**

*Запорізький державний медичний університет,  
Запоріжжя, Україна*

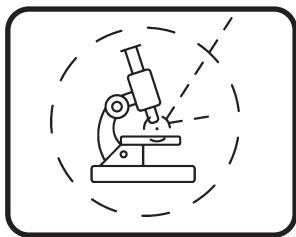
Лектингістохімічні реакції використовуються для спостереження за процесами морфогенезу і реактивності тканин та органів.

**Мета дослідження** — встановити динаміку розподілу рецепторів до лектину рицини RCA на мембрані ендотеліоцитів синусоїдних капілярів печінки шурів після внутрішньоутробного введення антигену.

**Матеріали та методи.** Було досліджено печінку 144 лабораторних шурів. Тварини поділені на три групи: 1-ша — інтактна, 2-га — контрольна (на 18-ту добу датованої вагітності внутрішньоплідно вводили фізіологічний розчин 0,05 мл), 3-тя — експериментальна (на 18-ту добу вагітності за методом М. А. Волошина внутрішньоплідно як антиген вводили стафілококовий анатоксин 0,05 мл у розведенні 1 : 10). Тварин виводили з експерименту на 1-шу, 3-тю, 7-му, 14-ту, 21-шу, 30-ту, 60-ту та 90-ту добу. Виготовлювали серійні гістологічні зрізи з подальшою постановкою лектингістохімічної реакції за стандартною методикою з використанням лектину RCA НПК «ЛектинТест» (Львів) та візуалізацією за допомогою діамінбензидину. Інтенсивність відкладення бензидинової мітки встановлювали напівкількісно від 0 до +++.

**Отримані результати.** Встановлено, що динаміка експресії рецепторів до лектину рицини на ендотеліоцитах синусоїдних капілярів в нормі має хвилеподібний характер з піками підвищення на 3-тю та 30-ту добу. Після внутрішньоутробного введення антигену у новонароджених тварин кількість залишків в-D-Gal не відрізняється від тварин інтактної та контрольної груп, однак протягом періоду з 3 до 7-ї доби спостерігається пік підвищення накопичення рецепторів з подальшим зменшенням до 21-ї доби. Починаючи з 21-ї доби і надалі, різниці в забарвленні тканин всіх досліджуваних груп немає.

**Висновки.** У тварин, яким внутрішньоутробно введено антиген, спостерігаються зміни динаміки темпів накопичення залишків в-D-Gal на мембрані ендотеліоцитів.



## СЕКЦІЯ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ, ГІГІЄНИ ЛЮДИНИ, БІОФІЗИКИ ТА МЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ

Секция медицинской биологии, гигиены человека,  
биофизики и медицинской аппаратуры

Section of Medical Biology, Human Health,  
Biophysics and Medical Equipment

### ВПЛИВ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ПОСТІЙНИМ СТРУМОМ МОЗОЧКА ТА ДІАЗЕПАМУ НА СУДОМНУ АКТИВНІСТЬ

Первак М. П., Приболовец К. О.,  
Заровна Г. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** дослідження було вивчення можливості посилення протисудомної дії діазепаму на тлі застосування електричних подразнень (ЕП) кори мозочка у щурів з пентилентетразол (ПТЗ)-індукованим кіндлінгом.

У щурів із синдромом кіндлінгу, індукованим введенням ПТЗ (30,0 мг/кг, в/очер, протягом 3 тиж.), латентний період судом, викликаних ПТЗ, наставав після транскраніального подразнення постійним струмом (ТППС; 600 мкА, 15,0 хв, катод на поверхні черепа), орієнтованого на кору мозочка, і в середньому був на 34,3 % більшим, ніж у контролі ( $p < 0,05$ ). Така стимуляція запобігала виникненню генералізованих клоніко-тонічних судом; тривалість іктальних розрядів у структурах мозку зменшувалась у середньому на 38,5 % ( $p < 0,02$ ). Латентний період гострих ПТЗ-викликаних (60,0 мг/кг) судом у щурів, до яких не застосували індукований кіндлінг, у разі ТППС мозочка був більшим у середньому на 29,3 % ( $p < 0,05$ ), ніж у контролі. Подібне подразнення, орієнтоване на фронтальні відділи кори головного мозку, запобігало розвитку генералізованих судом у половини кіндлінгових щурів ( $p < 0,05$ ). Аналогічний вплив ТППС на тлі застосування діазепаму дозою, яка не позначалася на досліджувані параметри судомного синдрому (0,1 мг/кг, в/очер), супроводжувався подовженням латентного періоду кіндлінг-викликаних судом на 45,6 % порівняно з контролем ( $p < 0,05$ ), зменшенням тривалості іктальних розрядів у 2,23 разу ( $p < 0,01$ ). На моделі гострих судом за умов поєднаного застосування ТППС та діазепаму латентний період зростав на 43,4 % ( $p < 0,05$ ), а тяжкість судом зменшувалась на 27,3 % ( $p < 0,05$ ) порівняно до показників в групі контролю, що свідчить про потенціювання протисудомного впливу досліджуваних чинників як на моделі хронічних (кіндлінг), так і гострих судом.

### ЕЛЕКТРОРЕТИНОГРАМА ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ДІАБЕТИ ТА НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ НІАЦИН- ОКСІЕТИЛІДЕНДИФОСФОНАТОГЕРМАНАТУ (МІГУ-4) ТА ПОДРАЗНЕННЯ СТРУКТУР МОЗКУ

Сон Г. О., Трандафілова Г. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** дослідження було вивчення особливостей електроретинограми (ЕРГ) у щурів-самців лінії Вістар із стрептозотоцин (СТЗ)-модельованим діабетом, а також особливостей ЕРГ на тлі застосування ніацин-оксіетилідендифосфонатогерманату (МІГУ-4) як самостійно, так і при електричних стимуляціях (ЕС) кори мозочка.

Застосовували МІГУ-4 в/очер дозою 25,0–50,0 мг/кг, починаючи з 15-ї доби з моменту застосування СТЗ і протягом наступних 2 міс. щодоби одноразово, ЕС (100 Гц, 80–120 мА) здійснювали двічі на добу у той же термін. Наприкінці лікування реєстрували ЕРГ.

Встановлено, що латентний період  $\beta$ -хвилі у щурів з діабетом збільшувався на 10,4 % при зниженні її амплітуди в 2,24 разу порівняно з інтактними щурами ( $p < 0,05$ ). Латентний період  $\alpha$ -хвилі був на 25,1 % більшим ( $p < 0,05$ ), а швидкість зміни її амплітуди в 2,47 разу меншою ( $p < 0,05$ ). У групі щурів, яким застосовували МІГУ-4 на тлі ЕС, амплітуда  $\beta$ -хвилі перевищувала таку, яка реєструвалась у групі щурів із застосуванням МІГУ-4, на 17,2 % ( $p < 0,05$ ), а в групі із застосуванням тільки ЕС на 44,3 % ( $p < 0,05$ ). Також у групі з поєднаним застосуванням МІГУ-4 та ЕС швидкість зміни амплітуди  $\alpha$ -хвилі перевищувала показник у щурів із застосуванням ЕС на 56,7 % і на 36,2 % — у групі із використанням МІГУ-4 ( $p < 0,05$ ). За цих умов досліджуваний показник був вищим від такого, який реєструвався у щурів з діабетом без лікування, на 85,4 % ( $p < 0,05$ ). Подібні, більш виражені коригувальні впливи МІГУ-4 та ЕС спостерігались і щодо латентного періоду та амплітуди осциляторних потенціалів  $W_2$  і  $W_3$ .

Таким чином, отримані результати показали, що застосування МІГУ-4 у комбінації з ЕС мозочка викликає потенційований коригувальний вплив щодо діабет-індукованих порушень ЕРГ.



## **ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ХІРУРГОМ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ТАЗОВИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ**

**Бузиновський А. Б., Євчєв Р. А., Єлісєєва Є. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Завданням роботи було вивчення ефективності застосування розробленого інформаційного супроводження системи підтримки прийняття рішень хірурга (СПРХ) при наданні хірургічної допомоги жінкам з хронічним тазовим больовим синдромом.

Встановлено, що ефективний період лікування (ЕПЛ) пацієнтів зі скаргами на хронічний біль тазового походження визначений за результатами створення «марківського дерева» на основі ймовірного стану здоров'я або повторного звернення, а також тривалості лікування, скорочувався за умов застосування СПРХ на 29,8 % порівняно з ЕПЛ, що включав лише хірургічне лікування ( $p < 0,05$ ). Застосування СПРХ як на етапі виконання діагностичної лапароскопії, коли вирішується питання щодо показань до оперативного втручання, так і при внутрішньоопераційній діагностиці у пацієнтів, характеризувалося високими значеннями чутливості (91,4 та 92,7 %) та специфічності (96,4 та 96,1 %) діагностики. У загальній структурі незначної кількості помилок найчастіше зустрічались невірні рішення, які виникали при прийнятті їх за правилами та рекомендаціями. На внутрішньоопераційному етапі їх кількість становила 62,2 % від загальної кількості помилок. Водночас найменше помилок було при застосуванні креативного методу прийняття рішень, що на етапі доопераційного обстеження пацієнта становило 11,6 %. На етапах до- та післяопераційного ведення хворих значна кількість в структурі помилок такі, що формуються за рахунок застосування аналітичного методу прийняття рішень (відповідно 30,2 та 29,4 %).

Таким чином, отримані результати свідчать про високу ефективність застосування розробленої СПРХ під час хірургічного лікування жінок, які страждають на хронічний тазовий больовий синдром.

## **ВПЛИВ НИЗЬКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКУ НА СТРУКТУРУ ЕСТЕРІВ ІБУПРОФЕНУ**

**Приступа Б. В.<sup>1</sup>, Рожковський Я. В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

<sup>2</sup> *Одеський національний політехнічний університет, Одеса, Україна*

Ультразвук, як відомо, здатний інтенсифікувати численні фізичні та фізико-хімічні процеси: наприклад, деякі органічні сполуки під дією ультразвуку можуть розкладатися, тимчасом як неорганічні — зазнають окисно-відновних перетворень.

**Метою** було дослідження впливу ультразвукового випромінювання на стабільність естерів ібупрофену.

Вплив ультразвуку на стабільність естерів оцінювали методом ІЧ-спектроскопії, використовуючи вазелінове масло в ролі матриці. Естери ібупрофену опромінювали низькочастотним ультразвуком з частотою 23 кГц протягом 10 хв. Вказані сполуки містять лабільний естерний зв'язок, розщеплення якого приводить до вивільнення вихідного спирту та карбонової кислоти. Після додавання до матриці етилового естеру ібупрофену в ІЧ-спектрі сполуки спостерігалась смуга поглинання  $C=O$  естерної групи при  $1745\text{ см}^{-1}$ , а також дві смуги при  $1205\text{ см}^{-1}$  і  $1165\text{ см}^{-1}$ , які зумовлені валентними коливаннями  $C=O$  тієї ж групи. За наявності процесу гідролізу естерів ібупрофену під дією ультразвуку в ІЧ-спектрі повинні спостерігатись смуги, які відповідають валентним коливанням  $\nu_{OH}$  спиртової компоненти, та додаткова смуга коливань  $C=O$  вільної карбонової кислоти. Однак після оброблення зразка ультразвуковим випромінюванням протягом 10 хв перераховані зміни в ІЧ-спектрі не спостерігались. Натомість, ІЧ-спектр етилового естеру ібупрофену за природою та положенням смуг повністю збігається із спектром, зареєстрованим до використання ультразвуку.

Аналізуючи отримані дані, можна дійти висновку про відсутність впливу низькочастотного ультразвукового випромінювання на стабільність досліджуваних естерів.

## **ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ РОЗПІЗНАВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ПРИ НАДАННІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АПЕНДИЦИТІ**

**Баязітов Д. Р., Ляшенко А. В.,  
Приболовец К. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Завданням роботи було вивчення ефективності застосування комп'ютерної автоматизованої діагностики (КАД), яка дозволяє діагностувати захворювання за інформативними показниками відеолапароскопічних зображень у пацієнтів з гострим апендицитом.

Отримані результати засвідчили, що в групі пацієнтів, яким була виконана діагностична лапароскопія з подальшим видаленням апендикса, гістологічний контроль підтвердив відсутність запалення в 32 випадках (23,3 %). При цьому специфічність розробленого методу становила 90,6 %, що на 9,35 % перевищувало показник при використанні шкали лапароскопічної діагностики (ЛД;  $p > 0,05$ ). Водночас чутливість діагностики за розробленим методом виявилась у достовірно більшій кількості спостережень (89,5 %), ніж при застосуванні методу оцінки за шкалою ЛД — 77,1 % ( $p < 0,05$ ). Загальна коректна діагностика за запропонованим методом (89,8 %) також достовірно перевищувала таку, що реєструвалася за умов застосування шкали ЛД (78,7 %;  $p < 0,02$ ). Позитив-



ний прогностичний показник за методом КАД становив 96,9 % і перевищував такий при застосуванні шкали ЛД на 3,8 % ( $p > 0,05$ ). Водночас негативний прогностичний показник дорівнював 72,5 % і перевищував такий при застосуванні шкали ЛД на 20,5 % ( $p < 0,05$ ).

Слід підкреслити, що із загальної кількості хибнонегативних діагнозів, які було поставлено в групі із застосуванням шкали ЛД, більшість припадала на катаральну форму апендициту і, зокрема, в усіх випадках — на гістологічно верифіковану ендолюмінальну форму запалення. Тимчасом метод КАД дозволив діагностувати дану форму запалення у 8 з 13 пацієнтів ( $p < 0,01$ ). Також більшу ефективність діагностики розроблений метод виявив щодо катаральної форми апендициту.

### ПЕРСПЕКТИВНІ АСПЕКТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ДИТЯЧОЇ ПРОГЕРІЇ

Курманенко А. І.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Останніми роками було відкрито багато різних гормонів, білків та інших речовин, що беруть участь в механізмі старіння, підвищення або зниження концентрації яких помітно продовжує життя експериментальним тваринам. Розуміння молекулярних механізмів старіння може допомогти вченим у розробці комплексу заходів, щоб якщо не зупинити його, то хоча б уповільнити. Одна з таких речовин була виявлена під час експериментального лікування дитячої прогерії.

Прогерія — в перекладі з давньогрецької мови — старий. Розрізняють форми: доросла та дитяча прогерія. Дефектний білок ламін — структурний компонент ядерної пластинки, який детермінується одиночною мутацією в гені *LMNA*, викликає порушення архітектури ядра та процесу репарації ДНК, що призводить до розвитку дитячої прогерії. У модифікації структури білка ламіна А бере участь фермент FTL, який модифікує преламін А шляхом приєднання залишку фарнезилу, який надалі має відрізатися ферментом ZMPSTE24, перетворюючи ламін у зрілу форму. У хворих на прогерію (синдром Гетчинсона — Гілфорда) через мутацію гена *LMNA* залишок фарнезилу не може бути визначений, що порушує дозрівання ламіна А та призводить до його дефектного функціонування в ядрі.

Експериментальна терапія прогерії направлена на зниження активності FTL, за рахунок чого нефарнезилований преламін, потрапивши в ядро, більш схожий на зрілий ламін А і здатний краще виконувати структурну функцію. У дітей, хворих на прогерію, спостерігалися зниження симптомів, набирання додаткової маси, підвищення еластичності судин і поліпшення структури кісток.

Також сьогодні проводяться роботи в напрямку пригнічення активності ІСМІ, що є перспективою подальшого дослідження як у лікуванні синдрому Гетчинсона, так і для можливого коригування процесу старіння.

### СПЕКТР АЛЕРГЕНІВ, ЯКІ МАЮТЬ ПРІОРИТЕТНЕ ЗНАЧЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З РЕСПІРАТОРНОЮ АЛЕРГІЄЮ У ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Блажевич О. О., Куртова М. М., Тарасов Є. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Профіль сенсibilізації до рослинних, тваринних та інсектних алергенів зумовлений ареалами їх поширеності, а до побутових і харчових алергенів — соціально-побутовими умовами та характером харчових звичок специфічної популяції, тому для лікарів-алергологів важливо знати епідеміологічну картину сенсibilізації для певного регіону.

**Мета** роботи — вивчити спектр алергенів, які мають пріоритетне епідеміологічне значення у Південному регіоні України.

**Матеріали та методи.** У період з 2014 по 2017 рр. нами було обстежено 2197 пацієнтів з клінічними проявами алергічних захворювань на наявність специфічних IgE антитіл до 35 рослинних та побутових респіраторних алергенів методом імуноблотингу виробництва компанії Medi-wiss (Німеччина).

**Результати.** З'ясовано, що (85,39±0,75) % пацієнтів з 2197 обстежених мали антитіла хоча б до одного з перевірених алергенів. Найвищі показники реєструвалися до плісені *Alternaria alternata* — (40,80±1,06) %, амброзії полинолистої короткої — (40,50±1,77) %, кліща *Acarus siro* — (38,80±1,37) %, амброзії полинолистої — (35,90±1,16) %, що достовірно вище, ніж до решти перевірених алергенів ( $p < 0,01$ ). Наступними за частотою (від (23,90±0,91) до (28,40±0,96) %) фіксували антитіла до кліщів домашнього пилу *D. pteronyssinus* і *D. farinae*, кульбаби, лугової ромашки, плісені *Cladosporium herbarum* та епітелію пацюка. Слід відзначити, що антитіла до епітелію пацюка визначалися достовірно частіше ( $p < 0,01$ ), ніж антитіла до епітелію kota і собаки, — (25,00±1,94), (19,00±0,84) і (18,40±0,83) % відповідно.

**Висновки.** За значним обсягом дослідження (2197 пацієнтів) визначено спектр алергенів, які мають пріоритетне значення у пацієнтів з респіраторною алергією у Південному регіоні України.

### ВИЗНАЧЕННЯ БІОВАРИВ GARDNERELLA VAGINALIS МЕТОДОМ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ

Маслобосва Т. М., Мушаровський О. С.,  
Зайцев А. С.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

*Gardnerella vaginalis* входить до складу нормофлори чоловічих та жіночих статевих шляхів, але за деяких умов вона здатна викликати гарднерелоз та є однією із провідних ланок у розвитку бактеріального вагінозу.

Відповідно до антигенного складу виділяють 7 біотипів *G. vaginalis* (біотики 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7),

причому найбільш патогенними є біотиби 2, 3, 7, решта ж біотипів, як правило, не викликають захворювань.

Ідентифікують *G. vaginalis* бактеріологічним і бактеріоскопічним методами, а також шляхом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Для виявлення біотипів *G. vaginalis* застосовують серологічний метод.

**Метою** роботи було розробити умови ПЛР, яка б дозволяла не тільки виявити *G. vaginalis* у біоматеріалі, а й ідентифікувати біотип. Така методика дозволяла б уникнути часових та ресурсних витрат на проведення біотипування *G. vaginalis* у біоматеріалі людини серологічним методом.

Дизайн праймерів та обрахування температурно-часових умов ПЛР проводили за допомогою програми VectorNTI-10 на 221 нуклеотидних послідовностях гена *tet G. vaginalis* з генбанку Європейської молекулярно-генетичної лабораторії (European Molecular Biology Laboratory, EMBL).

Моделювання ПЛР (ПЛР *in silico*) проводили за допомогою програми FAST-PCR.

За результатом досліджень виявлено та розроблено ПЛР-систему ідентифікації ділянок гена *tet G. vaginalis*, специфічних за розміром для кожного біотипу.

### СЕРОПОЗИТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Алієва К. Р., Куртова М. М., Тарасов Є. В.  
Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Мета.** Вивчити серопозитивність пацієнтів з клінічними проявами уражень центральної нервової системи (ЦНС).

**Матеріали та методи.** Обстежено сироватку крові 271 пацієнта з симптомами ураження ЦНС на наявність імуноглобулінів класу G та M (168 та 103 хворих відповідно) до збудників, що асоційовані з патологією ЦНС, за допомогою метода непрямої імуофлуорисценції з використанням комерційних тест-систем (Euroimmun AG, Німеччина). Антитіла реєстрували до вірусів краснухи, кору й епідемічного паротиту; аденовірусу типу 3; герпесвірусів: вірусу простого герпесу 1 та 2 типу (HSV-1, 2), герпесу зостер (VZV), вірусу Епштейна — Барр (EBV; ядерний антиген); цитомегаловірусу (CMV); вірусів Коксаки типу B1 і A7; вірусу ЕCHO типу 7 та бактерій: *T. pallidum*, *T. gondii*, *B. afzelii*, *B. burgdorferi s. s.*, *B. garinii*, *H. influenzae*, *L. monocytogenes* типів 1/2a і 4a.

**Результати.** Антитіла класу G до CMV та HSV-1 були виявлені у (99,4±0,6) та (98,8±0,6) % відповідно, що достовірно вище, ніж до інших перевірених інфекційних агентів ( $p < 0,01$ ). Антитіла до вірусу ЕCHO типу 7 — (91,60±2,14) %, аденовірусу типу 3 — (91,00±2,21) %, кору — (89,80±2,34) %, краснухи — (88,60±2,46) %, EBV — (88,00±2,51) %, VZV — (86,20±2,67) %, епідемічного паротиту — (84,40±2,81) %, Коксаки типу A7 — (81,40±3,01) %, HSV-2 — (76,60±3,27) %, що достовірно вище, ніж до решти перевірених збудників ( $p < 0,01$ ). Імуноглобуліни класу M були виявлені до *B. afzelii* у (11,80±3,19) %, *B. garinii* та *L. monocytogenes* типу 1/2a у (8,80±2,81) %, до решти збудників — менше 4,9 %.

**Висновки.** Серед пацієнтів із клінічними проявами ураження ЦНС найбільший відсоток випадків припадав на антитіла класу G до цитомегаловірусу та вірусу простого герпесу типу 1. Антитіла класу M реєструвалися до *B. afzelii*, *B. garinii* та *L. monocytogenes* типу 1/2a.

### ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕСТ-СИСТЕМ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ АЛЕРГІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Курдя Д. В., Куртова М. М., Тарасов Є. В.  
Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Встановлення діагнозу алергійного захворювання (поліноз, алергійний риніт, атопічний дерматит тощо) — це складний, поетапний процес, що потребує комплексного підходу. Скарги, життєвий і сімейний анамнез, огляд, лабораторне й інструментальне обстеження — ключові етапи якісного детального підходу до кожного пацієнта, що регламентуються протоколами МОЗ України.

**Мета роботи.** Порівняти дані імунологічного профілю пацієнтів Південного регіону України, обстежених за допомогою тест-систем різних компаній-виробників для діагностики алергійних захворювань.

**Матеріали та методи.** У період з 2010 по 2017 рр. нами було обстежено 3187 пацієнтів з клінічними проявами алергійних захворювань (алергійний риніт, кон'юнктивіт, бронхіальна астма, поліноз) на наявність специфічних IgE антитіл до рослинних і побутових респіраторних алергенів (d1 — *D. pteronyssinus*, d2 — *D. farinae*, m2 — *Cladosporium herbarum*, m3 — *Aspergillus fumigatus*, t3 — береза, e1 — епітелій kota, w6 — полин звичайний) методом імуноблотингу. З них 2197 пацієнтів були обстежені на блятах виробництва компанії Mediawiss (Німеччина); 400 — на блятах компанії Immunolab (Німеччина); 590 — на блятах компанії Euroimmun (Німеччина).

**Результати.** Отримані результати подані у табл. 1 та порівняні з результатами prick-тестів (GA<sup>2</sup>LEN skin test study I), які вважаються «золотим стандартом» у діагностиці алергійних захворювань.

**Висновки.** Результати обстежень до антигенів d1, d2 та e1 збігалися як з prick-тестами, так і між собою, щодо w6, t3, m2 — prick-тести були тотожні з результатами однієї або двох компаній. Отже, необхідно враховувати особливості тест-систем, що використовуються.

Результати застосування тест-систем

Тест-система	% пацієнтів, сенсibilізованих до алергенів						
	d1	d2	m2	m3	w6	t3	e1
Mediwiss	28,40±0,96	23,90±0,91	25,40±0,93	11,80±0,69	21,8±1,0	18,80±0,83	19,00±1,08
Immunolab	35,60±2,43	41,80±2,50	3,90±0,98	2,6±0,8	7,00±1,29	4,10±1,01	20,90±2,06
Euroimmun	28,80±1,86	22,40±1,72	3,9±0,8	5,1±0,9	22,70±1,72	5,1±0,9	20,30±1,66
prick-тести	31,3	28,9	4,9	4,4	16,8	24,2	26,3

### АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕННЯ АЛІМЕНТАРНОГО ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА СЕРЕД МОЛОДІ ПІВДЕННИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Підгорна А. П.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Аналіз даних сучасної наукової літератури дозволяє зазначити, що сьогодні людина при традиційному харчуванні, за умов зростання антропогенного навантаження навколишнього середовища, по суті, приречена на ті чи інші види харчової недостатності. Такий стан викликає у відповідних захисних систем організму нездатність адекватно відповідати на несприятливі впливи навколишнього середовища, що різко підвищує ризик розвитку багатьох захворювань.

Практичний інтерес до цієї проблеми викликаний необхідністю оцінки харчування населення Одещини та пов'язаного з ним стану здоров'я осіб віком від 18 до 25 років, що дозволить визначити систему заходів, спрямованих на оптимізацію харчування з метою запобігання виникнення та розвитку захворювань, зумовлених аліментарним залізодефіцитом, для підвищення рівня здоров'я, працездатності та продовження життя місцевого населення та України взагалі.

**Практичне значення.** Проведення широкомасштабних досліджень стану фактичного харчування населення зазначеної вікової групи серед різних етнічних груп дозволить:

— провести аналіз фактичного впливу харчування (з урахуванням різних релігійних конфесій) на організм людини в умовах зростання антропогенного навантаження на навколишнє середовище;

— визначити пріоритетні напрями медико-профілактичних заходів щодо оптимізації фактичного харчування населення України й іноземних громадян різних етнічних груп та розробити практичні рекомендації щодо його коригування;

— вперше обґрунтувати «Харчову піраміду» для іноземних студентів ОНМедУ різних етнічних груп, модифікувати харчові раціони для профілактики нутрієвого дефіциту заліза.

### ПРОБЛЕМА ПОРУШЕНЬ ГОЛОСУ У ВЧИТЕЛІВ

Савушина І. В.

ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини», Кривий Ріг, Україна

Проблема порушень голосу у вчителів останніми роками набуває все більшого соціального

значення. За даними деяких авторів, відмічається зростання захворюваності голосового апарату у вчителів із 30–40 % у 60-ті роки ХХ ст. до 55–60 % на початку ХХІ ст. (К. С. Василенко, 1971; В. П. Ланкова, 1977; О. В. Кудінова, 1977; О. С. Орлова, 2000). За А. К. Verdolini, L. O. Ramig (2001), близько 28 млн людей у США щороку мають голосові проблеми, які негативно впливають на їх роботу та життя. Виплати з непрацездатності у цій країні лише для вчителів близько 2,5 млрд доларів щороку. Згідно з дослідженнями спеціалістів кафедри суспільного здоров'я Башкирського державного медичного університету (Е. Г. Степанов, Р. М. Фасиков, Н. А. Диденко и др., 2011), у структурі захворюваності педагогів перше місце посідають захворювання органів дихання (26,1 %).

Відомо, що у працівників голосомовних професій спостерігається збільшення частоти запальних процесів носа, глотки і гортані (О. А. Бачерікова, 1997; Н. Є. Бойкова, 1997), а також зростає частота розвитку професійної патології гортані (Ю. С. Василенко, О. М. Кожлаєв, 1982; Н. Т. Габдулін, 1997; В. Б. Папкова, 1999; М. А. Калінін, 2000; І. В. Плешков, З. І. Анікеєва, 2003). Серед захворювань, що спричинюють патологію голосового апарату найбільша частка припадає на хронічні ларингіти (22,7 на 10 тис. населення), що становить 8,4 % від усієї патології ЛОР-органів (В. С. Кузнецов, 1972, 1975). Крім того, сьогодні в Україні відсутня комплексна система керування професійним ризиком у вчителів.

Таким чином, проблема порушень голосу у вчителів набуває високого соціального значення та потребує від лікарів-гігієністів і клініцистів розробки та впровадження ефективних моделей керування ризиком розвитку професійного ларингіту.

### КЕРУВАННЯ ХІМІЧНИМ ФАКТОРОМ РИЗИКУ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧО-МЕТАЛУРГІЙНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Павленко О. І.

ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини», Кривий Ріг, Україна

До хімічних факторів ризику, які мають місце у працівників гірничо-металургійної галузі України та призводять до розвитку професійних захворювань, належать (згідно з ДСНтаП «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» на-

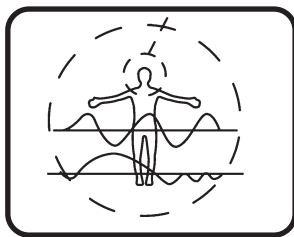
каз МОЗ від 08.04.2014 р. № 248) шкідливі речовини переважно загальнотоксичної дії 1, 2, 3, 4 класів небезпеки, речовини з гостроспрямованим механізмом дії, подразнювальні речовини, канцерогени, алергени, речовини переважно фіброгенної дії. Відповідно до європейських стандартів хімічні фактори ризику класифікуються як: шкідливі та небезпечні хімічні речовини (К1); речовини, які викликають рак (К2); речовини, що викликають алергію (К3); пожежо- та вибухонебезпечні речовини (К4); пил та волокна (К5); гази (К6); пари, аерозолі конденсації та дими (К7).

Ефективними заходами для запобігання хімічних ризиків на виробництві, відповідно до європейських нормативних документів (М. Муртонен. Оцінка ризику на робочому місці. Фінляндія. 2008), вважаються: використання безпечних або,

по можливості, малонебезпечних хімічних речовин; вибір безпечних методів і способів роботи; здійснення достатнього внутрішнього контролю робочого місця; зменшення кількості осіб, які знають ризику, і зменшення часу впливу шкідливого чинника на організм; технічні заходи щодо запобігання й захисту; загальні гігієнічні заходи; інструктаж і навчання; використання попереджувальних знаків; спостереження за станом здоров'я працівників; планування заходів щодо надання першої допомоги й ліквідації можливих аварій.

Таким чином, інтеграція ефективних європейських стандартів керування хімічним фактором ризику сприятиме зниженню професійних захворювань та збереженню стану здоров'я працівників промислових підприємств України.





## СЕКЦІЯ ФІЗІОЛОГІЧНИХ НАУК

Секция физиологических наук

Section of Physiological Sciences

---

### СТАН СЕЧОВИНОУТВОРЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У НАЩАДКІВ ОПРОМІНЕНИХ ТВАРИН

Гніда Н. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета дослідження.** Порівняльна характеристика сечовиноутворювальної функції в експериментальних тварин у віковому аспекті та вплив іонізуючого опромінення статевозрілих особин на сечовиноутворювальну функцію їх нащадків.

В експеримент брали 1-місячних щурят, масою 38–40 г, народжених від інтактних та опромінених тварин. Вміст сечовини в сечі застосовували діацетилмоноксимний метод. Вміст загального азоту сечі і залишкового азоту крові визначали за методом Кьельдаля. Визначення залишкового азоту крові проводили після осадження білків сироватки крові 20 % розчином трихлороцтової кислоти. Активність аргінази виявляли за методом Храмова і Листопад. Для розрахунку питомої активності ферментів у сироватці крові проводили також визначення білка біуретовим методом.

Одержані дані статистично оброблені з використанням t-критерію Стьюдента.

Активність аргінази в крові щурят, що народились від інтактних тварин, істотно нижча порівняно зі статевозрілими особинами. Активність ферменту у крові щурят, народжених від опромінених тварин, також дещо нижча за активність ферменту у крові статевозрілих щурів, але ці відмінності не суттєві щодо показників статевозрілих тварин і показників інтактних щурят.

Вміст сечовини у крові інтактних щурят дещо нижчий від показників інтактних статевозрілих тварин, а іонізуюче випромінювання ще більше знижує його у нащадків опромінених тварин, але різниця між показниками обох груп щурят не суттєва.

Підсумовуючи викладене, можна зробити висновки, що синтез сечовини у щурят слабший, ніж у статевозрілих тварин. Крім того, щурята, народжені від опромінених тварин, мають негативний азотистий баланс, що свідчить про зменшення використання амінокислот та інших азотовмісних

сполук (нуклеотиди, медіатори), зниження синтезу білка і нуклеїнових кислот у тканинах нащадків опромінених тварин.

### ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЯГКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ С ЭКСТРАКТОМ КАРОТИНОИДОВ НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Хрущ М. А., Семенова Е. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Вещества растительного происхождения обладают многообразными видами фармакологической активности. Крайне интересным классом растительных соединений для фитомедицины являются каротиноиды.

**Цель.** Изучение терапевтического влияния мази, содержащей экстракт каротиноидов из плодов *Capsicum annuum L.*, на экспериментальный ревматоидный артрит у крыс.

**Материалы и методы.** Экстракт каротиноидов получали из плодов *Capsicum annuum L.* Полученный густой экстракт добавляли к мягкой основе. Ревматоидный артрит индуцировали путем введения полного адьюванта Фрейнда беспородным белым крысам. Животные опытных групп получали ежедневное лечение мазью с каротиноидами либо Диклофенак-Виола гелем 1 %. Терапевтическая активность оценивалась по динамике изменений толщины и объема голеностопных суставов поврежденной и контрлатеральной конечности.

**Результаты и обсуждение.** В группах животных, получавших лечение мазями с диклофенаком и экстрактом каротиноидов с момента индуцирования воспаления, отечность сустава в области введения была на 13–17 % меньше, чем в контрольной группе. В группах, получавших лечение с момента развития аутоиммунной реакции, внешние проявления воспаления были меньше в случае использования каротиноидного экстракта.

**Выводы.** Полученные данные говорят о наличии положительных терапевтических свойств экстрактивных каротиноидов в случае специфического и неспецифического адьювант-индуцированного артрита.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ АКТИВНОСТИ ПРОИЗВОДНЫХ ВАНИЛИНА

Бошкова Я. В., Мартынов Г. И.,  
Бурмистрова Л. Д.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** В настоящее время остро стоит вопрос разработки и изучения новых противосудорожных препаратов, способных оказывать влияние на патогенез судорожных синдромов.

**Цель.** Исследовать противосудорожную активность ванилина и его производных на модели хронических коразол-индуцированных судорог.

**Материалы и методы.** Исследования проводили на белых беспородных мышах. Животным опытных групп перорально вводили ванилин, ванилин оксим, ванилиновый спирт либо ванилиновую кислоту в дозе 200 мг/кг ежедневно. Контрольной группе перорально вводили физраствор. Для индуцирования судорог всем животным внутривенно вводили 0,1 мл раствора коразола в дозе 40 мг/кг. Противосудорожное действие оценивали по латентному периоду судорог (ЛПС), общему количеству животных с судорожной реакцией (СР), тяжести судорожного синдрома в баллах.

**Результаты.** Ванилиновая кислота не изменяла ЛПС, но уменьшала тяжесть судорог (с 3 баллов до 1) и количество мышей с клонико-тоническими судорогами (с 70 до 10 %) по сравнению с контрольной группой. Ванилиновый спирт увеличивал ЛПС, незначительно уменьшал тяжесть СР и количество животных, у которых развивались судороги (с 70 до 40 %) по сравнению с контрольной группой. Ванилин и ванилиновый оксим проявляли выраженный антагонизм с коразолом: увеличивали латентный период, уменьшали тяжесть судорожного синдрома до прекращения СР.

**Выводы.** Производные ванилина обладают противосудорожной активностью.

## ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НОВОЇ МОДЕЛІ КОРНЕАЛЬНОГО КІНДЛІНГУ, ВИКЛИКАНОГО НИЗЬКОЧАСТОТНОЮ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЄЮ У МИШЕЙ

Єлісеєва Т. О., Голуб В. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Незважаючи на велику кількість наявних моделей судомної активності, сьогодні досить мало експериментальних моделей фармакорезистентних судом, релевантних для дослідження нейроморфологічних змін у пацієнтів.

**Метою** нашого дослідження було сформувати нову модель електростимуляційного корнеального кіндлінгу.

**Матеріали та методи.** Для дослідження були використані миші-самці лінії СВА. Нову модель електростимуляційного кіндлінгу формували протягом 5 тиж. із застосуванням транскорнеальної

стимуляції електричним струмом частотою 6 Гц, силою 44 мА, протягом 3 с двічі за добу. Високо-частотний корнеальний кіндлінг викликали протягом такого ж періоду часу струмом частотою 60 Гц. Оцінювали кількість тварин з наявністю або відсутністю судом.

**Результати.** У більшості експериментальних тварин (92 %) повне формування кіндлінгу відбулося протягом 5 тиж. корнеальної стимуляції. У мишей виявилися всі досліджувані ознаки сформованого судомного синдрому, що супроводжувався достовірним зниженням судомного порогу, скороченням латентного періоду перших судом, наявністю завмирань, клонусів передніх кінцівок, тремтінням вібрис, збільшенням тону хвоста і загальної тривалості та інтенсивності судом порівняно з контрольною групою.

**Висновки.** Таким чином, проведені дослідження показали можливість відтворення у мишей корнеального кіндлінгу, викликаного низько-частотною стимуляцією струмом частотою 6 Гц.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ СВОЙСТВ ВАНИЛИНА И ЕГО ПРОИЗВОДНЫХ НА ОСТРЫХ СУДОРОЖНЫХ МОДЕЛЯХ

Григорян Т. Э., Сухарев И. Д., Оганесян А. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Разработка и исследование противосудорожных препаратов, а также активных веществ, лежащих в их основе, является актуальной задачей современной фармакологии и смежных с ней дисциплин.

**Целью** данной работы было изучение противосудорожных свойств ванилина и его производных на моделях минимальных судорожных доз коразола, максимального электрошока и 6-Гц судорог.

**Материалы и методы.** В работе использовались белые беспородные мыши. Животным опытных групп перорально вводили раствор ванилина, ванилин оксима, ванилиновой кислоты, ванилинового спирта в дозе 200 мг/кг. Противосудорожная активность введенных веществ изучалась при помощи острых судорожных моделей. Были установлены минимально эффективные дозы коразола, вызывавшие клонико-тонические судороги и тоническую экстензию, частота появления судорог в 6-Гц модели и процент гибели животных в модели максимального электрошока.

**Результаты и обсуждение.** Использование ванилина и его производных увеличивало показатели ДКТС и ДТЭ коразола в опытных группах животных в 2–3,4 раза по сравнению с контрольной группой при 1-часовом введении и в 1,9–2,5 раза при 24-часовом введении соответственно. В тесте максимального электрошока выживаемость животных опытных групп колебалась от 80 до 100 %, при уровне выживаемости 40 % в контрольной группе при 1-часовом введении, для 2-часового введения уровень выживаемости достоверно не

отличался от контроля. В случае 6-Гц модели судорог введенные вещества могут как потенцировать, так и ингибировать судорожную активность.

**Выводы.** Валилин и его производные обладают противосудорожным эффектом и интересны для дальнейших фармакологических исследований.

### ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ L-ЦИСТЕЇНУ ТА ВІТАМІНУ Е НА ПРООКСИДАТИВНІ ПРОЦЕСИ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ДІЇ ІНДОМЕТАЦИНУ

Столяр О. А., Морозкін А. О.,  
Бербелюк О. М.

*Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького, Львів, Україна*

**Актуальність.** Індометацин — один із найсильніших нестероїдних протизапальних препаратів. Однак через неселективність дії на циклооксигеназний комплекс він викликає значні побічні ефекти. Тому для оптимізації лікування важливим є поєднання його з препаратами, що мають захисний вплив на організм.

**Мета.** Порівняти вплив L-цистеїну та вітаміну Е на прооксидативні процеси в печінці щурів за умов дії індометацину.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на білих щурах-самцях масою 180–220 г. Усіх тварин поділили на 4 групи: 1-ша — інтактні, 2-га — вводили індометацин в дозі 10 мг/кг, 3-тя — індометацин та 150 мг/кг  $\alpha$ -токоферолу, 4-та — індометацин та 30 мг/кг L-цистеїну. У гомогенатах із печінки визначали вміст молекул середньої маси (МСМ) за методом В. Ц. Камишнікова, ТБК-активних продуктів — за методом Р. А. Тімірбулатова, гідропероксидів ліпідів (ГПЛ) — за методом А. П. Мирончик. Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стьюдента.

**Результати.** Результати досліджень показали, що вміст МСМ у тварин 2-ї групи збільшився у 7,5 рази, а в 3-ї та 4-ї у 3,1 та 2,3 рази відповідно ( $p < 0,05$ ). Вміст ТБК-активних продуктів після введення індометацину зріс у 1,77 рази ( $p < 0,05$ ), а при введенні протекторних речовин проявляв значну тенденцію до зменшення. Концентрація ГПЛ у тварин 2-ї та 3-ї груп зросла у 1,8 і 1,5 рази відповідно ( $p < 0,05$ ), а у тварин 4-ї групи досягла рівня контролю.

**Висновки.** Виявлено значне підвищення рівня маркерів оксидативного стресу при введенні лабораторним тваринам індометацину, що свідчить про активацію перекисного окиснення ліпідів. При введенні індометацину та  $\alpha$ -токоферолу відзначалася менша інтенсивність оксидативних процесів у печінці, однак це не призвело до нормалізації функціонування антиоксидантної системи організму. При введенні індометацину разом з L-цистеїном всі показники наближались до норми. Виходячи з цього, рекомендуємо для зменшення побічних ефектів індометацину використовувати його в комплексі з L-цистеїном.

### ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ВИВІЛЬНЯЮТЬ ГІДРОГЕНУ СУЛЬФІД (S), НА СИСТЕМУ L-АРГІНІН-НІТРАТ АНІОН-АРГІНАЗА У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ПРИ ВВЕДЕННІ МЕТОТРЕКСАТУ

Сай В. М., Смолинець Р. Р., Гресь О. Є.

*Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького, Львів, Україна*

**Вступ.** Метотрексат — базовий протипухлинний препарат. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є допоміжними терапевтичними засобами. Значний інтерес становить дослідження впливу НПЗП, у структуру яких введено лабільну сірку, на обмін L-аргініну, оскільки ця амінокислота активно включена в процеси регенерації та відновлення тканин.

**Мета.** Дослідження впливу препаратів, що вивільняють S на систему L-аргінін-нітрат аніон-аргіназа у печінці щурів при введенні метотрексату.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на щурах-самцях масою 180–250 г. Група I — інтактні (контроль), група II — вводили метотрексат, група III — вводили 2СЗДНТА двічі після введення метотрексату внутрішньоочеревинно дозою 10 мг/кг. Активність NO-синтази визначали методом В. В. Сумбаєва (2000), аргінази — J. W. Geyer (1971), L-аргініну — Т. Л. Алейникова (2000). Для статистичної обробки даних використовували стандартні комп'ютерні програми.

**Результати.** Показано, що у печінці щурів II групи знижувалась активність NO-синтази й аргінази у 2,3 та 1,5 рази, концентрація L-аргініну зростала в 1,7 рази ( $p < 0,05$ ). Значення показників щурів III групи були близькі до контрольних, однак концентрація L-аргініну зросла в 3,5 рази ( $p < 0,05$ ) порівняно з контролем.

**Висновки.** Введення метотрексату супроводжувалося зниженням активності процесів окисного та неокисного шляхів метаболізму L-аргініну. Введення 2СЗДНТА призводило до реактивації ферментів, що свідчить про коригувальний вплив препарату.

### ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ ПРИ РІЗНИХ СТАДІЯХ ГЕМОРАГІЧНОГО ШОКУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Руснак С. В., Наговіцин О. П., Миронов О. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Сьогодні геморагічний шок — причина летальності в умовах антитерористичної операції при травматичній ампутації кінцівки (ТАК) у 63,9 % загиблих. При дорожньо-транспортному травматизмі, первинна захворюваність 15,6 %, летальність не нижче 13,6 % постраждалих.

**Мета роботи.** Дослідити гемодинамічні показники в компенсованій та субкомпенсованій стадіях геморагічного шоку в експериментальних умовах.

**Матеріали та методи.** Дослідження є експериментальним. Піддослідним тваринам відтворювали власну модель травматичної ампутації нижньої кінцівки, яка призводила до геморагічного шоку з усіма клінічними стадіями.



**Результати.** Експерименти проводили на 44 білих статевозрілих щурах лінії Wistar обох статей масою 180,0–250,0 г.

Показники до експерименту: систолічний артеріальний тиск (САТ) —  $(118 \pm 2)$  мм рт. ст.; хвилинний об'єм (ХО) —  $(152,5 \pm 5,6)$  мл; пульс —  $(37,3 \pm 17,0)$  уд./хв.

Компенсована стадія кровотечі: розмір крововтрати 15 % від об'єму циркулюючої крові (ОЦК) у досліді —  $(3,37 \pm 0,01)$  мл; САТ —  $(116 \pm 2)$  мм рт. ст.; ХО — 170,8 мл; пульс —  $(42,7 \pm 22,0)$  уд./хв. У всіх показників  $p < 0,05$  порівняно з початковими показниками.

Субкомпенсована стадія: розмір крововтрати — 20 % дефіциту ОЦК, фактично —  $(6,15 \pm 0,01)$  мл; САТ —  $(94 \pm 1)$  мм рт. ст.; ХО — 240,4 мл; пульс —  $(60,1 \pm 28,0)$  уд./хв. Усі значення  $p < 0,05$ .

Різниця показників: розмір крововтрати — 2,78 мл; САТ —  $(-22)$  мм рт. ст., ХО — 69,6 мл; пульс — 174 уд./хв.

**Висновок.** У момент переходу компенсованої стадії геморагічного шоку в субкомпенсовану найбільш варіабельним показником є пульс, який у подальшому приводить до варіабельності хвилинного об'єму.

Саме по пульсу в клінічних умовах можливо вірахувати перехід стадій кровотечі.

#### **ПРОТИСУДОМНА ДІЯ ПРИ ПІКРОТОКСИНОВОМУ КІНДЛІНГУ ЗА УМОВ БЛОКАДИ ІНТЕРЛЕЙКІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ**

**Авраменко А. С., Крепеч Ю. С., Добрава К. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Раніше було показано, що модуляція активності імунної системи є одним із патогенетичних ланцюгів формування судомного синдрому. З'ясовано також, що за умов блокади інтерлейкінових (ІЛ) рецепторів відбувалося виражене зменшення інтенсивності гострих генералізованих судом. **Мета** роботи — дослідження інтенсивності кіндлінгових судом у щурів за умов блокади ІЛ-рецепторів введенням рекомбінантного антагоніста ІЛ-1 (РАІЛ).

Кіндлінг у щурів відтворювали шляхом 24-добового введення пікротоксину (ПКТ) підпороговою дозою. За 30 хв до тестового введення епілептогену щурам вочер вводили РАІЛ в діапазоні доз від 2,5 до 10 мг/кг та реєстрували судомні прояви візуально за прийнятою 6-бальною шкалою.

Застосування РАІЛ дозами 2,5, 5,0 та 7,5 мг/кг характеризувалося наявністю у щурів генералізованих клоніко-тонічних судом з розвитком післянападової депресії та вегетативними розладами, інтенсивність яких не відрізнялася від таких показників у групі тварин без введення РАІЛ ( $p > 0,05$ ).

При введенні РАІЛ дозою 10 мг/кг відзначали зменшення інтенсивності судом, повторні генералізовані напади не реєструвалися, латентний період перших судом суттєво перевищував такий показник у контролі ( $p < 0,05$ ).

При введенні РАІЛ максимальною дозою відзначали також затримку формування ПКТ-кіндлінгу протягом 16–24 діб досліді.

Таким чином, застосування сполуки, ефективність якої виявляється блокадою активності ІЛ-1-рецепторів, спричинює виражений протисудомний ефект за умов формування ПКТ-індукованого кіндлінгу, а також при сформованих кіндлінгових судах. Наші дані свідчать на користь залучення системи цитокінів до патогенетичних механізмів хронічного судомного синдрому.

#### **ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ОСТЕОАРТРОЗІ**

**Орел К. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** За даними ВООЗ, у найближчі 10–15 років остеоартроз (ОА) буде четвертою причиною інвалідності у жінок та восьмою — у чоловіків. Частота захворюваності ОА становить 30–55 % серед усіх захворювань кістково-суглобової системи. Останнім часом приділяється увага розвитку ендотеліальної патології у пацієнтів, що хворіють на ОА. Враховуючи вищезазначене, важливим є пошук нових способів корекції ОА.

**Мета.** Дослідження динаміки маркерів дисфункції ендотелію у щурів з експериментальною моделлю остеоартрозу.

**Матеріали та методи.** Дослідження виконано на 60 щурах лінії Вістар середньою масою 170–210 г. Тварини були розподілені на дві групи: 1-ша група — інтактна (20 особин); 2-га група — експериментальна, зі змодельованим остеоартрозом (40 особин). Тварин виводили з експерименту на 30-ту добу під легким ефірним наркозом. Брили кров для біохімічного дослідження спектрофотометричного та фотоелектроколориметричного за ристоцинтиновим часом.

**Результати.** Нами отримані дані щодо значного зниження вмісту оксиду азоту у групі дослідження з експериментальним ОА. Про це свідчить зниження рівня NOx (на рівні значущості  $p < 0,01$ ) та S-NO (на рівні значущості  $p < 0,001$ ), які є кінцевими продуктами та метаболітами оксиду азоту. У 2-й групі, порівняно з інтактними тваринами, виявлено підвищення ендотеліну-1 (на рівні значущості  $p < 0,001$ ). У ході експерименту виявлено підвищення відсоткового вмісту фактора Віллебранда у крові ( $p < 0,001$ ). Одним із фізіологічних шляхів утворення оксиду азоту є його синтез із L-аргініну за допомогою фермента ендотеліальної NO-синтази. Спостерігається зниження її активності в групі експерименту порівняно з даними норми ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** При змодельованому остеоартрозі визначається зниження оксиду азоту у кров'яному руслі. За даних умов спостерігається підвищення ендотеліну-1, що свідчить про підсилення ефектів вазоконстрикції. Також в експериментальній групі знижується активність ендотеліальної



NO-синтази. Виявлено збільшення вмісту фактора Віллебранда в експериментальній групі щурів, що свідчить про розвиток ендотеліальної дисфункції.

### **ЗМІНИ РЕОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ФОРМУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ АНГІОПАТІЇ**

**Чехлова О. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Актуальність теми вивчення особливостей клінічного перебігу цукрового діабету (ЦД) та його ускладнень визначається поширеністю цього захворювання в популяції та значною частотою формування вторинних судинних уражень, які також впливають на інвалідизацію та смертність пацієнтів. **Мета** роботи — визначення статевих особливостей кровотоку в судинах нижніх кінцівок у хворих на ЦД 2 типу за даними ультразвукового дуплексного сканування.

Клінічне обстеження проходили 100 хворих на ЦД, рандомізовані за статтю та віком на 4 групи: чоловіки та жінки, відповідно, до та після 55 років. Усі вони отримували базисну консервативну гіпоглікемічну терапію. Кровообіг судинами нижніх кінцівок (переважно стегнові артерії) визначали за допомогою реовазографії портативним доплерівським приладом «Ангиодин-ПК». Дуплексне сканування виконували за допомогою ALOKA SSD-3500. При якісному аналізі реовазограм враховували регулярність хвиль, їх форму й амплітуду, характер підйому анакроти та спуску катакроти, форму вершини хвилі тощо.

Отримані результати ультразвукового дослідження виявили окремі відмінності ехографічного сигналу у хворих на ЦД. Наші дані показали наявність артеріальної та венозної гіперемії у ділянках стегнової артерії, що прогресували з віком та були найбільш вираженими в пацієнтів після 55 років. Судинні дисфункції мають більш виражені ехографічні ознаки у жінок порівняно з чоловіками. При дослідженні вікових реовазографічних змін простежується їх негативна динаміка у хворих віком після 55 років.

Таким чином, слід відзначити статеві та вікові залежності зареєстрованих ехографічних розладів судинного кровотоку у хворих на ЦД, які необхідно враховувати при комплексному лікуванні.

### **МОДЕЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ПОДАЛЬШИМ ЛІКУВАННЯМ**

**Ковальська В. В., Барчук А. І.,  
Михайлов А. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** За даними МОЗ, в Україні щороку діагностують інфаркт міокарда у понад 40 тис. осіб.

**Мета.** Створити патогенетично обґрунтовану модель інфаркту міокарда, яка була б максимально простою у використанні, а також розглянути нові методи лікування даного гострого стану.

**Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 50 щурів-самців лінії Вістар масою 150–210 г. До першої (інтактної) групи входили 10 щурів, що перебували на вільному напуванні та харчуванні. До другої групи входили 10 щурів, яким був проведений інгаляційний наркоз хлороформом. До третьої групи входили 10 щурів, яким був проведений інгаляційний наркоз хлороформом, з подальшим введенням адреналіну гідрохлориду 0,1 %, 0,1 мл внутрішньовенно. До четвертої групи входили 10 щурів, які разом з інгаляційним наркозом та адреналіном гідрохлоридом отримували розчин гепарину. До п'ятої групи входили тварини, які отримували після інгаляційного наркозу хлороформом розчин адреналіну гідрохлориду внутрішньовенно, а також 20 днів внутрішньоочеревинно розчин пірогеналу.

**Результати.** Результати гістологічних та лабораторних досліджень показали, що у другої групи був сформований гострий розлитий інфаркт міокарда. У третьої, четвертої та п'ятої груп розвинувся дрібновогнищевий інфаркт міокарда, а лабораторні показники були близькими до інтактної групи.

**Висновки.** За результатами досліджень, ми створили просту у виконанні та ефективну модель інфаркту міокарда, з подальшим успішним його лікуванням за допомогою розчину адреналіну гідрохлориду, розчину гепарину та розчину пірогеналу.

### **ДИНАМІКА ЗМІН РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ТА ФУНКЦІЇ М'ЯЗІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ**

**Кірчев В. В., Стоянов А. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Актуальність дослідження всебічних аспектів церебросудинних захворювань пояснюється їх значною розповсюдженістю серед населення, високими показниками захворюваності, наявністю ускладнень та інвалідизації, смертності, а також неефективністю профілактики та лікування, що є невтішним наслідком недостатнього вивчення патогенезу хронічної ішемії. **Мета** роботи — дослідження зміни моторної та м'язової функцій у динаміці хронічної ішемії мозку.

Хронічну ішемію мозку відтворювали за експериментальних умов шляхом білатеральної оклюзії сонних артерій. Протягом наступних 2 тиж. у щурів досліджували вираженість моторної поведінки в тесті «відкрите поле», а також м'язову активність в тесті «стрижень, який обертається» (ротарод-тест) та піднятої під кутом 80° сітки.

Протягом перших 14 діб після моделювання хронічної ішемії мозку кількість перетнутих центральних та периферичних квадратів «відкритого поля», вертикальних стійок, зазірань до отворів «відкритого поля» була значно меншою порівняно з такими показниками в контрольних групах спостережень ( $p < 0,05$ ). Починаючи з 14-ї доби досліджувані показники мали тенденцію щодо відновлення. Кількість щурів, які утрималися на поверхні

стрижня, що обертається, протягом терміну спостереження була значно меншою, ніж у контролі. Аналогічні показники ми відзначили в тесті з нахилоною сіткою.

Сукупність отриманих даних свідчить про те, що протягом постішемичного періоду в щурів суттєво пригнічується вираженість горизонтальної та вертикальної моторної поведінки, м'язова активність і здатність координаційної активності за необхідності утримання пози на нахиленій сітці. Виявлені порушення тривали протягом 14 діб, що потребує подальших досліджень, спрямованих на вивчення ефективності їх патогенетичної корекції.

### ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН АКТИВНОСТІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ТА ІНДУЦИБЕЛЬНОЇ NO-СИНТАЗ ПРИ НІТРИТНОМУ НАВАНТАЖЕННІ

М'ястківська І. В., Якимчук Н. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Дефіцит оксиду азоту може призвести до ендотеліальної дисфункції, однієї із причин виникнення судинних катастроф — інфарктів та інсультів. L-аргінін — субстрат для синтезу оксиду азоту. Одним із шляхів утворення NO в організмі є його синтез із L-аргінину за допомогою ферментів NO-синтаз.

**Мета.** Дослідження динаміки ендотеліальної та індукційної NO-синтази на тлі хронічного нітритного навантаження і корекції L-аргініном.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на 40 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар масою 140–180 г. Так, 1-ша група отримувала 0,03 % розчин нітриту натрію у вільному доступі до пиття замість води; 2-га група — аналогічне нітритне навантаження на тлі прийому L-аргінину. Контрольна група — інтактні тварини. Взяття крові для біохімічного визначення вищезазначених показників проводили на 28-му добу експерименту.

**Результати.** Дослідження активності ендотеліальної NO-синтази показало таке: контрольна група — 0,777800 мкмоль/(л·г); 1-ша група — 0,330800 мкмоль/(л·г); 2-га група — 0,505000 мкмоль/(л·г).

Індукційна NO-синтаза (iNOS) може експресуватися у клітинах ендотелію та макрофагах тільки при патологічних процесах, найчастіше при запаленні. Активність iNO-синтази змінилася таким чином: контрольна група — 0,172200 мкмоль/(л·г); 1-ша група — 0,423800 мкмоль/(л·г); 2-га група — 0,313400 мкмоль/(л·г).

**Висновки.** Хронічне нітритне навантаження призводить до зниження ендотеліальної NO-синтази. При цьому активність індукційної NO-синтази значно підвищується. Екзогенне введення L-аргінину на тлі нітритного навантаження сприяє активізації ендотеліальної NO-синтази. Також спостерігається зниження індукційної NO-синтази в групі тварин, що отримували розчин аргінину в питтєвій формі при нітритному навантаженні.

### ДОДАВАННЯ ВАЗОПРОСТАНУ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ЗМЕНШУЄ КІЛЬКІСТЬ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ

Крепещ С. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Цукровий діабет (ЦД) — хронічне метаболічне захворювання, яке проявляється зрушенням метаболізму глюкози у разі абсолютної або відносної недостатності інсуліну. Є окремі докази залучення гуморальних чинників запалення, які спричиняють подальше прогресування патологічного процесу, до патогенетичних механізмів ЦД. **Мета** роботи — дослідження патогенетичної ролі системи простагландинів при ЦД, а також визначення впливу вазопростану (ВП) на вміст фактора некрозу пухлини-альфа (ФНП) у крові щурів із ЦД.

Експериментальний ЦД моделювали в/очер введенням стрептозотоцину (СТЗ, 60 мг/кг). Препарат готували у розчині натрієвого цитратного буферу, рН=4,5). Формування ЦД у щурів підтверджували на 2-гу добу після введення СТЗ через визначення за допомогою стріп-смуги рівня глюкози в крові щурів, взятої з хвостової вени. Для подальших дослідів обиралися лише ті щури, концентрація глюкози в крові котрих перевищувала 15 ммоль/л. Концентрацію ФНП у плазмі крові визначали методом ензим-зв'язаного імуносорбентного аналізу з використанням вторинних видоспецифічних моноклональних антитіл.

Формування експериментального ЦД супроводжувалося вираженим (у 56 разів,  $p < 0,001$ ) збільшенням концентрації ФНП щодо такого показника у щурів контрольної групи. За таких умов введення щурам ВП спричинило суттєве зменшення (у 26 разів,  $p < 0,001$ ) ФНП порівняно з такими показниками у щурів з ЦД. Але навіть у такому разі отримані показники залишалися більшими (у 2,2 разу,  $p < 0,01$ ) за відповідні результати у щурів контрольної групи.

Таким чином, доведено патогенетичну важливість цитокін-зумовлених механізмів при ЦД, а також можливість пригнічення синтезу цитокінів під впливом ВП, який є донатором простагландинів. Ймовірно, доцільне подальше вивчення антидіабетичних ефектів ВП.

### ВКЛЮЧЕННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ В СХЕМУ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ВІКОВИХ ЗМІН ШКІРИ

Ларкіна С. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Гіалуронова кислота (ГК) — нессульфорований глікозаміноглікан, який входить до складу різних тканин організму людини. Будучи складовою частиною міжклітинної речовини, ГК є фізіологічним середовищем для міграції, розділення та диференціювання клітин, активізує функціональну роботу фібробластів, стимулює регенерацію шкіри

тощо. **Мета** роботи — з'ясування ефективності додаткового екзогенного введення ГК різної концентрації при вікових інволютивних процесах шкіри кролів.

Кролям одноразово в шкіру міжлопаткової ділянки й стегна вводили препарати, що містять розчин ГК різної концентрації (1,4, 2, 3, 4 %) у поєднанні з манітолом. Морфологічні дослідження проводили через 2 тиж., 1 міс. і 2 міс. після введення препаратів.

При внутрішньодермальному введенні досліджуваних препаратів кролям відзначали тенденцію щодо посилення утворення сполучнотканинних волокон у дермі при збільшенні концентрації ГК, тобто підвищення її концентрації у препаратах спричиняє збільшення ступеня ущільнення дерм хребців.

При одноразовому введенні менша концентрація ГК (1,4 і 2 %) стимулює синтетичні процеси в шкірі в більш ранні терміни (2 тиж.); а при введенні ГК концентрацією в 4 % остання виявляє виражену активність у більш пізні терміни (8 тиж.).

За результатами досліджень можна припустити зв'язок між концентрацією ГК та терміном проявів максимально виражених морфологічних змін шкіри. Ймовірно, що стимульовальна дія ГК проявляється при досягненні оптимальної фізіологічної концентрації. Отримані дані свідчать про те, що через 2 тиж. після внутрішньодермального введення 4 % розчину ГК кролям кількість фібробластів у сосочковому шарі дерми збільшилася практично в 4 рази порівняно з інтактним зразком.

### ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДІНКИ ТВАРИН ЗА УМОВ РІЗНИХ СПОСОБІВ ВІДТВОРЕННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ

**Остапенко І. О., Вастьянова О. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Депресивні розлади різних типів належать до найпоширеніших психічних розладів. У перспективі на найближчі 10–15 років указані патологічні стани посядуть перше місце, перевищуючи показник серцево-судинних захворювань. Відомо, що депресивні стани відмічаються при різних типах перебігу судомних синдромів. **Мета** роботи — дослідження зміни плавальної поведінки в порівняльному аспекті при різних способах моделювання депресивного синдрому.

Застосовували три способи відтворення депресивного синдрому: депресія після формування пікротоксинового кіндлінгу, депресія внаслідок введення токсину 1-метил-4-феніл-1,2,3,6,-тетрагідропіридину (МФТП) та стрес-спричинена депресія. Для оцінки вираженості депресивної поведінки в щурів визначали моторну активність у тесті «відкрите поле» та вираженість примусової плавальної поведінки в тесті Порсолта.

За умов трьох різновидів депресивного синдрому щури значно менше вживали води. Показники тривожно-фобічної поведінки в усіх щурів суттєво перевищували відповідні контрольні дані ( $p < 0,05$ ).

Показники горизонтальної та вертикальної рухової активності також суттєво були меншими (у середньому на 26–47 %;  $p < 0,05$ ) за умов усіх трьох моделей депресивного синдрому. Кількість епізодів пасивного плавання та їх тривалість суттєво зростали за умов посткіндлінгової та стресової депресії: за умов МФТП-індукованої депресії досліджуваний показник не розрізнявся з контрольним. Маса тіла тварин також зменшувалася за умов посткіндлінгової та стресової депресії.

Отримані дані свідчать на користь змін окремих типів моторної поведінки за умов різних типів депресивного синдрому, а також про загальні його характеристики, які проявляються переважно знеухомленістю та збільшенням вираженості тривожно-фобічної поведінки.

### ЗАЛЕЖНІСТЬ ВИРАЖЕНОСТІ КОРОТКО- ТА ДОВГОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ ВІД ТЕРМІНУ МАНІФЕСТАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

**Садовий О. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Захворюваність населення на цукровий діабет (ЦД) є досить високою. Відомі статистичні розрахунки дозволяють говорити про цю хворобу як про неінфекційну епідемію ХХІ ст. Відомо, що ускладнення від ЦД є більш небезпечними, ніж провідне захворювання. **Мета** роботи — дослідження особливостей формування умовно-рефлекторної активності в щурів із ЦД.

Цукровий діабет в щурів відтворювали в/очер введенням розчину стрептозотоцину (СТЗ, 60 мг/кг). Мнестичні функції у щурів тестували за умов моделі умовної реакції активного уникнення (УРАУ). Сформований умовний рефлекс тестували через 24 год, що вважали проявом короткочасної пам'яті, а також через 7 днів, що вважали проявом довгочасної пам'яті. Досліджували також показник «збереження» пам'яті, який розраховували як різницю між кількістю суміщень умовних і безумовних стимулів, необхідних для виникнення навички, і кількістю суміщень, необхідних для відтворення навички через добу, розділене на кількість суміщень, потрібних для виникнення навички.

У щурів із ЦД вираженість короткочасної пам'яті порушувалася вже на 4-му тижні патологічного стану, що виявлялося суттєвим (на 33 %;  $p < 0,05$ ) зростанням кількості суміщень умовних і безумовних стимулів, необхідних для виникнення навички. Починаючи з 5-го тижня перебігу ЦД у щурів реєстрували порушення довгочасної пам'яті. У динаміці формування ЦД у щурів, які не підлягали лікуванню, реєстрували поступове зменшення інтегративного показника «збереження», який дозволяє оцінити здатність мозку на збереження «енграм» пам'яті. Виявлені порушення мнестичної функції корелювали з нагромадженням продуктів перекисації та зменшенням активності антиоксидантних ферментів ( $r = 0,68$ ;  $p = 0,09$ ), а також з нагромадженням азотовмісних компонентів ( $r = 0,62$ ;  $p = 0,27$ ).



Отримані дані свідчать про формування мнесичних порушень у динаміці ЦД та необхідність включення до складу комплексного антидіабетичного лікування фармакологічних препаратів з ноотропними властивостями.

### СПОСОБИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Сарахан В. М., Савицький В. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Станом на початок 2015 р. в Україні було зареєстровано близько 1 млн 198,5 тис. хворих на цукровий діабет (ЦД). Фактично 2,9 % від усього населення країни страждають на ЦД. Найбільш часто виявляється діабетична ретинопатія — одна з провідних причин сліпоты в старшому віці. На другому місці — атеросклероз магістральних судин, який визначався у 19,5 % чоловіків і 17,4 % жінок, хворих на ЦД, що значно підвищило ризик виникнення інфаркту міокарда — від 19,6 до 64 % випадків. У 35–40 % хворих на ЦД діагностовано діабетичну нефропатію.

**Мета.** Проаналізувати способи моделювання ЦД в умовах експерименту для вибору оптимального варіанту та подальшого дослідження патофізіологічних механізмів захворювання і методів його лікування.

**Матеріали та методи.** Аналізуючи відомі моделі ЦД за останні кілька десятиліть, їх можна розподілити на інвазивні та неінвазивні. Хірургічні методи характеризуються повним або частковим видаленням підшлункової залози, а неінвазивні додатково поділяються на хімічні, ендокринні, імунні, генетичні методи моделювання ЦД. З усіх перерахованих методик моделювання експериментального діабету найбільш поширені та визнані в світі хімічні (використання токсичних речовин — стрептозоцину, алоксану тощо). Способи хімічного впливу полягають у тому, що тварині під час експерименту вводять речовини, які руйнують клітини підшлункової залози, тим самим унеможливають синтез інсуліну. Відомо, що введення алоксану має найбільш відчутний вплив на  $\beta$ -клітини, що зумовлено низьким, порівняно з гепатоцитами, рівнем їх антиоксидантного захисту. Дана речовина — структурний аналог глюкози, за рахунок чого зв'язується з транспортером глюкози GLUT2 та вибірково нагромаджується в  $\beta$ -клітинах підшлункової залози експериментальних тварин. Механізм дії — генерація в циклічній реакції з гіалуроновою кислотою активних форм кисню, які ініціюють руйнування  $\beta$ -клітин. Результатом цього є зменшення синтезу і секреції у крові інсуліну і, як наслідок, у тварин розвивається гіперглікемія та діабетичний синдром, аналогічний інсулінозалежному ЦД 1 типу. Діабетогенна дія проявляється при інтраперитонеальному, підшкірному, внутрішньом'язовому та внутрішньовенному шляхах введення речовини.

**Висновок.** З усіх представлених методик моделювання експериментального діабету, на наш по-

гляд, оптимальним виявився спосіб хімічного впливу.

### ЗБУДЛИВІСТЬ МОЗКУ ЩОДО ЕПІЛЕПТОГЕННИХ ВПЛИВІВ ПІД ЧАС ІНТЕРІКТАЛЬНОГО СУДОМНОГО ПЕРІОДУ

Топал М. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Важливими є визначення патогенетичних механізмів епілептогенезу та з'ясування функціонування мозку під час вільного від судомних явищ періоду.

**Мета** роботи — дослідження динаміки рухової поведінки тварин у тесті «відкрите поле» протягом інтеріктального періоду хронічних судом, спричинених введенням пілокарпіну.

Хронічні судоми відтворювали шляхом в/очер введення пілокарпіну гідрохлориду (у розчині NaCl з рН=7,4) дозою 280 мг/кг. Після введення конвульсанту за щурами спостерігали протягом 3 год. Після ініціації та припинення гострих судомних проявів (цей проміжок часу вважали інтеріктальним) досліджували моторну активність щурів — кількість перетнутих квадратів, вертикальних стійок та заглядань у підлогу «відкритого поля» протягом 2 хв.

Внаслідок введення пілокарпіну спочатку в щурів розвивалися генералізовані клоніко-тонічні (у тому числі й повторні) судомні напади з тонічною екстензією передніх та флексією задніх кінцівок, розвитком післясудомної депресії із вегетативними проявами. Середня тривалість гострих проявів становила  $(72,5 \pm 6,8)$  хв. У подальшому протягом наступних 20–45 хв судомні реакції у щурів не реєструвалися. Протягом інтеріктального періоду щури перетинали в середньому 11–14 квадратів, що було на 76 % менше, ніж у контролі, демонстрували 1–2 стійки, що було в 5,5 рази менше, ніж у контролі, та 1 заглядання в підлогу «відкритого поля», що також було суттєво менше відповідного показника в контрольній групі (в усіх випадках  $p < 0,05$ ).

Таким чином, зважаючи на виражене знерухомення щурів, яке проявляється пригніченням їх моторної активності в тесті «відкрите поле», можна дійти висновку щодо пригнічення процесів збудливості мозку щурів під час інтеріктального періоду пілокарпін-спричинених судом.

### АНАЛІЗ КОМПЛЕКСНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРИТОНІТАХ

Білаш О. В., Ленік Р. Г.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Діагностика та лікування перитоніту і сьогодні залишаються складним клінічним завданням, що спонукає до пошуку нових ефективних методів лікування цього тяжкого захворювання. Згідно з літературними джерелами, частота перитонітів в хірургічній практиці становить від 20 до 70 %.



**Мета роботи** — дослідження сучасних методів лікування перитоніту.

Одним із складових і найбільш важливих елементів комплексного лікування розповсюдженого перитоніту є усунення причини його розвитку і ефективна санація черевної порожнини. Застосовують кілька методів обробки очеревини, заснованих на використанні ультразвукових технологій, гідропресивних обробок, лазерного опромінення, озонотерапії, електроімпульсного впливу тощо.

У комплексному лікуванні перитонітів перспективний напрям — санація черевної порожнини гіпохлоридом натрію та декаметоксином. Нині існує кілька варіантів завершення операції при гострому перитоніті. Один із них — перитонеостомія, яка вважається досить вискоєфективним засобом, що дозволяє досягти одужання. Часто використовується традиційне дренивання черевної порожнини кількома дренажами з глухим швом рани лапаротомно і масивна післяопераційна антибіотикотерапія. Відомо також безліч методик проточного, фракційного і комбінованого перитонеального лаважу. Багатоцільова післяопераційна терапія спрямована на корекцію гомеостазу шляхом внутрішньовенних і внутрішньоартеріальних інфузій білкових, електролітних і гемодинамічних препаратів. Також на антибактеріальну, імунотонічну і дезінтоксикаційну терапію з використанням методів екстракорпоральної детоксикації (гемосорбція, лімфосорбція, плазмаферез, оксигенація автокрові та гіпербарична оксигенація, ультрафільтрація, ультрафіолетове і лазерне опромінення крові).

Ефективними є методи ентеросорбції, ультразвуку, зовнішньої абдомінальної гіпотермії, рефлексотерапії, ШВЛ, лікування, спрямованого на відновлення функції кишечника, а також на профілактику післяопераційних ускладнень з боку життєво важливих органів і систем.

Пошук нових засобів лікування захворювання очеревини залишається вкрай актуальним і в перспективі дозволить підвищити ефективність терапії, збільшити частоту сприятливих результатів, зменшити кількість ускладнень, знизити економічні витрати та полегшити контроль за лікуванням.

## **ЗМІНИ МОТОРНОЇ АКТИВНОСТІ ТА ФУНКЦІЇ М'ЯЗІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА СУДОМНОГО СИНДРОМУ**

**Бильський Д. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Відомі дані щодо певних однакових проявів ушкоджень мозку після черепно-мозкової травми та після перенесених судомних нападів. Перебіг посттравматичного та постішемичного періодів дозволяє припустити наявність спільних патогенетичних ланок обох типів ушкодження мозку. **Мета роботи** — дослідження ефективності корекції моторної поведінки та м'язової функції у щурів після

черепно-мозкової травми і сформованого судомного синдрому.

Судомний синдром у щурів відтворювали протягом 24 діб шляхом щодобового введення конвульсанту (пікротоксину) підпороговою дозою. У решти з них відтворювали механічну черепно-мозкову травму. З лікувальною метою щурам обох груп вводили мексидол (МЕ, 20 і 50 мг/кг), мільгаму (МІ, 50 і 100 мг/кг), а також МЕ і МІ разом. За тваринами спостерігали протягом 28 діб.

У щурів протягом постсудомного та постішемичного періодів реєстрували схожі за вираженістю зменшення рухової активності в тесті «відкрите поле», наявність релаксуючого ефекту в ротарод-тесті, виражене підвищення агресивності та появу елементів пасивної поведінки протягом плавання. Відзначені поведінкові порушення фіксувалися протягом 17–25 діб, після чого було відзначено тенденцію щодо їх усунення. Під впливом МЕ з 10-ї доби постсудомного та з 12-ї доби посттравматичного синдромів показники рухової поведінки в тесті «відкрите поле», а також показники пасивної плавальної поведінки не відрізнялися від таких показників у контролі. У даних щурів на 15-ту добу досліду відновлювалася також і м'язова активність. При введенні МЕ і МІ нормалізація відзначених типів поведінки реєструвалася на 2–5 діб раніше.

Отримані дані свідчать про певну ефективність схеми корекції проявів постсудомного та постішемичного періодів шляхом поєднаного введення МЕ і МІ, що проявлялося відновленням з 9–12-ї доби показників моторної та плавальної поведінки, а також м'язової активності.

## **СУТОЧНИЙ РИТМ СЕКРЕЦІЇ ТИРЕОИДНИХ ГОРМОНОВ У СТУДЕНТОВ МЕДУНІВЕРСИТЕТА**

**Мошковская Ю. О.**

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

Особенности суточной секреции тиреоидных гормонов при пролонгировании светового дня (что характерно для студентов) не изучены.

**Цель.** Изучить характер суточного ритма секреции тиреоидных гормонов у студентов, использующих для самостоятельной работы утреннее или ночное время суток.

**Материалы и методы.** В эксперименте участвовали 50 студентов 2-го курса ХНМУ, которых разделили на две группы: 1) период бодрствования с 5 ч утра до 22 ч (25 человек); 2) период бодрствования с 8 ч утра до 3 ч ночи. Содержание тиреоидных гормонов определяли в слюне испытуемых. Слюну собирали после тщательной гигиены полости рта в 8, 12, 18 и 24 ч. Содержание тироксина и трийодтиронина определяли иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов фирмы «Вектор-Бест» (Россия).

**Результаты.** У студентов 2-й группы минимальное содержание тироксина и трийодтиронина от-

мечается в 8 ч утра, в 12 ч уровень этих гормонов достоверно выше, чем утром, но в 1,5 раза ниже, чем в этот период времени у студентов 1-й группы, максимальный уровень тиреоидных гормонов отмечался в 18 ч, в 24 ч их уровень практически не отличался от содержания в 18 ч. У студентов 1-й группы максимальное содержание тиреоидных гормонов выявлено в 8 ч утра, в 12 ч дня концентрация гормонов несколько снижается, минимальная отмечается в 24 ч.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что при систематическом бодрствовании в ночное время суток не только нарушается суточный ритм секреции тиреоидных гормонов, но и достоверно снижаются максимальные их концентрации, что может стать причиной метаболических нарушений, а в дальнейшем — патологических состояний.

### **ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Лукьянова Е. М., Яхно Ю. Э.**

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Известно, что в развитии и прогрессировании сахарного диабета 2 типа (СД2) важную роль играют интерлейкины (ИЛ)-1 $\beta$ , -10, -8. Установлено, что на содержание этих ИЛ в сыворотке крови влияют миокины (Pedersen, 2003). Однако влияние двигательной активности на содержание интерлейкинов у пациентов с СД2 не изучены.

**Цель.** Изучить содержание интерлейкинов-1 $\beta$ , -10, -8 у пациентов с СД2 с разным уровнем двигательной активности.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 пациентов возрастом 35–45 лет с диагнозом СД2, продолжительность заболевания 4–7 лет. Пациенты разделены на две группы: 1) 20 пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни (сидячая работа, не занимались физкультурой); 2) 10 пациентов, ведущих подвижный образ жизни (занимались физкультурой, пилатесом, спортивной ходьбой и др.). Контрольная группа — 10 здоровых добровольцев аналогичного возраста, ведущих малоподвижный образ жизни. Содержание интерлейкинов определяли иммуноферментным методом с помощью наборов реактивов фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск).

**Результаты.** Проведенные нами исследования показали, что у пациентов с СД2 1-й группы уровень ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-8 достоверно выше, чем в контрольной группе, а ИЛ-10 ниже. У пациентов 2-й группы уровень ИЛ-10 достоверно выше, чем в контрольной группе и в 1-й группе, а ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-8 — ниже. Самое высокое содержание ИЛ-10 было у пациентов, занимающихся пилатесом и плаванием.

Самые низкие уровни ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-8 отмечались у пациентов, занимавшихся спортивной ходьбой.

**Вывод.** Физическая нагрузка способствует повышению содержания противовоспалительных интерлейкинов и понижает противовоспалительные.

### **ОЦЕНКА ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛЫХ КРЫС, РОЖДЕННЫХ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Шиленко В. Г., Власенко О. Г.**

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Имеются достоверные данные о роли гестационного роста и массы тела при рождении в формировании хронических заболеваний в зрелом возрасте. Однако особенности детоксикационной функции печени у лиц, рожденных с большой массой тела остаются неизученными.

**Цель.** Изучить особенности детоксикационной функции печени у взрослых крыс, рожденных с большой массой тела.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 3- и 10-месячных крысах популяции WOG, содержащихся в стандартных условиях вивария. Крысы разделены на группы: 1) крысы с нормальной массой тела при рождении — (4,5 $\pm$ 0,3) г; 2) крысы с большой массой тела — более 6 г. В каждой группе выделяли две подгруппы: 3- и 10-месячные, по 6 животных в каждой подгруппе. Крыс выводили из эксперимента путем декапитации под легким тиопенталовым наркозом. Активность УДФ-глюкурозилтрансферазы (УДФ-ГТ) и N-ацетилтрансферазы (N-АТ) в постмитохондриальной фракции гепатоцитов оценивали спектрофотометрическим методом. Субклеточные фракции гепатоцитов выделяли методом дифференциального центрифугирования.

**Результаты.** Установлено, что у 3-месячных крыс 2-й группы отмечается достоверное снижение активности N-АТ по сравнению с крысами 1-й группы), причем только у самок. В 10-месячном возрасте у самцов 2-й группы достоверно, по сравнению с соответствующей подгруппой крыс 1-й группы, снижена активность УДФ-ГТ (в 1,6 раза), а у самок этой подгруппы почти в 2 раза снижена активность N-АТ при активности УДФ-ГТ соответствующей уровню у крыс, рожденных с нормальной массой тела.

**Выводы.** Масса при рождении связана с особенностями детоксикационной функции печени.

### **СОДЕРЖАНИЕ АТФ В ГОМОГЕНАТЕ МИОКАРДА КРЫС С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМПЛЕКСОМ АНТИОКСИДАНТОВ**

**Молчанова А. В., Щелок Т. С.**

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Известно, что в условиях острой ишемии миокарда основным патогенетическим звеном повреждения кардиомиоцитов является активация процессов ПОЛ. Поэтому логично полагать, что при-

менение антиоксидантов поможет решить задачу защиты ишемизированного миокарда.

**Цель.** Изучить содержание АТФ в гомогенате миокарда крыс с модельной острой ишемией миокарда и при лечении ишемии антиоксидантным комплексом, содержащимся в экстракте черной смородины.

**Материалы и методы.** Эксперименты проведены на крысах-самцах линии WOG массой 150–170 г. Подопытные были разделены на группы: 1) контрольная — интактные животные (10 крыс), 2) животные с экспериментальной острой ишемией миокарда (20 крыс), 3) животные с острой ишемией миокарда, которым через 5 мин после введения адреналина давали выпить по 0,1 мл экстракта черной смородины (20 крыс). Острую ишемию моделировали путем внутрибрюшинного введения крысам 0,1 % раствора адреналина в дозе 0,2 мл на 100 г массы животного. Приготовление экстракта черной смородины проводилось на кафедре биотехнологии НТУ ХПИ. Содержание АТФ в гомогенатах миокарда определяли спектрофотометрическим методом.

**Результаты.** Изучение содержания АТФ в гомогенатах миокарда показало, что при острой ишемии концентрация АТФ значительно снижается в 1-е сутки и остается достоверно сниженной на 3-и сутки. У крыс с модельной ишемией, получавших экстракт черной смородины, содержание АТФ в 1-е сутки с момента моделирования достоверно выше, чем у крыс, не получавших экстракт, но ниже, чем в контрольной группе крыс. На 3-и сутки концентрация АТФ в миокарде у данных крыс практически не отличается от уровня в контрольной группе, т. е. происходит нормализация энергетического обмена.

### ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА СЕРТОНИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Безега Е. В., Третьякова Е. Л.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Серотонин активно поглощается и депонируется клетками легочной ткани, затем подвергается ферментативному превращению в 5-оксииндолуксусную кислоту (5-ОИУК), которая удаляется из организма с выдыхаемым воздухом. Особенности обмена серотонина при заболеваниях легких не изучены.

**Цель.** Изучить содержание серотонина и 5-ОИУК в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) и сыворотке крови у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

**Материалы и методы.** Обследовано 30 пациентов возрастом 35–45 лет с диагнозом ХОЗЛ. Для исследований использовали сыворотку крови и КВВ, собранный за 15 мин. Содержание серотонина и 5-ОИУК в КВВ и сыворотке крови определяли спектрофлуориметрическим методом.

**Результаты.** Проведенные нами исследования показали, что при ХОЗЛ значительно снижается

инактивация серотонина: его содержание в КВВ увеличивается в 5 раз при сниженной концентрации 5-ОИУК. В сыворотке крови уровень серотонина повышен в 2 раза, что свидетельствует о нарушении захвата серотонина легкими, при этом снижается концентрация метаболита серотонина в сыворотке крови, что, в свою очередь, свидетельствует о снижении его катаболизма. Полученные результаты подтверждают, что снижение захвата серотонина и его инактивация легкими — специфический показатель, который можно использовать в диагностике ХОЗЛ. Значительное увеличение 5-ОИУК в КВВ и уменьшение концентрации серотонина в КВВ и сыворотке крови в стадии ремиссии ХОЗЛ позволяет предположить, что концентрацию 5-ОИУК в КВВ можно использовать в качестве критерия оценки эффективности терапии.

### СОДЕРЖАНИЕ СЕРТОНИНА В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, УПОТРЕБЛЯВШИХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ

Ткаченко М. А., Ткаченко А. С.,  
Онищенко А. И.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Популярность энергетических напитков растет из года в год. Однако влияние энергетиков на организм изучено слабо.

**Цель.** Изучить содержание нейромедиатора серотонина в гомогенате головного мозга крыс при употреблении энергетических напитков.

**Материалы и методы.** Двадцать половозрелых крыс популяции WAG в возрасте 3 мес., которые содержались в стандартных условиях вивария, разделили в случайном порядке на две равные группы: опытную и контрольную. Животные опытной группы на фоне стандартного рациона питания получали энергетический напиток известной марки каждый день однократно в течение месяца (12 мл/кг массы тела). Контрольная группа состояла из интактных животных. Животных выводили из эксперимента путем декапитации с последующим забором головного мозга для приготовления гомогената, в котором определяли содержание серотонина спектрофлуориметрическим методом. Для статистической обработки полученных данных использовали программу “Graph Pad Prism 5”.

**Результаты.** Установлено, что месячный пероральный прием энергетического напитка животными опытной группы приводит к достоверному ( $p < 0,02$ ) повышению содержания серотонина в гомогенате головного мозга на 35 % по сравнению с контрольной группой.

**Выводы.** Принимая во внимание роль серотонина в центральной нервной системе, повышение его содержания в головном мозге экспериментальных животных свидетельствует о возможной роли серотонина в моделировании поведенческих реакций при употреблении энергетиков.



## ПРОДУКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ И СООТНОШЕНИЕ НЕЙТРОФИЛЫ/ЛИМФОЦИТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Люкьянова Е. М.

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

Известно, что основными эффекторами многих заболеваний, в том числе хронической ишемической болезни сердца (ИБС), признаны моноциты, нейтрофилы и Т-лимфоциты. Из цитокинов маркерами моноцитов и нейтрофилов являются ИЛ-1 $\beta$ , Т-лимфоцитов — ИЛ-10 и ИЛ-2. В то же время известно, что тяжесть состояния больных воспалительными процессами зависит от соотношения нейтрофилы/лимфоциты.

**Цель.** Изучить связь между продукцией интерлейкинов и соотношением нейтрофилы/лимфоциты у больных ИБС.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных с диагнозом ИБС. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев. Определение содержания ИЛ-1 $\beta$ , -2 и -10 в сыворотке крови обследованных проводилось иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск).

**Результаты.** Установлено, что при поступлении в стационар у всех пациентов повышен уровень ИЛ-1 $\beta$  и снижен уровень ИЛ-10. Максимальная концентрация ИЛ-1 $\beta$  (повышен в 5,5 раза по сравнению с контрольной группой) отмечалась у пациентов с уровнем нейтрофилов выше 76 %, минимальная концентрация ИЛ-10 (в 4 раза меньше, чем в контрольной группе) отмечалась у пациентов с содержанием лимфоцитов менее 6 %. Концентрация ИЛ-2 была повышена, по сравнению с контрольной группой, только у пациентов с содержанием лимфоцитов не менее 8 %. При выписке у всех пациентов, кроме тех, у кого исходный уровень лимфоцитов был низким, снижался уровень нейтрофилов, ИЛ-1 $\beta$  и повышался уровень ИЛ-10, по сравнению с исходным. Делается **вывод** о диагностической значимости изучаемых показателей.

## СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ АМИНОКИСЛОТ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кобылянская Л. И.

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

Известно, что развитие и прогрессирование сахарного диабета (СД) сопровождаются изменениями со стороны центральной нервной системы, нарушением когнитивных функций. Однако особенности содержания и соотношения возбуждающих и тормозных медиаторных аминокислот в головном мозге при диабете не изучено.

**Цель.** Изучить содержание глутаминовой, аспарагиновой и  $\gamma$ -аминомасляной (ГАМК) аминокислот в гомогенатах полушарий головного мозга крыс при экспериментальном СД 1 типа.

кислот в гомогенатах полушарий головного мозга крыс при экспериментальном СД 1 типа.

**Материалы и методы.** Эксперименты проведены на 3-месячных крысах-самцах популяции WOG. Животных разделили на группы: 1) интактные крысы (10 особей), 2) крысы с модельным сахарным диабетом (10 особей). Сахарный диабет моделировали путем внутрибрюшинного введения раствора аллоксана. Крыс выводили из эксперимента путем декапитации под легким тиопенталовым наркозом на 5-е сутки с момента моделирования. Уровень гликемии у всех крыс был выше 9 ммоль/л. Содержание медиаторных аминокислот определяли методом высоковольтного электрофореза.

**Результаты.** Установлено, что развитие СД 1 типа сопровождается увеличением аспарагиновой (в 1,6 раза по сравнению с контрольной группой) и глутаминовой (в 1,8 раза) аминокислот в гомогенате мозга крыс при снижении концентрации ГАМК (в 2,2 раза). Отмечается высокая корреляционная связь между уровнем изучаемых аминокислот и концентрацией глюкозы в крови крыс.

**Вывод.** Развитие экспериментального СД сопровождается увеличением содержания возбуждающих и снижением тормозных аминокислот в головном мозге.

## ВЛИЯНИЕ ФИЛЬТРАТА ПОЛИГОНА ОТХОДОВ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ПОДОСТРОМ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Безродная А. И., Логвинова А. А.

