



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



**Збірник матеріалів
Всеукраїнської науково-практичної
інтернет-конференції
«YOUNG SCIENCE 2. 0»
19 лютого 2020 року**

Київ – 2020

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

Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «YOUNG SCIENCE 2.0» (м. Київ, 19 лютого 2020 року).

Затверджено і рекомендовано до видання вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (протокол № 2 від 12.02.2020 р.).

Редакційна колегія: к. фарм. н. Аугунас С. В., к. мед. н. Ковальчук В. М. Аубекерова Ю. Ю., Бойко А. В., Болюк М. В., Дуда Л. В., Диня Ю. З., Кваченюк О. Г., Кузик І. О., Крижевський Є. Є., Манасрі Р., Масович С. О., Перекопайко Ю. М., Стецюк К. В., Єфтемій Т. В.

Рецензенти:

Мішалов О. Д., д. мед. н., професор, завідувач кафедри судової медицини НМАПО імені П. Л. Шупика.

Тріщинська М. А., д. мед. н., професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П. Л. Шупика.

У збірнику представлені наукові розробки молодих вчених медиків та фармацевтів України, результати їх втілення в практичну охорону здоров'я. Опубліковані роботи за напрямками: «Акушерство та гінекологія», «Внутрішня медицина», «Хірургія», «Дитяча хірургія», «Ендокринологія», «Клінічна імунологія та алергологія», «Інфекційні хвороби та мікробіологія», «Медична біологія», «Неврологія та медична психологія», «Онкологія та радіаційна медицина», «Патологія експериментальна», «Педіатрія», «Медична реабілітація», «Гуманітарні аспекти медицини», «Стоматологія», «Фармакологія», «Фармація», «Філософія», «Фтизіатрія та пульмонологія», «Клінічна фармакологія», «Офтальмологія та отоларингологія», «Урологія», «Ортопедія та травматологія», «Дерматовенерологія», «Нейрохірургія», «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Медична інформатика», «Медицина і філологія». Тематика робіт висвітлює актуальні питання теоретичної, експериментальної, клінічної медицини, а також гуманітарні й організаційні аспекти медичної і фармацевтичної галузей, безпеки медичних технологій*.

Рада молодих вчених висловлює щирю подяку ректору Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика академіку НАМН України професору Вороненку Ю. В., першому проректору члену-кореспонденту НАМН України професору Вдовиченку Ю. П., проректору з наукової роботи професору Савичук Н. О., проректору з науково-педагогічної роботи професору Толстанову О. К., проректору з адміністративно-господарської роботи Соханю Ю. О. за всебічну підтримку в проведенні конференції.

З повагою

голова ради молодих вчених

НМАПО імені П. Л. Шупика

Аугунас С. В.

**Організаційний комітет не несе відповідальності за зміст тез*

КОМПЛЕКС МІОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ КОМПОНЕНТ РАНЬОГО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Ардикуце В. П.

Науковий керівник – д. мед. н., професор кафедри стоматології Лихота К. М.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра стоматології

Актуальність теми. Розповсюдженість патології прикусу у пацієнтів віком 5-8 років сягає від 60 до 80% за даними вітчизняних та зарубіжних джерел. Найпоширенішими етіологічними чинниками є інфантильний тип ковтання, шкідливі звички, лінощі жування, переважання в раціоні висококалорійної їжі м'якої консистенції та різке збільшення захворювань верхніх дихальних шляхів, що супроводжується порушенням носового типу дихання. Всі ці фактори призводять до зміни внутрішньоротового м'язевого балансу та формування патологій прикусу різного ступеня вираженості. Застосування механічно-діючих, функціональних чи комбінованих ортодонтичних апаратів нерідко супроводжується рецидивом у ренційній фазі, оскільки робота м'язевого комплексу щелепно-лицевої ділянки не відкорегована.

Мета дослідження. Покращення якості ортодонтичного лікування у фазі раннього змінного прикусу, зменшення термінів лікування та досягнення більш стабільних результатів.

Матеріали та методи. Комплекс вправ міофункціональної терапії, що складається з 12 занять, які поділені на 4 групи, тривалість даного курсу 12-14 місяців. Кожному пацієнту видається щоденник, де вказано перелік вправ та режим їх виконання. Тривалість виконання вправ коливається від 15 до 30 хвилин на добу, контрольні відвідування проводяться раз в місяць. Після оцінки правильності виконання вправи пацієнту показують наступне завдання, поступово нормалізуючи роботу м'язів щелепно-лицевої ділянки. Перший етап становлять вправи для нормалізації функції зовнішнього дихання. Він складається із трьох вправ, кожна з яких виконується по 4-ри тижні. Наступним кроком є нормалізація положення язика та його функції, тривалість даного етапу 4 місяці. Після чого пацієнт переходить до виконання вправ для корекції інфантильного типу ковтання. Завершальним етапом є тренування губ та щік.

Результати дослідження. Оцінку результатів проводимо за допомогою вимірювань основних показників на діагностичних моделях та в порожнині рота, фотометрії, сила губ контролюється динамометром; також до початку лікування та після завершення циклу вправ проводиться дихальна діагностика з використанням Capnotrainer. Відмічаємо збільшення міжмолярної та іклової ширини, зменшення скупченості різців та покращення

морфоестетичних характеристик обличчя. Батьки пацієнтів вказують на покращення загального стану дітей (підвищення ефективності в навчальних закладах та на додаткових заняттях, зменшення скарг на втомлюваність та роздратування). Контрольний огляд через 3 та 6 місяців після завершення міофункціональної терапії свідчить про стабільність результатів.

**ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ
ЛІКУВАННІ ТРИЧІ-НЕГАТИВНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**
*POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF SURGICAL TREATMENT WITH
TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER*

Баранова А. В. (Baranova A.)

Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра онкологічної хірургії, променевої терапії та паліативної допомоги

Актуальність теми. Одним з найбільш складних для лікування є тричі негативний РМЗ (ТНРМЗ), якій виявляється в 10–20% випадків. У зв'язку з агресивним клінічним перебігом, раннім метастазуванням та негативним прогнозом найбільш розповсюдженою тактикою є радикальна операція та системне лікування [Fayaz S, Demian GA...2019; Sharma P., 2016; Senkus E. Kyriakides S. ... 2015; Kumar P, Aggarwal R., 2016]. Ці операції характеризуються частим розвитком ранових та лімфовенозних ускладнень, які погіршують результати лікування та потребують додаткових профілактичних заходів. [Abass MO, Gismalla MDA... 2018; Marinescu SA, Vejinariu CG...2019].

Мета дослідження. Вивчити безпосередні результати хірургічного лікування ТНРМЗ.

Матеріал та методи. Виконано аналіз вихідного стану та результатів хірургічного лікування 66 жінок з ТНРМЗ, що перенесли радикальну операцію в Харківському обласному онкологічному диспансері або в медичному центрі «Молекула» (м. Харків). Середній вік хворих – $(50,7 \pm 12,4)$ р. (від 30 р. до 81 р.). Пацієнтки отримали лікування згідно сучасним клінічним рекомендаціям [Senkus E. Kyriakides S, ... 2015]. РМЕ за Мадден виконано у 47 (71%) пацієнток, у 19 (29%) – радикальна резекція МЗ. У всіх хворих виконана лімфодисекція пахвових лімфовузлів. Реконструктивну операцію виконано у 9 (14%) пацієнток: 1 (1,5%) –первинна алотрансплантація із застосуванням силіконового імпланту, у 8 (12%) – імплантація силіконового протезу виконували після дермотензії за допомогою експандера. Були проаналізовані частота та структура ранніх *післяопераційних ускладнень залежно від вихідних клініко-патологічних даних*. Отримані результати оброблено за допомогою пакета статистичних програм PSSP

(відкрита програма, що не потребує ліцензії) із застосуванням методів описової статистики, критерію χ^2 , кореляційного аналізу за критерієм Спірмена.

Результати дослідження. Ускладнення виявлено у 37 (56%) хворих, у тому числі: сероми – 15 (23%), лімforeя – 21 (32%), післяопераційний набряк – 33 (50%), ранові ускладнення 12 (18%). Суттєвих відмінностей частоти виникнення ускладнень залежно від методу оперативного втручання не виявлено ($p > 0,05$ за критерієм χ^2), але виявляється тенденція до збільшення загальної кількості хворих з ускладненнями після РРМЗ (68% проти 51%), частоти післяопераційного набряку (63% проти 45%), сером (32% проти 19%), та зменшення частоти лімforeї (26% проти 34%). Загальна кількість хворих з ускладненнями після реконструктивних операцій була меншою (33% проти 60%), спостерігається тенденція до зменшення частоти лімforeї (11% проти 35%) та післяопераційного набряку (33% проти 53%). Були відсутні сероми за ранові ускладнення. Неоадювантна хіміотерапія не мала суттєвого впливу на загальну частоту ускладнень, розвиток сероми, лімforeї, післяопераційного набряку, але встановлено достовірне збільшення частоти ранових ускладнень (30% проти 10%, $p = 0,045$). Кореляційний аналіз залежності розвитку окремих ускладнень від вихідних даних також дозволив вивити окремі закономірності. Розвиток сероми достовірно асоціювався зі збільшенням ІМТ ($r = 0,366$, $p = 0,003$), лімforeя – з ураженням регіонарних лімфовузлів (N) ($r = 0,294$, $p = 0,017$), післяопераційний набряк – з ІМТ ($r = 0,369$, $p = 0,002$) та ступенем N ($r = 0,265$, $p = 0,032$).