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

Фильтрат полигона отходов — жидкая фаза, образующаяся на полигоне при захоронении бытовых отходов и негативно влияющая на окружающую среду. Различные ксенобиотики, попадая в организм, могут включаться в процессы обмена, вызывая дисметаболизм и многочисленные тяжелые последствия, накапливаясь в субклеточных структурах (О. А. Наконечная, 2016).

**Цель работы.** Определить основные биохимические показатели белкового обмена в крови белых крыс под влиянием фильтрата полигона отходов и провести коррекцию исследуемых показателей.

**Материалы и методы.** Проведен подострый токсикологический эксперимент на 30 белых крысах обоих полов популяции WAG, получавших фильтрат полигона и «Квертин» (Борщаговский ХФЗ, Украина) продолжительностью 45 сут.

**Результаты и обсуждение.** Так, в результате действия 1/10 ДЛ<sub>50</sub> фильтрата полигона отходов выявляется повышение концентрации креатинина в крови экспериментальных животных в 3,5 раза. После коррекции «Квертином» уровень креатинина снижался, но оставался повышенным в сравнении с контролем в 2,5 раза. Концентрация мочевины в крови экспериментальных животных снижалась в 2,2 раза в результате действия 1/10 ДЛ<sub>50</sub>



фильтрата полигона отходов, однако после коррекции «Квертином» уровень мочевины повышался, но оставался сниженным в сравнении с контролем в 1,8 раза.

**Вывод.** Пероральное введение фильтрата полигона отходов в дозе 1/10 ДЛ<sub>50</sub> оказывает влияние на основные показатели белкового обмена — креатинин и мочевину в организме экспериментальных животных. Полученные результаты повышения креатинина свидетельствуют об усиленном распаде белков и нарушении функционального состояния почек белых крыс, а снижение концентрации мочевины — об усилении процессов обезвреживания в печени. В эксперименте показано положительное действие растительного полифенольного препарата «Квертин» на основные показатели белкового обмена в крови токсифицированных животных.

### ВЛИЯНИЕ РАЦИОНА С ДЕФИЦИТОМ ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС

Кузнецова М. А.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

За последние десятилетия в Украине возрос удельный вес заболеваний гепатобилиарной системы среди населения, особенно детей, что является актуальной проблемой детской гастроэнтерологии. Среди факторов повреждения печени важную роль играет негативное действие патогенных экзогенных факторов, среди которых ведущее место занимает гипокалорийное питание. Его влияние на морфофункциональное состояние печени, в частности в период беременности, изучено недостаточно.

**Цель.** Изучить морфофункциональное состояние печени у крыс, которые во время беременности получали гипокалорийный рацион питания.

**Материалы и методы.** Исследовано морфофункциональное состояние печени 7 самок популяции WAG/G Sto, которые в период беременности получали рацион с дефицитом питательных веществ (основная группа), и 7 самок, получавших стандартный рацион вивария (группа контроля). Определяли показатели углеводного и липидного обмена в сыворотке крови и ткани печени с использованием общепринятых методик. Все животные выводились из эксперимента сразу после родов с соблюдением морально-этических принципов работы на животных.

**Результаты.** В липидограмме было обнаружено достоверное увеличение содержания холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) на 8,36 и 37,23 % по сравнению с контролем, а также повышение липопротеидов очень низкой плотности на 34,69 %, что связано с использованием липидов как основного энергетического субстрата в условиях дефицита питательных веществ и включения компенсаторных механизмов для регуляции метаболических процессов. Кроме того, в сыворотке крови выявлено снижение концентрации глюкозы на

4,32 % ( $p \leq 0,01$ ), что связано с ее дефицитом в питании и повышенной утилизацией тканями, а также с недостаточностью гликогенного резерва для поддержания постоянного уровня и снижением глюконеогенеза из-за функциональных нарушений в печени. В ткани печени снижено содержание ТГ на 43,52 % и ХС на 49,22 %, что объясняется повышенной секрецией транспортной формы липопротеидов очень низкой плотности, а также уменьшением синтеза этих липидов в связи со сниженным числом гепатоцитов.

**Выводы.** Таким образом, питание беременных самок с недостатком пищевых компонентов приводит к нарушению функционального состояния печени и может стать фактором риска развития органической патологии у экспериментальных животных в будущем.

### ЗМІНИ У НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗАХ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПОЛІКІСТОЗІ ЯЄЧНИКІВ

Жулікова М. В.

*Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

**Метою** дослідження було вивчення змін у надниркових залозах щурів при експериментальному полікістозі яєчників (СПКЯ).

**Матеріали та методи.** Об'єкт дослідження — 30 самок білих щурів лінії Vistar 27-денного віку і масою 80–90 г. З них 15 тварин були контрольними і 15 — піддослідними. Контрольну групу становили самки з нормальним естральним циклом. У піддослідних тварин моделювали полікістозний процес в яєчниках шляхом підшкірного введення 6 мг на 100 г маси тіла масляного розчину дегідроепіандростендіона (ДНЕА) за методикою М. Т. Lee et al. (1991) протягом 20 днів.

**Результати дослідження.** Кірковий і мозковий шари у піддослідних тварин перевищували показники контрольної групи на 15,3 % ( $p < 0,05$ ) і 37,9 % ( $p < 0,05$ ) відповідно. При СПКЯ клубочкова зона надниркових залоз на 30,0 % ( $p < 0,05$ ) достовірно зменшилася щодо контролю, але пучкова і сітчаста зони значно випереджали дані показники контрольних щурів — на 15,2 і 18,1 % ( $p < 0,05$ ). Морфометричні показники темних клітин достовірно не відрізнялися від контролю, однак площа ядерець на 25,8 % ( $p < 0,05$ ) і ядерець-ядерний коефіцієнт на 40,8 % ( $p < 0,05$ ) достовірно зменшувалися. У світлих клітинах площі ядер та ядерець достовірно збільшувалися на 32,9 % ( $p < 0,05$ ) та 42,0 % ( $p < 0,05$ ) відповідно, а ядерець-цитоплазматичний та ядерець-ядерний коефіцієнти — на 35,9 % ( $p < 0,05$ ) і 11,0 % ( $p < 0,05$ ), що розцінювалося як підвищення функціональної активності світлих клітин.

**Висновки.** Експериментальне моделювання СПКЯ на щурах дозволило виявити морфологічні ознаки компенсаторних реакцій у надниркових залозах, що виявляється у домінуванні прогресивних змін розмірів пучкової зони кіркового шару з переважанням проліферативних процесів в надниркових залозах, які зачіпають клітини ендокринної паренхіми.

## МОДЕЛИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА У САМЦОВ КРЫС

Антоненко О. А., Лабунская В. Р.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Атеросклероз является проблемой XXI в. Поскольку этиология до конца не выяснена, а патогенез развития достаточно сложный, то вопросы о лечении и компенсировании атеросклероза остаются открытыми и актуальными.

**Цель.** Моделирование атеросклероза у самцов крыс и наблюдение за течением заболевания при введении в рацион морепродуктов.

**Материалы и методы.** Эксперимент проводится на 45 половозрелых крысах мужского пола. Крысы разделены на 5 групп, иммобилизованы: 1-я группа — контрольная; 2, 3 и 4-я группы ежедневно получают маргарин, хлеб и 5 % раствор глюкозы; 5-я группа находится на вышеуказанной диете с коррекцией пищевой добавкой на основе рапанов.

## КОРИГУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗА ДОПОМОГОЮ РАПАНОВОЇ ДІЄТИ

Волчевський В. В., Смолівський В. Д.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** За прогнозами ВООЗ, у 2030 р. цукровий діабет (ЦД) посідає сьоме місце серед усіх причин смертності. Більшість людей, що страждають на дане захворювання, хворіють саме на ЦД 2 типу. В Україні кількість таких пацієнтів становить близько 1,5 млн (це майже 3 % від загальної кількості населення). На жаль, ЦД 2 типу є невиліковною хворобою, але дотримання обґрунтовано обраної дієти може значно полегшити стан хворого. У зв'язку з цим пошук оптимальної дієти для коригування даної патології є сьогодні актуальним питанням.

**Мета.** Вивчення впливу рапанової дієти на перебіг експериментального цукрового діабету 2 типу у щурів.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на 18 статевозрілих щурах-самках лінії Вістар. Експериментальна модель ЦД 2 типу була створена триразовим введенням алоксану з інтервалом у 5 діб між ін'єкціями. Додатково щури отримували пиття у вигляді 10 % розчину фруктози. Одна із груп отримувала також нутрієнти у вигляді м'яса *Rapana venosa*.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Митрохина Н. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** По данным ВОЗ, на конец 2017 г. количество людей, болеющих сахарным диабетом

(СД) составляет 422 млн (примерно 6–8 % от популяции). В Украине этим заболеванием страдает около 1,5 млн граждан (около 3 % от численности всего населения). Диабетическая ретинопатия — осложнение, которое наблюдается у 90 % больных СД. Данная патология является наиболее частой причиной слепоты среди людей в возрасте от 20 до 74 лет.

**Цель.** Исследовать в эксперименте развитие диабетической ретинопатии при моделировании СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Эксперимент был проведен на 20 беспородных крысах-самках массой 150–220 г, которых содержали на обычном рационе вивария. Сахарный диабет 2 типа моделировали путем трехкратного внутривенного введения аллоксана в количестве 5 мг на 100 г, 7 мг на 100 г и 5 мг на 100 г массы с интервалом 7 дней. Группы эксперимента: 1) контрольная группа (интактная); 2) моделирование СД без коррекции; 3) моделирование СД с коррекцией L-аргинином внутривенно. Проводится исследование динамики массы тела и концентрации глюкозы в крови, взятой из хвостовой вены. Для контроля эффективности использованной модели и применяемого метода коррекции по окончании эксперимента планируется осуществить биохимический анализ крови из хвостовой вены лабораторных животных, а также гистологическое и гистохимическое исследование сетчатки глаза.

**Выводы.** Коррекция сахарного диабета с помощью L-аргинина обоснована тем, что данная аминокислота эффективна при заболеваниях периферических сосудов и может снизить скорость развития диабетической ретинопатии.

## ВПЛИВ ІНТРА- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПРИ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ

Шептуха Л. П.<sup>2</sup>, Криворука В. В.<sup>2</sup>,  
Остапенко І. О.<sup>1</sup>, Руснак С. В.<sup>1, 2</sup>,  
Дерешова А. С.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> *Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

<sup>2</sup> *Балтська центральна районна лікарня,  
Балта, Україна*

Незважаючи на рекомендації ВООЗ щодо зниження питомої ваги кесаревих розтинів (КР) у популяції, їх показники сьогодні дорівнюють близько 15 %. При стандартизації анестезіологічної підтримки важливим для таких пацієнток є об'єм інфузійної терапії. Фахівці вказують на мінімізацію такого напряму терапії. **Мета** роботи — дослідити вплив значної інтра- та післяопераційної інфузійної терапії при КР на гематологічні показники.

Ретроспективне когортне дослідження проведено на базі пологово-гінекологічного відділення Балтської ЦРЛ. Проаналізовані історії пологів роділь та породіль, які родорозроджувалися шляхом КР у 2017 р. Загальна кількість роділь — 29, із них 23 (79,3 %) пацієнткам виконано ургентний

КР, а 6 (20,7 %) — плановий КР. У 3 (10,3 %) пацієнток показанням до виконання КР було відшарування нормально розташованої плаценти, у 26 (89,7 %) — не було показань щодо зміни гематологічних показників. Середній вік — (25,9±3,5) року. Середня вага — (73,5±7,8) кг. Показник ОЦК дорівнював (6027±562) мл. Інтраопераційна крововтрата сягнула позначки (579,2±39,6) мл. До оперативного втручання: гемоглобін — (111,3±15,2) г/л; ШОЕ — (30,8±10,4) мм/год.

Інфузійна інтраопераційна терапія — (2537,5±635,5) мл, у наступні дві доби породіллі було вли-то (2033,0±500,6) мл. У середньому пацієнтці вли-то 4570,5 мл (p<0,05). Різниця розміру інфузійної терапії щодо ОЦК: інтраопераційна — 3489,5 мл (57,9 %), післяопераційна — 3994 мл (66,3 %), за-гальна — 1456,5 мл (24,2 %). У всіх випадках p<0,05. Кількість спінальних анестезій — 7 (24,1 %); кри-сталоїдні розчини: інтраопераційно — (1590,9±716,6) мл, екстраопераційно — (1150±401) мл; колоїдні розчини — (1030±237) мл та (1525±383) мл відповідно.

Гематологічні показники після інтенсивної те-рапії: гемоглобін — (102,8±13,0) г/л; ШОЕ — (33,3±10,7) мм/год (p<0,05). Різниця показників: гемоглобін — -8,5 г/л; ШОЕ — 2,5 мм/год.

Отже, значна інфузійна терапія при кесаревих розтинах з невеликими крововтратами високою мірою не впливає на гематологічні показники. З цього впливає недоцільність призначення вели-ких об'ємів інфузії під час інтенсивної терапії.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА И МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Бекеш Г. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Остеохондроз позвоночника яв-ляется одним из наиболее распространенных за-болеваний опорно-двигательной системы и встре-чается у 80 % населения Украины возрастом от 20 до 40 лет. К сожалению, во время проведения ме-дицинских осмотров у детей школьного возраста у 85–90 % выявляют нарушения осанки.

**Цель.** Сбор и анализ имеющихся данных о при-чинах развития остеохондроза позвоночника, фак-торах, оказывающих влияние на развитие патоло-гии, а также применяемых в клинической практи-ке методов реабилитации.

## КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПЕРВОГО ТИПА

**Журавлева Е. С., Михайлова О. О.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В последнее время неуклонно растет количе-ство больных сахарным диабетом, грозным ос-

ложением которого являются эндотелиальные сосудистые дисфункции, приводящие к разви-тию множественных микро- и макроангиопатий. К сожалению, терапия данных осложнений во многих случаях оказывается безуспешной.

**Цель.** Коррекция эндотелиальной дисфунк-ции на фоне сахарного диабета первого типа как предупреждение осложнений этого заболе-вания.

**Материалы и методы.** Для исследования 60 крыс линии WAG были разделены на пять групп по 12 особей в каждой. Из них 48 особям была проведена внутрибрюшинная инъекция аллокса-на из расчета 15 мг на 100 г массы, что привело к развитию сахарного диабета первого типа. Первая группа животных получила пищевую до-бавку в виде концентрированного сока красно-го винограда, вторая группа — питьевую фор-му аргинина, третья — пищевую добавку на ос-нове рапанов. Контрольные группы, состоящие из 12 здоровых и 12 больных особей, оставались на прежнем питании без коррекции.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЖЕЛЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ

**Балагута С. О., Грубник М. Ю.,  
Пилипенко Ю. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Перитонит на сегодняшний день является одним из наиболее грозных ослож-нений в хирургической практике. Летальность при распространенном перитоните, по данным разных авторов, колеблется от 30 до 40 %. В свя-зи с этим мы исследовали возможные пато-физиологические механизмы нарушений функ-ций и систем организма крыс в острой фазе за-болевания.

**Материалы и методы.** В эксперименте было задействовано 45 крыс-самцов линии Вистар массой 130–150 г, которые находились на стационарно-пищевом режиме в виварии. Жи-вотным вводили внутрибрюшинно желчь в рас-чете 1 мл на 100 г массы. Затем крыс выводили из эксперимента на 1, 3, 7-е сутки путем легкого эфирного наркоза.

Животных в эксперименте разделяли на пять групп: 1 группа — интактная; 2 группа — экс-периментальный перитонит путем введения жел-чи без терапии; 3 группа — животные с воспро-изведенным экспериментальным перитонитом с коррекцией промыванием фурацилином; 4 груп-па — животные с воспроизведенным экспери-ментальным перитонитом с коррекцией введени-ем антибиотиков по стандартной схеме; 5 груп-па — животные с воспроизведенным экспери-ментальным перитонитом с коррекцией мемб-ран-стабилизирующим препаратом.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ КАЛОВОМ ПЕРИТОНИТЕ

Билан Р. Р., Салихова Р. П., Холодова В. И.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Перитонит сегодня — одно из наиболее грозных осложнений в хирургической практике. По данным различных источников, летальность при данной патологии составляет 25–30 %. В связи с этим мы исследовали возможные патофизиологические механизмы нарушений функций и систем организма крыс в острой фазе заболевания.

**Материалы и методы.** В эксперименте было задействовано 45 крыс-самцов линии Вистар массой 120–140 г, которые находились на стационарно-пищевом режиме в виварии. Животным вводили 10 % раствор фильтрованной каловой взвеси в расчете 1 мл на 100 г массы. Затем крыс выводили из эксперимента на 1, 3, 7-е сутки путем легкого эфиринового наркоза.

В сыворотке крови определяли активность амилазы, АЛТ, АСТ и других печеночных ферментов, а также определяли гематокрит, количество эритроцитов и лейкоцитарную формулу.

Животных в эксперименте разделяли на четыре группы: 1-я группа — интактная; 2-я группа — экспериментальный перитонит путем введения каловой взвеси без терапии; 3-я группа — животные с воспроизведенным экспериментальным перитонитом с коррекцией промыванием фурацилином; 4-я группа — животные с воспроизведенным экспериментальным перитонитом с коррекцией введением антибиотиков по стандартной схеме.

## ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ПОКАЗАТЕЛИ БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ

Саид-Хассан Р. Х., Назарчук А. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

В наше время существуют множество методов диагностики изменения буккального эпителия ротовой полости. Этот объект отображает состояние организма человека, которое может изменяться под влиянием экзогенных и эндогенных факторов.

**Цель исследования.** Изучение влияния стрессовых состояний на клетки буккального эпителия. Проведение сравнительной характеристики показателей эпителия ротовой полости.

**Материалы и методы.** Было проанализировано изменения состояния клеток щечного эпителия у группы студентов (20 человек) во время сессии, а также после сдачи. В день забора эпителия данная группа студентов прошла психологические тесты: тестовая карта методики САН, тест Беловой, исследование избирательности внимания, исследование восприятия времени, исследование объема кратковременной памяти, уровень эмоционального выгорания по В. В. Бойко, тест-таблица Горбова — Шульте.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Крюкова Г. В., Столяренко В. Н.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Атеросклероз является одним из наиболее грозных проявлений ишемической болезни сердца, которая часто приводит к сосудистым катастрофам. Сердечно-сосудистые заболевания, в основе которых лежит данная патология, прочно занимают первое место по частоте летальности во всем мире. В связи с вышеуказанным, нам представилось интересным исследовать динамику развития экспериментального атеросклероза у крыс с одновременной коррекцией антиоксидантами и флавоноидами.

**Материалы и методы.** В эксперименте принимали участие 40 крыс-самцов линии Вистар, которые были разделены на пять групп по 10 особей в каждой: 1-я группа — интактная; 2-я группа — контрольная, получает атерогенную диету без дополнительной коррекции; 3-я группа — аналогичный рацион с одновременным введением L-аргинина; 4-я группа — атерогенная диета + антоцианы; 5-я группа — помимо атерогенной диеты животным дополнительно вводят антоцианы и L-аргинин.

По окончании эксперимента у крыс будет проведен забор крови для исследования следующих маркеров: уровень холестерина, липидные фракции и билирубин, а также проведено гистологическое исследование сосудистой стенки для выяснения эффективности антиоксидантной терапии при развитии атеросклероза.

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАН СІДНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ДЕ-1 РЕГЕНЕРАЦІЇ НА ФОНІ ЙОГО ЛАЗЕРНОГО ОПРОМІНЕННЯ

Прийма М. О., Лукашевський О. Я.,  
Дида І. В., Масляк К. Т.,  
Давиденко О. В., Онисько І. З.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ, Україна*

**Метою** наукової роботи було дослідження функціональної та морфологічної регенерації сідничного нерва після його повного пересічення з ушиванням під дією опромінення низькочастотним світлодіодним лазером «Спектр-ЛЦ».

**Матеріали та методи.** Експеримент проведено на 40 лабораторних щурах лінії Wistar масою 200–250 г, яким під ефірним наркозом у стерильних умовах було виконано пересічення лівого сідничного нерва з ушиванням кінець в кінець одразу, через 15 і 30 хв після пересічення. Починаючи з 2-го дня операції, проводилося щоденне опромінення зони оперативного втручання синім спектром



(довжина хвилі — 480–450 нм) низькочастотного світлодіодного лазера «Спектр-ЛЦ». Термін досліджу — 1, 3, 7, 15, 30, 45 і 90 діб.

Дослідження відновлення сомато-вісцеральної чутливості реєструвалось за реакцією тварини на больові та температурні подразники, а рухової функції за допомогою рухомої стрічки. Морфологічні зміни в структурі нервового волокна досліджено на гістологічних препаратах і електронній мікроскопії.

**Результати.** Отримані результати показали, що у ранні терміни досліджу (1-ша–7-ма доба) виникають виражені дегенеративно-дистрофічні зміни в структурі сідничного нерва. На 7-му–15-ту добу дегенеративні процеси посилюються.

Рухова та сенсорна чутливість знижена. З 20-ї доби починаються регенеративні процеси, що супроводжуються поступовим відновленням функціональної активності та чутливості, але повноцінне відновлення структури і функції сідничного нерва залежно від терміну ушивання настає тільки на 60–90-ту добу.

**Висновок.** Раннє ушивання з використанням світлодіодного низькочастотного лазера в лікуванні ушкоджень периферичної нервової системи у 2–2,5 рази пришвидшує відновлення функціональної активності та морфологічної структури нервового волокна, що потрібно використовувати в клінічній практиці.

#### АНДРОГЕНИ І ХРОНІЧНА ШЕМІЯ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ — ПАТОГЕНЕТИЧНО НЕЗАЛЕЖНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Максимович А. А., Недовєсова Ю. Д.,  
Веденьєв С. П.

*Національний фармацевтичний університет  
МОЗ України, Харків, Україна*

**Метою** даної роботи було вивчення патогенетичної значущості двох факторів патогенезу доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), які мають провідне значення, — дії андрогенів і хронічної ішемії та їх можливого взаємозв'язку.

**Матеріали та методи.** Досліди проведені на 18 нелінійних щурах-самцях в 3 серіях по 6 тварин у кожній. Так, 1-ша серія — інтактні тварини. У 2-й серії моделювали ДГПЗ терапією андрогенами шляхом щотижневого внутрішньом'язового введення протягом 1 міс. препарату Сустанон-250 («Н. В. Органон», Нідерланди) в дозі, еквівалентній 3 мг/кг тестостерону. У 3-й серії моделювали хронічну ішемію тазових органів шляхом дозованого звуження нижньої порожнистої вени. Тварин обстежували через 1,5 міс. після моделювання ішемії. Наприкінці експерименту видаляли передміхурову залозу (ПЗ) і сечовий міхур (СМ), визначали їх масу, брали зразки крові для проведення гормонального дослідження і тканин — для гістологічного. Концентрацію гормонів у крові (тестостерон, дигідротестостерон, естрадіол,

інсулін) визначали імунохемілюмінесцентним методом на імунохімічному аналізаторі. Гістологічні дослідження здійснювали за стандартною методикою з фіксацією зразків тканини в нейтральному формаліні і забарвленням парафінових гістологічних зрізів гематоксиліном і еозином.

**Результати дослідження.** Встановлено, що у 2-й і 3-й серіях експерименту формувалася ДГПЗ. При андрогенній терапії розвинулася різко виражена залозиста форма ДГПЗ, при хронічній ішемії — стромально-залозиста форма. Дослідження гормонального фону показало, що формування ДГПЗ при хронічній ішемії тазових органів відбувалося на тлі нормальної концентрації тестостерону, дигідротестостерону, естрадіолу й інсуліну в крові. У дослідах з андрогенною терапією формування ДГПЗ відбувалося на тлі різкого підвищення концентрації обох андрогенів і естрадіолу в крові. Збільшення рівня естрогенів на тлі андрогенної стимуляції можна розглядати як компенсаторний процес, спрямований на обмеження проліферативної активності клітин ПЗ, оскільки встановлений механізм трансформації надлишку тестостерону в естрогени. Це дозволило зробити висновок, що андрогенна стимуляція і хронічна ішемія ПЗ — два незалежних патогенетичних факторів розвитку ДГПЗ.

#### ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ЗА УМОВИ МЕХАНІЧНОЇ НЕПРОНИКАЮЧОЇ ТРАВМИ РОГІВКИ

Нестерук С. В.

*Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна*

**Вступ.** У патогенезі запального процесу травмованого ока імунна система відіграє важливу роль, зокрема розвиток і динаміка реакцій клітинного імунітету тісно пов'язані з характером перебігу захворювання, однак ці взаємозв'язки вивчено недостатньо, що спонукало нас провести дослідження власне такого напрямку.

**Метою** роботи було дослідити динаміку показників гуморального та клітинного імунітету у крові кролів за умови механічної непроникаючої травми рогівки.

**Матеріали та методи.** Експериментальні дослідження проводили на статевозрілих кролях породи «Шиншила». Стан клітинного імунітету оцінювали за вмістом CD4+, CD8+ та імунорегуляторного індексу CD4+/CD8+. Зразки аналізували на проточному цитофлуориметрі Epics-XL виробництва Beckman Coulter.

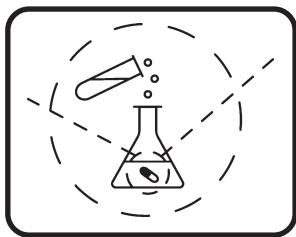
**Результати досліджень.** Встановлено, що рівень Т-хелперів на третю добу експерименту достовірно знизився на 25,0 % щодо контрольної групи. На сьому добу спостереження досліджуваний показник ще більше знизився — на 34,1 % (p<0,05). При цьому рівень Т-хелперів на 12,2 % був достовірно нижчим щодо показника на третю добу експерименту. На десяту добу спостереження рівень Т-хел-

перів стабілізувався, достовірно не відрізняючись від показника на сьому добу експерименту, але залишаючись на 35,9 % нижчим за показник контрольної групи ( $p < 0,05$ ). На чотирнадцяту добу спостереження досліджуваний показник залишався достовірно нижчим рівня контрольної групи на 39,6 %.

Рівень Т-супресорів на третю добу спостереження достовірно знизився на 38,3 %, на сьому добу — на 46,1 %. На десяту добу спостереження рівень Т-супресорів, на відміну від Т-хелперів, продовжував знижуватися, досягши значення  $5,82 \pm 0,14$ , що на 18,0 % ( $p < 0,001$ ) нижче показника на сьому добу. На чотирнадцяту добу експерименту досліджуваний показник досяг максимального зниження — на 60,7 % ( $p < 0,05$ ) щодо контрольної групи та був на 11,0 % нижчим щодо показника на десяту добу спостереження ( $p < 0,05$ ).

Імунорегуляторний індекс на третю добу експерименту достовірно зріс на 22,2 %. На сьому добу досліджуваний показник достовірно не змінився. На десяту добу дослідження співвідношення CD4/CD8 достовірно перевищило попередній показник на 17,4 %, а показник контрольної групи — на 45,7 % ( $p < 0,05$ ). На чотирнадцяту добу спостереження імунорегуляторний індекс досяг максимального підвищення — на 54,3 % ( $p < 0,05$ ) щодо контрольної групи та достовірно не відрізнявся від показника на десяту добу спостереження.

**Висновки.** За умови механічної травми рогівки у крові кролів встановлено виражене порушення клітинного імунітету у вигляді дисбалансу субпуляційного складу Т-лімфоцитів з переважним зменшенням Т-супресорів і прогресивним збільшенням імунорегуляторного індексу.



## СЕКЦІЯ ФАРМАКОЛОГІЇ І ФАРМАЦІЇ

### Секция фармакологии и фармации

### Section of Pharmacology and Pharmacy

---

#### РОЗРОБКА ДІЄТИЧНОЇ ДОБАВКИ НА ОСНОВІ БАЗИДІАЛЬНОГО ГРИБА *GANODERMA LUCIDUM* ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ АЛЕРГІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Залогіна-Киркелан М. А.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Алергійні захворювання (АЗ) наразі залишаються одними з найбільш розповсюджених, поширеність їх зростає з року в рік, що, насамперед, пов'язано із забрудненням довкілля, а також поширенням алергійних факторів у побуті та широким використанням лікарських засобів. У традиційній медицині провідний метод лікування АЗ дихальних шляхів — фармакотерапія, де найбільш вживаними є синтетичні препарати, як-от: антигістамінні, стероїдні гормони тощо. Разом із лікувальним ефектом хворий зазнає різноманітних побічних ефектів. Отже, пошук новітніх, можливо, нетрадиційних, безпечних засобів, що полегшують перебіг АЗ є надзвичайно актуальним.

Найбільш перспективним напрямом у профілактиці респіраторних алергозів вважають використання біологічно активних речовин, що утворюються за життєдіяльності вищих базидіальних грибів. За даними дослідників, встановлено відсутність побічних ефектів і токсичної дії на організм людини у разі застосування препаратів на основі діючих речовин лікувальних макроміцетів.

Ми вивчали продуковані грибами біологічно активні речовини, що мають імунокоригувальну, антиалергійну активність і тому можуть використовуватися при АЗ дихальної системи. Найперспективнішим для подальшого створення дієтичної добавки виявився трутовик лакований (*Ganoderma lucidum*), лікувальні властивості якого підтверджуються лабораторними випробуваннями. Олейнова кислота, у великій кількості виявлена в *G. lucidum*, та ганодерові кислоти здатні пригнічувати вивільнення гістаміну, таким чином, запобігаючи алергійному риніту і запаленню. Сировина має ста-

більний склад БАР, може бути стандартизована за складом активних речовин. Створено сорт лікувального гриба Рейші та розроблено ТУ для виготовлення сировини.

#### ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ГЛИВИ ЗВИЧАЙНОЇ *PLEUROTUS OSTREATUS* (*FR.*) *KUMMER* У СТВОРЕННІ ДІЄТИЧНОЇ ДОБАВКИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Нечаєва І. С.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Однією з актуальних проблем гастроентерології є запальні захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ), у тому числі виразкова хвороба шлунка (ВХ) та дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, хвороба Крона. Це пов'язано з високою поширеністю цих захворювань, а також високою частотою рецидивів та ускладнень.

Сьогодні створено велику кількість препаратів для розв'язання цієї проблеми, але, на жаль, крім лікувальних властивостей, вони мають велику кількість побічних ефектів та протипоказань. Використання засобів природного походження є актуальним через їх безпечність порівняно з синтетичними речовинами. У зв'язку з цим метою роботи було розробити дієтичну добавку на основі базидіального гриба *Pleurotus ostreatus* (глива, ойстер) для профілактики та лікування запальних захворювань ШКТ.

У роботі використовувались оригінальні методики, розроблені у НВФ «Фунгі».

За результатами випробувань для створення дієтичної добавки були відібрані найкращі за всіма показниками: врожайність, стійкість до комплексу збудників хвороб, накопичення біологічно активних речовин — ізоляти *Pleurotus ostreatus*.

Для визначення наявності корисних біологічно активних речовин у складі штамів грибів встановлювали жирнокислотний і полісахаридний склад міцелію та культуральної рідини. За результатами досліджень встановили, що плодові тіла *Pleurotus ostreatus* нагромаджують поліненасичені жирні кислоти у великій кількості та різноманітності, а також 1,3/1,6-β глюкани. Відомо, що саме жирні кислоти та їх комбінації визначають фізіологічну активність тих або інших макроміцетів.

Відібрані ізоляти *Pleurotus ostreatus* і створений на їх основі сорт гливи *Чайка Чорноморська* є перспективним матеріалом для розробки дієтичної добавки для профілактики та лікування запальних захворювань.

## РОЗРОБКА М'ЯКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ТА ІНШИХ УШКОДЖЕНЬ ШКІРИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Корчинська А. А.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Всупереч поширеній думці, що лікування трофічних виразок є досить складним завданням, ми пропонуємо вам розглянути препарат на основі софори японської, який може спростити рішення даної проблеми.

Об'єктом досліджень була обрана лікарська рослинна сировина — плоди софори японської (*Fructus Sophorae japonicae*), найціннішою біологічно активною речовиною якої є рутин. Йому притаманні властивості вітаміну Р. Ця речовина добре знижує крихкість капілярів, тому незамінна при лікуванні різноманітних ушкоджень шкіри, а найбільше — трофічних язв. Також плоди мають бактерицидну дію, яка зумовлена наявністю в них кверцетину і геністеїну. Також у складі є софорозид, смолисті речовини та алкалоїди (4 %) — пахікарпін, матрин, софокарпін.

**Мета** роботи полягає у розробці оптимальної технології виготовлення м'якої лікарської форми у вигляді гелю з плодів софори японської для лікування ран різної етіології, трофічних виразок.

**Методи досліджень.** Моніторинг різноманітних інформаційних фармацевтичних джерел, аналіз даних наукової медичної та фармацевтичної літератури, систематизація даних.

Результати показали, що існує кілька стадій загоєння рани, і на кожній з них є свої особливості, врахування яких дозволяє максимально скоротити терміни загоєння ран. Отже,гель є ефективним під час I стадії — ексудативної.

Дана стадія може проходити легко і швидко, а може бути й довготривалою. У цей період рана волога, її поверхня може легко травмуватися й інфікуватися. Їй необхідно залишатися вологою, і при цьому доступ кисню в рану повинен бути достатнім, бо тканинне дихання ушкоджених клітин поки ускладнене. Тому, на нашу думку, найбільш прийнятним засобом для загоєння ран на ексудативній стадії може бути тільки засіб у формі гелю, тому що він має гідрофільну основу, не містить

жиру. Гель не перешкоджає виділенню рідини на поверхні рани і надходженню кисню в рану, тим самим пришвидшує і підвищує якість загоєння.

Подальші дослідження будуть направлені на вивчення оптимальних можливих комбінацій діючих речовин з урахуванням фармацевтичної та фармакологічної взаємодії.

## РОЗРОБКА ВИТЯЖКИ З КВІТІВ СОФОРИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Макарець І. С.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Лікування цукрового діабету на даний момент — актуальна тема, тим більше в нашому регіоні. В Україні існує багато препаратів для лікування цукрового діабету, переважно на основі хімічних речовин, але, не дивлячись на це, ефективність лікування може бути і підвищена шляхом використання препаратів на рослинній основі.

Об'єктом дослідження в лікуванні цукрового діабету ми вибрали сировину — квіти Софори японської (*Sophorae japonicae*; родина Бобові — *Fabaceae*). У квітках виявлено п'ять видів флавоноїдів: рутин, кверцетин, кемпферол, геністеїн, ізо-рамнетин. Частіше ці речовини застосовуються для лікування часткового ускладнення хронічної гіперглікемії — ретинопатії. При такому захворюванні уражаються судини очей, що призводить до сліпоти. Завдяки кверцетину рослина надає рано-загоєвальну дію, що дуже актуально для діабетика з огляду на те, що солодке середовище є сприятливим для розмноження мікроорганізмів, а в подальшому — розвитку гнійних процесів. Але варто зауважити, що квіти не мають цукрознижувальної дії, проте можуть вплинути на лікування багатьох симптомів даної хвороби. Більш того, застосування софори при діабеті сприяє відновленню еластичності судин, знижуючи їх ламкість. Також її компоненти усувають холестеринові бляшки і нормалізують метаболічні процеси.

Тому **метою** нашої роботи була розробка технології приготування лікарського засобу для лікування цукрового діабету та його ускладнень.

**Методи дослідження.** Нами було вивчено досвід застосування софори в народній медицині, проведено пошук інформації та її систематизація. Технологія витяжки розроблена з урахуванням усіх фізико-хімічних властивостей.

**Результати.** Нами було досліджено склад сировини і розроблено технологію виготовлення витяжки з квітів софори. Під час роботи були стандартизовані методи для отримання витяжки та доведено кількісний склад. Розробка лікарського засобу у вигляді спиртового розчину доцільніша, тому що використання спирту як розчинника надає лікарській формі більшої ефективності та тривалості зберігання.

**Висновки.** Ми вважаємо, що розробка лікарського засобу у вигляді витяжки на основі квітів софори є актуальною, оскільки у складі сировини містяться речовини, які усувають ускладнення цукрового діабету.



## ВПЛИВ МАГНІЙ БІС(ЦИТРАТО)СТАНАТУ НА АПОМОРФІН-ВИКЛИКАНУ СТЕРЕОТИПНУ ПОВЕДІНКУ ЩУРІВ

Матюшкіна М. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Раніше нами було встановлено, що нова комплексна сполука — магній біс(цитрато)станат (під робочою назвою станмацит), яка була синтезована на кафедрі загальної хімії та полімерів Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова, має різноманітні фармакологічні властивості (антимікробні, противірусні, транквілізуючі тощо). Для виявлення можливих механізмів нейротропної дії сполуки вивчали здатність станмациту впливати на апоморфін-індуковану стереотипію (АПС) у щурів. Тестування проводили за зміною стереотипної поведінки щурів (обнюхування, гризіння та лизання тощо), викликаній підшкірним введенням апоморфіну гідрохлориду дозою 0,75 мг/кг ("Sigma-Aldrich", Німеччина) на поверхні «відкритого поля» протягом 6 год. Вводили БАР внутрішньоочеревинно дозами 1/135, 1/110 та 1/80 LD<sub>50</sub>. Контрольній групі щурів вводили 0,9 % розчин хлориду натрію в еквівалентному об'ємі.

Аналіз одержаних результатів показав, що введення сполуки дозою 1/135 LD<sub>50</sub> спричинило достовірне зменшення показника АПС через 3 та 6 год (на 26,7 і 36,7 % відповідно;  $p < 0,05$ ) порівняно з групою тварин, яким вводили тільки апоморфін. Дозою 1/110 LD<sub>50</sub> станмацит уже через 30 хв після введення зменшував показник АПС на 24,1 % ( $p < 0,05$ ), і ця тенденція зберігалася протягом всього експерименту. Через 3 та 6 год цей показник зменшувався на 50,0 та 58,3 % порівняно зі щурами, яким вводили тільки апоморфін ( $p < 0,05$ ). Загалом за 6 год спостереження показник АПС достовірно зменшувався на 43,4 %. Через 30 хв після введення станмациту дозою 1/80 LD<sub>50</sub> даний показник був на 31,0 % ( $p < 0,05$ ) менше, а через 6 год — на 53,3 % ( $p < 0,05$ ), ніж у тварин, яким вводили апоморфін. Таким чином, магній біс(цитрато)станат дозозалежним чином впливав на апоморфін-індуковану стереотипію у щурів, що свідчить про блокуючу дію сполуки на дофамінергічну нейропередачу. Найбільш виражений вплив БАР виявляла дозами 1/80 та 1/110 LD<sub>50</sub>.

## ЕКСТРАПОЛЯЦІЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ТАРТРАТОГЕРМАНАТІВ КУПРУМУ І ЦИНКУ ДЛЯ ЛЮДИНИ

Паніотова Г. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Попередньо було встановлено, що вперше синтезовані похідні германію з біолігандами винної кислоти (тарtratoгерманати купруму і цинку) на моделі щурів і мишей належать до III–IV класу токсичності.

**Мета дослідження.** Екстраполяція на людину експериментальних показників гострої токсичності нових БАР (тарtratoгерманати купруму і цинку), отриманих на мишах.

**Матеріали та методи.** Перерахунок показників гострої токсичності тарtratoгерманатів купруму і цинку проводили з урахуванням коефіцієнта видової стійкості людини ( $R=0,45$ ) і мишей ( $R=2,64$ ) (О. В. Стефанов, 2001), а також раніше опублікованих результатів дослідження гострої токсичності тарtratoгерманатів у мишей.

**Результати.** Згідно з проведеними розрахунками, рівень LD<sub>50</sub> тарtratoгерманату купруму становив  $(6,29 \pm 0,91)$  мг/кг внутрішньовенно/внутрішньоочеревинно,  $(10,87 \pm 1,67)$  мг/кг підшкірно і  $(65,63 \pm 5,59)$  мг/кг перорально. Рівень LD<sub>50</sub> тарtratoгерманату цинку дорівнював  $(14,86 \pm 0,75)$  мг/кг внутрішньовенно/внутрішньоочеревинно,  $(28,47 \pm 1,26)$  мг/кг підшкірно і  $(285,58 \pm 16,55)$  мг/кг перорально.

**Висновки.** Тарtratoгерманати цинку і купруму належать до помірно токсичних сполук або III класу токсичності для людини. Відносно менша токсичність тарtratoгерманату цинку, порівняно з тарtratoгерманатом купруму, зумовлює перспективність її вивчення як імовірної лікарської речовини.

## ТІОЛ-ДИСУЛЬФІДНА СИСТЕМА ЯК МАРКЕР НЕЙРОНАЛЬНОЇ ЗАГИБЕЛІ ПРИ ХРОНІЧНІЙ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЩУРІВ

Соколик О. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** даного дослідження є розкриття молекулярно-біохімічних механізмів загибелі нейронів в умовах хронічної 30-денної алкогольної інтоксикації щурів та розробка способів фармакологічної корекції.

Хронічна алкогольна інтоксикація призводить до значних змін глутатіонової ланки тіол-дисульфідної системи за рахунок зменшення її відновлених проміжних компонентів (знижується рівень цитозольного і мітохондріального глутатіону, відновлених тіольних груп) і росту окисненого глутатіону, загальної кількості окиснених тіолів. Відзначається нагромадження в мозку щурів маркерів окисного стресу: альдегідфенілгідрозонів (АФГ) — на 97 %, кетонфенілгідрозонів (КФГ) — на 74 %, нітротирозину — на 116 % у мітохондріях і на 105, 88 і 121 % відповідно в цитоплазмі. Встановлено значне зниження активності супероксиддисмутази (СОД) в цитозольній (59 %) і мітохондріальній (63 %) фракціях гомогенату мозку алкоголізованих щурів.

У тварин, які отримували цереброкурин після алкоголізації, відзначалося зниження нітротирозину на 49 і 42 %, окисненого глутатіону на 58 і 50 %, АФГ на 12 і 26 %, КФГ на 31 і 47 %, окиснених тіолів на 56 і 62 % відповідно в цитозольній і мітохондріальній фракціях гомогенату мозку. Паралельно в мозку тварин спостерігалася підвищен-

ня відновленого глутатіону на 139 і 112 %, відновлених тіолів на 157 і 135 % відповідно в цитозольній і мітохондріальній фракціях.

Кортексин виявляв подібний за спрямованістю, але менш виражений за силою дії ефект. Церебролізін не мав істотного впливу на досліджувані показники тіол-дисульфідної системи і оксидативно-стресу.

## **ГОСТРА ТОКСИЧНІСТЬ НАТРІЄВОЇ СОЛІ АМІНОМЕТАНСУЛЬФОКИСЛОТИ**

**Снігач А. О., Бахнюк К. Д.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Солі амінометансульфокислоти (АМСК) широко застосовуються в буферних розчинах для регулювання швидкості й ефективності біологічних процесів. На базі Фізико-хімічного інституту захисту навколишнього середовища і людини МОН та НАН України було синтезовано низку похідних АМСК, зокрема і натрієву сіль АМСК.

**Метою** даної роботи було дослідження токсичності натрієвої солі АМСК.

Гостру токсичність нової сполуки вивчали на 33 мишах-самцях лінії ISR масою 18–25 г розведення експериментально-біологічної клініки ОНМедУ. Водні розчини сполуки вводили одноразово внутрішньоочеревинно (в/о) і перорально (п/о). Критерієм токсичності досліджуваних БАР був показник ЛД<sub>50</sub>, який визначався з використанням методу найменших квадратів для пробіт-аналізу кривих летальності за В. В. Прозоровським і за допомогою програми “StatPlus 2009” (AnalystSoft, США, 2009).

При введенні п/о в умовах гострого експерименту в діапазоні 100–5000 мг/кг досліджена сполука не викликала випадків загибелі тварин; за умов в/о введення ЛД<sub>50</sub> становив (3471,06±481,91) мг/кг, при цьому нижня межа ЛД<sub>50</sub> дорівнювала 1630,50 мг/кг, верхня межа ЛД<sub>50</sub> — 5311,61 мг/кг. Отже, нова сполука належить до V класу токсичності, тобто до практично нетоксичних сполук. Зона гострої токсичності у мишей для нової сполуки (ЛД<sub>84</sub>/ЛД<sub>16</sub>) становила 2,71. За даними варіабельності смертельних доз, яка дорівнювала 1,66 при в/о введенні, нова сполука належить до сполук, що не становлять значної потенційної небезпеки виникнення і розвитку отруєння.

Таким чином, отримані результати засвідчили, що натрієва сіль амінометансульфокислоти — практично нетоксична сполука (V клас токсичності) і може у подальшому досліджуватись як потенційний лікарський засіб.

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ АКТИВНОСТІ НОВОГО КОМБІНОВАНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ**

**Зінченко Л. В.**

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

Запальні захворювання жіночих статевих органів — важлива медична проблема. Серед гіне-

кологічних захворювань вони посідають перше місце, сягаючи 60–65 %, негативно впливають на здоров'я мільйонів жінок різного віку, але найбільш небезпечними виявляються для жінок дітородного віку.

Останніми роками спостерігається зростання випадків запальних захворювань жіночих статевих органів, що робить проблему ще більш актуальною.

Існуючий арсенал моно- і полікомпонентних засобів для лікування вагінітів має численні недоліки і потребує поповнення новими ефективними засобами, які містять сумісні компоненти з мінімальними токсичними ефектами.

Як модель запального процесу використовували каррагіановий набряк. В експериментальних тварин перед введенням каррагіану визначали об'єм задньої кінцівки. У задню кінцівку вводили 0,1 % розчин каррагіану за 24 год до початку експерименту. Після фіксації лапу тварини опускали в розігрітій до 40 °С розчин вагінальних супозиторіїв на хвилину. Дослід повторювали протягом 14 діб. Дані протизапальної активності визначалися у вигляді відсотків від середнього фізіологічного об'єму задньої кінцівки тварини.

Отримані дані свідчили, що проведене лікування приводило до повного зникнення набряку до 10-ї доби, тоді як в контрольній групі тварин відмічали збільшення кінцівки до 60 %.

Таким чином, експериментально підтверджуються виражені протизапальні властивості компонентів, які входять до складу досліджуваних вагінальних супозиторіїв комбінованого складу.

## **ЗАПОБІГАННЯ ТОКСИЧНІЙ ДІЇ ДОКСОРУБЦІНУ СПОЛУКОЮ ГЕРМАНІЮ З БІСФОСФОНАТАМИ**

**Кривой І. І., Бакун А. В., Глот М. І.**

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

Різносторонні фармакодинамічні властивості і низька токсичність комплексних сполук германію з органічними кислотами дозволяє розглядати можливість їх використання як препаратів, що знижують кардіотоксичність доксорубіцину (ДОК) — найпоширенішого антибіотика хіміотерапії людини.

**Мета** роботи — дослідження впливу комплексу германію з нікотиною та оксіетилідендифосфоновими кислотами (ОЕ-5) на вміст триацилгліцеролів (ТАГ) та вищих жирних кислот (ВЖК) у крові щурів з хронічною інтоксикацією ДОК.

Дослідження проводились на щурах лінії Wistar. Догляд за тваринами здійснювали відповідно до Директиви ЄС 2010/63/EU. Вплив ОЕ-5 вивчали на двох групах тварин, яким протягом п'яти тижнів внутрішньоочеревинно вводили ОЕ-5 дозами 5,0 і 20,0 мг/кг на добу на фоні внутрішньом'язового введення ДОК (ВАТ «Київмедпрепарат», Україна) дозою 5,0 мг/кг на тиждень. Контрольну групу утворили тварини, яким вводили

внутрішньом'язово 0,9 % NaCl. Концентрацію ТАГ у сироватці крові щурів вимірювали на біохімічному аналізаторі Biochem SA ("НТІ", США), вміст ВЖК досліджували методом газової хроматографії. Результати обробляли за допомогою t-критерію Стьюдента і вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

Введення ОЕ-5 дозами 5,0 і 20,0 мг/кг на добу призвело до зростання вмісту ТАГ у сироватці крові тварин. Порушення під впливом ДОК співвідношення ВЖК у бік збільшення насичених ЖК відновлювалось унаслідок введення ОЕ-5 дозами 5,0 і 20,0 мг/кг на добу.

Проведені дослідження показали виражений вплив ОЕ-5 на жирнокислотний спектр ліпідів крові, що є підставою для подальшого вивчення механізмів дії ОЕ-5 при хронічній інтоксикації ДОК.

### ДОСЛІДЖЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ КОМПЛЕКСІВ ПОВІДОНУ З КВЕРЦЕТИНОМ НА БАЗІ ПРЕПАРАТУ «КОРВІТИН®»

Каневський Р. С., Афанасенко О. В.

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

Серцево-судинні захворювання нарівні з ішемічним інсультом посідають одну із провідних позицій за частотою виникнення серед хворих України та світу в цілому. Сьогодні препарат «Корвітин®», який є комплексом кверцетину з повідоном, все ширше впроваджується як засіб терапії та профілактики даної групи захворювань. Але не можна нехтувати тим фактом, що повідон, який є допоміжною речовиною в даному препараті, може нагромаджуватися та внаслідок цього виявляти токсичні властивості. Оскільки даний препарат має широке застосування у клінічній практиці, доцільним було вивчення його більш детально.

**Метою** дослідження був підбір оптимального співвідношення компонентів препарату для зменшення кількості повідону без втрати ефективності утворення комплексу з кверцетином. Для досягнення поставленої мети був обраний спектрофотометричний метод дослідження, завдяки якому також вивчалась кінетика отримання комплексів.

**Результати.** У ході дослідження було виявлено, що час стабільності розчинів із концентрацією компонентів препарату (кверцетин : повідон) — 1 : 9, що відповідає складу препарату «Корвітин®» і становить приблизно 2 год, після чого комплекс швидко руйнується. Досліджувані співвідношення компонентів 1 : 8 та 1 : 7 показали, що час стабільності комплексів приблизно 6 год. Важливо відмітити, що у співвідношенні компонентів 1 : 7 комплекси показали себе більш стабільними.

**Висновки.** За результатами дослідження можна зробити висновок, що при зменшенні кількості повідону стабільність комплексів зростає. Таким чином, можливе створення в перспективі нових, менш токсичних та більш ефективних кардіопротекторних препаратів.

### ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АТМОСФЕРЫ В АПТЕЧНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Кральская С. В., Заричная Т. П.

*Запорожский государственный медицинский  
университет, Запорожье, Украина*

Социально-психологический климат коллектива учреждения — это социально обусловленная, относительно устойчивая система отношений его членов к коллективу как к целому, одним из показателей которого является его сплоченность.

**Цель исследования.** Определение групповой сплоченности в 6 коллективах аптек сети «Аптека низких цен» в Запорожье.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования был использован метод семантического дифференциала (методика оценки психологической атмосферы в коллективе А. Ф. Фидлера).

**Результаты.** Сотрудникам аптечных учреждений было предложено ознакомиться со следующими парами противоположностей: дружелюбие — враждебность, согласие — несогласие, удовлетворенность — неудовлетворенность, продуктивность — непродуктивность, теплота — холодность, сотрудничество — несогласованность, взаимная поддержка — недоброжелательность, увлеченность — равнодушные, занимательность — скука, успешность — безуспешность — и отнести свой ответ ближе к тому, который, на их взгляд, точнее отражает атмосферу в коллективе (по 8-балльной системе).

Установлено, что во всех исследуемых коллективах в целом благоприятная психологическая атмосфера. В отдельных случаях отмечается неудовлетворенность во взаимоотношениях с сотрудниками.

Данное исследование будет продолжено.

### ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТНОЙ СТРУКТУРЫ НАЦИОНАЛЬНОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Теплова Н. С., Заричная Т. П.

*Запорожский государственный медицинский  
университет, Запорожье, Украина*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — это прогрессирующее, угрожающее жизни заболевание легких. Актуальным является своевременное лекарственное обеспечение населения, страдающего данной патологией.

**Цель исследования.** Анализ ассортиментной структуры национального рынка лекарственных средств, применяемых при обструктивных заболеваниях дыхательных путей.

**Материалы и методы.** Были использованы данные «Государственного реестра лекарственных средств Украины» (группа R03) и методы исследования — статистический, группировки.



**Результаты.** Установлено, что на территории Украины в обороте находится 175 наименований лекарственных средств указанной группы.

Данный сегмент насчитывает 67 (38 %) оригинальных препаратов и 108 (62 %) генериков.

Из исследуемой группы — 131 (75 %) монопрепараты и 44 (25 %) — комбинированные.

Анализ удельного веса лекарственных форм в ассортименте изучаемых лекарственных средств показал, что преимущество имеют таблетки (35 %), а также ингаляции под давлением (27 %). Порошки для ингаляций (19 %), капсулы (6 %) занимают небольшой удельный вес. Наименьший удельный вес из лекарственных форм занимают сиропы (0,5 %), растворы для ингаляций (0,4 %) и растворы для инъекций (0,3 %).

Планируется проведение дальнейшего исследования данного вопроса.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ МЕЖДУ СОТРУДНИКАМИ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Калугина Т. В., Заричная Т. П.

*Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина*

В аптечном учреждении между сотрудниками периодически возникают конфликты как показатели нерационального управления и непродуктивной организационной деятельности. Руководителю желательно управлять конфликтными ситуациями, зная при этом причины их возникновения.

**Цель исследования.** Изучение причин возникновения конфликтных ситуаций между сотрудниками аптечных учреждений.

**Материалы и методы.** Использован метод интервьюирования сотрудников аптечных сетей «Аптека низких цен», «Копейка», «Примула».

**Результаты.** В 9 аптеках был проведен опрос 48 сотрудников, в результате чего были определены возможные причины конфликтов: неправильные действия членов коллектива (личная неорганизованность, эгоистические желания, агрессия); психологическая несовместимость сотрудников (столкновение целей, установок, интересов, мотивов); ограниченность ресурсов и необходимость их распределения; некачественное выполнение функциональных обязанностей членами коллектива; разделение мнений по поводу способа выполнения полученных заданий; недостаток или искажение информации, неправильная интерпретация полученных заданий; неудовлетворительные коммуникации (отсутствие взаимопонимания); конкуренция между сотрудниками; различие целей (нерациональная организация труда); несоответствие слов, оценок, поступков одних членов коллектива ожиданиям, требованиям других его членов; наличие в коллективе «трудных людей», которые создают состояние социальной напряженности.

Далее вышеуказанные причины были включены для их оценки в анкету. Данное исследование будет продолжено.

## СИНТЕЗ, БУДОВА, ДЕЯКІ ВЛАСТИВОСТІ ТА КАРІЕСПРОФІЛАКТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОКТЕНІДИНУ ГЕКСАФТОРОСИЛКАТУ

Шишкін І. О., Пак В. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Відомо, що фторидні препарати є найбільш ефективними засобами лікування і профілактики карієсу. Останнє десятиліття як перспективні карієспрофілактичні агенти активно вивчаються гексафторосилкати органічних «онієвих» катіонів, у тому числі солі з антибактеріальними катіонами.

**Метою** цієї роботи був синтез, ідентифікація і дослідження біологічної активності нового антикарієсного агента — октенідину гексафторосилкату.

Синтез гексафторосилкату здійснювали шляхом реакції іонного обміну за участі метанольного розчину октенідину дигідрохлориду (ОДГХ) і 45 %  $\text{H}_2\text{SiF}_6$  (ОДГХ :  $\text{H}_2\text{SiF}_6$  = 1 : 3). Отриману сіль складу  $(\text{C}_{36}\text{H}_{62}\text{N}_4)\text{SiF}_6 \cdot \text{H}_2\text{O}$  (I, вихід 97,4 %) охарактеризовано даними елементного і термогравіметричного аналізу, ІЧ-, ЯМР  $^1\text{H}$ -,  $^{19}\text{F}$ -, мас-спектроскопії. Мас-спектр FAB I:  $[\text{C}_{36}\text{H}_{62}\text{N}_4]^{2+}$ . ( $m/z=550$ ,  $I=7,52$  %),  $[\text{C}_{36}\text{H}_{62}\text{N}_4+\text{H}]^{2+}$ . ( $m/z=551$ ,  $I=100$  %). У спектрі ЯМР  $^{19}\text{F}$  (розчинник — ДМСО- $d_6$ ) аніону  $\text{SiF}_6^{2-}$  — відповідає синглетний сигнал з хімічним зрушенням  $\delta_{\text{F}} = -135,84$  м. д. Коливання  $\nu(\text{NH})$  катіонів і  $\nu(\text{OH})$  молекул води виявляються у ІЧ-спектрі I в області 3514–3000  $\text{cm}^{-1}$ , коливання аніонів  $\nu(\text{SiF})$  і  $\delta(\text{SiF}_2)$  — при 737 і 482, 443  $\text{cm}^{-1}$  відповідно. Комплекс I помірно розчинний у воді, дуже легко розчинний у метанолі та легко розчинний в етанолі. При нагріванні іонна сполука I піддається дегідратації ( $t_0=97$  °C,  $t_{\text{M}}=124$  °C) з подальшим розкладанням ( $t_{\text{M}}=419$  °C) і окисненням продуктів розкладання ( $t_{\text{M}}=537$ , 585 °C).

Судячи з результатів експериментів на тваринах (білі щури лінії Вістар, сіль I у складі фітогелів на основі Na-солі карбоксиметилцелюлози), сполука I демонструє більш сильний противокаріозний ефект в порівнянні з NaF. Розрахунки мінералізуючого індексу (МІ) показують, що гель з сполукою I незначно збільшує МІ. Карієспрофілактична ефективність сполуки I істотно вища, ніж аналогічний показник для NaF, більш ніж в 1,7 разу.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ПОХІДНИХ 1,3-ОКСАЗОЛУ ЯК АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ

Ніженковська І. В.<sup>1</sup>, Седько К. В.<sup>1</sup>, Головченко О. І.<sup>1</sup>, Головченко О. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

<sup>2</sup> Інститут біоорганічної хімії та нафтохімії НАН України, Київ, Україна

В наш час артеріальна гіпертензія є важливою проблемою серед серцево-судинних патологій у світі. Перспективною групою біологічно активних



речовин, які, за попередніми скринінговими дослідженнями, здатні знижувати судинний тонус, вважають нові оригінальні сполуки групи 1,3-оксазолу (Якименко І. Н., Лукашук О. І., Кондратюк К. М. *Journal of Organic and Pharmaceutical chemistry*, 2013).

**Мета роботи.** Експериментально обґрунтувати доцільність створення нових оригінальних антигіпертензивних лікарських засобів на основі похідних 1,3-оксазолу.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на білих лінійних мишах, щурах лінії Вістар і кролях породи шиншила *in vivo* та *in vitro*.

**Результати.** В експериментах на ізольованих сегментах низхідної частини грудної аорти щурів виявили сполуку-лідера у ряді похідних 1,3-оксазолу, а саме діетилловий естер 5-піперидино-2-[N-[N-бензоїл-(4-метилбензиліден) гліцил] амінометил]-1,3-оксазол-4-іл-фосфонової кислоти (похідний 1,3-оксазол-4-іл-фосфонової кислоти) (ОВП-1 або похідний 1,3-оксазол-4-іл-фосфонової кислоти), яка проявляла найбільшу судинорозширювальну активність за рахунок зниження амплітуди ініційованого адреналіном скорочення.

Токсикологічні дослідження сполуки-лідера ОВП-1 проводили на мишах шляхом перорального та внутрішньоочеревинного введення. Результати експерименту свідчать, що похідний 1,3-оксазол-4-іл-фосфонової кислоти належать до VI класу токсичності «відносно нешкідливі сполуки».

Дослідження ефективності ОВП-1 проводили на моделях гострої та хронічної артеріальної гіпертензії у кролів і щурів, у результаті чого був виявлений виражений антигіпертензивний ефект як при введенні сполуки в лікувальних цілях, так і з метою профілактики розвитку зазначеної патології.

**Висновки.** Одержані результати свідчать про перспективність подальших доклінічних фармакологічних досліджень ОВП-1 як потенційного лікарського засобу з антигіпертензивним ефектом.

## МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕЙКОПЛАСТИРНОЇ ПРОДУКЦІЇ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

Каравелкова Ю. С., Бондар В. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

При виборі лейкопластирної продукції медичного призначення споживач орієнтований на вартість, зручність та оптимальну вартість.

**Мета** даної роботи — вивчити і проаналізувати ринок лейкопластирної продукції Південного регіону; оптимізувати асортимент і ціноутворення даної групи товарів; провести маркетингове дослідження лейкопластирної продукції; виявити найбільш популярні види, а також провести аналіз імпорту й експорту з метою розвитку національного виробництва.

За даними досліджень фармацевтичного ринку Південного регіону, частка лейкопластирів вітчиз-

няного виробництва становить 1/6 від обсягу ринку пластирів. Зниження ціни, порівняно з аналогічними виробами інших виробників, на 10 % на кошушкові лейкопластири, на 30 % на лейкопластири бактерицидні та набори пластирів дозволило значно збільшити обсяг реалізації за останні роки. Зниження ціни на пластири вдалося досягнути за рахунок більш широкого застосування вітчизняних матеріалів і комплектуючих.

Проведення опитування фармацевтів в найбільш великих аптечних мережах Південного регіону дозволило зробити висновок про лідируючі позиції імпорту на ринку України. Отримані значення коефіцієнта ліквідності свідчать про те, що всі вітчизняні види продукції є доступними за ціною для споживачів.

Для оцінки впливу купівельної спроможності на споживчий попит на лікарські засоби розраховано коефіцієнт адекватності платоспроможності, низький показник якого доводить, що найбільш доступним є імпорт низької якості.

Однак для виробництва вітчизняних лейкопластирів використовуються останні світові досягнення: новітні матеріали, технології, обладнання, що дозволить в майбутньому активно розвивати ринок перев'язувальних засобів.

## МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Вишницька І. В., Бензар Є. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

В Україні серцево-судинні захворювання (ССЗ), важливе місце серед яких займають гострі і хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС), лідирують за смертністю та інвалідизацією населення.

**Мета** роботи — маркетингові дослідження асортименту лікарських засобів (ЛЗ) для фармако-терапії ІХС на фармацевтичному ринку України згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця» (наказ МОЗ України від 02.03.2016 р. № 152), Державним формуляром ЛЗ (випуск 9) та Національним переліком основних ЛЗ (редакція від 13.12.2017 р.). Для медикаментозної терапії пацієнтів зі стабільною ІХС використовуються препарати I ряду: нітрати короткої дії — нітрогліцерин (C01DA02), β-блокатори (C07) (селективні β<sub>1</sub>-адреноблокатори: атенолол, бетаксоллол, бисопролол, есмолол, метопрололу тартрат, метопрололу сукцинат, небіволлол; не-селективні β-адреноблокатори: пропранолол); блокатори кальцієвих каналів (C08), дигідропіридиноні блокатори кальцієвих каналів (C08CA) (дигідропіридин (амлодипін, лацидипін, лерканідипін, ніфедипін, фелодипін); бензодіазепіни (дил-

тіазем); фенілалкіламіни (верапаміл); дифенілалкіламіни (цинаризин)); препарати II ряду: івабрадин (C01EB17), нітрати пролонгованої дії — ізосорбід динітрат (C01DA08), ранолазин (C01EB18), триметазидин (C01EB15), молсидомін (C01DX12). Серед досліджуваних ЛЗ до Національного переліку основних ЛЗ включено атенолол, бісопролол, метопролол, верапаміл, нітрогліцерин, що дає можливість їх закупівлі при фінансуванні з державного та місцевих бюджетів.

Проаналізований асортимент ЛЗ, представлений вітчизняними та іноземними виробниками, потребує подальших економічних досліджень для оптимізації фармацевтичного забезпечення хворих на ІХС.

### **СУЧАСНІ ПИТАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

**Вишницька І. В., Шпичка А. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

За світовими статистичними даними, кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) постійно зростає і вже перевищує 412 млн чоловік, а за розрахунками Міжнародної діабетичної федерації і ВООЗ, до 2040 р. досягне 642 млн чоловік. Це потребує пошуку підходів щодо підвищення економічної доступності лікарських засобів (ЛЗ) для даної категорії хворих.

**Мета** дослідження — проведення фармакоеконічного аналізу «впливу на бюджет» при застосуванні метформіну і гліклязиду при ЦД 2 типу з розрахунку на одного пацієнта протягом року.

У рамках фармакоеконічного дослідження були використані: Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу», затверджений наказом МОЗ України (2014), задекларовані роздрібні ціни на цукрознижувальні ЛЗ відповідно до Реєстру ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню (Наказ МОЗ від 26.07.2017 р., № 856). Нами була визначена середня вартість фармакотерапії ЦД 2 типу протягом одного року метформіном і гліклязидом, що становила 944,58 і 799,39 грн відповідно. На підставі проведеного аналізу «впливу на бюджет», тобто попарного порівняння сумарних економічних ефектів для досліджуваних препаратів, було встановлено, що ВІА для застосування препаратів метформіну і гліклязиду з мінімальною та максимальною ціною дорівнювали 464,04 і 415,52 грн відповідно. Показник втрачених можливостей (МА) для порівнюваних препаратів метформіну становив 0,6, а для препаратів гліклязиду — 0,4.

Проведений аналіз втрачених можливостей визначає кількість пацієнтів, які зможуть отримати терапію препаратами, що потребує менше витрат, за рахунок зекономлених коштів завдяки використанню більш витратних препаратів. Таким чином, проведені дослідження дозволяють підвищити доступність терапії для хворих на ЦД 2 типу.

### **ЕКОНОМІКО-СТАТИСТИЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**Каравелкова Ю. С., Барабанчук Г. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Хронічний панкреатит — це досить поширена патологія, яка проявляється ознаками ендокринної та екзокринної недостатності, а також періодичними або постійними болями у ділянці живота. Статистика щодо панкреатиту свідчить про високу частоту захворювання — від 200 до 800 чоловік на 1 млн населення. Залежно від причини виникнення захворювання різниться середній вік пацієнтів. Переважна більшість — це люди похилого віку.

**Метою** роботи є дослідження регіонального ринку лікарських засобів (ЛЗ) для лікування хронічного панкреатиту, а також виявлення економічних та статистичних аспектів фармацевтичної допомоги та дослідження асортименту ЛЗ.

Для лікування хронічного панкреатиту в ДФЛЗУ наявні ферментні ЛЗ, представлені трьома МНН — панкреатином, поліферментними препаратами (ліпаза, протеаза та ін.), солізімом під 38 торговими назвами (ТН). Співвідношення імпортованих та вітчизняних ЛЗ 1,8 : 1. Ферментні ЛЗ представлені різними лікарськими формами: таблетки або драже, вкриті кишковорозчинною оболонкою, тверді капсули з гастрорезистентними гранулами у формі мікросфер та мінітаблеток, сиропи. Більшість з них — таблетовані лікарські форми (90 % від усіх представлених). Слід відмітити, що 75 % вітчизняних препаратів панкреатину — це таблетки або драже, вкриті кишковорозчинною оболонкою, 25 % — у вигляді твердих капсул із гастрорезистентними гранулами у формі мікросфер та мінімікросфер (2 ТН — Креазим 20 000 та Креазим 10 000, ПАТ «Технолог»).

Оптимізація фармацевтичного забезпечення має бути направлена на розширення асортименту ліків та впровадження нових лікарських форм. Проведене дослідження методом анкетування аптечних установ та лікарів-гастроентерологів виявило недостатність рідких форм ферментних препаратів для лікування хронічного панкреатиту.

### **ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПОЖИВЧОЇ ПОВЕДІНКИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ РІЗНИХ ГРУП СПОЖИВАЧІВ**

**Голубенко К. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Освіченість населення в питаннях фармакотерапії захворювань, небажання звертатися до лікаря, підвищення доступу до різних джерел інформації сприяють розвитку концепції самолікування в Україні. Сучасний ринок фармацевтичної продукції характеризується зростанням ролі безрецептурних препаратів та великим обсягом препаратів-

генериків. Тому сьогодні актуальним є підняття рівня якості надання фармацевтичної допомоги споживачам та вміння розділяти пацієнтів за психологічними видами, щоб знати, яку інформацію і в якому обсязі й виді йому надавати.

**Метою** дослідження було вивчення споживчої поведінки споживачів лікарських засобів і вибору аптечних закладів на фармацевтичному ринку.

Для досягнення мети було вивчено і теоретично узагальнено вітчизняний і зарубіжний досвід у сфері розвитку підходів до аналізу споживчої поведінки в аптечних закладах. Для виявлення типів споживачів було проанкетовано 100 відвідувачів аптек. Серед опитаних споживачів переважали жінки — 59 %. Вікові групи населення серед респондентів були представлені нерівномірно: 31–45 років — 39 %, 21–30 років — 30 %, 46–60 років — 18 %, до 20 років і після 60 — по 6 %.

За соціальної належності контингент опитаних відвідувачів розподілився таким чином: службовці — 22 %, робітники — 30 %, учні та студенти — 13 %, особи, які займаються підприємницькою діяльністю, — 8 %, пенсіонери — 11 %, решта — безробітні і домогосподарки.

За результатом аналізу анкет ми виявили п'ять типів споживачів: байдужий — 11 %, цілеспрямований — 6 %, чутливий — 26 %, аналітичний — 27 % і той, хто орієнтується на результат, — 30 %. Серед них інтровертів — 64 % і екстравертів — 36 %.

### **ЗАРОБІТНА ПЛАТА ЯК ОСНОВНА СКЛАДОВА МОТИВАЦІЇ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ**

**Засоріна О. О., Маковецька М. Г.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Заробітна плата — це економічна категорія, що відображає відносини між роботодавцем і найманим працівником з приводу розподілу новоствореної вартості. Однією з основних функцій заробітної плати є стимулююча, яка полягає у встановленні залежності її розміру від кількості й якості праці конкретного працівника, його трудового внеску в результати роботи підприємства.

**Мета** роботи полягає в дослідженні методології мотивування працівників за допомогою заробітної плати.

Заробітна плата як елемент ринку праці є ціною робочої сили, яка стимулює робітників до ефективної роботи та високої віддачі. Матеріальне стимулювання можна вважати найбільш ефективним мотиваційним механізмом трудової діяльності працівників. Заробітна плата виступає складовою мотивації на підприємстві. Система мотивації на рівні підприємства має базуватися на певних вимогах, а саме: надання однакових можливостей щодо зайнятості та посадового просування за критерієм результативності праці; узгодження рівня оплати праці з її результатами та визнання особистого внеску в загальний успіх; створення належних умов для захисту здоров'я, безпеки праці та добробуту всіх працівників; забезпечення можли-

востей для зростання професійної майстерності, реалізації здібностей працівників, тобто створення програм навчання, підвищення кваліфікації та перекваліфікації; підтримування в колективі атмосфери довіри, зацікавленості в реалізації загальної мети, можливості двосторонньої комунікації між керівниками і робітниками.

Таким чином, основою матеріальної мотивації та стимулом праці при суспільному розподілі матеріальних благ є заробітна плата, яка ґрунтується на її раціональній організації. Усе це охоплює широке коло відносин людини у процесі її трудової поведінки на виробництві та соціальному житті.

### **ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ**

**Зелінська К. Р.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

За визначенням ВООЗ, доступність ліків зумовлює доступність системи охорони здоров'я для населення та має дві складових: фізичну доступність, тобто кількість пропозицій у якісному й асортиментному вираженні, та економічну, яка визначається фінансовими можливостями використання фізичної доступності ліків.

Актуальною проблемою сучасного українського суспільства є забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами. Таке становище значною мірою пов'язане з тим, що фармацевтична галузь практично працює в ринкових умовах. Процес реформування вітчизняної фармацевтичної вимагає посилення державного регулювання з метою забезпечення населення доступною, вчасною й ефективною фармацевтичною допомогою, особливо у період кризового стану в економіці країни.

**Метою** дослідження став аналіз соціальних проєктів, які реалізуються на фармацевтичному ринку України. Так, з 1 квітня 2017 р. в Україні стартувала урядова програма «Доступні ліки», за якою відбувається повне або часткове відшкодування вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування осіб, що страждають на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу, бронхіальну астму. Також встановлено, що виробниками або оптовими фармацевтичними компаніями реалізуються комерційні соціальні проєкти: «Терапія ПЛЮС»; «Оранж Кард»; «З турботою про співвітчизника»; програма «Разом (Абботт-Карт)»; «Здоров'я від Байер»; «Заради життя»; «МедіКард», за якими пацієнтам надається фіксована знижка від роздрібною ціни аптеки на окремі товарні позиції. Таким чином, запровадження і реалізація державних програм та комерційних соціальних проєктів сприяють підтриманню належного рівня економічної доступності ЛЗ, а також забезпечують якість лікування і профілактики захворювань населення.



## **ВИВЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

**Керімова К. Р.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Туберкульоз є однією з головних медико-соціальних проблем сьогодення, другою за значущістю причиною смерті від інфекційних хвороб, поступаючись лише ВІЛ-інфекції/СНІДу. Україна належить до групи країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз і має вищий рівень захворюваності, аніж у більшості країн Центральної та Східної Європи.

**Метою** нашого дослідження було вивчення сучасного стану фармацевтичної складової лікарського забезпечення хворих на туберкульоз.

При порівнянні арсеналу протитуберкульозних лікарських засобів (ПТЛЗ) в Україні з рекомендаціями ВООЗ та Британськими національними формулярами виявлено, що всі ЛЗ Британського національного формуляра включені до Державного формуляра лікарських засобів України.

Для фармакотерапії туберкульозу, згідно з рекомендаціями ВООЗ (2009), включено 22 препарати, а Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги дорослим (затверджений МОЗ України у 2014 р.) передбачає 23 препарати (амікацин, амоксицилін, гатифлоксацин, етамбутол, етіонамід, ізоніазид, канаміцин, капреоміцин, кларитроміцин, клофазимін, лівофлоксацин, лінезолід, моксифлоксацин, натрію аміносаліцилат, офлоксацин, кислота парааміносаліцилова, піразинамід, рифампіцин, стрептоміцин, теризидон, циклосерин). Керівництво ВООЗ з програмного ведення хіміорезистентного туберкульозу (2011) містить 22 ЛЗ, а Стандарт надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз (затверджений МОЗ України у 2012 р.) — 21 препарат.

Таким чином, проведений порівняльний аналіз арсеналу ПТЛЗ в Україні дозволяє зробити висновки, що до кожного з проаналізованих арсеналів входять амікацин, амоксицилін, етамбутол, етіонамід, канаміцин, офлоксацилін, піразинамід та стрептоміцин.

## **СТАНОВЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ В ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ**

**Колісніченко М. В., Петкова І. Б.,  
Волощук Х. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні фармація посідає значне місце в Україні, оскільки є важливим сегментом національного ринку, багато в чому визначає національну оборонну безпеку країни, вирізняється великою науковою і розвинутою кооперацією.

**Метою** нашої роботи є вивчення та встановлення синхронізації історії розвитку фармацевтичної науки в Південному регіоні України.

Перші аптеки в Україні з'явилися у XIII ст., але тільки у XVIII ст. виникла необхідність у підготовці вітчизняних кадрів аптекарів, які володіли б спеціальними знаннями виготовлення ліків.

Університетська підготовка фармацевтичних фахівців в Одесі розпочалася у серпні 1903 р., коли при медичному факультеті Новоросійського університету було відкрите фармацевтичне відділення з кафедрою фармації та фармакогнозії під керівництвом М. Б. Блауберга. Пізніше відділення переросло у вищий навчальний заклад фармацевтичного спрямування, який постійно трансформувався та удосконалював свою діяльність. У 1934 р. до нього приєднано Київський фармацевтичний інститут. У 1959 р. Одеський фармацевтичний інститут у складі стаціонарного та заочного факультетів був переведений до Запоріжжя, де вже в наступному році здійснено випуск провізорів.

У 2001 р. відбулося відновлення фармацевтичної освіти на півдні України. На базі тоді ще Одеського державного медичного університету була відкрита кафедра фармації. У 2003 р. створено фармацевтичний факультет, на базі якого було сформовано чотири кафедри: кафедра організації та економіки фармації, кафедра фармакогнозії, кафедра фармацевтичної хімії, кафедра технології лікарських засобів. За час існування фармацевтичного факультету було підготовлено понад 2000 провізорів.

## **ОСОБЛИВОСТІ ОПОДАТКУВАННЯ ТА ПОДАТКОВИХ ПЕРЕВІРОК ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ**

**Белік С. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Податки є основним джерелом доходів до бюджету через найбільший обсяг надходження до нього, тому проблема правильного відображення в обліку розрахунків в оподаткуванні є актуальною. Будь-яка помилка в обліку впливає на фінансову безпеку підприємства, установи.

**Мета** дослідження — проаналізувати особливості системи оподаткування діяльності аптечних закладів та підприємств фармацевтичної галузі — юридичних (ЮО) і фізичних осіб-підприємців (ФОП), а також особливості проведення податкових перевірок як основної форми здійснення фіскального контролю.

Оподаткування в Україні, головним чином, регламентує Податковий кодекс України, який регулює відносини, що виникають у сфері справляння податків і зборів, зокрема, визначає вичерпний перелік податків і зборів, що справляються в Україні, та порядок їх адміністрування, платників податків і зборів, їх права й обов'язки, компетенцію контролюючих органів, повноваження і обов'язки їх посадових осіб під час здійснення податкового контролю, а також відповідальність за порушення податкового законодавства, відповідно до якого податковий контроль здійснюється



органами фіскальної служби у формі камеральної, документальної та фактичної перевірок.

У результаті дослідження встановлено, що аптечні підприємства сплачують такі податки: податок на прибуток або єдиний податок (на вибір підприємця) та обов'язково єдиний соціальний внесок. Наймані працівники аптечних закладів сплачують податок з доходів фізичних осіб та військовий збір.

Таким чином, суб'єкти господарювання мають можливість добровільно визначити найбільш сприятливу систему оподаткування для запобігання ризикам економічної нестабільності установи.

### **МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БЕЗСОННЯ**

**Козлова Ю. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Відповідно до Міжнародної класифікації розладів сну 3-го перегляду (2014), інсомнія визначається як синдром, що характеризується наявністю повторюваних порушень ініціації, тривалості, консолідації або якості сну, що виникають, незважаючи на наявність достатніх умов і кількості часу для сну, проявляються різними порушеннями денної діяльності та потребують медикаментозної корекції.

**Метою** роботи було проведення маркетингового дослідження вітчизняного ринку лікарських засобів (ЛЗ) групи N05C «Снодійні та седативні препарати».

Вивчено асортимент препаратів даної групи на основі Національного переліку основних ЛЗ України (2017), Державного Формуляру ЛЗ України (2017), Британського національного формуляру (2017), Протоколу надання медичної допомоги хворим на безсоння, лікування безсоння, рекомендації ВООЗ (2017), Протоколу провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів (2013). Станом на грудень 2017 р. зареєстровано 67 ЛЗ для лікування безсоння, з яких 64 % вітчизняного виробництва. Імпортні ЛЗ представлені закордонними виробниками Болгарії, Італії, Іспанії, Франції, Австрії та ін. Подальший аналіз асортименту показав, що переважну більшість займають препарати українського (43 ЛЗ), іспанського (4 ЛЗ) та французького (4 ЛЗ) виробництва, що у відсотковому співвідношенні становить 64,2, 6 та 6 % відповідно. При вивченні заводів-виробників досліджуваної сукупності ЛЗ було виявлено 38 виробників, препарати яких представлені на фармацевтичному ринку України. Слід зазначити, що перше місце посідає ПАТ НВЦ «Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод», Україна — 5 ЛЗ. Серед іноземних виробників найбільшу кількість препаратів пропонують «БІОСЕРЧ С. А.», Іспанія — 2 ЛЗ, «Санofi Вінтроп Індастрія», Франція — 2 ЛЗ та «УПСА САС», Франція — 2 ЛЗ. Таким чином, досліджений асортимент снодійних і седативних ЛЗ дозволяє підбирати оптимальний та доступний варіант фармакотерапії.

### **ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ТА ЇЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ВІДПУСКУ ДИТЯЧИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З АПТЕКИ**

**Балабан К. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Проблема споживання лікарських засобів (ЛЗ) хворими дитячого віку, їх раціональне використання, питання розвитку фармацевтичної та медико-соціальної допомоги в педіатрії є значущою для сучасної фармації. Особливості педіатричної практики — використання дитячих лікарських форм, індивідуальний підбір дози окремих препаратів залежно від віку хворої дитини, чітке визначення способу застосування, взаємодія з їжею та іншими чинниками. Наведене вище потребує перегляду системи фармацевтичного забезпечення хворих дітей та її удосконалення, а отже, активного впровадження в повсякденне життя елементів фармацевтичної опіки. В Україні наказом МОЗ від 11.10.2013 р. № 875 затверджено протоколи провізора (фармацевта) з метою уникнення неконтрольованого споживання ЛЗ. Протоколи присвячені симптоматичному лікуванню станів, про які найчастіше повідомляють відвідувачі аптек; профілактиці суспільно-значущих захворювань, а також формуванню аптек першої допомоги, зокрема для немовлят.

**Метою** роботи було проаналізувати асортимент та цінові характеристики безрецептурних препаратів для первинного формування аптечки для немовлят. Так, за протоколом рекомендовано 8 груп ЛЗ з урахуванням основних напрямів догляду за новонародженим: аналгетики і антипіретики; антисептичні й дезінфікуючі засоби; ентеросорбенти; засоби елімінаційної терапії при захворюваннях носа; засоби із захисною і пом'якшувальною дією; препарати, що застосовують при шлунково-кишкових розладах; лікарські рослинні препарати для купання. Нами визначена максимальна та мінімальна вартість набору ЛЗ аптечки для немовлят. Коливання загальної вартості становило майже 46 %. Таким чином, застосування протоколів провізора (фармацевта) дозволяє співробітникам аптечних закладів сприяти ефективному та економічному вибору ЛЗ.

### **РОЗЧИННІСТЬ ГЕКСАФТОРОСИЛКАТИВ 2-,3-,4-ПРИДИНОЦТОВОЇ КИСЛОТИ ТА ОКТЕНІДИНУ**

**Шижкін І. О., Марченко Д. О.,  
Григор'єв М. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні карієс — досить поширене захворювання, особливо у дитячому віці. В арсеналі засобів карієспрофілактичної дії перше місце посідають неорганічні фториди. Останнім часом як анти-

карієсні засоби широко вивчаються гексафторосилікати з органічними біологічно активними катіонами, які мають низку переваг порівняно з традиційними агентами фторидної терапії.

Зазначимо, що щодня синтезуються нові сполуки, багато з цих речовин проявляють фармакологічну активність, тому цікаві як перспективні агенти для створення лікарських препаратів. Однак врахування фармакокінетичних особливостей створених біологічно активних сполук, найчастіше вказує на ускладнене використання їх для ефективного лікування. Відомо, що найважливішою характеристикою лікарських речовин, яка впливає на їх біологічну доступність, є розчинність сполук.

Враховуючи значний фармакологічний потенціал нещодавно синтезованих гексафторосилікатів 2-,3-,4-піридиноцтової кислоти та гексафторосилікату октенідину, нами було вивчено фізико-хімічні властивості, а саме розчинність цих сполук у розчинниках різної природи. Встановлено такі результати: гексафторосилікати 2-,3-,4-піридиноцтової кислоти дуже легкорозчинні у воді, малорозчинні в етанолі та метанолі, розчинні в диметилсульфоксиді (ДМСО); октенідину гексафторосилікат помірнорозчинний у воді, дуже легкорозчинний у метанолі, легкорозчинний в етанолі, малорозчинний у ДМСО. Обговорюється взаємозв'язок між характеристиками будови та розчинністю гексафторосилікатів.

## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Добровечний В. Ю.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Стандартом лікування хронічного гепатиту С (ХГС) є комбінація пегільованого (пег) інтерферону з рибавірином. Однак ефективність і безпечність даної схеми фармакотерапії варіює залежно від багатьох чинників, зокрема генетичних особливостей пацієнтів. Також важливим чинником у підборі оптимальної схеми лікування є висока вартість лікування. Тому метою даного дослідження був пошук можливих генетичних чинників пацієнта, які впливають на ефективність стандартної протівірусної терапії.

**Матеріали та методи.** Було відібрано хворих на ХГС, які проходили лікування в Одеській міській інфекційній лікарні. Критерієм відбору були хворі на ХГС віком від 18 до 50 років, які не страждають на супровідну інфекційну патологію (СНІД, туберкульоз), не мають шкідливих звичок (алкоголізм, куріння). Усі пацієнти пройшли лікування за стандартною схемою пегінтерфероном з рибавірином. У даних хворих було виділено ДНК із венозної крові та визначено поліморфізми генів *GSTs*. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб осіб, що обстежено.

**Результати.** Встановлено, що на тяжкість перебігу ХГС, фіброзоутворення, біохімічну та вірусологічну відповіді впливали певні поліморфізми генів *GSTs*. Більш активне фіброзоутворення спостерігалось у пацієнтів з генотипами *GST1null/GSTM1null*. На ефективність лікування за стандартною схемою впливав поліморфізм *A313G* гена *GSTP1*. Пацієнти з алелем *G* у генотипі частіше досягали стійкої вірусологічної відповіді, ніж пацієнти з генотипом *AA* ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, проводити генетичне тестування хворих до початку лікування є доцільним, тому що це дозволить оптимізувати лікування та покращити якість життя хворих.

## ПОЛІМОРФІЗМ *CYP3A4\*1B* У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЯК ПРЕДИКТОР ГЕПАТОТОКСИЧНОСТІ

Полуденко Г. О.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Ризик ураження печінки під час застосування протитуберкульозних препаратів залежить від багатьох факторів, у тому числі генотипу ферментативних систем печінки, таких як цитохром-4502E1 (*CYP2E1*), *CYP2C9*, *N*-ацетилтрансфераза 2 тощо. Згідно з даними літератури, фермент *CYP3A4* бере участь у метаболізмі більше 30 % лікарських засобів.

**Метою** даної роботи було дослідження значення поліморфізму *CYP3A4\*1B* у хворих на туберкульоз (ТБ) у розвитку ураження печінки.

Визначали генотип *CYP3A4\*1B* серед 105 хворих на ТБ легень, що вперше діагностовано, за допомогою ПЛР методу (L. Marchand et al., 2005). За даними медичних карт хворих на ТБ визначали активність маркерів цитолізу — аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), гамма-глутамілтрансферази (ГГТ).

На початку лікування у хворих на ТБ, які мали генотип *AA* («швидкі метаболізатори») за *CYP3A4\*1B*, активність АЛТ і ГГТ була на 53,8 і 31,8 % вищою, ніж у носіїв генотипу *AG* («помірні метаболізатори»), водночас різниця була недостовірною у зв'язку з малою кількістю носіїв генотипу *AG* (9 з 105 хворих на ТБ). Після завершення стаціонарного протитуберкульозного лікування у носіїв генотипу *AA* спостерігалось недостовірне збільшення активності АЛТ, АСТ і ГГТ, водночас у носіїв генотипу *AG* активність АЛТ, АСТ і ГГТ дещо знизилась ( $p > 0,05$ ). Наприкінці стаціонарного лікування активність АЛТ і ГГТ у носіїв генотипу *AA* була на 123,3 % ( $p = 0,003$ ;  $CI = 6,77 - 29,73$ ) і 54,8 % ( $p = 0,039$ ;  $CI = 0,73 - 26,87$ ) вищою відповідно.

Таким чином, визначення генотипу *CYP3A4\*1B* може слугувати важливим маркером ураження печінки у хворих на ТБ під час лікування.

## ВПЛИВ КОМПЛЕКСОНУ ГЕРМАНІЮ ТА НАТРІЮ З ЛИМОННОЮ КИСЛОТОЮ НА ПІДВИЩЕНУ РУХОВУ АКТИВНІСТЬ ЩУРІВ

Зиміна М. С., Пешкова А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Для пошуку нових перспективних біологічно активних речовин (БАР) у сучасній фармакології використовується цілеспрямований синтез сполук із заданою фармакологічною активністю. На кафедрі загальної хімії та полімерів Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова синтезовано нову координаційну сполуку, що містить германій, натрій та лимонну кислоту, які мають відомі біологічні властивості.

**Метою** даної серії експериментів було з'ясування впливу нової БАР на підвищену рухову активність тварин, викликану амфетаміном сульфатом (АФС).

Досліди проведено у тесті «відкрите поле» на 24 щурах-самцях лінії Wistar масою 180–210 г, які були розподілені на три групи: 1 — контрольна, тваринам якої внутрішньоочередово (в/о) вводили ізотонічний розчин хлориду натрію; 2 — щури, яким в/о вводили АФС (1,0 мг/кг); 3 — тварини, яким разом з АФС в/о вводили досліджувану БАР дозою 11,4 мг/кг. Спостереження проводили за зміною показників горизонтальної рухової активності тварин.

Аналіз одержаних результатів показав, що при введенні АФС показники поведінки щурів у тесті «відкрите поле» відрізнялися від таких у контролі. Через 15 хв спостереження після введення АФС горизонтальна рухова активність щурів достовірно зростала порівняно з контрольною групою на 22,2 %, через 30 хв — на 38,3 % з максимальною активністю через 60 хв спостереження (на 47,1 %,  $p < 0,05$ ). Застосування нової БАР на 60-й хвилині викликало зниження загальної кількості пересічених квадратів на 51,0 % ( $p < 0,05$ ) порівняно з щурами, яким був уведений тільки АФС. Разом з тим цей показник був на 27,6 % ( $p < 0,05$ ) меншим щодо контрольних тварин.