Висновки. Найбільш розповсюдженим варіантом хірургічного лікування ТНРМЗ є модифікована РМЕ з широкою дисекцією лімфовузлів в зонах потенційного метастазування, яка виконувалась й при РРМЗ. Найчастіше після операцій з приводу ТНРМЗ, незалежно від їх обсягу, спостерігаються лімфовенозні ускладнення, на розвиток яких впливають збільшення ІМТ та ураження лімфовузлів. Протезування МЗ із застосуванням експандера сприяє зменшенню лімфовенозних ускладнень. НАХТ асоціюється зі збільшенням ранових ускладнень. Ці фактори необхідно враховувати при плануванні тактики оперативного лікування хворих на ТНРМЗ.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (18-25 ЛЕТ)

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF GENETIC MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF PERIODONTAL TISSUE DISEASES IN YOUNG PEOPLE (18-25 YEARS OLD)

Белоклицкая Г. Ф. (Biloklytska G.F.), Горголь К. О. (Gorgol K.O.)

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Белоклицкая Г. Ф.

Национальная медицинская академия последипломного образования

Актуальность темы. Стоматологическая заболеваемость среди лиц молодого возраста (18-25 лет) в настоящее время остается высокой и не имеет тенденции к стабилизации (Юлдашев Ш.И., 2004; Антоненко М.Ю., 2013; Alexandrova V.B., 2014). В структуре стоматологической заболеваемости особое место занимают заболевания тканей пародонта. В 2016 г., по данным ВОЗ, заболевания пародонта, стали 11-ми по значимости среди распространенных в мире болезней. Ранняя диагностика генерализованных заболеваний пародонта с прогнозом их возможного развития остаются актуальной проблемой современной стоматологии (Воронина А. И., 2010; Меньшикова Ю. В., 2011).

Цель исследования. Оценка диагностической значимости генетических маркеров в развитии генерализованных заболеваний пародонта в молодом возрасте (18-25 лет).

Материалы и методы. Было проведено лонгитудинальное исследование на протяжении 12 мес. Под наблюдением находилось 40 лиц в возрасте от 18 до 25 лет, среди которых у 70% были диагностированы заболевания тканей пародонта (хронический катаральный гингивит и генерализованный пародонтит). Они были определены в диспансерную группу наблюдения (ДГ). У 30% были выявлены интактные ткани пародонта, и они были определены в группу риска развития заболеваний пародонта (ГР). Диагностика заболеваний пародонта была произведена в соответствии с классификацией Г.Ф. Белоклицкой. Пародонтальный статус всех обследованных оценивали на основании объективных пародонтальных индексов и клинических симптомов. Молекулярно-генетическое исследование генов ACE (I/D, rs4646994), eNOS (G894T, rs 1799983), и TNF-a (G308A, rs 1800629) базировалось на выделении геномной ДНК из буккального эпителия, взятого с помощью буккальных щеточек с последующим замораживанием образцов и их хранением при температуре -20° С. Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel.

Результаты исследования. В результате анализа данных молекулярно-генетического обследования лиц ДГ было установлено следующее распределение полиморфных вариантов исследуемых генов: I/I гена ACE – у 21%, I/D и D/D - у 43% и 36%, соответственно; G/G гена TNF-a – у 57%, G/A и A/A - у 36% и 7%, соответственно; G/G гена eNOS – у 50%, G/T – у 43% и T/T – у 7% обследованных. В результате анализа данных объективного пародонтологического обследования проведенного через 12 месяцев после 1-го обследования, было выявлено, что ухудшение пародонтологического