Таким чином, введення нової БАР приводило до значного зниження ефектів еталонного психостимулятора, що свідчить про перспективність подальшого вивчення нейрофармакологічного профілю даного комплексу.

## ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ: КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Михайлюк Є. О., Цис О. В.

*Запорізький державний медичний університет,  
Запоріжжя, Україна*

Сьогодні кількість хворих ревматологічного профілю в світі різко зросла, а частота розвитку серцево-судинних ускладнень серед зазначених пацієнтів у цілому перевищує такі значення в загальній популяції. Статини, що займають винят-

кове місце в лікуванні хворих на атеросклероз та ішемічну хворобу серця (ІХС), все частіше признаються хворим ревматологічного профілю.

**Метою і завданнями роботи** було проаналізувати і узагальнити дані щодо застосування статинів у профілактиці серцево-судинних подій, зазначивши їх протизапальний ефект у пацієнтів з найбільш поширеними ревматологічними захворюваннями.

**Матеріали та методи.** Проведено порівняння застосування статинів різних поколінь (I — ловастатин, симвастатин; II — флувастатин; III — аторвастатин; IV — розувастатин, пітавастатин) у пацієнтів з верифікованими діагнозами ревматоїдного артрити, системного червоного вовчака, системної склеродермії, подагри, анкілозуючого спондиліту. Досліджувались лабораторні показники: швидкість осідання еритроцитів, С-реактивний протеїн.

**Результати і висновки.** Отримані неоднозначні дані, які, тим не менш, дозволяють припустити, що плейотропні властивості статинів яскраво проявляються у хворих ревматологічного профілю (зменшення концентрації маркерів запального процесу). Розувастатин мав перевагу над іншими статинами за силою своїх протизапальних властивостей. Саме тому розувастатин повинен зайняти гідне місце в лікуванні хворих ІХС з ревматологічною патологією.

## РОЗРОБКА АНКЕТИ ДЛЯ МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТРЕБИ В КОСМЕТИЧНИХ ПРОТИВУГРЕВИХ ЗАСОБАХ В АПТЕЧНІЙ МЕРЕЖІ

Леженко К. В., Сокур Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Косметична продукція — один із найбільших сегментів попиту сучасного фармацевтичного ринку. Мабуть, найчастіша проблема, з якою юнаки і дівчата звертаються до дерматологів і косметологів, — це акне (вугрова хвороба). Як відомо, до 85 % людей так або інакше стикалися з цією проблемою. На щастя, у більшості з них виявляються вугри легкого перебігу, при лікуванні яких важливу роль грає косметична продукція.

**Мета роботи.** Розробити анкету для медико-соціологічного дослідження потреби в косметичних противугревих засобах в аптечній мережі.

**Матеріали та методи.** Джерела фармацевтичної і медичної інформації, методи моніторингу інформаційних джерел, систематизація даних.

Нами розроблено анкету, яка складається з трьох частин:

1) Назва документа «Анкета» і звернення до відвідувачів з метою інформування про те, хто проводить опитування, і проханням заповнити анкету.

2) Листок опитування включав 10 питань з відкритим і закритим типом відповідей на питан-

ня, які розкривають відношення споживачів до сучасної косметики, купівельну поведінку і споживчі переваги при купівлі та використанні противугревих косметичних засобів.

3) Третя частина містила в собі вдячність за участь у процесі анкетування.

**Висновок.** Первинні дані анкетування дозволять отримати інформацію щодо споживчих переваг при купівлі та застосуванні косметичних засобів, які значно полегшують перебіг акне, допомагають провести своєчасну профілактику його загострень та домогтися гарних косметичних результатів і тривалої ремісії.

#### **ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ КЛАРИТРОМІЦИНУ**

**Чобанюк С. І., Кишкан П. Я.**

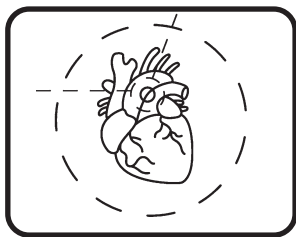
*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

Кларитроміцин (К) — сучасний макролідний антибіотик широкого спектра протимікробної дії з покращеними фармакокінетичними властивостями, високою активністю щодо внутрішньоклітинних збудників та вираженою антихелікобактерною дією. Лікарський препарат (ЛП) виготовляють провідні зарубіжні та вітчизняні фармацевтичні фірми, і залежно від дози, лікарської форми (ЛФ), виробника його ціна може суттєво відрізнятись.

Актуальним є проведення фармакоекономічного аналізу ЛП К, зареєстрованих в Україні, та визначення серед них ефективних і більш економічно доступних для пацієнтів.

Фармакоекономічний аналіз свідчить, що в Україні представлено 25 торгових найменувань К (клагцид, кларимакс, класан, меристат, фромлід, азиклар та інші), серед яких 76 % імпортні ЛП. Крім того, К включено до Державного формуляру лікарських засобів (ЛЗ) України, Національного переліку життєво важливих ЛЗ та британського Національного формуляру ЛЗ. За методом «мінімізації витрат» розраховано вартість однієї доби (500 мг) та курсу лікування (7 днів) хворих на гострий бронхіт, використовуючи середню роздрібну ціну на ЛП К в аптеках Чернівців (станом на 18.12.2017 р.). Низьковартісними є ЛП класан («Київмедпрепарат», Україна) та клабакс («Sun Pharmaceutical», Індія), вартість курсового лікування якими становить 43,61 та 70,98 грн. Найбільш дорогівартісне курсове лікування пероральними ЛП меристат («Sanovel», Турція) — 359,94 грн та клагцид («Abbott», Італія) — 646,10 грн і, особливо, ін'єкційним ЛП клагцид (6253,52 грн). Отже, значний асортимент ЛП К у різних цінових категоріях дозволяє оптимізувати вибір ЛЗ із урахуванням ЛФ та фінансової спроможності пацієнта. Наявність К у нормативних документах, що регулюють обіг ліків в Україні, підтверджує його терапевтичну ефективність і доцільність включення до схем антибіотикотерапії інфекційних захворювань.





## СЕКЦИЯ ТЕРАПИИ I (ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ)

Секция терапии I  
(заболевания сердечно-сосудистой системы)

Section of Therapy I  
(Diseases of Cardiovascular System)

---

### ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Аникоенко А. А., Соловей Н. В., Радов А. И.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Современные методы диагностики и терапии во многих случаях обеспечивают успешное лечение лиц с нестабильной стенокардией (НС). Вместе с тем, даже применение высоких технологий может оказаться малоэффективным при низкой приверженности пациента к терапии.

**Цель.** Изучить приверженность к терапии и уровень психоэмоционального статуса у пациентов с НС.

**Материалы и методы.** В исследование включили 30 пациентов с НС, в том числе 19 мужчин и 11 женщин в возрасте ( $61,2 \pm 10,6$ ) лет. Комплаентность изучали в момент включения пациентов в исследование и через 2 мес. после выписки на основе теста Мориски — Грина. Психоэмоциональный статус оценивали с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты.** В течение периода наблюдения пациентов уровень комплаентности по опроснику Мориски — Грина в среднем увеличился на 27 % через 2 мес. после выписки. Более высокую комплаентность имели пациенты с НС в коморбидности с другой патологией (62,5 % лиц), чем пациенты только с НС (45,5 % лиц). Количество пациентов с НС с повышением комплаентности среди пациентов, принимающих антиагреганты, увеличилось на 42 %, статины — на 46 %, ингибиторы АПФ — на 30 %,  $\beta$ -блокаторы — на 13 %, антагонисты кальция на 7 %. Базовый уровень тревоги имели 66,7 и 96,7 % пациентов соответственно. У лиц с низкой комплаентностью наблюдали более выраженную тревожность — ( $8,6 \pm 4,8$ ) балла, чем у пациентов с высокой комплаентностью — ( $6,5 \pm 4,7$ ) балла. Все пациенты имели базовый уровень депрессии: лица с низкой комплаентностью — ( $5,5 \pm 1,9$ ) балла, с высокой — ( $3,3 \pm 2,3$ ) балла.

**Выводы.** В ходе исследования выявлено увеличение уровня комплаентности. Высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств предрасполагает к низкой комплаентности.

### ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЯК ШЛЯХ ДО ПІДВИЩЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ

Бліхар О. В.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

**Мета.** Вивчення можливостей оптимізації лікування на прихильність до лікування та змін якості життя хворих на ІХС на тлі ЦД 2 типу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 86 пацієнтів з верифікованим діагнозом ІХС на тлі ЦД 2 типу, з них 58 чоловіків і 28 жінок. Середній вік пацієнтів ( $63 \pm 3$ ) роки.

**Результати та їх обговорення.** Визначення психотипу за допомогою опитувача ЛОБІ може бути використано для відбору хворих з недостатньою прихильністю. Найвища прихильність до лікування відзначалася у групі 2 (3,8 порівняно з 3,05 у групі 1 і 2,7 в контрольній групі;  $p < 0,01$ ). Це зумовлено більш швидким досягненням компенсації ІХС та цукрового діабету 2 типу.

#### **Висновки.**

1. Тривалий перебіг ІХС: ІКМП, ускладнена іншою соматичною патологією, а саме ЦД 2 типу, супроводжується зниженням прихильності до лікування та якості життя.

2. Використання в комплексній терапії ліраглутиду підвищує прихильність до лікування завдяки кращій і швидшій компенсації вуглеводного обміну.

3. Опитувач EQ-5D може бути рекомендований практичним лікарям для рутинного використання з метою оцінки якості життя пацієнтів з ІХС: ІКМП у поєднанні з ЦД 2 типу.

## ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шолохова С. И.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

В настоящее время в мире актуальна проблема распространенности туберкулеза, вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) при сохраняющейся «неинфекционной эпидемии» ишемической болезни сердца (ИБС). При этом тема патологии сердца при коморбидных сочетаниях туберкулеза, ВИЧ и ИБС изучена все еще недостаточно. По материалам Одесской областной МСЭК нами были изучены истории болезни 20 пациентов (17 мужчин и 3 женщин) в возрасте 40–60 лет, состоящих на учете как ВИЧ-инфицированные больные и при этом проходивших ранее противотуберкулезную терапию. У всех пациентов из этой группы в качестве сопутствующего заболевания указывались различные формы хронической ИБС (постинфарктный кардиосклероз, диффузный кардиосклероз, различные формы стенокардии), у 15 (75 %) — гипертоническая болезнь. Кроме этого, были рассмотрены 30 историй болезни пациентов с различными формами туберкулеза легких, на момент исследования принимавших противотуберкулезную терапию в Одесском областном противотуберкулезном диспансере. Из этих 30 пациентов у 25 (75 %) была верифицирована ВИЧ-инфекция. Достоверное увеличение кардиоторакального индекса ( $= 0,5$ ) отмечалось у 20 % пациентов и еще у 47 % наблюдалась тенденция к приближению к этому показателю ( $КТИ=0,47-0,48$ ). В картине крови пациентов тубдиспансера наблюдались: лейкоцитопения (42,9 %), лейкоцитоз (28,6 %), лимфоцитоз (14,3 %). В биохимических показателях крови отмечались: повышение тимоловой пробы (у 100 % больных, причем у 85 % ТП была резко повышена — до 10 ед. и более), билирубинемия (33 %). Показатель жизненной емкости легких у преобладающего большинства (не менее 80 %) пациентов не превышал 35 % от должного. Также значимой представляется выявляемая у рассматриваемого контингента больных тенденция к развитию экссудативных перикардитов и увеличения поперечного сечения легочной артерии.

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І ЧАСТИМИ РЕЦИДИВАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Данілевич Т. Д.

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця, Україна*

**Мета.** Визначити клінічну ефективність різних варіантів антигіпертензивної терапії у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) і частими рецидивами фібриляції передсердь (ФП).

**Матеріали та методи.** Обстежено 146 пацієнтів із ГХ II стадії I–II ступенів з ФП, що часто рецидивує, віком від 32 до 79 (середній вік  $(60,14 \pm 0,73)$  року). Із них 66 (45,2 %) пацієнтів були чоловічої статі. Як стартову антигіпертензивну терапію використано фіксовані комбінації периндоприлу з тiazидоподібним діуретиком індапамідом (Інд) і лозартану з тiazидовим діуретиком гідрохлортiazидом (ГХТ). У деяких пацієнтів до наведених комбінацій додавали блокатор мінералокортикоїдних рецепторів еплеренон, який використовували фіксованою дозою 25 мг на добу. Останній призначався з метою вивчення ефективності upstream-терапії ФП блокаторами мінералокортикоїдних рецепторів. Комбінацію периндоприл + Інд дозою 5/1,25–10/2,5 мг на добу отримували 65 (44,5 %) пацієнтів, 31 з них у поєднанні з еплереноном. Комбінацію лозартан + ГХТ дозою 50/12,5–100/25 мг на добу застосовували 81 (55,5 %) пацієнту, 41 з них у поєднанні з еплереноном. Клінічна ефективність антигіпертензивних засобів оцінювалась за досягненням цільового рівня АТ, який розглядали як  $< 140/90$  мм рт. ст.

**Результати.** Комбінація периндоприл + Інд + еплеренон була більш клінічно ефективною, ніж комбінація периндоприл + Інд (74,2 % проти 41,2 %;  $p=0,007$ ). Комбінація лозартан + ГХТ + еплеренон була більш клінічно ефективною, ніж комбінація лозартан + ГХТ та периндоприл + Інд (82,9 % проти 52,5 % та проти 41,2 %;  $p=0,003$ ;  $p=0,0002$  відповідно). Різниця між комбінаціями периндоприл + Інд та лозартан + ГХТ не виявлено.

**Висновки.** Додавання еплеренону з метою вивчення ефективності upstream-терапії блокаторами мінералокортикоїдних рецепторів при ФП позитивно впливало на досягнення цільового рівня АТ у пацієнтів з ГХ та частими рецидивами ФП. Найбільш клінічно ефективною була комбінація лозартан + ГХТ + еплеренон.

## ЗНАЧИМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ЛИПИДОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Котович Ю. А., Мазка А. К.,  
Тарасюк В. Н., Юзечук Л. К.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Введение.** В практической кардиологии широко распространено использование различных липидологических показателей для оценки сердечно-сосудистого риска. Вместе с тем, остается неясным их сравнительный диагностический рейтинг.

**Цель.** Определение диагностической значимости различных липидов, липопротеидов и апопротеинов в оценке атерогенных дислипидемий у больных ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы.** У больных в возрасте 41–67 ( $56,6 \pm 0,73$ ) лет со стабильной стенокардией III

Таблиця 1

**Результаты исследования  
корреляционной связи степени  
коронарного стеноза с различными  
липидологическими показателями**

Липидологический показатель	R	P
Общий холестерин (ОХС)	0,38	< 0,05
Триглицериды (ТГ)	0,20	< 0,05
Холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)	-0,49	< 0,05
Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)	0,49	< 0,05
Коэффициент атерогенности (КА)	0,55	< 0,05
Липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП)	0,28	< 0,05
Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП)	0,43	< 0,05
Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП)	-0,46	< 0,05
Апобелок А-1 (Апо А-1)	-0,60	< 0,02
Апобелок В (Апо В)	0,59	< 0,02
Апо В/Апо А-1	0,68	< 0,01

и IV ФК посредством коронарографии исследовали коронарное русло сердца. Содержание в плазме крови липидов, липопротеидов и апопротеинов определяли энзиматическим, электрофоретическим и иммуноферментными методами соответственно.

Результаты исследования корреляционной связи степени коронарного стеноза с различными липидологическими показателями представлены в табл. 1 (n=35).

**Вывод.** Величина корреляционной связи коронарного атеросклероза с липидологическими показателями и, следовательно, диагностическая значимость последних увеличивается в следующей последовательности: ТГ > ЛПОНП > ОХС > ЛПНП > ЛПВП > ХС ЛПНП > ХС ЛПВП > КА > Апо В > Апо А-1 > Апо В/Апо-А1.

**ВПЛИВ МАЛИХ ДОЗ КОЛХІЦИНУ  
НА КОРОНАРНИЙ КРОВООБІГ  
У ХВОРИХ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ  
ТА ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

**Мариновська І. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Сьогодні відомо, що гіперурикемія (ГУ) є одним із компонентів метаболічного синдрому, а отже, і ризик виникнення серцево-судинної патології збільшується, невідомо, яка з патологій виникає першою і зумовлює розвиток суміжної.

**Мета.** Виявлення впливу малих доз колхіцину на стан коронарного кровообігу у хворих з гіперурикемією та шемічною хворобою серця (ІХС) при тривалому спостереженні.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводиться на базі Університетської клініки ОНМедУ у хворих кардіологічного профілю з ІХС та ГУ. Групу спостереження утворили 40 пацієнтів віком від 38 до 64 років, з них 65 % — чоловіки (26 хворих). Проводили об'єктивне і суб'єктивне дослідження, визначали рівні сечової кислоти, показники ліпідограми, коагулограми, ШОЕ, СРБ, АлТ, АсТ. Серцева діяльність оцінювалась за допомогою ЕКГ, ЕхоКГ, холтерівського моніторингу та за даними коронарографії. Усім пацієнтам проводилась терапія згідно із загальноєвропейськими рекомендаціями. Пацієнти (n=40) були розділені на дві групи: 1-ша — хворі, які приймали малі дози колхіцину в складі Хомвіо-Ревману; 2-га — хворі, які не приймали Хомвіо-Ревману. Наприкінці терапії проводили оцінку стану за допомогою визначення вищевказаних показників, а також оцінювали кількість, тяжкість і тривалість нападів за допомогою опитувальників і холтерівського моніторингу.

**Результати.** Використання Хомвіо-Ревману в терапії ІХС та ГУ зменшувало кількість і тривалість нападів, покращувало показники загального стану організму та коронарного кровотоку порівняно з контрольною групою.

**Висновки.** При лікуванні ІХС потрібно завжди визначати і враховувати рівень сечової кислоти з метою виявлення точного впливу на ланки патогенезу і покращання якості та тривалості життя хворих.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТОБРАБОТКИ  
УЛЬТРАЗВУКОВЫХ СКАНОВ  
В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА**

**Острякко Е. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

С целью улучшения качества изображения в последние годы активно развиваются методы постобработки ультразвуковых сканов: гамма-коррекция, дифференцирование сигнала, межкадровая фильтрация, что улучшает диагностику, эффективность лечения и исхода заболеваний.

**Цель** исследования — изучить возможности постобработки ультразвуковых сканов в диагностике патологии сердца при различных структурных изменениях.

Используя встроенные функции программного обеспечения Photoshop CS6, изучали сканы ультразвуковых исследований сердца, полученных у 31 больного на аппарате MEDISON SONOACE — 8000 SE в период с 2008 по 2017 гг. Пациенты были разделены на две группы: I — с УЗ-признаками хронического кардита (25 пациентов), II — с УЗ-признаками хронического кардита и ИБС (6 пациентов).

Было установлено, что точная зависимость между удельной плотностью, массой, площадью и диагнозом отсутствует, поскольку у пациента одновременно могут присутствовать образования с различными характеристиками. Получена корре-



ляція между результатами постобработки и активностью воспалительного процесса по общему анализу и биохимии крови. Показано, что плотность, масса и площадь образований изменяются с возрастанием степени воспалительного процесса. Начиная со второй степени, уменьшаются показатели площади и массы. Также обнаружено, что образования больших размеров имеют большую массу, но меньшую плотность в сравнении со структурами меньших размеров.

Таким образом, постобработка УЗ-сканов позволяет изучать структуру миокарда, используя стандартизацию показателей, делать выводы о фазе и характере процесса, а также контролировать его динамику.

### **ЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Павлючок М. М.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель.** Проанализировать и оценить эффективность эндокардиальной стимуляции у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе кардиохирургического отделения Одесской областной клинической больницы. Материалом для исследования послужил анализ 20 историй болезни пациентов с установленными электрокардиостимуляторами, как эпикардиальными, так и эндокардиальными. Был проведен сравнительный анализ этих методов.

**Результаты.** Эндокардиальная стимуляция показала свои преимущества по сравнению с эпикардиальной стимуляцией и медикаментозной терапией.

### **ЧИННИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

**Печеркіна С. М.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

**Метою** дослідження було порівняння наявності та вираженості чинників серцево-судинного ризику у хворих з метаболічним синдромом (МС).

Обстежено 42 хворих з МС, усі жінки, середній вік ( $63,5 \pm 1,4$ ) року. Основну групу становили 17 хворих за наявності МС та ІХС. Групу порівняння — 25 хворих за наявності МС без ІХС. Обстеження включало загальноклінічне дослідження, а також визначення рівнів ліпідів, інсуліну, лептину, С-реактивного білка, інтерлейкіну-1 (ІЛ-1), асиметричного диметиларгініну (АДМА) та товщини комплексу інтима-медія (ТКІМ) сонної артерії.

У результаті аналізу виявлено, що у хворих основної групи достовірно більший індекс маси тіла —  $33,60 \pm 0,29$  та  $30,50 \pm 0,27$  відповідно, вищі рівні

загального холестерину — ( $6,2 \pm 0,1$ ) та ( $5,6 \pm 0,1$ ) ммоль/л відповідно, тригліцеридів — ( $2,20 \pm 0,01$ ) та ( $1,90 \pm 0,02$ ) ммоль/л відповідно, інсуліну — ( $19,70 \pm 0,17$ ) та ( $15,90 \pm 0,16$ ) мкМЕ/мл відповідно, індексу НОМА —  $4,9 \pm 0,2$  та  $3,4 \pm 0,1$  відповідно, лептину — ( $19,7 \pm 0,3$ ) та ( $17,1 \pm 0,2$ ) нг/мл відповідно, С-реактивного білка — ( $4,60 \pm 0,05$ ) та ( $3,50 \pm 0,07$ ) мг/л відповідно та ІЛ-1 — ( $7,90 \pm 0,02$ ) та ( $4,60 \pm 0,01$ ) пг/мл відповідно, АДМА — ( $0,690 \pm 0,005$ ) та ( $0,410 \pm 0,003$ ) мкмоль/л відповідно і ТКІМ сонної артерії — ( $1,11 \pm 0,01$ ) та ( $0,91 \pm 0,01$ ) мм відповідно, ніж у групі порівняння (в усіх випадках  $p < 0,05$ ).

Таким чином, наявність ІХС при МС асоціюється з більшим індексом маси тіла, вираженішими метаболічними порушеннями (високі рівні загального холестерину, тригліцеридів), високим рівнем адипокінів (лептину, інсуліну), маркерів запалення (С-реактивного білка, ІЛ-1) та маркерів ураження сполучної тканини, що одночасно є маркерами ендотеліальної дисфункції (вміст АДМА та ТКІМ сонної артерії).

### **МАРКЕРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

**Чорний О. П.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

**Метою** дослідження було вивчення функції ендотелію у хворих на різні форми ішемічної хвороби серця (ІХС).

Обстежено 116 хворих на ІХС, 73 чоловіки і 63 жінки. Обстеження включало загальноклінічне дослідження, визначення вмісту ліпідів, лептину, асиметричного диметиларгініну (АДМА), вивчення функції ендотелію за допомогою проб з реактивною гіперемією, нітрогліцерином та товщини комплексу інтима-медія (ТКІМ) сонної артерії. Форму ІХС і стан коронарного кровотоку визначали за допомогою коронарної ангіографії. В залежності від результатів ангіографії хворих розділили на 2 групи: 1-ша група ( $n=67$ ) — зі стенозами коронарних артерій, 2-га ( $n=69$ ) — без стенозів коронарних артерій з мікроvasкулярною ішемією міокарда.

Порівняння за віком і статтю показало, що хворі 2-ї групи були достовірно молодші — ( $52,30 \pm 0,45$ ) року. За кількістю та тривалістю епізодів ішемії міокарда обидві групи були співставні. У хворих 1-ї групи був достовірно вищий рівень холестерину — ( $6,4 \pm 0,1$ ) ммоль/л, тригліцеридів — ( $2,30 \pm 0,01$ ) ммоль/л та лептину — ( $7,50 \pm 0,34$ ) нг/мл у чоловіків і ( $16,9 \pm 0,4$ ) нг/мл у жінок, ТКІМ сонної артерії — ( $1,05 \pm 0,02$ ) мм. Вміст АДМА був достовірно вищим у 2-й групі — ( $0,624 \pm 0,033$ ) ммоль/л. Показники ендотелій-незалежної вазодилатації в обох групах достовірно не відрізнялися, показники ендотелій-залежної вазодилатації були меншими в 2-й групі.

Таким чином, наявність атеросклеротичного стенозу коронарних артерій асоційована з порушеннями ліпідного обміну, збільшенням ТКІМ



сонної артерії. Наявність ІХС з мікрovasкулярною ішемією міокарда асоційована з підвищенням вмісту АДМА, погіршенням функції ендотелію.

### РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЇЇ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ВІКУ І МАСИ ТІЛА ЗА ДАНИМИ СКРИНІНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НЕОРГАНІЗОВАНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Швабовська Т. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Артеріальна гіпертензія (АГ) — одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Кількість пацієнтів, які страждають від АГ, і тих, хто гине від її ускладнень, з кожним роком продовжує наростати.

**Мета.** Дослідити розповсюдженість артеріальної гіпертензії серед населення. Визначити її залежність від віку і маси тіла пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Проведено скринінгове обстеження неорганізованої групи населення з 112 осіб. Методи дослідження: вимірювання артеріального тиску (АТ), опитування пацієнтів. Усіх досліджуваних було розділено на 4 групи залежно від віку: група 1 (20–35 років), група 2 (36–50 років), група 3 (51–65 років), група 4 (66–85 років)

**Результати.** Серед досліджуваних групи 1: 97 % осіб мали АТ у межах норми, 3 % — АГ I ст.; групи 2: нормальний АТ — 85 % пацієнтів, АГ I ст. — 15 %; групи 3: нормальний АТ — 47 % пацієнтів, АГ I ст. — 30 %, АГ II ст. — 20 %, АГ III ст. — 3 %; групи 4: нормальний АТ — 27 % досліджуваних, АГ I ст. — 50 %, АГ II ст. — 21 %, АГ III ст. — 2 %. Визначено, що масу тіла більше 80 кг мають 43 % досліджуваних, із них 9 % понад 100 кг. Більше половини досліджуваних мали скарги на патологію з боку серцево-судинної системи.

**Висновки.** Результати даного дослідження ще раз підтверджують, що захворюваність на АГ досягла масштабу пандемії. Тому подібні скринінгові дослідження АТ є необхідним заходом для профілактики розповсюдження АГ, її раннього виявлення, успішного лікування та запобігання ускладненням. Рекомендовано вимірювання АТ кожному пацієнту при відвідуванні ним сімейного лікаря, особливо пацієнтам середньої та старшої вікових груп.

### ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНАЦІЇ АНТИАРИТМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПРОТИВАГУ МОНОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Артишук І. Ю., Колочко В. А.

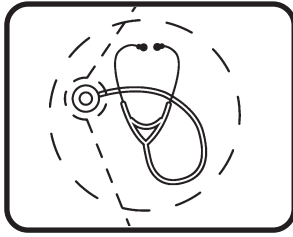
*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

**Мета.** Порівняти показники пульсу у спокої, що контролюється комбінацією препаратів бісопрололу — івабрадин на противагу монотерапії титрованих доз бісопрололу; оцінити толерантність до фізичного навантаження, хронотропний ефект, функцію лівого шлуночка, гемодинамічні показники у пацієнтів з ішемічною хворобою серця і малою фракцією викиду.

**Матеріали та методи.** У рандомізованому дослідженні було сформовано 2 групи загальною кількістю пацієнтів 85. У I групі (40 пацієнтів) бісопролол був протитрований до 5 мг, а також був доданий івабрадин. У II групі (45 пацієнтів) бісопролол був протитрований до 10 мг. Оцінювали клінічні симптоми вихідного стану і через 6 міс. при проведенні тредміл-тесту, тканинної доплерографії, систолічний артеріальний тиск, швидкість каротидно-феморальної пульсової хвилі, індекс відображення пульсової хвилі за методом аплаційної тонометрії.

**Результати.** На початку дослідження варіація ЧСС у двох групах була невеликою: (78,60±3,59) уд./хв проти (81,70±3,94) уд./хв, а систолічний артеріальний тиск: (135,4±5,8) на противагу (133,6±±5,9) і (120,4±4,8) на противагу (121,6±5,0) мм рт. ст. Проте збільшились: толерантність до фізичного навантаження: у I групі з (5,52±0,31) до (6,16±±0,52) %, у II групі з (5,59±0,41) до (5,72±0,46) %. MET і фракція викиду: у I групі — з (42,0±1,9) до (48,4±3,5) %, у II групі з (40,9±2,1) до (45,7±3,0) %. Однак динаміка показника хронотропного резерву така: у I групі з (50,60±2,19) до (70,7±2,9) уд./хв, у II групі з (54,30±2,38) до (53,80±2,83) уд./хв.

**Висновок.** У пацієнтів з ішемічною хворобою серця і помірно зниженою фракцією викиду при довгостроковій терапії комбінацією препаратів бісопролол — івабрадин відмічалася зростання толерантності до фізичного навантаження, що більшою мірою пов'язано зі збільшенням хронотропного резерву.



**СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ ІІ  
(ЗАГАЛЬНА ТЕРАПІЯ ТА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА)  
Секция терапии ІІ  
(общая терапия и семейная медицина)  
Section of Therapy ІІ  
(General Therapy and Family Practice)**

---

**ВПЛИВ ДОДАТКОВОЇ АНТИОКСИДАНТНОЇ  
ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ОСТЕОАРТРОЗУ  
У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ  
2 ТИПУ**

**Нагієва А. Н., Олійник М. О.**

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Мета.** Вивчити вплив антиоксидантної терапії на стан пацієнтів з остеоартрозом (ОА) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД2Т).

**Матеріали та методи.** Усього було досліджено 54 пацієнти з ОА у поєднанні з ЦД2Т (30 чоловіків і 24 жінки). Середній вік хворих становив  $(45,0 \pm 3,1)$  року. Хворих було поділено на 2 групи. Перша група — 20 пацієнтів, які отримували стандартну терапію — нестероїдні протизапальні препарати (коротким курсом) та хондропротектори. Друга група — 34 пацієнти, які отримували стандартну терапію та вітамін Е як додаток до неї. Курс лікування становив 3 міс. Усім хворим було проведено рентгенологічне дослідження суглобів, визначено виразність больового синдрому та функції суглобів за показником індексу WOMAC, рівень С-реактивного білка (СРБ), глюкози у сироватці крові (ГКН) та рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1C).

**Результати.** У результаті проведеної терапії було визначено достовірне зниження індексу WOMAC в обох групах пацієнтів: у 1-й групі показник болу знизився на 29,5 %, у 2-й групі — на 32,8 % ( $p < 0,05$ ). Також було відзначено статистично достовірне зниження рівня СРБ в обох групах: у 1-й групі — на 30,1 %, у 2-й групі — на 33,3 %, що може свідчити про зниження запальної відповіді ( $p < 0,05$ ). Використання вітаміну Е не впливало негативно на перебіг ЦД2Т: у 1-й групі до лікування рівень HbA1C становив  $(9,62 \pm 0,30)$  %, рівень ГКН —  $(9,95 \pm 0,38)$  ммоль/л, після лікування —  $(8,33 \pm 0,27)$  % та  $(7,80 \pm 0,31)$  ммоль/л відповідно. У 2-й групі до лікування рівень HbA1C —  $(9,64 \pm 0,27)$  %, рівень ГКН —  $(9,97 \pm 0,24)$  ммоль/л, після лікування —  $(8,10 \pm 0,21)$  % та  $(7,80 \pm 0,38)$  ммоль/л відповідно.

**Висновки.** Було відзначено, що при додаванні до стандартної терапії вітаміну Е спостерігалась більш виразна позитивна динаміка перебігу ОА у поєднанні з ЦД2Т.

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК  
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РОЗЛАДУ  
ТРАВЛЕННЯ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ  
ГІПОТАЛАМУСА**

**Смирнова О. В., Бардах Л. Б.,  
Афендикова Г. П., Долинський Р. Г.**

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна  
Відділення променевої патології Центрального  
госпіталю МВС України, Київ, Україна*

Дисфункція гіпоталамуса може проявлятися комплексом ендокринних, вегетативних, трофічних та нервово-психічних порушень. До основних причин гіпоталамічних дисфункцій належать черепно-мозкова травма, нейроінфекція та хронічний стрес. Клінічно такі дисфункції проявляються головним болем, раптовими кризами, асиметрією артеріального тиску (АТ) на руках, диспластичним ожирінням, гіпогонадізмом, відчуттям страху або тривоги.

Під нашим спостереженням знаходився пацієнт С. 19 років, солдат строкової служби, який надійшов до відділення променевої патології Центрального госпіталю МВС України зі скаргами на важкість в епігастрії після їжі, печію, спазматичні болі за ходом товстого кишечника, рідкі випороження, тривожність. Дані амбулаторного обстеження вказують на зниження рівня тестостерону в крові. При огляді: гіперстенічної статури, бліді стрії на животі, АТ на правій руці — 150/80 мм рт. ст., на лівій — 130/70 мм рт. ст. Під час госпіталізації двічі відмічено підвищення АТ до 170/90 мм рт. ст., що супроводжувалось головним болем, тахікардією, гіперемією обличчя, відчуттям страху (симптоадrenalовий криз). У крові: гіперглікемія до 8,6 ммоль/л. Езофагогастроуденоскопія та колоноскопія: органічної патології не виявлено. Консультація психіатра: розлад адаптації з тривожно-субдепресивним синдромом та соматоформними проявами. Після курсу проведеного лікування (рестфул, лірика, гідазепам, нольпаза, лінекс) самопочуття поліпшилось. Рекомендовані МРТ головного мозку, а також диференційна діагностика з симптоматичними артеріальними гіпертензіями.

Наведені дані щодо наявності клінічних проявів функціональних розладів травлення при гіпо-

таламічній дисфункції, що слід враховувати при призначенні терапії. Показано, що основні диспептичні розлади при дисфункції гіпоталамуса усуваються препаратами, що коригують психоемоційний стан хворого.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СИНДРОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ

Лесна А. С.

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Актуальність.** На сучасному етапі розвитку гастроентерології, кажучи про кількісні та якісні зміни в кишковій екосистемі, ми розуміємо, що мова йде не тільки про бактерії, а й про дріжджоподібні гриби, віруси, рикетсії, що відповідає сучасному терміну — дисбіоз кишечника, а в англійській літературі зустрічаємо термін «синдром надмірного росту бактерій» (СНРБ) [J. Henker, S. Müller, M. Laass, 2010].

**Мета дослідження.** Продемонструвати на підставі аналізу літератури сучасний погляд на СНРБ.

**Матеріали та методи.** Бібліографічний, семантичний методи.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Частота виявлення СНРБ при різних гастроентерологічних захворюваннях коливається в широких межах від 70 до 97 % [K. Chau, S. Greenberg, 2015]. В основі патогенезу СНРБ лежить порушення моторної функції кишечника, що при сприятливих умовах призводить до колонізації тонкої кишки фекальною мікрофлорою. Ранніми клінічними проявами СНРБ є діарея з поліфекалією, метеоризм, помірний больовий синдром. Діагностика СНРБ полягає в бактеріологічному дослідженні ексудату тонкої кишки або за допомогою водневого дихального тесту з глюкозою або лактулозою на визначення коротколанцюгових жирних кислот. Обов'язковим компонентом лікування СНРБ є дієтотерапія. При тяжкому перебігу застосовують антибактеріальні засоби з сучасними пробіотиками, пребіотиками (інулін), симбіотиками.

**Висновок.** Дисбіотичні порушення значно ускладнюють перебіг, діагностику та лікування гастроентерологічних захворювань. У зв'язку з цим для забезпечення повного клінічного одужання обов'язковим компонентом комплексної терапії хворих повинна бути корекція мікроекологічних порушень.

## ВМІСТ ЦИТОКІНІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА, ОЖИРІННЯМ І СУПРОВІДНОЮ АНЕМІЄЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ

Бідзіля П. П.

*Запорізький державний медичний університет,  
Запоріжжя, Україна*

**Мета.** Вивчити вміст цитокінів інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ) в сироватці крові хворих на

хронічну серцеву недостатність (ХСН) з надмірною масою тіла, ожирінням та супровідною анемією легкого ступеня.

**Методи.** Обстежено 84 хворих на ХСН II–III функціонального класу внаслідок хронічних форм ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ) з надмірною масою тіла та ожирінням I–III ступенів. До I групи увійшло 13 хворих на ХСН з анемією легкого ступеня, II група — 71 хворий на ХСН без анемії. Досліджувані були співставні за віком, гендерною ознакою та індексом маси тіла. Група порівняння представлена 12 пацієнтами з хронічними формами ІХС та АГ, нормальною масою та без ХСН. Вміст ІЛ-6, ІЛ-10 та ФНП- $\alpha$  у сироватці крові визначали імуноферментним методом. Показники наведені у вигляді Ме [25, 75 %] (Медіана; 25; 75 перцентиль). Різниця вважалась достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати.** У групі порівняння був найнижчим вміст ІЛ-6 (1,93 [1,47; 2,16] пг/мл), ІЛ-10 (0,22 [0,16; 0,31] пг/мл) та ФНП- $\alpha$  (2,31 [1,98; 2,75] пг/мл), які достовірно поступалися значенням I (10,2 [7,98; 28,1], 2,51 [1,41; 11,3], 21,9 [11,9; 44,4] пг/мл відповідно) та II груп (5,22 [3,49; 13,8], 1,27 [0,92; 2,87], 13,3 [4,28; 29,2] пг/мл відповідно). У I групі, порівняно з II, переважав рівень ІЛ-6 (на 95,4 %) та ІЛ-10 (на 97,6 %;  $p < 0,05$ ). Супуровідна анемія корелювала з вмістом ІЛ-6 ( $r = +0,27$ ;  $p < 0,05$ ) та ІЛ-10 ( $r = +0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Анемія легкого ступеня у хворих на ХСН з надмірною масою тіла та ожирінням супроводжується достовірним переважанням сироваткового вмісту ІЛ-6 та ІЛ-10, що може свідчити про тяжчі прояви імунозапальних реакцій.

## ВПЛИВ ВЖИВАННЯ КОФЕЇНОВІСНИХ НАПОЇВ НА РІВНІ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ

Анікоєнко А. А., Шишман Ю. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Вивчити вплив вживання кофеїновмісних напоїв на показники тривоги (Т) та депресії (Д) у студентів старших курсів.

**Матеріали та методи.** Проведено анкетування 196 студентів (60 юнаків і 136 дівчат), вік ( $22,88 \pm 0,14$ ) року, рівні Т та Д оцінювали за допомогою шкали HADS. У залежності від характеру вживання кофеїновмісних напоїв респонденти були розподілені на три групи: I група ( $n = 91$ ) — вживають кофеїновмісні напої у дозі  $< 150$  мг/день кофеїну, II група ( $n = 78$ ) —  $150$ – $300$  мг/день; III група ( $n = 27$ )  $> 300$  мг/день.

**Результати.** Середній рівень Т у I групі становив ( $6,22 \pm 0,33$ ) бала, у II — ( $5,76 \pm 0,29$ ), у III — ( $6,89 \pm 0,81$ ) бала. Середній рівень Д в I групі становив ( $3,84 \pm 0,27$ ) бала, у II — ( $4,17 \pm 0,28$ ) бала, у III — ( $4,33 \pm 0,58$ ) бала. Середній рівень Т був достовірно вищий, ніж середній рівень Д, в I і II групах ( $p < 0,001$ ) та в III групі ( $p < 0,01$ ).

Субклінічний рівень Т в I групі було виявлено у 18 (( $19,78 \pm 4,18$ ) %), у II — у 13 (( $16,67 \pm 4,22$ ) %), у III — у 6 (( $22,2 \pm 8,0$ ) %) студентів. Клінічно зна-



чуща Т була встановлена у 9 ((9,89±3,13) %), 1 ((1,28±1,27) %), 6 ((22,2±8,0) %) респондентів I, II та III груп відповідно. Частота клінічно значущої Т була достовірно нижчою у II групі, ніж у I (p<0,01) та III групах (p<0,01).

Субклінічна Д була виявлена в I групі у 6 ((6,59±2,60) %), у II — у 5 ((6,41±2,77) %), у III — у 3 ((11,11±2,83) %), а клінічно значуща Д в I групі у 3 ((3,30±1,87) %), в II — у 1 (1,28±1,27) %, в III — у 1 ((3,70±3,63) %) студентів. Достовірно частота субклінічної та клінічної Д у групах не відрізнялась.

**Висновки.** 1. Середній рівень тривоги достовірно вищий, ніж середній рівень депресії, у студентів старших курсів незалежно від споживання кофеїну. 2. Клінічно значуща тривога достовірно рідше виявлялась у групі помірного вживання кофеїну — (1,28±1,27) %, ніж у групах з низьким — (9,89±3,13) % (p<0,01) або надмірним споживанням кофеїну — (22,2±8,0) % (p<0,01).

## МОЖЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ МЕТОДИКИ «ТОБОЛ» У ДІАГНОСТИЦІ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЕНДОКРИНОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Бєлєзерцева І. А.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Завдяки експериментально-психологічній методиці «Тобол» є можливість простежити закономірності в прояві дезадаптивної поведінки до хвороби від преморбідних особливостей особистості в ендокринологічних хворих. Найчастіше спостерігається дезадаптивна поведінка з домінуванням інтерпсихічної спрямованості.

Також були визначені поодинокі випадки гармонійного, ергопатичного типу відносин адаптивного типу поведінки.

## ПОЛІМОРФІЗМ ДЕЯКИХ ГЕНІВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ЖІНОК В ПІСЛЯМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Богдан Н. М., Маринівська І. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Мета.** Виявити поліморфізм деяких генів при остеoarтрозі колінних суглобів у жінок в післяменопаузальному періоді.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням було 120 жінок, які утворили основну групу, зі встановленим діагнозом остеoarтрозу колінних суглобів за критеріями Американської колегії ревматологів (АСР), що мають I–III рентгенологічну стадію за Kellgren–Lawrence, післяменопаузальний період (середня тривалість менопаузи) — (8,50±0,43) року у віці від 50 до 70 років. Контрольна група — 100 жінок у тому ж віці, але без остеoarтрозу колінних суглобів. Клініко-генетичні дослідження включали проведення молекулярно-генетичного аналізу з визначенням мутацій генів колаген I (*Coll1A1 C/A*); рецептор вітаміну D (*VDR*

*T352C*); естроген (*ER:Pvull i ER:Xbal*); інтерлейкін-1 (*IL1A1 T4845G*); фактор некрозу пухлин- $\alpha$  (*TNF- $\alpha$ -308G/A*); матриксна металопротеїназа (*MMP1 -1607insG*) у клітинах букального епітелію. Поліморфізм генів оцінювався методом ПЦР.

**Результати.** Виявлена достовірна різниця між частотами алелів гена *VDR T352C T/C* ( $\chi^2=25,6$ ) та алелів гена *ER:Xbal Xx* ( $\chi^2=2,05$ ) і *xx* ( $\chi^2=6,5$ ) у жінок у післяменопаузальному періоді з остеoarтрозом колінних суглобів порівняно зі здоровими жінками, що пов'язано з порушенням регуляції балансу кальцію та кісткового обміну (втрата кісткової маси). Також виявлена достовірна різниця між частотами алелів *C/C* ( $\chi^2=8,1$ ) та *C/A* ( $\chi^2=72,9$ ) гена *Coll1A* у жінок в післяменопаузальному періоді з остеoarтрозом колінних суглобів порівняно зі здоровими жінками, що пов'язано з деструкцією суглобового хряща і зумовлює більш тяжкий перебіг остеoarтрозу.

## ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ НЕОКАРИПАЗИМ-400 ТА ПРЕСОТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ЖІНОК В ПІСЛЯМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Богдан Н. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Мета.** Виявити вплив комплексної терапії із застосуванням електрофорезу Неокарипазим-400 та пресотерапії на перебіг остеoarтрозу колінних суглобів (ОАКС) у жінок в післяменопаузальному періоді.

**Методи.** У дослідження увійшло 60 жінок віком від 50 до 75 років (середній вік (62,51±7,67) року) з клінічними проявами ОА КС в післяменопаузальному періоді (середня тривалість менопаузи — (8,50±0,43) року). Пацієнтки були поділені на 2 групи за способом лікування. У I групі (30 пацієнток) проводилося стандартне медикаментозне лікування. Пацієнткам II групи (30 осіб) призначалася на фоні стандартної медикаментозної терапії комплексна терапія із застосуванням електрофорезу Неокарипазим-400 та пресотерапії. До та після лікування всім хворим проводили оцінку больового синдрому за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою ВАШ, оцінку болю та зниження якості життя за індексом WOMAC, біохімічне дослідження крові, рентгенологічне дослідження колінних суглобів з оцінкою рентгенологічної стадії за I. Kellgren і I. Lawrence, ультразвукове дослідження колінних суглобів та вимірювання кутоміром рухливості колінних суглобів. За необхідності пацієнтки були консультовані ендокринологом і гінекологом.

**Результати.** Після проведеної комплексної терапії із застосуванням електрофорезу Неокарипазим-400 та пресотерапії у жінок в післяменопаузальному періоді з ОАКС знизився больовий синдром за ВАШ на 53,9 % (p<0,05), на 56,3 % (p<0,05) зменшився індекс WOMAC, знизилася кількість хворих з ознаками синовіту на 23 % (p<0,01), вміст гострофазових показників запалення на 26–50 %



( $p < 0,05$ ); на 45 % ( $p < 0,05$ ) збільшилися показники рухливості колінних суглобів у порівнянні з групою пацієнтів, які отримували стандартну медикаментозну терапію. У жінок в післяменопаузальному періоді з ОАКС, яким призначали комплексну терапію із застосуванням електрофорезу Неокаріпазім-400 та пресотерапії на 54 % ( $p \leq 0,05$ ) підвищилась працездатність та покращилась якість життя.

Отже, згідно з отриманими даними, у жінок в післяменопаузальному періоді, що страждають на остеоартроз колінних суглобів, комплексна терапія із застосуванням електрофорезу Неокаріпазім-400 та пресотерапії є ефективною і в подальшому може буди терапією вибору для цієї категорії хворих.

### **ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Бондаренко О. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) входит в число наиболее распространенных заболеваний. Хорошая компенсация СД является необходимым условием профилактики развития осложненной и прогноза течения заболевания.

**Цель.** Исследование взаимовлияния СД и сопутствующей эндокринной патологии на эффективность проводимого лечения.

**Материалы и методы.** Изучены данные 50 историй болезни пациентов с сочетанием СД и заболеваний щитовидной железы. Статистический анализ материала проводился с использованием стандартной программы Microsoft Excel 2016. Статистическую значимость различий между средними определяли по t-критерию Стьюдента.

**Результаты.** У больных с сочетанием СД с заболеваниями щитовидной железы для компенсации углеводного обмена требуются большие дозы сахароснижающих препаратов и более тщательный контроль за уровнем гликемии.

### **ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ФОНІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА**

**Бажора Я. І.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Програми лікування та реабілітації бронхіальної астми (БА) у хворих з надмірною масою тіла (НадМТ) недостатньо ефективні, оскільки складаються без урахування фізичного розвитку, тому є необхідність у розробці комплексних реабілітаційних заходів, які можуть забезпечити довготривалий астма-контроль.

У дослідженні взяли участь 115 осіб віком від 18 до 45 років, хворих на БА, екзогенну, різного ступеня тяжкості, з різним рівнем контролю. За рівнем фізичного розвитку пацієнти, хворі на БА,

розподілилися на дві групи: I група (60 пацієнтів) з гармонічним фізичним розвитком та II група (55 пацієнтів) з НадМТ. Встановлено, що у групі з НадМТ у  $(4,2 \pm 0,3)$  рази більшою є частка хворих із тяжким перебігом БА та у  $(2,5 \pm 0,2)$  рази вищою кількість хворих із неконтрольованим перебігом захворювання порівняно з групою пацієнтів із гармонічним фізичним розвитком. Були надані рекомендації щодо фізичних навантажень для пацієнтів 18–45 років із БА середнього ступеня тяжкості на фоні НадМТ в залежності від ступеня контролю БА в основних періодах реабілітації. У роботі показано, що ефективність комплексного застосування дозованого контрольованого фізичного навантаження і гіполіпідемічної дієти з виключенням легкозасвоєваних вуглеводів у 1,7 рази вища порівняно із застосуванням тільки дієти додатково до стандартної базисної терапії БА.

Таким чином, пацієнтам з БА на фоні НадМТ є обов'язковим включення дозованого контрольованого фізичного навантаження.

### **ВОЗМОЖНОСТИ 3D-РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ**

**Гонтарук Г. И.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Множество проблем, связанных с донорством, вызывает необходимость создания и использования альтернативных технологий замены пораженных органов. Одними из наиболее перспективных методов являются трехмерный (3D) биопринтинг и выращивание органоидов.

3D-биопринтинг представляет собой послойное осаждение биочернил, которые представляют собой жидкую смесь клеток, внеклеточного матрикса и питательных веществ. Для биочернил, используемых при биопринтинге печени, используются, главным образом, первичные гепатоциты и гепатоциты, полученные из стволовых клеток. Современные технологии биопринтинга позволяют воссоздать сосудистую сеть и желчевыводящие протоки, невозможность чего в прошлом была главным препятствием для создания функционирующих печеночных тканей. Полученные с помощью биопринтинга ткани обладают полной функциональной активностью, включая производство белков и метаболизм лекарственных средств.

Органоиды представляют собой миниатюрные, упрощенные версии органов, выращиваемые из стволовых клеток в трехмерных клеточных средах.

Печеночные зачатки были впервые выращены по данной технологии, используя смесь клеток печеночной энтодермы, полученной из человеческих индуцированных плюрипотентных стволовых клеток (iPSC-HE), эндотелиальных клеток пупочной вены человека (HUVEC) и мезенхимальных стволовых клеток костного мозга (BMSC). На данный момент разработаны технологии массового производства зачатков печени полностью из индуцированных плюрипотентных стволовых клеток. Выращенные органоиды также обладают полной функциональной активностью.

Уже сейчас вышеописанные технологии используются для тестирования лекарственных средств и их дальнейшее развитие может значительно расширить возможности замены пораженной печени.

### **ВПЛИВ НИЗЬКИХ ДОЗ КОЛХІЦИНУ НА ФУНКЦІЮ НИРОК У ХВОРИХ З ТРИВАЛОЮ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ**

**Гриценко М. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Гіперурикемія є мультидисциплінарною проблемою, яку деякі дослідники вважають ще одним компонентом метаболічного синдрому. Накопичено достатньо даних стосовно гіперурикемії як предиктора серцево-судинної та ниркової патології. Висока розповсюдженість цієї патології потребує розробки ефективних методів лікування, які б дозволили профілакувати їх розвиток або зменшити прогресування.

**Мета.** Вивчити вплив низьких доз колхіцину на функцію нирок у хворих з тривалою гіперурикемією.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 60 пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ), які проходили лікування в БМЦ ОНМедУ. Середній вік хворих ( $42,3 \pm 1,6$ ) року. Серед них 52 чоловіки і 8 жінок. Усі пацієнти мали підвищений рівень сечової кислоти ( $> 360$  мкмоль/л), у всіх них було виявлено метаболічний синдром. Визначали показники пуринового обміну, ліпідного, вуглеводного, також рівень креатиніну в крові з подальшим розрахунком швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). Усім хворим проводили доплерографічне дослідження ниркових артерій із визначенням лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) справа та зліва, а також індекс резистентності (ІР) з обох сторін. Пацієнти були розподілені на 2 групи. Перша група ( $n=30$ ), окрім лікування основного захворювання, отримувала гіпоурикемічну терапію у вигляді препарату Алопуринол (початкова доза 100 мг з подальшим титруванням), друга група ( $n=30$ ) додатково до Алопуринолу отримувала низькі дози колхіцину (препарат Хомвіо-Ревман по 10 крапель 3 рази на день) за схемою. Контрольні обстеження проводились перед початком лікування, через 3 та 6 міс. терапії.

**Результати та висновки.** Доповнення схеми лікування у пацієнтів з гіперурикемією приводило до достовірного зниження рівня прозапальних цитокінів, сечової кислоти (у першій групі з  $613,51 \pm 35,20$  до  $425,0 \pm 23,4$ , у другій групі зниження було більш вираженим — з  $623,3 \pm 24,7$  до  $355,60 \pm 8,05$  ( $p < 0,05$ )). Показники ліпідного обміну та ступінь ІМТ достовірно не змінилися. Більш виражена позитивна динаміка ЛШК та ІР відмічалася після 6 міс. лікування у 2-й групі. Отже, включення до програми лікування хворих на гіперурикемію алопуринолу та низьких доз колхіцину (у вигляді препарату Хомвіо-Ревман) приводить до покращання показників сироватки крові та сповільнює погіршення морфологічної структури нирок.

### **ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

**Дереглазова А. О., Васіна К. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) являє собою важливу медико-соціальну проблему в усіх країнах світу, передусім внаслідок її широкої розповсюдженості, хронічного перебігу та частого розвитку ускладнень.

**Мета.** Підвищити ефективність відновлювального лікування хворих на ВХ ДПК шляхом комплексного застосування медикаментозної і озонотерапії з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

Обстежено 60 хворих на ВХ ДПК. Езофагогастродуоденоскопію проводили вранці натще, використовуючи апарат Olympus GIF Type 2T10 (Японія). Морфологічне дослідження біопсійного матеріалу дозволяло встановити стадію виразкового процесу, визначити наявність активного гастродуоденіту, виявити в слизовій оболонці гастродуоденальної зони *Helicobacter pylori*. Кислототворювальну функцію шлунка визначали методом інтрагастральної рН-метрії. Функціональний стан печінки оцінювали на основі вивчення найбільш інформативних біохімічних показників.

Хворі І групи (30 осіб) одержували базову медикаментозну терапію, а ІІ групи (30 осіб) на фоні медикаментозного лікування — прийом озонваної води всередину. Використовували апарат «Бозон» (НПП «Еконіка», Україна). На основі результатів комплексного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження 60 хворих на ВХ ДПК вивчена ефективність і встановлені особливості лікувального застосування прийому озонваної води всередину у відновлювальному лікуванні зазначеного контингенту хворих.

Доведено, що використання озонотерапії значно підвищує ефективність відновлювального лікування, сприяє регресу больового, диспептичного, астеновегетативного синдромів, пальпаторної болісності, прискорює загоювання виразкового дефекту, збільшує ерадикацію *Helicobacter pylori*, подовжує період клінічної ремісії, зменшує прояви постерадикаційного синдрому. В основі терапевтичної дії лікувального комплексу із використанням озонотерапії лежить активація трофічних механізмів і посилення репаративних процесів у слизовій оболонці гастродуоденальної зони.

### **ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ У ПОЄДНАННІ З ТРОМБОЦИТОПАТІЄЮ ЯК ОБМЕЖУВАЛЬНИЙ ФАКТОР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ПЛАЗМИ, ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ**

**Димченко А. О., Терновий Д. П.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Плазма, збагачена тромбоцитами (ПЗТ), використовується у різних галузях регенеративної ме-

дицини. Останнім часом виконано низку експериментальних робіт, які довели наявність відновлювального ефекту при місцевому застосуванні ПЗТ у щурів з цирозом печінки (ЦП). Обмеженням цього методу є розвиток тромбоцитопенії, а можливо, й тромбоцитопатії у хворих на ЦП.

**Метою** нашого дослідження була оцінка морфології тромбоцитів методом електронної мікроскопії у щурів з токсичним ЦП.

**Матеріали та методи.** Експеримент проводили на 20 статевозрілих щурах, поділених на групи: інтактні тварини та тварини з індукованим токсичним гепатитом. Токсичне ураження печінки моделювали шляхом перорального введення 50 % олійного розчину чотирихлористого вуглецю по 0,6 мл три рази на тиждень. Замість питної води тварини отримували 15 % розчин етилового спирту. Моделювання патології тривало 40 діб. Для ультрамікроскопічного дослідження кров брали із хвостової вени з подальшою її фіксацією у глутаровому альдегіді та заливанням в епоксидну смолу.

**Результати.** У щурів експериментальної групи (ЕГ) зростає питома вага активованих тромбоцитів, причому активація відбувається за псевдоподіальним типом. Агрегація тромбоцитів та їх дегрануляція в ЕГ помітно перевищує контроль. Щільність пакування альфа- і дельта-гранул тромбоцитів у щурів ЕГ значно знижена, є тенденція до зменшення лямбда-гранул та тромбоцитів у ЕГ.

**Висновки.** Таким чином, наявність тромбоцитопатії у щурів ЕГ дозволяє припустити незначну ефективність ПЗТ, застосованої в автологічному варіанті при токсичному ЦП. У подальших роботах планується дослідження ефективності та безпечності аlogenної ПЗТ.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ МАГНІЮ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Дичко Т. О., Саморукова В. В.,  
Шишман Ю. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Визначити ефективність відновлювального лікування з застосуванням препаратів магнію в період неінфекційного загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у пацієнтів із супровідною артеріальною гіпертензією (АГ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 74 пацієнти віком ( $46,2 \pm 0,3$ ) року, серед яких жінок — 31 (41,9 %), чоловіків — 43 (58,1 %), зі встановленим діагнозом АГ II стадії і ХОЗЛ II–III клінічних груп.

**Результати.** Встановлено, що у 53 (71,6 %) пацієнтів з коморбідною патологією під час загострення ХОЗЛ частіше відмічалось підвищення АТ. Зокрема, середній рівень АТ у хворих із супровідним ХОЗЛ у період ремісії становив ( $148,2 \pm 2,3$ ) мм рт. ст., у період загострення, яке не

потребувало антибіотикотерапії, — ( $156,4 \pm 4,2$ ) мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ). У 42 пацієнтів зі стандартизованим лікуванням загострень ХОЗЛ функція зовнішнього дихання покращилася з ( $70,3 \pm 3,4$ ) % до ( $73,2 \pm 2,1$ ) % ( $p < 0,02$ ), а у 32 хворих, які додатково отримували «Магнікум» (комплекс магнію та вітаміну В6) по 1 таблетці 1 раз на добу, — з ( $71,5 \pm 2,6$ ) % до ( $78,4 \pm 3,9$ ) % ( $p < 0,05$ ). Через місяць спостереження у пацієнтів зі стандартизованим лікуванням рівень АТ знизився до ( $145,2 \pm 1,7$ ) мм рт. ст., а у хворих, які приймали «Магнікум», до ( $139,3 \pm 2,3$ ) мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ).

### Висновки

1. У багатьох хворих на АГ (71,6 %) під час неінфекційного загострення ХОЗЛ спостерігається підвищення середнього рівня АТ — ( $156,4 \pm 4,2$ ) мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ).

2. Застосування препаратів магнію у відновлювальному лікуванні хворих на АГ та ХОЗЛ дозволяє досягти цільового рівня АТ — ( $139,3 \pm 2,3$ ) мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ) та покращити функцію зовнішнього дихання з ( $71,5 \pm 2,6$ ) % до ( $78,4 \pm 3,9$ ) % ( $p < 0,05$ ).

## ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

Зайцев А. С., Налапко А. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

В Україні середня частота дитячих церебральних паралічів (ДЦП) становить 2,7 випадку на 1000 дитячого населення.

**Метою** дослідження є вивчення впливу методів фізичної реабілітації дітей, хворих на ДЦП, з використанням спеціалізованого тренажерного устаткування.

Застосовували методику оцінки м'язового тону за шкалою Ashworth; методику оцінки загального рівня функціонального рухового розвитку за шкалою великих моторних функцій GMFM; оцінку результату ефективності за методикою А. В. Декопова; оцінку сили та тону м'язів динамометрією; статистичні методи математичної обробки результатів вимірювань.

Для виконання досліджень було створено дві групи хворих: контрольну і експериментальну. Реабілітація пацієнтів контрольної групи проводилася з використанням стандартних методів реабілітації, а реабілітація експериментальної групи — за новими методиками. Тривалість проведення досліджень 6 міс. Контрольна і експериментальна групи склалися з дітей віком 8–10 років зі спастичною і дистонічною формами захворювання ДЦП по 10 осіб у кожній. Кожна група була розділена на підгрупи залежно від форми ДЦП. Для реабілітації експериментальної групи застосовували функціональний реабілітаційний бокс — сукупність металеві клітки і додаткового пересувного або знімного устаткування. Важливим аспектом реабілітаційного функціонального бокса є



можливість провести витягнення того чи іншого відділу хребетного стовпа та використання широкого спектра методів сенсомоторної терапії.

**Результати** роботи демонструють динаміку зміни спастичності у випробуваних хворих: зниження середнього бала за модифікованою шкалою спастичності Ashworth, наявність приросту сумарного показника загальної моторики за шкалою GMFM, приріст м'язової сили у хворих обох груп.

Таким чином, запропонований спосіб реабілітації дітей із ДЦП дозволяє досягти вираженого терапевтичного ефекту і підвищити результати реабілітації.

### **ЗАСТОСУВАННЯ R-СНОЕР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОЇ В-КЛІТИННОЇ ВЕЛИКОКЛІТИННОЇ ЛІМФОМИ**

**Козлова О. Г.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Дослідження показали значну перевагу застосування DA-ЕРОСН-R у порівнянні з R-СНОР при лікуванні ВІЛ-асоційованої В-клітинної великоклітинної лімфоми (ВКВЛ). Проте токсичність цього режиму є значною. Комбінація стандартного R-СНОР з етопозидом (R-СНОЕР) може бути ефективним альтернативним варіантом лікування ВІЛ-асоційованої ВКВЛ.

**Мета.** Метою дослідження було порівняти ефективність застосування R-DA-ЕРОСН та R-СНОЕР у пацієнтів з ВІЛ-асоційованою ВКВЛ GCV-типу.

**Методи.** У дослідження було включено 31 пацієнта з ВІЛ-асоційованою ВКВЛ GCV-типу. У всіх пацієнтів був низький показник CD4+ з середнім рівнем 78 клітин/мм<sup>3</sup>. Пацієнти не приймали HAART-терапію до включення у дослідження. Хворих розділили на дві групи. Перша група (n=14) отримувала стандартний R-СНОР з введенням етопозиду 50 мг/м<sup>2</sup> у дні 1–3. Друга група отримувала DA-ЕРОСН-R, як це було описано в попередніх дослідженнях. Сканування FDG-ПЕТ виконувалося до і після лікування. Оброблення інформації здійснювалось із застосуванням сучасних пакетів прикладних програм, зокрема IBM SPSS Statistics 22.

**Результати.** Повна відповідь була досягнута у (93,1±0,1) % хворих у групі DA-ЕРОСН-R та у (89,4±0,1) % у групі R-СНОЕР (p>0,05). Гематологічна токсичність спостерігалась у першій та другій групах в усіх циклах лікування. Однак у групі DA-ЕРОСН-R середній період нейтропенії становив (16,1±0,2) дня, у групі 2 R-СНОЕР (11,3±0,1) дня (p<0,05); період тромбоцитопенії сягав (11,2±0,1) і (3,2±0,1) дня відповідно (p<0,05).

**Висновки.** Застосування R-СНОЕР з низькою дозою етопозиду може бути ефективним варіантом лікування пацієнтів з ВІЛ-асоційованою ВКВЛ GCV-типу з рівнем CD4+ клітин нижче 100 клітин на 1 мм<sup>3</sup>.

### **ПРОГНОСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ПРОГРЕСУЮЧОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ**

**Копецька К. Д.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Широка розповсюдженість хронічних гепатитів (ХГ) та їх високий цирозогенний потенціал потребують розробки прогностичних критеріїв трансформації ХГ у цироз печінки (ЦП) з метою активного впливу на ті фактори прогресування, які можуть бути модифіковані.

Молодий вік хворих на ХГ з поліетиологічністю цього захворювання за наявності генетичної схильності до фібротизації та впливі супровідних захворювань — все це призводить до шкідливої трансформації у ЦП з високою інвалідизацією та смертністю цієї категорії хворих.

Нами виявлені такі предиктори прогресуючої трансформації ХГ у ЦП:

- коінфекція вірусами хронічного гепатиту В + D, С + цитомегаловірус, С + вірус Епштейна — Барр з високим вірусним навантаженням;
- помірна та висока активність гепатиту, визначена за рівнем АлТ;
- супровідне вживання алкоголю;
- наявність дисліпидемії атерогенних типів, реалізованої у вигляді стеатозу печінки або стеатогепатиту;
- супровідна, клінічно значуща патологія гепатобілярної системи, насамперед, жовчнокам'яна хвороба;
- супровідна хронічна серцева недостатність із наявністю «застійної печінки»;
- вроджений дефіцит альфа-антитрипсину.

Визначення питомої ваги кожного предиктора з побудовою моделі кількісної оцінки швидкості циротичної трансформації ХГ можливе при подальшому опрацюванні теми за допомогою ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів, які неодноразово протягом кількох років були госпіталізовані до гастроентерологічних відділень, а також проспективному спостереженні за хворими, обстеженими з урахуванням вищеперелічених предикторів.

### **ТЕРАПІЯ БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

**Кравченко К. А., Вусик И. А.,  
Дешева А. В., Полякова Е. А.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Известно, что желчнокаменная болезнь часто ассоциирована с метаболическим синдромом, который включает атерогенные дислипидемии.

**Цель.** Выяснить клиническую эффективность комплексной терапии урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) и статинами у больных со сладж-синдромом в сочетании с метаболическим синдромом (МС).



**Матеріали и методи.** В исследование включили 18 человек со сладж-синдромом на фоне сопутствующих заболеваний: артериальной гипертензии I и II стадий, ожирения, сахарного диабета (СД) 2 типа или нарушения толерантности к углеводам. Пациенты 1-й группы (10 человек) получали УДХК 500 мг в сутки, 2-я группа (8 больных), помимо УДХК 500 мг в сутки, получала розувастатин 20 мг в сутки. Продолжительность курса терапии составила 12 нед. На весь период наблюдения пациентам рекомендовали придерживаться диеты № 5. Полученные данные подвергнуты статистической обработке в программах Statistica for Windows 6,0 и Excel 7.0 for Windows.

**Результаты.** Нормализация уровня аланинаминотрансферазы и аспартат-аминотрансферазы в 1-й группе достигнута у 33 % больных и у 50 % во 2-й группе пациентов. В 1-й группе концентрация липопротеидов низкой плотности уменьшилась на 1,91 %, в то время как во 2-й — на 40,29 % ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе уровень общего холестерина уменьшился на 4,44 % ( $p > 0,05$ ), а во 2-й группе — на 31,1 % ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе зафиксировано исчезновение сладж-синдрома в 60 % случаев. У пациентов 2-й группы нивелирование сладж-синдрома отмечалось у 87 %. Уменьшение проявлений жировой инфильтрации печени отмечено в 1-й группе у 57 %, во 2-й группе — у 66 % больных.

**Выводы.** Комбинированная терапия УДХК 500 мг в сутки и розувастатином 20 мг в сутки более эффективна, чем монотерапия УДХК 500 мг в сутки у пациентов со сладж-синдромом на фоне метаболического синдрома.

### ОЦІНКА СУБПОПУЛЯЦІЇ Т-ЛІМФОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ

Лагода Д. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Бронхіальна астма (БА) — поширене, потенційно небезпечне захворювання, яке зумовлює значний тягар для пацієнтів, їхніх родин та суспільства загалом. Респіраторні симптоми, обмеження діяльності та загострення, які інколи потребують невідкладної допомоги та можуть бути фатальними, — ось ключові проблеми БА.

**Мета.** Оцінити субпопуляції Т-лімфоцитів у пацієнтів з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла та ожиріння.

**Матеріали та методи.** Було проведено комплексне обстеження 50 пацієнтів, що проходили лікування у ГКЛ № 5 з діагнозом БА. Пацієнти були розділені на дві групи, по 25 осіб у кожній, з надмірною масою тіла та ожирінням і нормальними показниками індексу маси тіла, контрольна група — 15 практично здорових осіб. Для оцінки показників імунітету було проведено визначення субпопуляцій Т-лімфоцитів у крові пацієнтів, а саме CD4+, CD8-, CD3-, CD19+, методом протокової цитофлуориметрії.

**Висновки.** Поширеним коморбідним захворюванням бронхіальної астми є надмірна маса тіла та ожиріння. У пацієнтів спостерігається прямий тісний взаємозв'язок тяжкості перебігу БА з рівнем субпопуляції Т-лімфоцитів у крові, а саме їх підвищення.

### ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА SLCO1B1 У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ СТАТИНІНДУКОВАНИЙ МІОПАТІЇ

Мазніченко Є. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є провідною причиною летальності. Доведено, що нормалізація рівня загального холестерину та артеріального тиску приводить до зниження кількості ССЗ. Для лікування та профілактики ССЗ, з метою зниження рівня холестерину, застосовують статини. Однак існує низка статиніндукованих побічних ефектів, у тому числі міопатії, що є генетично зумовленою особливістю організму людини, насамперед поліморфізмом гена-транспортера органічних аніонів *SLCO1B1*.

**Метою** дослідження було визначення поліморфізму гена *SLCO1B1* у пацієнтів з гіперхолестеринемією для запобігання розвитку статиніндукованої міопатії.

**Матеріали та методи.** До дослідження було додано 78 пацієнтів кардіологічного стаціонару БПМЦ УК № 1 з гіперхолестеринемією віком (63±5) року, у тому числі 45 (57,7 %) жінок та 33 (42,3 %) чоловіки, яким призначалась статинотерапія. Усім пацієнтам було проведено визначення поліморфізму гена *SLCO1B1* зішкрібка букального епітелію. Статистичну обробку даних проведено з використанням програми Statistica.

**Результати.** У ході дослідження було виявлено 50 (64,5 %) носіїв «дикого типу» гена *SLCO1B1* (*c.521TT*), 26 (32,9 %) носіїв гетерозиготного типу *c.521TC* та 2 (2,6 %) носії гомозиготного типу *c.521CC*.

**Висновки.** Таким чином, 26 (32,9 %) пацієнтів з поліморфізмом *c.521TC* мають середній ризик і 2 (2,6 %) пацієнти з поліморфізмом *c.521CC* високий ризик виникнення статиніндукованої міопатії. На підставі отриманих даних, пацієнтам дозування статинів відбувалось відповідно до алгоритму вибору дози залежно від варіанта гена *SLCO1B1*.

### КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКИХ МИКРОАНГИОПАТИЙ

Мальченко Я. О.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Распространенность сахарного диабета (СД) неуклонно растет во всем мире. Острота проблемы связана не только с распространенностью СД, но и с высокой частотой развития сосудистых осложнений.

**Цель.** Изучить влияние продолжительности сахарного диабета на развитие диабетической ретинопатии (ДР) у больных СД 1 и 2 типа.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на данных 100 историй болезни больных СД 1 и 2 типов, из которых женщин 55 %, а 45 % — мужчин. Всем больным проводили офтальмологическое обследование по общепринятой методике. Диагноз ДР устанавливали согласно классификации, предложенной Е. Kohner и М. Porta (1991), в которой выделяют три основные формы: непролиферативная ДР (НПДР), тяжелая НПДР, пролиферативная ДР (ПДР). Статистический анализ материала проводился с использованием стандартной программы Microsoft Excel 2016. Статистическую значимость различий между средними определяли по t-критерию Стьюдента.

**Результаты.** 1. Полученные данные показывают частоту формирования и прогрессирование течения диабетической ретинопатии у пациентов с СД.

2. Выявленные факторы риска, такие как сопутствующая диабетическая нефропатия, могут быть использованы для оценки течения ДР, при выборе индивидуальной тактики лечения.

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Моргун М. В., Рябініна А. Г., Степанов Є. А.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Стрес і викликані ним стани, перш за все тривога і депресія, є незалежними факторами ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) з порушенням ритму серцевої діяльності, які в подальшому обтяжують її перебіг. Тому комплексне лікування таких хворих потребує використання психологічних методів впливу. Відповідно, першочерговим завданням психокорекційної роботи з хворими на ІХС з порушенням ритму серцевої діяльності є визначення типу психічних порушень.

**Мета.** Оптимізація схем обстеження хворих на ІХС з порушенням ритму серцевої діяльності шляхом визначення типу психологічних порушень.

**Матеріали та методи.** Обстежено 53 хворих на ІХС з порушенням ритму серцевої діяльності, з них чоловіків 25, жінок 28, у віці від 50 до 70 років. Психодіагностичне дослідження полягало у застосуванні таких методик: шкала самооцінки рівня тривожності Спілберга — Ханіна, опитувальник якості життя SF-36, шкала депресії Бека. Статистична обробка проводилась за допомогою програми Excel.

**Висновки.** Високий рівень особистісної тривожності за шкалою Спілберга мають 30,6 % хворих. Крім того, тривожні розлади у поєднанні з депресією відмічаються у 57,9 % хворих. Отримані результати свідчать про необхідність відповідної психологічної корекції, що підвищить прихильність хворих до лікування.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПАЦІЄНТІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ

Намісник О. М.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** У наш час, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість хворих на бронхіальну астму (БА) в світі становить близько 300 млн чоловік. За статистичними прогнозами, на фоні стійкого зростання захворюваності на БА, до 2025 р. загальна кількість пацієнтів збільшиться на 100 млн чоловік. Клінічні дослідження, присвячені аналізу перебігу астми при супровідному ожирінні та надмірній масі тіла, продемонстрували низку типових рис, а саме було виявлено, що це, як правило, особи старшого віку, з наявністю різної супровідної патології.

**Мета.** Дослідити особливості перебігу БА у пацієнтів з надмірною масою тіла та ожирінням в Одеському регіоні.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі МКЛ № 5. Нами здійснено ретроспективну оцінку 100 історій хвороб з подальшим вибірковою консультуванням 30 пацієнтів. Було встановлено, що 42 % пацієнтів мали легкий, 26 % середній та 11 % важкий ступінь тяжкості та 19 — інтермітуючу БА. Середня тривалість захворювання становила  $(11,0 \pm 8,5)$  роки. Першими симптомами найчастіше були напади задухи і кашлю, супроводжувалися застудою та не минали після одужання від застуди. Не останнє місце у перебігу та контролі БА посідають умови праці. Серед наших пацієнтів 50 % мали допустимі умови праці і тільки 8,3 % працювали в оптимальних умовах. Нами було встановлено, що 50 % пацієнтів проходять не більше 2000 кроків на день, 25 % пацієнтів — 3000 кроків і тільки 10 осіб із 42 — 5000 і більше кроків на день. Шкідливі звички у вигляді куріння мали 41,6 % пацієнтів, у середньому вони вкурювали по 1 пачці сигарет на день.

**Висновки.** Бронхіальна астма посідає одне з провідних місць серед захворювань у світі. Бронхіальна астма, надмірна маса тіла і ожиріння є патологіями, які потенціюють й ускладнюють одне одного. Необхідно проводити консультування пацієнтів щодо здорового та рухливого способу життя задля оптимізації астма-контролю.

## ВИПАДОК МАНІФЕСТАЦІЇ ХВОРОБИ КРОНА У ЛІТНЬОМУ ВІЦІ

Носенко І. Ю.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Хвороба Крона — хронічне рецидивне захворювання, специфічною особливістю якого є сегментарне трансмуральне гранулематозне запалення будь-якого відділу травного каналу від порожнини рота до ануса (В. Г. Передерій, С. М. Ткач, 2009). Зазвичай маніфестує в молодому віці.

**Клінічний випадок.** Пацієнт М., 72 років, звернувся до УК ОНМедУ 23.10.2017 р. зі скаргами на

діарею, здуття живота, слабкість, поганий сон. У процесі початкового обстеження попередній діагноз розглядався як «Хронічний панкреатит з зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози». Проведена терапія (креон 25 000 МО тричі на день) не дала клінічно значущого результату. Тому диференційно-діагностичний пошук спрямовано на виявлення хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, раку товстого кишечника. Була призначена рентгеноконтрастна ентерографія, в ході якої визначено, що через 3,5 год барієвою суспензією контрастована переважно клубова кишка, гаустрація в дистальних відділах дещо згладжена. Фіброколоноскопія з біопсією виявила хронічний атрофічний коліт.

Спираючись на результати виконаних інструментальних методів дослідження, а також позитивний ефект призначеної системної глюкокортикостероїдної терапії (дексаметазон 8 мг вранці, 5 днів), встановлено діагноз: «Хвороба Крона (термінальний ілеїт), середньотяжкий перебіг». Пацієнту призначено курс базисної терапії месалазином, будесонідом. Через місяць: хворий відзначає поліпшення загального стану, випорожнення регулярні, оформлені, без патологічних домішок, болі в животі припинили турбувати.

Наведений клінічний випадок демонструє можливість маніфестації хвороби Крона в літньому віці.

## КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ И ГИПЕРТИРЕОЗОМ

Омельянчук С. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Цель.** Определить приверженность к лечению пациентов с гипотиреозом и гипертиреозом.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования мы использовали шкалу комплаентности Мориски — Грина. Исследование проводилось на кафедре внутренней медицины № 1 с курсом сердечно-сосудистых патологий на базе эндокринологического отделения Одесской областной больницы с сентября 2017 г. по январь 2018 г. Исследовано 30 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет (женщин — 27, мужчин — 3).

**Результаты.** Согласно результатам исследования, частота комплаентности составила 3,33 %, недостаточно привержены в группе риска по развитию неприверженности 16,67 %, непривержены к лечению — 80 % больных.

Это свидетельствует о низкой приверженности пациентов к лечению.

## ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ ІЗ СОЇ І АВОКАДО НА ПЕРЕБІГ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ У ЖІНОК В МЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Павловська О. В.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Деформуючий остеоартроз (ДОА) — одне з найбільш розповсюджених захво-

рювань опорно-рухового апарату в людей похилого віку, особливо у жінок в менопаузальному періоді. У них ці процеси прогресують у зв'язку з вираженими змінами метаболізму і зниженням рівня естрогенів.

**Мета.** Простежити вплив препарату із сої і авокадо на перебіг деформуючого остеоартрозу у жінок похилого віку в менопаузі.

**Матеріали та методи.** Обстежено 50 жінок віком від 55 до 75 років, хворих на ДОА з II–III рентгенологічною стадією до і після лікування. Усім пацієнтам проводилося лікування препаратом піаскледин (одна капсула на добу протягом трьох місяців).

**Результати.** Після проведеного лікування у 85 % пацієнтів спостерігалось покращання (зменшення больового синдрому, збільшення обсягу рухів). Відповідно до зменшення больового синдрому спостерігалось покращання якості життя у 85 % пацієнтів: відсутність або зменшення тривалості відчуття ранкової «скутості» в суглобах у середньому до 1 год і «стартового болю» після лікування у половини пацієнтів. Відмічалось зниження гострофазних показників. При ультразвуковому дослідженні після лікування зафіксовано відсутність випоту у 48 % і значне його зменшення у 20 % пацієнтів. Наростання висоти хряща спостерігалось у 32 пацієнток на 1–1,5 мм (за рахунок збільшення гідрофільності хряща). При вимірюванні окружності суглоба у 54 % пацієнток відмічено зменшення окружності в середньому на 4,5 см (за рахунок зменшення запального набряку тканин).

**Висновок.** Доведено ефективність застосування препарату піаскледину для лікування ДОА у жінок похилого віку в менопаузальному періоді при достатньо тривалому прийомі. Препарат має самостійний протизапальний ефект, що дає можливість відмінити прийом або значно знизити дозу нестероїдних протизапальних засобів.

## ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОТОНОВОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ І ТА ІІ СТАДІЙ

Паніна С. О., Царан Д. А., Корецький П. Є.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність** теми зумовлена значною поширеністю судинних захворювань головного мозку, зокрема дисциркульторних енцефалопатій (ДЕ) різного генезу.

**Мета.** Підвищити ефективність санаторно-курортного лікування хворих на ДЕ шляхом застосування в комплексному лікуванні високотонкової терапії (ВТ) з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

Для розв'язання поставлених завдань проведено клініко-інструментальне обстеження 101 хворого на ДЕ I та II ст. атеросклеротичного і змішаного генезу обох статей віком від 30 до 60 років. Вивчали скарги, неврологічний статус, функціональний стан нервової, серцево-судинної систем,



окремі біохімічні (коагуло- і ліпідограми крові) показники. Динаміку мозкового кровообігу оцінювали за результатами реоенцефалографії. Динаміка відновлення інтелектуально-мнестичних функцій визначалася за шкалою функціональної незалежності (Functional Independence Measure — FIM). Хворі були представлені 3 групами: 1-ша група (34 особи) отримувала лікувальний комплекс, який включав дієту (стіл № 10), клімато- і кінезотерапію, ванни на основі грязьового препарату «Пеловіт». У 2-й групі (31 особа) додатково призначали ВТ-терапію за загальним «віталізуючим» режимом із додатковим розташуванням електрода у шийно-комірцевій зоні. Використовували апарат «НіТор-184» (фірма ГВО, Німеччина). Хворі 3-ї групи (36 осіб) отримували дієто-, клімато-, кінезотерапію, ванни з препаратом «Пеловіт» по черзі через день з ВТ-терапією за наведеною схемою. Встановлено, що комплексне застосування бальнео- та високотонної терапії у зазначеного контингенту хворих суттєво підвищує ефективність санаторно-курортного лікування за рахунок нормалізуючого впливу на клініко-функціональний стан нервової і серцево-судинної систем, мозковий кровообіг, біохімічні показники.

#### **ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ — ВЗГЛЯД МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА**

**Пинтийская К. Д., Ципуленко А. А., Костенко А. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Внутренние болезни, в частности, ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, занимают первое место в структуре заболеваемости жителей сельской местности Украины. Это обусловлено особенностями физического труда, недостатком медицинских знаний и санитарной культуры населения и отдаленностью медицинских учреждений, а также несвоевременным оказанием медицинской помощи. Значительный процент лиц пожилого и старческого возраста в структуре сельского населения влияет на показатели течения заболевания, его продолжительность и значительное число сопутствующих заболеваний. Нельзя не учитывать экономические проблемы, плохое состояние дорог, а также отсутствие транспортных средств и средств связи. Указанные факторы напрямую влияют на объем медицинской помощи, который может предоставить семейный врач в условиях сельской амбулатории. Для жителей сельской местности следует расширить спектр бесплатных лабораторных исследований, предоставляемых государством. В особенности это касается пациентов с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, хронической болезнью почек. Следует учитывать проблему бесплатного обеспечения хронических больных бесплатными лекарствами. В некоторых случаях сами пациен-

ты отказываются от дорогостоящего лечения или же не выполняют назначений врача.

Еще одна проблема семейной медицины в сельской местности — большое число одиноких пациентов, которые требуют медицинского наблюдения. Малое количество медицинских работников не может обеспечить наблюдения всех пациентов, в частности, это касается паллиативной помощи. По нашему мнению, к решению этих проблем следует привлечь руководство и членов сельских общин. С их участием можно внедрить международный опыт организации помощи пациентам пожилого возраста на уровне общины: организовать хоспис на базе перепрофилированных медицинских учреждений, дома проживания для одиноких сельских жителей, дневное медицинское наблюдение для пациентов старческого возраста в условиях фермерских хозяйств. Следует сохранить имеющиеся дневные стационары в населенных пунктах сельской местности и обеспечить их квалифицированным персоналом из числа местных жителей.

#### **УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D3 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ**

**Пичугина Ю. А.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Бронхиальная астма (БА) в настоящее время широко распространена по всему миру. Отягощенная сопутствующей патологией, такой как избыточная масса тела (ИзбМТ) или ожирение, БА становится менее контролируемой, что существенно снижает качество жизни человека.

**Цель.** Изучить уровень витамина D3 у детей с БА на фоне ИзбМТ или ожирения.

**Материалы и методы.** Исследовано 42 ребенка с БА на фоне ИзбМТ и ожирения, которые составили основную группу. В группу сравнения вошло 20 детей с БА и гармоничным физическим развитием. Группы были однородны по полу, возрасту ((7,60±1,18) года для основной группы и (7,30±1,18) года для группы контроля) и стажу заболевания ((3,26±0,70) года для основной группы и (3,20±0,74) лет для группы сравнения). Индекс массы тела (ИМТ) основной группы детей составил (21,1±1,4) кг/м<sup>2</sup> и (15,2±1,0) кг/м<sup>2</sup> для группы сравнения (p<0,05). Всем обследованным был проведен анализ уровня витамина D3 крови с помощью иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Дефицит витамина D3 наблюдался в обеих группах детей с БА. При сравнении обследуемых групп было выявлено, что уровень витамина D3 в основной группе был ниже, чем в группе сравнения, — (12,7±1,1) нг/л и (18,0±5,9) нг/л соответственно, различия являются статистически значимыми (p<0,05). Критерий Пирсона показывает, что между ИМТ и уровнем витамина D3 существует обратная, средней силы факторная связь.

**Вывод.** У всех детей с БА диагностирован дефицит витамина D3, однако он более выражен у



детей с ИзБМТ и ожирением, такие показатели требуют коррекции.

### ОЦІНКА ІМОВІРНОСТІ ВПЛИВУ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ *FTO* ТА *TCF7L2* НА РИЗИК РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Саїд О. В., Шишкіна Н. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД) 2 типу є значною проблемою суспільного здоров'я в світі.

**Метою** нашого дослідження була оцінка імовірності впливу поліморфізму генів *FTO* та *TCF7L2* на ризик розвитку ЦД 2 типу.

Було обстежено 25 хворих на ЦД 2 типу на тлі надмірної маси тіла щодо наявності поліморфізму генів *FTO* (ген ожиріння) та *TCF7L2* (фактор транскрипції 7 типу 2). У даній групі у 22 (88 %) пацієнтів було виявлено поліморфізм гена *FTO*, із них мутація гена за гомозиготним типом була діагностована у 5 (22,7 %) хворих. У 20 (80 %) пацієнтів спостерігався поліморфізм гена *TCF7L2*, із них мутація гена за гомозиготним типом була діагностована у 8 (40 %) пацієнтів.

Варіанти генів *FTO* та *TCF7L2* впливають на ризик розвитку діабету з дуже високою імовірністю при поліморфізмі за монозиготним типом ( $\chi^2=13,87339$ ;  $p=0,001943$ ;  $\chi^2=12,48903$ ;  $p=0,003882$  відповідно) та з високою імовірністю при поліморфізмі за гетерозиготним типом ( $\chi^2=3,815581$ ;  $p=0,050778$ ;  $\chi^2=6,470416$ ;  $p=0,021937$  відповідно) та можуть підсилювати вплив один одного у разі поліморфізму обох генів за монозиготним типом.

Наявність поліморфізму генів *FTO* та *TCF7L2*, особливо обох одночасно, є предметом більш детальної діагностики порушень вуглеводного обміну для прогнозу розвитку ЦД 2 типу та основою для формування змін стереотипу способу життя у таких пацієнтів.

Таким чином, враховуючи велику імовірність впливу поліморфізму генів *FTO* та *TCF7L2* на розвиток ЦД 2 типу та ступінь тяжкості його перебігу і малу групу обстежених, є доцільним продовжити дослідження в цьому напрямку.

### ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D СЕРЕД ЖИТЕЛІВ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНУ

Сандул О. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Дефіцит вітаміну D є надзвичайно актуальною проблемою, оскільки більше 1 млрд людей у світі мають порушення статусу цього вітаміну (М. F. Holick, 2011). Як відомо, вітамін D синтезується у шкірі під дією ультрафіолетового випромінювання. Однак навіть у регіонах з достатньою кількістю сонячних днів протягом року більша частина населення страждає на вітамін-D-дефіцитні стани (Amy E. Millen, 2008).

**Мета.** Аналіз рівня вітаміну D в крові та дослідження факторів, здатних впливати на цей показник серед жителів Одеського регіону.

**Матеріали та методи.** Дослідження охопило 42 особи, яким було проведене детальне загальноклінічне дослідження (у тому числі: антропометрія, вивчення харчових звичок, перебування на сонці, визначення фототипу шкіри, дослідження рівня вітаміну D у крові).

**Результати.** Незважаючи на те, що географічне положення Одеського регіону забезпечує близько 250 сонячних днів на рік, середній рівень вітаміну D серед обстежених становив  $(18,86 \pm 4,42)$  нг/мл, що відповідає дефіцитному стану. Серед факторів, що впливають на ці показники, слід відмітити такі. Це недостатнє перебування на сонці (лише половина із обстежених (48 %) проводять більше 30 хв на день на свіжому повітрі). У весняно-літній період переважна більшість (68 %) відвідують пляж лише 1–2 рази на місяць, при цьому кожний п'ятий використовує сонцезахисні креми. Крім того, обстежені з 4-м фототипом шкіри мали нижчий рівень вітаміну D, ніж світлошкірі пацієнти. Також нами було досліджено харчові звички та встановлено, що більшість обстежених (80 %) практично не вживають продукти, багаті на вітамін D. Дані антропометрії показали, що у осіб з ожирінням рівень вітаміну D є значно нижчим, ніж у обстежених з гармонічним фізичним розвитком, оскільки жирова тканина може слугувати депо для жиророзчинного вітаміну D, спричиняючи недостатній його рівень у крові.

### РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРИЧНИЙ АРТРИТ

Савченко К. О., Гриценко М. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** нашого дослідження було виявлення рентгенологічних ознак подагричного артрити у пацієнтів, які звернулись на прийом до лікаря-ревматолога, в залежності від ступеня активності, періодів загострення і тривалості перебігу захворювання.

**Матеріали та методи.** На базі ревматологічного відділення БМЦ ОНМедУ проводилося дослідження, до якого увійшли 40 пацієнтів, із них 34 чоловіки і 6 жінок у віці від 40 до 88 років, середній вік  $(50,0 \pm 10,5)$  роки. Усім хворим проводилась рентгенографія уражених суглобів. Аналіз базувався на наявності змін у суглобах згідно з класифікацією, запропонованою М. Cohen, В. Emmer-son (1994).

**Результати.** При легкому перебігу хвороби, що становило 10 % випадків (рідкісні напади подагричного артрити, 1–2 рази на рік, з ураженням 1–2 суглобів, тривалістю хвороби 1–4 роки), кісткових анкілозів та ознак суглобової деструкції не виявлено. Один випадок — це пацієнтка з тривалістю хвороби 3 роки: виконано знімок в період загострення, на рентгенограмі був зафіксований періартикулярний набряк. Середньотяжкий перебіг подагри — у 75 % досліджуваних (характеризувався більш частим, 3–5 разів на рік, загостренням хвороби, з ураженням 2–4 суглобів, три-

валість хвороби 7–10 років). Найчастіше траплялися депозити тофусів, ексцентричні або асиметричні вузлуваті утворення в м'яких тканинах, іноді кальцифіковані. У даній групі у 7 (23,3 %) пацієнтів з тривалістю подагричного артриту 8–9 років, недотриманням дієти і призначень лікаря в період між нападами виявлена хрящова або кісткова деструкція. При тяжкому перебігу захворювання, що становило 15 % випадків (напади подагричного артриту більше 5 разів на рік, з множинним ураженням суглобів, тривалість хвороби в середньому 10–13 років), на рентгенограмі відзначали звуження суглобової щілини, крайові остеофіти і характерні напівкруглі або округлі дефекти кісткової тканини в епіфізах (симптом «пробійника»).

**Висновки.** Рентгенологічне дослідження на ранній стадії хвороби необхідне з метою диференціальної діагностики з іншими артропатіями. На пізній стадії для підтвердження хронічного перебігу хвороби в комплексному дослідженні пацієнта, а також для контролю за перебігом захворювання в динаміці.

#### ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ЮГО-ВОСТОКЕ УКРАИНЫ

Танасійчук Е. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Современные войны характеризуются использованием высокоточного цифрового оружия, робототехники, психологического воздействия, что повышает требования к психической стойкости военнослужащих (ВС). При этом каждый пятый ВС страдает нервно-психическими расстройствами, среди раненых — каждый третий. Военный стресс вызывает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В боевых действиях на Юго-Востоке Украины участвует более 306,1 тыс. человек. В связи с этим актуально изучение факторов риска развития ПТСР у этих лиц.

Нами обследовано 25 ВС из зоны АТО на базе ВМКЦ ЮР, контрольная группа — студенты ОНМедУ (15 человек). Оценивали типы акцентуации личности по К. Леонгарду с помощью онлайн-опросника Шмишека. Для выявления ПТСР изучили протоколы МЗ Украины № 121 и № 1003. Изучение витаминно-минерального статуса у ВС провели аппаратом “Vitastiq” по методу Р. Фолля.

У ВС наблюдали тенденцию к защитным реакциям психики, что усложняло диагностику и лечение ПТСР. Мы использовали длительный мониторинг, доверительные беседы. Наиболее расположены к развитию ПТСР ВС с дистимией (75 % обследованных), что указывает на латентную депрессию. Со стороны витаминно-минерального статуса определили нарушения системы ПОЛ-АОС (гипервитаминоз Е), дефицит магния, повышение уровня селена, что предрасполагает к развитию нервно-психических расстройств.

Объединение описанных в работе методов диагностики, рассмотрение корреляции результатов исследования — новаторская методика в этой области медицины, которая позволяет предотвращать развитие ПТСР, а также усовершенствовать его диагностику и лечение.

#### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

Хухліна О. С., Мандрик О. Є., Харченко К. О.

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна*

**Метою** дослідження було з'ясування впливу комплексу засобів стеателю та метформіну на перебіг неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) та ожиріння, стан ліпідного спектра крові, індексу атерогенності.

**Матеріали та методи.** Обстежено 120 хворих на НАСГ із ожирінням I ступеня. Було сформовано 2 групи пацієнтів. Контрольна група (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, есенціале Н (по 1 капсулі 3 рази на день) протягом 90 днів. Основна група (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, стеателю (ентерально по 10 мл 2 рази на день) протягом 90 днів.

**Результати.** Встановлено, що вміст холестерину (ХС) на 30-й день лікування у контрольній групі знизився на 6,0 % ( $p > 0,05$ ), в основній групі — на 19,1 %, на 90-й день лікування у контрольній групі — на 11,5 % ( $p < 0,05$ ), в основній — на 28,5 % ( $p < 0,05$ ). Вміст у крові ХС у хворих основної групи нормалізувався на 30-й день лікування та був нижчим від показників у контролі ( $p > 0,05$ ). Встановлено зниження вмісту в крові на 30-й день лікування ліпопротеїдів низької щільності в 1,6 разу у хворих основної групи та вмісту тригліцеридів — у 1,5 рази ( $p < 0,05$ ). У контрольній групі зміни вмісту в крові тригліцеридів були невірогідними ( $p > 0,05$ ). Індекс атерогенності у хворих основної групи вірогідно знижувався після лікування, а при обстеженні через 1 міс. після лікування стабільно досяг нормативних значень. У контрольній групі індекс атерогенності знижувався під впливом лікування, однак норми не досяг.

**Висновок.** Комплексна терапія із застосуванням препаратів стеателю та метформіну є ефективною у лікуванні неалкогольного стеатогепатиту на фоні метаболічного синдрому щодо корекції ліпідного спектра крові з усуненням гіпер- та дисліпідемії, індексу атерогенності.

#### СКРИНИНГ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ДАННЫМ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА

Тасмалы К. И.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) в рамках системы первичной

медико-санитарної допомоги може використовуватися як частина скрининга і оцінки ризику серцево-судинних захворювань (Diabetes Care 29:637-642, 2006 American Diabetes Association).

**Цель.** Скрининг ішемічної хвороби судин нижніх кінцівок (ІБНК) при допомозі вимірювання ЛПІ у пацієнтів з факторами ризику (ФР).

**Матеріали та методи.** Обстежено 35 пацієнтів (13 чоловіків і 22 жінки) терапевтичного відділення ЦРБ г. Рени, віком від 45 до 80 років, з наявністю ФР розвитку ІБНК (куріння, гіперхолестеринемія (ГХЕ), встановлений діагноз гіпертонічної хвороби (ГБ), ішемічної хвороби серця (ІБС), цукровий діабет (СД) 2 типу). Проведено збір анамнезу, скарги, вимірювання артеріального тиску на верхніх і нижніх кінцівках, розраховано ЛПІ (норма 0,9–1,39); визначено рівень загального холестерину.

**Результати.** Скарги на біль у нижніх кінцівках при ходьбі пред'являли 13 (37,14%) пацієнтів. Зниження ЛПІ < 0,9 було виявлено у 8 (22,86%) пацієнтів (чоловіків — 4, жінок — 4). З них ГБ і/або ІБС, ГХЕ > 5,0 ммоль/л були встановлені у 8 (100%), тютюнопаління — у 6 (75,0%) пацієнтів, СД 2 типу — у 5 (62,5%), а поєднання трьох і більше ФР — у 8 (100%) пацієнтів.

Встановлено I ступінь ІБНК по Фонтейну (ЛПІ 0,8–0,9) у 5 з 8 пацієнтів (62,5%), II (0,7–0,8) — у 1 (12,5%), III (0,5–0,7) — у 2 (25%) пацієнтів.

Повищення ЛПІ > 1,4 виявлено у 1 (2,86%) пацієнта з ГБ, ІБС, ГХЕ і СД 2 типу і скаргами на біль ішемічного характеру в нижніх кінцівках.

**Висновки.** 1. Предварительний діагноз ІБНК за даними ЛПІ встановлено у 22,86% пацієнтів, з них всі мають три і більше фактори ризику. 2. У 17,29% з скаргами на біль у нижніх кінцівках ішемічного характеру ЛПІ був у нормі або підвищений, що потребує верифікації ІБНК з допомогою об'єктивних методів дослідження або пошуку інших причин.

## ВПЛИВ ВЖИВАННЯ КОФЕЇНОВІСНИХ НАПОЇВ НА ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ

Шишман Ю. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Вивчити вплив вживання кофеїновмісних напоїв на показники артеріального тиску (АТ) та частоту серцевих скорочень (ЧСС) студентів старших курсів.

**Матеріали та методи.** Проведено анкетування 196 студентів (60 юнаків і 136 дівчат), віком  $(22,88 \pm 0,14)$  року, виміряні офісний АТ та ЧСС. У залежності від характеру вживання кофеїновмісних напоїв респонденти були розподілені на три групи: I група (n=91) — вживають кофеїновмісний напій у дозі < 150 мг/день кофеїну, II група (n=78) — 150–300 мг/день; III група (n=27) > 300 мг/день.

**Результати.** Регулярно вживають кофеїновмісний напій (каву та/або чай) 176  $(89,80 \pm 2,16)$  % респондентів, з них 126 (71,6%) дівчат і 50 (28,4%) юнаків, середня доза кофеїну —  $(207,70 \pm 9,39)$  мг на добу, стаж —  $(5,43 \pm 0,25)$  року, 44 зі 196 (22,5%) періодично вживають енергетичні напої. Рівень САТ у I групі становив  $(111,87 \pm 1,32)$  мм рт. ст., у II —  $(114,40 \pm 1,34)$  мм рт. ст., у III —  $(117,10 \pm 2,29)$  мм рт. ст. Різниця САТ між I та III групами достовірна ( $p < 0,05$ ). Коефіцієнт кореляції (r) між середньою дозою кофеїну та САТ = 0,12. Рівень ДАТ в I групі становив  $(71,97 \pm 0,97)$  мм рт. ст., у II —  $(73,8 \pm 1,3)$  мм рт. ст., у III —  $(77,0 \pm 1,4)$  мм рт. ст.; різниця ДАТ між I та III групами достовірна ( $p < 0,01$ ); між дозою кофеїну та ДАТ  $r = 0,15$ . Середня ЧСС у I групі —  $(76,1 \pm 1,1)$  уд./хв, у II —  $(77,20 \pm 1,14)$  уд./хв, у III —  $(78,2 \pm 2,4)$  уд./хв; між дозою кофеїну та ЧСС  $r = 0,05$ . У I групі САТ < 99 мм рт. ст. — 18 (19,8%), II — 11 (14,1%), III — 3 (11,1%) студентів.

**Висновки.** 1. Більшість респондентів — 176  $(89,80 \pm 2,16)$  % регулярно вживають кофеїновмісний напій, з них 15,3% — у дозах, що перевищують норму. 2. У групі надмірного споживання кофеїну рівні САТ  $(117,10 \pm 2,29)$  мм рт. ст.) та ДАТ  $(77,0 \pm 1,4)$  мм рт. ст.) достовірно вищі у порівнянні з групою споживання кофеїну нижче регламентованих норм — САТ  $(111,87 \pm 1,32)$  мм рт. ст.;  $p < 0,05$  та ДАТ  $(71,60 \pm 0,97)$  мм рт. ст.;  $p < 0,01$ . 3. Середні рівні САТ і ДАТ у групах незалежно від вживання кофеїну не перевищують норми.

## ЕФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Шкимбов С. Н.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Цереброваскулярные заболевания в Украине и в мире занимают одно из первых мест по распространенности, смертности и инвалидизации.

**Целью** исследования является повышение эффективности ранней реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ) путем применения в комплексном лечении различных вариантов магнитолазеротерапии (МЛТ). Проведено клинико-инструментальное и лабораторное обследование 98 больных, перенесших ИИ в возрасте от 30 до 60 лет, среди которых было 66,2% мужчин и 33,8% женщин, преобладали лица трудоспособного возраста. Клинический диагноз устанавливали согласно Международной классификации болезней X пересмотра. Характер нарушений мозгового кровообращения оценивали с помощью УЗДСГ. Проводили ЭхоКГ, ЭКГ, ЭхоЕГ, ЭЭГ, определяли биохимические показатели (липидограмма, коагулограмма). Первая группа (28 человек) — медикаментозное лечение. Вторая (30 человек) — получала медикаментозную терапию и МЛТ на воротниковую зону. Третья (40 человек) — дополнительно МЛТ по многоуровневой методике резонансной магнитоквантовой терапии (РМКТ).



На основании проведенных клинических, нейрофункциональных, биохимических исследований, оценки качества жизни установлены особенности действия изучавшихся методик МЛТ, установлены патологические механизмы и их влияния у больных, перенесших ИИ: улучшение состояния церебральной гемодинамики; электрогенеза головного мозга; ликвородинамики; липидного обмена, реологических свойств крови, что способствовало регрессу неврологической симптоматики, улучшению когнитивных, интеллектуально-мнестических функций, уменьшению мышечного тонуса, увеличению активных движений и мышечной силы.

Таким образом, предложена конкретная методика РМКТ по многоуровневому воздействию у больных, перенесших ИИ.

### ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Шухтина И. Н.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Хронический запор является важной медико-социальной проблемой вследствие широкой распространенности, а также снижения социальной и двигательной активности пациентов. Этой патологией страдает от 25 до 50 % взрослого трудоспособного населения и от 15 до 35 % детей различных возрастных групп. Известна причинно-следственная связь различных заболеваний желудочно-кишечного тракта и запора.

**Цель.** Определение частоты выявления хронического запора у больных, страдающих хроническим неатрофическим гастритом.

**Материалы и методы.** В исследование включены 75 больных, страдающих хроническим запором в течение 3–29 лет, в возрасте от 39 до 65 лет (в среднем  $(49,70 \pm 1,74)$  года), в том числе мужчин 47 (62,5 %), женщин 28 (37,5 %).

Комплексное обследование включало: пошаговую внутрижелудочную рН-метрию по методике Чернобрового В. Н., эзофагогастродуоденоскопию; двойное тестирование на *Helicobacter Pylori*: тест на уреазную активность и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков.

**Результаты.** При проведении эзофагогастродуоденоскопии у 8 (11,6 %) больных было подтверждено наличие дуоденогастрального рефлюкса с наличием в полости желудка от 30 до 50 мл желчи. При анализе данных гистологических исследований слизистой оболочки желудка у всех больных (100 % случаев) было подтверждено наличие хронического неатрофического гастрита как в активной, так и в неактивной базе различной степени выраженности при отсутствии атрофии эпителия желез средней и тяжелой степени.

При тестировании хеликобактерная инфекция была выявлена в 100 % случаев как в активной, так и в неактивной форме.

**Выводы.** 1. Полученные данные позволяют подтвердить причинно-следственную связь хрони-

ческого неатрофического гастрита и хронического запора. 2. Наличие хронического запора является основанием для комплексного обследования и контролируемого лечения пациентов.

### ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОРЕОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЇХ ФІТОКОРЕКЦІЯ

Коротчук М. О.

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна*

Протягом останніх років значна увага приділяється змінам реологічних властивостей крові у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН), оскільки підвищений атерогенез, тромбогенез порушують киснепереносні властивості крові, що в сукупності прискорює прогресування захворювання.

**Метою** нашого дослідження було вивчити гемореологічні порушення у хворих на ХСН ішемічного генезу та визначити способи їх фітокорекції.

Обстежено 64 особи віком від 45 до 78 років з ХСН. Контрольна група — 24 пацієнти, яким призначали лише базисну терапію. Основна група була розподілена так: хворим підгрупи А (20 пацієнтів) додатково призначали кардіофіт, а підгрупи Б (20 осіб) — хомвіокорин-Н протягом 2 міс. Визначали рівень фібриногену (ФГ), XIII фактора згортання крові, активності антитромбіну III (АТ III), сумарної фібринолітичної активності (СФА), неферментативної (НФА) та ферментативної (ФФА).

У хворих на ХСН II функціонального класу (ФК) гемокоагуляційні розлади були помірними ( $p > 0,05$ ), а ХСН III ФК супроводжувалася підвищенням рівня ФГ крові ( $p < 0,01$ ), зниженням вмісту АТ III на 22,22 %, рівня XIII фактора згортання та СФА за рахунок НФА і ФФА ( $p < 0,05$ ). Після лікування в усіх групах виявили невірогідне зростання АТ III. Рівень XIII фактора згортання вірогідно зріс у контрольній групі лише у хворих на ХСН II ФК ( $p < 0,05$ ), а призначення фітозасобів сприяло покращанню цього показника і за ХСН III ФК. Найкраща динаміка СФА була зареєстрована у пацієнтів за додаткового прийому кардіофіту, коли одночасно урівноважувалися ФФА та НФА ( $p < 0,05$ ).

У хворих на ХСН II–III ФК має місце помірна активація згортальної системи та зниження антикоагуляційних властивостей, а ад'ювантне використання кардіофіту та хомвіокорину-Н сприяє помірній регуляції зазначених розладів.

### ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АВТОІМУННОЇ ПОЛЕНДОКРИНОПАТІЇ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ СИНДРОМУ ШМІДТА

Горовцова М. В., Комкіна М. О.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

**Мета.** Провести аналіз клінічних даних у пацієнта з синдромом Шмідта для поліпшення діагно-



стико-терапевтичних підходів до ведення хворих з цією патологією.

**Завдання.** Визначити можливість компенсації порушень функцій ендокринних залоз при синдромі Шмідта за умови вчасної діагностики та призначення гормонозамісної терапії.

**Матеріали та методи.** Пацієнт з верифікованим діагнозом синдрому Шмідта, комплексне обстеження якого передбачало опитування з аналізом деталізованих скарг, симптоматичне, лабораторне й інструментальне обстеження, дослідження неврологічного статусу.

**Результати.** Пацієнт П., 41 рік, скарги на загальну слабкість, втрату працездатності, погіршення пам'яті та зору, епізодичний головний біль, сонливість, емоційну лабільність. Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості. Будова тіла пропорційна, зріст 168 см, маса 63 кг (ІМТ 23 кг/м<sup>2</sup>). Набряки на обличчі. М'язова система та ПЖК верхніх та нижніх кінцівок гіпотрофовані. Пульс 84 уд./хв, АТ 140/70 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації м'який, здутий. Печінка на 3 см виступає з-під реберної дуги. Патологічних змін інших систем не відмічено. Чутливість на кінцівках дещо знижена. Рефлекси у межах норми; патологічні відсутні.

Відхилення від норми в даних лабораторних та інструментальних досліджень:

— загальний аналіз крові: тромбоцити — 537·10<sup>9</sup>/л, ШОЕ — 29 мм/год;

— загальний аналіз сечі: глюкоза — 60 г/л, лейкоцити — 23 в п/з;

— біохімія крові: сечовина — 10,4 ммоль/л, креатинін — 117 мкмоль/л, холестерин — 8,1 мкмоль/л;

— глюкозуричний профіль: 14:20 — 130 г/л, 20:00 — 15 г/л, 02:18 — 75 г/л;

— кортизол — < 27,6 нмоль/л (зранку — 138–690, ввечері — 69–345);

— тиреотропний гормон (ТSH) — 2,4 мМО/л (0,4–4);

— УЗД ШЗ: права частка — 7,5 см<sup>3</sup>, ліва частка — 7,0 см<sup>3</sup>, перешийок — 0,8 см, незначні дифузні зміни;

— HbA1c — 7,8 %;

— УЗД ОЧП: підшлункова залоза однорідної консистенції, ехогенність помірно знижена.

Пацієнту встановлено діагноз: синдром Шмідта (цукровий діабет 1 типу, тяжка форма з первинною недостатністю кори надниркових залоз тяжкої форми). Проведено лікування:

1. НовоРapid, 6–10–10 Од п/ш.

2. Лантус, 10 Од п/ш ввечері.

3. Кортизолу ацетат, 2 таб. по 50 мг.

4. Преднізолон, 2 таб. по 50 мг (в обід).

5. Ірбесартан, 150 мг 1 р/д зранку.

6. Лерканідипіну хлорид, 10 мг.

Завдяки лікувальним заходам було досягнуто компенсації стану пацієнта з синдромом Шмідта.

**Висновки.** Клінічний випадок демонструє подання кількох ендокринопатій та можливість

компенсації виявлених порушень функцій ендокринних залоз за умови вчасного призначення гормонозамісної терапії. Важливість своєчасної діагностики та регулярного обстеження пацієнтів із синдромом Шмідта зумовлена різними часовими проміжками між маніфестацією першого захворювання та розвитком наступних ендокринопатій. Пацієнти з АПС 2 типу мають бути поінформовані про симптоми захворювань, високий ризик розвитку яких вони мають.

## ОЦІНКА ДЕПРЕСІЇ І ТРИВОГИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Смольянова О. В., Ніколайчик А. М.

*Дніпропетровська медична академія  
МОЗ України, Дніпро, Україна*

**Актуальність.** Рівень депресивних і тривожних станів прогресує. За прогнозами ВООЗ, депресія посідає перше місце серед відомих хвороб до 2020 р., обійшовши лідерів — серцево-судинні та інфекційні захворювання.

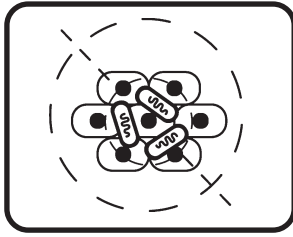
**Мета.** Визначити частоту виявлення депресії, тривоги і рівня стресу серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) похилого та старечого віку.

**Матеріали та методи.** Обстежено 45 пацієнтів, з яких до основної групи включено 28 хворих з діагнозом ГХ (2–3 стадія), віком від 60 до 95 років ((83,00±1,09) року). Контрольна група складалася з 17 нормотензивних пацієнтів, віком від 61 до 77 років ((67,8±0,93) року). У дослідженні проводили оцінку депресії і тривоги за госпітальною шкалою HAD в балах (Zigmond A. S, Snaith R. P., 1983): 0–7 балів — відсутність клінічно виражених симптомів; 8–10 балів — субклінічно виражена тривога або депресія; 11–21 бал — клінічно виражена тривога і депресія. Психологічний статус (рівень стресу) встановлювали за опитувальником Reeder L.: 1–2 бали — високий рівень стресу; 2,01–3 — середній рівень стресу; 3,01–4 — низький рівень стресу.

**Результати.** При дослідженні в основній групі виявлено: клінічний рівень тривоги у 18 % (5 пацієнтів), субклінічний рівень — у 39 % (9 пацієнтів); клінічний рівень депресії у 4 % (1 пацієнт), субклінічний — у 29 % (8 пацієнтів); високий рівень стресу — у 29 % (8 пацієнтів), середній — у 57 % (16 пацієнтів).

При дослідженні обстежуваних контрольної групи виявлено: клінічний рівень тривоги у 6 % (1 пацієнт), субклінічний рівень — 24 % (4 пацієнти); субклінічний рівень депресії у 6 % (1 пацієнт); високий рівень стресу у 25 % (4 пацієнти), середній — 35 % (6 пацієнтів).

**Висновок.** Рівень субклінічно та клінічно вираженої тривоги та депресії в основній групі вищий, ніж у контрольній. У всіх пацієнтів, що входили до дослідження, рівень тривоги збільшений в порівнянні з рівнем депресії.



## СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ, ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Секция инфекционных,  
кожно-венерических болезней и туберкулеза

Section of Infectious,  
Dermatovenerologic Diseases and Tuberculosis

### СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ БЦЖ-УСКЛАДНЕНЬ І СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ В ПІСЛЯВАКЦИНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Омельян Л. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** В умовах високої захворюваності на туберкульоз дітей в Одеському регіоні великого значення набуває проведення БЦЖ-вакцинації, але у 0,004–2,5 % щеплених діагностуються БЦЖ-ускладнення.

**Мета.** Розробити спосіб прогнозування БЦЖ-ускладнень та стану імунної системи у дітей в післявакцинальному періоді.

**Методи дослідження.** Для дослідження стану імунної системи у дітей в післявакцинальному періоді проведено всебічний аналіз показників загального аналізу крові 80 дітей першого року життя після вакцинації БЦЖ, що перебували на лікуванні в КУ «ОДКЛ» протягом 2011–2016 рр.

**Результати.** При обчисленні індексу співвідношення лімфоцитів і моноцитів встановлено, що у більшості дітей (78,6 %) він знижувався і лише у 14,3 % випадків був підвищеним, що свідчило про пригнічення макрофагальної ланки імунної системи в дітей після вакцинації. Індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів, який відображає співвідношення неспецифічного і специфічного захисту організму, в 96,5 % дітей знижувався, це підтверджувало зростання активності специфічної ланки імунітету. Пригнічення ефекторної ланки імунної відповіді пояснювалося підвищенням індексу співвідношення лімфоцитів і моноцитів у 64,3 % випадків. Тенденція до зростання індексу співвідношення лімфоцитів та еозинофілів (85,7 %) дозволила зробити висновок про перевагу в даній групі дітей реакції гіперчутливості уповільненого типу. Підвищення індексу імунореактивності в 56,6 % випадків зі зміщенням у бік лімфоцитів указувало про дисбаланс функціонального стану імунної системи.

**Висновок.** Отже, отримані дані дозволяють стверджувати про наявність порушень стану імунітету у вакцинованих дітей, що, у свою чергу, на-

дасть можливість своєчасно застосовувати імунорегулювальні засоби, які будуть спрямовані саме на порушену ланку імунної системи.

### СПАЛАХ КОРУ В ОДЕСІ — НАСЛІДКИ НАШИХ ПОМИЛОК

Белінський П. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Дослідити частоту виникнення та структуру ускладнень у хворих на кір та розглянути причини смертності хворих.

3 квітня 2017 р. в Україні відмічається невинний ріст захворюваності на кір. Станом на 01.12.2017 р. у КУ «ОМКІЛ» було госпіталізовано 766 хворих, з них 499 (65,1 %) дітей, 267 (34,8 %) дорослих. На основі попереднього аналізу захворюваності на кір відмічено, що ускладнення і сьогодні залишаються поширеним явищем, а втім це було завжди притаманно кору. Як відомо, етіотропна терапія цього захворювання відсутня. Тому єдиним впливовим засобом профілактики кору і його ускладнень, а головне смертності — є щеплення.

Щеплення проти кору в світі розпочаті з 60-х років ХХ ст. і переваги від цього очевидні: в країнах, що проводили цю програму, захворюваність та смертність від кору були значно знижені.

У зв'язку з тим, що не всі країни світу дотримуються вимоги ВООЗ із досягнення рівня охоплення населення щепленнями проти кору > 90 %, то навіть в країнах з високим рівнем вакцинації проти кору не виключаються завісні випадки даного захворювання. Показова ситуація в Білорусі, де рівень щеплень з початку 2000-х років сягав > 98 %, але за період 2001–2003 рр. зареєстровано 14 випадків кору. Методами генетичної ідентифікації було доведено «привнесення» збудника на територію Білорусі зовні.

Підйом захворюваності на кір, профілактика якої на державному рівні забезпечується вакцинацією згідно з Національним календарем профілактичних щеплень, пов'язаний з недотриманням наказу МОЗ України від 11.08.2014 р.

Станом на 28.12.2017 р. від кору в КУ «ОМКІЛ» померло 2 дорослих хворих і одна дитина.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТРОПІЧНОЇ ТА МІКСТ-МАЛЯРІЇ

Заковенко А. С., Дубонос-Левицький М. К.  
Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Малярія — група інфекційних захворювань, що викликані малярійними плазмодіями, які передаються людині при укусах малярійних комарів роду *Anopheles*. Часто зустрічається комбінована форма, спричинена *Pl. falciparum* та *Pl. ovale*.

**Мета.** Провести аналіз історій хворих на тропічну і мікст-малярію, що перебували на лікуванні в КУ «Одеська міська інфекційна лікарня» у період 2013–2017 рр. Усього було проаналізовано 26 історій хвороб. Серед них 14 (53,8 %) з мікст-малярією. Усі хворі — чоловіки віком від 23 до 54 років. У 7 (26,9 %) пацієнтів перебіг захворювання було визначено як тяжкий. Середній час перебування в лікарні становив 9,5 доби. Хворі зверталися до стаціонару у середньому на 6,5 добу, 4 (15,3 %) хворих отримували мефлохін, 8 (30,7 %) хворих — хінін, а 11 (42,3 %) — мефлохін і хінін одночасно. Ще 3 (11,5 %) хворим призначали інші комбінації ліків: 1 — артезунат, 1 — хінін та артезунат, 1 — хінін та доксициклін. У 4 (15,38 %) пацієнтів відзначали гепатоспленомегалію, підвищення активності амінотрансфераз та загального білірубіну переважно за рахунок непрямой фракції, що супроводжувалось жовтяницею та холірурією. У 2 хворих з мікст-малярією діагностовано церебральну малярію, прекому, з них у 1 хворого — розрив селезінки. Тривалість гарячки в середньому не перевищувала 9,5 доби, а при мікст-малярії тривала на 1,5 доби довше. Таким чином, мікст-інфекція *Pl. falciparum* та *Pl. ovale* призводить до більш тяжкого перебігу захворювання, супроводжується більш тривалою гарячкою, ефективно піддається лікуванню хініном та мефлохіном за умови їх комбінації, що підтверджено клінічно (нормалізація температури, зниження жовтяниці) та лабораторно (зникнення збудника з крові в середньому на 3-й день лікування, нормалізація активності трансаміназ до 7-го дня перебування у стаціонарі, при мікст-малярії — до 9-го дня).

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗАЦЕА

Іванова М. О.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Недоведеність етіопатогенезу, велика кількість факторів, що провокують безперервно-рецидивний розвиток розацеа, локалізація в центрі обличчя, ураження працездатних осіб свідчать про актуальність цієї проблеми.

**Мета.** Вивчити особливості клініко-лабораторних даних у пацієнтів з розацеа.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз анамнезу, даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження 28 стаціонарних хворих

у віці від 31 до 66 років, усі пацієнти жіночої статі, з різними клінічними формами розацеа, які перебували на лікуванні в КУ «Одеський обласний шкірно-венерологічний диспансер» протягом 2 років. Первинні ознаки та симптоми розацеа (короткочасна або тривала еритема, папули, пустули, телеангіектазія) оцінювались за ступенем вираженості від 0 до 3 балів (відсутні, легкі, середні або тяжкі), вторинні ознаки (печіння, свербіж, лущення шкіри, м'який набряк, очні прояви, фіброматоз) класифіковані як присутні або відсутні (на підставі рекомендацій Національного товариства розацеа, 2004 р.).

**Результати.** Виявлено 8 пацієнтів зі стероїдною формою розацеа, 20 — з папуло-пустульозною. Первинні ознаки мали всі пацієнти; ступінь їх вираженості «1» мали 4 (14,3 %) особи, «2» — 18 (64,3 %) осіб, «3» — 6 (21,4 %) осіб. Вторинні ознаки були у всіх пацієнтів. Супровідні захворювання мали 12 (42,8 %) осіб, з них: 8 (28,5 %) осіб — патологію ШКТ; 4 (14,3 %) особи — цукровий діабет 2 типу. Атопічний дерматит діагностовано 6 (21,4 %) осіб, у 3 (10,7 %) осіб — демодекоз. Виявлені різнонаправлені зміни в імунограмі: підвищення у 18 (64,3 %) осіб — IgA, у 20 (71,4 %) осіб — IgM, у 26 (92,8 %) осіб — IgG, у 16 (57,14 %) осіб — Тхелп, у 16 (57,14 %) осіб — ЦІК (315 нм); зниження у 22 (78,6 %) осіб — Тсуп., у 20 (71,4 %) осіб — показників фагоцитозу.

**Висновок.** Пацієнти з розацеа мають різноманітні клініко-лабораторні особливості, що свідчить про мультифакторіальний патогенез захворювання і необхідність його подальшого вивчення.

## ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ВІРУСУ КОРУ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ

Крюкова Г. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Перебіг кору супроводжується високим відсотком дитячої смертності у ранньому віці. За статистикою ВООЗ, у 2015 р. від кору в світі померло більше 134 тис. людей, більшість з них — діти до п'яти років.

**Мета.** Проаналізувати сучасний стан захворюваності на кір населення, що мешкає у Одеському регіоні, та провести порівняльну характеристику із захворюваністю за попередні роки.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз звітних матеріалів Державної установи «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України» у період з 2010 по 2017 рр. щодо захворюваності на кір (форми 1, 2).

**Результати.** У 2017 р. зареєстровано епідемічний підйом захворюваності на кір, найбільший за останні роки (730 випадків), у порівнянні з 2013 р. (58 випадків), коли також реєструвався підйом захворюваності. Протягом 2010–2017 рр. в Одеському регіоні на кір захворіло 829 осіб, з яких 545 (65,75 %) дітей та 284 (34,25 %) дорослих. Серед



дітей, що захворіли, віком від 1 до 4 років, усього зареєстровано 275 (50,05 %) хворих, віком 5–9 років — 142 (26,06 %) особи, у групі 10–14 — 39 (7,15 %) осіб; 15–17 років — 27 (4,95 %) осіб.

**Висновки.** Епідемічний процес кору на сучасному етапі характеризується залученням переважно дітей молодшої вікової групи — від 1 до 9 років. Водночас визначається тенденція до «подорослішання» цього захворювання, третю частину захворілих становили дорослі. Для покращання епідемічної ситуації щодо кору найважливішим аспектом є відновлення повноцінної вакцинальної кампанії та створення серед населення достатньо-го імунного «прошарку».

### КАРТОГРАФУВАННЯ ПРИРОДНИХ ОСЕРЕДКІВ ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ТЕРИТОРІЇ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Мельник О. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Епідемічний процес лептоспірозу в Україні має постійний перебіг, випадки захворювання реєструються на ендемічних територіях постійно. Протягом 2010–2015 рр. в усіх регіонах країни усього зареєстровано 2392 випадки захворювання.

**Мета.** Вивчити інтенсивність епідемічного процесу лептоспірозу в ендемічних районах Одеської області за допомогою методу картографування.

**Матеріали та методи.** Проведено епідеміологічний аналіз 254 зареєстрованих випадків лептоспірозу за даними галузевої статистичної звітності Одеської області за період 2000–2015 рр.

**Результати.** Протягом 2000–2015 рр. в Одеській області зареєстровано 254 випадки лептоспірозу, середньорічний показник становив  $0,68 \pm 0,03$  на 100 тис. населення. Аналіз територіального розподілу випадків лептоспірозу показав, що середньорічний показник в Савранському районі —  $16,79 \pm 0,07$  з року в рік вірогідно ( $t=3,4$ ;  $p \leq 0,005$ ) перевищує такий як по області в цілому, так і за окремо взятими районами. Так, найближчим за рівнем захворюваності є Любашівський район —  $4,14 \pm 0,10$ , по Одесі він становив  $0,45$  на 100 тис. населення. У 2008–2015 рр. інтенсивність епідемічного процесу підтримувалася як за рахунок сільського (54,90 %), так і міського населення (45,10 %). Усі захворілі діти мешкали у сільській місцевості, захворілі дорослі — порівну в селі та в місті. За період 2009–2015 рр. в Одеській області захворіло 6 дітей, 5 із них мешкають в Савранському районі.

**Висновок.** Савранський район Одеської області — високоендемічний щодо лептоспірозу. Інтенсивність епідемічного процесу підтримується сприятливими умовами мешкання для гризунів, завдяки функціонуванню місцевих природних ландшафтів, особливостям протікання та формування русел річок Савранка і Яланець (сmt Саврань, села: Осичка, Концеба, Байбузівка, Кам'яне).

### ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ПІВДНІ УКРАЇНИ

Молдованова О. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** За даними ВООЗ, туберкульоз є глобальною світовою проблемою. Щороку від туберкульозу помирає значно більше осіб, ніж від усіх інфекційних і паразитарних захворювань разом. Кількість хворих на туберкульоз нараховує близько 60 млн, з них 10 млн — з відкритою формою захворювання.

**Мета.** Проаналізувати епідемічну ситуацію щодо туберкульозу в Одесі за період 2010–2017 рр.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз звітних матеріалів ДУ «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України» за період з 2010 по 2017 рр. (за 9 міс.) щодо захворюваності на туберкульоз (форми 1, 2).

**Результати.** Встановлено, що поширеність туберкульозу серед населення Одеси посідає провідне місце з-поміж інших інфекційних захворювань. Протягом періоду, що аналізувався, відбувалося постійне зростання захворюваності, з темпом приросту близько 19 % щороку. Найвищий рівень захворюваності зареєстровано у 2016 р. — 126,30 на 100 тис. населення, серед дітей до 17 років — 12,58. У період з 2010 по 2017 рр. щороку реєструвалося 2–3 нових випадки серед дітей віком від 1 до 4 років.

Аналіз середнього вікового розподілу захворюваності свідчить, що на туберкульоз переважно хворіють дорослі —  $(97,92 \pm 0,50)$  %, діти —  $(2,08 \pm 0,30)$  %.

**Висновок.** Визначається висока інтенсивність епідемічного процесу туберкульозу в Одесі. На туберкульоз переважно хворіють дорослі. Почастішали випадки захворювань серед дітей вікової групи від 1 до 4 років.

### СУЧАСНИЙ ЕПІДЕМІЧНИЙ ПРОЦЕС ГЕПАТИТУ С НА ПРИКЛАДІ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Прілепова Н. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** За даними ВООЗ, у 2015 р. в світі було зареєстровано 1,75 млн випадків інфікування гепатитом С (ГС). За офіційними даними, в Україні близько 3,5 млн людей інфіковано вірусом ГС, що становить до 8,6 % населення. У осіб з хронічним перебігом інфекції ризик цирозу печінки становить від 15 до 30 % в залежності від стажу ГС.

**Мета.** Проаналізувати особливості епідемічного процесу ГС на сучасному етапі серед населення Одеської області.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз звітних матеріалів ДУ «Одеський обласний лабо-



раторий центр МОЗ України» за період з 2010 по 2017 рр. щодо захворюваності на ГС (форми 1, 2).

**Результати.** У 2011 р. зареєстровано найбільший рівень захворюваності на ГС (2,38 на 100 тис. населення), найменший рівень — у 2017 р. (0,76 на 100 тис. населення). Усього за проаналізований період в Одеському регіоні на ГС захворіло 282 особи, з яких 154 (1,87 на 100 тис. населення) — мешканці Одеси, 15 осіб (2,7 на 100 тис. населення) — мешканці Білгород-Дністровського, 9 (2,2 на 100 тис. населення) — мешканці Ізмаїла, 16 (4,5 на 100 тис. населення) — мешканці Чорноморська, 2 (3,75 на 100 тис. населення) — мешканці Южного, сільська місцевість області — 83 (7,14 на 100 тис. населення).

**Висновки.** Згідно з отриманими результатами, поширеність ГС серед сільських жителів вірогідно вища, що пов'язано з об'єктивною реєстрацією захворюваності та неможливістю обслуговування населення в приватних медичних закладах, що є доступним для мешканців міст.

## СТИГМА І ДИСКРИМІНАЦІЯ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Гриценко Я. І., Козішкурт А. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Проблема стигми і дискримінації була та залишається однією з основних труднощів у боротьбі з ВІЛ-інфекцією з самого початку епідемії, викликаної вірусом імунодефіциту людини.

**Мета.** Визначити стан інформованості студентів ВНЗ Одеси щодо шляхів передачі ВІЛ та проаналізувати рівень типологічної толерантності молоді до ВІЛ-інфікованих осіб.

**Матеріали та методи.** Епідеміологічний аналіз результатів онлайн-опитування 67 студентів ОНМедУ, ОНУ ім. І. І. Мечникова, ПНПУ ім. К. Д. Ушинського та ОДАУ віком від 17 до 20 років з використанням статистичних та аналітичних матеріалів.

**Результати.** Серед опитуваних 10,4 % мали в своєму оточенні ВІЛ-інфікованих осіб. Зі 100 % опитуваних 74,6 % студентів ставляться до ВІЛ-інфікованих осіб без осуду. Щодо інформованості про шляхи передачі ВІЛ, то найбільша кількість студентів обрали такі варіанти: 98,5 % — статевим шляхом, 79,1 % — через засоби особистої гігієни, 67,2 % — від матері до дитини. На питання про людей, які хворіють на ВІЛ/СНІД, опитовані студенти у такій кількості обрали варіанти: 79,1 % — особи з безладними статевими зв'язками, 73,1 % — наркомани, 29,9 % — будь-яка людина, 14,9 % — молодь.

**Висновки.** Таким чином, за результатами опитування рівень стигматизації щодо ВІЛ-інфікованих людей серед студентів ВНЗ Одеси невисокий (блок типологічної толерантності). Оцінка опитування щодо основних шляхів передачі ВІЛ-інфекції продемонструвала цілком задовільну обізнаність.

## АНАЛІЗ СМЕРТНОСТІ ВІД ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ІНФЕКЦІЙНОГО СТАЦІОНАРУ

Сосна Г. П.

*Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького, Львів, Україна*

**Актуальність.** Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні характеризується, зокрема, прогресуючим зростанням смертності (станом на 01.11.2017 р. темп приросту, порівняно з 2016 р., становив + 6,9 %).

**Мета.** Вивчити структуру летальних випадків серед людей, що живуть з ВІЛ, за даними інфекційного стаціонару.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого та протоколів патологоанатомічного дослідження пацієнтів Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні з діагнозом «ВІЛ-інфекція» протягом 2013–2017 рр.

**Результати.** За аналізований період зареєстровано 35 летальних випадків (показник летальності від ВІЛ-інфекції по стаціонару — 15,6 %). Структура захворювань, які стали причинами смерті була такою: 15 (42,9 %) — токсоплазмозний менінгоенцефаліт; 4 (11,4 %) — туберкульоз; 3 (8,6 %) — генералізований гістоплазмоз; по 2 (5,7 %) — генералізований криптококоз, мікст-менінгоенцефаліт (*Cryptococcus* + *Candida*) та злоякісні новоутворення; по 1 (2,9 %) — мікст-менінгоенцефаліт (*Toxoplasma* + *Candida*, *Toxoplasma* + *CMV*, *Toxoplasma* + *Mycobacterium*), мультифокальна лейкоенцефалопатія, пневмоцистна пневмонія, генералізований кандидоз та рецидивний септичний ендокардит.

Безпосередньою причиною смерті у більшості випадків (85,7 %) був набряк-набухання головного мозку.

**Висновок.** У дослідженні виявлено, що основною причиною смерті були токсоплазмозний менінгоенцефаліт, туберкульоз та мікст-інфекції, також виявлено захворювання (гістоплазмоз, криптококоз), які досі вважалися не характерними для даного регіону.

## РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ДІТЕЙ З ВОГНИЩ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Шеремета Я. М.

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

Особливістю поширеності туберкульозу в Україні є зростання кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ). Негативна тенденція щодо збільшення кількості випадків МРТБ свідчить про недостатню ефективність заходів протидії епідемії туберкульозу. Негативна тенденція щодо поширеності туберкульозу спостерігається також серед дітей. Діти віком до 5 років мають високий ризик розвитку захворювання після контакту з хворим на туберкульоз. В Україні діти, які контактують із випадками МРТБ, не отримують профілактичного лікування, лише перебувають на

диспансерному обліку протягом 2 років у дитячого фтизіатра.

**Мета.** Ретроспективно оцінити випадки контакту з МРТБ серед дітей, зареєстрованих у Київській міській дитячій клінічній туберкульозній лікарні протягом 2011–2015 рр. В результаті було виявлено 99 дітей, що знаходилися на диспансерному обліку з приводу тубконтакту з хворим на МРТБ. Було відмічено зростання кількості зафіксованих випадків контакту з МРТБ, з 6 у 2011 р. до 44 у 2015 р. У 19 дітей було діагностовано туберкульоз легень. Серед них: 12 (63 %) дітей були молодше 5 років, 11 (58 %) дітей були вакциновані БЦЖ, 2 (10 %) дітей мали мікробіологічне підтвердження МРТБ, 17 дітей лікувалися на основі тесту медикаментозної чутливості контактного хворого, 3 (16 %) дитини були зараховані до категорії туберкульозу з розширеною медикаментозною резистентністю.

**Результати.** Майже 20 % дітей, які перебували у контакті з хворими на МРТБ, захворіли на туберкульоз. Висока захворюваність свідчить про необхідність перегляду рекомендацій щодо проведення превентивного лікування дітей, які перебувають у вогнищах мультирезистентного туберкульозу в Україні.

## ГЕНДЕРНІ І ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В УКРАЇНІ

Резнік М. А., Гуляев О. В., Овчаренко І. А.

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Актуальність.** Сьогодні туберкульоз залишається величезною проблемою в Україні та світі. У 2013 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) внесла захворювання на туберкульоз в число 10 провідних причин смертності у світі. У 2015 р. ВООЗ прийняла Стратегію з ліквідації туберкульозу, яка закликає до 2030 р. скоротити кількість випадків смерті від туберкульозу на 90 % і показник захворюваності на туберкульоз на 80 % порівняно з 2015 р. Чоловіки і жінки по-різному схильні до захворювання на туберкульоз. За даними ВООЗ, коефіцієнт співвідношення чоловічої захворюваності до жіночої в різних країнах варіюється від 1,0 до 3,1.

**Мета.** Аналіз гендерних особливостей у хворих на туберкульоз легень в Україні.

**Результати.** Нами було вивчено статистичні дані про захворюваність на туберкульоз легень і смертність за 2006–2016 рр. Серед хворих, у яких вперше був виявлений туберкульоз, переважали пацієнти вікової групи 25–55 років: серед чоловіків (73 %), серед жінок (65 %). За даними 2006–2016 рр., коефіцієнт співвідношення захворюва-

ності (нові випадки та рецидиви) чоловіків і жінок у середньому становив  $2,37 \pm 0,13$ . За 2006–2016 рр. чоловіки перевищують жінок за кількістю померлих від туберкульозу в середньому в  $(4,65 \pm 0,35)$  разу. Причинами більш високих показників реєстрації туберкульозу можуть бути частіші контакти з джерелами захворювання, наприклад, за даними 2012 р., серед хворих на туберкульоз, які перебувають в місцях позбавлення волі, чоловіки становлять 65 %, жінки — 35 %.

**Висновки.** Проведений аналіз статистичних даних захворюваності та смертності від туберкульозу легень в Україні за 2006–2016 рр. показав, що гендерні та вікові особливості відіграють важливу роль у розвитку туберкульозного процесу.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВТОРИЧНЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Колесник А. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

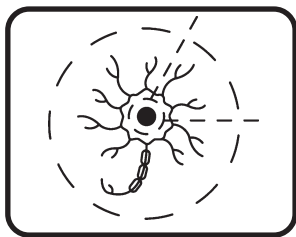
**Актуальность.** По данным ВОЗ, в 2010 г. в мире зарегистрировано примерно 86 000 случаев заболевания менингитом, из которых 70 % — вторичные гнойные менингиты. Масштабное использование нерациональной антибиотикотерапии привело к тому, что на первое место выступают латентные, молниеносные формы и микст-инфекции, что делает затруднительными своевременную диагностику и лечение.

**Цель.** Изучение этиологической структуры вторичных гнойных менингитов по данным КУ «Одесская городская клиническая инфекционная больница» (ОГКИБ), особенности их диагностики и лечения.

**Материалы и методы.** При проведении исследований использовали данные медицинских карт 180 больных, находящихся на лечении в ОГКИБ за период с 2014 по 2017 гг.

**Результаты.** При обследовании 180 пациентов с предварительным диагнозом менингит, у 98 ( $54,4 \pm 3,7$ ) % был выявлен вторичный гнойный менингит. В структуре вторичных гнойных менингитов: неясной этиологии ( $39,8 \pm 4,9$ ) %, криптококки ( $23,5 \pm 4,2$ ) %, *Haemophilus influenzae* ( $16,3 \pm 3,7$ ) %, *Streptococcus pneumoniae* ( $15,3 \pm 3,6$ ) %, *Staphylococcus aureus* ( $3,1 \pm 4,6$ ) %, грамотрицательные палочки ( $2 \pm 4$ ) %.

**Вывод.** Особенностью диагностики таких больных стало более тщательное системное обследование, акцентирование анамнестических данных, а также иммунологические исследования. Особенностью терапии — санация первичных очагов инфекции, широкая этиотропная терапия, лечение церебральных и экстрацеребральных осложнений.



## СЕКЦІЯ НЕЙРОНАУК

Секція нейронаук

Section of Neuroscience

---

### ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ТРИВОЖНОГО СПЕКТРА В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Хань М. Ю.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Відмічено збільшення тривожних розладів у популяції до 17 % усіх психічних захворювань. Серед невротичних розладів переважають тривожні, зокрема з панічними атаками. Панічні атаки як вторинні психічні прояви спостерігаються у преморбіді шизофренії, при деяких гормональних захворюваннях. Хворі на вказані розлади звертаються не до психіатрів, а до сімейних лікарів або неврологів. Це обґрунтовує завдання розробки додаткових критеріїв диференційної діагностики тривожних розладів з симптоматикою панічних атак залежно від їх первинної природи. Дослідження проводилось на базі клініки ОНМедУ. Досліджено 42 хворих, які звернулись до консультативного кабінету з приводу панічних атак. З них 18 чоловіків і 24 жінки у віці 19–43 роки. Розподіл за віком не залежав від статі.

Застосовано такі **методи дослідження**: амнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, а також тести: Басса — Даркі, Шмішека, Плутчика, тест гумористичних фраз, Спілбергера, Торонтський алекситимічний тест. З метою вивчення когнітивних функцій було використано метод «Піктограми». Усіх хворих розділили на дві групи. До першої увійшли 13 хворих, у яких за «Піктограмою» виявлено мнестичні порушення — дефіцит пам'яті та невідповідність піктографічних образів до загальноприйнятих стандартів. До другої групи включили 29 хворих, у яких за «Піктограмою», а також виходячи з анамнезу та типовості клініко-психопатологічних проявів панічних атак, діагностовано тривожний розлад у вигляді панічного або генералізованого. Для першої групи характерно виникнення панічних атак без чіткого зв'язку з психотравматичними подіями. Усі панічні атаки носили протрагований характер та супроводжувались химерними захисними ритуалами.

З усіх методів психодіагностики найбільш цінним для розпізнавання первинного або вторинного панічного розладу є «Піктограма». Вона дає можливість виявити не тільки порушення пам'яті та уваги, але й оцінити адекватність процесу мислення у хворого.

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ВМІСТОМ ІОНІВ МЕТАЛІВ У КРОВІ, АДАПТАЦІЙНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ХВОРИХ І ХАРАКТЕРОМ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Бабенко Н. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні, незважаючи на велику кількість досліджень патогенезу шизофренії, єдиного механізму її розвитку не встановлено. Однак підтверджено, що порушення синтезу дофаміну є ланкою патологічного процесу. Одним із ферментів синтезу дофаміну виступає тирозиназа, кофактор якої купрум. Водночас спадкова хвороба Вільсона — Коновалова, зумовлена порушенням обміну міді в організмі, супроводжується клінікою деяких психопатологічних симптомів і синдромів.

**Метою** дослідження була перевірка гіпотези зумовленого надлишком міді нейродегенеративного механізму патогенезу афективних порушень.

Всього обстежено 16 хворих, які вперше звернулись до клініки медичного університету з приводу різних непсихотичних та психотичних психічних порушень. Контрольну групу утворили 16 хворих без клінічних проявів психічних порушень. Було проведено загальне клінічне, психодіагностичне дослідження та вивчення вмісту заліза, кобальта і міді в крові хворих, що звернулись.

Виявлено, що рівень кобальту та заліза в обох групах суттєво не відрізнявся і відповідав середній статистичній нормі. Рівень міді був вищим за норму даної лабораторії у 9 хворих основної та 2 хворих контрольної групи.

**Висновок.** Рівень міді може відігравати певну роль у патогенезі психічних розладів та потребує подальшого дослідження.

## **СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ЖІНОК В УМОВАХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ ЯК ПРОВІДНИЙ ЧИННИК НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ**

**Бондаренко А. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** В сучасних соціальних умовах, коли спостерігається маргіналізація жінок, засуджених до відбування покарання з позбавленням волі, у більшості з них відзначається поганий стан психічного і фізичного здоров'я. Це негативно відбивається на процесі адаптації та сприяє зростанню поведінкових порушень у даного контингенту.

**Мета.** Виявлення коморбідних факторів ризику розвитку у жінок в місцях позбавлення волі психічних і поведінкових порушень. Завданням дослідження було встановлення зв'язку різних психічних і поведінкових розладів з проявами явної декомпенсації, що порушує соціальну і трудову адаптацію засуджених, із загостренням найбільш поширених у даного контингенту хронічних захворювань (туберкульоз легенів, гіпертонічна хвороба, захворювання шлунково-кишкового тракту, гінекологічні захворювання).

Обстежено 32 жінки з грубим порушенням поведінки, що спричинило дисциплінарні покарання (ДІЗО, ПКТ), та 29 жінок з адаптивною поведінкою. Психічні порушення можна трактувати як гостру реакцію на стрес або розлад адаптації (поведінковий варіант). Застосовано як безпосередньо клінічне спостереження, так і психодіагностичні методи: опитувальник базових симптомів, Торонтська алекситимічна шкала, рівень тривоги за шкалою Спілбергера — Ханіна, тест гумористичних фраз, опитувальник Плутчик — Келлерман — Конте, тип особистості за Шмішеком, рівень агресивності за Бассом — Даркі.

**Результати.** Під час поглибленого клінічного дослідження стану здоров'я даного контингенту виявлено хронічні захворювання соматичної сфери, з приводу яких засуджені постійно зверталися до медичної частини колонії, вимагаючи звільнення від роботи та потребуючи інтенсивного лікування. Відповідно до методів психодіагностики застосованих у дослідженні, виявлено: ознаки глибокої особистісної дезорганізації з підвищенням рівня тривоги та агресивності. Серед соматичних захворювань, які призводили до грубих поведінкових порушень, переважали туберкульоз легенів, гіпертонічна хвороба, захворювання шлунково-кишкового тракту та різні гінекологічні захворювання. Було проведено порівняння з контрольною групою без виражених поведінкових порушень, добре адаптованих в умовах пенітенціарної установи. У таких досліджених достовірно рідше трап-

лялися зазначені вище захворювання, середня кількість відвідувань медичної частини протягом року була достовірно нижчою.

Отже, своєчасне виявлення і повне лікування соматичних захворювань у жінок у місцях позбавлення волі приводить до зниження кількості конфліктів у колективі засуджених та з адміністрацією колонії, що сприяє поліпшенню загального клімату в даних закладах, оптимізації умов процесу виправлення.

## **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНІВ В УМОВАХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ**

**Пахмурна В. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Туберкульоз легенів (ТЛ) є вкрай актуальною проблемою сьогодення, особливо, у закладах пенітенціарної системи. Лікування має бути комплексним, спрямованим не тільки на боротьбу з інфекцією, але і впливати на вторинні прояви психопатичного та псевдоневротичного реєстрів.

**Мета.** Розробка адекватної моделі психотерапевтичного супроводу лікування ТЛ у місцях позбавлення волі.

Дослідження проводилось на базі двох пенітенціарних закладів — виправної колонії для жінок та виправної колонії для чоловіків, вперше засуджених до відбування покарання в умовах позбавлення волі. Сформовано 4 групи — дві основні та дві контрольні. До першої увійшли засуджені жінки, хворі на ТЛ (52 особи), до другої — засуджені чоловіки, хворі на ТЛ (53 особи), третю групу утворили 54 засуджені жінки без ознак ТЛ або інших тяжких захворювань, четверту — 53 практично здорові чоловіки, які також перебували у місцях позбавлення волі. Критерієм включення до дослідження було захворювання або рецидив раніше діагностованого ТЛ.

Хворі з вперше виявленим ТЛ схильні до патологічних реакцій, причому жінки — за гомонимним, а чоловіки частіше за гетеронимним типом. Вони потребують психотерапевтичної корекції і додаткової — психотропними засобами.

З метою винайти найбільш ефективний спосіб психотерапевтичної корекції, хворих першої та другої груп розбито на дві підгрупи (ПГ1 та ПГ2 — по 26 жінок з ТЛ; ПГ3 і ПГ4 — відповідно 25 та 28 чоловіків з ТЛ). У ПГ1 і ПГ3 проводилась короткофокусна психодинамічна психотерапія, у ПГ2 і ПГ4 — когнітивно-поведінкова психотерапія. Оцінка ефективності здійснювалась за даними самозвітів хворих та на підставі повторного психодіагностичного обстеження. Найкращі результати психотерапевтичної корекції порушень поведінки у хворих на ТЛ досягнуто у ПГ1 і ПГ4, тобто жінкам є показаною психодинамічна психотерапія, чоловікам — когнітивно-поведінкова.



## НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПОРУШЕННЯ У ЧОЛОВІКІВ В УМОВАХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ ЯК МАРКЕР СОМАТИЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

Григор'єва А. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

В сучасних умовах засуджені до позбавлення волі чоловіки відбувають покарання в пенітенціарних установах, в яких провідна роль належить не лише поліпшенню самоорганізації та загально-психологічного клімату у колективах засуджених, а й збереженню їх психічного і соматичного здоров'я. Є багато свідчень тому, що протягом останніх десятиріч стан фізичного здоров'я засуджених помітно погіршився.

**Метою** даного дослідження було виявлення взаємозв'язку між порушеннями поведінки та соматичними захворюваннями у чоловіків у місцях позбавлення волі. Було обстежено 25 чоловіків, поведінка яких суттєво виходила за межі адаптивної та розглядалася як розлад адаптації або декомпенсація психопатичних рис особистості. Це спонукало адміністрацію колонії застосовувати до них такі методи особливого впливу, як доправлення до дисциплінарного ізолятора або приміщення камерного типу.

Під час роботи були використані такі методи дослідження, як анамнестичний, тести на тривожність, агресивність, рівень невротизації та психопатизації, а також тест на визначення типу психологічного захисту в конфлікті. При обстеженні вищезазначеного контингенту порушників дисципліни у 18 з 25 чоловіків виявлено різного ступеня тяжкості соматичні захворювання, з приводу яких вони не зверталися до медичної частини. Серед цих захворювань: туберкульоз, захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразкова хвороба), ХОЗЛ і шкірні хвороби інфекційного та неінфекційного генезу. Відміна тимчасового покарання та проведення інтенсивної терапії виявлених захворювань в умовах медичної частини приводили до нормалізації поведінки. Таким чином, сама по собі дезадаптація та конфліктна поведінка серед засуджених не завжди є наслідком міжособистісних протиріч у мікросоціальних групах, а можуть бути маркером соматичного неблагополуччя і потребують ретельного медичного обстеження та лікування виявлених соматичних захворювань.

## ФУНКЦІЯ НЕОЛОГИЗМА В РЕЧІ ПСИХОТИЧЕСКОГО СУБ'ЄКТА

Шварцман И. Б.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Возросший интерес к клинике психозов со стороны как психиатров, так и психологов демонстрирует необходимость качественно иного подхода в понимании природы психозов, с опорой на

принципы психоаналитического (Ж. Лакан, З. Фрейд) и проблемно-символического (И. Е. Винов) подходов.

Вопросы, которые актуальны в клинике психозов и через которые можно подобраться к психическому субъекту как таковому: 1) отношение между означающим и означаемым; 2) отношение субъекта к означающему; 3) механизм, специфичный для психоза. Лакан обращается к теории знака Ф. де Соссюра «означающее» и «означаемое» и приходит к выводу, что субъект — это эффект языка другого. Поначалу субъект заимствует речь другого, чтобы обрести возможность описывать себя, тем самым попадает в воображаемый регистр. Однако этот регистр не дает различений, поскольку там есть только подобие. Лакан отмечает, что если восприятие безразлично к означающему цепочки, следовательно, эта цепочка сама навязывает себя субъекту в измерении голоса, она приобретает собственную реальность, ее собственная структура как означающего является определяющей, т. е. через акт говорения можно обнаружить, как происходит разворачивание речи в разных плоскостях.

В психозе субъект сталкивается с пробелом, с невозможностью символизации. Отбрасывается представление, и, будучи отброшенным, оно теряет любое право быть вписанным в цепочке других представлений и вернуться оно может только как галлюцинация. Либи́до отделяется от мира без замены продуктами фантазии, а если есть эта замена и она выглядит как попытка к самоизлечению, т. е. стремление вернуть либи́до объекту, то это инвестирование осуществляется в словах — это бред как попытка воссоздать другого. И здесь неологизм будет связывать разрыв в означающем. В психотической стратегии это удерживает субъекта от психотического распада.

## РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КОМОРБІДНОЇ АВТОІМУННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Іванюк А. В., Марусич Т. С.,  
Мохаммад Д. Х.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Розсіяний склероз (РС) є хронічним запальним демієлінізуючим захворюванням центральної нервової системи автоімунної природи. Дослідження соматичної автоімунної коморбідності (САК) у пацієнтів із РС являє значний інтерес з огляду на ймовірність наявності спільних ланок їх патогенезу, що створюють можливість індивідуалізованого підбору хворобомодифікуючої терапії із урахуванням наявних автоімунних асоціацій.

**Мета.** Проаналізувати розповсюдженість САК у пацієнтів із РС.

**Матеріали та методи.** На базі Університетської клініки ОНМедУ проведено пілотне ретро-проспективне дослідження випадок-контроль серед

пацієнтів з РС (досліджувана група) та остеохондрозом шийного відділу хребта (контрольна група — ОХ), порівнюваних за статтю і віком, та їх родичів першої лінії. Вивчали розповсюдженість САК за даними анамнезу. В основній групі аналізували також вік, коли почався РС. Групу РС становили 50 пацієнтів (40 жінок, 10 чоловіків) із середнім віком ( $39,28 \pm 10,19$ ) року та віком дебюту РС ( $30,48 \pm 8,50$ ) року ( $31,2 \pm 8,9$  у жінок,  $29,8 \pm 6,3$  у чоловіків); ОХ — 30 пацієнтів (18 жінок, 12 чоловіків) із середнім віком ( $43,40 \pm 11,66$ ) року.

**Результати.** У групі РС у 28 % хворих виявлено САК (з них 11 (22 %) жінок, 3 (6 %) чоловіки), ОХ — 16,6 % (4 (13,3 %) жінки, 1 (3,3 %) чоловік);  $p=0,18$ . Виявлено позитивну кореляцію середньої сили між наявністю аутоімунної патології та віком дебюту РС у жінок ( $r=0,4$ ;  $p=0,01$ ; середній вік дебюту у жінок із САК —  $(36,45 \pm 3,50)$  року, без САК —  $(30,3 \pm 4,1)$  року); для чоловіків виявлена слабка негативна кореляція, що не була статистично достовірною ( $r=-0,16$ ;  $p=0,11$ ).

**Висновок.** Частіше САК виявляється серед пацієнтів з РС. Наявність аутоімунної патології асоційована із більш пізнім дебютом РС у жінок.

### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ MELAS

Іванюк А. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Синдром MELAS — це рідкісне прогресуюче мультисистемне захворювання, що належить до мітохондріальних цитопатій і характеризується енцефаломіопатією із когнітивними порушеннями, епілепсією, непереносимістю фізичних навантажень, лактатацидозом та інсультподібними епізодами. У 80 % випадків він зумовлений мутацією мітохондріального гена *MT-TL1*.

**Клінічний випадок.** Нами наведено клінічний випадок синдрому MELAS у 37-річного чоловіка, що з дитинства страждав на низкорослість, непереносимість фізичних навантажень, зниження слуху та психоінтелектуальні порушення, цукровий діабет 1 типу. У 2012 р. він вперше переніс генералізований судомний напад із підвищенням температури до  $37,7^\circ\text{C}$  та зниженням зору на ліве око, з приводу якого йому було встановлено діагноз енцефаліту невідомої етіології. У подальшому в пацієнта було лабораторно виявлено лактатацидоз, зберігалися судомні напади, прогресували психокогнітивні порушення, він неодноразово проходив курси лікування з приводу різноманітних специфічних нейроінфекцій. У 2016 р. генетичне дослідження виявило у хворого мутацію *m. 3243A>G* в гені *MT-TL1*, на підставі чого йому було встановлено діагноз синдрому MELAS. Стан пацієнта прогресивно погіршувався, і в 2017 р. після чергового судомного нападу він помер у віці 37 років.

**Висновки.** Синдром MELAS — рідкісне захворювання, що вимагає диференціювання з інсультами, нейроінфекціями та нейродегенеративними

захворюваннями. Детальний збір анамнезу, ретельний неврологічний огляд та аналіз результатів лабораторних досліджень і даних нейровізуалізації можуть допомогти запідозрити цю патологію та призначити хворому відповідне обстеження.

### СИНДРОМ ФАРА У ПРАКТИЦІ НЕВРОЛОГА (КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ)

Мохаммад Д. Х.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Синдром Фара (СФ) — це рідкісне нейродегенеративне захворювання, що характеризується симетричним відкладенням кальцію в базальних гангліях, субкортикальних відділах мозочка, гіпокампі та таламусі.

**Клінічні випадки.** У першому випадку 34-річна жінка звернулася зі скаргами на головний біль, болючі судоми кінцівок, м'язову скутість, зниження настрою, тривогу, порушення сну. В анамнезі гіпопаратиреоз та гіпотиреоз. Об'єктивно: сухожилково-періостальні рефлексі кінцівок симетрично низькі, позитивний рефлекс Марінеску — Радовічі з обох боків, дифузна м'язова ригідність, виражена астенізація, значна тривога, занепокоєння, фіксація на власних відчуттях та зниження критики до тяжкості власного стану. За даними КТ головного мозку: масивна двобічна симетрична кальцифікація базальних гангліїв, променистого вінця і зорового бугра з обох боків, кори лобових часток та обох гемісфер мозочку. На тлі прийому пароксетину, бензодіазепінів і вальпроєвої кислоти регресували емоційно-поведінкові зміни, головний біль, відновився сон. Згодом у хворої відмічався епізод гострого параноїдального психозу.

У другому випадку 21-річна жінка звернулася із скаргами на головний біль, зниження настрою, тривогу, порушення сну. В анамнезі підозра на субарахноїдальний крововилив. У неврологічному статусі без патології. За даними КТ головного мозку: незначна двобічна симетрична кальцифікація уздовж середньомозкових артерій та поодинокі кальцифікати обох гемісфер мозочку. На тлі прийому есциталопраму та бензодіазепінів регресували емоційно-поведінкові зміни, головний біль, відновився сон.

**Висновки.** Синдром Фара — це дуже рідкісне захворювання. Клінічна картина може бути малосимптомною та не відповідати вираженості КТ-змін.

### СКЛАДНИЙ ПАЦІЄНТ У ПРАКТИЦІ НЕВРОЛОГА: СИНДРОМ ПАРХОНА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Марусич Т. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Синдром Пархона (СП) — це рідкісне нейроендокринне захворювання, що характеризується гіперфункцією гіпоталамуса і задньої частки гіпофіза із підвищеною продукцією вазопресину, внаслідок чого спостерігаються сим-

птоми водної інтоксикації різного ступеня навіть до летального результату.

**Клінічний випадок.** 27-річна жінка звернулась зі скаргами на виражений дифузний головний біль, оніміння в кінцівках, зниження настрою, пам'яті, уваги, тривогу, порушення сну, набряки та швидке підвищення маси тіла, зниження температури тіла та діурезу. В анамнезі часті пневмонії, порушення менструального циклу, дотримувалась безсольової низькокалорійної дієти із високим споживанням води. Об'єктивно: без вогнищевої та менінгеальної симптоматики, астеноїзована, емоційно лабільна, виражені вегетативні стигми, дифузні набряки, температура тіла 34,5 °С. За даними МРТ головного мозку: кіста епіфізу. На тлі прийому антидепресантів та транквілізаторів значно посилюлися емоційно-поведінкові зміни, головний біль, порушення сну та набряки. Лабораторно: гормони щитоподібної залози та наднирників у нормі, вазопресин 14 нг/л (N=до 6), пролактин 29 нг/л (N=4,79–23,3), осмолярність крові (на тлі лікування) 182 мосм/кг (N=180–360).

На тлі обмеження споживання води, нормалізації споживання солі та прийому діуретиків регресували емоційно-поведінкові зміни, набряки та головний біль, знизилась маса тіла, відновився сон, нормалізувався діурез та температура тіла.

**Висновки.** Синдром Пархона — це дуже рідкісне та невиліковне захворювання із полісимптоматичною клінікою, що потребує ретельного обстеження та мультидисциплінарного підходу.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ МОЗГА

Кравченко В. В., Моря В. А.

*Украинский научно-исследовательский институт  
медицины транспорта, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Изучение межполушарной асимметрии когнитивных функций человеческого мозга имеет глубокую историю. Внедрение новейшего технического и программного обеспечения в области нейронаук дало новый виток развитию данной темы и активно изучается учеными различных специальностей по всему миру.

Преимуществом электроэнцефалографии (ЭЭГ) перед методами нейровизуализации являются стоимость и высокое временное разрешение, позволяющие отслеживать электрофизиологические процессы головного мозга практически в реальном времени.

**Объекты и методы.** Обследовано 9 добровольцев разного пола в возрасте 21–25 лет.

Во время исследования был использован 19-канальный электроэнцефалограф. Скальповые хлор-серебряные электроды накладывались по международной схеме 10–20.

Записанная количественная ЭЭГ была подвергнута обработке специализированным ПО для выявления феноменов межполушарной асимметрии и оценки индекса латерализации.

## РОЛЬ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА В ОПРЕДЕЛЕНИИ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ

Моря В. А., Кравченко В. В.

*Украинский научно-исследовательский институт  
медицины транспорта, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Технологии нейровизуализации уверенно вошли в практику нейробиологов и физиологов всего мира, что значительно расширило арсенал неинвазивных методов исследования нервной системы человека. Высочайшее пространственное разрешение делает их незаменимыми в области изучения органической патологии нервной системы. В свою очередь, низкое временное разрешение, сложность и трудоемкость выполнения, потребность в высоком уровне материального обеспечения и технического обслуживания создают трудности в применении нейровизуализации для изучения функционирования нервной системы и участия в исследованиях большого количества испытуемых.

Данные недостатки диктуют необходимость в создании дополнительных методик, о чем говорят увеличение интереса к электрофизиологии, значительный прогресс в отрасли в последнее десятилетие в общем и изучение потенциалов мозга в частности.

**Объекты и методы.** Обследовано 9 добровольцев разного пола в возрасте 21–25 лет.

Во время исследования был использован 19-канальный электроэнцефалограф. Скальповые хлор-серебряные электроды накладывались по международной схеме 10–20.

Применялся метод когнитивных вызванных потенциалов ВСРТ для выявления латерализации функций мозга.

## МОЖЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ДРИЖАЛЬНИХ ГІПЕРКІНЕЗІВ ПРИ ВЕГЕТАТИВНИХ І СУДИННИХ ДИСФУНКЦІЯХ

Колесник О. О., Капалан А. О.,  
Доброва К. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

*Львівський національний медичний університет,  
Львів, Україна*

В ангіоневрології при початкових проявах хронічної ішемії мозку (ХІМ) тремор (Т) може бути основним або єдиним симптомом порушень рухової сфери, а також частою ознакою порушення вегетативної регуляції, вираженої лабільності ВНС.

Обстежено 34 пацієнти з церебральними ангіодистоніями і наявністю дрижальних гіперкінезів.

Отримані результати вказують на достовірні впливи стану ВНС на наявність і характеристики Т. Показники треморографічного індексу зареєстрували дезадаптаційні тенденції моторних компонентів унаслідок їх переходу від функціональних порушень в органічні. 1. Вегетативна систе-



ма впливає на функціональний стан моторної системи. 2. Інтегративні показники тремору свідчать про патогенетичне значення функціональних (вегетативні церебральні дистонії) та органічних (ХІМ) змін у ЦНС. 3. Тремор — об'єктивна ознака функціональної дезадаптації організму. 4. Під впливом розробленої методики лікування Т відзначено істотне поліпшення метаболізму, а також кровообігу у відповідних структурах ЦНС. 5. Запропонована терапія дозволяє стабілізувати «вегетативний портрет» пацієнтів і симпатиколітично впливає на організм. 6. Розроблений комплекс терапевтичних заходів, ефективність якого підтверджена позитивними клінічними результатами, коригуючи діє на всі основні ланки дрижального гіперкінезу, що дає нам підставу говорити про його патогенетичну спрямованість.

## ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ОНКОХВОРИХ

Статнік Х. Ю.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Згідно зі статистичними даними, кількість онкологічних хворих у всьому світі стрімко росте. Відомо, що тип ставлення до захворювання, особливості емоційного стану, особистісні характеристики та рівень соціальної ангажованості пацієнтів з онкопатологією впливають на якість життя та процес видужання. Виходячи з вищезазначеного, **метою** даної роботи було дослідження індивідуально-психологічних особливостей хворих на онкопатологію.

У дослідження включено 60 пацієнтів Одеського обласного онкологічного диспансеру і 60 умовно здорових респондентів. У роботі було застосовано низку валідних психодіагностичних методик. У більшості пацієнтів з онкопатологією було виявлено тривожний (33,3 %), іпохондричний (33,3 %), неврастенічний (29,97 %), меланхолічний (29,97 %), апатичний (26,64 %) та сенситивний (26,64 %) типи ставлення до хвороби. У групі хворих спостерігався високий рівень використання пасивної стратегії пошуку соціальної підтримки (61,32 %), а в групі здорових досліджених достовірно частіше використовували активні стратегії протидії стресу (різниця між групами достовірна,  $p \geq 0,05$ ). У власній поведінці досліджені пацієнти здебільшого керувались ірраціональними настановами, при цьому найчастіше використовуваними були: «повинність щодо себе» (74,59 %) та «катастрофізація» (71,35 %). Середній бал за показником «Загальний рівень якості життя» серед онкологічних хворих був значно зниженим і становив 40,57 бала, тимчасом як у здорових досліджених середній показник за даною шкалою становив 84,7 бала ( $p \leq 0,05$ ).

Проведене дослідження дозволило виявити дезадаптивні індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з онкопатологією, які можуть негативно впливати на процес лікування та видужан-

ня таких хворих, тому програми лікування онкопацієнтів повинні включати психокорекційну складову.

## РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ ТА КОМУНІКАЦІЇ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Рижова М. Е., Смірочинська Д. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні проблемі розладів аутистичного спектра (РАС) у дітей стало приділятися більше уваги. Рання діагностика, комплексна психолого-педагогічна корекція дають змогу дітям з РАС пристосовуватися до соціальних норм, суспільства та навчання у школі.

У дослідженні брали участь 48 дітей обох статей віком від 3 до 5 років, яких було розділено на дві групи: до першої групи увійшли діти з легким та середнім ступенем аутистичних проявів (27 осіб), до другої — діти з важкими проявами аутизму (21 дитина). **Метою** дослідження було визначення особливостей поведінки, комунікації, психомоторного розвитку, характерних труднощів у щоденному житті дітей з РАС.

Найменш розвинутими у досліджених обох груп були навички у сферах мовлення, спілкування і догляду за собою. Найбільш високими виявились показники у сферах грубої та тонкої моторики. Більшість дітей з першої групи використовували для комунікації мовлення (81,48 %), а діти, які входили до другої групи, — жести, об'єкти, окремі вокалізації та не мали навички ведення діалогу (100,00 %). Більшість дітей обох груп мали прояви нетипової поведінки: у другій групі достовірно частіше відмічались прояви поведінки, небезпечної для себе — аутоагресія (38,10 %) та для інших (28,57 %). Більшість осіб першої групи демонстрували «досягнення» як превалюючий тип мотивації поведінки (40,74 %), у другій групі мотивація нетипової поведінки була пов'язана з недостатністю або надлишком сенсорних відчуттів (28,57 %).

Визначені особливості поведінки та комунікації було враховано в подальшому при проведенні розвиваючих програм для дітей з РАС.

## РЕЗУЛЬТАТИ МІКРОХІРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗОРВАВШИХСЯ МОЗГОВЫХ АНЕВРИЗМ

Егоров Н. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Частота встречаемости аневризматического субарахноидального кровоизлияния (АСАК) составляет 4–10 на 100 тыс. населения в год. Основными послеоперационными осложнениями являются ангиоспазм (АС), отсроченная церебральная ишемия (ОЦИ) и гидроцефалия (ГЦ). Вероятность



летального исхода у неоперированных пациентов составляет около 50–70 %.

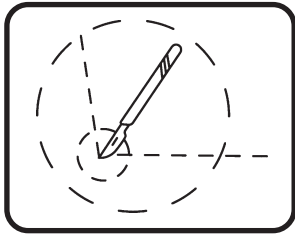
**Цель.** Проанализировать результаты лечения разорвавшихся мозговых аневризм.

**Материалы и методы.** Ретроспективное кросс-секционное исследование 157 пациентов с разорвавшимися мозговыми аневризмами (91 женщина и 66 мужчин). Средний возраст пациентов составил 51,8 года. Тяжесть состояния при поступлении и исходы лечения оценивались по шкалам Hunt&Hess (H-H), Glasgow Outcome Scale (GOS).

**Результаты.** Распределение по возрасту было следующим: 18–44 года — 26,75 %, 45–59 лет — 46,5 %, 60–74 года — 26,75 %. По локализации кровоизлияния: САК — 50 %, САК-паренхиматозное — 15,2 %, САК-вентрикулярное — 20,9 %, САК-паренхиматозно-вентрикулярное — 13,9 %. Рас-

пределение по бассейну: передняя мозговая — передняя соединительная артерия (ПМА — ПСА) — 85, средняя мозговая — 35, внутренняя сонная — 29, задняя мозговая — 1, базилярная — 7. Осложнения возникли у 75 пациентов: АС у 64, ОЦИ у 37, ГЦ у 19. Исходы лечения у оперированных пациентов, поступивших с H-H I: GOS I — 1, GOS V — 6; H-H II: GOS I — 4, GOS III — 3, GOS IV — 14, GOS V — 47; H-H III: GOS I — 9, GOS II — 1, GOS III — 2, GOS IV — 16, GOS V — 25; H-H IV: GOS I — 4, GOS III — 2, GOS IV — 14, GOS V — 1; H-H V: GOS I — 4, GOS III — 2, GOS IV — 2.

**Выводы.** Чаще всего встречается АСАК в бассейне ПМА — ПСА у женщин в возрасте 45–59 лет. Среди осложнений на первом месте стоит АС. Благоприятный исход наблюдается у пациентов, поступивших с H-H I, II, III. Наивысшая летальность соответственно с H-H IV, V.



## СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ І (ЗАГАЛЬНА, ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВА ТА ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ)

Секция хирургии I (общая, военно-полевая и эндоскопическая хирургия)

Section of Surgery I (General, Military and Endoscopic Surgery)

### ВИБІР МЕТОДУ ПАЛІАТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ РАКУ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНОМУ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Буряк Н. А.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

**Актуальність.** Рак головки підшлункової залози (РГПЗ) є одним з найбільш поширених і важко виліковних онкологічних захворювань.

**Мета.** Вивчити методи паліативних оперативних втручань при РГПЗ, ускладненому механічною жовтяницею.

**Матеріали та методи.** Було виконано 125 операцій у пацієнтів зі злоякісними утвореннями біліопанкреатодуоденальної зони. З них чоловіків — 64 (51,2 %), жінок — 61 (48,8 %), у віці від 19 до 88 років. Із приводу РГПЗ оперовані 119 (95,2 %) хворих, великого дуоденального сосочка — 6 (4,8 %).

**Результати.** На тлі жовтяниці паліативні операції були виконані у 84 (67,2 %) пацієнтів. З 106 (84,8 %) хворих білідигестивні анастомози виконано у 87 (82,1 %): холецистоєюноанастомоз + Браунівське співустя (ХЦСА + БР) — 43 (49,4 %), ХЦСА за РУ — у 5 (5,7 %), холедоходуоденоанастомоз (ХДА) — у 23 (26,4 %), холедохоєюноанастомоз + Браунівське співустя (ХСА + Бр) — у 5 (5,7 %) / + Ру — у 8 (9,2 %); гепатикоєюноанастомоз за Ру (ГепСА + Ру) — у 3 (3,4 %). Дигестивні анастомози накладено у 39 (36,8 %) пацієнтів: переній гастроентероанастомоз + Браунівське співустя (ПГЕА + Бр) — у 32 (82,1 %), задній гастроентероанастомоз за Гаккером — Петерсеном (ЗГЕА) — у 7 (17,9 %). У 2 хворих виконана папілєктомія. Загальна післяопераційна летальність становила 15,2 % (померло 19 зі 125): після паліативних операцій — 13,2 % (померло 14 з 106), після пробних лапаротомій — 29,4 % (померло 5 із 17). Причини летальних результатів: ракова інтоксикація — 6 (31,6 %), поліорганна недостатність — 5 (26,3 %), печінково-ниркова недостатність — 4 (21 %), гостра серцево-судинна недостатність — 4 (21 %).

**Висновки.** 1. РГПЗ ускладнюється механічною жовтяницею у 67,2 % пацієнтів. 2. У 3 рази частіше накладали ХЦСА, ніж ХСА і ГепСА, та в 2,1 разу частіше, ніж ХДА. 3. ПГЕА + Бр накладали у 4,6 разу частіше, ніж ЗГЕА.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Нагиева А. Н., Свиренко П. В.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

**Цель.** Изучить эффективность разных методов лечения трофических язв венозной этиологии (ТЯВЭ).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 120 пациентов с ТЯВЭ нижних конечностей. При лечении использованы хирургический, аутолитический, физический (криодеструкция (КД)) и химический способы обработки язв. Пациенты разделены на 4 группы по 30 больных. Средний возраст пациентов — (62,5 ± 7,8) года. Срок ТЯВЭ — от 3 мес. до 4 лет. Средняя площадь язв — (9,5 ± 2,1) см<sup>2</sup>. Эффективность лечения оценена через 7, 14 и 30 дней по степени очистки раны, процессов регенерации и результатам лабораторных исследований (бактериального и цитологического). В 1-й группе проводилась хирургическая обработка (ХО) язв, заключающаяся в удалении некротических тканей, фибрина, иссечении краев раны с целью перевода хронической раны в острую. Во 2-й группе применены гидрогели: Hydrosorb®, Suprasorb®, NU-Gel®. В 3-й группе пациентам для очищения раневой поверхности применялись протеолитические ферменты: трипсин, химотрипсин. В 4-й группе были пациенты, которым выполнялась КД по методике клиники.

**Результаты.** При ХО и КД у 72 % пациентов через 7 сут. язвы полностью очистились от некротических масс и фибрина. Бактериальная элиминация достигнута в 2 раза быстрее в сравнении с гидрогелями и ферментами. Процесс регенерации с уменьшением площади язвенной поверхности протекал на 10 % эффективнее после КД и ХО. По данным цитологического исследования, отмечен ускоренный переход к регенерации при ХО, использованный гидрогель и КД.

**Выводы.** Очищение раневой поверхности трофических язв венозной этиологии, бактериальная элиминация и процессы регенерации быстрее и эффективнее протекали при хирургической обработке и криодеструкции.

## ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ В ПОЛЬОВИХ УМОВАХ

Добровольський С. О., Чайка А. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Загальна кількість поранень і ушкоджень живота у військових конфліктах наших днів досягає 6 %. Інформації про використання ендовідеохірургії у військових госпіталях II рівня в літературі не знайдено.

**Мета.** Визначити роль відеолапароскопії в умовах польової хірургії.

**Матеріали та методи.** У хірургічних відділеннях 61-го військового мобільного госпіталю (ВМГ) з 18.07.2014 р. по 31.12.2014 р. виконано 62 ендовідеохірургічних операції. Відеолапароскопія при ушкодженні живота і таза проведена у 23 пацієнтів (при вогнепальних пораненнях — у 18, при закритих травмах — у 5). Захворювання органів черевної порожнини спостерігалися у 39 постраждалих.

**Результати та їх обговорення.** При проникних пораненнях лапароскопічно виконано: одному постраждалому — ушивання ран діафрагми і шлунка, одному — резекцію тонкої кишки, чотирьом — припинення кровотечі з ран печінки, трьом були ушиті розриви брижі тонкої кишки. У трьох поранених виконана конверсійна лапаротомія. У шести пацієнтів наявність вогнепальних проникних поранень виключено методом діагностичної лапароскопії, яка також була виконана п'яти пацієнтам із закритою травмою живота. Застосування відеолапароскопії дозволило уникнути даремних лапаротомій у 20 поранених і постраждалих.

Із 39 оперованих з приводу гострих захворювань органів черевної порожнини у 11 виконана апендектомія, у 3 — резекція яєчника з приводу апоплексії, у 2 — видалення дивертикула Меккеля, у 20 — холецистектомія з приводу жовчнокам'яної хвороби, гострого холециститу, у 2 — була ушита перфоративна виразка ДПК, у одного — холецистостомія з приводу механічної жовтяниці.

**Висновки.** Застосування відеолапароскопії в польових умовах за бойової хірургічної травми живота дозволяє уникнути даремних лапаротомій.

## ДВУХЕТАПНА ТАКТИКА В ЛЕЧЕННІ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ БОЛЕЗНІ ТОЛСТОЇ КИШКИ

Чайка А. В., Добровольський С. А.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Вступлення.** Среди заболеваний толстой кишки одно из первых мест принадлежит дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК), частота которой у людей в преклонном возрасте достигает 75 %. Дивертикулит — наиболее частое осложнение, которое составляет 60 % среди всех осложнений.

**Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов с осложненными формами ДБТК путем применения видеодоскопических методик.

**Материалы и методы.** За период 2004–2017 гг. проведен анализ лечения 129 пациентов, госпитализированных в Военно-медицинский клинический центр Южного региона в г. Одесса, которым было выполнено 141 операцию по поводу ДБТК и ее осложнений. Осложненные формы ДБТК диагностированы у 110 пациентов. В экстренном порядке выполнено 105 операций, из них 43 — с использованием видеодоскопии. Плановых операций — 36, из них с применением видеодоскопической техники — 14.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения развились у 21 пациента. При лечении пациентов с осложнениями ДБТК с использованием видеодоскопической аппаратуры длительность операции составила ( $77,5 \pm 8,2$ ) мин в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами ( $103,7 \pm 9,4$ ), койко-день составил ( $6,8 \pm 0,9$ ) дня по сравнению с открытыми операциями ( $12,4 \pm 1,1$ ) дня, количество осложнений — 6,7 % в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами — 12,1 %.

**Выводы.** 1. Оперативное лечение пациентов с осложнениями ДБТК лучше проводить с использованием видеодоскопической аппаратуры, о чем свидетельствуют меньшая длительность операции и меньший койко-день.

2. Двухэтапное лечение осложненной ДБТК, когда второй этап — левосторонняя полная гемиколэктомия, выполняется в плановом порядке в сроки от 10 дней до 6 мес. после операции.

## ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ЛАВАЖ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ НИНЧЕУ III–IV

Артемчук Д. Ю.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Вступлення.** Осложнение дивертикулеза встречается у 40–42 % больных, из них Нинчеу III–IV составляет 3,3 % как при клинически выраженном, так и при бессимптомном варианте заболевания.

**Методы.** За период 2004–2017 гг. проведен анализ лечения 129 пациентов, госпитализированных в хирургических отделениях Военно-медицинского клинического центра Южного региона в г. Одесса, которым было выполнено 141 операцию по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) и ее осложнений. Осложненные формы ДБТК диагностированы у 110 (86,0 %) пациентов.

**Результаты.** Средний койко-день при операции Гартмана составил ( $12,0 \pm 2,1$ ) сут.; при формировании первичного анастомоза — ( $13,0 \pm 3,1$ ) сут.; при лапароскопическом перитонеальном лаваже — ( $7,0 \pm 1,9$ ) сут. При операциях Гартмана (32 пациента), осложнения составили 10 (31,3 %) случаев, в группе лапароскопического перитонеального лаважа (23 пациента) — 4 (17,4 %). Летальность при операции Гартмана составила 5 (15,6 %) пациентов, при первичных анастомозах — 1 (6,25 %), при выполнении лапароскопического перитонеального лаважа летальности не было.

**Выводы.** Выполнение лапароскопического перитонеального лаважа у пациентов с перфоративным дивертикулитом в Hinchey III стадии является альтернативой операции Гартмана или резекции кишки с первичным анастомозом (с превентивной стомой), о чем свидетельствуют меньшая летальность, меньшее количество осложнений и меньший койко-день. Противопоказанием к применению лапароскопического перитонеального лаважа считаем тяжелое состояние пациента и выраженную интоксикацию при разлитом каловом перитоните (Hinchey IV).

### РЕКОНСТРУКТИВНО-ВИДНОВЛЮВАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ У ПОРАНЕНИХ З ІЛЕО- ТА КОЛОСТОМАМИ

Зонаріс М. В., Кваснівський Є. А.,  
Фам Нгок Фіонг Ян

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Ушкодження ободової та прямої кишок у структурі проникних поранень живота становлять 19–20 %. Нерідко первинні операційні втручання у таких поранених закінчуються формуванням ілео- або колостоми, що в подальшому потребує виконання реконструктивно-відновлювальних операцій.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз хірургічного лікування 36 пацієнтів з ілео- та колостомами, які в минулому були прооперовані з приводу вогнепальних поранень живота з ушкодженнями ободової та прямої кишок.

**Результати та їх обговорення.** Ілеостома була у 2 (5,6 %) пацієнтів, колостома за типом двостовбурового *anus preaternalis* — у 28 (77,8 %), одностовбурова кінцева колостома — у 6 (16,6 %). Ілеостоми ліквідували шляхом резекції тонкої кишки через проєкційний мінідоступ з формуванням тонко-тонкокишкового анастомозу «бік-у-бік». Двостовбурову колостому у 17 (47,2 %) пацієнтів закривали шляхом резекції у 3/4 за Мельниковим, у 6 (16,6 %) — резекції в 3/4 за Мельниковим в комбінації з алогерніопластикою параколостомічної грижі “sub lay”; у 4 (11,2 %) виконано лапаротомію, вісцероліз, резекцію ділянки кишки зі стомою і формуванням анастомозу; у 4 (11,2 %) після обструктивних резекцій виконали лапаротомію та відновлення безперервності ободової кишки шляхом формування товсто-товстокишкового анастомозу, у 3 (8,4 %) застосували лапароскопічні методики. У всіх випадках спайкової хвороби операцію закінчували введенням в черевну порожнину «Дефенсаль-гелю» з перекриттям дренажів на 12 год. Ускладнення були у 4 (11,2 %) пацієнтів, які вдалося усунути консервативно.

**Висновки.** Застосування лапароскопічних методик у реконструктивно-відновлювальних операціях на товстій кишці дозволяє значно покращити результати лікування, прискорити активізацію пацієнтів та знизити кількість ускладнень.

### ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ З ПРИВОДУ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА

Фам Нгок Фіонг Ян, Кваснівський Є. А.,  
Зонаріс М. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Питома вага поранень живота становить 4–7 %. Такі поранення супроводжуються розвитком різноманітних ускладнень, що потребує проведення повторних операцій та підвищує ризик формування післяопераційних вентральних гриж.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз лікування 21 пацієнта з післяопераційними вентральними грижами, що утворилися внаслідок операцій з приводу вогнепальних поранень живота.

**Результати.** Вік пацієнтів ( $34,5 \pm 3,7$ ) року. У 7 (33,3 %) з них поранення були ізольованими, у 12 (57,2 %) — множинними, у 2 (9,5 %) — поєднаними. Кульові спостерігались у 9 (42,8 %) пацієнтів, осколкові — у 12 (57,2 %). Розміри гризових воріт: W1 — 9 (42,9 %) пацієнтів, W2 — 8 (38,1 %), W3 — 2 (9,5 %), W4 — 2 (9,5 %). У 3 пацієнтів була виконана лапароскопічна алогерніопластика за методикою IPOM, у 10 — алопластика проленовою сіткою за методикою sub lay, у 7 — за методикою on lay, в 1 — місцевими тканинами. Нагноєння ран не було, скупчення серозної рідини під сіткою спостерігалось в 9 (42,9 %) випадках, а саме — у всіх пацієнтів з пластикою on lay та у 2 — sub lay. Серому видаляли пункціями під УЗ-навігацією до повного одужання пацієнтів. Симультанно виконували: вісцероліз (11), вісцерення гранульом та лігатурних нориць (10), холецистектомію (2), резекцію рубцево зміненого великого сальника (3), резекцію тонкої кишки (2).

**Висновки.** Післяопераційні вентральні грижі найчастіше розвиваються після поєднаних та множинних вогнепальних поранень живота. Найкращі результати отримані при застосуванні лапароскопічної алогерніопластики за методикою IPON. Виконання симультанних операцій на органах черевної порожнини під час герніопластики вважаємо обов'язковим.

### СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

Кривенок В. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Лапароскопическая герниопластика пупочных грыж характеризуется рядом преимуществ по сравнению с традиционной.

**Цель.** Ретроспективный сравнительный анализ результатов лапароскопической и традиционной аллопластики пупочных грыж.

**Материалы и методы.** Было проанализировано 63 истории болезни пациентов, прооперирован-



них по поводу аллопластики пупочных грыж во II хирургическом отделении БМЦ УК ОНМедУ за двухлетний период. Основную группу составили 18 пациентов, которым выполнена лапароскопическая интраперитонеальная аллопластика сетчатым имплантатом «Симбиотекс» Медтроник с антиадгезивным покрытием, круглой формы, диаметром 9 мм. Имплантат фиксировали с помощью аппарата «Абсорбатак» Медтроник. Контрольную группу составили 45 пациентов, которым была выполнена традиционная аллопластика с помощью стандартных полипропиленовых сеток, размерами от 5–6 до 7–8 см с преперитонеальным расположением.

**Результаты.** Средняя продолжительность операции в основной группе составила 70 мин, в контрольной — 60 мин. Послеоперационных осложнений не было в обеих группах. Средний послеоперационный койко-день в основной группе составил 2,5 дня, в контрольной — 3,5 дня. Послеоперационный болевой синдром, оцененный по количеству назначенных в первые и вторые сутки анальгетиков, был значительно меньше в основной группе.

**Вывод.** Лапароскопическая интраперитонеальная аллопластика пупочных грыж имеет ряд преимуществ перед традиционной операцией — уменьшение послеоперационного болевого синдрома и сроков реабилитации.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧНОЇ ФЕНЕСТРАЦІЇ НЕПАРАЗИТАРНИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

Гончаренко О. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** При непаразитарних кістах печінки можливе виконання пункційного дренирування або фенестрації, що є більш радикальним методом.

**Мета.** Дослідження спрямоване на ретроспективне вивчення результатів лапароскопічної фенестрації непаразитарних кіст печінки.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано 22 історії хвороб пацієнтів, яким виконувалася лапароскопічна фенестрація кіст печінки у II хірургічному відділенні Багатопрофільного Медичного центру Університетської клініки за трирічний період. Середній розмір кіст становив 4,5 см (від 3 до 7 см). У 12 (54,5 %) випадках кісти локалізувалися в правій частці печінки, у 10 (45,5 %) — в лівій. Операції виконувалися при поверхневому розташуванні кіст у передніх сегментах печінки по діафрагмальній та вісцеральній поверхнях.

**Результати.** Всі операції виконані успішно, лапароскопічно, за допомогою трьох троакарів. В одному випадку операцію виконано через два троакари. У 5 пацієнтів, окрім розсікання стінок кісти, була виконана обробка внутрішніх стінок аргоноплазмозом коагуляцією. Післяопераційних ускладнень не було. Під час спостереження за пацієнтами рецидивів не виявлено.

**Висновок.** Лапароскопічна фенестрація непаразитарних кіст печінки є високоєфективною операцією за умови їх поверхневого розташування.

## ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ БАЗОВИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ НАВИЧОК В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Воронцова Я. Ю., Черемних Г. І.,  
Первак М. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Найважливіший принцип педагогіки — правильно оцінити отримані знання і навички.

**Мета.** Оцінювання в системі медичної симуляційної освіти при навчанні базових лапароскопічних принципів у акушерстві та гінекології.

**Матеріали та методи.** Для дослідження були взяті результати симуляції навчання в 2015–2017 рр. 266 студентів, лікарів-інтернів акушерів-гінекологів та лікарів курсантів ОНМедУ на кафедрі симуляційної медицини з використанням віртуального ендоскопічного симулятора “LapMentor” (3DSystems). За основу був узятий модуль «Базові лапароскопічні навички». Не менше ніж 10 тренінгів за модуль. Кількість повторів 1–4. Реєструвався час виконання практичної навички, параметри безпеки, зорово-моторної координації, вибір і вивільнення пристроїв, робота з педалями, діагностична, аспірацією, іригацією, з відеокамерами з кутом огляду 30° і 0°. Проводилось оцінювання вихідного (1-й тренінг), проміжного (5-й тренінг) та заключного (10-й тренінг) рівнів.

**Результати та їх обговорення.** Всі анкети і оціночні чек-листи були спеціально розроблені для навчання на конкретному віртуальному симуляторі. Попередній оціночний чек-лист заповнювався інструктором після закінчення 1-го тренінгу, заключний — після останнього (10-го) тренінгу, проміжний — після 5-го тренінгу.

**Висновки.** Важливу роль відіграє оптимальне оцінювання результатів навчання базових лапароскопічних навичок на кожному конкретному симуляторі в акушерстві та гінекології і розробка документів для цього.

## РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Новиков А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальность.** Колоректальный рак занимает второе место по частоте выявления среди злокачественных новообразований у женщин и третье — у мужчин, при этом практически в 50 % случаев обнаруживаются метастазы в печени.

**Цель.** Улучшить результаты комплексного лечения колоректального рака с метастатическим поражением печени.

**Материалы и методы.** В 2010–2016 гг. в клинике кафедры хирургии № 2 на базе хирургического отделения КУ ООКМЦ по поводу метастатического колоректального рака были прооперированы 69 пациентов. Для проведения сравнительного анализа больные были разделены на две группы. Основную группу составил 31 пациент, кото-

рым выполнено удаление первичной опухоли в сочетании с резекцией пораженной метастатическим процессом паренхимы печени и последующей химиотерапией. В контрольной группе 38 пациентам проведены оперативное удаление колоректальной опухоли и послеоперационная химиотерапия без хирургической коррекции метастатического процесса печени. Приоритет отдавали агрессивной хирургической тактике, которая выражалась в проведении симультанных резекционных вмешательств на печени и толстой кишке.

**Результаты.** Показатели выживаемости в основной группе пациентов составили: однолетней — 93,5 %, трехлетней — 54,8 %, пятилетней — 35,5 %. В контрольной — 92,1; 28,9; 3,42 % соответственно. Послеоперационная летальность достигала 2,6 % в исследуемой группе и 3,2 % в контрольной.

**Выводы.** Химиотерапия как самостоятельный метод лечения, будь-то системная или колорегionalная, играет определенную роль в лечении пациентов с колоректальным раком, но редко приводит к длительному выживанию. Резекция печени является операцией выбора для пациентов с метастазами колоректального рака в печень.

### **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У СОМАТИЧЕСКИ ОТЯГОЩЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Неделков А. Д.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Распространенность желчнокаменной болезни и значительные затраты общества на ее лечение являются одной из проблем современной медицины.

**Цель.** Разработка дифференцированного подхода к выбору метода лечения пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью.

Основа работы — анализ результатов оперативного лечения 208 больных в период с 2007 по 2016 гг. с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой. Все больные были распределены на 3 группы: 1-я группа (контрольная) — 71 пациент, перенесшие открытые холецистэктомии с холедохолитотомией; 2-я группа — 76 пациентов, которым была выполнена традиционная эндоскопическая коррекция холецистохоледохолитиаза; 3-я группа — 61 больной, которым эндоскопические вмешательства выполнены в безгазовом режиме с использованием лифтинговой системы. Всем пациентам выполнялась ультрасонография, чувствительность которой в диагностике калькулезного холецистита составила 100 %, а холедохолитиаза в 1-й группе — 24,5 %, во 2-й — 23 %, в третьей 21,6 %. По показаниям выполнялись компьютерная томография, магнитно-резонансная панкреатохолангиография и эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. В 1-й группе летальность достигла 2,8 %, во 2-й и 3-й летальных исходов не отмечено. Показатели длительности стационарного лечения составили 22,6 койко-дня в 1-й группе, 12,1 койко-дня во 2-й и 10,9 койко-дня в 3-й группе.

Таким образом, дифференцированный подход, основанный на всестороннем анализе совокупности клинико-инструментальных данных обследования, существенно улучшает исходы лечения, сопровождается низким уровнем осложнений и летальности, а также сокращает послеоперационное пребывание пациента в стационаре.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА**

**Антоненко О. А.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, возникающие при циррозе печени, является одним из наиболее грозных и часто встречающимся осложнением.

**Цель.** Сравнение различных методик эндоскопического гемостаза и разработка алгоритма их применения в зависимости от стадии основного заболевания.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 380 больных циррозом печени. Степень тяжести цирроза нами определялась по классификации Child-Pugh. Со стадией цирроза Child-Pugh A было 114 человек, Child-Pugh B — 196, а с Child-Pugh C — 70. Все больные, поступившие в хирургическое отделение, получили курс стандартной терапии в соответствии с действующими протоколами. У 114 больных со стадией цирроза A для достижения гемостаза нами выполнялось эндоскопическое склерозирование. У 196 пациентов со стадией цирроза B проводилось эндоскопическое лигирование. В третьей группе пациентов со стадией цирроза C, состоявшей из 70 человек, в 51 случае выполняли эндоскопическое лигирование по описанной выше методике, в 15 случаях проводили стентирование нижней трети пищевода временным саморасширяющимся стентом.

**Результаты.** В 371 случае нам удалось выполнить локальный эндоскопический гемостаз, в девяти случаях локальный эндоскопический гемостаз провести не удалось из-за тяжести состояния больного. У 203 пациентов эндоскопический гемостаз проводился однократно, а у 168 — в динамике. Количество рецидивов кровотечения за время нахождения в стационаре у больных с однократным гемостазом составило 48 %, а у больных, которым он проводился в динамике, — 1,2 % случаев.

**Выводы.** Локальный эндоскопический гемостаз позволяет эффективно остановить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Для уменьшения количества рецидивов рекомендовано выполнять динамический локальный эндоскопический гемостаз на фоне консервативной терапии. Лапароскопические операции, кроме того, дают возможность достоверно снизить возникновение рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

## АСР-ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТЯЖКОЮ ШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Цап К. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Проблема хронічної артеріальної недостатності нижніх кінцівок є актуальною та потребує подальшого дослідження. За даними епідеміологічних досліджень, загальна частота захворювання становить від 3 до 10 % та підвищується до 15–20 % у хворих після 70 років.

**Мета.** Відновлення ушкодженої внаслідок ішемії тканини з використанням природних відновних процесів власного організму. Тромбоцити у місці ушкодження тканини вивільняють фактори росту, які у нашому випадку ініціюють активацію неоангіогенезу.

**Матеріали та методи.** Нами використана та вдосконалена методика комплексного лікування трофічних розладів при хронічній артеріальній недостатності нижніх кінцівок шляхом етапного використання санації та некректомії з подальшим введенням АСР за Arthrex.

Після активації плазми, її вводять порціями по 1,0 мл у загальній кількості 5–10 мл за ходом артеріальних судин. Далі виконували введення збагаченої активованими тромбоцитами плазми порціями по 0,5 мл у загальній кількості до 10,0–15,0 мл. Введення виконують у шаховому порядку навколо зони трофічного розладу на відстані 0,5–1,5 см від краю рани. Сеанси лікування повторюють через 5–7 днів, загальною кількістю 4 курси.

**Результати.** За нашою методикою було проліковано 19 пацієнтів. Добрі результати у вигляді збереження кінцівки, зменшення клінічних ознак ішемії кінцівки, зменшення інтенсивності больових відчуттів, збільшення дистанції безбольової ходи, загоєння трофічних розладів досягнуто у 13 пацієнтів.

Трьом пацієнтам довелося виконати ампутацію кінцівки у зв'язку з інтенсивним больовим синдромом, що зберігався.

У трьох пацієнтів досягнуто клінічного полегшення, зменшення інтенсивності больового синдрому, однак процес загоєння ран потребував використання інших методик.

**Висновки.** Слід зазначити, що методика може бути ефективною у хворих із різним рівнем ішемії кінцівки і використовуватися для непрямої реvascularизації уражених кінцівок як самостійно, так і в поєднанні з реконструктивною оперативною технікою.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Панов Д. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Заболеваемость острым панкреатитом в нашей стране неуклонно растет, что поз-

воляет считать это заболевание одной из наиболее актуальных, сложных и нерешенных проблем хирургии.

**Цель.** Снижение летальности при панкреонекрозе, своевременное выявление его путем инструментального и лабораторного контроля с применением малоинвазивного оперативного пособия.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 165 больных острым панкреатитом. Из них у 16 наблюдался панкреонекроз. Средний возраст от 20 до 64 лет, количество мужчин — 62 (67 %) преобладало над количеством женщин 31 (33 %).

Первую группу (75 пациентов) составили больные с отечной формой панкреатита. Им проводилась интенсивная терапия (ИТ) в комплексе с блокаторами протоновой помпы и ингибиторами протеолитических ферментов. После стабилизации состояния повторяли УЗИ и определение термостабильных белков (ТБ).

Вторая группа — 16 больных с выраженным больевым синдромом и нестабильной гемодинамикой. Высокий уровень ТБ у них четко отражал деструкцию поджелудочной железы и коррелировал с показателями УЗИ, КТ и ЯМР. При выявлении выпота в брюшной полости проводились малоинвазивные операции. Лапароскопическим путем дренировали сальниковую сумку и брюшную полость.

Третья группа — 2 пациента с билиарным панкреатитом, обусловленным вклиниванием камня в большой дуоденальный сосок, им производилась эндоскопическая папиллотомия с экстракцией камня из просвета холедоха.

**Результаты.** Нашими исследованиями установлено, что при панкреонекрозе отмечается высокий рост концентрации ТБ сыворотки крови, которая в 3–4 раза превышала показатели нормы. Благодаря полученным данным ТБ в динамике и в комплексе с УЗИ-диагностикой, 38 больным были своевременно проведены малоинвазивные операции.

Динамическим контролем ТБ и УЗИ оценивалось течение патологического процесса поджелудочной железы. Данные исследования помогли своевременно выявить у 12 больных абсцессы брюшной полости на ранних этапах их появления. В 5 случаях их под контролем УЗИ лапароскопически дренировали, 7 пациентам выполнена лапароскопическая секвестрэктомия поджелудочной железы с дренированием брюшной полости. Из 16 больных второй группы умерло двое, что составило 12,5 %.

**Выводы.** Применение современных методов диагностики КТ, ЯМР, УЗИ в комплексе с лабораторным определением уровня ТБ сыворотки крови дало возможность своевременно диагностировать и мониторировать развитие деструкции поджелудочной железы. Применение на ранних этапах деструктивного панкреатита, лапароскопических, эндоскопических операций и дренирование абсцессов позволило снизить летальность при панкреонекрозе до 12,5 %.



## СРАВНЕНИЕ ДВУХ СТАДИЙНЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Номеровский А. И.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Существуют несколько вариантов оперативного лечения холедохолитиаза, в последнее время наиболее популярным подходом является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ).

**Цель.** Ретроспективный анализ результатов двухстадийных малоинвазивных операций и открытых традиционных.

**Материалы и методы.** Было проанализировано 35 историй болезни пациентов, оперированных по поводу холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и/или холангитом в сочетании с холецистолитиазом во втором хирургическом отделении университетской клиники. Основную группу составили 23 пациента, которым выполнялась ЭПСТ, извлечение конкрементов в условиях областной клинической больницы (куда направлялись пациенты для данного этапа) с последующей лапароскопической холецистэктомией спустя 2–5 сут. Контрольную группу составили 12 пациентов, которым выполнялась традиционная операция — холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохостомия.

**Результаты.** В основной группе у 5 (21,7 %) больных при выполнении ЭПСТ извлечение конкрементов не имело успеха, этим больным впоследствии выполнена традиционная операция, для ЭПСТ-извлечения конкрементов потребовалось от 1 до 4 процедур. Осложнения в виде панкреатитов и кровотечений наблюдались у 3 (13 %) пациентов. Все лапароскопические холецистэктомии выполнены успешно, без послеоперационных осложнений. Средний койко-день составил 9,5 дня. В контрольной группе у 2 (15,4 %) пациентов имелись резидуальные конкременты, потребовавшие ЭПСТ-извлечения, послеоперационные осложнения в виде инфицирования ран и кардиопульмональных осложнений были у 3 (25 %) пациентов. Средний послеоперационный койко-день составил 7–8 дней.

**Выводы.** Двухстадийные малоинвазивные операции имеют преимущество перед традиционными вмешательствами в виде уменьшения частоты возникновения послеоперационных осложнений. Оба метода не могут гарантировать полного извлечения конкрементов.

## НАДАНИЯ ДОПОМОГИ ТА ПЕРЕМІЩЕННЯ ПОРАНЕНОГО У ЗОНІ ОБСТРІЛУ

Коробейникова О. А.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

**Актуальность.** Участь у бойових діях — стрес для будь-якої людини, тим більше для санітрук-

торів, які надають допомогу та переміщують поранених. Санітруктор повинен чітко знати та виконувати заходи, спрямовані на збереження життя пораненим солдатам.

**Мета.** Насамперед, лікар повинен бути впевненим, що рятуючи бійця в зоні обстрілу, він не наражає на загрозу власне життя, адже при наданні допомоги в «червоній зоні» медик знаходиться під вогнем супротивника, що значно обмежує його дії. Важливу роль у цих діях відіграє алгоритм надання допомоги в умовах обстрілу.

Переміщення поранених здійснюють двома найбільш поширеними способами — перетягування та перенесення.

Перетягування використовується для швидкого переміщення пораненого на короткі дистанції (перетягування одним рятівником, двома рятівниками та перетягування волоком).

Перенесення передбачає підняття пораненого із землі. При перенесенні пораненого солдата за допомогою одного рятувальника віддається перевага способу Хауса (перенесення на спині). Якщо поранений у свідомості й може сприяти переміщенню, використовується спосіб підтримування пораненого одним рятувальником.

**Висновки.** Надання допомоги та переміщення пораненого в зоні обстрілу є найважливішим знанням для збереження життя військового та санітруктора.

## ЗАСОБИ МАСОВОГО УРАЖЕННЯ. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА

Смірнова В. В., Толокнова О. І.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

**Актуальність.** Серед заходів першої медичної допомоги є такі, що проводяться у разі виникнення радіаційної, хімічної або бактеріологічної небезпеки (радіаційна або хімічна техногенна аварія, значне розповсюдження особливо небезпечної інфекції або застосування противником зброї масового ураження).

Це так звані заходи медичного захисту, і правильно користуватися ними та надавати медичну допомогу повинен вміти кожен з нас. Медичний захист є складовою частиною комплексу медичних заходів цивільного захисту.

**Мета.** На основі прогнозування можливої небезпеки для здоров'я людей запобігти дії факторів ураження іонізуючого випромінювання, отруйних речовин й біологічних засобів або послабити їх.

**Практична значущість.** Засоби медичного захисту призначені для профілактики та надання допомоги населенню, що постраждало від надзвичайних ситуацій. За їх допомогою можна врятувати життя людей, повністю запобігти або значно знизити дію факторів ураження.

**Висновки.** Медичний склад повинен мати чіткі уявлення про місце і значення медичних заходів у загальній системі захисту військ, грамотно взаємодіяти з різними службами й спеціалістами при розв'язанні завдань бойового забезпечення підрозділів.



## СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

М'ястківська І. В., Іздепський В. І.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Сортування — один із найбільш важливих моментів ефективності та своєчасності надання допомоги постраждалим як при масових ураженнях за мирного часу, так і в умовах військових дій.

Сучасне збільшення вогневих і маневрених можливостей військ (сил) призводить до суттєвого підвищення інтенсивності та напруженості бойових дій у ході операцій. Ворогуючі сторони несуть втрати не лише на лінії зіткнення, але й у період зближення, проведення маневру і навіть перебуваючи в тилу. При збільшенні інтенсивності бойових дій відповідно зростає і кількість санітарних втрат.

**Мета.** Вивчення правил та особливостей сортування в умовах військових дій. Масові ураження розподіляються на два типи: Mass Casualty Incident і Multiple Casualty Incident. Сортування проводиться на усіх етапах надання медичної допомоги. Групи сортування: 1 — ургентна (червоні); 2 — пріоритетна (жовті), необхідним є контроль, тому що постраждалі цієї групи можуть дуже швидко перейти до першої групи; 3 — звичайна (зелені); 4 — агонуючі (чорні), у яких поранення несумісні з життям.

### Категорії груп сортування

**Категорія А: екстрені.** Вогнепальне поранення або проникне осколкове поранення грудної клітки, живота або таза; будь-яке поранення, що викликає порушення прохідності дихальних шляхів; будь-яке uszkodження, що викликає порушення дихання; поранені без свідомості; поранені з встановленою спінальною травмою або підозрою на неї; поранені у шоковому стані; поранені з кровотечею, яку важко контролювати; поранені з ЧМТ середньої тяжкості або тяжкою; поранені з опіками більше 20 % від загальної поверхні тіла.

**Категорія В: пріоритетна.** Ізольовані відкриті переломи кісток без кровотечі; поранені з накладеним джгутом; поранені з проникною або серйозною травмою очей; поранені зі значною травмою м'яких тканин без масивної кровотечі; поранені з травмою кінцівок з відсутнім дистальним пульсом; поранені з опіками 10–20 % від загальної поверхні тіла.

**Категорія С: звичайна.** Поранені при свідомості, легка ЧМТ; поранені з вогнепальним пораненням кінцівок з кровотечею, що припинена без накладання джгута; з незначними осколковими пораненнями м'яких тканин; із закритим переломом з наявним дистальним пульсом; поранені з опіками менше 10 % від загальної поверхні тіла.

Прийнято алгоритм START Triage для первинного сортування постраждалих, що базується на цих характеристиках.

**Висновки.** Для дотримання плану медичного забезпечення необхідна чітка координація роботи

всіх представників медичної служби, починаючи від поля бою і до найвищих її рівнів. Координація роботи досягається за рахунок багатьох складових, основною з яких є медичне сортування.

## ОСОБЛИВОСТІ ОГЛЯДУ ПОТЕРПІЛОГО У ЖОВТІЙ ЗОНІ. СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ В БОЙОВИХ УМОВАХ

Якушкін Є. Ю., М'ястківська І. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Сектор укриття в умовах бойових дій у будь-який момент може стати сектором обстрілу, тому обсяг домедичної допомоги скорочується. Огляд пораненого, що знаходиться в умовно безпечному або безпечному місці — в секторі укриття (жовта зона) або в зоні припинення вогню, базується на двох принципах:

1. Адекватна оцінка бойової ситуації та можливість надання допомоги (жовта або зелена зона).

2. Дозвіл від командира на вихід з укриття для допомоги пораненому.

У більшості випадків командири не ризикують давати дозвіл на вихід з укриття для допомоги. Існує думка, що реанімація на полі бою постраждалих від вибуху або проникного поранення, якщо у них немає пульсу, дихання та інших ознак життя, не буде успішною і не повинна починатися. Серцево-легеневу реанімацію (СЛР) не слід проводити за рахунок виконання завдання або відмовляючись у допомозі, необхідній для порятунку життя інших поранених. Тому підготовці та напрацюванню навиків СЛР у тактичній медицині приділяється увага в останню чергу.

### Мета роботи:

1. Висвітлити актуальність надання СЛР в бойових умовах та оновити знання з методики проведення даної маніпуляції.

2. Показати значущість контролю припинення кровотечі, первинного огляду пораненого (визначення ознак життя), швидкого обстеження з ніг до голови (пошук наявних uszkodжень), при необхідності — тимчасового припинення кровотечі, якщо її не було припинено раніше (голова, тулуб), відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів, герметизації ран грудної клітки (при пневмотораксі), підготовки до транспортування пораненого в безпечну зону.

**Висновки.** Обсяг домедичної допомоги у секторі укриття спрямований на більш глибоку оцінку і лікування потерпілого. Поранений і рятувальник знаходяться в дещо менш небезпечній ситуації, умови більш підходять для швидкої оцінки і надання допомоги при травмі. Тим не менш, оцінка та допомога, як і раніше, диктуються тактичною ситуацією. У деяких випадках в секторі укриття потрібно обмежуватися швидкою допомогою при пораненні з очікуванням повторної взаємодії з ворожими силами в будь-який момент.

## ТАКТИЧНА ДОПОМОГА ПОРАНЕНИМ ПІД ОБСТРІЛОМ

Винограденко В. І., Олійник А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі солдатів під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги

**Мета.** Довести, що тактична допомога пораненим під обстрілом полягає у самодопомозі, допомозі пораненому, запобіганні появі нових поранених, виконанні поставленого завдання.

Сектор обстрілу (червона зона) — зона прямого обстрілу зі значним ризиком отримання кульового чи іншого поранення. Допомога на лінії вогню, обстрілу — CUF (Care under Fire) — «червона» зона (умовно безпечне переміщення можливе лише лежачи). Допомога пораненому надається тільки для усунення критичної кровотечі. Ризик додаткового ушкодження від ворожого вогню в будь-який момент є надзвичайно високим як для потерпілого, так і для санітарного інструктора.

Домедичну розширену допомогу в секторі обстрілу надають тільки за наказом командира, оскільки основним пріоритетом у бою є виконання бойового завдання. В окремих випадках, коли дозволяє тактична ситуація, рішення приймають самостійно.

**Висновки.** У секторі обстрілу домедичну допомогу надають у вигляді само- чи взаємодопомоги у відповідності до тактичної обстановки та за відповідними алгоритмами.

## МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Мельник В. О.<sup>1</sup>, Наговіцин О. П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Українська військово-медична академія,  
Київ, Україна*

<sup>2</sup> *Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Медичне сортування має за мету надання невідкладної медичної допомоги у максимально короткий термін щонайбільшій кількості поранених.

Сортування проводить найбільш досвідчений лікар у полі зору, але «ахіллесовою п'ятою» є збереження інформації про поранення при передачі до наступного етапу медичної евакуації (ЕМЕ).

Попереднє сортування проводять на полі, де розгортають майданчики відповідного кольору (білий, зелений, жовтий, червоний, чорний) для уражених різного ступеня. Поранені жодним чином не позначаються, за виключенням форми 100, яку кладуть до нагрудної кишені. Звідти вона легко випадає і губиться або псується позначки та написи.

Після надання невідкладної та першої лікарської допомоги на ураженого заводять обмінну карту за формою 300, де зазначаються характер ураження та обсяг наданої допомоги. Ця картка має

слідувати за людиною до шпиталю 3-го або 4-го рівня надання допомоги, на її основі заводять карту амбулаторного хворого.

Пропонуємо новий метод маркування поранених та уражених при надзвичайних станах та локальних військових діях. Базується він на позначенні кольором за М. І. Пироговим, окрім того, що маркування наноситься на обличчя хворого з міткою про поранену частину тіла. Фарба тримається близько 15 днів, що дозволяє більш точно описати тип і тяжкість поранення на 3-му та 4-му рівнях надання допомоги. Прототип мітки з 6 точок, які розділяє горизонтальна смуга, кожна з яких відображає частину тіла (голова, права та ліва верхні кінцівки вище смуги, тулуб, права та ліва нижні кінцівки нижче смуги). Мітка наноситься на лоб або на щоку пораненого.

Таким чином, бригада військових медиків має можливість надавати невідкладну та першу лікарську допомогу у максимально короткий час, за рахунок більш точного вказання локалізації поранення.

## МЕТОДЫ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Кравец К. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Острый холецистит — острое неспецифическое воспаление желчного пузыря, занимает второе место по частоте возникновения после острого аппендицита; сопровождается большим количеством гнойно-воспалительных осложнений (19–29 % случаев), которые в свою очередь сопровождаются высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальностью (9,4–37 %).

**Цель.** Оценить результаты лечения больных с острым деструктивным холециститом (ОДХ), осложненным гнойным перитонитом, при использовании различных растворов для санации брюшной полости.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 200 больных в возрасте от 37 до 76 лет с ОДХ, осложненным гнойным перитонитом, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Количество больных с местным гнойным перитонитом составило 173 (86,5 %), с диффузным гнойным перитонитом — 27 (13,5 %). В зависимости от применяемого санирующего раствора пациенты были распределены на две группы. Первой группе (n=46) после ЛХЭ санацию брюшной полости проводили физиологическим раствором, во второй группе (n=85) — физиологическим раствором и хлоргексидином, в третьей группе (n=69) после ЛХЭ осуществляли санацию брюшной полости физиологическим раствором и раствором декасана.

**Результаты.** Использование для санации брюшной полости комбинации физиологического раствора и декасана позволило снизить частоту

послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с 5,6 до 2 % по сравнению с группой, в которой применяли физиологический раствор в комбинации с хлорексидином; с 4,5 до 2 % по сравнению с группой, в которой применяли физиологический раствор.

**Выводы.** Применение для санации брюшной полости различных растворов и их комбинаций у больных с ОДХ, осложненным гнойным перитонитом, целесообразно и эффективно.

## ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ БОЙОВОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ

Іванова А. Ю., Овечкіна Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Широке застосування ракетно-артилерійської зброї зумовило виділення вибухових ушкоджень у самостійну категорію, більшість медичних аспектів якої розглядаються як мінно-вибухові поранення.

Збільшення потужності сучасної вибухової зброї і радіуса її дії призвело до появи комбінованих ушкоджень.

За час проведення антитерористичної операції на сході України основою бойових травм стали множинні, поєднані і комбіновані ураження (28,7 %). За структурою переважають травми кінцівок (до 63,9 %). За видом ушкоджувального фактора більша частина бойових травм — це осколкові (61,6 %), вибухові (27,0 %), кульові (9,1 %) та опіки (2,3 %).

У загальному розумінні рана — це відкрита механічна травма. Сучасні вогнепальні рани за зовнішнім виглядом і складністю морфологічної будови є дуже різноманітними. Водночас ці рани мають і загальні особливості. Вогнепальні рани завжди є мікробно забрудненими. Склад мікробів залежить від багатьох причин: характеру й локалізації поранення, наявності в ранах сторонніх тіл, ступеня забруднення шкіри й обмундирування. До сучасної бойової хірургічної травми включаємо вогнепальні кульові та відламкові поранення, мінно-вибухову травму, невогнепальні поєднані травми, поранення вторинними відламками та комбіновані ураження. Структура бойової хірургічної травми залежить від масштабів бойових дій і характеру зброї.

**Мета.** Центральним компонентом лікувального впливу є хірургічна обробка вогнепальної рани. Більшість вогнепальних ран підлягає ранній хірургічній обробці. Основними вимогами надання хірургічної допомоги постраждалим з травмами кінцівок є наступність у послідовному проведенні лікувально-профілактичних заходів та своєчасність їх виконання.

При ранній хірургічній обробці рани негативне значення травматичного набряку зводиться до мінімуму, тому що висічення некротичних мас сприяє нормалізації циркуляції крові та лімфи, відновленню іннервації. Відповідно до діючої воєнної хірургічної доктрини глухий первинний шов після обробки вогнепальної рани не накладається.

Наступність забезпечується єдиними заздалегідь регламентованими та обов'язковими для ме-

дичного персоналу принципами надання хірургічної допомоги та лікування.

**Висновки.** Проблема вогнепальної рани залишається однією з актуальних у воєнній хірургії. Незважаючи на накопичений значний досвід великих і малих війн, початок бойових конфліктів завжди супроводжувався типовими помилками в наданні хірургічної допомоги, зокрема в техніці первинної хірургічної обробки рани. Це пов'язано із недостатніми знаннями більшості хірургів зокрема особливостей вогнепальних поранень, теорії раневої балістики, будови вогнепальних ран, а також індивідуального підходу до їх загального і місцевого лікування. Все це призводить до несприятливих результатів лікування постраждалих.

## НОВИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УШКОДЖЕННЯ ЗВОРОТНИХ ГОРТАННИХ НЕРВІВ У ТИРЕОЇДНІЙ ХІРУРГІЇ

Кресюн М. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Кількість операцій на щитоподібній залозі зростає з різних причин: збільшується кількість раку щитоподібної залози, токсичного зоба. Також зростає кількість повторних операцій. У складних випадках підвищується імовірність травми поворотних гортанних нервів. Розроблені методи ідентифікації нервів, у тому числі фарбування, не є ефективними. Значно кращі результати показав метод інтраопераційного нейромоніторингу.

**Мета.** Розробити новий більш зручний інтраопераційний спосіб ідентифікації поворотних гортанних нервів.

**Матеріали та методи.** З 2014 по 2017 рр. в клініці нами виконано 278 операцій на щитоподібній залозі, з них складні оперативні втручання, при яких ризик травми поворотних гортанних нервів був підвищеним, сягали 48. У зв'язку з цим у 48 випадках нами була застосована оригінальна методика ідентифікації поворотних гортанних нервів.

**Результати.** Під час операції за допомогою запропонованої методики нам вдалося у 26 пацієнтів ідентифікувати поворотні нерви з обох сторін, у 14 випадках — тільки з однієї. У 17 випадках проведена візуальна ідентифікація поворотних нервів, що було підтверджено за допомогою нашого методу. В інших випадках тільки за допомогою нашого методу нам вдалося відрізнити нервову тканину від судини. У 8 пацієнтів ми не змогли провести достеменно ідентифікацію нервів.

Таким чином, із 48 хворих, у яких була висока імовірність ушкодження поворотного гортанного нерва, запропонована методика у 40 (90 %) випадках дозволила запобігти травматизації нервових структур. У післяопераційному періоді нами спостерігався транзиторний парез поворотного гортанного нерву у 5 пацієнтів.

**Висновки.** Новий спосіб нейромоніторингу поворотних гортанних нервів є ефективним, доступним, більш дешевим та інформативним, ніж існуючі аналоги.



## ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РЕСПІРАТОРНИМИ ПРОЯВАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Параняк М. Р., Грубник В. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Одним із найчастіших позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є кашель, а лікувальна тактика при такій клініці захворювання залишається до кінця не виченою.

**Мета.** Порівняння ефективності консервативної терапії та хірургічного лікування пацієнтів з респіраторними проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та грижами стравохідного отвору діафрагми.

**Матеріали та методи.** Було виконано лапароскопічні фундоплікації за Ніссеном 41 пацієнту та 25 пацієнтам проводилась консервативна терапія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Результати лікування були оцінені за допомогою цілодобового рН-моніторингу стравоходу та опитувальника якості життя GERD-HRQL. Також визначали інтенсивність печії за шкалою Likert, інтенсивність нападів кашлю за даними 10-бальної візуальної аналогової шкали, кількісного показника нападів кашлю протягом однієї доби, індексу симптому рефлюксного кашлю.

**Результати та обговорення.** Встановлено достовірно кращий результат ( $p < 0,001$ ) щодо зменшення частоти та інтенсивності кашлю у хворих, яким виконувались лапароскопічні фундоплікації. Регрес типової симптоматики також був кращим ( $p < 0,001$ ) у хворих, яким проводились хірургічні втручання.

**Висновок.** Лапароскопічні фундоплікації — більш ефективний метод лікування респіраторних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в порівнянні з консервативною терапією.

## ТРАНСАНАЛЬНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ПРЯМОЇ КИШКИ

Воротинцева К. О., Лисенко Н. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Рак прямої кишки є поширеним захворюванням у різних країнах світу, він становить 4–5 % від загальної кількості раку і 40–50 % від раку колоректальної локалізації. Попередником раку прямої кишки є аденоматозні поліпи з дисплазією слизової оболонки 1–2-го ступеня. При цьому в 15 % усіх випадків малігнізація настає через 1–3 роки, а у 85 % у термін до 10 років. Отже, протягом 10 років відбувається 100 % малігнізація усіх аденом. Трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЕМ) є мінімально інвазивною хірургічною технікою, яка була розроблена і запропонована німецьким хірургом Buess у 1980-х роках.

**Метою** даного дослідження було вивчення результатів та ускладнень трансанальних ендоско-

пічних мікрохірургічних операцій при різних пухлинах прямої кишки.

**Матеріали та методи.** У період з 2009 по 2017 рр. на базі Одеської обласної клінічної лікарні проведено порівняльне дослідження, що включало 114 пацієнтів, яким були виконані операції ТЕМ. Усім пацієнтам перед операцією виконували МРТ малого таза, ТРУЗД. При цьому у 23 хворих до операції був діагностований рак прямої кишки на ранніх стадіях (Tis, 1-2 N0M0), у 25 пацієнтів після операції у постійних гістологічних препаратах було виявлено тубуло-ворсинчасту аденому з малігнізацією (Tis N0M0), і у 66 пацієнтів — тубуло-ворсинчасті аденоми прямої кишки.

**Результати.** Середня тривалість операції становила 60 хв (від 15 до 240 хв). Конверсія була виконана у 2 пацієнтів через перфорацію прямої кишки. Дефект слизової оболонки вдалося відновити у 27 пацієнтів після повної резекції пухлини, при цьому ускладнень не зареєстровано в жодному випадку. Середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі становила 3,5 дня (від 2 до 14 днів). При спостереженні за 114 пацієнтами з аденомами в строки від 12 до 60 міс. було виявлено 5 випадків рецидиву аденом і 6 випадків раку прямої кишки. При первинному виявленні раку проводилась неoad'ювантна хіміопроменева терапія, яка включала дрібнофракційну неoad'ювантну променеву і регіонарну неoad'ювантну внутрішньоартеріальну хіміоінфузію за схемою FOLFOX. Такий підхід дозволив зменшити пухлинну інфільтрацію та інвазію в стінку кишки, знищити субклінічні метастази в регіонарні лімфовузли, а у 4 випадках зменшити стадію захворювання з T3 до T2, відповідно розширити показання до ТЕМ. При отриманні гістологічної відповіді з постійних препаратів даних щодо малігнізації через 1 міс. після операції проводилась ад'ювантна хіміопроменева терапія за вищевказаною схемою. Від терапії відмовилися 4 хворих, у 2 з них спостерігався рецидив захворювання через 14 і 16 міс.

**Висновки.** Операції ТЕМ є ефективним радикальним методом лікування доброякісних пухлин прямої кишки у ретельно відібраних невеликих до T2 аденокарцином, діаметром 3–4 см. Дані операції супроводжуються низьким відсотком післяопераційних ускладнень, зі збереженням якості життя хворих.

## УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИК ВИКОРИСТАННЯ СІТОК PROGRIP ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ХІАТАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ

Грубник В. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** — вивчення можливості використання сіток ProGrip™, що самофіксуються (виробництво фірма Covidien), для лапароскопічної пластики великих гриж стравохідного отвору діафрагми (ГСОД).

**Матеріали та методи.** Дана робота ґрунтується на ретроспективному аналізі результатів операції у 122 хворих з великими ГСОД. Серед оперо-



ваних хворих чоловіків було 58, жінок — 84. Вік оперованих хворих від 39 до 82 років. Середній вік становив  $(64,8 \pm 11,2)$  року. Із них 48 (39,3 %) пацієнтів мали ознаки ожиріння (індекс маси тіла  $> 35 \text{ kg/m}^2$ ). Віддалені результати вивчалися через 6, 12 і 24 міс. після операції. У всіх хворих через 6 і 12 міс. вивчали 24-годинну рН-метрія стравоходу з обчисленням індексу DeMeester.

**Результати та обговорення.** Сітки ProGrip™ досить швидко проростали власними тканинами і надійно зміцнювали виконану крурорафію. При вивченні віддалених результатів через 6, 12 і 24 міс. після операції тільки в одному випадку виявлено рецидив у групі хворих, у яких крурорафія зміцнювалася сіткою ProGrip™, що самофіксується (0,8 %). Функціональні результати операції у переважній більшості були позитивними. Індекс якості життя до операції — 35, після операції — 9 ( $p < 0,05$ ). 24-годинна рН-метрія показала зниження індексу DeMeester з  $78 \pm 15$  перед операцією до  $13,6 \pm 4,0$  після операції ( $p < 0,01$ ). Порівняння результатів операцій з використанням сітки ProGrip™ з результатами 128 операцій, виконаних зі звичайними поліпропіленовими сітками, показало перевагу використання сіток ProGrip™.

**Висновки.** Перший досвід використання сіток ProGrip™, що самофіксуються, для зміцнення крурорафії показав безпеку і високу ефективність нової методики. Використання сітки ProGrip™ дозволяє в 1,5 рази зменшити час операції та в 5 разів знизити частоту рецидивів після лапароскопічної фундоплекції.

## БЕЗПЕКА НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНИХ ГЕПАРИНІВ У ХІРУРГІЇ

М'ястківська І. В., Якимчук Н. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Серед госпіталізованих пацієнтів венозні тромбоемболічні ускладнення є головною причиною смертей приблизно у 10–12 % усіх випадків.

**Мета.** Дослідження безпечності тромбопрофілактики еноксапарином натрію шляхом вивчення його впливу на імунну систему хворих з помірним ризиком венозного тромбоемболізму, яким виконана лапароскопічна холецистектомія.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 30 хворих із калькульозним холециститом, яким у 2017 р. виконали лапароскопічну холецистектомію. Усі хворі мали помірний ризик розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень. Пацієнтів розподілили на дві групи. У контрольній групі ( $n=15$ ) тромбопрофілактику в післяопераційний період здійснювали оригінальним еноксапарином натрію, в основній ( $n=15$ ) — препаратом Фленокс. Вивчення імунограми проводили до оперативного втручання і на 2-гу добу післяопераційного періоду після призначення еноксапарину натрію.

**Результати.** Між групами дослідження перед призначенням тромбопрофілактики не виявлено статистично значущих відмінностей за показниками імунограми ( $p > 0,05$ ). Це свідчило про гомогенність груп. На другому етапі дослідження показники імунограми (Ig E, Ig A, Ig M, Ig G та лімфо-

цитарний профіль периферичної крові) в обох групах також достовірно не змінювалися ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Статистично значущої відмінності між показниками імунограми в групах застосування «Фленоксу» та оригінального еноксапарину натрію не виявлено, що підтверджує його безпечність. У пацієнтів основної групи (Фленокс) венозних тромбоемболічних ускладнень не було.

## МИНИ-ШУНТИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Николаенко А. Н.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Цель.** Определение эффективности операции мини-шунтирования желудка при лечении больных сахарным диабетом 2 типа.

**Материалы и методы.** Сахарный диабет 2 типа относится к заболеваниям, развивающимся у лиц с избыточным накоплением жировой ткани, имеющих инсулинорезистентность, вследствие чего наблюдается избыточный синтез проинсулина, инсулина и амилина бета-клетками поджелудочной железы.

В результате хирургических операций оказывается воздействие сразу на разные механизмы, способствующие развитию диабета 2 типа.

На сегодняшний день принципы хирургического лечения сахарного диабета 2 типа основаны на опыте применения таких бариатрических операций, как «рукавная» резекция и шунтирование желудка.

Данная операция приводит к клиническому выздоровлению или улучшению у 94 % больных сахарным диабетом 2 типа, что подтверждено итогами II и III Международных конгрессов по хирургическому лечению диабета 2 типа в Нью-Йорке и Сингапуре.

**Выводы.** Наиболее эффективной бариатрической операцией в лечении сахарного диабета 2 типа признана операция мини-шунтирования желудка (mini gastric by-pass).

## ЭМБОЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Носач Р. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** В настоящее время цирроз печени занимает четвертое место среди основных причин смертности лиц старше 40 лет.

Это связано с увеличением процента осложненных, декомпенсированных форм заболевания. Осложненные формы впервые установленного диагноза цирроза печени составляют более 60 % случаев. Наиболее значимым проявлением декомпенсации цирротического процесса печени является синдром портальной гипертензии, в основе патологического механизма которого лежит повышение давления в системе воротной вены, свя-

занное с нарушением портосистемного дренажа крови.

**Цель.** Изучить методику эмболизации сосудов селезенки, ее преимущества, безопасность и осложнения.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в клинике кафедры хирургии № 1 на базе хирургического отделения было успешно проведено 73 операции по поводу портальной гипертензии, а именно эмболизация сосудов селезенки.

С сентября 2017 г. по апрель 2018 г. было прооперировано 5 пациентов. Мы использовали метод «хронической эмболизации». Для артериального доступа выполнялась пункция правой общей бедренной артерии по Сельдингеру под местной анестезией 0,5 % раствором новокаина. При эмболизации использовался стандартный набор катетеров и спирали Гиантурко. Это позволило снизить портальное давление, купировать такие симптомы, как асцит, кровенаполнение варикозно расширенных вен пищевода и желудка, соответственно уменьшается возможность желудочного кровотечения.

**Выводы.** Изучая методику эмболизации сосудов при лечении портальной гипертензии, выявили следующие преимущества: малоинвазивность, хорошая переносимость пациентами, низкий риск осложнений.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПЛАСТИКИ СУХОЖИЛИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Летова Е. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

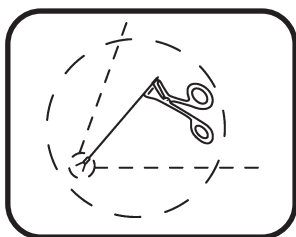
**Актуальность.** Повреждения кисти составляют 25–60 % от всех травм опорно-двигательного ап-

парата. При этом в каждом пятом-шестом случае травма кисти и пальцев осложнена нарушением целостности функционально значимых структур — сухожилий, нервов, костей, суставов.

**Цель.** Сравнить методы реконструктивной операции на сухожилиях, выяснить благодаря какому из них будет лучше восстановлена функция поврежденных пальцев. Усовершенствовать способы наложения сухожильных швов и методы проведения тендопластики.

**Материалы и методы.** С сентября 2017 г. в клинике нами было проведено 11 операций на сухожилиях пальцев рук. Среди них 8 операций было сделано пациентам, получившим острую бытовую травму и обратившимся к нам в течение 4–24 ч после нее; 3 реконструктивные операции выполнили при застарелых повреждениях сухожилий мышц-сгибателей. При этом было выполнено 2 фиксации сухожилия глубокого сгибателя пальца к дистальной фаланге с фиксацией к параоссальным тканям и остаткам поврежденного сухожилия; 6 операций — с наложением внутривольных швов (по Кесслеру, Буннеллу, Кунео). Проведено три тендопластики: 1 — одноэтапная с взятием трансплантата из сухожилия длинной ладонной мышцы и 2 — двухэтапные тендопластики с использованием поливинил-хлоридных стержней с последующей их заменой на сухожильный трансплантат.

**Результаты.** Исходя из проведенных операций и наблюдая за реабилитацией пациентов, можно сделать вывод, что оптимальными сроками для восстановления сухожилий сгибателей принято считать первые сутки. Однако когда имеются рубцово-спаечные процессы на протяжении фибрино-синовиального влагалища (при застарелых травмах) необходимо прибегнуть к выполнению одно- или двухэтапной тендопластики.



## СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ ІІ (ВУЗЬКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА ХІРУРГІЯ ТА ОНКОЛОГІЯ)

Секция хирургии II (узкоспециализированная хирургия и онкология)

Section of Surgery II (Highly Specialized Surgery and Oncology)

---

### ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ХИМИОПЕРФУЗИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКА В СРАВНЕНИИ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЦИТОРЕДУКЦИЕЙ И СИСТЕМНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЕЙ

Четвериков М. С., Четверикова-Овчинник В. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Исходя из статистических данных МОЗ Украины за 2015 г. заболеваемость раком яичника составила 17,2 на 100 тыс. человек и находится на IV месте в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женской репродуктивной системы и на V в структуре смертности от общей онкопатологии.

**Цель.** Продемонстрировать показатели безрецидивной выживаемости и качества жизни у пациенток с местно-распространенным раком яичника при использовании комплексной терапии с радикальным оперативным лечением (РО), системной полихимиотерапией (С-ПХТ) и внутрибрюшной гипертермической химиоперфузией (НІРЕС).

**Материалы и методы.** Объектом исследования были 80 женщин больных местно-распространенным раком яичника (с имплантационными метастазами на париетальной и висцеральной брюшине). Их разделили на 3 группы: I (30 больных) — использована С-ПХТ; II (30 больных) — РО + С-ПХТ; III (30 больных) — РО + НІРЕС + С-ПХТ. Для оценки результатов использовали определенные онкомаркеры СА-125 и НЕ-4, инструментальные методы обследования и определение качества жизни (опросник SF-36).

**Результаты и выводы.** Полученные результаты демонстрируют эффективность комбинированной терапии с использованием НІРЕС в сравнении со стандартными методиками лечения, что позволяет рекомендовать данный метод к применению у пациенток с местно-распространенным раком яичника.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ И БИОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ РАКА ЖЕЛУДКА КАК ПРЕДИКТОР НАЗНАЧЕНИЯ АДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Браиловская В. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Ежегодно в мире регистрируется более 1 млн случаев впервые выявленного рака желудка (РЖ).

**Цель.** Выявление взаимосвязи между гистологическим типом РЖ и иммуногистохимическими характеристиками (ИГХ) РЖ в целях выбора схемы адьювантной полихимиотерапии (ПХТ).

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе абдоминального онкохирургического отделения КУ «ОООД». Сформированы 2 группы больных: 1) исследуемая (5 пациентов, с ИГХ-исследованием удаленного макропрепарата); 2) контрольная (22 пациента, с гистологическим исследованием макропрепарата). Определена средняя продолжительность жизни и общая выживаемость для обеих групп: 1) 6,2 мес., 100 % (декабрь 2017 г.); 2) 15,4 мес., 83,3 % (за год).

**Результаты.** В исследуемой группе 1 пациент с высокодифференцированной (G1) аденокарциномой (АК) желудка — по ИГХ в клетках опухоли выражена экспрессия Е-кадгерина (генетически стабильный РЖ, слабочувствительность опухоли к препаратам флуопиримидинов), онкопротеина р53(3+) (хромосомно-нестабильный РЖ); 4 пациента с низкодифференцированной (G3) АК желудка — по ИГХ положительная реакция на MLH1, MSH2 (РЖ с микросателлитной нестабильностью — низкая чувствительность к 5-фторурацилу, препаратам платины). В контрольной группе пациенты с АК распределились так: G1 — 2, G2 — 6, G3 — 14. Пациенты с АК G1 проходили курсы адьювантной ПХТ с включением 5-фторурацила.

Большинство пациентов с АК G3 получили курсы адьювантной ПХТ по схеме XELOX.

**Выводы.** Согласно проведенным параллелям между гистологическим типом опухоли и экспрессией молекулярных маркеров РЖ, в большинстве случаев можно определить: 1) генетически стабильный РЖ представлен АК G1; 2) РЖ с микросателлитной нестабильностью соответствует АК G3.

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЧЕСКОЙ АБЛЯЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Музыка В. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

С внедрением в гинекологическую практику гистерорезектоскопических технологий стало возможным выполнение органосохраняющих операций — абляции эндометрия при гиперпластических процессах эндометрия.

**Актуальность.** Предполагаемая эффективность абляции/резекции эндометрия для лечения гиперпластических процессов (полипозов) слизистой оболочки матки у пациенток с повышенным риском развития онкологической патологии далеко не так высока, как принято считать, а вероятность развития рецидива составляет от 15 до 30 %. Отсутствие 100 % эффективности абляции эндометрия, выражающейся в сохранении его ткани, требует изучения строения, патоморфологических особенностей и возможностей клинических методов диагностики патологических процессов ИОМТ для уточнения критериев отбора больных, подлежащих абляции слизистой оболочки матки.

**Цель.** Усилить динамическое наблюдение и настороженность специалистов в отдаленном послеоперационном периоде для раннего выявления возможных рецидивов заболевания.

**Вывод.** Все клинические случаи свидетельствуют о высокой вероятности развития рецидива после гистерорезектоскопической абляции эндометрия в виде рака тела матки. При этом вероятность такого рецидива намного выше, чем ее принято считать.

### ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ (НИРЕС) НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ КАНЦЕРОМАТОЗОМ БРЮШИНЫ

Линькевич В. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Канцероматоз брюшины — часто встречающийся вариант метастазирования при IV стадии злокачественных новообразований кишечника, яичников, молочной железы и мезотелиомы. На сегодняшний день новаторским методом является процедура НИРЕС.

**Цель.** Сравнение влияния НИРЕС и стандартной ПХТ на продолжительность жизни больных канцероматозом брюшины.

**Материалы и методы.** Всего в исследование включено 47 человек, оперированных по поводу канцероматоза брюшины в период 2015–2017 гг. Исследование включало только радикально или условно-радикально прооперированных больных. Средний возраст ( $54,9 \pm 10,5$ ) года, мужчин — 14, женщин — 33.

**Результаты.** Применение внутрибрюшной гипертермической химиооперфузии в комплексе с циторедукцией, по сравнению со стандартной ПХТ, напрямую коррелирует с увеличением продолжительности жизни и уменьшением постхимиотерапевтических цитотоксических эффектов.

**Выводы.** При отсутствии распространения опухолевых клеток за пределы брюшной полости внутрибрюшная гипертермическая химиооперфузия в комплексе с циторедукцией является процедурой выбора при лечении канцероматоза брюшины на сегодняшний день.

### СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Атанасов Д. В., Лысаченко В. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Согласно историческим данным, летальность после операций при раке прямой кишки в 30-е годы XX в. составляла 80 %, в 50-е — 14–16 %.

**Цель.** Продемонстрировать ключевые технические аспекты выполнения хирургических вмешательств, которые существенно снижают риск послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** В 2015–2017 гг. в ЦРВМ (УК) ОНМедУ по поводу рака прямой кишки прооперирован 71 человек. Из этих вмешательств 32 выполнено лапароскопически. Считается, что для успешного проведения эндоскопической операции необходимо соблюдение определенных правил: принципа «футлярности»; принципа нейросбережения; выполнение достаточной мобилизации; использование методов улучшения обзора мезоректального пространства; использование минимального количества кассет при пересечении кишки; сохранение достаточного кровоснабжения области анастомоза; необходимость формирования превентивной разгрузочной илеостомы; выполнение «бابل-теста». Соблюдение принципов концепции “Fast Track” проводится селективно.

**Результаты и выводы.** Из прооперированных пациентов у 7 (22 %) возник анастомозит с последующим развитием стеноза у 3 (10 %) больных, несостоятельность анастомоза у 2 (7 %) больных, кровотечение у 1 (4 %) больного. Изложенные принципы создают благоприятные условия для неосложненного течения послеоперационного периода, что улучшает качество жизни больных и сокращает срок до начала адьювантной химиотерапии.



## ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ РОЗШИРЕНОЇ ПРОГРАМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ІЗ ВТОРИННИМ УРАЖЕННЯМ КІСТОК ТАЗА

Морозова Г. Д.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Рак передміхурової залози (РПЗ) одна з найбільш поширених патологій, яка посідає 3-тє місце в структурі захворюваності на рак серед чоловіків, за даними Національного інституту раку. Варто відзначити, що при метастатичній формі даного захворювання частіше виявляється вторинне ураження кісток скелета.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз ефективності методів лікування, вивчити доцільність розширення програми і можливостей паліативної дистанційної променевої терапії (ДПТ) у хворих із вторинними змінами в кістках таза.

**Матеріали та методи.** На базі ВДПТ ООД з січня 2016 р. здійснюється лікування хворих із верифікованим раком простати із вторинними змінами в кістках таза. До першої групи увійшли хворі, які отримували ДПТ із послідовним скороченням обсягів опромінення (від опромінення усього таза на першому етапі до послідовного скорочення обсягу опромінення на другому етапі до локального) в режимі динамічного фракціонування на фоні гормонотерапії. Друга група — хворі, які отримали паліативну ДПТ на кістки таза в комбінації з гормонотерапією. Третю групу сформували пацієнти, єдиним методом лікування яких була гормонотерапія.

**Висновки.** Аналіз результатів показав ефективність використання даної програми при генералізованому РПЗ у 92 % хворих. Паліативна ДПТ із сегментарним опроміненням таза значно покращує якість життя хворих і збільшує його тривалість.

## КОМБІНІРОВАНА ТЕРАПІЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЇ ЖЕЛЕЗЫ (ТУР + ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ + ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ) У ПАЦІЄНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЇ ГРУППИ

Химичук Т. Н., Ілющенко С. Ю.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Середній вік пацієнтів з местно-распространеним раком предстательної залози становить 60–70 років. На сьогоднішній день середня тривалість життя чоловіків в Україні — 66,8 років. Пацієнти старшої вікової групи є отягощеними соматичним статусом, хронічною мікційною недостаточністю (ХМН), хронічною нирковою недостаточністю (ХПН), не підлягають радикальній простатектомії. Однак проведення телегамматерапії по ра-

дикальній програмі підвищує виживаемість у пацієнтів даної групи.

**Цель.** Изучить выживаемость пациентов с местно-распространенным раком предстательной железы после лучевой терапии (на фоне максимальной адrenaловой блокады) в сравнении с комбинированной терапией (ТУР + лучевая терапия (ЛТ) + гормонотерапия).

**Матеріали и методы.** В исследовании приняли участие 60 пациентов (30 лучевая + гормонотерапия и 30 ТУР + ЛТ + гормонотерапия) возрастом 71 год ( $\pm 10$  лет) II–III стадии РПЖ. Оценка прогрессирования опухолевого процесса проводилась по уровню ПСА у пациентов данной выборки.

**Результаты и выводы.** Проведение немедленной ЛТ по радикальной программе у пациентов с ХМН и ХПН, на фоне постоянного дренирования мочевого пузыря, негативно влияет на качество и продолжительность жизни. Применение немедленной ТУР у пациентов данной группы увеличивает риск генерализации процесса. Неоадьювантная гормонотерапия с проведением последующей ТУР предстательной железы после снижения уровня общего ПСА ниже 10 нг/мл и проведением последующей лучевой терапии является оптимальным вариантом терапии РПЖ у пациентов старше 70 лет.

## ВАРІАНТИ УРАЖЕНЬ СЕРЕДНЬОГО ВУХА ПРИ ГОСТРИХ РИНОСИНУСИТАХ

Онисович К. І., Бондар К. Г.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Мета.** Вивчення структури функціональних, запальних та запальних уражень порожнин середнього вуха при різних формах гострих риносинуситів (ГРС) у дорослих і дітей.

**Матеріали і методи.** Групи дослідження: I група — 145 хворих (81 дорослий і 64 дитини у віці від 5 до 18 років) з гострим вірусним риносинуситом (ГВРС), II група — 106 хворих (68 дорослих і 38 дітей) з гострим поствірусним риносинуситом (ГПРС), III група — 83 хворих (59 дорослих і 24 дитини) з гострим бактеріальним риносинуситом (ГБРС). Усім хворим проводилося ендоскопічне дослідження ЛОР-органів, загальноклінічне дослідження, аудіометрія, тимпанометрія.

**Результати.** Серед 81 дорослого хворого I групи у 2 (2,4 %) діагностовано гострий середній отит (ГСО) та 1 (1,2 %) тубоєвстахеїт (ТЕ). Із 64 хворих дітей I групи 6 (9,4 %) мали ГСО та 6 (9,4 %) — секреторний отит (СО). З-поміж 68 дорослих хворих II групи 12 (17,6 %) мали ТЕ та із 38 хворих дітей II групи 18 (47,4 %) — СО і 12 (31,6 %) — ГСО. З 59 дорослих хворих III групи 13 (22,03 %) мали ТЕ і 9 (15,3 %) — ГСО. Серед 24 хворих дітей III групи 6 (25 %) мали СО та 5 (20,8 %) — ГСО.

**Висновки.** 1. У дорослих хворих на ГВРС ураження середнього вуха виявляється у вигляді ГСО та СО — 2,4 та 1,2 % відповідно при  $p > 0,01$ . 2. Найбільш поширеними ураженнями середнього вуха у дітей при всіх формах ГРС є СО та ГСО: 47,4 та

31,6 % при ГПРС відповідно при  $p < 0,01$  і 25 та 20,8 % при ГБРС відповідно при  $p < 0,05$ . 3. ТЄ — провідне ураження середнього вуха у дорослих, хворих на ГРС: 17,6 % при ГПРС та 22,03 % при ГБРС,  $p < 0,05$ .

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІТРЕКТОМІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ НА РІЗНИХ СТРОКАХ ЗВЕРНЕННЯ ПАЦІЄНТІВ**

**Різванюк В. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Нині серед причин сліпоти та інвалідації осіб працездатного віку 2–9 % становлять відшарування сітківки.

**Мета.** Вивчити ефективність вітректомії при регматогенному відшаруванні сітківки в залежності від строків звернення пацієнтів.

**Матеріали та методи.** В період 2016–2018 рр. до ВКМЦ ПР звернулися 123 хворих з діагностованим регматогенним відшаруванням сітківки. Обстежувані були розділені на 2 контрольні групи: 1-ша група — 37 пацієнтів, які звернулись до 10-го дня після виникнення захворювання; 2-га група — 86 пацієнтів, які звернулись на 11–30-й день хвороби. Усім хворим було проведено комплексне обстеження та оперативне лікування (23G трансциліарна трипортова вітректомія, пневморетинопексія, ендолазеркоагуляція з газовою тампонадою 20 % СЗФ8).

**Результати.** Контрольний огляд хворих проводився через місяць після розсмоктування газу. Кількість рецидивів відшарування сітківки після проведення вітректомії: у 1-й групі — відсутні, у 2-й групі — 8 %.

**Висновки.** Вітректомія є основним та найбільш ефективним методом лікування розповсюдженого регматогенного відшарування сітківки сьогодні. Одержані результати показали, що після 10-го дня з моменту виникнення захворювання починається наростання процесів проліферативної вітреоретинопатії, що є основною причиною рецидиву відшарування при вдало виконаному первинному оперативному втручанні згідно з даними, отриманими у пацієнтів, які звернулись за медичною допомогою на ранніх строках захворювання. Отже, рецидив відшарування сітківки виникає на 10 % частіше, якщо оперативне лікування виконувалося в термінах більше 10 діб.

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ СУСПЕНЗІЇ БЕТАМЕТАЗОНУ ПРИ ГОСТРІЙ ШЕМІЧНІЙ ОКЛЮЗІЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ВЕНИ СІТКІВКИ**

**Бурдейна А. І., Лесневська А. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Окклюзія центральної вени сітківки (ЦВС) становить близько половини всієї судинної патології

органа зору і нерідко є причиною інвалідності, незважаючи на проведене лікування.

**Метою** нашої роботи було вивчення ефективності та безпеки інтравітреальної ін'єкції суспензії бетаметазону у пацієнтів з гострою ішемічною оклюзією ЦВС.

Під спостереженням знаходилися 24 пацієнти (24 ока) у віці від 42 до 68 років з гострою ішемічною оклюзією ЦВС, які звернулися в термін від 2 днів до 2 тиж. після початку захворювання. Морфометричний аналіз товщини сітківки в макулі та оцінка вистояння набряку диска зорового нерва проведені методом спектральної оптичної когерентної томографії на апараті “SOCT Cornepicus, Optopol”.

Інтравітреальну ін'єкцію 0,05 мл суспензії бетаметазону проводили після нормалізації показників артеріального тиску з подальшим веденням хворих згідно із затвердженим протоколом, що включає застосування антикоагулянтів, фібринолітиків, антиагреганти і мембраностабілізуювальні препарати.

Аналіз проведених досліджень гостроти зору і оцінки морфометричних показників сітківки та диска зорового нерва показав високу ефективність і безпеку ранньої інтравітреальної ін'єкції суспензії бетаметазону при ішемічному типі оклюзії ЦВС, що підтверджується відсутністю випадків токсичних ускладнень, підйомів внутрішньоочного тиску і посилення помутнінь кришталика в постін'єкційному періоді у всіх хворих.

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТИКОЛІНУ У ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ**

**Лабунська В. Р., Гулавська І. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Глаукома — це хронічне дегенеративне захворювання, що впливає на зоровий нерв і характеризується прогресивною втратою гангліонарних клітин сітківки та їх аксонів, тому створення нових методик лікування глаукоми, сфокусованих на нейропротекції, є актуальним.

**Мета** даного дослідження — оцінка нейропротекторної дії цитиколіну при різних формах його застосування.

Під спостереженням було 22 хворих на відкритокутову глаукому (44 ока). Усі хворі були розподілені на 3 рівноцінні за зоровими показниками групи. У I групі цитиколін застосували перорально, 500 мг 3 рази на день протягом 30 днів. У II групі хворі одержували цитиколін у вигляді очних крапель ОМК1 3 рази на день протягом місяця. У III групі цитиколін призначали протягом місяця перорально і ще місяць у вигляді очних крапель.

**Результати** лікування оцінювали за даними поля зору (ПЗ) з боку носа та показниками електричної чутливості зорового нерва за фосфеном (ЕЧЗНФ). У всіх трьох групах хворих підвищувалися зорові функції. Покращення ПЗ та

ЕЧЗНФ зберігалося при пероральному прийомі цитиколіну до 4 міс., при закапуванні в очі — до 3 міс., а при комбінованому застосуванні — до 6 міс.

Таким чином, цитиколін у формі очних крапель покращує і стабілізує зорові функції і може бути рекомендований до широкого використання у хворих на глаукому з метою профілактики та лікування глаукомної нейропатії. Найбільш виражена нейропротекторна дія при глаукомі спостерігається при комбінованому застосуванні цього препарату у формі таблеток перорально протягом місяця з подальшим закапуванням очних крапель також протягом місяця, повторні курси лікування рекомендується проводити через 5–6 міс.

### ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКУ

**Буравцев-Давидов Н. А., Чумак Р. Р.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Рання діагностика порушень моторно-евакуаторної функції кишечника запобігає розвитку можливих ускладнень і спайкової непрохідності кишечника у дітей з апендикулярним перитонітом.

**Мета.** Об'єктивізація рухової функції кишечника.

**Матеріали та методи.** З метою об'єктивізації рухової функції кишечника нами запропонований метод реєстрації перистальтичних шумів, посилення і перетворення їх у графічне зображення шляхом використання інтестинофонографа. Під час дослідження умовно виділяються окремі види шумів різноманітної інтенсивності: «перекати», «бульбашки», «сплески» на тлі постійного шуму руху хімусу, що набуває графічного відображення в сигналах різної амплітуди. Для зручності аналізу графічного зображення рухової активності кишечника ми виділили моторні «комплекси». Частота появи комплексів різна у зонах проекції і відповідає активності перистальтики кишечника. Для визначення умовно прийнятого еталона нормальної рухової активності кишечника нами проведений аналіз графічного зображення моторики кишечника 20 пацієнтів (7–14 років), у яких відмічено щоденне самостійне випорожнення і були відсутні скарги на біль у животі або захворювання шлунково-кишкового тракту. Інтестинофонограма цих пацієнтів прийнята за умовний еталон норми. До 2-ї групи увійшли 20 дітей такого ж віку, у яких була порушена перистальтика кишечника після абдомінальних операцій. Проведений запис рухової активності кишечника в залежності від стадії парезу. При відновленні моторно-евакуаторної функції кишечника графічне зображення наближалось до умовно прийнятого еталона.

**Результати.** Таким чином, застосування інтестинофонографа дозволяє об'єктивізувати мотори-

ку кишечника з метою ранньої діагностики порушення рухової активності кишечника та її своєчасної корекції, а також контролювати відновлення перистальтики у цієї категорії хворих під впливом різних лікувальних чинників.

### ДОСВІД КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ DIAMOND SHAPE-АНАСТОМОЗУ

**Баталова А. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Вроджена дуоденальна непрохідність є однією з частих причин високої кишкової непрохідності. Найбільш часті варіанти даної патології — атрезія дванадцятипалої кишки (ДПК), анулярна підшлункова залоза та артеріо-мезентеріальна непрохідність (наявність аберантної судини). Найбільш широко використовуваною методикою корекції даної патології є накладання дуодено-дуоденоанастомозу «кінець-у-кінець» та обхідного єюно-дуоденоанастомозу. Однак вищезазначені методики можуть мати ускладнення у вигляді стенозу анастомозу. Для запобігання розвитку стенозу було модифіковано дуодено-дуоденоанастомоз «кінець-у-кінець» в diamond shape-анастомоз. Сенс модифікації полягає в тому, що привідну та відвідну петлі ДПК розтинають поздовжньо в перпендикулярній площині відносно одна до одної, при накладанні однорядного кишкового шва утворюється анастомоз у вигляді ромба, просвіт якого ширший за розмір ДПК.

З 2014 по 2017 рр. в Одеській обласній дитячій клінічній лікарні (ООДКЛ) з приводу дуоденальної непрохідності було прооперовано 27 дітей. У 19 випадках було проведено накладання diamond shape-анастомозу, у 8 випадках — єюно-дуоденоанастомозу (зумовлено наявністю анулярної підшлункової залози). При накладанні diamond shape-анастомозу розпочинали поїти дітей на  $(4,0 \pm 1,2)$  доби, годувати — на  $(6,0 \pm 0,7)$  доби. Ускладнень з боку анастомозу не виявлено. Для порівняння було проведено аналіз випадків хірургічного лікування дуоденальної непрохідності в період з 2009 по 2013 рр. в ООДКЛ. Усього було прооперовано 32 дитини, з них 21 випадок накладання класичного дуодено-дуоденоанастомозу «кінець-у-кінець», 8 — дуодено-єюноанастомоз, 3 — ентеротомія з ушиванням в поперечному напрямку (мембрана дванадцятипалої кишки). При даних формах оперативного втручання розпочинали поїти дітей на  $(7,0 \pm 2,4)$  доби, годувати — на  $(9,0 \pm 2,2)$  доби. З-поміж ускладнень у трьох випадках відмічався розвиток стенозу анастомоза.

З отриманих даних можна зробити висновки, що накладання diamond shape-анастомозу є оптимальним вибором хірургічного лікування дуоденальної непрохідності, що позитивно позначається на ранньому відновленні дітей та мінімізації постоперативних ускладнень.



## ПЕРЕВАГА МАЛОІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИМИ ІНФІЛЬТРАТАМИ

Юнаш Т. П., Арахамія Т. Р.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Післяопераційні інтраабдомінальні ускладнення у дітей з апендикулярним перитонітом сягають 30–35 % невідкладних лапаротомій.

**Мета:** вивчити відмінності проявів та перебігу післяопераційних інтраабдомінальних інфільтратів (ПІ) у дітей в залежності від способу первинного оперативного втручання.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз клінічних проявів та перебігу ПІ у 152 дітей, які лікувалися у хірургічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні м. Одеса. Локальні специфічні ознаки ПІ не залежали від способу первинного оперативного втручання — лапаротомії або лапароскопії. Провідною ознакою при виникненні ПІ у всіх хворих були суб'єктивний та провокований біль у животі (152 пацієнти; 81,7 %), симптом пальпованої «пухлини» (152 пацієнти; 81,7 %), локалізація яких достовірно вказувала на топіку інтраабдомінального інфільтрату і частіше у 4 рази біль спостерігався праворуч (124; 66,7 %), ніж внизу живота (28; 15,1 %) при інфільтраті малого таза. Подразнення очеревини та *defense musculare* були наявні тільки при абсцедуванні ПІ над місцем його локалізації, у цілому виявлялися частіше праворуч у 2,5 рази, ніж внизу живота.

**Результати.** Кількість ускладнень залежить від первинного способу втручання: серед дітей групи контролю в 1,7 разу більше ускладнень спостерігалось при відкритому способі хірургічного втручання (61,5 %) у порівнянні з лапароскопічним способом (36,8 %); у дітей з групи порівняння при малоінвазивному втручанні ускладнень виникло в 2 рази менше (9,5 %), ніж у дітей з відкритою лапаротомією (21,9 %). Як показали наведені безпосередні результати, у дітей, первинно оперованих лапароскопічно, взагалі у півтора рази було менше ускладнень, тобто первинне ощадливе втручання у цілому приводило до покращання перебігу захворювання.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

Габінет К. М., Костюк О. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Дивертикул Меккеля (ДМ) — вроджена вада розвитку кишечника, що виникає внаслідок порушення інволюції жовчної протоки. Являє собою випинання в клубовій кишці на відстані 60–100 см і містить усі елементи стінки тонкої кишки. У 50 % усіх випадків у ДМ виявляється ектопована слизова оболонка шлунка (80 %) та тканини підшлункової залози (5 %), а 15 % — мікст

обох типів тканин. Наявність ДМ може провокувати виникнення гострих процесів черевної порожнини. Найпоширенішим ускладненням є кровотеча внаслідок пептичної виразки (22 %). Серед інших ускладнень ДМ — дивертикуліт, странгуляційна кишкова непрохідність, пухлини дивертикула. Лікування ДМ виключно хірургічне і включає в себе резекцію ділянки клубової кишки, на якій розташований ДМ, з накладанням анастомозу «кінець-у-кінець». Ця операція зумовлена можливістю розповсюдження ектопованої тканини на всю стінку дивертикула. Також проводиться кисетно-лігатурна дивертикулектомія за Шурином. Більшість хірургів вважає, що доцільним є виконання резекції ділянки кишки з дивертикулом внаслідок зазначених вище причин.

**Мета.** Визначити достовірну різницю виникнення післяопераційних ускладнень та рецидивів кровотечі при різних методиках видалення дивертикула Меккеля.

**Матеріали та методи.** У період з 2012 по 2016 рр. в Одеській обласній клінічній лікарні (ОДКЛ) було проліковано 26 дітей з діагнозом ДМ. За ургентними показаннями на першу добу перебування в стаціонарі було оперовано 22 дитини. У 4 випадках операції відкладені більше ніж на 24 год, показаннями була кровотеча, що тривала. У 21 випадку було виконано висічення ДМ з накладанням анастомозу, у 5 — дивертикулектомія.

**Результати.** Тривалість операції в середньому становила ( $116 \pm 5$ ) хв, якщо виконано накладання анастомозу, та ( $47,2 \pm 5,0$ ) хв у разі проведення ізольованої дивертикулектомії. На етапі постоперативного періоду ускладнень не відмічалось у жодному випадку. Щодо особливостей постоперативного лікування, то спостерігалися відмінності при різних методах висічення: видалення з анастомозом потребувало ведення хворого з повним парентеральним харчуванням протягом ( $4,2 \pm 0,6$ ) доби, призначення трьох антимікробних препаратів, перебування в реанімаційному відділенні ( $5,5 \pm 1,0$ ) доби та тривалого загального періоду госпіталізації — ( $15 \pm 2$ ) днів. Дивертикулектомія навпаки характеризувалась раннім початком ентерального харчування на ( $1,0 \pm 0,5$ ) добу, призначенням одного антибактеріального препарату, такі діти не потребували перебування у відділенні анестезіології та реанімації, а загальний період госпіталізації становив ( $6,4 \pm 0,8$ ) доби.

З метою дослідження якості життя оперованих дітей у віддаленому періоді нами розроблено опитувальний лист. Проведено телефонне опитування батьків дітей згідно з цим листом. Також проведено телефонне опитування батьків дітей, що знаходились на лікуванні з приводу пахвинної грижі (контрольна група) При порівнянні результатів опитування вдалося виявити, що якість життя дітей, оперованих з використанням різних методик видалення дивертикула не відрізняється.

**Висновки.** Менш травматичні методи видалення дивертикула Меккеля є оптимальним варіантом оперативного лікування, бо дозволяють скоротити період стаціонарного перебування на ( $333 \pm 111$ ) днів, зменшити необхідність у масивній ан-



тибактеріальній терапії та розпочинати раннє ентєральне харчування (на 1–2 дні), що позитивно позначається на відновленні хворого.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Грибач М. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Наличие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов, подвергшихся некардиальным хирургическим вмешательствам, увеличивает риск развития периоперационных сердечно-сосудистых осложнений.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 28 пациентов с промежуточным и высоким (III–IV) сердечно-сосудистым риском, которым выполнялись плановые операции на органах ЖКТ. Все пациенты распределены на две группы: 1-я (n=10) — операции выполнены в условиях мультимодальной анестезии (общее обезболивание и эпидуральная анестезия), в послеоперационном периоде использовалось сочетание пролонгированной эпидуральной анестезии (0,25 % р-р бупивакаина) с введением НПВП и наркотических анальгетиков. У пациентов 2-й группы (n=19) операции выполнены под общим обезболиванием, послеоперационное обезболивание включало комбинацию НПВП, спазмолитиков и опиоидов. Проводился контроль основных показателей гемодинамики, а также системы гемостаза методом низкочастотной пьезоэлектрической тромбозластографии, выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде, оцененные по ВАШ.

**Результаты и выводы.** У пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, наблюдались лучшая антиноцицептивная протекция, меньшие колебания среднего артериального давления и ЧСС, уменьшение расхода препаратов для общей анестезии, симптоматического лечения и послеоперационного обезболивания, снижение числа кардиологических осложнений, уменьшение частоты гиперкоагуляционных состояний.

## ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Сажин Д. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Каждый год в мире заболевания репродуктивной системы диагностируются более чем у 700 000 человек. У 8,35 % пациентов с заболеваниями репродуктивной системы легочная эмболия была причиной смерти, а у 43 % — предпосылкой для других фатальных осложнений.

**Материалы и методы.** В исследование вошли результаты хирургического лечения 56 пациенток

после гистерэктомии. Состояние гемостаза контролировалось 12 стандартными биохимическими тестами, а также новым инструментальным методом — низкочастотной пьезоэлектрической тромбозластографией, предоперационно, интраоперационно и ежедневно в течение 10 дней после операции. Все пациентки получали дезагрегантную терапию в течение 3 дней до и 3 дня после операции. Профилактика тромбоза в группе 1 (n=26) проводилась ацетилсалициловой кислотой (75 мг в день); группа 2 (n=30) получала пентоксифиллин (100 мг в день).

**Результаты и обсуждение.** У всех пациенток, вошедших в исследование, до операции в системе гемостаза проявлялся сдвиг в сторону гиперкоагуляции и ингибирования фибринолиза. Во второй группе на фоне применения пентоксифиллина показатели свертывающей системы крови позволяли судить о снижении активности коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарных звеньев в сравнении с первой группой. На пятый день состояние гемостаза в обеих группах было сопоставимо — гипоагрегация, умеренная гипокоагуляция, нормальная активность фибринолиза.

**Заключение.** Использование пентоксифиллина позволяет улучшить показатели системы гемостаза в послеоперационном периоде у пациенток, которым была выполнена полная гистерэктомия.

## ТРОМБОТИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ. СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ

Сухонос Р. Е.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Снижение избыточной массы тела у пациентов с болезненным ожирением с индексом массы тела (ИМТ)  $\geq 35$  при бариатрической хирургии имеет высокий риск тромбоземболических осложнений. Тучность мешает внутренним и внешним путям коагуляции, а также антикоагулянтным механизмам, что приводит к гиперкоагуляционному состоянию. Развитию тромбоземболических осложнений способствуют: расширение сферы хирургического вмешательства, продолжительность операции и послеоперационная иммобилизация, использование общей анестезии.

**Методы.** Гемостатическая система была изучена у 55 пациенток с ИМТ  $> 35$ , получивших при условии оперативное лечение в отделении бариатрической хирургии. Все пациентки были разделены на группы в зависимости от метода терапии: 1-я группа (n=25) получала эноксапарин натрия 0,1 % 0,2 мл подкожно каждые 12 ч и пентоксифиллин 100 мг каждые 12 часов в течение двух дней до операции. Группа 2 (контрольная) — 30 человек с ИМТ  $> 35$ , которые до операции не получали специальной профилактической терапии. Изучение системы гемостаза проводилось с помощью низкочастотной пьезоэлектрической тромбозластографии (НПТЭГ) сразу же после госпитализации и через 1–3 дня после операции.

**Результати.** У пацієнтів 1-й групи на 5-й день в соответствии с НПТЭГ параметри коагуляції та фібринолізу мають надійну тенденцію к зниженню і зменшують активність індексу фібринолізу до нормальних, еталонних значень. В результаті у пацієнтів 1-й групи не було тромботических ускладнень, а у пацієнтів 2-й групи було 2 епізода тромботических ускладнень.

**Висновки.** Іспользование натрія еноксапаріна в сочетании с пентоксифіліном може знизити тяжкість порушень свертывання крові у пацієнтів с ожирением благодаря комплексному воздействию на все звеня системи гемостаза.

### ЗМІНИ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Потапчук Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Різні періоди травматичної хвороби характеризуються протилежними за своїм напрямком змінами у системі гемокоагуляції. Ефективність терапії залежить від швидкого та точного аналізу системи гемостазу та своєчасного прийняття рішень.

**Методи.** У роботі було вивчено 68 випадків травматичної хвороби на тлі скелетної політравми. Терапія проводилась згідно з чинними локальними протоколами. Усім пацієнтам проводили аналіз згортальної системи крові стандартними біохімічними тестами, а також за новим методом — низькочастотною п'єзоелектричною гемівіскозиметрією (НПТЕГ) одразу після госпіталізації та щодня протягом двох тижнів після травми. Дані лабораторних та інструментальних методів були порівняні між собою та проаналізовані.

**Результати.** За результатами НПТЕГ, перший період травматичної хвороби був представлений типовою картиною системи гемостазу при крововтраті. У другому періоді травматичної хвороби у 70,5 % випадків спостерігалася гіпофібриногенемія зі зниженням агрегатної та коагуляційної ланок гемостазу, з прискоренням фібринолізу у середньому на 46,75 % порівняно з нормою. У третьому періоді хвороби ці зрушення зберігалися у 21,3 % хворих, а в решті спостерігалась гіперфібриногенемія з подовженням фібринолітичної активності майже вдвічі. У всіх пацієнтів виявлено депресію протизгортальної системи і наявність схильності до антикоагулянтних зсувів системи гемостазу. У 4-й стадії майже в усіх випадках виявлено гіперкоагуляцію з адекватним фібринолізом, депресію проти згортання та активацію тромбоцитарної ланки.

**Висновки.** Метод низькочастотної п'єзоелектричної гемівіскозиметрії може бути використаний у терапії травматичної хвороби завдяки швидкому аналізу усіх ланок згортальної системи крові та достовірності представлених даних.

### ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ТРОМБОГЕМОРАГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВАГІТНИХ З ТЯЖКОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Володичев Д. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Преєклампсія посідає 2–3-тє місце в структурі материнської смертності за даними МОЗ України. Тяжкість преєклампсії зумовлена її ускладненнями: ураженням нирок, ЦНС, печінки, венозним тромбоемболізмом.

**Мета.** Поліпшення результатів лікування тромбогеморагічних ускладнень у вагітних і породілей з тяжкою преєклампсією шляхом призначення антикоагулянтів та дезагрегантів у перинатальному періоді згідно з виявленням тромбонебезпечності.

**Матеріали та методи.** Досліджено 96 вагітних жінок з терміном гестації 28–40 тиж., віком 18–42 роки, які були розподілені на такі групи: група 1 (n=36) — практично здорові вагітні з терміном гестації 28–40 тиж.; група 2 (n=30) — вагітні жінки з тяжкою преєклампсією у терміні гестації 28–40 тиж., яким не проводилась корекція ТЕУ; група 3 (n=30) — вагітні з патологією — тяжкою преєклампсією з терміном гестації 28–40 тиж., яким проводилась корекція тромбогеморагічних порушень дезагрегантом препаратом ацетилсаліциловою кислотою — 75 мг та магнію гідроксиду — 15,2 мг у дозуванні 1 таблетка на добу та антикоагулянтом беміпаріном у дозуванні 2500 МО 1 раз на добу в перинатальному періоді. У групах 2 і 3 розродження здійснювалося шляхом планового кесаревого розтину під спінальною анестезією розчином бупівакаїну 0,5 %. Усім вагітним досліджуваних груп проводилось дослідження системи гемостазу за допомогою методу низькочастотної п'єзоелектричної гемівіскозиметрії.

**Результати.** У групі 3, порівняно з групою 2, спостерігалась позитивна динаміка на тлі прийому антикоагулянтів і дезагрегантів, що підтверджується динамікою змін системи гемостазу, зниженням потреби в переливанні крові, зменшенням частоти побічних ефектів та тромбогеморагічних ускладнень.

**Висновки.** Згідно з отриманими результатами, використання антикоагулянтів та дезагрегантів у комплексній інтенсивній терапії патології тяжкої преєклампсії є патогенетично обґрунтованим, ефективним і безпечним.

### ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ КИФОВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Кизыма А. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Общая распространенность ортеопоротических деформаций тел позвонков сре-

ди жителей европейских стран составляет около 12 %. Компрессионные патологические переломы являются наиболее частыми осложнениями опухолевого поражения позвоночника и встречаются более чем в 60 % случаев, из них у 32 % пациентов они возникают на фоне доброкачественных, 14 % — первично-злокачественных и 54 % — МТС. Они резко снижают качество жизни больных.

**Цель.** Улучшить результаты и повысить качество оперативного вмешательства при чрескожной пункционной кифовертебропластики компрессионных переломов тел позвонков. Способствовать снижению количества осложнений данной методикой лечения.

**Материалы и методы.** Анализ подверглись 35 пациентов (9 мужчин от 18 до 67 лет и 26 женщин от 21 до 67 лет), которым на базе кафедры травматологии и ортопедии ОНМедУ было проведено 35 чрескожных пункционных кифовертебропластик. Диагностика и оценка эффективности проводилась с помощью КТ, МРТ, статистическая обработка результатов — программой Statistica 13.0.

**Выводы.** Предложенная методика дает возможность расширить показания для применения кифовертебропластики, а именно при остеопоротических переломах, наличии первичной опухоли тела позвонка и метастаза. При использовании данной методики был достигнут положительный результат в 95,6 % случаев.

### КОНСЕРВАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТЕНОСИНОВІТУ ДОВГОЇ ГОЛІВКИ БІЦЕПСА В МІЖГОРБИКОВІЙ БОРОЗНІ

Григорошук Д. Р.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Однією з частих патологій плечового суглоба є ушкодження сухожилля довгої головки біцепса (УСДГБ), особливо у спортсменів. Часті навантаження великої сили на сухожилля з часом призводять до тенонатії, зниження кількості колагенових волокон сухожилля і його розриву. Більшість ушкоджень біцепса становить непряма травма довгої головки, у 3 % — ушкодження дистального сухожилля і в 1 % — короткої головки.