статуса отмечалось у 29% обследованных (индекс РМА был повышен на 12%, ОНI-S – на 6%, индекс кровоточивости – на 17%). У 35% обследованных было отмечено улучшение пародонтального статуса, хотя они не выполняли все рекомендации, данные им при первом осмотре, что можно объяснить превалированием полиморфизмов I/I гена ACE (50%), G/G гена TNF-а (90%) и G/G гена eNOS (70%) среди этих обследованных. У остальных 36% также было отмечено улучшение пародонтологического статуса, но лица этой группы выполняли все данные им ранее рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта, изменению своего рациона питания, а также отказа от курения. Было установлено следующее распределение полиморфных вариантов исследуемых генов среди лиц ГР: I/I и I/D гена ACE присутствовали у 42%, D/D - у 16%; G/G гена TNF-а - у 83%, G/A – у 17%, A/A выявлен не был; G/G гена eNOS - у 34%, G/T – у 58%, а T/T – лишь у 8%. При последнем осмотре через 12 мес. ухудшение пародонтологического статуса отмечалось у 58% обследованных ГР (индекс РМА был повышен на 11%, ОНI-S – на 31%, появилась кровоточивость десен при зондировании). Они не придерживались данных им рекомендаций по гигиеническому уходу за полостью рта, а также продолжали употреблять преимущественно углеводную пищу и курить. У 42% лиц группы риска, которые придерживались данных им ранее рекомендаций, ткани пародонта остались интактными.

Выводы. На основании данных, полученных при клиническом пародонтологическом и молекулярно-генетическом обследовании лиц диспансерных групп и группы риска развития заболеваний тканей пародонта, была показана диагностическая значимость определения генетического профиля и разработана схема диспансеризации лиц молодого возраста 18-25 лет с персонифицированным контролем пародонтологического статуса в зависимости от их генетического профиля, которая поможет выявить группы риска развития заболеваний тканей пародонта ещё на доклиническом этапе, а также своевременно проводить ряд профилактических мероприятий с дальнейшим контролем их эффективности.

ОЦІНКА ВПЛИВУ СУКУПНОГО ПОСИЛЮЮЧОГО ЕФЕКТУ ГЕНІВ ENAM ТА MMP20 НА МОЖЛИВІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ЕРОЗІЙ ЗУБІВ НА ТЛІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

ASSESSMENT OF THE EFFECT OF THE CUMULATIVE ENHANCING EFFECT OF ENAM AND MMP20 GENES ON THE POSSIBILITY OF TOOTH EROSION AGAINST PERIODONTAL TISSUE DISORDERS IN YOUNG PEOPLE

Білоклицька Г.Ф.(Biloklytska G. F.), Турянська Н. І.(Turianska N. I.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра терапевтичної стоматології

Актуальність теми. Серед молоді можна спостерігати високу поширеність карієсу, ерозій зубів та захворювань тканин пародонта. [1]. Згідно даних літератури відома домінуюча роль генетичних чинників у формуванні фізико-хімічних і морфологічних властивостей емалі зуба, що дає можливість вважати роль спадковості в розвитку карієсу та ерозій зубів істотною [2]. До числа інформативних генетичних маркерів віднесено ряд поліморфізмів у генах *ENAM* та *MMP-20*, які беруть участь у формуванні кристалічного матриксу емалі, відповідно дефекти цих генів призводять до недосконалого амелогенезу [3]. Ген *ENAM* кодує найбільшебілків в матриці емалі зубів, які розвиваються. Білок залучений в мінералізацію і структурну організацію емалі, відповідно дефекти цього гена призводять до недосконалого амелогенезу[4]. Ген *MMP-20*, кодує утворення ферменту - кальцій-залежної протеїнази, яка впливає на утворення органічного матриксу емалі [5,6,7].

Мета дослідження. виявити вплив поліморфізму генів *ENAM* та *MMP-20* на виникнення ерозій зубів в осіб молодого віку.

Матеріали та методи. В результаті стоматологічного обстеження 60 студентів віком 17-20 років, розподілено на групи: I (n = 20) – карієс на тлі захворювань тканин пародонту; II (n = 21) – ерозії на тлі захворювань тканин пародонту; III (n = 19) – ерозії на тлі інтактного пародонту. Для проведення молекулярно-генетичного дослідження у всіх обстежених було взято буккальний епітелій з внутрішньої поверхні щоки з оприділенням наявності гену *ENAM* та гену *MMP-20*. Статистичний аналіз проведений за допомогою прикладних програм Microsoft Office Excel.