**Мета.** Покращити результати консервативного лікування і зменшити період відновлення повної функції біцепса у пацієнтів з УСДГБ.

**Матеріали та методи.** У період з 2016 по 2017 рр. на базі МКЛ № 11 лікувалися 32 пацієнти з УСДГБ. Вік пацієнтів від 28 до 57 років. Пацієнтів чоловічої статі було 20, жіночої — 12. Для підтвердження діагнозу хворим проводили УЗД плечового суглоба. У 27 хворих відмічався малий розрив до 1 см, у 5 хворих — середній від 1 до 3 см. Хворим під УЗД-контролем вводили глюкокортикостероїди у міжгорбикову борозну, після чого проведено іммобілізацію в плечовому суглобі. Че-

рез 3–4 доби хворим призначали курс фізіотерапевтичних процедур у вигляді ампліпульсу, магнітотерапії, електрофорезу з протизапальними та зігрівальними мазями.

**Результати та їх обговорення.** Аналіз отриманих результатів лікування здійснювали у всіх хворих з УСДГБ в період від 4 тиж. до 1 року. Огляд проводився щомісяця. Результати лікування оцінювались на основі скарг та обсягу рухів у плечовому суглобі. У всіх пацієнтів результат добрий.

**Висновки.** Частою і актуальною травмою для спортсменів та людей молодого віку є УСДГБ. Лікування ушкодження сухожилля із застосуванням глюкокортикостероїдів під УЗД-контролем показало позитивний результат щодо відновлення функції плечового суглоба.

### НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДЕМЕНЦИИ

Таужнянский М. А., Бромирская Е. Ю.,  
Гельман В. В., Георцина Т. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Проблеме сосудистой деменции посвящено бесчисленное множество работ как в Украине, так и в Европе. Предпринимаются попытки использовать ряд методов, которые позволили бы на более ранних этапах провести дифференциальную диагностику этих заболеваний и начать своевременную терапию.

**Цель.** Выявление с помощью методов КТ, МРТ, ПЭТ-КТ характерных изменений в структуре головного мозга, определение их локализации, размеров установление дифференциально-диагностических признаков при сосудистых дисциркуляторных энцефалопатиях различной этиологии (аневризмы, АВМ, энцефалопатии).

**Методы.** Нами использовался компьютерный томограф ASTENYON-SUPER 4 КТ-64, МРТ Avanto T1,5, ПЭТ-КТ.

**Результаты.** Из обследованных нами пациентов с дисциркуляторными энцефалопатиями (108 чел.) на долю болезни Альцгеймера (БА) с поздним началом (синильная деменция альцгеймеровского типа — СДАТ) приходится почти половина случаев деменции в пожилом возрасте — 48 % (52 чел.). При этом у 28 % (30 чел.) установлена мягкая деменция, простая форма и у 20 % (22 чел.) — клинически выраженная деменция (СДАТ). У 34 % (37 чел.) определялись АВМ, у 18 % (20 чел.) выявлены аневризмы. При изучении патологии сосудистых заболеваний и когнитивных изменений при дисциркуляторных энцефалопатиях деменции было установлено, что нарушения, как правило, связаны с изменениями в передней и задней мозговых артериях и их территориях. Оценить изменения в структуре мозга с одинаковой точностью позволяют МРТ. Расширение желудочков мозга



обнаружены в 100 %, лакунарные инфаркты в 100 %, сосудистые аневризмы в 100 %, АВМ в 90 % случаев.

**Заключення.** Данные методы позволяют получить исключительно четкую картину сосудистого русла, причем как в 2D-, так и в 3D-проекции, и соотнести ее с костными структурами. Выявленные сосудистые нарушения не всегда сопровождаются когнитивными изменениями. Для их оценки следует применять целый комплекс дополнительных исследований: МРТ, ПЭТ-КТ, энцефалографию, реоэнцефалографию, клинические методы исследования.

### МАЛОІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ВИВИХУ ПЛЕЧА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОМП'ЮТЕРНО- НАВІГАЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ

Ковальчук Р. Л.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Серед усіх вивихів великих суглобів, травматичний вивих плеча є найбільш розповсюдженим, його частота становить від 50 до 60 %. Дана група вивихів вирізняється значною тяжкістю ушкоджень м'яких тканин і великою кількістю посттравматичних ускладнень через відмінні анатомо-фізіологічні особливості плечового суглоба. Одним із найтяжчих наслідків цієї травми є звичний вивих плеча, який виникає у 16,3–60 % пацієнтів.

Частота рецидивів після консервативного лікування — від 22 до 70 %

Частота рецидивів після реконструктивно-відновлювальних операцій — від 2,8 до 30 %.

**Мета.** На основі даних аналізу результатів лікування звичного вивиху розробити малоінвазивну закриту операцію підвищення плеча до акроміального відростка лопатки в оптимальних точках для хворих з високим ступенем операційного ризику і рубцевими змінами м'язів обертальної манжети плеча.

**Матеріали та методи.** Інформаційні матеріали — вітчизняна та зарубіжна література, медична документація лікувальних установ; клініко-рентгенологічні дослідження; спеціальні методи дослідження: комп'ютерна томографія, ультразвукові дослідження, електроміографія; експериментальні методи дослідження (визначення міцності підвищення плечової кістки до акроміального відростка лопатки).

**Висновки.** Метод забезпечує динамічну стабілізацію головки плечової кістки відносно суглобової впадини лопатки і є операцією вибору, компенсує наявність патологічних та рубцевих змін м'язів обертальної манжети плеча. Математично обгрунтоване підвищення в оптимальних точках повністю виключає можливість рецидивів вивиху плеча, створює умови для раннього початку розробки рухів у плечовому суглобі та пришвидшення реабілітації пацієнтів.

### ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА НАДКІСТКОВОГО І ЗАГЛИБНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

Казмірчук М. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Діафізарні переломи кісток передпліччя є травмою, що часто трапляється. У середньому вони становлять 20–25 % від загальної кількості травм. Більше половини з них припадає на дітей і людей похилого віку, значна кількість переломів відбувається в зимовий період. При лікуванні важливе не тільки відновлення цілісності кістки, а й забезпечення комфорту та максимальної самостійності пацієнту (ротаційні рухи травмованою кінцівкою і зменшення больових відчуттів під час руху). Стандартними методами при лікуванні діафізарних переломів передпліччя є надкістковий і заглибний остеосинтез.

**Мета.** Порівняти ефективність при застосуванні надкісткового і заглибного остеосинтезу, а також ротаційні можливості травмованої кінцівки в кожному випадку. Оцінити реабілітаційну можливість у залежності від локалізації травми та віку пацієнта (в залежності від віку який остеосинтез більш доцільний). Також потрібно визначити стан пацієнта і наявність інших патологій, що можуть впливати на швидкість відновлення кінцівки (цукровий діабет, дефіцит Са в організмі, гепатити, ВІЛ тощо).

**Матеріали та методи.** Інформаційні матеріали — вітчизняна та зарубіжна література. Матеріали інших наукових робіт, які були спрямовані на вивчення цих методів остеосинтезу. Медичні документи, медична документація лікувальних установ; клініко-рентгенологічні дані пацієнтів з діафізарним переломом передпліччя; спеціальні методи: КТ, УЗД.

**Висновки.** Надкістковий остеосинтез — операція вибору при неускладнених переломах зі зміщенням. Порівняно із заглибним остеосинтезом кінцівки, він забезпечує більшу ротаційну здатність. При гвинтоподібних переломах слід зупинитися на заглибному остеосинтезі, який забезпечує меншу ротаційну здатність, проте більш ефективний щодо відновлення цілісності кістки.

### СРАВНЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ И МАНУАЛЬНОГО ШВА В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Жадан Ю. Г., Душик А. О.

*Харьковский национальный университет  
имени В. Н. Каразина, Харьков, Украина*

Применение сшивающих аппаратов в колоректальной хирургии значительно расширило показания к выполнению резекций прямой кишки. Наложение кишечных швов и формирование анастомоза является одним из основных и наиболее ответственных этапов операции.



**Цель.** Изучение формирования кишечных аппаратурных анастомозов и их влияние на результаты хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на основании анализа результатов лечения 93 больных раком сигмовидной и прямой кишки, которые находились на лечении в клинике Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина на базе Харьковской клинической больницы железнодорожного транспорта № 2. Все больные были разделены на две группы, при этом в I группу были включены 39 (41,9 %) пациентов, которым при формировании кишечных анастомозов применяли мануальный двух- или трехрядный шов. Во II группу были включены 54 (58,1 %) пациента, у которых кишечный анастомоз накладывали с использованием циркулярных сшивающих аппаратов.

**Результаты.** В I группе несостоятельность швов анастомозов наблюдалась у 6 (15,4 %) пациентов, повторно оперированы 3 пациента. Во II группе частичная несостоятельность аппаратного анастомоза наблюдалась у 3 (5,7 %) больных и была ликвидирована консервативными методами.

**Вывод.** Использование современных сшивающих аппаратов расширило показания к выполнению сфинктеросохраняющих операций, особенно при низких опухолях прямой кишки, и позволило снизить количество несостоятельности анастомозов с 15,4 до 5,7 %.

## ДОСВІД ЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

Гоцуляк О. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Захворювання серця та судин залишаються основною причиною смертності та інвалідності населення України. Рентгенендоваскулярна хірургія є найбільш молодим, перспективним і прогресивним методом лікування вроджених вад серця. Нині серцево-судинна хірургія неможлива без ендоваскулярних методів лікування. За 2 роки в ООДКЛ виконано близько 93 ендоваскулярних оперативних втручань, із них: закриття відкритої артеріальної протоки — 33, закриття дефекту міжпередсердної перегородки — 24, закриття дефекту міжшлуночкової перегородки — 1, стентування коарктації аорти — 2, інші — 33. Виконуючи ендоваскулярні оперативні втручання ми відмітили значне скорочення тривалості операції у середньому до 50 хв, часу перебування пацієнтів у стаціонарі в середньому до 4 днів, значно скорочується час реабілітації, немає косметичного дефекту. Із 93 оперативних втручань трапилося одне ускладнення — дислокація спірального оклюдера в просвіт легеневої артерії, який було видалено із просвіту без відриву хорд трикуспідального клапана. Летальних випадків не відмічалось.

## ГЕНЕТИЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА *NAT-2* ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НАДМІРНОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО СПАЙКОУТВОРЕННЯ У ДІТЕЙ

Квашніна А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Оцінка інформативності фенотипічних ознак та генетичного поліморфізму гена *NAT-2* для прогнозування ризику надмірного післяопераційного інтраабдомінального спайкоутворення у дітей.

**Матеріали та методи.** Об'єктами клінічного дослідження були 62 дитини у віці від 3 до 16 років, що перебували на лікуванні у хірургічних відділеннях Одеської обласної дитячої клінічної лікарні. Із них 32 дитини з приводу спайкової кишкової непрохідності та 30 дітей для проведення планових хірургічних втручань. Додатково до загальноклінічного обстеження проводили оцінку наявності та виразності фенотипічних ознак неспецифічної дисплазії сполучної тканини відповідно до розробленої анкети та визначення генотипу ацетилювання шляхом дослідження поліморфізму гена N-ацетилтрансферази-2 (*NAT2*) методом алель-специфічної ампліфікації з використанням полімеразної ланцюгової реакції.

**Результати та їх обговорення.** При вивченні генетичного поліморфізму *NAT2* у жодної досліджуваної дитини не виявлено мутації у положенні 857, відповідно, всі діти були гомозиготними носіями алеля дикого типу генотипу *NAT2\*7A (G 857-A)*. Вивчення генотипу *NAT2\*5A (C 481-T)* виявило найбільшу різноманітність досліджуваних варіантів генотипів, зокрема 9 (33,3 %) дітей були гомозиготами за диким алелем, 18 (44,4 %) — гетерозиготами за даним генетичним поліморфізмом, 6 (22,2 %) пацієнтів мали гомозиготний мутантний ген. Відповідно до генотипу *NAT2\*6A (G 590-A)*, більшість пацієнтів — 15 (55,6 %) — були гетерозиготами, 12 (44,4 %) — гомозиготами з диким типом гена. Діти, які були гомозиготами за будь-яким з мутантних генотипів або гетерозиготами за обома поліморфними алелями, визначалися як повільні ацетилятори. Діти-гомозиготи за дикими варіантами генотипів та гетерозиготні носії одного з мутантних алелів — швидкі ацетилятори. Серед дітей досліджуваної групи кількість швидких ацетиляторів була статистично вищою при порівнянні з контрольною ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Генотип швидкого ацетилювання є фактором ризику надмірного спайкоутворення. Відповідно хірургічне лікування дітей з цією ознакою потребує застосування комплексних профілактичних антиадгезивних заходів.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ СПАЗМУ АКОМОДАЦІЇ У ДІТЕЙ

Пешкова А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Порушення функції акомодативної системи ока є однією з ланок виникнення та прогресування

короткозорості, у зв'язку з чим розробка й вдосконалення методів лікування спазму акомодатії є важливою актуальною проблемою дитячої офтальмології.

**Мета.** Вивчити ефективність сучасних медикаментозних препаратів (ірифрин і цикломед) для лікування спазму акомодатії.

Проведений аналіз результатів спостереження 25 дітей (50 очей) зі спазмом акомодатії протягом 6 міс., 10 з них призначали 2,5 % ірифрин протягом 1 міс., 15 — ірифрин у поєднанні з 1 % цикломедом.

**Методи.** Візометрія, рефрактометрія, офтальмоскопія, визначення резервів акомодатії, УЗ-біометрія ока.

**Результати.** У дітей, які одержували ірифрин, після лікування гострота зору без корекції підвищилася з  $0,27 \pm 0,02$  до  $0,65 \pm 0,04$  ( $p < 0,001$ ), резерви акомодатії збільшилися з  $(0,7 \pm 0,1)$  Д до  $(2,9 \pm 0,1)$  Д. Ці показники зберігалися протягом 2 міс., а через півроку повернулися до вихідних. Прогресування відмічене у 2 (20 %) хворих.

У групі дітей, яким призначали цикломед з ірифрином, після лікування гострота зору підвищилася з  $0,25 \pm 0,03$  до  $0,87 \pm 0,05$  ( $p < 0,001$ ), тобто значно вище, ніж у першій групі. Резерви акомодатії збільшилися з  $(0,6 \pm 0,1)$  Д до  $(3,7 \pm 0,2)$  Д. Результати лікування зберігалися протягом 4 міс., через півроку вони знизилися, але були вищими, ніж до лікування. Незначне прогресування міопії відмічене у 1 (6,7 %) хворого.

**Висновки.** Проведення хворим зі спазмом акомодатії курсів лікування з використанням 2,5 % ірифрину та 1 % цикломеду дозволяє підвищити гостроту зору, резерви акомодатії, усунути спазм акомодатії та сприяти стабілізації міопії.

## РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ ПУНКЦІЙНОЇ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З КОМПРЕСІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ НА ФОНІ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ

Завгородній А. С.<sup>1, 2</sup>, Попов А. І.<sup>1, 2</sup>,  
Істомін Д. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна

<sup>2</sup> ДУ «Інститут патології хребта та суглобів  
ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»,  
Харків, Україна

**Вступ.** Остеопороз — поширене в усьому світі метаболічне захворювання скелета.

**Мета.** Визначити результати виконання пункційної вертебропластики (ПВ) у лікуванні пацієнтів з остеопоротичними переломами хребта.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз власних клінічних спостережень з діагностики та комплексного лікування 91 хворого.

**Результати.** В ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України» проводилося лікування 91 хворого. Усім було виконано ПВ, 51 пацієнту додатково призначали золедронову кислоту в дозі 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік. Повторний огляд був проведений у 64 хворих, із них 42 (перша група) після введення золедронової кислоти і

22 (друга група) після застосування препаратів симптоматичної терапії. Результати у 40 пацієнтів першої групи — добрі і у 2 — задовільні, а у 19 хворих другої групи — добрі і у 3 — задовільні. Із них у 2 хворих спостерігалось погіршення показників, з'явилися нові деформації тіл хребців.

**Висновки.** Основу комплексного лікування пацієнтів з переломами тіл хребців внаслідок системного остеопорозу становлять своєчасна діагностика, коректне консервативне і хірургічне лікування.

## ЛАПАРОСКОПІЧНА ОПЕРАЦІЯ В ЛІКУВАННІ НОВОУТВОРЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

Полюков Г. О.

Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна

**Актуальність.** Сьогодні, за даними ВООЗ, рак ободової кишки посідає 4-те місце у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення в світі. В Україні захворюваність становить 24,8 на 100 тис. населення. У кожного третього хворого діагностують III–IV стадії захворювання. Нині накопичені результати досліджень, які вказують на відсутність відмінностей між лапароскопічним методом і традиційним лапаротомним доступом.

**Мета.** Дослідження ефективності лапароскопічного методу лікування у хворих на рак товстої кишки.

**Результати.** Тривалість оперативного втручання при лапароскопічних операціях у середньому становила  $(180,1 \pm 51,3)$  хв. На цей показник впливали навички хірурга.

Інтраопераційна крововтрата була меншою при лапароскопічній методиці і сягала  $(287,6 \pm 42,1)$  мл, у пацієнтів з використанням лапаротомного доступу —  $(1214,1 \pm 88,1)$  мл.

При застосуванні малоінвазивної операції середній час відновлення кишкової перистальтики в основній групі вдалося зменшити у 2 рази в порівнянні з контрольним показником. Час відновлення пасажу по кишечнику знизився в 1,2 разу.

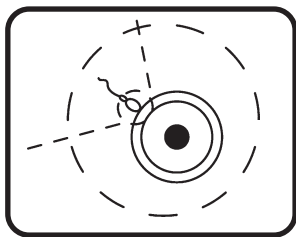
У ранньому післяопераційному періоді такі показники, як початок перорального харчування, час відновлення самостійного пересування, тривалість потреби у використанні знеболювальних засобів, були кращими у хворих, які перенесли лапароскопічне втручання.

В основній групі ускладнення відзначені у 1 пацієнта. У контрольній групі післяопераційні ускладнення діагностували у 2 пацієнтів.

При оцінці часу від завершення оперативного втручання до виписування зі стаціонару було відмічено, що при застосуванні лапароскопії цей показник становив  $(7,6 \pm 3,1)$  дня, а в контрольній —  $(12,3 \pm 3,2)$  дня.

**Висновки.** Було встановлено, що виконання лапароскопічного методу лікування при раку ободової кишки не погіршує результати лікування хворих.

Зменшення хірургічної травматизації значно скорочує об'єм крововтрати і терміни реабілітації пацієнтів, що дає можливість прискорити початок післяопераційного хіміотерапевтичного лікування.



## СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА УРОЛОГІЇ

### Секция акушерства, гинекологии и урологии Section of Obstetrics, Gynecology and Urology

---

#### ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ У КЛІНІЦІ ОПЕРАТИВНОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

Тодорова Т. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Ендометріоз — гормонозалежене захворювання, при якому за межами матки відбувається доброякісне розростання тканини, структурно і функціонально подібної до ендометрію.

**Актуальність.** Ендометріоз виявляється у 7–59 % жінок репродуктивного віку, у 30–45 % жінок з безплідністю. Розрізняють генітальні (93–94 %) та екстрагенітальні (7–8 %) форми даного захворювання. Класичним симптомом ендометріозу є больовий синдром, пов'язаний з менструальним циклом. Синдром хронічного тазового болю — стресовий фактор, який призводить до зниження працездатності й порушення якості життя. Симптоми захворювання залежать від локалізації вогнищ ендометріозу.

**Мета.** Визначити найбільш часту локалізацію екстрагенітального ендометріозу у жінок за останні три роки за даними Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнток з екстрагенітальним ендометріозом на базі Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ.

**Результати.** Всього проаналізовано 510 історій хвороб жінок, прооперованих з приводу ендометріозу. Із них у 52 (10,2 %) пацієнток спостерігалося поєднання генітальної та екстрагенітальної форм ендометріозу. Виявлено, що найбільш частою локалізацією захворювання є кишечник (сигмоподібна кишка, пряма кишка, апендикс) — у 59,6 % хворих, післяопераційні рубці — 21 %, сечові шляхи — 13,4 %, множинні екстрагенітальні вогнища в тазу — у 5,8 % пацієнток.

**Висновки.** У разі тазового болю, рефрактерного до медикаментозного лікування, лапароскопія може бути корисною для діагностики і лікування ендометріозу за наявності підготовленої мультидисциплінарної хірургічної бригади.

#### ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ І ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ РАДІОХВИЛЬОВИМ МЕТОДОМ

Пасічник О. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Доброякісні та передракові захворювання шийки матки з-поміж усіх випадків звернення за гінекологічною допомогою становлять від 35 до 80 %. Неліковані доброякісні та передракові захворювання шийки матки є фоном, на якому виникає злоякісний процес, тому рання діагностика та лікування — важлива проблема для зниження захворюваності на рак цієї локалізації.

**Мета.** Вивчити ефективність впливу радіохвильової хірургії на перебіг та результати репаративних процесів у жінок із захворюваннями шийки матки.

**Матеріали та методи.** Обстежено 62 пацієнтки з доброякісними та передраковими процесами шийки матки. Крім загальноклінічних та гінекологічних методів обстеження, проводили мікробіологічне, імунологічне дослідження та УЗД.

**Результати.** У процесі обстеження встановлено, що пацієнтки мали в анамнезі: запальні захворювання статевих органів — 39 (62,9 %), лейоміому матки — 11 (17,7 %), доброякісні пухлини яєчників — 5 (8,3 %), гіперпластичні процеси ендометрію — 6 (9,7 %). У результаті розширеної кольпоскопії діагностовано: ектопію циліндричного епітелія — 27,5 %, справжню ерозію — 12,9 %, цервіцити — 8,1 %, поліпи цервікального каналу — 6,4 %; лейкоплакію — 20,9 %; легку ступінь дисплазії — 16,1 %; плоскі папіломи шийки матки — 8,1 %. Результати мікробіологічного дослідження показали наявність патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, зменшення кількості лактобацил. Лікування жінок проводили в два етапи: протизапальна терапія та радіохвильовий метод лікування на 6–7-й день менструального циклу. Після радіохвильового лікування відмічали відсутність рубців та еластичність м'язів. Шийка мат-



ки після припікання відновлювалась на 4–6-й тиждень.

**Висновок.** На основі проведеного дослідження доведена ефективність застосування радіохвильового методу в лікуванні доброякісних та передракових захворювань шийки матки.

## РОЛЬ МІКРОБНОГО ЧИННИКА У ВИНИКНЕННІ БАГАТОВОДДЯ

Костюк А. С., Степанова Т. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Багатоводдя у вагітних трапляється в 12–15 % випадків, а останніми роками має тенденцію до зростання. Воно викликає серйозні ускладнення у матері, плода та новонародженого.

**Мета.** Вивчити роль мікробного фактора у виникненні багатоводдя у вагітних груп ризику.

**Матеріали та методи.** Нами ретроспективно за матеріалами КУ «Пологовий будинок № 7» (Одеса) проаналізовані 1257 індивідуальних карт спостереження за вагітними за період 2015–2017 рр. З них для більш поглибленого аналізу відібрано 227 індивідуальних карт пацієнток з багатоводдям. Вік вагітних становив від 18 до 45 років, із них першовагітних — 68,7 %, повторно вагітних — 31,3 %. В анамнезі у 67,8 % жінок були запальні захворювання жіночих статевих органів (вульвіт, вагініт, сальпінгоофорит).

За результатами обстеження і клінічними симптомами багатоводдя у жінок виявили: у 2-му триместрі вагітності — у 25,2 %, у 3-му триместрі — у 74,8 % осіб. При бактеріоскопічному і бактеріологічному дослідженні, ПЛР та ІФА зафіксовано: *Mycoplasma genitalium* — у 46,2 %, *Chlamydia trachomatis* — у 37,4 %, *E. Coli* — у 26,8 %, *Enterococcus faecalis* — у 17,1 %, *Proteus* — у 16,7 %, *St. Aureus* — у 13,6 %, *Klebsiella pneumoniae* — у 11,8 %, *Pseudomonas aeruginosa* — у 10,5 %, *Ureaplasma* — у 13,2 %, гриби роду *Candida* — у 23,7 % жінок. Внаслідок діагностики було виявлено ВПГ тип 1, 2 — у 40,1 %, цитомегаловірус — у 19,4 % випадків. Переважали мікробні асоціації умовно-патогенних мікроорганізмів, поєднаних з грибковою флорою та вірусами.

**Висновки.** У результаті ретроспективного дослідження встановлено, що багатоводдя частіше трапляється у першовагітних молодого репродуктивного віку, які мають урогенітальну інфекцію з переважанням мікробно-вірусних асоціацій, що потребує більш поглибленого дослідження мікробіоти і патогенетичного лікування виявлених змін.

## ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ МІОМИ МАТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Косей Т. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Вступ.** Міома матки виявляється у 15–45 % жінок репродуктивного віку.

**Метою** дослідження була розробка моделі росту міоматозних вузлів під час вагітності.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведене на базі Обласного перинатального центру (Одеса). Проаналізовані 167 історій пологів жінок, що народжували у термін з 2010 по 2017 рр. та мали верифіковану міому матки на прегравідарному етапі, видалену шляхом консервативної міомектомії. Оцінювали результати УЗД. Враховували кількість міоматозних вузлів, їх розміри на прегравідарному етапі та під час вагітності.

**Результати.** При розробці моделі розрахунку ризику рецидиву ми враховували дані про гормональний профіль жінок, тривалість захворювання, наявність попередніх вагітностей, дані УЗД, а також доплерометричні характеристики. Після проведених розрахунків одержали рівняння, у якому при значеннях  $x > 1,0$  ризик рецидивування міоми під час вагітності є високим. Подальша перевірка коректності моделі показала, що її точність становить 0,94 ( $\chi^2=2,8$ ;  $df=11$ ;  $Pr > \chi^2$ ). Це дозволяє рекомендувати її для потреб клінічного прогнозування.

**Висновки.** Найбільш значущими факторами рецидивування міоми під час вагітності виступають вік жінки, лінійна швидкість кровотоку у маткових артеріях, розмір міоматозних вузлів, рівень секретії естріолу та плацентарного лактогену. Розроблений алгоритм прогнозування дозволяє визначати ризик рецидиву міоми під час вагітності з точністю 0,94.

## ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДООПЕРАЦИОННОМ СКРИНИНГЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Евреинова М. Н.

Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина

Современные методы лучевой диагностики, такие как трансабдоминальное УЗИ с ЦДК, КТ с контрастированием, МРТ, ПЭТ, позволяют поставить предварительный диагноз, провести дохирургическое стадирование и предположить возможный объем операции, что исключает позднюю диагностику рака яичников на ранних стадиях и снижает процент осложнений во время оперативного вмешательства.

Самые распространенные методы диагностики опухолей яичников — УЗИ с цветным доплеро-ским картированием, КТ с введением контраста, МРТ, ПЭТ.

На базе ВМКЦЮР за период 2016–2017 гг. было проведено 98 операций по поводу опухолей яичников. Так, 50 больным было проведено только УЗИ (у 3 человек была пропущена пограничная серозная папиллярная цистаденома). Еще 23 — УЗИ и КТ с контрастированием, на основании которых был поставлен предварительный диагноз «злокачественная опухоль яичников», что дало возможность выбрать правильный оперативный доступ и объем операции. Гистологически диагноз был подтвержден. Остальным 25 больным прове-



ли УЗИ с цветным доплеровским картированием и КТ с контрастированием, что дало возможность в 5 случаях диагностировать рак яичников I и II стадии и отправить больных на лечение в специальное учреждение ОООД.

Таким образом, применение наряду с полным клиническим обследованием больных, включая онкомаркеры, современных лучевых методов диагностики — УЗИ с ЦДК, КТ с ВК, МРТ и ПЭТ дает возможность более точно диагностировать характер опухолей яичников до этапа оперативного лечения.

## ПРОФИЛАКТИКА ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА

**Задорожний О. А., Чернівський С. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Проблема профілактики акушерської та перинатальної патології посідає одне з провідних місць у сучасному акушерстві. Це зумовлено збільшенням частоти випадків дисфункції плаценти (ДП) та затримки росту плода (ЗРП), високою перинатальною захворюваністю і смертністю, негативним впливом на перебіг та наслідки вагітності.

**Мета.** З'ясувати роль факторів ризику виникнення затримки росту плода для впровадження в практику профілактичних заходів щодо цієї патології.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 50 вагітних віком від 18 до 49 років. Із них 30 вагітних народили дітей із ЗРП (I група) та 20 умовно-соматично здорових пацієнток, які народили дітей без цієї патології (II група, контрольна).

Вагітним проведено загальноклінічне обстеження. Особливу увагу приділяли методам оцінки стану плода (УЗД, КТГ, доплерометрія).

**Результати.** У результаті обстеження у 86,7 % жінок I групи виявили урогенітальну інфекцію. У вагітних II групи ці випадки поодинокі (у 5,0 %). Також встановлено наявність ДП (у I групі — у 96,7 %, у II групі — у 10,0 % осіб); ЗРП (96,7 проти 10,0 %); анемії (53,3 проти 15,0 %); загрози переривання вагітності (26,7 проти 5,0 %); преєклампсії (23,3 проти 5,0 %); багатоводдя (6,7 проти 5,0 %); загострення інфекцій сечовидільних шляхів (33,3 проти 5,0 %). При доплерометрії виявлено порушення матково-плацентарно-плодового кровообігу I та II ступеня у 63,3 % жінок I групи та у 5,0 % жінок II групи (тільки I А ступінь). Середня маса новонароджених у I групі становила ( $2500 \pm 30$ ) г, у II групі — ( $3400 \pm 40$ ) г ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Згідно з отриманими даними найчастіше причиною виникнення ЗРП були урогенітальна інфекція, дисфункція плаценти, анемія, преєклампсія, багатоводдя. Виявлені ускладнення потребують ретельного обстеження матері, оцінки стану плода та патогенетичного лікування встановлених порушень.

## КАЛЬЦІЙ-ФОСФОРНИЙ ГОМЕОСТАЗ У БЕРЕМЕННИХ С ПЕРИНАТАЛЬНИМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ

**Кузьмин Н. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Перинатальное инфицирование является одним из факторов риска развития остеопороза у беременных.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 60 беременных женщин: с клиническими и/или ультразвуковыми проявлениями внутриутробной инфекции (1 группа — 30 пациенток), без проявлений инфекции (2 группа, контрольная — 30 пациенток). Содержание общего (Са) и ионизированного кальция (Са<sup>++</sup>), фосфора в крови и экскреция Са с мочой определялись фотометрическим методом; состояние костной ткани — методом ультразвуковой денситометрии.

**Результаты.** Выявлено снижение концентрации общего и ионизированного кальция по мере увеличения срока беременности в основной группе во втором ( $(1,90 \pm 0,02)$  ммоль/л) и третьем ( $(1,65 \pm 0,03)$  ммоль/л) триместрах беременности, в то время как в контрольной группе уровень кальция оставался в пределах физиологической концентрации. Изменения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у 10 % беременных с перинатальным инфицированием соответствовали остеопорозу уже при первичном обследовании, а у 60 % — остеопеническому синдрому. В группе контроля остеопенический синдром был выявлен только у 1 пациентки.

**Выводы.** Концентрация кальция в крови при перинатальном инфицировании ниже, чем у здоровых беременных. Вероятно, повышение потребности организма беременной в кальции при инфицировании не компенсируется физиологическими механизмами адаптации, характерными для здоровых женщин. Снижение МПКТ при внутриутробном инфицировании характеризуется более выраженными и более быстрыми темпами изменений по сравнению с аналогичными показателями в группе у здоровых беременных.

## КОРЕКЦІЯ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ У ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

**Кушнір Г. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є однією з найбільш поширених ендокринопатій, якою страждають жінки репродуктивного віку. При СПКЯ має місце інсулінорезистентність, яка призводить до гіперандрогенії. Дослідження дозволяють припустити, що природний фітоалексин зменшує вироблення андрогенів, сприяє дозріванню ооцитів та в подальшому ембріональному розвитку шляхом індукції секреції прогестерону.

**Мета.** З'ясування ефективності застосування фітоалексину у корекції гіперандрогенії при лікуванні безплідних пацієнток із СПКЯ.

На базі БМЦ УК ОНМедУ до дослідження було залучено 40 жінок (основна група — ОГ), з яких 18 (45 %) пацієнок з олігоменореєю, 12 (30 %) з ановуляцією, 6 (15 %) з аменореєю, 4 (10 %) з гіпоменструальним синдромом, яким було призначено природний фітоалексин у дозі 1500 мг перорально. Контрольну групу (КГ) утворили 20 пацієнок із СПКЯ, які були обмежені у вживанні простих вуглеводів.

Діагноз СПКЯ підтверджений клінічно, лабораторно та інструментально. Середній вік обстежених пацієнок —  $(28,2 \pm 2,5)$  року (КГ), середня тривалість безплідності  $(4,04 \pm 2,20)$  року. Ефективність лікування оцінювалась через 6 та 12 міс.

Обстеження гормонального статусу (ОГ) виявило таке: рівень загального тестостерону знизився на  $(1,41 \pm 0,16)$  нг/мл до початкового показника  $(3,09 \pm 0,19)$  нг/мл проти  $(0,36 \pm 0,13)$  нг/л у КГ; дегідроепіандростерону на  $(81,80 \pm 6,16)$  мкг/дл до початкового показника  $(340,0 \pm 19,9)$  мкг/дл проти  $(38,80 \pm 2,16)$  мкг/дл у КГ; гліколізованого гемоглобіну на  $(2,01 \pm 0,90)$  % до початкового  $(5,7 \pm 0,4)$  % проти  $(0,8 \pm 0,3)$  % у КГ. Нормалізація оваріально-менструального циклу та відновлення фертильності протягом 12 міс. спостереження були у 41,5 % пацієнок ОГ та 25 % пацієнок КГ.

**Висновок.** Застосування природного фітоалексину сприяє підвищенню ефективності корекції гіперандрогенії у пацієнок із СПКЯ.

### ГНІЙНО-СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТОМІЙ ЛАПАРОСКОПІЧНИМ І ЛАПАРОТОМНИМ ДОСТУПОМ

Луцик М. І., Луцик А. І.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Одне з найважливіших досягнень запровадження ендоскопічної хірургії в гінекології — істотне зниження частоти післяопераційних гнійно-септичних ускладнень (ПГСУ). На відміну від лапаротомних операцій, де частота ПГСУ становить у середньому від 3 до 25 %, а іноді й до 40 %, їх кількість при малоінвазивних ендоскопічних операціях не перевищує 3,5 %; з них важкі форми ПГСУ спостерігаються менше ніж в 0,5 % випадків.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз гістеректомій, виконаних лапароскопічним (І група, основна,  $n=143$ ) та лапаротомним (ІІ група порівняння,  $n=51$ ) доступом за 2015–2016 рр.

**Результати.** Отримані результати свідчать, що частота легких ПГСУ (гарячка  $>37,5$  °C понад 3 доби; серома післяопераційного проколу/шву; нагноєння післяопераційного проколу/шву) при лапароскопічних гістеректоміях у 4,7 рази менше, ніж у групі порівняння (І група — 3 (2,1 %) випадки; ІІ група — 5 (9,8 %) випадків).

Зафіксовано одне ускладнення середнього ступеня тяжкості в І групі, що становило 0,7 % (перикультит), та 3 ускладнення в групі порівняння, що становило 5,9 % (2 (3,9 %) випадки запальних ін-

фільтратів кольпотомної рани та 1 (2,0 %) випадок розходження післяопераційних швів).

Таким чином, при гістеректоміях, виконаних лапаротомним доступом, ускладнень середнього ступеня тяжкості зафіксовано в 8,4 рази більше, ніж при лапароскопічних гістеректоміях.

**Висновок.** Лапароскопічні гістеректомії супроводжуються достовірно меншою частотою післяопераційних інфекційних ускладнень (у 5,6 рази порівняно з лапаротомною гістеректомією (І група — 2,8 %; ІІ група — 15,7 %).

### ОСОБЛИВОСТІ МАТКОВОЇ ПЕРИСТАЛЬТИКИ У БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ, МІОМОЮ МАТКИ ТА ЇХ ПОЄДНАННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ

Стамова Н. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Реабілітація репродуктивної функції жінок при гормонозалежних захворюваннях є складним і актуальним питанням у сучасній науковій та практичній гінекології. До найбільш поширених гормонозалежних гіперпластичних процесів тіла матки зараховують міому матки й аденоміоз, з високою частотою (до 85 %) їх поєднання.

**Мета.** Вивчення маткової перистальтики залежно від фази менструального циклу у жінок з гіперпластичними процесами матки за допомогою методу ультрасонографії (УСГ) за методикою Е. А. Lyons.

**Матеріали та методи.** Проведено дослідження маткової перистальтики методом УСГ за методикою, описаною Е. А. Lyons у 1991 р., залежно від фази менструального циклу в 218 пацієнок віком від 20 до 42 років: І група — 85 (38,99 %) пацієнок, з безплідністю на тлі аденоміозу І–ІІІ ступеня; ІІ група — 67 (30,73 %) безплідних пацієнок, з аденоміозом в поєднанні з міомою матки; ІІІ група — 34 (15,60 %) безплідні пацієнтки, з вузловою формою міоми матки.

**Результати.** Маткова перистальтика в середню фолікулінову фазу — вірогідне збільшення частоти перистальтичних хвиль у І і ІІ групах щодо контрольної протягом всього циклу ( $\chi^2=0,87$ ;  $p<0,05$  та  $\chi^2=0,73$ ;  $p<0,05$  відповідно). Дисперистальтичні хвилі: в ІІІ групі та в групі контролю практично не спостерігались; в І групі в перiovуляторну фазу ( $p<0,05$ ), в ІІ групі — фіксувались протягом всього циклу.

**Висновки.** Результати УСГ можуть служити критеріями вибору між консервативною тактикою ведення пацієнтки та одним із методів допоміжної репродукції (ЕКЗ, ВМІ).

### МОЖЛИВОСТІ КОЛЬПОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ

Каштальян Н. М.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Проблемою ефективною кольпоскопічної діагностики цервікальної інтраепітеліальної неопла-

зії є недостатня чутливість традиційної кольпоскопії, що зумовлена неспецифічним характером кольпоскопічних ознак і великою суб'єктивністю дослідження. Точність метода прямо залежить від вмінь оператора, тому для досягнення достатнього рівня діагностичної достовірності необхідне використання методів об'єктивізації оцінки кольпоскопічної картини.

**Метою** цього дослідження була оцінка достовірності традиційної кольпоскопії та кольпоскопії з розрахуванням кольпоскопічного індексу Рейда в порівнянні з гістологічним дослідженням.

Були проаналізовані дані 57 пацієнток з дисплазією шийки матки, яким було проведено ексцизійне лікування протягом 2015–2016 рр.

Ступінь погодження між оцінкою кольпоскопії з оцінкою відповідно до міжнародної класифікації та результатами патогістологічного дослідження був розрахований за допомогою капи Коена та дорівнював  $0,101 \pm 0,093$  (ДІ  $-0,081$ – $0,283$ ), що відповідає дуже низькому ступеню погодження. Такі результати можна пояснити значною переоцінкою нормальної картини та присутньою недооцінкою патологічних змін. Ступінь погодження між оцінкою кольпоскопії за допомогою використання кольпоскопічного індексу Рейда та результатами патогістологічного дослідження дорівнював  $0,400 \pm 0,082$  (ДІ  $0,239$ – $0,562$ ), що відповідає середньому ступеню погодження.

Тобто використання кольпоскопічного індексу Рейда в діагностиці цервікальної інтраепітеліальної неоплазії має високу діагностичну ефективність та дозволяє майже в 4 рази підвищити достовірність дослідження, даючи змогу отримати точну картину на доінвазивному етапі дослідження.

## НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ДЕВИАЦИЯМИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Голубова Н. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Нарушения менструального цикла (МЦ) составляют 15–20 % в структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного периода. Среди факторов риска развития дисфункций яичников и расстройств репродуктивной сферы выделяют отклонения от нормы индекса массы тела (ИМТ) в виде ожирения и дефицита массы тела (ДМТ).

**Цель.** Оценить характер, проанализировать патогенез нарушений МЦ и фертильности у женщин с отклонениями от нормы массы тела.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 20 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет с нарушениями МЦ, связанными у 13 женщин с избыточной массой (ИМТ  $> 27,5 \text{ кг/м}^3$ ) и у 7 женщин с ДМТ (ИМТ  $< 18,5 \text{ кг/м}^3$ ). Контрольную группу составили 10 женщин с сохраненным овуляторным МЦ и нормальным ИМТ. Всем пациенткам было проведено клинико-лабораторное обследование:

определение гонадотропинов, тиреотропного гормона, пролактина, антимюллерового гормона, половых стероидных гормонов, ультразвуковое исследование органов малого таза.

**Результаты.** У пациенток с ожирением отмечалась нормогонадотропная дисфункция яичников в виде нарушения МЦ по типу олигоопсоменореи у 40 % ( $n=8$ ) и вторичной аменореи у 25 % женщин ( $n=5$ ). У пациенток с ДМТ выявлена гипогонадотропная овариальная дисфункция, проявляющаяся ановуляцией, вторичной аменореей у 28,5 % ( $n=2$ ), олигоопсоменореей у 71,4 % ( $n=5$ ) женщин. У 5 женщин имелось первичное бесплодие, продолжительностью от 1 года до 7 лет.

**Выводы.** Выраженные изменения ИМТ являются одним из факторов, способствующих ановуляции, опсоменорее и аменорее как при высоких, так и при низких показателях ИМТ.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЭНДОМЕТРИОЗА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Гордеев В. Н.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность** темы обоснована широкой распространенностью эндометриоза среди гинекологических заболеваний и его высоким удельным весом среди факторов, влияющих на нарушения репродуктивной функции женщин.

**Цель.** Сравнение эндоскопических и традиционных методов лечения эндометриоза различной локализации, ближайшие и отдаленные периоды после перенесенных вмешательств.

**Материалы и методы.** Анализ подлежала медицинская документация проведенных эндоскопических хирургических вмешательств на органах малого таза 2015–2017 гг. Всего — 718 наблюдений. Отдаленные результаты прослеживаются у 258 (36 %) женщин после широкого инструментального и лабораторного исследования с топической диагностикой тех или иных форм эндометриоза.

**Результаты.** Оперативное лечение с удалением пораженных зон в области яичников, широких связок матки, мочевого пузыря, брюшины, матки проведено у 690 (96 %) женщин, у 28 (4 %) эндометриоидный процесс был исключен (цистомы, другие опухолевидные образования). Кроме того, 610 (85 %) пациенток страдали длительным бесплодием, у 618 (86 %) наблюдался сочетанный тазовый болевой синдром. Гистологическая диагностика эндометриоза подтверждена в 100 %. В последующем те или иные медикаменты (ОК, гестагены, агонисты гонадотропина) получали 402 (58 %) женщины от 1 до 4 мес.

Эффективность терапии через год проявилась в ликвидации болевого синдрома у 298 (41 %) и наступлении беременности у 136 (19 %) женщин.

Исследование отдаленных результатов продолжается.



## ПЕРЕБІГ І НАСЛІДКИ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

Панчук Е. А.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Частота передчасних пологів (ПП) у розвинених країнах світу становить 6,0–12,0 %. Однією з основних причин розвитку ПП є передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО), який спостерігається у 5,0–45,0 % всіх ПП. **Метою** нашого дослідження було вивчення перебігу вагітності та пологів, а також їх наслідки для матері і плода у 120 жінок з ПП у терміні гестації 28–34 тиж.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 120 пацієнток, з них 63 вагітні з ПРПО (52,5 %) увійшли до 1-ї групи, 2-гу групу утворили 57 вагітних без ПРПО (47,5 %). Всі вони отримували профілактику СДР плода дексаметазоном в сумарній дозі 24 мг. Вагітні з ПРПО отримували цефалоспориני II покоління в середніх терапевтичних дозах з метою профілактики внутрішньоутробної інфекції.

**Результати.** Першовагітних було 22 (34,9 %) жінки у 1-й групі та 18 (31,6 %) — у 2-й групі, повторновагітних — 41 (64,1 %) та 39 (68,4 %) відповідно. Тютюнопаління спостерігалось у 21 (33,3 %) вагітної 1-ї групи та у 8 (14,0 %) — 2-ї групи. На запальні захворювання статевих органів страждали 27 (42,8 %) жінок 1-ї групи та 10 (17,5 %) — 2-ї групи. Бактеріальний вагіноз в анамнезі був у 29 (46,0 %) жінок 1-ї групи та 8 (14,0 %) — 2-ї групи. Обтяжений акушерський анамнез мали 38 (60 %) вагітних 1-ї групи та 23 (40,3 %) — 2-ї групи. Загроза переривання вагітності спостерігалась у 33 (52,4 %) вагітних 1-ї групи та 15 (26,3 %) — 2-ї групи. Дані бактеріологічного дослідження мікрофлори піхви свідчать про переважання *E. Coli* у 22 (34,9 %) вагітних 1-ї групи та 16 (28,0 %) — 2-ї групи; *Enterococcus spp.* у 18 (28,6 %) вагітних 1-ї групи та 12 (21,0 %) жінок 2-ї групи. Хоріонамніоніт діагностований у 21 (33,3 %) вагітної 1-ї групи порівняно з 2 (3,5 %) жінками 2-ї групи.

**Висновки.** Обтяжений акушерський анамнез, запальні захворювання статевих органів, тютюнопаління — одні з найпоширеніших факторів ризику ПП. Виявлено, що однією з причин висхідного запального процесу у плодових оболонках були *E. coli* та *Enterococcus spp.* Отримані дані можуть бути враховані при формуванні груп ризику з розвитку ПП та потребують подальшого вивчення.

## МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

Франц К. Е.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Маткові кровотечі пубертатного періоду (МКПП) є серйозною проблемою в педіатрії і дитячій гінекології. Більш ніж половина випадків затримки менструального циклу в пубертатному віці закінчується кровотечею. Складність та важливість цього питання полягає в тому, що дуже

часто ця патологія приховується самою дівчиною або недооцінюється її батьками. Сьогодні МКПП пов'язують з незрілістю гіпоталамо-гіпофізарної системи, зокрема, з несталим ритмом виділення люліберина. Спостерігається дефект зворотного негативного зв'язку яєчників і гіпоталамо-гіпофізарних структур. При цьому у відповідь на підвищення рівня естрогенів секреція ФСГ залишається підвищеною, стимулюючи ріст примордіальних фолікулів. У подальшому атрезія фолікула або його персистенція призводить до відсутності овуляції, відсутності жовтого тіла, синтезуючого ендогенний прогестерон. У результаті спостерігається відносна або абсолютна гіперестрогенія, що морфологічно виражається у залозисто-кістозній гіперплазії, поліпії ендометрія або аденоміозі з відповідною клінікою.

**Мета** дослідження — вивчити кореляцію рівнів антимюллерового гормону та ергокальциферолу, згортальної системи крові у пацієнток з МКПП.

**Матеріали та методи.** Під наглядом були 26 пацієнток профільного з дитячої гінекології гінекологічного відділення КУ «Пологовий будинок № 5» Одеси з МКПП (1-ша група) та 18 практично здорових дівчат (2-га група). Крім загальноклінічного обстеження відповідно до локального протоколу, у дівчат обох клінічних груп вивчалися показники антимюллерового гормону та ергокальциферолу. Результати дослідження оброблені за допомогою програми Statistica.

**Висновки.** Встановлена кореляція рівнів антимюллерового гормону та ергокальциферолу, згортальної системи крові у пацієнток з МКПП, що необхідно враховувати при веденні таких хворих.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

Барлит М. В.

Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина

**Актуальность.** Ожирение (ОЖ) является серьезной медико-социальной проблемой, которая приняла масштабы пандемии. Каждый год в мире регистрируется увеличение количества пациентов с данной патологией, в том числе женщин репродуктивного возраста. Ожирение беременных рассматривается в качестве фактора риска возникновения гестационного диабета, невынашивания беременности, преждевременных и запоздалых родов, тяжелых форм гестозов, являющихся наиболее частыми осложнениями во время беременности.

**Цель.** Проанализировать осложнения, возникающие в течение беременности у пациенток с ожирением.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 100 женщин с алиментарным ОЖ и у 50 — с нормальной массой тела (контрольная группа).

**Результаты.** Средний возраст рожениц был 27,6 года, а рожениц контрольной группы — 24,9 года. У 50 (50,0 %) родивших основной группы была I степень ОЖ, у 44 (44,0 %) — II степень, у 6



(6,0 %) — III степень. Ожирение почти в 2 раза чаще отмечается у повторнородящих, чем у первородящих. Осложненное течение беременности при I степени ОЖ наблюдали 80,0 %, при II степени — у 76,0 %, а при III степени — у 100,0 % родивших. В контрольной группе гестозы выявлены у 34,0 % родивших, при наличии ОЖ — у 50,0 %. Среди страдавших гестозами преобладали первородящие (67,0 %). Ранние гестозы наблюдали у 17 % беременных, независимо от степени ОЖ. Нефропатия I–II степени выявлена у 35,0 % беременных с I степенью ОЖ, у 43,3 % — со II, у 83 % — с III степенью. На 2-м месте по частоте возникновения стоит угроза прерывания беременности. Это осложнение выявлено у 11 % беременных с ОЖ в период до 12 нед., а в более поздний срок — у 13 %. У беременных с ОЖ гипертензию, неблагоприятно влияющую на развитие плода и течение родов, наблюдали в 4 раза чаще ( $p < 0,001$ ), угрозу внутриутробной гипоксии плода, анемию беременных — в 2 раза чаще ( $p < 0,001$ ), чем у беременных контрольной группы.

**Выводы.** Ожирение является отрицательным преморбидным фоном для развития беременности и течения родов. Женщин с ОЖ следует относить к группе риска развития осложнений во время беременности, в родах и перинатальной заболеваемости.

### ЭНДОМЕТРИОЗ СЕЧОВИДЛЬНОЇ СИСТЕМИ. ОПТИМАЛЬНІ МЕТОДИ ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Савчук П. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** На ендометріоз сечовидльної системи припадає близько 3 % від всіх форм цього захворювання.

Недостатня обізнаність лікарів, у зв'язку з обмеженою кількістю публікацій на цю тему, відсутність характерних клінічних симптомів та велика різноманітність з них неспецифічних утруднюють діагностику ендометріозу сечового міхура, сечоводів та їх ускладнень.

**Мета.** Визначити оптимальні методи діагностики та лікування ендометріозу сечовидльної системи, його рецидивів та ускладнень.

**Матеріали та методи.** Аналізу підлягала медична документація проведених ендоскопічних хірургічних втручань на органах малого таза у 2015–2017 рр. Всього — 718 спостережень. У 14 пацієнток було діагностовано ендометріоз сечовидльної системи, а саме — ендометріоз сечового міхура (100 %) з використанням лабораторних та інструментальних методів.

**Результати.** Гістологічно ендометріоз був діагностований у 100 %. Було проведено медикаментозне та хірургічне лікування. Ускладнення ендометріозу не спостерігались.

Дослідження віддалених результатів продовжується.

### НОРМАЛІЗАЦІЯ МАССИ ТЕЛА — ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ОЖИРЕНИИ

Продаевич К. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из наиболее распространенных причин нарушения менструального цикла, гирсутизма и бесплодия. У 50–80 % женщин с СПКЯ отмечают ожирение, нарушение толерантности к глюкозе и гиперинсулинемию (Г. А. Мельниченко, 2006; С. А. Бутрова, 2005).

**Цель.** Изучить динамику метаболических и гормональных параметров у женщин с СПКЯ и ожирением при снижении массы тела.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением было 48 женщин в возрасте от 20 до 32 лет ((25,6±2,3) года) с СПКЯ и повышенной массой тела. Лечение включало редуциционную диету, дозированные аэробные физические нагрузки, метформин. Исходно и через 3 мес., 6 мес. лечения оценивали антропометрические параметры (масса тела, ИМТ, ОБ, ОТ, ОБ/ОТ), определяли содержание в сыворотке крови гонадотропных гормонов, гормонов яичников и надпочечников. Нарушение углеводного обмена диагностировали на основе индекса НОМА-IR.

**Результаты.** После 3 мес. лечения снижение массы тела составило (7,20±0,28) кг, после 6 мес. — (11,30±0,65) кг ( $p < 0,05$ ), или (6,70±0,34) и (12,10±0,68) % соответственно. Клинически значимого снижения массы тела ( $\geq 5$  % от исходных значений) после 3 мес. достигли 83,2 % пациенток, после 6 мес. — 94,8 %. У 23,4 % женщин масса тела уже не превышала нормативных значений. К концу 6-го месяца терапии ОТ уменьшился в среднем на (9,30±0,54) см, ОБ — на (8,10±0,38) см. Индекс ОТ/ОБ через 3 мес. стал (0,84±0,03) ед. и через 6 мес. — (0,80±0,01) ед. ( $p < 0,05$ ). Снижение показателя индекса ИР было выявлено у 73 % пациенток, средний показатель после 6 мес. терапии снизился на 43,0 %. Терапия оказала положительный эффект на содержание гормонов в сыворотке крови: достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) среднего уровня ЛГ, нормализация содержания тестостерона ( $p < 0,05$ ). Регулярные менструации после 6 мес. терапии были у 37 % женщин.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА У ЖЕНЩИН С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Маврова Т. П.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** В настоящее время проблема замершей беременности в первом триместре становится все более значимой в структуре репродуктивных потерь. Распространенность данной патологии увеличивается во всех странах, привлекая в связи с этим внимание специалистов разных областей.

**Цель.** Определить факторы риска и причины замершей беременности в первом триместре беременности.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе КУ ГКБ № 1 (Одесса). В работе проанализированы истории 50 женщин с замершей беременностью в анамнезе. Контрольную группу составили 32 здоровые беременные женщины, наблюдавшиеся на базе ЖК № 1 при КУ «Родильный дом № 5».

**Результаты.** Средний возраст обследуемых женщин — 29 лет. Среди поступивших были работающими — 12 (24 %), неработающими — 38 (76 %). Женщины, которые прерывали беременность в первом триместре, — 27 (54 %). Среди опрошенных количество рожавших — 26 (52 %), нерожавших — 24 (48 %). Физиологические роды — 21 (42 %), кесарево сечение — 29 (58 %). Из них первородящих — 35 (69 %), повторнородящих — 15 (31 %). Среди гинекологических заболеваний наиболее распространенные: хронический аднексит (8 %), миома матки (4 %), кисты яичника (4 %).

Контрольную группу составили 32 женщины, не страдающие невынашиванием беременности. У всех женщин роды произошли в срок.

**Выводы.** Проведенное исследование демонстрирует проблему невынашивания у женщин, которые не становились на учет и не проводили скрининговые тесты. Также к факторам риска стоит отнести хронические заболевания в анамнезе. В связи с этим возникает вопрос о контроле здоровья женщин с помощью скрининговых программ, что позволит заранее прогнозировать и сохранять беременность.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Кулагина Ю. Э.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Хроническая боль распространена среди 15–20 % взрослого населения. Из них 20 % всех амбулаторных посещений приходится на хроническую тазовую боль (ХТБ) — мультифакторное заболевание, значительно нарушающее качество жизни. Абактериальный хронический простатит (ХП) является самой распространенной (до 90 %) и наиболее тяжело поддающейся лечению формой синдрома хронической тазовой боли (СХТБ).

**Цель** исследования — оценить состояние эректильной функции у мужчин с синдромом хронической тазовой боли.

На базе клиники урологии ГКБ № 10 (Одесса) обследовано 64 мужчины страдающих СХТБ более 6 мес. Средний возраст мужчин составлял (45,67±13,43) года. Обследование включало: анкетирование, объективный осмотр, лабораторную диагностику, ультразвуковое исследование предстательной железы, мочевого пузыря и органов мошонки.

Из 64 пациентов, согласно опросника МИЭФ-5, эректильная дисфункция была у 36 (56,25 %) боль-

ных. При этом слабовыраженная симптоматика СХТБ, согласно опросника NIH-CPSI, отмечена у 7 (10,94 %) пациентов, умеренная — у 44 (68,75 %), выраженная — у 13 (20,31 %).

Также пациентам с выявленной эректильной дисфункцией исследовали уровень общего тестостерона в крови. Так, у 6 пациентов наблюдалось снижение уровня общего тестостерона в крови, средний показатель которого составил 10,13 нмоль/л.

Таким образом, у 56,25 % из обследованных нами мужчин, страдающих СХТБ, выявлена эректильная дисфункция с преобладанием легкой степени выраженности. Тяжелая степень эректильной дисфункции связана с органическими изменениями по причине сахарного диабета.

## ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ АД'ЮВАНТНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ВІД ВИБОРУ ПРЕПАРАТУ

Жуковський Д. О.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Рак мочевого пузыря (РМ) залишається актуальною проблемою, у зв'язку з неухильним ростом захворюваності та смертності. До поверхневого РМ належать пухлини T<sub>a</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>is</sub>, основним хірургічним лікуванням яких є трансуретральна резекція (ТУР) з подальшою внутрішньоміхуровою ад'ювантною хімотерапією. Високий відсоток рецидивів і прогресування захворювання пов'язаний з імплантацією пухлинних клітин під час операції, з дифузним характером неопластичного процесу та наявністю ділянок *Cancer in situ*.

**Мета.** Вивчити результати лікування та ефективність різних хімопрепаратів для внутрішньоміхурової хімотерапії у пацієнтів з м'язово-неінвазивним раком мочевого пузыря після ТУР мочевого пузыря.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 86 пацієнтів з м'язово-неінвазивним РМ з максимальною медіаною спостереження 60 міс. Для внутрішньоміхурової хімотерапії після ТУР мочевого пузыря застосовували: доксорубіцин, мітоміцин С, адріобластин, БЦЖ і доксалекс за схемою, рекомендованою Європейською асоціацією урологів.

**Результати дослідження й висновки.** У нашому дослідженні було відмічено значно менший відсоток розвитку рецидивування РМ після ТУР із безпосередньою внутрішньоміхуровою хімотерапією з експозицією 60 хв. Рецидив і прогресування пухлини залежать від патогістологічних характеристик: кількість рецидивів зростає при пухлинах великих розмірів, помірно- та низькодиференційованих, а також за наявності T<sub>is</sub>. Таким чином, застосування внутрішньоміхурової хімотерапії приводить до покращання результатів лікування м'язово-неінвазивного РМ, проте необхідно продовження дослідження спеціалізованих молекулярних і генетичних маркерів, які визначають ефективність відповіді терапії, що проводиться.

## ОЦІНКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ОРТОТОПІЧНИХ І ГЕТЕРОТОПІЧНИХ СЕЧОВИХ РЕЗЕРВУАРІВ ТА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

Колосов О. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Рак є однією з провідних причин смертності в усьому світі. Прогнозується, що до 2020 р. кількість нових випадків раку в світі становитиме більш ніж 15 млн. Середній вік пацієнтів з раком сечового міхура — 73 роки, дві третини випадків захворювання припадає на чоловіків.

Основним методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура є радикальна цистектомія (РЦЕ) у різних модифікаціях. Радикальна цистектомія й ортотопічна реконструкція — це найскладніші хірургічні втручання в урології. Проведена оцінка бактеріального спектра ортотопічних і гетеротопічних сечових резервуарів у ранньому і пізньому післяопераційному періодах після РЦЕ. У дослідженні брали участь 54 пацієнти: чоловіки — 46 (85,2 %), жінки — 8 (14,8 %).

Для відведення сечі після РЦЕ досліджуваним пацієнтам були виконані: ортотопічна реконструкція сечового міхура за Штудером — у 19 (35,2 %) хворих, деривація сечі за Бриккером — у 35 (64,8 %). Протягом першого року після ортотопічної або гетеротопічної пластики відбуваються функціональна адаптація і морфологічна трансформація кишкового епітелію до нового агресивного середовища (сечі). У цей період слизова оболонка найбільш сприйнятлива до колонізації та життєдіяльності патогенних й умовно-патогенних мікроорганізмів. Мікроорганізмом, що найчастіше трапляється у нашому дослідженні, була *Escherichia coli*, яка визначалася в обох групах незалежно від виду деривації сечі. Серед інших збудників були верифіковані: *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella species*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus species*.

Неоцист більш сприйнятливий до персистенції та розвитку інфекційно-запального процесу, що потребує ретельнішого контролю за уродинамікою, об'ємом залишкової сечі, а також проведення курсів антибактеріальної терапії відповідно до результатів бактеріологічного дослідження сечі.

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО- БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ З ГОРМОНАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ТА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ У ЖІНОК З РИЗИКОМ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ У ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Карнаушенко Є. В.

Запорізький державний медичний університет,  
Запоріжжя, Україна

Огляд літератури свідчить, що синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) залишається актуальною проблемою та потребує подальшого дослідження, зокрема вивчення змін крові, яка є сполуч-

ною тканиною й першою реагує на зміни гомеостазу.

**Мета.** Проаналізувати дані загальноклінічних, біохімічних, гормональних показників крові, УЗД жінок у програмі екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) за коротким протоколом для своєчасної, індивідуальної, адекватної корекції протоколу ЕКЗ і комплексної профілактики розвитку СГЯ.

**Матеріали та методи.** Основну групу дослідження утворили 15 жінок з ризиком розвитку СГЯ, групу контролю — 25 пацієток без ризику розвитку СГЯ. Застосовано в обстеженні такі методи: анамнестичний, клініко-біохімічне обстеження крові, гормональне обстеження на 2–3-й день менструального циклу, УЗД, статистичний.

**Результати.** При ризику розвитку СГЯ спостерігається позитивний статистично значущий зв'язок між кількістю фолікулів і вмістом лейкоцитів, моноцитів, прогестерону й естрадіолу, кількістю великих класів лімфоцитів, а негативний зв'язок корелює з рівнем реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ). Так само позитивна кореляція присутня в основній групі між вмістом лейкоцитів і рівнем естрадіолу, натрію, кількістю великих класів лімфоцитів, а негативна — з рівнем РБТЛ.

**Висновки.** Комплексне обстеження дає можливість визначити ризик розвитку СГЯ з метою своєчасної корекції протоколу контрольованої стимуляції овуляції для профілактики СГЯ в програмах ЕКЗ.

## ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ МОЛОДИХ ЖІНОК

Мочуляк Л. О.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Мета.** Вивчити зміни репродуктивного здоров'я, менструальної функції у молодих жінок, які працюють під впливом несприятливих виробничих факторів.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 180 жінок репродуктивного віку від 19 до 28 років (середній вік —  $(23,4 \pm 0,5)$  року). Обстежувані були розділені на дві групи: 1-ша група — 120 жінок, що працюють в умовах впливу несприятливих факторів виробничого середовища (вібрація, монотонність операцій, шум, фізичні перевантаження, гіподинамія та ін.); 2-га група (контрольна) — 60 жінок, робота яких не пов'язана з несприятливими факторами виробничого середовища.

**Результати.** В основній групі нормальний ритм менструацій був у 79 (65,5 %) жінок, проте у 55 (46 %) з них були цикли з неповноцінною лютеїновою фазою й ановуляторні, у 24 (20 %) обстежуваних всі цикли були ановуляторні; 32 (27 %) жінки мали олігоменорею і у 9 (7,5 %) була аменорея. Значне зниження Е виявлялося при недостатності лютеїнової фази. Достовірне зниження Е ( $p < 0,05$ ) відзначено у 9 (7,5 %) жінок за порушенням менструальної функції за типом аменореї і у 19 (15 %) — олігоменореї. Рівень П ( $(15,6 \pm 2,3)$  нмоль/л) знаходився на нижній межі норми у другу фазу менс-



труального циклу у 64 (53 %) жінок основної групи, у 56 (47 %) обстежуваних було достовірне зниження П ( $p < 0,05$ ). Підвищений рівень ПРЛ ( $955,0 \pm 21,2$ ) мМО/л;  $p < 0,05$ ) був виявлений у 28 (23 %) обстежуваних з аменореєю й олігоменореєю. У 48 (42 %) жінок рівень ФСГ на верхній межі норми (для ранньої фази проліферації) або вище ( $11,6 \pm 0,7$ ) МО/л). У 20 (17 %) пацієток з ГПРЛ вміст у крові ФСГ був нижчим норми ( $p > 0,05$ ). При визначенні рівня К його значення не виходило за межі нормальних значень. У контрольній групі в усіх жінок був правильний ритм менструацій, вміст у крові ПРЛ, ФСГ, Е, П і К відповідав репродуктивному періоду.

**Висновки.** Комплекс несприятливих факторів виробничого середовища іноді набуває екстремального характеру у зв'язку з тривалою і повторною ушкоджувальною дією на організм молодої жінки, це викликає дискоординацію роботи ланок ланцюга регуляції репродуктивної системи і є причиною розвитку синдрому ГПРЛ і більш ранньої вікової інволюції репродуктивної системи.

### АКТУАЛЬНІСТЬ І ДОЦІЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕНЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Мельниченко Ю. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Преєклампсія залишається актуальною проблемою сучасного акушерства та вважається найбільш складним і найважливішим питанням наукового і практичного акушерства. Це одна з найчастіших причин материнської і неонатальної захворюваності та смертності в усьому світі. Преєклампсія — ускладнення фізіологічного перебігу вагітності, що характеризується глибокими порушеннями функцій життєво важливих органів та систем.

**Мета.** Аналіз актуальності та доцільності досліджень факторів ризику розвитку преєклампсії.

**Матеріали та методи.** Використано інформаційні бази та проаналізовано 85 джерел; пошук літератури за базами даних: *Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, РІНЦ* тощо.

**Результати.** При визначенні найбільш вагомих факторів ризику розвитку преєклампсії вважається, що з розвитком тяжкої форми корелюють тільки 4 фактори: перша вагітність, преєклампсія в анамнезі, підвищений середній артеріальний тиск, низька концентрація некон'югованого естріолу. У 2016 р. для систематичної оцінки кількох добре визначених факторів ризику преєклампсії зібрані дані з досліджень більш ніж 25 млн жінок.

На основі загальних даних, найбільш вагомі результати отримані для 6 факторів: антифосфоліпідний синдром — частота розвитку (ЧР) 17,3 (95 % довірчий інтервал (ДІ) від 6,8 до 31,4 %), відносний ризик (ВР) 2,8 (ДІ 1,8–4,3); хронічна гіпертензія — ЧР 16,0 (95 % ДІ 12,6–19,7 %), ВР 5,1 (ДІ 4,0–6,5); преєклампсія при попередній вагітності — ЧР 12,0 (95 % ДІ 10,4–13,7 %), ВР 8,4 (ДІ 7,1–9,9); прегестаційний цукровий діабет — ЧР 11,0

(95 % ДІ 8,4–13,8 %), ВР 3,7 (ДІ 3,1–4,3); індекс маси тіла (ІМТ)  $> 30$  до вагітності — ЧР 7,1 (95 % ДІ 6,1–8,2 %), ВР 2,8 (ДІ 2,6–3,1); використання допоміжних репродуктивних технологій — ЧР 6,2 (95 % ДІ 4,7–7,9), ВР 1,8 (ДІ 1,6–2,1).

### ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ІСТМОЦЕЛЕ ПОЗА ВАГІТНОСТІ

Горох Я. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Стабільно високий відсоток кесаревого розтину в усьому світі призвів до виникнення проблеми адаптації оперованої матки до нових морфофункціональних умов взаємодії в межах репродуктивної системи й організму в цілому. Останніми роками в західній літературі з'явився термін «синдром рубця після кесаревого розтину», який включає характерні скарги таких пацієток поза вагітності на менорагії різної інтенсивності, дисменорею, хронічний тазовий біль, безплідність та ін. В умовах вагітності істмоцеле може ускладнюватися вrostанням плаценти в рубець на матці (МАР) і анатомо-функціональною недостатністю міометрія в зоні рубця або неспроможністю рубця.

**Мета.** Зниження кількості повторних кесаревих розтинів, пов'язаних із неспроможністю рубця на матці, прекоцепційна підготовка.

**Матеріал та методи.** Під наглядом були 24 жінки з рубцем на матці, яким на етапі прекоцепційної підготовки до вагітності проводили УЗД матки з оцінкою зони рубця, діагностичну гістероскопію з морфологічним дослідженням біопатів рубця (основна група), і 11 хворих з істмоцеле більше 1/3 довжини рубця, яким проведена лапароскопічна резекція кармана з накладенням однорядного шва (контрольна група). Реабілітаційні заходи в обох групах включали магнітотерапію на низ живота, починаючи з 3–4-ї (в основній групі) і 6–7-ї (у контрольній групі) доби після операції, двома курсами по 10–12 процедур і пелоїдотерапію інтравагінально — за показаннями. За наявності скарг на менорагії і (або) дисменорею, хронічний тазовий біль жінки також отримували КОКи 3–6 міс., що зменшило і нівелювало ці скарги у 83 %.

**Висновки.** 1. У 22 (63 %) жінок обох груп спостерігається гістероскопічна картина хронічного базального ендометриту, підтверджена гістологічно, яка потребує антибактеріальної терапії з подальшою реабілітацією. 2. Протягом 6 міс. — 2 роки спонтанна вагітність настала у 30 (86 %), пологи *per vias naturalis* — у 29 (83 %) жінок обох груп, у т. ч. у 9 (82 %) — контрольної групи.

### ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Жулікова М. В.

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Мета.** Визначення факторів ризику розвитку синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) з метою відновлення репродуктивної функції.



**Матеріали та методи.** Досліджено дві основні групи пацієнок із СПКЯ. Так, 1-шу групу утворили 38 пацієнок віком від 18 до 36 років з I типом СПКЯ (дифузне розташування фолікулів у стромі), 2-гу групу — 42 пацієнтки віком від 19 до 39 років із II типом СПКЯ (периферичне розташування фолікулів щодо гіперплазованої стромі). До 3-ї групи (контрольна) увійшли 20 практично здорових жінок віком від 20 до 38 років.

**Результати.** Відзначено значне збільшення об'єму яєчників у середньому ( $20,7 \pm 1,5$ ) і ( $23,6 \pm 2,1$ )  $\text{см}^3$  відповідно у пацієнок 1-ї і 2-ї груп порівняно з контрольною групою — ( $6,5 \pm 1,4$ )  $\text{см}^3$  ( $p < 0,001$ ). В обох групах спостерігалось збільшення кількості антральних фолікулів ( $>15$ ). За даними доплерівського картування, виявлено достовірне збільшення пікової систолічної швидкості (ПСШ) кровотоку у пацієнок 1-ї і 2-ї груп із СПКЯ ( $82 \pm 36$ ) і ( $64 \pm 33$ )  $\text{см/с}$  відповідно порівняно з групою контролю (від 20 до 47  $\text{см/с}$ ).

Концентрація лютеїнізуючого гормону (ЛГ) була  $>10$  МЕ/л у більшості пацієнок із СПКЯ в обох групах — 85,5 %, а співвідношення ЛГ/ФСГ  $>2,5$  — у 73,8 %. У 77,5 % хворих на СПКЯ виявили збільшення концентрації загального тестостерону ( $>3,0$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) та підвищені концентрації дегідроепіандростендіолу (ДГЕА-С) — ( $7,5 \pm 0,8$ ) мкмоль/л і ( $8,4 \pm 1,3$ ) мкмоль/л відповідно в 1-й і 2-й групах.

**Висновки.** Факторами ризику розвитку СПКЯ є поєднання ультразвукових параметрів яєчників ( $>20 \text{ см}^3$ ) з кількістю антральних фолікулів ( $>15$ ), швидкість кровотоку (вище 70  $\text{см/с}$ ), підвищення концентрації гормонів (ЛГ, тестостерон та ДГЕА-С). Своєчасна діагностика та лікування факторів ризику розвитку СПКЯ дозволить значно покращити репродуктивну функцію жінок.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ФІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАЛЬНІЙ ТАКТИЦІ НЕЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЧОЛОВІКІВ

Чангаліди О. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) — група захворювань, що характеризуються незлоякісною формою та болем, який відчувають чоловіки або жінки в структурах, розташованих в порожнині таза протягом не менше 6 міс. (С. Б. Извозчиков, 2010).

Етіологічна і патогенетична багатофакторність, резистентність до лікування роблять хронічний тазовий біль вкрай актуальною міждисциплінарною проблемою (Н. Won, J. Abbott, 2010).

**Мета.** Оцінити ефективність мультимодальної фітотерапії у лікуванні чоловіків з незапальною формою СХТБ.

**Матеріали та методи.** На базі клініки урології ОНМедУ обстежено 35 чоловіків із незапальною формою СХТБ. Середній вік хворих становив ( $31,43 \pm 6,57$ ) року. Усі хворі були розподілені на дві

клінічні групи: перша — хворі з незапальною формою СХТБ, які отримували мультимодальну фітотерапію протягом 3 міс.; друга група — хворі з незапальною формою СХТБ, які отримували комплексне традиційне лікування протягом 3 міс. Критерії виключення: хворі, раніше оперовані на тазових органах; нейропатія на фоні метаболічних захворювань. Ефективність лікування оцінювали до та після лікування за допомогою анкети — Індекс шкали симптомів хронічного простатиту та СХТБ у чоловіків, а також за допомогою ультразвукового доплерівського сканування швидкості кровотоку в а. pudenda.

**Висновки.** Аналізуючи результати дослідження, нами встановлено, що домени анкет в обох групах мали достовірне зниження суми балів. При проведенні хворим доплерівського сканування кровотоку в статевій артерії до та після лікування виявлено покращання швидкості кровотоку.

## УРОДИНАМІЧНІ ПАТЕРНИ ІДІОПАТИЧНОГО ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА

Константінова В. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) — тяжкий розлад сечовипускання, яким страждають не менше 17 % населення після 40 років, з них 56 % жінки і 44 % чоловіки.

**Метою** дослідження було визначити частоту і клінічне значення окремих уродинамічних симптомів, що виявляються за результатами комплексного уродинамічного дослідження в хворих на ідіопатичну гіперактивність сечового міхура (ІГАСМ).

**Матеріали та методи.** Комбіноване уродинамічне дослідження було проведене нами 137 хворим на ІГАСМ (105 жінок, 32 чоловіки).

**Результати.** Встановлено, що імперативний характер сечовипускання у хворих на ІГАСМ призводить до зниження максимальної цистометричної ємкості в 75,9 % пацієнтів, зниження порогу чутливості СМ у 70,8 %, детрузорної гіперактивності в 35,8 %, зниження комплаєнтності в 43,1 % хворих, нестабільності уретри в 24,8 % хворих.

**Висновки.** Зниження здатності СМ до нагромадження й утримання сечі за нормального або низького внутрішньоміхурового тиску та часте поєднання нестабільності СМ з ознаками обструктивного сечовипускання — основні особливості порушень уродинаміки НСШ у хворих на ІГАСМ.

## ЗАСТОСУВАННЯ АДАПТИВНОГО БІОУПРАВЛІННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

Саєнсує М. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** було визначити особливості біоелектричної активності м'язів тазового дна, вивчити ефективність методу біологічного зворотного зв'язу

зку (БЗЗ) у поєднанні з ETS (ЕМГ — тригерна електростимуляція) м'язів тазового дна у хворих з різними формами нетримання сечі.

Встановлено, що у більшості пацієнтів стресовою або змішаною формою нетримання сечі спостерігається виражене зниження активності показників ЕМГ і м'язового тону тазових сфінктерів з компенсаторною напругою м'язів промежини, труднощами в м'язовому контролі над сфінктерним апаратом уретри. На порушення сечовипускання вказують підвищення показника Rest Average і зниження Work Average з відповідним підвищенням індексів Work Deviation (на 38 %) і Rest Deviation (на 53 %). Використання методу БЗЗ у поєднанні з ETS м'язів сфінктерного апарату тазових органів і м'язів промежини дозволяє зменшити прояви порушень резервуарно-евакуаторної функції сечового міхура у 85 % пацієнток з нетриманням сечі.

**Результати.** Отримані дані підтверджують необхідність широкого впровадження інформаційного, економічно доступного методу БЗЗ у поєднанні з ETS м'язів тазового дна. Показники біоелектричної активності м'язової системи тазового дна, шкірного імпедансу та індексів периферичного опору дозволяють забезпечити динамічний контроль за ефективністю терапії заворування.

#### ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ У ЖІНОК ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ

**Марущак К. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Міома матки — одна з найпоширеніших доброякісних пухлин у жінок в репродуктивному віці.

Вивчено клінічний перебіг вагітності та пологів у 65 жінок, яким була виконана міомектомія до вагітності.

I група — 29 жінок після міомектомії за загальноприйнятною методикою.

II група — 36 жінок після міомектомії за вдосконаленою методикою (патент на корисну модель «Спосіб виконання міомектомії під час кесаревого розтину», Зелінський О. О., Жовтенко О. В., 2014).

Середній вік пацієнток становив (35,7±5,2) року. Ускладнений перебіг вагітності спостерігався у 65,52 % пацієнток I групи та 30,56 % пацієнток II групи. Найчастіше було діагностовано загрозу переривання вагітності (у I групі — 41,38 %, у II групі — 22,22 %). Плацентарна дисфункція виявлялася в обох групах приблизно з однаковою частотою (17,24 та 16,67 %), ЗРП діагностовано у 15,38 % випадків у I групі та у 8,33 % випадків у II групі.

За нашими даними, всього у I групі народилося 29 дітей: з них 6 (10,2 %) у тазовому і 23 (89,8 %) в головному передлежанні. У II групі народилася одна недоношена дитина (2,78 %) з масою тіла

2100,0 г. З ознаками ЗРП народилося 20,69 % дітей у I групі та 8,33 % у II групі.

При використанні вдосконаленої методики проведення операції частота ускладнень нижча.

#### РОЛЬ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ М'ЯЗОВО-НЕІНВАЗИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

**Мавроматіс М. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** В Україні щороку реєструється близько 5 тис. нових випадків і близько 2,3 тис. смертей від м'язово-неінвазивного раку сечового міхура. За даними джерел, 90 % пухлин сечового міхура виявляються уротеліальною карциномою, або перехідно-клітинним раком.

Сучасні методи неінвазивної візуалізації сечового міхура: ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуванням і магнітно-резонансна томографія (МРТ).

**Мета.** Оцінити переваги МРТ у діагностиці м'язово-неінвазивного раку сечового міхура.

Наявні недоліки УЗД при розташуванні новоутворення у зоні трикутника Льюто, шийці сечового міхура, а також при неможливості адекватного наповнення сечового міхура. При КТ-дослідженні неточності виникають у зв'язку з малим розміром новоутворення (до 1 см) або при локальному дифузному ураженні сечового міхура.

**Матеріали та методи.** Ретроспективне дослідження історій хвороб 86 пацієнтів у віці від 21 до 86 років (65,0±14,3), які проходили обстеження та лікування на клінічній базі кафедри урології та нефрології ОНМедУ — відділення урології № 1 і № 2 КУ «МКЛ № 10» (Одеса) з 2010 по 2015 рр. Виконано УЗД сечостатевої системи в 100 % пацієнтів; КТ сечової системи з контрастуванням на апараті Somatom Definition AS в 45 % пацієнтів; МРТ органів таза на апараті Philips Achieva 1,5T XR в 55 % випадків.

**Результати.** У 82 пацієнтів виявлено рак T1, у 3 пацієнтів — Ta, в 1 пацієнта — Tis. У 76 хворих зафіксовано одне новоутворення, у 6 — два новоутворення, у 4 — два і більше новоутворень. Діагностична чутливість методів: УЗД — 76 %, КТ — 82 %, МРТ — 96 %.

**Висновки.** МРТ найточніше дозволила розмежувати інвазивні та неінвазивні форми раку сечового міхура, верифікувати новоутворення менше 1 см.

#### О ВОЗМОЖНОЙ РОЛИ BSMI-ПОЛИМОРФИЗМА, КОДИРУЮЩЕГО РЕЦЕПТОРЫ ВИТАМИНА D В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Диденкул Н. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** В последнее время активно изучается влияние витамина D как на репродуктивную

систему жінок в цілому, так і на течення гестаційного процесу в частині. Крім вітаміну D інтерес викликають рецептори вітаміну D (VDR) і одонуклеотидні поліморфізми генів, кодують VDR.

**Цель.** Изучить BsmI-поліморфізм гена рецептора вітаміну D у жінок з патологічним теченням вагітності і у здорових вагітних жінок.

**Матеріали і методи.** Були досліджені дві групи жінок: 1-я група — 54 вагітних з патологічним теченням вагітності, 2-я група — 40 жінок з нормальним теченням вагітності. Методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу було досліджено BsmI-поліморфізм генів, кодують VDR в крові вагітних жінок.

**Результати.** Генотип G/G частіше зустрічався в групі контролю, у вагітних з нормально протікаючою вагітністю і носив протективний характер (RR=0,49, CI 0,33–0,72; OR=0,27, CI 0,15–0,51).

В групі вагітних з патологічним теченням вагітності частіше зустрічався генотип A/G VDR (RR=1,96, CI 1,43–2,69; OR=3,8, CI 2,1–6,8).

У вагітних з генотипом A/G VDR частіше спостерігалася дисфункція плаценти (RR=2,1, CI 1,0–6,6; OR=3,7, CI 1,1–13,1) і загроза переривання вагітності (RR=2,1, CI 0,8–5,6; OR=2,6, CI 0,7–9,7).

Інтересно, що у вагітних з інфікованим фетоплацентарним комплексом генотип A/G VDR відзначали в 3,5 рази частіше (RR=8,1, CI 1,1–62,1; OR=11,1, CI 1,2–102,1).

**Висновок.** Поліморфізм A/G гена VDR служить фактором ризику розвитку плацентарних порушень у вагітних, а також підвищує ризик інфікування фетоплацентарного комплексу. Молекулярно-генетичне дослідження вагітних на поліморфізм гена VDR може бути використано для профілактики дисфункції плаценти, загрози родов до срока і інфікування фетоплацентарного комплексу.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЕНДОМЕТРІЯ ПРИ РІЗНИХ СХЕМАХ ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ

Луцький А. С.

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Метою** дослідження було вивчення морфологічних змін в ендометрії при різних схемах підтримки лютеїнової фази (ЛФ).

**Матеріали та методи.** Обстеження було проведено у 45 повністю соматично і гінекологічно здорових донорів ооцитів. Усі пацієнтки були розділені на три групи, до кожної з яких увійшли по 15 жінок. У першій групі вивчався ендометрій, отриманий в циклах екстракорпорального запліднення на фоні підтримки ЛФ мікронізованим прогестероном 600 мг на добу, у другій групі для підтримки ЛФ пацієнткам призначався дидрогестерон перорально 30 мг на добу, у третій групі —

високоочищений прогестерон для підшкірного введення у дозі 50 мг на добу.

**Результати.** При дослідженні пацієнток першої групи визначається помірно виражена інтенсивність забарвлення ядер у зв'язку з низьким розподілом глікогену. Висота функціонального шару сягає до 8 мм. Залози ендометрія мають компактно розташування, місцями звивисті. Дослідження пацієнток другої групи, показало, що ендометрій за мікроскопічною структурою, з низьким розподілом глікогену, дуже близький до такого ж, що у жінок першої групи. У третій групі залози розташовуються компактно, в основному округлої форми. Товщина ендометрія становить 8,5 мм. У цій групі відзначається поява більшої кількості залоз штопороподібної форми, які близько прилягають одна до одної. Ядра інтенсивно забарвлені глікогеном.

**Висновки.** На підставі проведеного порівняльного морфологічного аналізу стану ендометрія за різних схем підтримки ЛФ можна зробити висновок, що найбільш адекватна секреторна трансформація ендометрія відзначається у вагітних третьої групи спостереження у зв'язку з тим, що глікоген виділяється в просвіт залоз, надходить в матку і забезпечує ндацію та розвиток ембріона в ендометрії.

## ПРЕІМПЛАНТАЦІЙНА ГЕНЕТИЧНА ДІАГНОСТИКА В ЦИКЛАХ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Луцький А. С.

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Мета.** Визначення доцільності проведення преімплантаційної генетичної діагностики (ПГД) до перенесення ембріонів в порожнину матки для підвищення результативності лікування безплідності методом екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 65 пацієнток, які були розділені на дві групи. В 1-шу групу увійшли 35 жінок, яким був проведений кріопроцес з перенесенням вітрифікованих бластоцист без ПГД; 2-гу групу утворили 30 пацієнток, з невиношуванням вагітності в анамнезі, яким перенесли вітрифіковані бластоцисти після ПГД.

**Результати.** Виконання ПГД у вагітних 2-ї групи дозволило значно підвищити ймовірність імплантації та виношування вагітності. Так, частота імплантації в 1-й групі становила 31,5 %, а у вагітних 2-ї групи після виконання ПГД — 87 % (p<0,001). Необхідно відзначити, що у жінок 2-ї групи в жодному випадку спостереження не було відмічено спонтанного переривання вагітності на ранніх термінах.

Кількість пологів у 2-й групі (64 %) достовірно перевищувала показники 1-ї групи (44 %), що підтверджує доцільність проведення ПГД перед переносом ембріонів.

**Висновок.** Таким чином, проведення ПГД у фертильних вагітних дозволяє значно підвищити ймовірність настання вагітності в програмах ЕКЗ, знизити частоту переривання вагітності та поліп-

шити показники сприятливого її остаточного результату, завдяки більш ефективному проведенню генетичного етапу тестування.

### ЛЕЙОМІОМА, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Стойка О. Я., Коваль Р. Р.

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

Лейоміома матки (ЛМ) є доброякісним новоутворенням і має моноклонне походження. За даними різних джерел і повсякденних клінічних спостережень, ЛМ розвивається у 20–77 % жінок.

**Мета.** Встановити залежність розвитку ЛМ та супровідної гінекологічної патології для можливостей подальшої профілактики ускладнень.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 жінок із ЛМ (основна група) та 20 здорових жінок без ЛМ (контрольна група).

**Результати.** Вік жінок становив від 25 до 68 років: у віці 25–39 років — 21 пацієнтка, 40–49 років — 48 пацієнток, 50–68 років — 31 пацієнтка, тобто 79 % ЛМ припадає на вік після 40. Причина перебування у стаціонарі — поява рясних кров'янистих виділень зі статевих шляхів у 67 %, інтенсивного болю внизу живота у 17 %, поєднання болю та кровотечі у 16 %. При обстеженні встановлено наявність гіперплазії ендометрія у 47 %, поліпів ендометрія та цервікального каналу у 34 %, чого не було у жінок контрольної групи. Кісти яєчників виявлено у 23 % основної групи та 5 % контрольної. Запальний процес у маткових трубах, шийці матки діагностовано у 13 % основної групи та у 5 % контрольної. Скарги на первинну безплідність були у 5 % жінок основної групи, у контрольній групі показник аналогічний — 5 %.

**Висновки.** За наявності лейоміоми основною скаргою є порушення менструального циклу за типом метрорагій у 74 %, що пояснюється не тільки виявленням міоматозних вузлів або дифузним збільшенням матки, а й гіперплазією ендометрія у 47 % та наявністю поліпів ендометрія у 34 %. Ендометріоз, на відміну від літературних даних, спо-

стерігається у 6 %. Діагностовано супровідну гінекологічну патологію у жінок із лейоміомою у 86 %, що потребує ретельного обстеження пацієнток з метою своєчасної профілактики ускладнень та проведення відповідного лікування.

### СОКРАТИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕГМЕНТА ТОНКОЙ КИШКИ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Задорожнюк А. И.

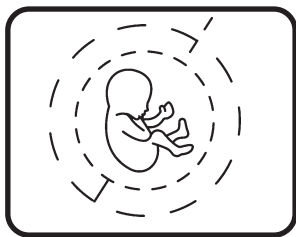
*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Радикальная цистэктомия с деривацией мочи в сегмент тонкой кишки в настоящее время признана «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Основным методом деривации мочи, обеспечивающим наилучшее качество жизни пациента, является ортотопический мочевой пузырь, сформированный из сегмента подвздошной кишки.

**Цель** исследования — изучение воздействия новых химических соединений на сократительную активность стенки подвздошной кишки *in vitro*. Наибольшую констрикторную активность проявляют два соединения — pyrrole-2-carbaldehyde 3-(dimethylamino)benzoylhydrazone и 1-methylisatin N,N-dimethylcarbamylhydrazone, в концентрации  $1 \cdot 10^{-3}$  моль/л увеличивая сократительную активность на  $(54,3 \pm 9,2)$  и  $(51,2 \pm 3,1)$  %, амплитуду сокращений на  $(59,01 \pm 12,00)$  и  $(49,18 \pm 14,00)$  %, частоту сокращений на  $(47,9 \pm 6,4)$  и  $(31,3 \pm 5,3)$  % соответственно. Со спазмолитическими свойствами и тропностью к ileum можно выделить два соединения — pyrrole-2-carbaldehyde 2-hydroxybenzoylhydrazone и isatin benzoylhydrazone, снижающие гипертонус на  $(49,6 \pm 3,8)$  и  $(39,6 \pm 3,1)$  % соответственно.

Учитывая вышеизложенное, отметим, что в доступной литературе отсутствуют рекомендации и теоретические разработки по фармакологической коррекции сократительной функции неоциста на разных этапах послеоперационного периода.





## СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ

Секция педиатрии  
Section of Pediatrics

### АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Синенко В. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Щороку в усьому світі збільшується кількість дітей, народжених внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Дані літератури щодо особливостей нервово-психічного розвитку дітей, які народилися в результаті індукованої вагітності, неоднозначні. Але автори додержуються єдиної думки, що своєчасне виявлення і корекція затримки нервово-психічного розвитку дозволяє запобігти несприятливих наслідків.

**Мета.** Проаналізувати особливості нервово-психічного розвитку у дітей, які народилися із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій.

**Матеріали та методи.** Оцінювали нервово-психічний розвиток 45 дітей, віком від 6 міс. до 3,2 року за шкалами KID та RCDI-2000, за допомогою яких визначали основні домени (когнітивний, моторний, мовний, соціоемоційний, адаптивний) із наступною бальною оцінкою. Статистичний аналіз проводили за допомогою програм Excel for Windows, Statistica 7.0 for Windows.

**Результати.** У обстежених дітей визначено високу частоту — (51,1±7,5) % порушень розвитку. У третини дітей — (33,3±7,0) % спостерігалось відставання за основними доменами: пізнання — (11,1±4,7) %, рухи — (17,8±5,7) %, самообслуговування — (46,7±7,4) %, дрібна моторика — (8,9±4,2) %, експресивне мовлення — (13,3±5,1) %, соціоемоційний — (26,7±6,6) %, розуміння — (6,7±3,7) %. Вікової нормі відповідали такі показники: велика моторика та імпресивне мовлення. Відмічається те, що деякі діти випереджали в розвитку своїх однолітків за великою та дрібною моторикою та мовою.

**Висновки.** У (51,1±7,5) % дітей, які народились із застосування ДРТ, визначено частоту порушень розвитку за основними доменами: самообслуговування — (46,7±7,4) % та соціоемоційній — (26,7±6,6) %. Це може бути пов'язано із гіперопікою цих дітей з боку батьків.

### ПОШИРЕНІСТЬ ВІДКРИТОГО ОВАЛЬНОГО ВІКНА ЯК МАЛОЇ АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СЕРЦЯ

Помазан А. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Функціонує овальне вікно належить до малої аномалії розвитку серця. Неповне закриття овального вікна спостерігається у 30–50 % новонароджених. У ранньому дитячому віці ця патологія не становить загрози та у більшості випадків закривається у віці 5–6 років. Проте, якщо цього не відбувається і овальне вікно продовжує функціонувати, то це призводить до вичерпання компенсаторних механізмів з подальшим розвитком серцевої недостатності.

**Мета.** Провести аналіз поширеності наявності відкритого овального вікна у дітей 1-го місяця життя та 1 року.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 98 дітей, які були поділені на дві вікові групи. Перша група — 56 дітей 1-го місяця життя, друга — 42 дитини 1-го року життя. Усі діти на момент огляду були здоровими та не мали супротивної патології. Усім дітям було проведено ехокардіоскопічне дослідження.

За результатами дослідження встановлено, що відкрите овальне вікно на 1-му місяці життя було виявлено у 43 дітей, що дорівнювало 76,7 %, та 21 дитини (50,0 %) 1-го року життя.

**Висновки.** Поширеність овального вікна у дітей 1-го місяця життя сягала 76,7 % випадків, а у дітей 1-го року — 50,0 %. Більшість функціонуючих овальних вікон закриваються в перші роки життя, але при продовженні їх функціонування існує потреба у щорічному обов'язковому ультразвуковому дослідженні серця та великих судин у дітей до 5–6 років.

### ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ («НЕВИННЫХ») ШУМОВ У ДЕТЕЙ

Лозинская Т. М.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Несмотря на внедрение новых неинвазивных методов диагностики, проблема вы-

явлення функціональних шумів серця у дітей і їх диференціальна діагностика с органічеськими шумами остається актуальною в наше время.

**Цель.** Выявление наиболее частых причин возникновения функциональных («невинных») шумов у детей.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 25 детей (возраст 9–15 лет), у которых во время прохождения обследований выявлен функциональный шум в сердце неясного генеза.

**Результаты.** Данные анализа ЭхоКГ-исследований позволили выявить следующие морфофункциональные причины возникновения «невинных» шумов: вальвулярные (пролапсы створок МК и ТК (68 %), асимметрия створок и двустворчатый АК (12 %), феномен «молоящего» МК (8 %)); хорда-льные (дополнительные хорды желудочков сердца, изменение расположения хорд — 36 %); папиллярные (изменение положения, числа сосочковых мышц, наличие крупных трабекул в средней трети полости желудочков — 28 % детей); гиперкинетический кардиальный синдром (ФВ более 70 %) — 16 %.

В большинстве случаев (68 %) выявлено сочетание двух (10 пациентов), трех (5 пациентов) и более (2 пациента) морфофункциональных особенностей, которые приводили к появлению функциональных шумов.

**Выводы.** В основе развития «невинных» шумов сердца у детей чаще всего лежат комбинированные факторы, а иногда и связанные с наличием такого прогностически неблагоприятного заболевания, как первичная кардиомиопатия — некомпактный эндокард.

## ПОШИРЕНІСТЬ ВРОДЖЕНИХ АНОМАЛІЙ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Тишинська А. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Вади розвитку органів сечовивідної системи знаходяться на четвертому місці в структурі вроджених вад, що становить 26–35 % від усіх вроджених вад розвитку (ВВР). За останні десятиліття їх поширеність значно збільшилася.

**Метою** дослідження було визначити та проаналізувати поширеність і структуру ВВР органів сечової системи у дітей.

**Матеріали та методи.** За матеріалами Одеського обласного перинатального центру (ООПЦ) було проведено ретроспективне когортне епідеміологічне дослідження ВВР у дітей Одеської області у 2008–2012 рр.

**Результати.** Протягом 2008–2012 рр. в ООПЦ народилося 24 560 дітей, серед яких у 825 були визначені ВВР, що становило 3,36 %. Також було виявлено щорічне зростання частоти ВВР сечовивідної системи з 1,87 % у 2008 р. до 2,53 % у 2012 р. Вивчення структури аномалій нирок дозволило

встановити, що частіше діагностували міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР) — у 32 % дітей, гідронефроз — у 28 %, повне або неповне подвоєння нирок — у 18,5 % дітей, у 9 % випадків виявлено полікістоз нирок та у 7 % — мультикістоз нирки. Рідше діагностувались аномалії розташування нирок (гіпоплазія та дисплазія нирок) — 3,7 % та пухлина нирки — 1,8 % пацієнтів. Встановлено, що у 1/3 дітей відзначається поєднана патологія нирок: гіпоплазія з аномалією розташування, подвоєння з гідронефрозом або пухлиною нирки.

**Висновок.** Аналіз частоти аномалій нирок у дітей раннього віку дозволив виявити неухильне зростання даної патології протягом останніх років. При цьому в структурі аномалій нирок у дітей раннього віку переважають: МСР, гідронефроз, подвоєння нирок. У 1/3 дітей виявлена поєднана патологія нирок.

## ПОРУШЕННЯ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У ДІТЕЙ З ДЕФЕКТОМ МІЖПЕРЕДСЕРДНОЇ ПЕРЕГОРОДКИ

Тупиця А. М., Лозінська Т. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Вроджені вади серця (ВВС) є однією з найбільш поширених аномалій розвитку у дітей та становлять близько 30 % усіх вад розвитку. Без надання високоспеціалізованої допомоги рівень летальності серед дітей з ВВС до 1 року життя може сягати до 65 %.

**Мета.** Визначити найбільш часті порушення ритму та провідності у дітей з дефектом міжпередсердної перегородки (ДМПП).

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 35 хворих віком від 1 до 4 років. Обстежено 10 дітей після оперативного втручання з метою корекції гемодинамічно-значущого ДМПП.

**Результати.** Виявлено такі порушення ритму та провідності до оперативного втручання за допомогою добового (холтеровського) моніторингу: фібриляція передсердь (ФП) — 61 %, синусна тахікардія — 13 %, екстрасистолія (передсердна та шлуночкова) — 39 %, атріовентрикулярна блокада (АВ-блокада) — 12 %, блокада ніжок пучка Гіса — 8 %, передсердна пароксизмальна тахікардія — 9 %, синдром слабкості синусного вузла — 3 % та синдром Вольфа — Паркінсона — Уайта (WPW) — 7 %. Аритмії, які були виявлені у дітей через 6 міс. після оперативного втручання: ФП — 19 %, екстрасистолія (передсердна та шлуночкова) — 45 %, передсердна пароксизмальна тахікардія — 5 %, АВ-блокада — 7 %, синдром WPW — 7 %, шлуночкова пароксизмальна тахікардія — 5 %.

**Висновки.** Найбільш частими причинами аритмій у дітей з ДМПП виявлялися дилатація та гіпертрофія правого шлуночка, дистрофічні зміни в міокарді, додаткові шляхи проведення. Оперативне втручання значно знижує частоту їх виникнення.

## ФЕНОТИПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЗА НАЯВНОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ COL3A1 У ДІТЕЙ

Джагіашвілі О. В., Степанова Н. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Пошук генетичних передумов фенотипічних проявів дисплазії сполучної тканини (ДСТ) при численній патології травної системи є предметом досліджень сьогодення.

**Мета.** Визначення особливостей фенотипу функціональних розладів травної системи залежно від наявності поліморфізму COL3A1 у дітей.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 63 дитини з функціональними розладами травлення віком від 2,5 до 16 років. Усім дітям проводили оцінку окремих фенотипічних ознак ДСТ, а також визначення поліморфізму гена колагену III типу альфа 1 (COL3A1) rs1800255 2092G>A за допомогою аналізу поліморфізму довжин рестрикційних фрагментів (ПДРФ-аналізу).

**Результати.** За результатами ПДРФ-аналізу гетерозиготний варіант (G/A) поліморфізму COL3A1 встановлено у 47,62 % дітей (95 % ДІ 35,04–60,2), при цьому були виділені клінічні групи пацієнтів за провідним фенотипом функціональних розладів — група синдрому подразненого кишечника (61,9±6,12) % та функціональних розладів біліарного тракту (ФРБТ) (38,46±6,13) %. Фенотип ФРБТ асоціювався з виразними ознаками ДСТ та широким діапазоном її проявів ( $\chi^2=4,5$ ;  $p=0,034$ ), як-то: кістково-суглобові (гіпермобільність суглобів, сколіоз, плоскостопість), вісцеральні — у вигляді аномалій розвитку серця (пролапс мітрального клапана, аномальна хорда лівого шлуночка), статевої системи (подвоєння матки), жовчного міхура (перегин, перетяжка).

**Висновки.** Встановлено, що провідними фенотипічними проявами функціональних розладів травлення у дітей, асоційованих з генотипом G/A поліморфізму COL3A1, є функціональні розлади біліарного тракту і синдром подразненого кишечника.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Познар О. В., Петровська К. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Згідно зі світовою статистикою, спостерігається тенденція до суттєвого зростання алергічних захворювань у дітей. Однією з найбільш поширених алергічних нозоформ у дитячому віці є алергічний риніт (АР).

**Мета.** Оцінка якості життя дітей з алергічним ринітом середнього ступеня тяжкості.

**Матеріали та методи.** На базі міської дитячої лікарні ім. акад. Б. Я. Резніка було проведено анкетування 60 дітей віком 10–14 років з встановленим діагнозом «Алергічний риніт середнього ступеня тяжкості». Для оцінки якості життя пацієн-

тів використовували модифіковану анкету, яка включала в себе питання про вплив АР на настрої, активність, заняття спортом, порушення сну, контакт із тваринами та інші аспекти повсякденного життя. Відповіді оцінювалися за 5-бальною шкалою, а загальний результат — за сумою балів.

**Результати.** У процесі аналізу встановлено, що у (20,0±5,2) % хворих АР не впливає на якість життя, у (50,0±6,4) % — має незначний вплив, у (25,0±5,6) % — значний вплив і у (5,0±2,8) % хворих життя «підпорядковане» алергічному риніту. Найбільш вагомими факторами, що впливали на якість життя дітей з АР були: порушення сну у (70,0±5,2) % пацієнтів, у (50,0±6,4) % обмеження в контакті з тваринами та (45,0±6,4) % хворих вказали на зниження самооцінки.

**Висновки.** Таким чином, близько 80 % опитуваних пацієнтів з алергічним ринітом демонструють зниження якості життя, переважно у психоемоційній та соціальній сферах, що потрібно враховувати при визначенні лікувально-профілактичних заходів.

## ВПЛИВ ЕТІОЛОГІЧНОГО ЧИННИКА ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

Зарецька А. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 90 % населення в світі інфікується до 18 років одним або кількома клінічно значущими представниками герпесвірусу людини (ГВ). У більшості випадків первинне інфікування перебігає без симптомів, а у 30 % розвивається захворювання з клінічними проявами інфекційного мононуклеозу (ІМ). У патологічний процес при ІМ залучаються органи, які містять лімфоїдно-ретикулярну тканину, тому є важливим вивчення стану печінки у дітей, хворих на ІМ, викликаного різними збудниками: вірусом Епштейна — Барр (ВЕБ), цитомегаловірусом (ЦМВ) та їх асоціацією (МІКСТ-інфекція).

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні протягом 2016–2017 рр. Під спостереженням знаходилося 243 дитини віком від 11 міс. до 12 років з діагнозом ІМ.

**Результати та їх обговорення.** Збільшення печінки та/або селезінки клінічно спостерігалось у 96,3 % хворих у гострому періоді ІМ, гепатомегалія — у (83,5±2,66) % хворих. ЦМВ-мононуклеоз супроводжувався збільшенням печінки у (57,9±11,3) % хворих ( $p<0,05$ ), а при ВЕБ і МІКСТ-інфекції частота гепатомегалії становила (88,50±4,08) та (84,50±2,62) % дітей відповідно. При оцінці деяких біохімічних показників крові було виявлено, що частота підвищення АЛТ і АСТ визначалась у (32,86±3,92) та (37,76±4,05) % дітей відповідно. Показник тимолової проби був підвищений у (82,51±3,17) % дітей (підвищення більш ніж у 2 рази відзначалось у (41,25±4,11) % випадків, а у (3,49±1,53) % — у 4 рази).



## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

Лузан В. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність** проблеми функціональних порушень (ФП) гастроінтестинальної системи зумовлена їх частим виявленням у педіатричній практиці. Синдром подразненого кишечника (СПК) трапляється у 30 % усіх випадків ФП у дітей. Сучасна концепція ФП шлунково-кишкового тракту (ШКТ) припускає порушення взаємозв'язку головного мозку та кишечника (Drossman, 2016): порушення моторики, вісцеральної гіперчутливості та роботи центральної нервової системи і, як результат, порушення психічної діяльності людини та виникнення скарг з боку ШКТ, що призводить до зниження якості життя.

**Мета.** Дослідження якості життя у хворих на СПК, її оцінка при використанні терапії та без неї.

У дослідженні взяли участь 60 дітей у віці від 13 до 18 років, яким був встановлений діагноз СПК відповідно до Римських критеріїв IV. Якість життя оцінювалася за допомогою опитувальника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) на початку дослідження та після терапії. Під час дослідження пацієнти основної групи отримували стандартне лікування у комплексі з когнітивною поведінковою терапією у поєднанні з виконанням фізичних вправ, на відміну від контрольної групи, в якій дана методика не використовувалася (контрольна група приймала стандартну терапію СПК). Наприкінці дослідження пацієнти основної групи показали більш високі показники якості життя (зниження сумарної кількості балів з  $37,6 \pm 5,1$  до  $18,0 \pm 2,3$ ;  $p < 0,05$ ), ніж пацієнти групи контролю (з  $32,7 \pm 4,5$  до  $22,3 \pm 3,1$ ;  $p < 0,05$ ).

У ході дослідження встановлено, що когнітивна поведінкова терапія у поєднанні з фізичними вправами у дітей з СПК більш ефективна для поліпшення якості життя, ніж стандартне лікування.

## ВПЛИВ ГІПОКСІЇ НА СТАН КЛІТИННО-ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ ПРИ ПОЗАЛІКАРНЯНІЙ ПНЕВМОНІЇ

Коваль Л. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Лактатдегідрогеназа (ЛДГ) є внутрішньоклітинним ферментом, що перетворює піровиноградну кислоту на молочну в процесі гліколізу, який є важливим шляхом енергопродукції. При пневмонії підвищення активності ЛДГ свідчить на користь ураження та дисфункції клітин легень, крім того, гіпоксія посилює гліколіз та збільшує активність ЛДГ.

**Мета.** Оцінити вплив гіпоксії на стан клітинно-енергетичного обміну при позалікарняній пневмонії (ПП) у дітей різного віку.

**Матеріали та методи.** До дослідження включено 85 дітей у віці від 1 до 18 років, госпіталізованих з рентгенологічно підтвердженою пневмонією, які лікувались у пульмонологічному відділенні дитячої міської лікарні. Діти були розподілені на 3 вікові групи: 1-ша (27) — від 1 до 6 років, 2-га (30) — від 7 до 13 років, 3-тя (28) — від 14 до 18 років. Активність ЛДГ визначали у сироватці кінетично-фотометричним методом, ступінь гіпоксії — шляхом пульсоксиметрії.

**Результати.** У всіх вікових групах при ПП спостерігалось підвищення активності ЛДГ у сироватці крові, більш виражене у 1-й віковій групі —  $(811 \pm 112)$  ум. од., ніж у 2-й —  $(543 \pm 116)$  ум. од. та 3-й —  $(543 \pm 104)$  ум. од. ( $p < 0,05$ ). Рівень Sat O<sub>2</sub> статистично не відрізнявся по віковим групам: у 1-й —  $(96,34 \pm 2,33)$  %, у 2-й —  $(97,43 \pm 2,56)$  % та у 3-й —  $(97,94 \pm 2,02)$  % ( $p < 0,05$ ). Було визначено зворотний кореляційний зв'язок між активністю ЛДГ та показником насичення крові киснем шляхом розрахунку коефіцієнта Спірмена, для дітей 1-ї вікової групи  $r_s$  становив 0,46, для 2-ї — 0,25 та для 3-ї — 0,38.

**Висновки.** Встановлено, що рівень насичення крові киснем був аналогічним за віковими групами, виявлено зворотний кореляційний зв'язок між ним та активністю ЛДГ у хворих усіх вікових груп. У дітей 1-ї вікової групи гіпоксія впливає більш суттєво на стан клітинно-енергетичного обміну при ПП ( $r_s = 0,46$ ).

## ДИАГНОСТИКА ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕЛКОМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ЭНТЕРОПАТИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ

Адыров М.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Данные современных исследований свидетельствуют об изменении структуры гастроэнтерологических заболеваний детского возраста за счет роста частоты хронических воспалительных заболеваний кишечника и аллергических энтеропатий.

**Цель.** Изучение распространенности и клинико-лабораторных характеристик индуцированной белком коровьего молока энтеропатии и разработка лечебно-диагностического алгоритма для детей первых 3 лет жизни с проявлениями синдрома нарушенного кишечного всасывания.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 1 до 3 лет, госпитализированных в НОДКБ с проявлениями синдрома мальабсорбции. Обследование включало определение: IgA к эндомизию, IgG к тканевой трансглутаминазе, показателей хлоридов пота, эластазы кала и уровня фекального кальпротектина (ФК).

**Результаты.** Среди обследованных детей у 2 (6 %) была диагностирована целиакия, у 3 (10 %)



— хронический лямблиоз на фоне селективного дефицита sIgA и у 1 (3,3 %) — муковисцидоз, во всех случаях уровень ФК был нормальным.

Повышение уровня ФК более чем в 3 раза было выявлено у 75 % оставшихся детей и им был рекомендован перевод на вскармливание полуэлементарной гипоаллергенной смесью. У 16 из 18 (88 %) через 1–3 мес. отмечена положительная клинико-лабораторная динамика в виде: прибавки массы тела, нормализации показателей белкового состава сыворотки крови, гемоглобина, копрограммы, а также уровня ФК.

**Выводы.** Разработанный диагностический алгоритм позволяет оптимизировать тактику ведения детей с проявлениями полного синдрома мальабсорбции. Наличие прямой корреляции между клинико-лабораторными проявлениями и уровнем ФК позволяет использовать последний в качестве диагностического маркера при индуцированной белком коровьего молока энтеропатии.

### **ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ**

**Пенчо А. А.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Преждевременные роды (ПР) являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка, так как во многом определяют неонатальную смертность и заболеваемость, а также долгосрочные негативные последствия относительно здоровья ребенка. В связи с этим изучение факторов, приводящих к ПР, — важный аспект современной перинатологии.

**Цель.** Изучение значимости факторов риска ПР в различные сроки гестации.

В результате ретроспективного анализа 247 преждевременных родов, первую группу из которых составили 34 случая родов в сроке до 33 нед., вторую — 213 случаев родов в сроке 33–37 нед., контрольная группа — 100 историй развития новорожденного в сроке гестации 38–41 нед., было установлено, что наиболее частыми и статистически значимыми факторами, сопровождающими и обуславливающими ПР, являются маточные кровотечения, истмико-цервикальная недостаточность, инфекции различной этиологии и локализации, дисфункция плаценты, наличие выкидышей и преждевременных родов в анамнезе, низкий индекс массы тела, гинекологические операции в анамнезе и возраст матери старше 35 лет.

В иерархии рисков ПР в сроке до 33 нед. первое место занимают маточные кровотечения, затем следуют инфекции различной этиологии и локализации и истмико-цервикальная недостаточность. При ПР в сроке 33–37 нед. наиболее часто фиксируется истмико-цервикальная недостаточность, затем маточные кровотечения и дисфункция плаценты.

### **КРИТЕРИИ ВСТАНОВЛЕННЯ ПАЛІАТИВНОГО СТАТУСУ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ПЕДІАТРІЇ І ПЕРЕХОДУ ДО ПОСЛУГ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ**

**Ткаченко В. С., Величко К. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Визначення критеріїв для встановлення паліативного статусу (ПС) в онкохворих пацієнтів у педіатрії і обґрунтування необхідності залучення мультидисциплінарної команди для надання подальшої медико-соціальної допомоги (МСД) даній групі пацієнтів.

**Матеріали.** Офіційні статистичні дані по Одесі та Одеській області у відкритому доступі.

Нині ідеологія паліативної допомоги (ПД) достатньо розроблена і задокументована на рівні МОЗ України і WPCA. Документи не містять чітких медичних і юридичних критеріїв для безпилькового переходу до ПД, що на практиці породжує чимало конфліктних ситуацій і є одним із факторів соціального напруження в суспільстві.

У Великій Британії виділяють 4 категорії пацієнтів дитячого віку з паліативним статусом: 1. Захворювання, що загрожують життю, при яких радикальне лікування можливе, але часто не дає результатів. 2. Стани, при яких не можна уникнути передчасної смерті, але тривале інтенсивне лікування може збільшити тривалість життя дитини і дозволяє зберегти її активність. 3. Багатолітні прогресуючі інкурабельні стани, коли можливе проведення тільки паліативної терапії. 4. Необоротні (невиліковні), але і не прогресуючі стани, що зумовлюють тяжку інвалідизацію дитини, схильність до частих ускладнень і можливість передчасної смерті.

**Висновки.** Викладений матеріал показує виключно важливість правильного встановлення діагнозу ПС для відмови від основного лікування і переходу до МСД з духовною підтримкою пацієнта і його сім'ї.

### **ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ, ЩО ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ, У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Кірічек В. І., Ярова Г. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Захворювання, що перебігають на тлі бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей, трапляються досить часто у педіатричній практиці. Слід зазначити, що перебіг третини позалікарняних пневмоній серед дітей шкільного віку супроводжується БОС. Своєчасна диференційна діагностика між гострим обструктивним бронхітом (ГОБ) та асоційованим із пневмонією БОС є актуальною проблемою щоденної педіатричної практики.

**Мета.** Проаналізувати гемограми у дітей шкільного віку при ГОБ та при позалікарняній пневмонії, що перебігає на тлі БОС.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебувало 86 дітей у віці від 6 до 13 років (1-ша група — 44 дитини з рентгенологічно підтвердженою позалікарняною пневмонією, що перебігала на тлі БОС, 2-га група — 42 дитини з ГОБ), які лікувались у пульмонологічному відділенні дитячої міської лікарні.

**Результати.** При аналізі гемограм, виконаних при надходженні до стаціонару, привертала увагу відсутність статистичної різниці у частоті виявлення за групами типових для пневмонії зрушень. Лейкоцитоз було виявлено у (18,88±5,89) % дітей 1-ї групи та у (19,04±6,05) % хворих 2-ї групи, нейтрофілоз було діагностовано у (17,20±6,31) % хворих 1-ї групи та у (16,66±5,74) % обстежених 2-ї групи. Підвищення ШОЕ демонстрували (31,81±7,02) % дітей 1-ї групи та (23,80±6,57) % — 2-ї групи ( $p>0,05$ ). Проте при розрахунку нейтрофілолімфоцитарного співвідношення (НЛС) його підвищення визначалося частіше серед дітей 1-ї групи — (50,27±7,53) %, ніж у хворих 2-ї групи — (30,95±7,13) % ( $p<0,05$ ).

**Висновки.** Визначення НЛС є корисним і простим у розрахунку діагностичним показником, який допомагає при обстеженні дитини шкільного віку з БОС.

## РИЗИК ПАСИВНОГО ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Австрієвська О. В., Грекул Ю. Л.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, майже половина дітей у світі зазнає впливу вторинного тютюнового диму. Легені дітей та їх імунна система менш розвинені, ніж у дорослих, тому вторинний дим підвищує ризик розвитку респіраторних інфекцій. У зв'язку з цим актуальним є дослідження розповсюдженості пасивного тютюнопаління серед дітей раннього віку з хворобами органів дихання.

**Мета.** Оцінити рівень частоти пасивного тютюнопаління серед дітей раннього віку з хворобами органів дихання та визначити взаємозв'язок між клінічними наслідками впливу пасивного тютюнопаління з рівнем IgE та С-реактивного білка.

**Матеріали та методи.** Розроблена анкета базується на стандартних запитаннях, рекомендованих ВООЗ та центром з контролю захворюваності. Проведено анкетування 92 матерів дітей раннього віку, госпіталізованих до Одеської обласної дитячої клінічної лікарні із захворюваннями органів дихання.

**Результати.** Встановлено, що частота пасивного тютюнопаління серед госпіталізованих дітей раннього віку з хворобами органів дихання дорівнює 33 %. Малюки з бронхіолітом та обструктив-

ним бронхітом у 2,3 разу частіше піддаються впливу вторинного тютюнового диму, ніж діти з гострим бронхітом. У дітей з експозицією вторинного тютюнового диму з більш тяжким перебігом хвороб органів дихання, що мали бронхіоліт та обструктивний бронхіт, вміст загального IgE в 1,7 разу вищий, а вміст С-реактивного білка у 3,6 разу вищий, ніж у хворих на гострий бронхіт дітей.

**Висновки.** Частота впливу пасивного тютюнопаління на дітей раннього віку, що хворіють на бронхіоліт та обструктивний бронхіт, значно вища, ніж частота впливу пасивного тютюнопаління на малюків з гострим бронхітом. Виявлені в крові високі рівні IgE та С-реактивного білка корелюють з більшою тяжкістю перебігу хвороб органів дихання у дітей раннього віку.

## МЕТОДИ СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ ДАНИХ І ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Бурименко А. О., Швець В. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Медична наука у своєму розвитку постійно шукала шляхи підвищення ефективності результатів діагностики і лікування. З появою доказової медицини зросло розуміння актуальності проблем, пов'язаних з якісним аналізом статистичного матеріалу.

Часто виникає питання: які описові статистичні характеристики досліджуваної вибірки потрібно вказувати в тексті — середнє або медіану ± стандартне відхилення або стандартну помилку? Якщо безперервні змінні розподілені нормально і розкид даних зумовлений природними причинами, то прийнято вказувати середнє ± стандартне відхилення. Дані умови відповідають поняттю «параметрична статистика», при якій для порівняння використовується t-тест (тест Стьюдента), за допомогою чого проводять перевірку гіпотези про відсутність відмінності середніх значень у двох незалежних вибірках.

«Непараметрична статистика» — безперервні дані не підкоряються нормальному розподілу, для їх опису використовують медіану і 95 % довірчий інтервал. Для опису дискретних даних їх подають у вигляді пропорцій (відсоток, частка) або таблиць поєднання. Якщо маємо справу з непараметричними даними, то для порівняння показників у групах потрібно провести непараметричний тест Манна — Уїтні або тест Вілкоксона. Якщо ж знадобиться проаналізувати відмінності між двома вибірками, значення яких представлені тільки нулями і одиницями, необхідно застосувати непараметричний тест хі-квадрат.

Стандартна процедура статистичного аналізу повинна містити формулювання завдання дослідження, вибір способу статистичної обробки даних, проведення розрахунків, інтерпретацію результатів дослідження.

## ЗНАЧЕННЯ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ ОСЦИЛЯЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Усенко Д. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Традиційна медикаментозна терапія не в повному обсязі ефективна при патологічній зміні механіки дихання і мукоциліарного кліренсу (МЦК) у пацієнтів. Нові можливості покращання МЦК пов'язані з використанням сучасного методу високочастотної осциляції грудної клітки (ВЧОГК), який дозволяє відновити дренажну функцію легень і поліпшити легеневу вентиляцію.

**Мета** — покращання ефективності комплексної терапії гострої позалікарняної пневмонії (ГПП) у дітей шляхом включення в терапевтичний комплекс методу ВЧОГК.

Комплексне клінічне обстеження та спеціальні дослідження проведені у 70 дітей віком від 6 до 16 років на базі пульмонологічного відділення Одеської обласної дитячої клінічної лікарні з підтвердженим діагнозом ГПП. Діти були розподілені на 2 групи: основну — 40 дітей, які отримували базисну терапію (БТ) та сеанси ВЧОГК, та контрольну — 30 дітей, які отримували БТ без використання ВЧОГК. Оцінка функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводилася методом спірометрії, оцінювалися такі показники: форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), максимальна об'ємна швидкість повітря (МОШ) на рівні видиху 25 % ФЖЄЛ (МОШ25), МОШ повітря на рівні видиху 50 % ФЖЄЛ (МОШ50), пікова швидкість видиху (ПШВ), максимальна вентиляція легень (МВЛ).

Отримані дані свідчать про сприятливий вплив ВЧОГК на патофізіологічні механізми МЦК, клінічні симптоми та дренажну функцію легень.

Позитивна динаміка клінічних симптомів в основній групі супроводжувалась покращанням показників легеневої вентиляції, у тому числі достовірним приростом ФЖЄЛ та МВЛ.

## ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Столяренко К. Н.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Виявлення поширеності симптомів патологічного гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) у дітей грудного і раннього віку з алергією до коров'ячого молока, а також визначення ролі елімінації харчових алергенів у купіруванні симптомів патологічного ГЕР.

**Матеріали та методи.** Проводилося анкетування батьків дітей грудного та раннього віку за допомогою модифікованої рефлюкс-анкети.

**Результати.** За результатами дослідження основної та контрольної груп за рефлюкс-анкетой високий ризик (більше 9 балів) патологічного рефлюксу у дітей основної групи становить 10 % (3,15–23,15; довірчий інтервал — 95 %), у дітей контрольної групи — 5 % (0,46–14,55). Повторна оцінка за допомогою рефлюкс-анкети дітей основної групи проводилась через 1 міс. після елімінації причиннозначущого алергену.

**Висновки.** Ризик патологічного ГЕР статистично достовірно частіше спостерігається у дітей грудного і раннього віку з доведеною алергією. Зниження ризику патологічного ГЕР у дітей з алергією після елімінації білка коров'ячого молока є статистично достовірним. Виявлення патологічного ГЕР у дітей грудного і раннього віку з харчовою алергією дозволить оптимізувати ведення дітей, запобігти розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та її позастравохідних ускладнень.

## СТРУКТУРА І ДИНАМІКА ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ КАРДІОРЕВМАТОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ

Столяренко В. Н.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Вивчення структури і динаміки інвалідності, що виникла в результаті кардіоревматологічної патології, у дітей і підлітків, які мешкають в Одеському регіоні.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз офіційних статистичних показників інвалідності дітей, що мешкають в Одесі та Одеській області, які страждають на кардіоревматологічну патологію.

**Результати.** Перше рейтингове місце в структурі інвалідності дітей, які страждають на кардіоревматологічну патологію і мешкають в Одеському регіоні, належить вродженим вадам серцево-судинної системи (ВВС), що сягає 85,1 %. При цьому відзначається збільшення загальної інвалідності при ВВС з 2011 р. (564 хворих) по 2014 р. (662 хворих). В Україні інвалідність дітей, що виникла в результаті хвороб кровообігу, зменшилась з 2006 р. (1508 дітей) по 2014 р. (1396 дітей). В Одеському регіоні загальна інвалідність дітей внаслідок захворювань системи кровообігу (І 00 — І 99) знизилась значніше: з 1,73 на 10 тис. дитячого населення (2007 р.) до 1,3 на 10 тис. дитячого населення (2015 р.).

**Висновки.** В Одеській області на тлі зменшення загальної та первинної інвалідності при захворюваннях системи кровообігу, зменшенні цих показників при гострій ревматичній лихоманці зростає інвалідність у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом, дерматоміозитом. Збільшилась загальна інвалідність у дітей з аритміями, вродженими вадами серця, дилатаційною кардіоміопатією з недостатністю клапанів серця після перенесеного бактеріального ендокардиту.

## СПАЛАХ КОРУ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ. ПРИЧИНИ І НАСЛІДКИ

Велігіна В. С., Савічева М. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Простежити залежність між вакцинальним статусом дітей та захворюваністю на кір на прикладі Одеської області за період 2008–2017 рр.

**Актуальність.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кір є однією з основних причин смерті дітей раннього віку, навіть незважаючи на наявність безпечної, ефективної та доступної за вартістю вакцини. Аналізуючи епідемічну ситуацію щодо кору в Одеській області в 2017 р., встановили, що станом на 18.11.2017 р. по області підтверджено діагноз кору у 859 хворих, із них 568 (66 %) дітей. Лабораторно підтверджено діагноз у 583 захворілих, з них 389 — діти. Ареал розповсюдження кору: Одеса — 489 (57 %) випадків, по області — 370 (43 %) випадків. Розподіл хворих за віковими групами: діти до 1 року — 7 %, 1–4 роки — 32 %, 5–9 років — 18 %, 10–14 років —

5 %, 15–17 років — 4 %, дорослі — 34 %. Відмічається тенденція до зростання захворюваності з початку травня по липень, а також повторний підйом, починаючи з жовтня 2017 р. За даними вакцинального статусу захворілих у жовтні 2017 р., серед 103 хворих не щеплено проти кору 97 осіб, щеплено двічі — 3, один раз — 3. Аналізуючи вакцинальний статус за кором в Одеській області за період 2008–2017 рр., встановили стабільне зростання кількості дітей, які не отримали жодної дози протикорової вакцини, та зниження кількості дітей, які були щеплені проти кору у віці 12 міс. Дослідження динаміки захворюваності та вакцинального статусу хворих на кір в Одеській області за період 2008–2017 рр. показало інтенсивне зростання захворюваності на кір в 2017 р. Також виявлено, що серед усіх хворих, включаючи дітей та дорослих, не щеплено проти кору 554 (95 %) людини, щеплено — 29 (5 %).

**Висновок.** Проведений аналіз статистичних даних дозволив встановити пряму залежність між зниженням охоплення населення щепленнями проти кору та різким зростанням захворюваності на кір в Одеській області в 2017 р.





## СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ

Секция стоматологии

Section of Dentistry

---

### ГОМЕОСТАЗ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ ІЗ ХЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Богату С. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Хронічні гастрит (ХГ) та гастродуоденіт (ХГД) — одні з найпоширеніших захворювань гастродуоденальної зони. В їх розвитку суттєву роль відіграють фактори стресу, порушення харчування, часте вживання міцних напоїв, розлад функції слинних залоз, а також наявність інфекції *H. pylori*. Відомо, що природним місцем існування *H. pylori* може бути не лише шлунок, а й ротова порожнина (РП), яка служить резервуаром для бактерії та джерелом самозараження.

**Мета.** Вивчити стан РП у хворих на ХГ та ХГД.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 63 хворих на хелікобактер-асоційовану патологію гастродуоденальної зони, які були розділені на три групи. Перша група — 16 хворих на ХГ, друга — 27 хворих на ХГД, третя — 20 відносно здорових людей, без явних захворювань шлунково-кишкового тракту, печінки і РП, які слугували контролем. Верифікацію діагнозу проводили на основі клініко-анамнестичних даних та результатів езофагофіброгастродуоденоскопії, при якій здійснювали взяття біопсійного матеріалу з слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки з подальшим проведенням гістологічного дослідження та швидкого уреазного тесту (ШУТ). У РП досліджували слину та зубний наліт, з яким проводили ШУТ. У хворих збирали нестимульовану слину натщесерце і розраховували швидкість салівації (в мл/хв). У слині визначали такі біохімічні показники: вміст малонового діальдегіду (МДА), активність еластази, уреаз, лізоциму, каталази, а також вміст білка. За співвідношенням відносних активностей уреаз і лізоциму розраховували ступінь дисбіозу за А. П. Левицьким, а за співвідношенням активності каталази і вмісту МДА — антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ). У хворих визначали також гігієнічні індекси: Silness–Loe, Stallard, Шиллера — Писарева, РМА.

**Результати.** У 69 % хворих на ХГ та 95 % — на ХГД *H. pylori* виявляється в РП. У пацієнтів обох груп спостерігається збільшення швидкості саліва-

ції, дентальні індекси суттєво зростають, що свідчить про наявність запально-дистрофічних процесів у тканинах РП у хворих на ХГ та ХГД. Біохімічний аналіз слини у хворих першої групи показує, що у них на 85 % зростає активність еластази, у 2,9 разу знижується активність лізоциму і більше ніж у 3 рази — активність каталази. Як наслідок, майже у 7 разів зростає ступінь орального дисбіозу, на тлі якого, як правило, розвиваються стоматити, пародонтити і карієс зубів. У хворих другої групи збільшується концентрація білка на 31 %, активність еластази зростає на 175 %, активність уреаз в 5 разів. Водночас спостерігається зниження активності антиоксидантного ферменту каталази на 57 % і активності лізоциму на 49 %. В результаті цього в РП зростає в 19 разів ступінь дисбіозу, але на 31 % знижується АПІ.

**Висновок.** Отримані дані свідчать про те, що у хворих на ХГ та ХГД у РП знижується рівень неспецифічного імунітету і розвивається дисбіоз, на тлі якого виникають запально-дистрофічні процеси в тканинах ротової порожнини. Тому з метою профілактики стоматологічних ускладнень у хворих на ХГД доцільно застосовувати антидисбіотичні засоби.

### ЛІКУВАННЯ СКУПЧЕНОГО ПОЛОЖЕННЯ ЗУБІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗНІМНИХ РОЗШИРЮВАЛЬНИХ АПАРАТІВ У ДІТЕЙ В ПЕРІОД ТИМЧАСОВОГО ТА ЗМІШАНОГО ПРИКУСУ

Горохівська Ю. В., Павелко А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** За останнє десятиліття відмічається розповсюдженість зубощелепних аномалій (ЗЩА) у змінному прикусі — від 40 до 80 % (Фаррел Кріс, 2009).

Щороку в Україні серед основних стоматологічних захворювань спостерігається ріст ЗЩА, а саме скупченість зубів на верхній та нижній щелепах. Так за даними різних авторів, розповсюдженість ЗЩА досягає 93 % (Вишняк В. А., 2004; Фліс П. С., 2003; Зубкова Л. П., 2000; Косенко К. М., 2004; Жачко Н. І., 2006; Райда А. І., 2004; Мірчук Б. М., 2009). Якщо в дитячому віці не ліквідувати ЗЩА, то вони залишаються у дорослих, лише у

дуже маленького відсотка дітей може відбутися саморегуляція.

Проблема скученості зубів на верхній щелепі у період тимчасового та змінного прикусу у більшості випадків розв'язується за допомогою незнімної техніки (апарат HAAS, Marco Rosa; TAD-техніка; QUAD-HELIX; HYREX), проте використання знімних апаратів вважається малоефективним.

**Мета.** Показати ефективність лікування скученості зубів на верхній щелепі, використовуючи знімні апарати у період тимчасового і змінного прикусу.

Оскільки лікування незнімною технікою є досить трудомістким та дорогим, як аналог використовують знімні апарати. Більшість з них не застосовують через погану фіксацію, тривале лікування та незадовільну комунікацію з пацієнтами. Через анатомічну форму молочних зубів фіксація знімних апаратів є дійсно поганою, що погіршує процес та результат лікування. Нами запропонований метод покращання фіксації знімних апаратів (патент № 93479, 10.10.2014, Бюл. № 19) на верхній щелепі, який полягає у створенні паралельності стінок з піднебінної поверхні зубів фотополімерним матеріалом.

За нашим методом провели лікування знімними апаратами на верхній щелепі у 27 дітей у період тимчасового та змінного прикусу (6–9 років). Під час лікування відмічено добру фіксацію знімних апаратів, що надало максимального результату.

**Висновок.** Розроблена нами методика лікування скученості зубів у дітей на верхній щелепі у період тимчасового та змінного прикусу використанням знімних розширювальних апаратів є досить ефективною. Ефективність запропонованого способу простежена протягом 4 років.

## РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 5 ДО 10 РОКІВ

Желізняк Н. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Одним із провідних місць серед аномалій розвитку зубощелепної системи посідають дефекти зубних рядів у дітей. Дефект зубного ряду — відсутність одного, двох або більше зубів. Найпоширенішою причиною втрати зубів вважається ускладнення карієсу та травма, що призводять до передчасної втрати як тимчасових, так і постійних зубів. Також як причину порушення цілісності зубного ряду необхідно відмітити адентію (відсутність зародків зубів) та ретенцію. Даний дефект призводить до зміщення зубів та функціонального перевантаження окремих з них, укорочення зубного ряду з однієї або двох сторін, зменшення висоти прикусу, порушення процесу жування та мовлення тощо.

**Мета.** Виявити кількість дітей з дефектами зубних рядів віком від 5 до 10 років.

**Матеріали та методи.** За допомогою клінічних і лабораторних методів дослідження було проведено плановий огляд 176 дітей дошкільного та шкільного віку. Спочатку проводили клінічне обстеження пацієнтів та збір анамнестичних даних. Після цього було запропоновано провести рентгенологічне обстеження, а саме ортопантомографію, яка дозволяє встановити існування зародків очікуваних зубів і виявити їхнє розташування та причину, що заважає своєчасному прорізуванню.

**Результати.** Виявлено, що частка дітей з дефектами зубних рядів віком від 5 до 10 років становить 24 % від загальної кількості обстежуваних. Найбільший відсоток у структурі становлять діти з передчасно втраченими зубами внаслідок ускладнень карієсу. В результаті дослідження було вирішено дітей з дефектами зубних рядів розділити на 4 групи (в залежності від кількості відсутніх зубів): I — з відсутністю 1–2 зубів (45 %); II — від 3 до 5 зубів (28 %); III — більше 5 зубів (26 %); IV — з повною відсутністю зубів (1 %).

На підставі комплексного обстеження було виявлено, що практично у кожній третій дитині присутній дефект зубного ряду, який може слугувати причиною розвитку зубощелепної аномалії, порушенням функції жування та мовлення, а також психологічної адаптації в соціумі. Таким чином, порушення цілісності зубних рядів є актуальною проблемою, яка потребує поглибленого вивчення та індивідуального підходу в лікуванні.

## ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ГІГІЄНИ ТА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Степаніченко Д. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Проблема профілактики карієсу зубів і захворювань пародонта під час ортодонтичного лікування постає особливо гостро. У зв'язку з постійним знаходженням ортодонтичної апаратури виникають труднощі з дотриманням індивідуальної гігієни порожнини рота. Першопричиною розвитку ускладнень і виникнення захворювань порожнини рота є недостатнє очищення міжзубних проміжків і пришийкової поверхні зубів з утворенням великої кількості зубного нальоту. Таким чином, наявні в літературі відомості про гігієнічний статус і стан пародонта у пацієнтів, що проходять лікування ортодонтичними апаратами, потребують додаткових досліджень і детального аналізу. Це, в свою чергу, дозволить визначити рівень гігієни порожнини рота та встановити рівень гігієнічної обізнаності студентів.

**Мета.** Встановлення рівня гігієни порожнини рота та гігієнічної обізнаності студентів ОНМедУ, що знаходилися на ортодонтичному лікуванні незнімними ортодонтичними апаратами.

**Методи:** 1) епідеміологічні; 2) клінічні; 3) біохімічні; 4) статистичні.

Було обстежено 63 студенти ОНМедУ з ортодонтичною патологією віком від 18 до 21 року на базі стоматологічних відділень № 2 і № 3 Університетської клініки ОНМедУ. Пацієнти були розподілені на 2 групи. Перша — 30 осіб обох статей, які мали ортодонтичну патологію, друга — 33 особи обох статей, які мали ортодонтичну патологію та знаходилися на ортодонтичному лікуванні незнімною технікою.

**Результати.** Встановлено зниження рівня гігієни за індексами Green–Vermillion, Silness–Loe в основній групі. Відмічалось запалення тканин пародонта у пацієнтів, які знаходилися на ортодонтичному лікуванні.

**Висновки.** У пацієнтів, що знаходилися на лікуванні незнімними ортодонтичними конструкціями, відмічалось зниження рівня гігієни та збільшення запальних процесів тканин пародонта. Таким чином, лікування пацієнтів незнімною ортодонтичною технікою повинно супроводжуватися застосуванням спеціальних засобів і предметів гігієни порожнини рота.

#### КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Горохівський В. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Останнім часом спостерігається зростання розповсюдженості гіперестезії твердих тканин зубів. Незважаючи на наявність великого арсеналу засобів лікування гіперестезії, проблема лікування підвищеної чутливості зубів залишається актуальною.

**Мета.** Вивчення впливу лікувально-профілактичного комплексу на стан твердих тканин зубів дітей старшого шкільного віку з гіперестезією зубів.

Нами обстежено 65 дітей з гіперестезією зубів. Обстеження проводилось на базі ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України». Дітей було розподілено на дві групи. У першу групу увійшли 32 дитини з гіперестезією зубів, яким призначався стандартний метод лікування. У другу групу включили 33 дитини з підвищеною чутливістю зубів, яким застосовувався запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс.

**Результат.** Встановлено зниження індексів розповсюдженості та інтенсивності гіперестезії зубів у пацієнтів, яким застосовувався розроблений нами лікувально-профілактичний комплекс. Відзначали покращання стану тканин пародонту, зниження індексів гігієни порожнини рота у дітей другої групи.

**Висновки.** Запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс значно знижує прояви гіперестезії зубів та зменшує кількість рецидивів захворювання.

#### СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кушнар'єв В. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Визначити залежність між різними типами вищої нервової діяльності (ВНД) та стоматологічного здоров'я студентської молоді.

**Матеріали та методи.** У роботі були використані такі методи дослідження: 1) клінічні; 2) статистичні. Проведення анкетування відбувалось за допомогою класичного тесту на темперамент Айзенка. Було опитано 68 осіб молодого віку від 17 до 19 років. Опитаних було поділено на чотири групи залежно від типу ВНД (меланхоліки, сангвініки, холерики та флегматики).

**Висновки.** Після проведення клінічного етапу було встановлено, що у всіх чотирьох групах відзначалась висока розповсюдженість карієсу постійних зубів. Інтенсивність карієсу, за статистичними показниками, значно превалювала в групі меланхоліків. При визначенні комплексного пародонтального індексу було встановлено, що на захворювання пародонта легкої та середньої тяжкості страждає група меланхоліків. Виявлені відмінності стоматологічного статусу вказують на те, що симпатичний відділ нервової системи у меланхоліків переважає над парасимпатичним, отже, дана група більш сприйнятлива до стресового фактора, що тягне за собою зміни в електролітному та ферментативному складі ротової рідини і зачіпає усі системи органів ШКТ. Згідно з цими висновками, лікар-стоматолог повинен звертати увагу на темперамент пацієнта при лікуванні стоматологічного хворого.

#### РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Луцкін С. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Виявлення синдрому хронічної втоми (СХВ) у лікарів-стоматологів є важливим завданням сучасної медицини, тому що від працездатності та емоційного стану лікаря залежить якість лікування пацієнтів. До виникнення СХВ у даного контингенту призводять психоемоційне та фізичне перевантаження, наявність професійних захворювань (сколіоз, остеохондроз, алергічні захворювання тощо) та підвищені вимоги з боку пацієнтів.

**Мета.** Виявлення поширеності СХВ у лікарів-стоматологів Одеського національного медичного університету.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 42 лікарів-стоматолога за спеціально розробленою картою-анкетою, для встановлення у обстежених проявів СХВ і питань, які стосувались родинного, соціального статусу, стану соматичного здоров'я, наявності



ті шкідливих звичок та дотримання здорового способу життя.

**Результати.** Під час дослідження було встановлено, що прояви СХВ відмічались у більшості випадків у чоловіків молодого віку (до 35 років). Окрім того, у лікарів з СХВ спостерігалось збільшення соматичних та стоматологічних захворювань.

**Висновки.** Синдром хронічної втоми — досить розповсюджене захворювання у лікарів-стоматологів, особливо серед молодих лікарів. Відмічається збільшення соматичної та стоматологічної патології серед медиків з СХВ. Проведені дослідження показали необхідність розробки комплексних заходів з профілактики СХВ серед лікарів-стоматологів (індивідуальні, групові та адміністративні).

### **КОНУСНО-ПРОМЕНЕВЕ КОМП'ЮТЕРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ АПІКАЛЬНОМУ ПЕРІОДОНТИТІ**

**Весна О. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Хронічний апікальний періодонтит — поширена патологія, що може спричинити гнійно-запальні процеси щелепно-лищевої ділянки (флегмони) та системні ускладнення (септичний ендокардит). У разі відсутності клінічних симптомів необхідною є рентгенологічна діагностика.

Порівнюючи характерні параметри деструктивних форм хронічного апікального періодонтиту (гранулюючий, гранульоматозний), встановили, що конусно-променево-КТ-дослідження є найбільш інформативним для уточнення діагнозу (дає можливість отримати рентгенологічне зображення у сагітальній, фронтальній і трансверзальній площинах; визначити об'єм патологічного осередку, його розміри та відношення до прилеглих анатомічних структур; оцінити характерні морфологічні особливості системи кореневих каналів ураженого зуба — наявність відгалужень, додаткових каналів); проаналізувати якість попереднього ендодонтичного лікування для планування подальшого ретритменту з метою збереження зуба.

Для дослідження обрано програмне забезпечення Ez3D2009 та Planmeca Romexis 3D viewer. Виявлено, що для детального вивчення осередку хронічного періапікального запалення достатніми є такі властивості програмного забезпечення, як розширення зони КТ-дослідження, здатність реверсування у кольорі (надання різного забарвлення при зміні частотності), наявність контурного рельєфного зображення, налаштування яскравості та контрастності зображення, функціональні особливості осей (переміщення, ротація, нахил), налаштування товщини зрізів, збільшення зображення. Варто відмітити функціональну властивість Ez3D2009 — звуження зони КТ-дослідження, що дозволяє отримати прицільне зображення осередку, мінімізувавши дозу рентгенівського опромінення. Варіативність інтерфейсу програми та відмінності оперування не викликають суттєвих труднощів на практиці.

### **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕИМПЛАНТИТОВ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Дринева Я. И.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Несмотря на быстрое развитие стоматологии, в особенности имплантологии, проблема, связанная с развитием переимплантитов, остается крайне актуальной. Существует большое количество статей и клинических исследований, однако процессы, которые приводят в дальнейшем к потере импланта, все еще остаются не до конца изученными и требуют к себе большего внимания.

Остеоинтеграция зависит не только от правильно проделанной хирургом-стоматологом работы, но и от самого пациента. Возраст, пол, наличие системных заболеваний, статус гигиены полости рта и т. д. — все эти моменты влияют на успех приживления дентального импланта. Внимательное и точное соблюдение пациентом всех назначений и рекомендаций позволяет уменьшить в какой-то мере риск возможных осложнений, хотя, к сожалению, и не исключает их. Поэтому важным условием успешной работы являются не только правильные действия врача во время самой операции имплантации, но и правильное ведение пациента на всем протяжении лечения с подробным объяснением всех правил ухода за имплантом.

**Цель.** Проанализировать этиологические факторы, провоцирующие развитие переимплантита, а также методы профилактики и лечения данного патологического процесса.

**Вывод.** После проведения операции дентальной имплантации необходим постоянный контроль за процессом приживления импланта, а пациент, в свою очередь, должен придерживаться всех указаний доктора. Дентальная имплантация — сложный и длительный процесс, в котором и врач-стоматолог, и пациент должны работать сообща для достижения необходимого результата.

### **КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ВТОРИННОЇ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ПОЄДНАНИХ НАСКРІЗНИХ ЩІЛИНАХ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ**

**Іванченко С. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Дефект альвеолярного відростка верхньої щелепи є причиною нестабільності верхньощелепних сегментів і рухливості міжщелепної кістки у хворих з наскрізними щілинами верхньої губи та піднебіння, що ускладнює ортодонтичне лікування і можливе протезування в старшому віці. Нестабільність альвеолярного відростка може призводити до неможливості закінчити ортодонтичне лікування або його стабілізації.

**Мета.** Вивчити клінічні особливості вторинної кісткової пластики краю грушоподібного отвору при вроджених наскрізних щілинах верхньої губи та піднебіння.



**Матеріали та методи.** Наведено опис клінічного випадку вторинної кіскової пластики краю грушоподібного отвору при вроджених наскрізних щілинах верхньої губи та піднебіння.

**Методи дослідження.** З метою об'єктивізації ступеня деформації і величини дефекту верхньої щелепи в ділянці щілини грушоподібного отвору були використані клінічні та рентгенологічні методи дослідження.

**Методика оперативного втручання.** Оперативне втручання проводилось під загальним знеболюванням та додатковою локальною анестезією. Взяття кісткового автотрансплантата — з підборіддя нижньої щелепи. Ложе для кісткового автотрансплантата формувалося зі слизової оболонки нижнього носового ходу, в ділянці щілини — шляхом переміщення слизово-підслизового клаптя з щічної поверхні присінка порожнини рота (Патент на винахід № 111287 від 11.04.16 р., Патент на корисну модель № 116439 від 25.05.17 р.). Сформований клапот мобілізовано та розгорнуто в сторону дефекту на 180°. Таким чином забезпечили повну ізоляцію зони.

Заготовлений трансплантат зафіксували за допомогою титанових гвинтів. Зону аугментації армували фрагментом титанової сітки. Рану ушили ПГА 4:0.

### **ПРОГНОЗУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЗАГОЄННЯ РАН ПРИ НЕВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕННЯХ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ**

**Непорожня В. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Проблема післяопераційних ускладнень загоєння ран у сучасній щелепно-лицевій хірургії залишається однією з найбільш актуальних, має не тільки медичний, а й соціальний аспект, що зумовлено несприятливими функціональними та естетичними наслідками для людей. Ушкодження м'яких тканин становлять 90 % усіх травм щелепно-лицевої ділянки.

Загоєння рани — це складний та динамічний процес, який складається з трьох фаз: запалення, регенерації та реорганізації рубця.

У результаті ускладнень загоєння ран (часткове або повне розходження країв рани, нагноєння, утворення гіпертрофічних або колоїдних рубців) відбувається патологічна регенерація, що характеризується порушенням зміни фаз проліферації та диференціювання.

Нагноєння рани та часткове або повне розходження її країв зазвичай є ускладненнями загоєння вторинним натягом. Нагноєння рани відбувається внаслідок недостатнього обсягу первинної хірургічної обробки рани, неналежної медикаментозної терапії, зниження регенераційного потенціалу ушкодженої тканини, мікробної засіяності рани та недбалою доглядом за раною.

Для профілактики післяопераційних ускладнень потрібно дотримуватися таких правил: якомога швидше доставити постраждалого для отримання спеціалізованої медичної допомоги, проведення первинної хірургічної обробки рани в необхідному обсязі, призначення раціональної антибіотикотерапії та протизапальної терапії, належний догляд за раною, виправлення режиму хворого, створення найкращих умов для загоєння рани.

мання спеціалізованої медичної допомоги, проведення первинної хірургічної обробки рани в необхідному обсязі, призначення раціональної антибіотикотерапії та протизапальної терапії, належний догляд за раною, виправлення режиму хворого, створення найкращих умов для загоєння рани.

### **УТВОРЕННЯ ТА ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ РЕФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ. РОЛЬ ЗАСНОВНИКІВ У СТАНОВЛЕННІ ВІТЧИЗНЯНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

**Розуменко А. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** В 1958 р. наказом Міністерства вищої освіти УРСР № 904 санітарно-гігієнічний факультет Одеського медичного інституту був реорганізований у стоматологічний факультет.

До вересня 1960 р. були сформовані та почали функціонувати три спеціальні кафедри факультету: кафедра терапевтичної стоматології — завідувач к. мед. н. А. І. Марченко, кафедра хірургічної стоматології — завідувач д. мед. н. Г. І. Семенченко, кафедра ортопедичної стоматології, яку очолив полковник медичної служби, начальник окружної стоматологічної поліклініки В. І. Кулаженко.

Кафедра хірургічної стоматології була організована у вересні 1960 р. на базі клініки щелепно-лицевої хірургії Одеського науково-дослідного інституту стоматології та Обласної клінічної стоматологічної поліклініки. Її керівником з 1960 по 1991 рр. був заслужений діяч науки і техніки України проф. Григорій Іванович Семенченко (1914–1996). Викладацький склад кафедри був сформований з практичних лікарів, клінічних ординаторів і аспірантів. Під керівництвом проф. Г. І. Семенченка почалася інтенсивна робота з освоєння професійних клінічних, оперативних і педагогічних навичок.

**Мета.** Проаналізувати дослідницьку на науково-практичну роботу засновників стоматологічного факультету: А. І. Марченка, Г. І. Семенченка, В. І. Кулаженка, розповісти про шлях та етапи становлення стоматологічного факультету Одеського медичного університету.

**Висновок.** Завдяки наполегливій та цілеспрямованій праці засновників кафедр сьогодні Одеський національний медичний університет має сучасний факультет, співробітники якого відомі у багатьох країнах світу.

### **ПРИНЦИПИ АКТУАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВИЛИЧНОЇ КІСТКИ ТА ВИЛИЧНО-ОРБІТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ**

**Червонюк Ю. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Травмування щелепно-лицевої ділянки продовжує залишатися однією з актуальних медичних і соціальних проблем, що внаслідок

підвищення кількості ДТП, ритму та темпу життя збільшується з року в рік. Переломи виличної кістки та вилично-орбітального комплексу становлять від 6 до 20 % від загальної кількості уражень кісток обличчя. Більше 50 % хворих із переломами лицевого скелета мають супровідну черепно-мозкову травму, тому своєчасне діагностування та лікування переломів лицевого скелета є неможливим. Від терміну діагностики та репозиції виличної кістки залежить ступінь порушення слизової оболонки гайморової пазухи та ймовірність розвитку ранніх і пізніх ускладнень. Для підвищення ефективності реабілітації хворих із переломами виличної кістки та вилично-орбітального комплексу необхідна інформативна та швидка діагностика, що дозволить обрати оптимальну тактику лікування. Для досягнення задовільних результатів необхідно проводити операції у можливо короткі терміни, щоб запобігти розвитку запально-деструктивних процесів у слизовій оболонці гайморової пазухи та інших ускладнень. Застосовуючи сучасні методи лікування, у більшості випадків вдається відновити анатомічну цілісність виличної кістки, фізіологічний стан верхньощелепного синуса та усунути супровідні функціональні порушення. Реабілітація спільно з нейрохірургами, оториноларингологами приносить задовільні результати.

**Мета.** Своєчасне виявлення переломів виличної кістки та вилично-орбітального комплексу. Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з використанням методів репозиції. Профілактика ускладнень.

**Висновок.** Лікування хворих з переломами виличної кістки та вилично-орбітального комплексу повинно проводитись у максимально можливий ранній термін, з використанням сучасних методів лікування.

#### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ОПОЛІСКУВАЧІВ РІЗНОГО СКЛАДУ НА СТАН МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

**Майбродська М. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У порожнині рота, за даними різних авторів, знаходиться від 160 до 300 видів мікроорганізмів. Мікрофлора порожнини рота перебуває під постійним подвійним впливом: організму з одного боку і зовнішнього середовища — з другого. Таким чином, необхідною умовою правильної оцінки виявлених змін у її складі є дуже чітке уявлення про «норму», тобто ті параметри функціональних механізмів порожнини рота, які залежать не від патологічних процесів, а від різних факторів впливу. Один із факторів впливу — індивідуальна гігієна ротової порожнини.

**Мета.** Вивчення впливу гігієнічних ополіскувачів на стан мікрофлори ротової порожнини.

**Матеріали та методи.** До дослідження залучено 27 осіб віком від 18 до 30 років, у яких було проведено взяття мазків зі слизової оболонки порожнини рота для мікробіологічного дослідження та рекомендовано щоденне дворазове використання

ополіскувачів різного складу. Через 14 днів виконано повторне взяття мазків для мікробіологічного дослідження.

**Обговорення результатів.** У ході проведеного дослідження виявлено зміни мікробіологічного стану порожнини рота під впливом ополіскувачів різного хімічного складу та зроблено порівняльний аналіз.

**Висновки.** Щоденне використання гігієнічних ополіскувачів приводить до змін у мікробіологічному стані порожнини рота, характер змін залежить від складу ополіскувача.

#### **ПОФЕСІЙНИЙ ШЛЯХ ПРОФЕСОРА КОСЕНКА КОСТЯНТИНА МИКОЛАЙОВИЧА**

**Сафарова Л. З.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Робота присвячена 60-й річниці створення стоматологічного факультету Одеського національного медичного університету. Особистість видатного діяча сучасної стоматології Косенка Костянтина Миколайовича складно переоцінити, його вчителями були професори Семенченко Г. І., Марченко А. І., Кулаженко В. І. З 1974 р. Косенко К. М. був співробітником Одеського НДІ стоматології, з 1994 р. — директором. У 2003 р. Костянтин Миколайович очолив кафедру терапевтичної стоматології медуніверситету, якою завідував протягом 10 років. Звання професора йому присвоєно у 2000 р., у 2003 р. проф. Косенко обраний членом-кореспондентом Академії медичних наук України за спеціальністю «Стоматологія». Розробив новий підхід у формуванні системи профілактики основних стоматологічних захворювань, були створені нові методи діагностики та лікування, а також гігієнічні засоби.

**Мета.** Вивчення діяльності видатного вченого та його внесок у розвиток сучасної науки.

Автор 300 наукових робіт. Під керівництвом Косенка Миколайовича було захищено 4 докторські та 22 кандидатські дисертації. Президент Асоціації стоматологів України (2006–2010). Нагороджений Грамотою Верховної Ради України «За заслуги перед українським народом» та орден «За заслуги» III ступеня.

**Висновки.** Професор Косенко К. М. — один із провідних вчених сучасної стоматології, вчитель педагогічного складу кафедри терапевтичної стоматології ОНМедУ, був взірцем для наслідування.

#### **НАУКОВІ ДОСЯГНЕННЯ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ОДЕСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**Савчук К. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Робота присвячена 60-й річниці утворення стоматологічного факультету ОНМедУ. У 1958 р. за наказом Міністерства вищої освіти УРСР № 904 санітарно-гігієнічний факультет

Одеського медичного інституту реорганізовано у стоматологічний факультет. У 1960 р. були відкриті кафедри стоматологічного факультету, зокрема кафедра терапевтичної стоматології.

**Мета.** Вивчення та узагальнення діяльності кафедри терапевтичної стоматології у складі стоматологічного факультету ОНМедУ та вклад у розвиток сучасної стоматології.

Перший завідувач кафедри — кандидат медичних наук О. І. Марченко. У 1979 р. кафедра терапевтичної стоматології стала співрозробником загальносоюзної комплексної програми профілактики стоматологічних захворювань. Напрямом наукової діяльності кафедри терапевтичної стоматології була розробка методів діагностики, лікування і профілактики карієсу зубів і захворювань тканин пародонта.

Із квітня 2014 р. і донині кафедрою терапевтичної стоматології завідує доктор медичних наук, професор Романова Юлія Георгіївна.

**Висновки.** За роки існування та діяльності кафедри терапевтичної стоматології на її базі працювали видатні вчені, які зробили величезний внесок у розвиток кафедри та сучасної науки у цілому.

### **ВПЛИВ НОВОГО ЗАСОБУ ГІГІЄНИ НА СТАН РОТОВОЇ РІДИНИ У ЩУРІВ З ПАРОДОНТИТОМ**

**Романов Г. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Останнім часом спостерігається високий рівень поширеності запальних і запально-дистрофічних захворювань пародонта. Тому розробка нових засобів для догляду за порожниною рота і способів їх застосування з метою профілактики та лікування запальних захворювань пародонта є актуальною.

Експериментальне дослідження було проведено на 33 білих щурах лінії Вістар. Пародонтит моделювали шляхом створення штучної зубної бляшки навколо шийки верхніх різців з шорсткуватою поверхнею, що заходила під ясна. У біохімічних дослідженнях ротової рідини щурів на 5-ту добу відтворення пародонтиту у порівнянні з інтактними тваринами в 1,2 разу підвищувався загальний білок у результаті запалення, в 1,4 разу лужна фосфатаза внаслідок цитолізу, відмічалися інтенсифікація перекисного окиснення ліпідів за даними підвищення вмісту МДА у 2,2 разу та зниження активності антиоксидантного ферменту каталази в 2,2 разу.

Місцеве застосування нового гелю «Апісан» у вигляді аплікацій на ясна в кількості 0,5 мл один раз на день після їжі, щодня, протягом 5 днів приводило до зниження запального процесу в тканинах пародонта, що знаходило відображення у маркерах запалення: рівень еластази знизився на 60 %, вміст МДА — на 82 %, активність уреазі — на 78 %, відновлювався рівень білка. Одночасно відбувалося підвищення активності каталази в середньому з (0,060±0,003) до (0,106±0,004) нкат/л, тобто в 1,7 разу. Використання гелю «Апісан» сприяло зниженню підвищеної при патології пародон-

та активності лужної фосфатази та стимуляції неспецифічної резистентності (активність лізоциму в ротовій рідині зросла в 1,18 разу). Отримані результати свідчать про перспективу використання новоствореного гелю «Апісан» для лікування і профілактики запальних захворювань пародонта.

### **ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА ТЮТЮНОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРАЦИДНОГО ГАСТРИТУ**

**Золотухіна О. Л.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні проблема поширеності хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП) є однією з найбільш актуальних в стоматологічній практиці. Відомо, що на виникнення та розвиток патологічних процесів у тканинах пародонта впливають як екзогенні фактори, так і соматична патологія. Серед екзогенних факторів провідну роль у розвитку етіопатогенезу ХГП відіграє тютюнопаління. Щодо соматичної патології, то особливу увагу приділяють проявам хронічних захворювань органів травлення.

**Матеріали та методи.** Було проведено дослідження 38 пацієнтів віком 25–44 роки, з яких 15 осіб увійшли до контрольної групи без шкідливих звичок та соматичної патології та 23 особи — основна група — пацієнти-курці з діагнозом хронічного гіперацидного гастриту зі стажем паління більш ніж 10 років і кількістю викурених цигарок від 15 до 25 на добу. Для дослідження застосовували клінічні методи визначення індексу гігієни (ІГ) порожнини рота за J. C. Green, J. R. Vermillion, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА), пародонтального індексу Рассела (Рі) й індексу кровоточивості (SBI) за Н. R. Muhlemann.

**Результати.** У результаті проведених досліджень виявлено гірші показники в основній групі порівняно з контрольною. Середні показники індексів у контрольній групі: ІГ — 1,3±0,2; РМА — 14,0±0,1; Рі — 0,6±0,1; SBI — 1,42±0,09; в основній групі: ІГ — 2,4±0,3; РМА — 36,0±0,4; Рі — 1,9±0,1; SBI — 2,30±0,23; p<0,05.

**Висновки.** Встановлено відмінність у клінічному стані тканин пародонта пацієнтів-курців на тлі хронічного гіперацидного гастриту, що поглиблюється незадовільним рівнем гігієни, кровоточивістю ясен, запаленням та деструкцією тканин пародонта.

### **ВИКОРИСТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПЛІВКИ З ЕКСТРАКТОМ ТРАВИ ГЕРАНІ БОЛОТНОЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПОРОЖНИНИ РОТА**

**Хаврона М. Ю., Бензель І. Л.**

*Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького, Львів, Україна*

Для лікування запальних захворювань порожнини рота зручно використовувати стоматологіч-



ні плівки (СП), на які можна наносити різні лікарські засоби. Під дією слини плівка розсмоктується і лікувальні компоненти дифундують в уражені тканини. Актуальним залишається використання рослинної сировини у стоматології, тому ми нанесли на СП екстракт трави герані болотної.

**Метою** нашої роботи було вивчити протизапальну активність виготовленої СП з екстрактом трави герані болотної.

**Матеріали та методи.** Дослідження протизапальної активності виготовленої СП з екстрактом трави герані болотної проводилися на основі карагенінової моделі запального набряку лап щурів згідно із міжнародними умовами проведення експериментів з лабораторними тваринами. Для порівняння вивчали диклофенак, кетанов і кварцетин. За 40 хв до введення 0,1 мл 2 % розчину карагеніну тваринам внутрішньошлунково вводили досліджувані речовини.

**Результати.** Виявлена протизапальна активність СП з екстрактом трави герані болотної, яка лише на 17 % нижча, ніж при застосуванні диклофенаку, і на 12 % нижча, ніж при застосуванні кетанову, але враховуючи при цьому відсутність побічних ефектів досліджуваної рослинної сировини. Кварцетин практично не проявив протизапальної активності.

**Висновки.** Дослідження доводять, що виготовлена стоматологічна плівка з нанесеним на неї фітокомплексом герані болотної добре розсмоктується, проявляє протизапальну активність, є безпечним і перспективним лікарським засобом для впровадження в стоматологічну практику.

## КЛІНІКО-ГІСТОТОПОГРАФІЧНЕ ТА БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ВЕРХНЬОЇ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Суржинська Н. В.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна*

Надзвичайно актуальним в наш час є вдосконалення методики проведення розрізів та відшарування шкіри на етапах проведення верхньої блефаропластики, яке в подальшому нам дозволить оптимізувати методику проведення розрізів та визначити оптимальні межі усунування надлишків шкіри при проведенні верхньої блефаропластики.

Тому сьогодні розробка математичної моделі деформацій шкірно-жирових клаптів на етапах проведення верхньої блефаропластики є актуальним завданням сучасної пластичної хірургії.

**Мета.** Вдосконалити методику розрізів та відшарування шкіри на етапах проведення верхньої блефаропластики.

Загальна товщина гістотопографічних препаратів, що були отримані з цієї ділянки, ( $4700 \pm 500$ ) мкм. Товщина епідермісу знаходиться у межах ( $45 \pm 10$ ) мкм. Залежності цього параметра від форми голови та віку нами не виявлено. Підшкірна жирова клітковина достатньо розвинена, пухка, з невеликою кількістю сполучнотканинних перетинок, які дозволяють розглядати жирову кліт-

ковину даного регіону як своєрідну форму слизових оболонок. Товщина гіподерми ( $1325 \pm 125$ ) мкм.

Товщина м'язового шару знаходиться у межах ( $725 \pm 125$ ) мкм. Вглиб визначався шар власної фасції завтовшки від 500 до 650 мкм. У 85 % препаратів, що досліджувалися, він складався з 5 пластин, у 15 % — з 3.

Чинниками ковзання і зсуву шкіри у надочно-ямковій ділянці є:

- пластична поверхнева фасція;
- пухка підшкірна жирова клітковина.

Розмітка меж оперативного втручання при виконанні блефаропластики залежить від кількості шкіри, яка буде видалена, раси пацієнта і природної складки верхньої повіки. Шкіру, яку планують видалити, розмічають у вигляді еліпса, що звужується до внутрішнього кута очної щілини і розширюється до зовнішнього.

Межі зазвичай намічають маленькими точками, у цьому випадку вони не розмазуються і розріз виходить найбільш точний. З боку зовнішнього кута ока еліпс мають ширше, щоб видалити латеральну складку, яка є практично в усіх пацієнтів. Нижня межа розрізу має збігатися з природною складкою повіки від зовнішнього до внутрішнього кута ока.

## РАННЯ ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Лисенко О. С., Павлішин Р. О.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

З метою хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, нами запропоновано нову остеотропну композицію на основі модифікованої біоактивної кераміки, у якій як антибактеріальні агенти додано іони срібла та міді, і препарат «Алфлупт», що містить сполуки глікозаміногліканів.

**Мета.** Вивчення ранньої клінічної ефективності застосування остеотропної композиції при хірургічному лікуванні кісткових пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит методом спрямованої регенерації тканин.

**Матеріали та методи.** Рандомізоване клінічне дослідження виконано у 47 хворих на генералізований пародонтит, II і III ступеня, хронічного перебігу, середнім віком ( $43,2 \pm 1,7$ ) року. Усім хворим здійснені хірургічні втручання на тканинах пародонта з розподілом на дві групи. У основній групі використано остеотропну композицію і бар'єрну мембрану «Bio-Gide». У контрольній групі — теж мембрану і остеопластичний матеріал «Bio-Oss».

Протягом перших семи діб після операції у хворих визначали ступінь болю, кровоточивості на післяопераційних ділянках, гіперемії та набряку ясен і навколишніх слизових оболонок, використовуючи анкетування і при огляді лікарем за критеріями їх відсутності, незначного, помірного або вираженого прояву. Післяопераційний стан пародонтальних клаптів на 7-му та 14-ту добу оцінювали за індексом раннього загоєння рани (IP3P, H. Wachtel, 2003). Реєстрували ознаки експозиції



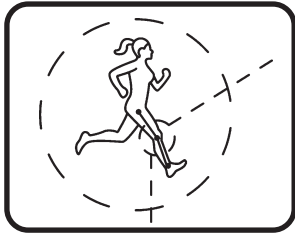
та відторгнення пародонтологічних бар'єрних мембран.

**Результати.** Хірургічне лікування методом спрямованої регенерації тканин проведено у ділянці 56 кісткових пародонтальних кишень, рівномірно репрезентованих в основній (23 хворих, 48,9 %) та контрольній (24 хворих, 51,1 %) групах.

Післяопераційні больові відчуття спостерігали у 8 (29,6 %) ділянках з основної групи, а в контрольній групі — у 17 (58,6 %) ділянках. Переважала помірна інтенсивність болю в обох групах. Відсутність кровоточивості визначено у 22 (81,4 %) ділянках в основній групі. Кровоточивість (різної інтенсивності) у контрольній групі спостерігалася у 8 (27,5 %) післяопераційних ділянках. Переважала незначна гіперемія — у 11 (41 %) ділянках в основній групі, 12 (39 %) ділянках у контрольній групі. Виражений набряк був діагностований приблизно у 4 % випадків у обох групах. Незначний набряк визначений на 6 післяопераційних ділянках, що на 14 % нижче, ніж у групі порівняння.

На 7-му добу дослідження повне сполучення пародонтальних клаптів та ознаки загоєння післяопераційних ран первинним натягом незначно переважали в основній групі: 14 (52 %) ділянок в основній групі та 11 (38 %) ділянок у контрольній групі. Утворення плівок і рясних нашарувань фібрину на контактуючих поверхнях післяопераційних ран визначено на 12 (44,3 %) ділянках в основній групі та 15 (52 %) ділянках у контрольній групі. На 14-ту добу зареєстровано більш виразне утворення фібринового випоту у контрольній групі. Частковий некроз контактуючих поверхонь клаптів у ділянці міжзубних сосочків спостерігався переважно протягом першого тижня: 1 (3,7 %) ділянка в основній групі проти 3 (10 %) ділянок у контрольній групі. Достовірних відмінностей ІРЗР між клінічними групами не виявлено.

**Висновок.** Проведений аналіз хірургічного лікування у пацієнтів основної групи з використанням запропонованої остеотропної композиції, продемонстрував високу ранню клінічну ефективність, що не поступається результатам лікування з більш високоартісними остеопластичними матеріалами.



## СЕКЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ВАЛЕОЛОГІЇ

Секция физической реабилитации,  
спортивной медицины и валеологии

Section of Physical Rehabilitation,  
Sports Medicine and Valeology

---

### ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Бекеш Г.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Несмотря на изученные факторы, оказывающие влияние на развитие заболевания, и существующие методы реабилитации, невыясненным остается патофизиологический механизм возникновения данной патологии. **Целью** доклада был сбор и анализ имеющихся данных о причинах развития остеохондроза позвоночника, факторах, влияющих на развитие заболевания, а также применяемые методы реабилитации.

Выделяют ряд факторов, потенцирующих развитие остеохондроза: дисметаболический, динамический, гравитационный, наследственный. Из-за длительного нахождения в вынужденном положении, постоянных подъемов тяжестей, непропорционального распределения веса и, как следствие, запуска рефлекторной реакции мышц-антагонистов возникает спазм мышц. Именно он является основной причиной давления на позвоночно-двигательный сегмент и развитие остеохондроза.

Методика постизометрической релаксации является одной из наиболее действующих на спазмированную мышцу и заключается в последовательном изометрическом напряжении и расслаблении спазмированной мышцы с последующим ее растяжением.

### ТРАВМООПАСНОСТЬ ПЛАВАНИЯ

Белкина А. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель** работы — изучение травматичности плавания.

Как и в любом виде спорта, пловцы получают немало травм которые могут сказываться не только на их здоровье, но и на спортивных достижениях. В основном нагрузка во время тренировок приходится на суставы. Наиболее часто травмируемые плечевой, коленный, лучезапястный, голеностопный суставы и поясничный отдел позвоночника. Так как плавание относится к циклическим

видам спорта, то хронические заболевания опорно-двигательного аппарата у пловцов составляют примерно 40 %. Патология же позвоночника у пловцов, как правило, имеет врожденный характер. Следует отметить, что большинство спортсменов начали заниматься плаванием из-за сколиоза или других проблем с позвоночником, в дальнейшем при неправильных нагрузках проблема может только усугубиться.

Наиболее точным методом диагностики является УЗД, но при первичном осмотре возможны такие проявления: боль при движении и гиперчувствительность поврежденной области, припухлость или покраснение.

### ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА

Бесседа А. Я.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Останнім часом кількість захворювань на остеохондроз хребта помітно зростає, насамперед, за рахунок молоді. У реабілітації хворих на остеохондроз не останнє місце традиційно посів метод лікувальної фізкультури. Під час призначення пацієнту рухового режиму, кількості та інтенсивності тренувань, а також навантаження кожної окремої вправи або загального комплексу вправ слід враховувати як анатомо-фізіологічні, так і функціональні особливості стану пацієнта. Тобто без попередньо проведених досліджень (рентгенографії, комп'ютерної або магніто-резонансної томографії) та функціонального визначення стану хворого будь-яке призначення недоцільне. Також не можна не враховувати вік, рухові навички та звички (переважно сидяча робота, сидяча робота разом з вібрацією у водіїв або, навпаки, — активний спосіб життя або постійні навантаження, наприклад у будівельників).

Як вже зазначалося, помітно зростає кількість молоді, що хворіє на остеохондроз. Це пов'язано, насамперед, з тим, що в період росту організму (у середній школі) молодь не одержує періодичного, збалансованого, адекватного навантаження, що особливо необхідно у пубертатному періоді для правильного формування опорно-рухового апарату та інших систем організму (серцево-судинної,

дихальної, нервової, ендокринної), які найбільш фізіологічно розвиваються лише за умов доцільного та збалансованого використання фізичних вправ у дошкільний та шкільний періоди.

### **ПОКРАЩАННЯ РОЗУМОВОЇ ЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ МАСАЖУ**

**Норейко Є. Н.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Під час навчального процесу головний мозок студента зазнає значного навантаження. Це пов'язано як з величезним обсягом нової інформації, яку потрібно опанувати, так і з вимушеним положенням сидіти, в якому знаходиться студент під час навчального процесу і виконання домашнього завдання. Довготривалі статичні навантаження призводять до стійкого підвищення тону м'язів шиї, що, в свою чергу, порушує відтік венозної крові з голови. У подальшому включаються компенсаторні механізми, що призводить до спазму внутрішньочерепних артерій та виникнення головного болю.

Масаж шийно-комірцевої зони знижує тону м'язів шиї та надпліччя, покращує відтік венозної крові. Масаж голови допомагає нормалізувати тону внутрішньочерепних судин, покращує кровопостачання кори головного мозку, органів зору та слуху.

Використання раз на семестр міні-курсів масажу голови та шийно-комірцевої зони (4–5 процедур) разом з подовженням тривалості сна (до 8 год) значно полегшує здатність до засвоєння нової інформації, її аналізу та синтезу.

### **ВПЛИВ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ «ПРАНАЯМА» НА ЗДОРОВ'Я**

**Пономаренко І. Є.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Дихальна гімнастика є дуже важливою у житті людей. «Пранаяма» — це дихальні вправи, система контролю дихання. Людина може покращувати своє життя і здоров'я за допомогою «пранаями» самостійно, без допоміжних заходів.

«Пранаяма» у перекладі з індійської означає «затримка дихання». Вправи виконуються дуже повільно з максимальною затримкою дихання після вдихів і видихів. **Мета** цього методу — затримати якомога більше вуглекислого газу, адже він є природним каталізатором усіх реакцій в організмі людини. Дихання людей — це звичайна гіпервентиляція легень, надмірне виділення вуглекислоти з організму, зумовлює близько 150 тяжких захворювань. Серед них такі, як гіпертонічна хвороба, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма тощо.

За допомогою дихальних вправ можна встановити баланс якості життя та запобігти захворюванням усіх органів і систем організму. Це перший етап наших досліджень. Наступним кроком буде експериментальне встановлення ефективності за даними наших спостережень і дослідів.

### **КОРРЕКЦИЯ МАССЫ ТЕЛА У БЕРЕМЕННЫХ КАК ОСНОВА НОРМАЛЬНОЙ МАССЫ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Пшонюк О. І.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В последнее время учеными обнаружены прямые патогенетические параллели между метаболическим синдромом и определенными формами акушерской патологии.

Известно, что беременные с метаболическим синдромом составляют группу высокого риска по невынашиванию беременности, дисфункции плаценты, гипоксии и гипотрофии плода, фетальной макросомии, преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, преждевременного излития околоплодных вод, аномалий сократительной деятельности матки, массивных коагулопатических кровотечений в родах и послеродовом периоде с повышением частоты оперативных вмешательств и, как следствие, увеличением материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Одним из основных критериев метаболического синдрома являются превышение массы и ожирение. Существует мнение, что у беременных с излишней массой более высокая вероятность рождения детей с высокой и очень высокой массой.

**Целью** нашей работы, выполненной совместно с кафедрой акушерства и гинекологии, было определение взаимосвязи между массой матери и новорожденного и возможности профилактики. Были обследованы 20 беременных женщин. Показано, что взаимосвязь между исходной массой до беременности и массой новорожденного описывается коэффициентом корреляции Пирсона  $r (+0,46)$ , что характеризуется как слабая. В то же время взаимосвязь между величиной прибавки в массе во время беременности и массой новорожденного оценивается как сильная  $r (+0,73)$ .

Таким образом, основное значение имеет величина прибавки в массе во время беременности. Эта прибавка, в основном, наблюдается во втором триместре. Следовательно, в этот период в особой степени должны быть применены методы физической реабилитации, направленные на коррекцию массы беременной.

### **РОЛЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК И ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Хахим К. М.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** В настоящее время при быстром и неуклонном росте числа пациенток, болеющих раком молочной железы, наблюдается улучшение результатов их восстановительного лечения со значительным увеличением продолжительности жизни, что определяет острую необходимость детального изучения, разработки и внедрения современ-

ных методов реабилитации больных с данной патологией.

**Цель.** Изучить влияние ранних реабилитационных мероприятий после хирургического лечения злокачественных опухолей молочной железы на сокращение сроков восстановительного периода.

**Материалы и методы.** В исследовании изучались данные 107 пациенток после хирургического лечения по поводу рака молочной железы в возрасте от 19 до 72 лет. Пациентки были разделены на 4 группы: в I группу вошли женщины, перенесшие хирургическое лечение при I-й стадии рака молочной железы (30 человек); во II группу — пациентки, перенесшие хирургическое лечение при 2а и 2б стадии рака молочной железы (30 человек). В III группу — пациентки, перенесшие хирургическое лечение при 3-й стадии рака молочной железы (20 человек).

Контрольная группа — пациентки с I-й, 2а и 2б, 3-й стадиями рака молочной железы (27 человек), в восстановительном лечении которых не применялась программа реабилитации.

**Результаты.** Под влиянием физической реабилитации после хирургического лечения злокачественных опухолей молочной железы у пациенток терапевтический эффект выше в I и II группах и несколько ниже у пациенток III группы, что отражает показатель «улучшение». В контрольной группе показатели значительно ниже, так как в их восстановительном лечении не применялась программа реабилитации.

## НАДМІРНА МАСА ТІЛА ЯК ФАКТОР РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Хачатрян Л. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Велика частина населення планети проживає у країнах, де від наслідків ожиріння або надмірної маси тіла помирає більше людей, ніж від аномально низької маси тіла. У зв'язку з фізіологічними змінами, які відбуваються під час вагітності в організмі жінки, збільшення навантаження на всі органи і системи, гормональною перебудовою зростає також потреба організму в енергії та поживних речовинах. На жаль, не всі жінки вміють контролювати свій раціон харчування, що в свою чергу призводить до появи надмірної маси тіла.

На базі Іванівської ЦРЛ за період 6.11.2017–20.12.2017 було проведено дослідження складу тіла у вагітних жінок (термін вагітності більше 12 тиж.) за допомогою електронного каліпера-жироміра Digital Body Fat Caliper. Результати дослідження було оцінено за допомогою спеціальних таблиць.

**Мета.** Вивчити вплив надмірної маси тіла або ступеня ожиріння на серцево-судинну систему вагітних з урахуванням анамнезу життя.

Досліджуваним були запропоновані у залежності від триместру вагітності вправи з різним рівнем складності та дихальна гімнастика.

**Висновки.** Надмірна маса тіла і ожиріння є фактором ризику розвитку низки ускладнень. Індекс маси тіла не можемо використовувати у вагітних жінок для оцінки надмірної маси тіла. Нами було розроблено методику лікувальної та дихальної гімнастики, в результаті виконання якої спостерігалися нормалізація артеріального тиску, зниження маси тіла та поліпшення самопочуття.

## ГІМНАСТИКА І ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ПРИ ВАРИКОЗІ

Захарченко С. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** нашої наукової роботи — дослідження варикозного розширення вен. У деякій мірі, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок — розплата за наше прямоходіння. Появу даної хвороби неможливо не помітити. Патологія вен має глобальний характер: за різними джерелами 25–50 % дорослого населення страждає на хронічну венозну недостатність. Поширена недуга переважно серед найпрацездатнішої частини населення: це професійна хвороба вчителів, хірургів, верстатників — усіх, хто тривалий час змушений перебувати у вертикальному статичному положенні.

Останніми десятиріччями до розробки методів профілактики та лікування варикозного розширення вен підключилися й спеціальні реабілітаційні центри спортивної медицини, оскільки це захворювання часто відзначається у певних видах спорту, де широко застосовуються великі статичні навантаження, зокрема в жіночому спорті.

Для дослідження відібрано 20 людей, переважно від 40 до 60 років, які мали початкову стадію варикозу. Запропоновано досліджуваним провести спостереження за розвитком їхньої хвороби протягом трьох місяців. При цьому використовувати як альтернативу медикаментозному і хірургічному лікуванню фізичні вправи і додаткові методи лікування. При дослідженні даної патології ми визначили, що її розвитку сприяють плоскостопість, ожиріння, неправильне харчування, малорухомий спосіб життя. Поштовхом до цього захворювання є сильне навантаження на ноги, зокрема у людей, які страждають на надмірну масу тіла. Сприяють розвитку варикозу й слабкі стінки венозних судин як доказ того, що мускулатура ніг слабка. Роль фізичної культури в лікуванні, зокрема у профілактиці виникнення варикозного розширення вен, надзвичайно важлива. У 75 % пацієнтів, які були відібрані для дослідження, спостерігалось покращання стану здоров'я. Пацієнти відмітили відсутність важкості, набряків, болу у голішках. Фізичні вправи при варикозі ніг стають відмінною альтернативою медикаментозному і операційному лікуванню. Дехто вважає, що фізичні навантаження шкідливі при варикозі ніг. Проте якщо знайти золоту середину, то вправи тільки сприятливо впливатимуть і будуть порятунком від хірургічного втручання.



## КОРРЕКТНОСТЬ ОЦЕНКИ PWC170 МЕТОДОМ СТЕП-ЭРГОМЕТРИИ

Лабунская В. Р.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Общепринята оценка физической работоспособности с помощью теста PWC170. Для его проведения используются методы велоэргометрии, тредэргометрии и степэргометрии. Наиболее доступным вариантом является степэргометрия. В ходе этих исследований определяются показатели PWC170 и PWC170/кг, т. е. абсолютное и удельное PWC170. Удельное PWC170 обоснованно считается наиболее адекватной оценкой физической аэробной работоспособности организма. Как правило, PWC170 исследуется непрямым методом с помощью двух нагрузок и последующего экстраполирования расчетом по формуле. Но если в случаях вело- и тредэргометрии данный метод абсолютно корректен и не вызывает возражений, то при степэргометрии, с нашей точки зрения, допускается методологическая ошибка. Дело в том, что при данной методике вычисление мощности нагрузки линейно связано с массой тела испытуемого, т. е. для вычисления мощности необходимо выполнить умножение на массу тела. Последующее деление вычисленной величины PWC170 опять на массу тела приводит к усилению уже имеющейся линейной зависимости. Таким образом, величина удельного PWC170 прямо пропорционально зависит от массы тела испытуемого, что ставит под сомнение валидность данного критерия. В случае расчета PWC170 по формуле при степ-тесте, коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ) между PWC170 и массой составляет  $+0,93$  ( $p < 0,05$ ), что говорит об очень сильной связи. Но коэффициент корреляции  $r$  между PWC170/кг и массой составляет всего  $+0,33$  ( $p < 0,05$ ), т. е. связь практически отсутствует. Следовательно, этот показатель неприменим для оценки.

## ОЦІНКА СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІДЛІТКІВ

Меліксетян К. Г.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У всьому світі щороку від серцево-судинних захворювань (ССЗ) помирає близько 17,5 млн людей. В Україні, згідно з даними офіційної статистики, від ССЗ щороку помирає більше 440 тис. осіб, що становить 66,3 % від усіх причин смерті. Отже, ССЗ залишаються основною причиною смерті як серед осіб працездатного віку, так і серед дітей.

**Мета.** Визначити стан серцево-судинної системи у школярів віком 10–11 років і підвищити обізнаність підлітків про фактори ризику і знання про те, що робити при прояві симптомів ССЗ.

Для виявлення симптомів ССЗ була запропонована анкета «Симптоми серцево-судинних захворювань». За нозологічними показниками: АТ,

індекс Руф'є — Діксона, індекс Кердо — ми оцінили стан серцево-судинної системи дітей.

**Результати.** Після проведення анкетування було виявлено, що найбільше симптомів порушеної роботи серцево-судинної системи спостерігається в учнів 5–6-х класів. Майже у 60 % дітей зафіксовано низький АТ, що стосується індексу Руф'є — Діксона, який дозволяє оцінити працездатність серця за наявності фізичного навантаження, то добрим показником був лише у 10 % учнів. Адаптаційний потенціал у 70 % був добрим, що свідчить про відсутність напруження регуляторних систем. Індекс Кердо також показав негативні результати, адже більше ніж у 60 % він був нижче норми, що свідчить про переважання гальмівних впливів у діяльності вегетативної нервової системи. Саме у цьому віці серцево-судинна система відчуває перенавантаження, тому важливо стежити за її станом і не хтувати своїм здоров'ям.

## ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА В КРОВИ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ

Мокия А. Д.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность** исследования обусловлена необходимостью изучения последствий недостаточной физической активности, одним из которых является стресс.

**Цель.** Сравнение уровня кортизола в крови (повышенный уровень говорит о наличии стресса в организме) после физической нагрузки у женщин, имеющих достаточную активность, которые вошли в контрольную группу (не менее 150 мин в неделю умеренной интенсивности или 75 мин высокой), и женщин, ведущих пассивный образ жизни, составивших экспериментальную группу. Также изучали влияние принятых непосредственно перед нагрузкой продуктов с высоким содержанием углеводов на уровень кортизола у женщин экспериментальной группы.

**Результаты.** Проанализировав показатели уровня кортизола в крови испытуемых контрольной и экспериментальной групп, мы пришли к следующим выводам: женщины, регулярно занимающиеся физической активностью, не испытывают стресса во время физических нагрузок, в то время как женщины с недостатком активности испытывают стресс при физических нагрузках.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ОСАНКОЙ

Нечаева О. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Сколиотическая осанка представляет собой патологическое изменение положение позвоночника при фронтальном смещении позвонков. Характерным признаком при этом выступает асиммет-

рия плеч и лопаток, которая видна при внешнем осмотре.

Кинезиотейпирование — это обоснованный и достаточно простой в применении метод механического влияния на тонус мускулатуры путем стимуляции сухожильных, фасциальных и околосуставных проприорецепторов. В основе лечебного воздействия кинезиотейпов лежат следующие эффекты: активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке, уменьшение болевого синдрома поврежденного участка за счет оптимизации лимфодренажа данного региона, восстановление функциональной активности мышц. Также применялись электропроцедуры. Результаты исследования показывают, что в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, лечебной гимнастикой и массажем у детей с кинезиотейпами отмечались более выраженные улучшения в коррекции осанки.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА КАК ОСНОВА АДЕКВАТНОЙ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ**

**Олейник Ю. Б.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Доказано, что методика расчета PWC170\кг при исследовании непрямым методом при степ-эргометрии является не вполне корректной. Мы предлагаем использовать для адекватной оценки физической работоспособности показатель PWC170/жировая масса. Нами было проведено изучение композиционного состава тела у студентов 4-го курса ОНМедУ (28 женщин, 16 мужчин) с последующим исследованием физической работоспособности PWC170. Определялось процентное отношение мышечной и жировой массы тела, после чего проводился расчет абсолютных величин данных показателей. Проведенная статистическая обработка показала, что коэффициент корреляции Пирсона  $r$  между PWC170 и мышечной массой составляет  $+0,93$  ( $p < 0,05$ ), что говорит об очень сильной, практически линейной связи, как и в случае с массой. Но если брать показатель PWC170/жировая масса, то коэффициент корреляции  $r$  составляет  $+0,61$  ( $p < 0,05$ ), что указывает на сильную взаимосвязь. Это дает возможность рекомендовать данный показатель (PWC170/мышцы) для корректной оценки физической работоспособности при степ-тесте.

### **ЕМОЦІЙНІ РЕАКЦІЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА ЯК ПРОЯВ ЙОГО ХАРАКТЕРУ ТА СТАНУ**

**Хмарова Н. Г.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Работа посвящена одному из наиболее важных разделов психологии — перинатальной психологии. Количество исследований в этой области является недостаточным,

а щорічне зростання кількості народжених хворих дітей свідчить про соціальне значення будь-яких досліджень з означеної теми. У процесі внутрішньоутробного розвитку плода формуються не тільки анатомічні структури, а й психоемоційні реакції, які відображають характер майбутньої дитини, демонструють процеси, які відбуваються з людським організмом з моменту його запліднення і до періоду, коли формуються органи відчуття плода. Практична частина демонструє наслідки власних спостережень за емоційно-руховими та мімічними реакціями внутрішнього плода протягом його розвитку з 22-го до 38-го тижнів вагітності. Аналіз сукупності ознак, які свідчать про перевагу або поєднання різних емоційних реакцій внутрішньоутробних дітей, дозволив нам виділити серед них 4 типи: «усмішливий», «похмурий», «рухливий», «лабільний». Фізичний вплив (прощупування матки) призводить до збільшення негативних емоційних і рухових реакцій внутрішньоутробного плода, емоційні реакції якого відповідають типу емоційних реакцій дітей у періоді новонародженості. Це може свідчити про те, що вони є показниками характеру дитини, що може бути виявлено ще до її народження.

### **СПОСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ БІГОВОЇ ТРАВМИ «РОЗКОЛОТА ГОМІЛКА»**

**Юшковська А. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Біг — один з найпопулярніших видів фізичної активності, тому що не потребує спеціального обладнання, ним можна займатися самостійно практично в будь-якому місці. При всій очевидній користі бігу заняття ним можуть провокувати виникнення больових відчуттів і травм у спортсменів.

Одна з найпоширеніших і неприємних проблем — болі у ділянці великогомілкової кістки. «Шинсплінт» (від англ. Shin splints) — це відрив окістя від кістки, що є наслідком ігнорування болю при забитості великогомілкового м'яза і формування запального процесу в ділянці окістя. Під нашим спостереженням перебувало 22 непрофесійних спортсмена-бігуна у віці від 17 до 44 років обох статей, стаж занять коливався від 1 до 12 років. Випробовувані оцінювали свої больові відчуття за допомогою ВАШ. Нами був запропонований комплекс превентивних заходів для профілактики «шинсплінту»: стретчинг, спрямований на відповідні м'язи до і після тренувань; кінезіотейпінг; правильний підбір взуття. Через 2 міс. занять за запропонованою нами методикою випробовувані знову оцінювали свої больові відчуття за допомогою ВАШ.

Комплексний підхід у профілактиці та лікуванні бігової травми «розколота гомілка» має високу ефективність і доступність, сприяє зменшенню травматизму серед спортсменів, може застосовуватися ними самостійно в процесі тренувань.

**ОСОБЛИВОСТІ  
КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ САРКОПЕНІЇ  
У ПРОФЕСІЙНИХ ВОДІЇВ  
АВТОТРАНСПОРТНИХ ЗАСОБІВ**

**Шанигін А. В., Прутіян Т. Л., Хохуля Ю. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Саркопенія — це синдром, який характеризується прогресуючою генералізованою втраченою масою та сили скелетних м'язів, порушенням рухової активності, зниженням якості життя, працездатності та розвитком ранньої інвалідності.

**Мета.** Підвищити ефективність лікування саркопенії у професійних водіїв автотранспортних засобів шляхом комплексного застосування Холекальциферолу, Альфакальцидолу та кінезитерапії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 66 чоловіків, професійних водіїв автотранспортних засобів, із саркопенією, віком від 30 до 52 років зі стажем роботи понад 7 років. Клінічне обстеження включало: скарги, анамнез життя, анамнез хвороби, огляд. Лабораторно визначали 25-гідроксिवітамін D (25(OH)D)). З метою оцінки стану м'язової системи визначали індекс нейроспінальної функції (ІНСФ) за допомогою комплексу для реєстрації та обробки біосигналів "Insight TM". В залежності від призначеної терапії чоловіки були поділені на дві групи: основну (n=33) — отримували Холекальциферол 2000 МО на добу, Альфакальцидол по 1 мкг 1 раз на добу та кінезитерапію протягом 6 міс.; контрольну (n=33) — отримували Холекальциферол 2000 МО на добу, Альфакальцидол 1 мкг 1 раз на добу протягом 6 міс. Ефективність терапії оцінювали через 6 міс. від початку лікування.

**Результати.** Пацієнти обох груп до лікування мали відносно однакові показники, значення ІНСФ у водіїв основної групи було в межах оцінки «добре» — 33,6 %, дефіцит вітаміну D (ДВД) — 45,5 %, недостатність вітаміну D (НВД) — 54,5 %; а у водіїв контрольної групи — 32,9 %, ДВД — 48,5 %, НВД — 51,5 %. Через 6 міс. від початку лікування значно зменшилась вираженість скарг на м'язову слабкість та відчуття болю в поперековому відділі хребта серед водіїв: в основній групі — 36,7 %, у контрольній — 68,3 %. Покращились показники 25(OH)D, в основній групі ДВД — 24,2 %, НВД — 18,2 %, норма — 57,6 %; у контрольній ДВД — 57,6 %, НВД — 33,3 %, норма — 9,1 %. Також було відмічено збільшення показника ІНСФ в межах значення «добре»: в основній групі — 65,9 %, а в контрольній групі — 40 %. Проводячи аналіз отриманих показників через 6 міс. від початку лікування, відмітили покращання загального стану водіїв обох груп. Порівнюючи показники ІНСФ у досліджуваних групах, найбільший приріст спостерігали в основній групі.

**Висновки.** Комплексний підхід у корекції саркопенії професійних водіїв автотранспортних засобів сприяє зниженню вираженості м'язової слабкості, покращанню рухових можливостей та якості життя.

**КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ ДЕФІЦИТУ  
ВІТАМІНУ D У ЖІНОК, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ  
У НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ  
ВИРОБНИЦТВА**

**Прутіян Т. Л., Добровольська О. О.,  
Майстренко М. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Несприятливі чинники виробництва є додатковим фактором ризику у розвитку дефіциту та недостатності вітаміну D (ДВД та НВД), що виявляється майже у 98,7 % робітниць. Вітамін D посідає провідне місце у виникненні синдрому м'язової слабкості, складові якого підвищують ризик падінь та переломів на виробництві.

**Мета.** Оцінити ефективність корекції дефіциту та недостатності вітаміну D у жінок, що працюють у несприятливих умовах виробництва шляхом комплексного застосування Альфакальцидолу та Холекальциферолу.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 60 жінок (середній вік —  $(53,5 \pm 1,3)$  року) зі стажем роботи  $(22,3 \pm 1,7)$  року із ДВД та НВД. Основна група — 30 жінок, яким проводилася комплексна корекція з призначенням Альфакальцидолу у дозі 1 мкг та Холекальциферолу у кількості 2000 МО 1 раз на добу протягом 3 міс. (Патент на корисну модель № 119928, Бюл. № 19, 2017). Контрольна група — 30 жінок, яким призначали лише Холекальциферол в дозі 2000 МО на добу. Рівень 25-гідроксिवітаміну D (25(OH)D) визначали до лікування та через 3 міс. Для оцінки функціонального стану м'язової системи (ФС МС) і ризику падінь застосовували функціональні тести: «тандем»-тест, тест «встати та піти», тест «сісти-встати».

**Результати.** До лікування у жінок основної групи ДВД визначався у 56,7 %, НВД у 43,3 %, через 3 міс. ДВД — 20 %, НВД — у 26,7 %, норма — 53,3 %. У контрольній групі до лікування ДВД — 53,3 %, НВД — 46,7 %; через 3 міс. ДВД — 26,7 %, НВД — 36,7 %, норма — 36,6 %.

Тести оцінки ФС МС: у пацієнтів основної групи «тандем»-тест показує вірогідне ( $p < 0,001$ ) підвищення можливості зберігати рівновагу тіла у просторі від  $(8,51 \pm 0,71)$  с до лікування до  $(13,58 \pm 0,61)$  с через 3 міс. У контрольній групі до лікування  $(9,22 \pm 0,63)$  с і  $(11,64 \pm 0,69)$  с через 3 міс. Тест «встати та піти» показує вірогідне зниження часу для виконання даного тесту та зниження ризику падінь: у пацієнтів основної групи до лікування  $(11,07 \pm 0,56)$  с і  $(7,65 \pm 0,23)$  с через 3 міс. У пацієнтів контрольної групи до лікування  $(10,04 \pm 0,56)$  с, через 3 міс. —  $(8,85 \pm 0,25)$  с ( $p < 0,001$ ). Тест «сісти-встати» також вірогідно підтверджує ефективність терапії щодо зниження ризику падінь: у жінок основної групи до лікування —  $(13,85 \pm 0,65)$  с, через 3 міс. —  $(8,96 \pm 0,41)$  с. У жінок контрольної групи до лікування  $(12,64 \pm 0,61)$  с, через 3 міс. —  $(11,01 \pm 0,32)$  с ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Комплексна корекція дефіциту вітаміну D Альфакальцидолом та Холекальциферолом дозволяє досягти вираженого терапевтичного ефекту, підвищити рівень 25(OH)D у сироватці



крові та запобігти ризику виникнення можливих падінь і переломів на виробництві.

### РЕАБІЛІТАЦІЯ ТРАВМ ХРЕБТА ЗА ДОПОМОГОЮ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Гриценко А. С.

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

Хребет виконує роль осцевого скелета, що є опорою тіла. Він захищає спинний мозок та бере участь у русі тулуба й черепа. Травма хребта має дуже тяжкі наслідки, які можна коригувати за допомогою лікувальної фізичної культури (ЛФК). Комплекс вправ підбирають з урахуванням виду травми та стадії, на якій вона знаходиться. Окрім вправ для хребта, до ЛФК входять дихальні (статичні й динамічні), ізометричні та загальнорозвиваючі вправи для малих та середніх м'язових груп, суглобів й масажі. Виділяють 4 етапи ЛФК: I етап (приблизно 2 тиж.) — покращання загального тонусу, роботи травної й кровоносної систем та витривалості організму; II етап — зміцнення м'язів, покращання кровотоку, нормалізація роботи внутрішніх органів, стимуляція процесів регенерації; III етап — зміцнення й розвиток м'язів тулуба та дна таза, кінцівок, покращання координації рухів і мобільності хребта; IV етап — відновлення здорової осанки та правильні навички ходіння. Визначаємо ступінь фізичної підготовки, рухову активність та протипоказання до фізичних навантажень. Під час кожного заняття ЛФК стежимо за пульсом, артеріальним тиском та загальним станом хворого. Після кожного заняття відмічаємо зміни в стані хворого та ефективність реабілітаційного курсу. Варіанти змін: курс перебігає згідно з поставленими цілями (можливі незначні відхилення). Один з етапів затягнувся через те, що не було отримано очікуваного результату (у цьому випадку продовжуємо даний етап з можливими змінами у вправах), реабілітація перебігає з більшою ефективністю, ніж очікувалось. Аналізуємо дані кожного хворого, складаємо характеристику реабілітаційного процесу, та створюємо загальну систему за допомогою якої можна підбирати чіткий та ефективний курс ЛФК для хворих з однаковими травмами, фізичними станами, але з урахуванням індивідуальних особливостей. Після реабілітаційного курсу ЛФК ми отримуємо такі результати: зміцнення всіх м'язових груп тулуба, відновлення гнучкості й рухливості хребта, нормального вигину та правильності осі хребта, створення м'язового корсета для утримання хребта в правильному положенні.

### ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З НЕДОСТАТНІСТЮ КОРОНАРНОГО КРОВООБІГУ

Прима І. В.

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

При розгляді найважливіших факторів ризику виникнення ішемічної хвороби серця тютюнопа-

ління, поряд із порушеннями ліпідного обміну та артеріального тиску, є найсуттєвішим. У світовій медичній практиці все більшого значення набуває оцінка якості життя хворого як показника загального стану, ефективності реабілітаційних заходів, що часто використовується як прогностичний критерій кінця захворювання, важливий фармакоеконічний критерій створення і випробування нових медичних технологій.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз якості життя хворих з коронарною недостатністю зі звичкою тютюнопаління і без неї для формування мотивації до відмови від такої звички.

**Матеріали та методи.** Проведено соціометричне дослідження за розробленою нами анкетой та опитувачем SF. Опитано перед велоергометрією 52 хворих 50–69 років, серед яких було: 18 — з хронічною коронарною недостатністю (1-ша група), 10 — після перенесеного раніше гострого інфаркту міокарда (2-га група) і 24 — після аортокоронарного шунтування і стентування коронарних судин (3-тя група). Виявлено, що тютюнопалінням продовжують зловживати 11 % хворих 1-ї групи, 30 % — 2-ї групи і 11 % — 3-ї групи. Своє здоров'я оцінили як посереднє 61 % хворих 1-ї групи, 70 % — 2-ї групи і 58 % — 3-ї групи і як добре — 39, 30 і 42 % відповідно. В порівнянні з минулим роком, посередня самооцінка свого здоров'я зменшилась на 28 % у хворих 1-ї групи, на 50 % — 2-ї групи і на 20 % — 3-ї групи. Частота доброї самооцінки здоров'я: на 29 і 30 % у хворих 1-ї і 2-ї груп і лише на 14 % — 3-ї групи. Погіршення свого здоров'я відмітило близько 10 % хворих 1-ї і 2-ї груп, а серед хворих 3-ї групи таких не було.

**Висновок.** Тютюнопаління відіграє вагому, але не ключову роль у ризику виникнення та розвитку хронічної коронарної недостатності. Варто враховувати та досліджувати такі чинники, як харчування, фізична активність і генетичні фактори.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМБІНОВАНОЇ ТРАКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЛЮМБАЛГІЯМИ ТА ЛЮМБОШІАЛГІЯМИ

Мельниченко Л. В., Писар М. М.

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна*

**Мета.** Підвищення ефективності відновного лікування та якості життя хворих з люмбалгіями та люмбошіалгіями шляхом використання в комплексному лікуванні комбінованої тракції.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 149 хворих з люмбалгіями та люмбошіалгіями, у тому числі 69 хворих контрольної групи, які лікувались традиційними методами, та 80 хворих, яким проводилась комбінована тракція на спеціально розробленому апараті поряд з традиційним лікуванням. Оцінку ефективності лікування проводили за допомогою опитувача якості життя SF-36.



**Результати та їх обговорення.** До лікування як у контрольній, так і в основній групі відмічалось значне зниження фізичних можливостей хворих. Стан їхнього здоров'я обмежував виконання як важких, так і помірних навантажень. За шкалою «фізичне функціонування» хворі в контрольній групі набрали ( $3,9 \pm 0,1$ ) бала, а в основній групі — ( $3,8 \pm 0,1$ ) бала. Після лікування фізичні можливості хворих значно покращились в обох групах. У пацієнтів основної групи, де для лікування використовувалась поряд з традиційними методами комбінована тракція, після лікування кількість балів, набраних за шкалою «фізичне функціонування», була на 12,2 більшою, ніж у контрольній групі ( $p < 0,001$ ).

При аналізі шкали «рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» виявлено, що у пацієнтів обох груп стан здоров'я до лікування викликав труднощі в роботі або у повсякденному житті. Тому до лікування пацієнти обох груп набрали по 1,2 і 1,1 бала відповідно. Після лікування «рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» в обох групах значно покращилося: до ( $64,9 \pm 0,7$ ) бала у контрольній групі та ( $86,1 \pm 0,6$ ) бала в основній. У пацієнтів основної групи середній бал за цією шкалою був достовірною більшим, ніж у контрольній ( $p < 0,0001$ ), на 21,2 бала.

До лікування пацієнти обох груп відчували сильний або дуже сильний біль, який заважав їм займатись нормальною роботою сильно або дуже сильно. За шкалою «інтенсивність болю» пацієнти контрольної групи до лікування набрали ( $13,1 \pm 0,7$ ) бала, а основної — ( $11,8 \pm 0,2$ ) бала. Після лікування інтенсивність болю значно зменшилась в обох групах: у контрольній групі — в 6 разів, а в основній групі — у 7 разів. За шкалою «інтенсивність болю» після лікування пацієнти контрольної групи набрали ( $78,8 \pm 0,4$ ) бала, а основної — ( $81,3 \pm 0,4$ ) бала. У пацієнтів основної групи середній бал за цією шкалою на 2,5 бали достовірною більший, ніж у контрольній ( $p < 0,001$ ).

До лікування пацієнти обох груп у цілому оцінювали стан свого здоров'я як поганий. Їм здавалося, що вони більше схильні до хвороби, ніж інші. У пацієнтів контрольної групи кількість балів набраних за шкалою «загальне здоров'я» до лікування становила ( $28,8 \pm 0,4$ ) бала, а у пацієнтів основної групи — ( $15,8 \pm 0,2$ ) бала. Після лікування показник «загальне здоров'я» збільшився в обох групах. Однак у контрольній групі цей показник збільшився в 2,6 разу; а в групі, де для лікування хворих використовували поряд з традиційними методами комбіновану тракцію, — у 5,76 разу. При цьому показник «загальне здоров'я» в контрольній групі збільшився до ( $74,9 \pm 0,4$ ) бала, а в основній групі — до ( $86,4 \pm 0,2$ ) бала. Різниця між групами після лікування — 11,5 бали була статистично достовірною ( $p < 0,0001$ ).

Таким чином, в результаті лікування за усіма шкалами фізичного компонента здоров'я виявлено достовірне збільшення показників. Однак у групі, де в якості лікування поряд з традиційними методами використовувалась і комбінована трак-

ція, позитивна динаміка була більше виражена в порівнянні з групою, де використовувались тільки традиційні методи лікування. Найбільше показуює шкала загального здоров'я, бали якої після лікування з використанням комбінованої тракції зросли в 5,5 рази в порівнянні з 2,6 разу в контрольній групі.

**Висновки.** Метод комбінованої тракції для лікування хворих з люмбалгіями та люмбошіалгіями є більш ефективним в порівнянні з традиційними методами та може бути рекомендований для використання в клінічній практиці.

### АНАЛІЗ СТАНУ ПРОХОДЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Овдій М. О., Квачук І. В., Павлів В. О.,  
Дружинін О. В., Черчук Е. В.

Національний медичний університет  
ім. О. О. Богомольця, Київ, Україна

В Україні на ішемічну хворобу серця (ІХС) серед дорослих припадає 67,6 % випадків смерті у структурі хвороб системи кровообігу (серед працездатного — 54,8 %). Вирішальне значення в лікуванні ІХС мають хірургічні методи ревазуляризації міокарда, серед яких аортокоронарне шунтування (АКШ) та стентування коронарних артерій (СКА). Важливим аспектом відновлення після хірургічного лікування ІХС є комплексне застосування фізичної реабілітації, основна мета якої полягає в розширенні адаптаційних можливостей організму.

**Мета.** Підвищити ефективність фізичної реабілітації та вторинної профілактики хворих після хірургічного лікування ІХС.

**Матеріали та методи.** Аналіз стану проходження фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування ІХС в районному реабілітаційному центрі Дніпровського району Києва показав, що за 2011–2015 рр. до відділення надійшло 76 хворих після оперативного лікування ІХС, серед яких 70 % (53 пацієнти) після СКА та 30 % (23 пацієнти) після АКШ. Серед хворих переважали чоловіки — 74 %, середній вік яких становив 66,8 року, жінок було 26 %, середній вік 64,5 року. Щороку, починаючи з 2011 р., спостерігалось збільшення пацієнтів після СКА у порівнянні з пацієнтами після АКШ. У 2011 р. до відділення реабілітації надійшло 43 % пацієнтів після АКШ та 57 % після СКА, у 2012 р. 35 % АКШ та 65 % СКА, у 2013 р. 35 % АКШ та 65 % СКА, у 2014 р. 25 % АКШ та 75 % СКА, у 2015 р. 11 % АКШ та 89 % СКА. Встановлено, що лише 46 % хворих, які були на обліку в кардіолога, пройшли курс фізичної реабілітації, решта 54 % фізичну реабілітацію не проходили.

**Висновки.** Необхідно залучати більше пацієнтів після хірургічного лікування ІХС до фізичної реабілітації на всіх її етапах та налагоджувати взаємозв'язок із суміжними спеціалістами.

## ОСОБЛИВОСТІ Й ПЕРСПЕКТИВИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ГРУП «ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

Дорофеєва О. Є., Балтьонкова О. С.

Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

Великі розумові та статичні навантаження у ВНЗах, відсутність додаткової рухової активності, малорухомий спосіб життя, нерациональне харчування приводять до погіршення стану здоров'я студентів.

**Мета.** Обґрунтувати необхідність використання індивідуальних засобів фізичної реабілітації в системі вищої освіти на основі оцінки стану здоров'я, рівня фізичного розвитку і фізичної підготовленості студентів груп «фізичної реабілітації».

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 362 студенти 1–3-х курсів ВНЗ України від 18 до 20 років ( $19,24 \pm 1,36$ ). Жінок було 170, чоловіків — 192. Серед обстежених до групи «фізичної реабілітації» було включено 143 (39,5 %) студенти (74 жінки і 69 чоловіків). Під час дослідження проводили моніторинг стану здоров'я студентів групи «фізичної реабілітації», оцінку стану соматичного здоров'я, визначення інфекційного індексу, рівня фізичного розвитку та фізичної підготовленості.

**Результати та їх обговорення.** На основі аналізу даних фізичного здоров'я, підготовленості, функціонального стану серцево-судинної та дихальної систем було запропоновано зміст і спрямованість засобів фізичної реабілітації при плануванні занять з фізичного виховання груп «фізичної реабілітації», а також розроблені та впроваджені рекомендації щодо організації занять з фізичного виховання студентів. Впровадження запропонованих засобів фізичної реабілітації в системі фізичного виховання студентів ВНЗів дозволить на 13,2 % знизити кількість студентів, зарахованих до групи фізичної реабілітації, констатувати позитивні зміни при оцінці стану соматичного здоров'я, рівня фізичної підготовленості, підвищення рівня адаптації серцево-судинної та дихальної систем до фізичних навантажень у студентів групи «фізична реабілітація».

## ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА ПЕРЕБІГ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Яримбаш К. С., Черчук Є. В.

Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

За даними ВООЗ, на остеохондроз хворіє протягом життя від 50 до 70 % населення, що часто

призводить до тимчасової непрацездатності й інвалідизації.

**Мета.** Розробити комплекс ЛФК для підвищення ефективності консервативного лікування у людей похилого віку, хворих на поперековий остеохондроз.

**Матеріали та методи.** Обстежено 20 хворих віком від 56 до 60 років — жінки і чоловіки віком від 61 до 65 років з діагнозом поперековий остеохондроз. До основної групи увійшли 10 хворих, які виконували розроблену нами методику лікувальної гімнастики. Контрольна група — 10 осіб, які виконували комплексну програму фізичної реабілітації за загальноприйнятою методикою. Усім обстеженим проводили функціональні проби, тестові завдання (дослідження рухливості хребетного стовпа); методи оцінки виразності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою; вертеброневрологічної симптоматики; визначення індексу м'язового синдрому.

**Результати та їх обговорення.** У обстежених спостерігається ураження остеохондрозом L5–S1 сегментів. Виявлені дегенерації драглистого ядра у 47,5 % хворих, розриви фіброзного кільця у 15,0 %, грижові випинання у 35,0 % і нестабільність ураженого сегмента у 2,5 %. За даними аналізу медичних карт у людей похилого віку, хворих на поперековий остеохондроз, основними етіологічними факторами були: переохолодження (17,5 %), травматичний чинник (25 %), заняття важкою працею (25 %) тощо. Результати дослідження динаміки клінічних показників після лікування в основній групі як у жінок, так і у чоловіків показали вірогідну різницю ( $p < 0,001$ ). Таким чином, хворі на поперековий остеохондроз потребують комплексної реабілітаційної допомоги з використанням основних і допоміжних методів фізичної реабілітації та узагальнення норм життя.

## РЕАЛІЗАЦІЯ ПОТЕНЦІАЛУ ОРТОПЕДИЧНОГО КОЛІННОГО СТІЛЬЦЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ХРЕБТА

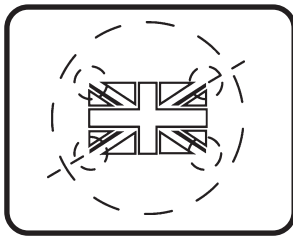
Скакунов Д. О.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Людина XXI ст. не з чуток знає, що таке хронічний біль у спині, а особливо біль у ділянці хребетного стовпа. Найчастіша причина захворювання хребта — сидячий, малорухливий спосіб життя, який ведуть близько 40 % населення як нашої країни, так і за кордоном. До групи цих людей потрапляють водії, школярі, студенти та офісні службовці, всі ті, хто більшу частину часу перебуває без руху (за комп'ютером, партою, кермом автомобіля). Напрошується висновок: нерухомість — це найголовніший ворог здорового хребта. Які ж

заходи профілактики необхідно провести, якщо людина змушена тривалий час перебувати без активного руху? Одним з основних методів є використання спеціальних ортопедичних крісел і стільців. Під час сидіння на звичайному стільці навантаження на хребет зростає в 11 разів порівняно з положенням стоячи. Тимчасом при експлуатації ортопедичного колінного стільця такої картини не спостерігається. Це пов'язано з особливістю його пристрою і специфікою біомеханіки нашого тіла під час сидіння на даному стільці. Колінний вузол переносить на себе частину навантаження нашого тіла, яка до цього повністю була зосереджена

на сідничних горбах таза, похила поверхня сидіння прибирає обертальний момент у ділянці таза, що призводить до викривлення хребта. Таким чином, людина приймає анатомічно вигідне положення, сидячи на колінному стільці, що менш згубно позначається на її здоров'ї на відміну від сидіння на звичайному стільці. Потенціал ортопедичного колінного стільця також можна розкрити і в реабілітації при розробці груп вправ, що вимагають від пацієнта правильної постави. Дані положення є основою для подальших досліджень застосування спеціальних ортопедичних меблів для профілактики і лікування захворювань хребта.



## МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА АНГЛОМОВНА СЕКЦІЯ

## Мультидисциплинарная англоязычная секция Multidisciplinary English Section

### PHARMACOLOGICAL CORRECTION OF APOPTOSIS IN RATS' BRAIN IN CONDITION OF CHRONIC ALCOHOL INTOXICATION

Amasha Rwad

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

On the basis of the obtained results, there was a positive impact of neurotrophic cerebroprotectors (cerebrolisin, cortexin and cerebrocurin) on the area, density and contents of RNA in neurons and glial cells. Preparations caused a pronounced gliocytosis and increase in the content of RNA in glial cells, which indicated the level of functional activity of cells, activation of genes and protein synthesis. Gliocytosis is a compensatory mechanism, which begins from damage of nervous tissue. It should be noted also that therapy by these drugs, has led to considerable reduction of apoptosis, proved by decreasing density and division of apoptotic cells. Based on the obtained results, it can be argued that the most effective agent was cerebrocurin, surely leading in all studied indicators. This is consistent with our previous research, which proved that cerebrocurin is able to enhance the compensatory activation of anaerobic glycolysis, reduces degree of oppression by oxidizing processes in the Krebs cycle and stabilizes the membrane of neurons. Also, cerebrocurin increased the expression of the protein Bcl-2, which can testify to protection, by its damaged cells from apoptosis. Proceeding from this, it is possible to recommend cerebrocurin for inclusion, in the traditional scheme of alcoholism treatment, as one of the most promising neuroprotector.

### FEATURES OF PREVALENCE OF CRANIOCEREBRAL DEFORMATIONS AMONG MEDICAL STUDENTS

Dorofeeva E. E., Volynets L. N., Ganesh S.

*O. O. Bogomolets National Medical University,  
Kyiv, Ukraine*

The jaw-facial area and posture are integral components of the musculoskeletal system and their condition determines the course of the combined cranio-vertebral dysfunction. This neuromuscular complex takes an active part in maintaining the dynamic balance of "homeorecous" [1-5].

**The purpose of the study** was to examine the prevalence of the structure of violations of the anatomical and functional "posture-bite" system in medical students.

**Materials and methods of research:** 130 students of medical and dental faculties (including 42 men and 88 women) were surveyed to achieve this goal.

The survey data was submitted to the questionnaire, which was developed at the department.

**Research results.** To obtain data on the structure of the prevalence of the studied pathology, the results were calculated in absolute terms and calculated as a percentage. The analysis of gender-based aggregate indicators showed that healthy women were on average more than men (31.82% and 26.19% respectively, Table 1).

Isolated disturbances were only observed in females than in males (6.82% females and 4.2% males), isolated violations of bite alone (11.36% of females and 9.5% of males). The combined pathology of posture and bite manifested more often in men, than in women (61.9% and 50.0% respectively).

**Conclusions.** On the basis of research conducted on 130 medical students (including 42 men and 88 women), the high prevalence of combined pathology of posture and bite was established, which testifies to the relevance of its study and correction of the musculoskeletal and musculoskeletal system.

### STATE, TRAIT AND SCHOOL ANXIETY LEVELS IN CHILDREN DEPENDING ON ASTHMA SEVERITY

Brar J. S., Bogutskaya N. K.

*The Higher State Educational Establishment of  
Ukraine "Bukovinian State Medical University",  
Chenivtsi, Ukraine*

The purpose of the study was to examine associations between levels of state (SA), trait (TA) and school anxiety (ScA) and asthma morbidity in 30 children

Table 1

#### Overall indicators of the prevalence of posture and (or) bite pathology in medical students, depending on sex, abs. (%)

Group	Gender	
	Men, n=42	Women, n=88
Combined dysfunctions	26 (61.9)	44 (50.0)
Isolated bite pathology	4 (9.5)	10 (11.36)
Isolated posture pathology	1 (4.2)	6 (6.82)
Healthy students	11 (26.19)	28 (31.82)



with severe BA in a case-control assessment with self-reported State Trait Anxiety Inventory (Spielberger and Hanin), School Anxiety Inventory (Phillips) as compared to 30 controls with BA of moderate severity (matched for age, gender and school).

High TA scores were observed in (26.6±1.7)% of patients with severe BA versus (9.1±6.1)% of children in control group ( $p<0.12$ ). There were no significant differences in the level of SA, thus high SA scores were revealed in (25.0±8.2)% versus (22.7±8.3)% of patients with severe and non-severe BA correspondingly ( $p>0.05$ ). The patients' TA levels were associated with more severe children's fears ( $r=0.3$ ;  $p<0.03$ ) and the presence of early warning signs of the BA attack ( $r=0.3$ ;  $p<0.04$ ). The experience of child's social stress was associated with night attacks ( $r=0.27$ ;  $p<0.04$ ). The higher level of ScA correlated with a child's negative attitude to the need of daily medicines use ( $r=0.3$ ;  $p<0.03$ ) and higher scores of the bronchial lability ( $r=0.36$ ;  $p<0.01$ ). The high level of SA was a predictor of the lower efficacy of control treatment with inhaled corticosteroids according to the dynamics of spirometric FEV1 ( $r=-0.6$ ;  $p<0.02$ ). Children with a low physiological stress resistance always kept an inhaler of the relieve therapy ( $r=0.37$ ;  $p<0.005$ ).

Thus, in children with severe BA there was a tendency to higher TA and ScA, associated with more evident bronchial lability and worse treatment efficacy. Indicators of anxiety can be used to predict peculiarities of manifestations and treatment of severe asthma in children.

#### **THE WAYS OF IMPROVEMENT OF HEALTHCARE SYSTEM WORLDWIDE**

**Mikkilineni Navyakiran**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

In 1948 the WHO defined health as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". In 2000, it defined as "all activities whose primary purpose is to promote, restore, and maintain health". Roemer (1991) defined a health system as "the combination of resources, organization, financing and management that culminate in the delivery of health services to the population". All this gives us an idea that the requirements for good health are not just the absence of diseases, but also good quality of life of individuals is important. In the past healthcare system, this main feature had been ignored by medical professionals, communities, pharmaceutical companies, health financing companies, and other governmental and non-governmental organizations which are the core of the healthcare system in the modern world. In the past, only these various organizations, which are responsible for the healthcare system, had benefited and not the population as a whole.

Therefore, it's important to focus on improvement of such factors as poverty, education, infrastructure and the social and political environment of the country so that the healthcare system functions effectively and serves its population well. Therefore, by examining the past and current healthcare system, such ways of improvement of the healthcare system can be inducted: (1) educating the populations about health and its protection; (2) building ample infrastructure of healthcare; (3) high-quality training and qualification of medical workers; (4) providing the quality of medical care and services; (5) shift away from the fee-for-service model; (6) implement patient-centered care; (7) improving the trust of the population on the healthcare system by watching over the rights and legalities in the overall health sector; (8) more incentives for private or non-governmental organizations so that they can build infrastructure and services, improve global health; (9) the pharmaceutical sector should improve research and distribution of effective medicines under affordable prices to the public; (10) after every service, feedback should be taken from the recipients of the medical services so new and improved services can be continually provided and thus always standing on the forefront of better healthcare worldwide. Lastly, we have to remember that: "healthcare is a right, not a privilege".

#### **AFFECT OF CHRONIC DISEASES ON LABOR FORCE**

**Navneet Kaur, Joshi Sukhvitri**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

Health status is an important predictor of labour supply and chronic disease is a growing contributor to morbidity related labour market outcomes. The labor force participation rate is an important indicator of the state of the labor market and a major input into the economy's potential for creating goods and services.

A comprehensive review of available European studies shows that various dimensions of work have an impact on physical and mental health, but that in turn, poor health and health-related behaviors that increase people's risk of developing chronic diseases may cause adverse labour market outcomes. This reciprocal interrelation has the potential to lead to misinterpretations of the analyses of the labour market impacts of this health related behaviors. Reviewed surveys revealed that chronic diseases like obesity lowers probability of employment and lead to larger wage penalties along with more sickness absences especially for women whereas in condition like alcohol consumption long-term light drinkers have better employment opportunities and moderately drinking positively associated with wages, and absence is 20% higher among abstainers, former and heavy drinkers. Heavy smokers more likely to be unemployed and in wages

smokers earn 4 to 8% less than non-smokers and 33% smokers are more likely to be absent from work than non-smokers, while diabetes will also lower the probability of employment, diabetics tend to earn less and have more work-loss days.

The findings confirm important detrimental labour market impacts from chronic diseases and associated risk factors, but also mixed effects in some areas. Obesity and smoking clearly impair employment prospects, wages labour productivity and early exit from the labour force (i. e. early retirement). Cardiovascular diseases and diabetes have negative impacts on employment prospects and wages. Diabetes, cancer and arthritis lower labour productivity.

#### CLUSTER ANALYSIS OF THE ATOPIC COMPONENT OF EARLY AND LATE ONSET ASTHMA IN CHILDREN OF SCHOOL AGE

Mohamed A. A., Bogutska N. K.

*The Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine*

Well known association between bronchial asthma (BA) and atopy was revealed long ago, but the exact mechanisms of this association are not fully defined.

Patients with persistent moderate and severe BA were included in alternative clinical groups: in particular, 25 children with early onset of the disease (up to 3 years old) and 25 patients with late debut of BA (after 6 years old). According to the main characteristics (sex, age and place of residence) the groups of comparison were comparable. Hierarchical probabilistic approach and cluster analysis (CA) with the K-means method were used for statistical analysis.

By the results of CA the phenotype of early onset asthma was distributed into two subgroups almost equal by number, reliable differences between them were more evident signs of atopic reactivity (significantly more frequent manifestations of allergic skin injury at an early age, more essential blood eosinophilia and sensitization to domestic allergens according to available skin allergic tests). By the result of CA of the late onset of BA in childhood two groups were formed: the first included children with significantly more often atopic BA, and the second included children who had higher weight at birth and more frequent mixed variant of the disease. The analysis of the diagnostic value of clinical and paraclinical parameters and results of CA enabled to characterize the early onset BA phenotype as the overwhelming early implementation of atopic reactivity of the child's organism.

Thus, the results of CA cohorts of pediatric patients with alternative phenotypes of the disease according to the debut of the disease were indicative of significant clinical similarities of clinical subclusters by the markers of atopic reactivity and rather quantitative than qualitative differences of atopy.

#### ANALYSIS OF COMORBID GASTROINTESTINAL PATHOLOGY IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

Mechkar K.

*The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

Dysontogenesis and disturbances at the genetic level in children with autistic spectrum disorders (ASD) are accompanied by specific somatic pathology. Additional diseases can be pathophysiological markers, which cannot be ignored when choosing a treatment approach in a child with ASD. One of these markers is the pathology of the gastrointestinal tract. Our attention was attracted by such nosologies as irritable bowel syndrome (IBS), with predominance of obstipation / diarrhea and functional disorders of the biliary tract (FBBT).

Purpose of the study to evaluate spectrum and peculiarities of somatic diseases such as pathology of the gastrointestinal tract in children with ASD.

**Materials.** 62 children (by age of 1 year to 6 years) were examined (39 boys and 23 girls), testing was carried out with accretion of clinical and anamnestic data, ultrasound examination of the abdominal cavity and coprogram, M-CHAT (Robins et al, 2001), in addition to M-CHAT Follow-Up Interview and CAST, dynamics of the ASD.

**Results.** According to severity of ASD all children was divided into groups: 1<sup>st</sup> group (n=38) — there are children with severe course of ASD and 2<sup>nd</sup> group (n=24) — with mild to moderate severity of the ASD. In spectrum of comorbidity disorders were detected: irritable bowel syndrome, functional disorders of the biliary tract. The statistically reliable relationship with degree of manifestation of ASD and comorbid pathology was found: irritable bowel syndrome —  $\chi^2=8,57$ ;  $p=0,003$  with constipation predominance; functional disorders of the biliary tract —  $\chi^2=4,99$ ;  $p=0,026$ .

**Conclusions.** An aggravating effect of somatic pathology on the course of ASD was established. The obtained data require depth study for the further early diagnosis of the detected disorders and their timely correction.

#### THE CORRELATION BETWEEN SEDENTARY LIFESTYLE AND BAD FEEDING CULTURE WITH CHANGES IN GENERAL HEALTH AMONG INDIAN AND UKRAINIAN ADOLESCENTS

Navneet Kaur, Oddi V. Bharadwaj

*The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

The aim — to analyze if bad feeding culture and sedentary lifestyle correlates with general health disorders in children and their parents.

**Materials and methods.** The study was held in two schools of India and two schools of Odessa. It con-

tains the results of clinical research of 102 Indian adolescents and 100 Ukrainian. Stage 1 of research includes questionnaires, stage 2 includes general examination: anthropometry, blood pressure and pulse measurements, orthostatic test and stage 3 include correlation with odd's ratio (OR).

**Results.** We revealed high magnitude of correlation of orthostatic complaints with sedentary lifestyle OR 5.9 95% CI (2.0–17.1), headache OR 2.8 95% CI (1.1–6.5), dizziness after playing OR 3.4 95% CI (1.4–8.0) in Indian children on contrary stomachache OR 5.2 95% CI (2.0–13.3) in Ukrainian, particularly in Indian population. Complaints after playing correlates with less visit to sport section OR 2.8 95% CI (1.2–6.4) and orthostatic complaints OR 2.35 95% CI (1.0–5.3). Obesity in parents highly correlates with good social status OR 4.2 95% CI (1–14.7) of family in both populations. High magnitude of correlation was found between less episodes of respiratory illness and good intake of fresh food OR 6.3 95% CI (1.6–25.7) among both populations. No correlation was revealed between different type of diet and stomachache.

**Conclusion.** Sedentary lifestyle influences General health and the inactive lifestyle of parents is a factor behind sedentary lifestyle among children.

#### ROLE THEORY OF PERSONALITY IN A WORK OF PHYSICIAN

**Kisilenko O. L.**

*O. O. Bogomolets National Medical University,  
Kyiv, Ukraine*

Regarding the external threats to our country, the potential of domestic physicians is at the forefront. The purpose of the work is to extrapolate the role theory of personality to the professional activities of a physician. At different times, the issue of personality's development was studied by: A. Adler, D. Ziegler, E. Erikson, R. Linton, G. H. Mead, C. R. Rogers, E. Fromm, V. Frankl et al. The personality of the medical worker was studied by: O. Medianova (cognitive components), V. Khanzhy (sense of human activity and historical process in its anthropic perspective), Yu. Kokorina (correction of the existential crisis), I. Vasylieva, T. Kiryk, S. Miserzhy, O. Romanyuk (various aspects of the formation of the personality of a medical student). Role theory of personality is an approach to the study of personality, according to which a person is described by means adopted and accepted by person or involuntarily performed social functions and patterns of behavior — the roles arising from own social status in society. According to the social status of a physician in the domestic tradition, the following roles have emerged: accumulation of practical experience in treating people, introduction of new technologies and methods in treatment, knowledge of the prospects of medical industry development,

interaction with other physicians and the exchange of experience, hence, professional self-improvement. Students of the O. O. Bogomolets NMU (100 persons = 100% of respondents) consider that functional duties according to the specialty and position is enough to recognize the medical professionalism — 74%, 16% — add the necessity of personal moral qualities as a modern person, 10% — did not decide. When the same experimental group of students was offered to put themselves in the place of a patient and submit the requirements to the physician, they answered the following: 89% — a necessity of high moral qualities, 2% — a skill of humanity; 9% — remained in their positions. The positive result of treatment will be faster and more reliable if a physician is able to interact with a patient. Therefore, taking into account the role theory of personality, an important component of the status of a modern physician is not only his narrow professional skills (roles), but also high moral and ethical standards as a person.

#### COMPONENTS OF CAFFEINATED ENERGY DRINKS INCREASE THE ACTIVITY OF GLYCOLYTIC ENZYMES IN BRAIN HOMOGENATES OF EXPERIMENTAL ANIMALS

**Tkachenko A., Tkachenko M.**

*Kharkiv National Medical University,  
Kharkiv, Ukraine*

Caffeinated energy drinks are used to boost both mental and physical endurance. However, their effects on the body have not been fully elucidated.

**The aim** of our research was to study the activity of phosphofructokinase and hexokinase in brain homogenates of rats after the long-term intake of active components of energy drinks.

**Materials and methods.** Thirty WAG rats were used in the experiment. They were randomly divided into three groups. Animals from group 1 consumed taurine solution daily during one month, whereas rats from group 2 received the mixture of caffeine and taurine during the same period of time. Their amount corresponded to the concentrations available in 2 ml of energy drink per animal per day. The control group included intact animals. Animals of all groups were killed by decapitation. Brain was isolated to prepare homogenates. The activity of hexokinase and phosphofructokinase was determined in the homogenates by the spectrophotometric method using "Filicite-Diagnostika" kits. "Graph Pad Prism 5" was used to process numerical data obtained in our research.

**Results.** The activity of both glycolytic enzymes was higher in groups 1 and 2 compared to the control group. The difference was statistically significant. The activity of hexokinase was 1.43 and 1.97 times higher, respectively, while the activity of phosphofructoki-



nase exceeded this parameter in rats from the control group 1.89 and 3.09 times, respectively.

**Conclusions.** The long-term consumption of taurine and the mixture of taurine and caffeine leads to the significant activation of glycolytic enzymes in brain homogenates of experimental animals, which may result in overproduction of ATP.

### FEATURES OF THE REACTION TO POLLEN ALLERGENS IN THE SOUTHERN REGION OF UKRAINE

**Osintseva V. I.**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

605 patients with pollen allergy aged 19–70 years were examined, which were divided into three groups: 19–29 years old (211 persons); 30–50 years (328 persons); patients older than 50 years (66 persons). The examination included (allergological testing — ImmunoCAP (Phadia), skin tests (pollen allergens DIATER (Spain), nasocytogram, spirometry (including provocative tests), etc.), as well as expert consultations (otorhinolaryngologist and ophthalmologist).

For majority of patients there is a reaction to weeds (ragweed, wormwood): in age 19–29 years — 93.1%; in 30–50 — 92.1%; in the group older than 50 — 85.6%. At the same time, in the older age group, the frequency of response to tree pollen increases — 24.2%, in 19–29 years — 17.5%, and in patients 30–50 years — 14.9%. Among patients 19–29 years, polysensitization (sensitization to several types of pollen) occurs in 32.1% and with age increases more than 2 times: 30–50 years — 22.1%, older than 50 years — 15.6%. While the monosensitization to the pollen of trees increases 6 times (19–29 years — 1.9%, 30–50 years — 5.2%, older than 50 — 12.0%). Among clinical manifestations, the combination of rhinitis and conjunctivitis is the most common (84.6%), slightly decreasing with age: 19–29 years — 88.6%, 30–50 years — 83.2%, over 50 years — 78.8%. At the same time, the frequency of bronchial obstruction with age increases 2-fold: 19–29 years — 6.2%, 30–50 years — 11.0%, older than 50 years — 12.0%. In addition, the frequency of isolated forms increases with age: rhinitis from 4.3% to 6.1%; conjunctivitis from 0.9% to 3.0%.

Thus, among the causally significant allergens for patients with pollinosis in the steppe zone are the leading weeds (ragweed, wormwood). However, in elderly patients, the frequency of reaction to tree pollen increases, both in the form of monosensitization, and as an integral part of polysensitization. Almost a third of young patients have polysensitization to various groups of pollen allergens, with age significantly decreasing. In older age group (over 50 years old), there is a marked tendency to increase bronchial obstruction.

### CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY AND ENDODONTICS

**Jafar Vazhapully**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

Cone-beam computed tomography imaging is the most significant technologic advance in maxillofacial imaging since the introduction of panoramic radiography. According to Durack and Patel, 2D radiographs are of limited value due to the

Compression of 3-dimensional (3D) structures,  
Geometric distortion,  
Anatomic noise

Hence, there was a need for visualisation of the structures in more than one plane and without much distortion. And, CBCT turned out to be the solution to all the issues with two-dimensional imaging.

A comparison of 2-D and 3-D imaging

3-D CBCT imaging offers a tremendous advantage compared to earlier 2-D scans. Unlike regular X-rays, CBCT scans are able to differentiate between many types of structures and airspaces — including bone, teeth, airway, paranasal sinuses, and sometimes soft tissue — while avoiding diagnostic limitations inherent in 2-D images, including superimposition of structures, non-uniform magnification and distortion and no depth information. Other advantages of CBCT scanning over 2-D technology include the ability to visualize the patient as he or she truly exists and the ability to view the anatomy from a variety of slice thicknesses and viewing angles, including curved and planar reformations.

Because they collimate to capture only a smaller region of interest as needed for endodontic examinations, focused field of view (FOV) CBCT systems, 3-D Extraoral Imaging System, provide high resolution 3-D images at a low effective dose. In fact, such systems emit doses comparable to that of conventional panoramic images, significantly less than a day of effective annual background radiation. Often conventional 2-D images provide less adequate data for making scientific decisions regarding diagnosis and treatment planning, requiring guesswork on the part of the practitioner. Because success in endodontics is often assessed via the healing of the periapical bone and related structures, accurate imaging can make the difference between confirmed success in a single procedure and expensive, time-intensive repeat recall visits.

Case discussion:

— A 71yr old patient c/o pain in upper right back tooth since 1.5 weeks. Pain aggravated on having hot food and on lying down.

IOPAR: revealed a diffuse radiolucency periapically

CBCT scan: to decide whether the tooth could be saved with a Root Canal Treatment or must be extracted.

— A 38yr old patient c/o pain in upper front tooth region since 1 week. Root canal treatment and cap was



done in the upper left front tooth 1 month back. Pain was associated with a swelling in the mouth since 3 days. O/e there was vestibular tenderness & obliteration in the region of 11, 21, 22

IOPAR: revealed no abnormal changes irt to left front teeth

CBCT scan: to assess for any pathology in bone or teeth in the upper anterior teeth region.

**Limitations of CBCT:** A significant issue that can affect the image quality and diagnostic accuracy of CBCT images is the scatter and beam hardening artifacts caused by high density adjacent structures, such as enamel, and radiopaque materials such as metal posts, restorations and root filling materials. Additional artifacts that may obscure radiographic findings are patient movement during the scan and volume reconstruction.

#### **Conclusion**

CBCT scanning drives diagnostic accuracy, which directly and positively impacts clinical decisions, increases speed of treatment, and improves productivity and patient outcomes. With CBCT technology, the practice is empowered with immediate access to accurate 3-D images of anatomical structures, critical to precise diagnoses, more effective treatment planning, increased case acceptance, and better care for the patient.

### **BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA FEATURES RELATIONSHIP WITH SERUM TESTOSTERONE LEVEL AND METABOLIC SYNDROME COMPONENTS IN AGING MEN**

**Alamad F.**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

**Objectives.** To evaluate the relationship between serum testosterone level, Metabolic Syndrome (MS) components and benign prostatic hyperplasia (BPH) features in the aging male. The role of testosterone in BPH progression is well known. Recent studies show, that MS may influence the BPH clinic. At the same time, decreasing of serum testosterone in MS males is proved. Both BPH and MS are testosterone dependent morbidities.

**Methods.** On the base of our urological department, 69 BPH suffering males 45–80 years aged were examined. The diagnose of BPH was assessed by digital rectal examination, serum prostate-specific antigen determination and transrectal ultrasonography. The serum testosterone level was also evaluated. Anthropometry, blood pressure, blood glucose and lipids were checked in all patients. We used ATP III criteria for MS diagnose.

**Results:** Mean age of the final study population was 66.1 years. In all men age correlated positively with prostate volume ( $r=0.309$ ,  $P<0.005$ ), IPSS ( $r=0.162$ ,  $P<0.005$ ), and serum prostate-specific antigen level ( $r=0.382$ ,  $P<0.005$ ). Medium prostate gland

volume in MS men was 75.5 ml, while those without MS, had 59.3 ml. The serum testosterone was significantly decreased in MS patients (average level — 13.5), males without MS had testosterone level 18.3 on the average ( $P<0.005$ ). Testosterone correlated significantly with prostate volume ( $r=-0,251$ ,  $P<0.005$ ) and BPH volume ( $r=-0,352$ ,  $P<0.005$ ) in inverse proportion. On multivariate linear regression analysis, age and decreased testosterone correlated significantly with prostate volume ( $P<0.005$ ). The severity of BPH clinical presentation also correlated with MS signs quantity.

**Conclusions.** In our study, the serum testosterone levels was decreased in aging men with association of BPH and MS, it correlated with the measures of BPH, including prostate volume in inverse proportion.

### **AXIOLOGICAL BASIS OF “DOCTOR-PATIENT” RELATIONSHIPS**

**Rudiuk O. V.**

*O. O. Bogomolets National Medical University,  
Kyiv, Ukraine*

**Actuality of theme.** The reforms of the medical industry that are taking place in Ukraine over the last quarter century have changed a vector of relationship between a physician and a patient, particularly, their value component.

**The purpose of the work** is to analyze the axiological foundations of the current relationships between a physician and a patient.

**The results obtained.** This subject was studied by: N. Oliynyk (marketing relations in the “doctor-patient” system), L. Lyamar (model of constructive interaction of doctor-patient relations), S. Pleshko (bioethical regulators of the doctor-patient relationship), N. Zavgorodnia (correlation of doctor’s emotions and patient’s healing efficacy), N. Spytisia, I. Utiuzh, V. Matveyev, V. Mendelevych, A. Grando (physician’s ethics and basics of medical psychology), K. Berry (relationship between doctor and patient), etc.

In our study, we mean “axiological basis of relationship” as the complex of value principles on which the “doctor-patient” interaction system is based.

In our opinion, a patient is the center of the axiological system of doctor-patient relationship as the most important value, where special attention is paid to his/her life and health. The peculiarity of physician’s activities requires knowledge of ethical norms/rules, having a set of necessary skills that help to interact with a patient, taking into account value principles. A pilot survey of 100 people (100% of respondents) of the first year of studying of the medical faculty showed the following: 2% believe that physician should be a biofil, 7% consider it not necessary and even unnecessary, 90% — that physician’s biophilia should be restrained, 1% — undecided.

**Conclusions.** Establishing effective relationships between a physician and a patient based on value principles is an integral part of professional activity. In relation to this, the system-value approach becomes a necessity in forming the sense of medical students' education.

#### **ANATOMY OF EYEBALL FIBROUS TUNIC BLOODSTREAM OF WHITE RAT UNDER NORMAL CONDITION AND UNDER THE EFFECT OF NALBUPHINE**

**Kovtun Ya. A.**

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University,  
Lviv, Ukraine*

**Topicality.** The need for the study of the effect of opioids on the physical is explained by the wide use of narcotic analgetics in medical practice both in cases when they are officially prescribed and used in a non-sanctioned.

**Objective.** To determine the peculiarities of the structural organization of eyeball fibrous tunic bloodstream of white rat under normal condition and to study restructuring of the hemomicrocirculatory bloodstream under the effect of Nalbuphine.

**Material and Method.** The experiment was carried out on 8 mature white male rats. The research material was presented the specimen of white rats' eyeball with the injected hemomicrocirculatory bloodstream. A complex of morphological methods, statistical processing of the results and modeling of a prolonged effect of Nalbuphine have been used.

**Results.** Fibrous tunic of the rat's eyeball consists of a cornea and sclera. The cornea is a avascular structure and receives nutrition by way of diffusion from the marginal ansate network of the cornea formed near the limbus by the branches of anterior ciliary. Anterior ciliary arteries anastomose with the branches of conjunctival and episcleral arteries. The marginal ansate network of the cornea appear to be the numerous capillary and arteriolo-venular loops along the avascular cornea margin. Blood supply of the sclera is provided by posterior long and short ciliary arteries. After 6 weeks of injecting Nalbuphine specimens showed changes in all components of hemomicrocirculatory bloodstream characterized by destructurization of angiographic pattern. Thin under normal conditions loops of the marginal ansate network of cornea become dilated, tortuous and penetrate cornea in its peripheral parts. Diameter of arterioles attains  $(20.00 \pm 1.30) \mu\text{m}$  (in control group —  $(22.00 \pm 1.30) \mu\text{m}$ ), capillaries —  $(8.65 \pm 0.50) \mu\text{m}$  (in control group —  $(6.00 \pm 0.34) \mu\text{m}$ ), venules —  $(38.02 \pm 2.59) \mu\text{m}$  (in control group —  $(29.00 \pm 1.45) \mu\text{m}$ ).

**Conclusions.** The obtained data on the peculiarities of the structure of fibrous tunic of the white rat's eyeball permits us to extrapolate the results of study of the eye in various potential pathologic conditions in humans. Prolonged injection of Nalbuphine leads to destructive changes in angioarchitecture of fibrous tunic of the experimental eyeball of animal.

#### **CHANGES OF BILE RHEOLOGICAL PROPERTIES IN PATIENTS WITH CHRONIC ACALCULOUS CHOLECYSTITIS WITH COMORBID BRONCHIAL ASTHMA**

**Kharchenko A. O., Dudka I. V.**

*Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Bukovinian State Medical University"*

**Objective:** of the study is to examine biochemical bile content, spectrum of microbial and parasitic antigens in patients with BA and CAC depending on the degree of severity of BA.

**Materials and methods.** The study was conducted on 92 patients: 30 patients with BA of mild and moderate severity of a persisting course (the 1st group), 30 patients with BA of mild and moderate severity of a persisting course with comorbid CAC in exacerbation stage (the 2nd group), 32 patients with CAC in exacerbation stage (the 3rd group), the control group included 30 practically healthy individuals of an appropriate age.

**Results and discussion.** Depending on available comorbidity the biochemical analysis of bile (B portion) in patients with CAC showed a number of changes. For example, the content of total lipids in patients of the 2nd and 3rd groups was 1.8 and 2.5 times higher than those of healthy individuals ( $p < 0.05$ ), while among patients of the 1st group it only had a tendency to increasing ( $p > 0.05$ ). Cholesterol content in bile in the 2nd and 3rd groups of comparison elevated those of practically healthy people by 1.3 and 2.1 times ( $p < 0.05$ ), and in patients of the 1st group it was within the normal limits ( $p > 0.05$ ). The content of cholic acid in bile of patients from the 2nd and 3rd groups was lower than that of healthy individuals 9.8% and 20.6% respectively (both  $p < 0.05$ ), while in patients of the 1st group it was within the norm ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions.** The obtained results provide bases to draw a conclusion that with increased severity of BA the degree of hypokinetic dysfunction of the gallbladder, hypertonic dysfunction of Oddi's sphincter by biliary type, lithogenicity of bile increase.

#### **APPLICATION OF COMPUTER SUBJECTS IN DIAGNOSTICS HARD DEFORMATION FIRST FOOTBALL STOP**

**Kior P. N.**

*State University of Medicine and Pharmacy  
"Nicolae Testemitanu", Chisinau, Moldova*

Valgus deviation of the first finger is a common form of pathology of the anterior. The department of foot, which, according to various authors, is found in 68% of the population in the population. Transversal dissipation of the anterior section of the foot with valgus deformity of the first finger is accompanied by a pain syndrome, violates the support function of the limb, makes it difficult to use the standard shoes, and in severe cases leads to a decrease in the capacity for work and social disturbance adaptation

The purpose of our work was to increase the efficiency of diagnosis of patients with transverse dissection of the anterior department and valgus rejection of the first thumb of the foot by insertion in the algorithm of computer diagnostics diagnostics.

The distribution of foot loading in patients with transverse diffusivity was studied the front section and the valgus rejection of the 1<sup>st</sup> Finger of the foot on the podagra with the help of DDR 11/34 of the firm "DEK" (USA) before and after surgical treatment. After the work we came to the conclusion that the computer subrogation is the objective and most informative method of estimating the state of the foot at the diffusion the front of the foot and hallux valgus. Implementation

This method at the stage of preoperative preparation and postoperative monitoring has allowed to increase the efficiency of diagnostics and surgical treatment of patients with this pathology.

### THE PREVALENCE OF POSTURE DEFECTS AMONG MEDICAL STUDENTS

Ghanem S., Hodak H.

*O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

Posture defects (kyphosis, scoliosis) leads to significant complications such as osteochondrosis of the spine, myofascial pain syndrome, occipital neuralgia, rib and scapular syndrome, humeroparous peri-arthritis, tension headache and also, lumbar and neck disc herniation with radiculopathy. The prevalence of these diseases is from 0.6% to 78%. Such a discrepancy of manifestations explained by varying degrees and the nature of pain, mucosal contractures and involvement of the neurological component in the pathological process.

Stages of hernia formation are accompanied by pain of varying degrees:

1. Degeneration of disk
2. Protrusion
3. Hernia

4. Secured hernia. The intensity of the pain increases with the rupture of the fibrous ring and the exit parts of the pulp nucleus which exit beyond its limit, and reaches a level of exhausting pains as a result of the fallout of the fragments of the pulp nucleus beyond the disc, the displacement of the pieces of the disk.

Table 4

### Overall indicators of the prevalence of posture pathology in medical students, abs. (%)

Part of spine	Violation of mobility, significant changes 0 points n=0	Violation of mobility, moderate severity 5 points n=15 (23/8%)	Healthy students, 10 points n=48
Cervico-thoracic	—	8 (12.7)	11 (26.19)
lumbosacral	—	7 (11.1)	28 (31.82)
Pain degree on a 10-point scale	—	1–5 points	0 points

**The research objective** was to study the prevalence of the structure and early signs of degenerative-dystrophic changes in the spine among medical students.

**Materials and methods of research:** 63 students of medical and dental faculties were surveyed to achieve this goal. The survey data of degree of morphological and functional changes of the spine, violation of posture were revealed in accordance with the special questionnaires, which were developed at the department. Pain was assessed on a ten-point scale. Functional method of Hernia was used to determine the infringement changes in various parts of the spine. Degree of violation mobility of the spine was assessed also on a ten-point scale.

**Research results.** To obtain data on the structure of the prevalence of the studied pathology, the results were calculated in absolute terms and calculated as a percentage (Table 2). The analysis of received data has shown, that signs of osteochondrosis were revealed in 15 students (23,8%), 8 students (12,7%) had changes in the cervicothoracic spine and symptoms of osteochondrosis in the lumbosacral part were detected in 7 students (11,1%).

**Conclusions:** Early signs of osteochondrosis were found in 23. 8% of students. Prevention of osteochondrosis of the spine should begin as soon as possible taking into account morpho-functional changes as well as the degree of pain, when diagnosing kyphotic and scoliotic posture.

## ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

- Авраменко А. С. 37  
Австрієвська О. В. 143  
Адыров М. 141  
Алієва К. Р. 31  
Андреєв П. С. 27  
Аникоенко А. А. 66, 72  
Антоненко О. А. 47, 103  
Арахамія Т. Р. 117  
Артемчук Д. Ю. 100  
Артишук І. Ю. 70  
Артюх О. В. 23  
Атанасов Д. В. 113  
Афанасенко О. В. 56  
Афендикова Г. П. 71
- Бабенко Н. В. 92  
Багузова А. С. 8  
Бажора Я. І. 74  
Бакун А. В. 55  
Бакун М. О. 17  
Балабан К. С. 62  
Балагута С. О. 48  
Балтѣонкова О. С. 163  
Барабанчук Г. О. 59  
Бардах Л. Б. 71  
Барлит М. В. 129  
Барчук А. І. 38  
Баталова А. А. 116  
Бахнюк К. Д. 55  
Башинская О. С. 10  
Башинська О. С. 21  
Баязітов Д. Р. 29  
Безега Е. В. 44  
Безродная А. И. 45  
Бекеш Г. В. 48, 155  
Белкина А. А. 155  
Бензар Є. В. 58  
Бензель І. Л. 152  
Бербелюк О. М. 36  
Белік С. О. 61  
Белінський П. А. 87  
Белозерцева І. А. 73  
Беседа А. Я. 155  
Билан Р. Р. 49  
Бильський Д. В. 42  
Бідзіля П. П. 72  
Білаш О. В. 41  
Блажевич О. О. 30  
Бліхар О. В. 66  
Богату С. І. 146  
Богдан Н. М. 73
- Богданов П. В. 27  
Бондар В. І. 58  
Бондар К. Г. 114  
Бондаренко А. В. 93  
Бондаренко О. В. 74  
Бочкова Т. В. 26  
Бошкова Я. В. 35  
Браиловская В. В. 112  
Бромирская Е. Ю. 120  
Бузиновський А. Б. 29  
Буравцев-Давидов Н. А. 116  
Бурдейна А. І. 115  
Бурименко А. О. 143  
Бурмистрова Л. Д. 35  
Буряк Н. А. 99
- Васильєв К. К. 3  
Васіна К. В. 75  
Вастьянова О. В. 40  
Веденьєв С. П. 50  
Величко К. В. 142  
Велігіна В. С. 145  
Весна О. А. 149  
Винограденко В. І. 107  
Вишницька І. В. 58, 59  
Влаєва А. М. 19  
Власенко О. Г. 43  
Вовраженцева Р. Д. 17  
Володичев Д. С. 119  
Волощук Х. Ю. 61  
Волчевський В. В. 47  
Воронцова Я. Ю. 26, 102  
Воротинцева К. О. 109  
Вусик И. А. 77
- Габінет К. М. 117  
Гельман В. В. 120  
Георцина Т. А. 120  
Глот М. І. 55  
Гніда Н. І. 34  
Гожелова Н. М. 9  
Головашич Ю. О. 25  
Головченко О. В. 57  
Головченко О. І. 57  
Голуб В. С. 35  
Голубенко К. О. 59  
Голубова Н. А. 128  
Гонтарук Г. И. 74  
Гончаренко Г. Ю. 21  
Гончаренко О. С. 102  
Гордеев В. Н. 128
- Горовцова М. В. 85  
Горох Я. В. 133  
Горохівська Ю. В. 146  
Горохівський В. В. 148  
Горюк І. А. 25  
Гоцуляк О. В. 122  
Грекул Ю. Л. 143  
Гресь О. Є. 36  
Грибач М. С. 118  
Григор'єв М. В. 62  
Григор'єва А. О. 94  
Григорошук Д. Р. 120  
Григорян Т. Е. 25  
Григорян Т. Э. 35  
Гриценко А. С. 161  
Гриценко М. В. 75, 82  
Гриценко Я. І. 90  
Грищенко С. В. 22  
Гроза М. С. 12  
Громадченко А. А. 16  
Грубник В. В. 109  
Грубник М. Ю. 48  
Грудіновкер Г. О. 15  
Гулавська І. В. 115  
Гуляєв О. В. 91
- Давиденко О. В. 49  
Давтян Л. А. 19  
Данілевич Т. Д. 67  
Дереглазова А. О. 75  
Дешева А. В. 77  
Дерешова А. С. 47  
Джагіашвілі О. В. 140  
Дида І. В. 49  
Диденкул Н. В. 135  
Димченко А. О. 75  
Дичко Т. О. 76  
Доброва К. А. 96  
Доброва К. О. 37  
Добровечний В. Ю. 63  
Добровольська О. О. 13, 160  
Добровольський С. А. 100  
Добровольський С. О. 100  
Долинський Р. Г. 71  
Дорофєєва О. Є. 163  
Дриневская Я. И. 149  
Дружинін О. В. 162  
Дубонос-Левицький М. К. 88  
Дудкіна О. О. 23  
Душик А. О. 121



- Евреїнова М. Н. 125  
Егоров Н. В. 97
- Євчев Р. А. 29  
Єлісеєва Є. О. 17, 29  
Єлісеєва Т. О. 35  
Єфимович Н. П. 10
- Жадан Ю. Г. 121  
Желізняк Н. А. 147  
Жовтенко О. В. 26  
Жуковський Д. О. 131  
Жулікова М. В. 27, 46, 133  
Журавлева Е. С. 48
- Завгородній А. С. 123  
Задорожний О. А. 126  
Задорожнюк А. И. 137  
Зайцев А. С. 30, 76  
Заковенко А. С. 88  
Залогіна-Киркелан М. А. 52  
Зарецька А. В. 140  
Заричная Т. П. 56, 57  
Заровна Г. О. 28  
Засоріна О. О. 60  
Захарченко С. О. 157  
Зейналов Джамал 10  
Зелінська К. Р. 60  
Зиміна М. С. 64  
Зінич О. Л. 27  
Зінченко Л. В. 55  
Золотухіна О. Л. 152  
Зонаріс М. В. 101
- Илющенко С. Ю. 114
- Іванова А. Ю. 108  
Іванова М. О. 88  
Іванченко С. В. 149  
Іванюк А. В. 94, 95  
Іздепський В. І. 106  
Істомін Д. А. 123
- Казмірчук М. А. 121  
Калугина Т. В. 57  
Каневський Р. С. 56  
Каплун А. В. 21  
Капалан А. О. 96  
Каравелкова Ю. С. 58, 59  
Карнаушенко Є. В. 132  
Касаткін А. А. 24  
Каштальян Н. М. 127  
Квасневський Є. А. 101
- Квачук І. В. 162  
Квашніна А. А. 122  
Керімова К. Р. 61  
Кизыма А. В. 119  
Кирилук В. О. 11  
Кишкан П. Я. 65  
Кірічек В. І. 142  
Кірчев В. В. 38  
Кобылянская Л. И. 45  
Коваль Л. І. 141  
Коваль Р. Р. 137  
Ковальська В. В. 38  
Ковальчук Р. Л. 121  
Козішкурт А. С. 90  
Козлова О. Г. 77  
Козлова Ю. О. 62  
Колесник А. С. 91  
Колесник О. О. 96  
Колесніченко О. А. 24, 25  
Колісніченко М. В. 61  
Коломиєц А. К. 15  
Колосов О. М. 132  
Колочко В. А. 70  
Комкіна М. О. 85  
Константинова В. С. 134  
Копецька К. Д. 77  
Корецький П. Є. 80  
Коробейникова О. А. 105  
Коротчук М. О. 85  
Корчинська А. А. 53  
Косей Т. В. 125  
Костенко А. В. 81  
Костюк А. С. 125  
Костюк О. М. 117  
Котович Ю. А. 67  
Кравец К. В. 107  
Кравченко В. В. 96  
Кравченко К. А. 77  
Кральская С. В. 56  
Крепещ С. М. 39  
Крепещ Ю. С. 37  
Кресюн М. С. 108  
Кривенок В. С. 101  
Кривой І. І. 55  
Криворука В. В. 47  
Крюкова Г. В. 49, 88  
Кудря Д. В. 31  
Кузнецова М. А. 46  
Кузьмин Н. В. 126  
Кулагина Ю. Э. 131  
Курманенко А. І. 12, 30  
Куртова М. М. 30, 31  
Кушнарьов В. О. 148
- Кушнір Г. Ю. 126  
Лабунская В. Р. 47, 158  
Лабунська В. Р. 115  
Лагода Д. О. 78  
Ларкіна С. О. 39  
Леженко К. В. 64  
Ленік Р. Г. 41  
Лесневська А. С. 115  
Летова Е. В. 111  
Лесна А. С. 72  
Линькевич В. А. 113  
Лисенко Н. В. 109  
Лисенко О. С. 153  
Лихолат Н. Є. 9  
Логвинова А. А. 45  
Лозинская Т. М. 138  
Лозінська Т. М. 139  
Лузан В. В. 141  
Лукашевський О. Я. 49  
Лукьянова Е. М. 43, 45  
Луцик А. І. 127  
Луцик М. І. 127  
Луцкін С. В. 148  
Луцький А. С. 136  
Лысаченко В. В. 113  
Ляшенко А. В. 29
- Маврова Т. П. 130  
Мавроматіс М. А. 135  
Мазепа К. В. 5, 6  
Мазка А. К. 67  
Мазніченко Є. О. 24, 78  
Майбродська М. В. 151  
Майстренко М. С. 160  
Макарець І. С. 53  
Маковецька М. Г. 60  
Максимович А. А. 50  
Маліченко А. Р. 22  
Мальченко Я. О. 78  
Мандрик О. Є. 83  
Мариновська І. В. 68, 73  
Мартынов Г. И. 35  
Марусич Т. С. 94, 95  
Марущак К. В. 135  
Марченко Д. О. 62  
Маслобоева Т. М. 30  
Масляк К. Т. 49  
Матвейшина Т. М. 23  
Матюшкіна М. В. 54  
Меліксетян К. Г. 158  
Мельник В. О. 107  
Мельник О. А. 89  
Мельниченко Л. В. 161

- Мельниченко Ю. М. 133  
Миронов О. О. 36  
Митрохина Н. А. 47  
Михайлов А. М. 38  
Михайлова О. О. 48  
Михайлюк Є. О. 64  
Мокия А. Д. 158  
Мокриенко Э. Н. 9  
Молдованова О. П. 89  
Молчанова А. В. 43  
Морар Л. А. 7  
Моргун М. В. 79  
Морозкін А. О. 36  
Морозова Г. Д. 114  
Моря В. А. 96  
Мохаммад Д. Х. 94, 95  
Мочуляк Л. О. 132  
Мошкова Ю. О. 42  
Музыка В. В. 113  
Мушаровський О. С. 30  
М'ястківська І. В. 39, 106, 110
- Нагиева А. Н. 99  
Нагієва А. Н. 71  
Наговіцин О. П. 36, 107  
Назарчук А. А. 49  
Налапко А. М. 76  
Намісник О. М. 79  
Неделков А. Д. 103  
Недовесова Ю. Д. 50  
Непорожня В. М. 150  
Нестеренко Н. В. 7  
Нестерук С. В. 50  
Нетребчук Л. М. 7  
Нечаева О. А. 158  
Нечаєва І. С. 52  
Николаенко А. Н. 110  
Ніженковська І. В. 57  
Ніколайчик А. М. 86  
Ніколайчук О. М. 4  
Новиков А. А. 102  
Номеровский А. И. 105  
Норейко Є. Н. 156  
Носач Р. С. 110  
Носенко І. Ю. 79
- Овдій М. О. 162  
Овечкіна Ю. О. 108  
Овчаренко І. А. 91  
Оганесян А. С. 35  
Олейник Ю. Б. 159  
Олійник А. А. 107  
Олійник М. О. 71
- Омельян Л. П. 87  
Омельянчук С. А. 80  
Онисько І. З. 49  
Онищенко А. И. 44  
Онисович К. І. 114  
Орел К. С. 37  
Остапенко І. О. 40, 47  
Острянюк Е. В. 68
- Павелко А. А. 146  
Павленко К. М. 14  
Павленко О. І. 32  
Павлів В. О. 162  
Павлішин Р. О. 153  
Павловська О. В. 80  
Павлючок М. М. 69  
Пак В. О. 57  
Паніна С. О. 80  
Паніотова Г. П. 54  
Панов Д. В. 104  
Панчук Е. А. 129  
Параняк М. Р. 109  
Пасічник О. В. 124  
Пахмурна В. С. 93  
Педченко Д. Е. 11  
Пенчо А. А. 142  
Первак М. П. 28, 102  
Петровська К. В. 140  
Печеркіна С. М. 69  
Петкова І. Б. 61  
Пешкова А. А. 64, 122  
Пилипенко Ю. В. 48  
Пинтийская К. Д. 81  
Писар М. М. 161  
Пичугина Ю. А. 81  
Підгорна А. П. 32  
Познар О. В. 140  
Поліков Г. О. 123  
Полуденко Г. О. 63  
Полякова Е. А. 77  
Помазан А. М. 138  
Пономаренко І. Є. 156  
Попов А. І. 123  
Потапчук Ю. О. 119  
Приболовец К. О. 28, 29  
Прийма М. О. 49  
Прима І. В. 161  
Пристапа Б. В. 29  
Приходько І. В. 22  
Прілепова Н. С. 89  
Продаевич К. С. 130  
Прус Р. В. 25  
Прутіян Т. Л. 160  
Пшонюк О. 156
- Радов А. И. 66  
Ратовська А. В. 11  
Ревурко А. О. 16  
Резнік М. А. 91  
Рибачук Є. Ю. 21  
Рижова М. Е. 97  
Різванюк В. О. 115  
Рожковський Я. В. 29  
Розуменко А. О. 150  
Романов Г. О. 152  
Рудой Д. А. 20  
Рудой Д. О. 21  
Руснак С. В. 36, 47  
Рыжкова А. С. 14  
Рябініна А. Г. 79
- Савицький В. І. 41  
Савічева М. О. 145  
Савушина І. В. 32  
Савченко К. О. 82  
Савчук К. І. 151  
Савчук П. А. 130  
Садовий О. С. 40  
Саєнсус М. А. 134  
Сажин Д. С. 118  
Саїд-Хассан Р. Х. 22, 49  
Саїд О. В. 82  
Сай В. М. 36  
Салихова Р. П. 49  
Саморукова В. В. 76  
Сандул О. І. 82  
Сарахан В. М. 41  
Сафарова Л. З. 151  
Свирепо П. В. 99  
Сегедіна Я. П. 13, 14  
Седько К. В. 57  
Семенів А. І. 18  
Семенова Е. С. 34  
Сивий С. М. 22  
Синенко В. В. 138  
Сікорська М. О. 16  
Скакунов Д. О. 163  
Смирнова О. В. 71  
Смірнова В. В. 105  
Смірочинська Д. О. 97  
Смолинець Р. Р. 36  
Смольовський В. Д. 47  
Смольянова О. В. 86  
Снігач А. О. 55  
Соколик О. П. 54  
Соколов В. М. 4  
Сокур Ю. В. 64  
Соловей Н. В. 66

- Сон Г. О. 28  
 Сосна Г. П. 90  
 Стамова Н. О. 127  
 Статнік Х. Ю. 97  
 Степаніченко Д. О. 147  
 Степанов Є. А. 79  
 Степанова Н. В. 140  
 Степанова Т. В. 125  
 Стойка О. Я. 137  
 Столяр О. А. 36  
 Столяренко В. Н. 49, 144  
 Столяренко К. Н. 144  
 Стоянов А. О. 38  
 Суржинська Н. В. 153  
 Сухарев И. Д. 35  
 Сухарев І. Д. 25  
 Сухонос Р. Е. 118
- Танасійчук Е. А. 83  
 Танасійчук О. О. 5  
 Тарасов Є. В. 30, 31  
 Тарасюк В. Н. 67  
 Тасмалы К. И. 83  
 Таужнянский М. А. 3, 120  
 Теплова Н. С. 56  
 Терновий Д. П. 25, 75  
 Тишинська А. В. 139  
 Ткаченко А. С. 44  
 Ткаченко В. С. 142  
 Ткаченко М. А. 44  
 Тодорова Т. П. 124  
 Толокнова О. І. 105  
 Топал М. М. 41  
 Торчанина П. В. 20  
 Трандафілова Г. М. 28  
 Третьякова Е. Л. 44  
 Тупиця А. М. 139
- Усенко Д. В. 144
- Фам Нгок Фіонг Ян 101  
 Франц К. Е. 129
- Хаврона М. Ю. 152  
 Хаким К. М. 156  
 Хань М. Ю. 92  
 Харченко К. О. 83  
 Хачатрян Л. В. 157  
 Хватова О. О. 13, 14  
 Химичук Т. Н. 114
- Хмарова Н. Г. 159  
 Холодова В. И. 49  
 Хохуля Ю. О. 160  
 Хрущ М. А. 34  
 Хрущ М. О. 24  
 Хуссейн А. 24  
 Хухліна О. С. 83
- Цап К. В. 104  
 Царан Д. А. 80  
 Циба А. А. 8  
 Циделко Т. А. 3  
 Ципуленко А. А. 81  
 Цис О. В. 64  
 Цюрупа О. В. 25
- Чайка А. В. 100  
 Чангаліді О. О. 134  
 Червонюк Ю. Ю. 150  
 Черемних Г. І. 102  
 Чернівецький С. В. 126  
 Черчук Е. В. 162  
 Черчук Є. В. 163  
 Четвериков М. С. 112  
 Четверикова-Овчинник В. В. 112  
 Чехлова О. В. 38  
 Чобанюк С. І. 65  
 Чорний О. П. 69  
 Чумак Р. Р. 116
- Шалолашвілі А. Д. 18  
 Шанигін А. В. 13, 160  
 Швабовська Т. М. 70  
 Шварцман И. Б. 94  
 Швець В. О. 143  
 Шевцова І. Ю. 11  
 Шевчук Н. Д. 12  
 Шептуха Л. П. 47  
 Шеремета Я. М. 90  
 Шиленко В. Г. 43  
 Шишкін І. О. 57, 62  
 Шишкіна Н. В. 82  
 Шишман Ю. М. 72, 76, 84  
 Шкимбов С. Н. 84  
 Шолохова С. И. 67  
 Шпичка А. О. 59  
 Штанько І. Ф. 27  
 Шундель Т. А. 15  
 Шундель Т. О. 14  
 Шухтина И. Н. 85
- Щелок Т. С. 43
- Юзечук Л. К. 67  
 Юнаш Т. П. 117  
 Юшковська А. В. 159
- Якимчук Н. В. 39, 110  
 Яковлев К. О. 24  
 Якушкін Є. Ю. 106  
 Яримбаш К. С. 163  
 Ярова Г. І. 142  
 Яхно Ю. Э. 43  
 Яценко Б. О. 13
- Alamad F. 170  
 Amasha Rwad 165
- Bogutska N. K. 165, 167  
 Brar J. S. 165
- Dorofeeva E. E. 165  
 Dudka I. V. 171
- Ganesh S. 165  
 Ghanem S. 172
- Hodak H. 172
- Jafar Vazhapully 169  
 Joshi Sukhvitri 166
- Kharchenko A. O. 171  
 Kior P. N. 171  
 Kisilenko O. L. 168  
 Kovtun Ya. A. 171
- Mechkar K. 167  
 Mikkilineni Navyakiran 166  
 Mohamed A. A. 167
- Navneet Kaur 166, 167
- Oddi V. Bharadwaj 167  
 Osintseva V. I. 169
- Rudiuk O. V. 170
- Tkachenko A. 168  
 Tkachenko M. 168
- Volynets L. N. 165

## ЗМІСТ

«Круглий стіл», присвячений 100-річчю з дня народження професора Сергія Івановича Корхова	Секція інфекційних, шкірно-венеричних хвороб і туберкульозу	
«Круглый стол», посвященный 100-летию со дня рождения профессора Сергея Ивановича Корхова	Секция инфекционных, кожно-венерических болезней и туберкулеза	
“Round Table”, Dedicated to 100th Anniversary of Birth of Professor Serhiy Ivanovych Korkhov .....	Section of Infectious, Dermatovenereologic Diseases and Tuberculosis ...	87
Секція суспільних і гуманітарних наук, філософії та соціальної медицини	Секція нейронаук	
Секция общественных и гуманитарных наук, философии и социальной медицины	Секция нейронаук	
Section of Social Sciences and Humanities, Philosophy and Social Medicine .....	Section of Neuroscience .....	92
Секція морфологічних наук та симуляційної медицини	Секція хірургії I (загальна, військово-польова та ендоскопічна хірургія)	
Секция морфологических наук и симуляционной медицины	Секция хирургии I (общая, военно-полевая и эндоскопическая хирургия)	
Section of Morphological Sciences and Simulation Medicine .....	Section of Surgery I (General, Military and Endoscopic Surgery) .....	99
Секція медичної біології, гігієни людини, біофізики та медичної апаратури	Секція хірургії II (вузкоспеціалізована хірургія та онкологія)	
Секция медицинской биологии, гигиены человека, биофизики и медицинской аппаратуры	Секция хирургии II (узкоспециализированная хирургия и онкология)	
Section of Medical Biology, Human Health, Biophysics and Medical Equipment .....	Section of Surgery II (Highly Specialized Surgery and Oncology) .....	112
Секція фізіологічних наук	Секція акушерства, гінекології та урології	
Секция физиологических наук	Секция акушерства, гинекологии и урологии	
Section of Physiological Sciences .....	Section of Obstetrics, Gynecology and Urology ....	124
Секція фармакології і фармації	Секція педіатрії	
Секция фармакологии и фармации	Секция педиатрии	
Section of Pharmacology and Pharmacy .....	Section of Pediatrics .....	138
Секція терапії I (захворювання серцево-судинної системи)	Секція стоматології	
Секция терапии I (заболевания сердечно-сосудистой системы)	Секция стоматологии	
Section of Therapy I (Diseases of Cardiovascular System) .....	Section of Dentistry .....	146
Секція терапії II (загальна терапія та сімейна медицина)	Секція фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології	
Секция терапии II (общая терапия и семейная медицина)	Секция физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии	
Section of Therapy II (General Therapy and Family Practice) .....	Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine and Valeology .....	155
Секція терапії II (загальна терапія та сімейна медицина)	Мультидисциплінарна англійська секція	
Секция терапии II (общая терапия и семейная медицина)	Мультидисциплинарная англоязычная секция	
Section of Therapy II (General Therapy and Family Practice) .....	Multidisciplinary English Section .....	165
Іменний покажчик .....	Іменний покажчик .....	173



**СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ  
АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ  
(для студентів та молодих вчених)**

**Науково-практична конференція  
з міжнародною участю, присвячена 100-річчю  
з дня народження С. І. Корхова**

19–20 квітня 2018 року

**Тези доповідей**

Провідний редактор В. М. Попов  
Редактор А. А. Гречанова  
Художній редактор А. В. Попов  
Художнє оформлення — В. М. Попов за участі В. Ю. Ачкасової  
Технічний редактор Р. В. Мерешко  
Коректори І. К. Каневський, О. В. Сидоренко, О. В. Титова  
Поліграфічні роботи М. Р. Мерешко, Л. В. Титова

Електронне видання на диску. Формат 60×84/8.  
Ум.-друк. арк. 21,3. Тираж 63. Зам. 2019.

Видавець і виготовлювач Одеський національний медичний університет  
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001 р.