Результати дослідження. При проведенні порівняльного аналізу виявлені достовірні відмінності за геном *ENAM*. За поліморфізмом rs12640848 A>G гену *ENAM* між Групою II (ерозії на тлі захворювань тканин пародонту) та Групою I (карієс на тлі захворювань тканин пародонту) не було виявлено відмінностей. Тоді як між групою III (ерозії на тлі інтактного пародонту) та групою I (карієс на тлі захворювань тканин пародонту) достовірно різнилися генотип AA та алелі A й G. Проведений порівняльний аналіз показав, що для Групи I характерним був генотип AA, який проявляв протективну дію ($\chi^2=4,14$, $p=0,042$, OR=0,14 95CI%: 0,03-0,79), а негативний вплив справляв алель G, який переважав у групі III і при якому ризик розвитку некаріозного ураження на тлі інтактного пародонту зростав у 3 рази ($\chi^2=5,24$, $p=0,022$, OR=3,25 95CI%: 1,28-8,25). За алелем A встановлено протективний ефект ($\chi^2=5,24$, $p=0,022$, OR=0,31 95CI%: 0,12-0,78). Отже, проведене дослідження серед груп порівняння показало суттєве значення генетичної компоненти на ризик розвитку стоматологічних порушень. При проведенні порівняльного аналізу отриманого матеріалу

виявлені достовірні ($p < 0,05$) відмінності за геном MMP20. При порівнянні даних I та III групи виявлено відмінності, особливо за генотипом TT ($\chi^2=3,12$, $p=0,077$, OR=0,25 95CI%: 0,07-0,94). Наявність алелю C в гомозиготному стані призводить до підвищеного у 3 рази ризику розвитку ерозій зубів на тлі інтактного пародонту ($\chi^2=4,55$, $p=0,033$, OR=3,43 95CI%: 1,21-9,69). При порівняльному аналізі I та III групи встановлено протективну дію генотипу AA ($\chi^2=6,12$, $p=0,013$, OR=0,07 95CI%: 0,01-0,61) та негативний вплив алелю C, при якому ризик розвитку ерозій на тлі інтактного пародонту зростає у 3 рази ($\chi^2=5,16$, $p=0,023$, OR=3,21 95CI%: 1,27-8,10). Статистичних відмінностей між групами II та III за поліморфізмом MMP20 rs1784423 T/C виявлено не було ($p > 0,05$). За поліморфізмом rs2245803 A/C гену MMP20 виявлено значущі відмінності між I та II групами та встановлено протективну дію генотипу AA за поліморфізмом rs2245803 A/C гену MMP 20 до розвитку ерозій на тлі захворювань тканин пародонту ($\chi^2=4,88$, $p=0,027$, OR=0,13 95CI%: 0,02-0,71).

При проведенні кореляційного аналізу нами виявлено зв'язки різної сили для гену MMP20 rs1784423 T / C:

- позитивна кореляція середньої сили $r = 0,316$, $p = 0,044$ з поліморфізмом ENAM rs12640848 A > G;

При проведенні кореляційного аналізу нами виявлено зв'язки різної сили для гену MMP20 rs1784423 T / C:

- позитивна кореляція середньої сили $r = 0,472$, $p = 0,002$ з поліморфізмом ENAM rs12640848 A > G.

Висновки. Наявність в буккальному епітелії алелю A гена ENAM попереджує розвиток ерозій зубів, а наявність алелю G, гена ENAM вказує на можливість прогнозування виникнення ерозій в осіб молодого віку та формування на цій підставі групи ризику розвитку даної патології твердих тканин зуба. Наявність в буккальному епітелії генотипу AA гена MMP20 попереджує розвиток ерозій зубів, а наявність генотипу TT, гена MMP20 вказує на можливість прогнозування виникнення ерозій в осіб молодого віку та формування на цій підставі групи ризику розвитку даної патології твердих тканин зуба.

Література.

1. Беляева А. В. Распространенность кариеса у студентов и его профилактика / А. В. Беляева, Х. Б. Юнусов, И. Ю. Лялина // Актуальные проблемы биологической и химической экологии: сб. материалов 5 междунар. науч.-практ. конф., 21-23 нояб. 2016 г. – М., 2016. – С. 192-196.
2. Горбунова И. Л. Генетическая детерминация тканевой резистентности пародонта и зубной эмали у населения Омской области /

И. Л. Горбунова, И. К. Лукашевич, А. В. Ефименко // Современ. проблемы науки и образования. – 2016. – № 3. – С. 57-64.

3. TGF-beta1 and TGFBR1 are Expressed in Ameloblasts and Pro-mote MMP20 Expression / Gao Y. [et al.] // Anatomical Record. – 2009. – Vol. 292. – P. 885-890.

4. Sequential use of transcriptional profiling, expression quantitative trait mapping and gene association implicates MMP20 in human kidney aging / Wheeler H. E. [et al.] // PLoS Genet. – 2009. – Vol. 10. – e1000685.

5. 5.Functions of KLK4 and MMP-20 in dental enamel formation / Papagerakis L. Y. [et al.] // Biol. Chem. – 2008. – Vol. 389, N 6. – P. 695-700.

6. Richards D. Oral diseases affect some 3.9 billion people / D. Richards // Evid. Based Dent. – 2013. – Vol. 14, N 2. – Art. No 35.

7. The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease / K. S. Kornman, A. Crane, H. Y. Wang [et al.] // J. Clin. Periodontol. – 1997. – Vol. 24, N 1. – P. 72-77.

ТРАДИЦІЙНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРОФІЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ 10 ПРИ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ

Бойко А. В. (Boiko A. V.)

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

Актуальність теми. Відомо, що у хворих на псоріаз підвищений ризик серцево-судинних захворювань (ССЗ) та серцево-судинної смерті, але взаємозв'язок цих подій із впливом традиційних факторів ризику (ФР), запального процесу та розвитку атеросклерозу не є чітким. Встановлено, що до 50% випадків смерті серед пацієнтів із псоріатичним артритом (ПсА) є наслідком атеросклерозу, залежного від ССЗ. Дослідження присвячена вивченню ролі ФР, запалення, рівня ІЛ10 у розвитку атеросклерозу у хворих на псоріатичний артрит (ПсА).

Матеріали та методи. В дослідження було включено 32 хворих із ПСА, які не мали атеросклеротичних ССЗ, цукрового діабету, хронічної хвороби нирок та ін. тяжких захворювань, не приймали статини. У якості групи порівняння було обстежено 20 осіб із ПС, порівнюваних за віком і статтю. У якості групи контролю було обстежено 20 практично здорових осіб, які не мали ознак ревматичних, інфекційних та інших запальних захворювань. Підбір контрольної групи відбувався відповідно за статтю і віком обстеженим хворим.

При порівняльному аналізі показників ліпідного обміну встановлено, що середні рівні ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ у хворих на ПсА істотно перевищували відповідні показники у хворих на ПС та показниками здорових осіб групи контролю. При цьому кореляційним аналізом виявлено найбільший вплив на ТКІМ СА мали DAS 28, ЗХС, ХС ЛПНЩ, СРБ, ФГ, PAFI ІЛ-10 ($r=0,54, 0,68, 0,67, 0,53, 0,52, 0,43, 0,33$ відповідно). У групі пацієнтів з DAS 28 середнього і високого ступеню активності ($\geq 3,2$) було виявлено сильний кореляційний зв'язок між величиною ТКІМ СА та рівнем сечової кислоти ($r=0,61$) та кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем ІЛ-10 та ХС ЛПНЩ. Рівень ХС ЛПНЩ був пов'язаний сильним зворотнім зв'язком з СРБ і зворотнім зв'язком середньої сили з рівнем сечової кислоти. Між рівнем ФГ та СРБ та СК було виявлено прямий зв'язок середньої сили ($r=0,54, 0,48$ відповідно). Даний аналіз у групі хворих на ПС виявив: прямий зв'язок середньої сили між ТКІМ СА і ЗХ, ХС ЛПНЩ, СРБ ($r=0,37, 0,39, 0,38$ відповідно). Результати кореляційного аналізу підтверджують взаємозв'язок запалення із дисліпідемією, яка відіграє значну роль у прогресуванні атеросклеротичного ураження судин і формування в подальшому ССЗ.

За результатами ультразвукового дослідження сонних артерій виявлено, що хворі на ПсА і ПС мають більшу вираженість атеросклеротичного процесу порівняно із здоровими однолітками, що підтверджується більшими середнім значенням ТКІМ у групі хворих на ПсА ($0,93\pm 0,02$) $p<0,05$ порівняно із групою контролю ($0,68\pm 0,02$), при цьому ТКІМ $\geq 0,9$ виявлено у 45,83% хворих на ПсА, що є доведеним додатковим ФР ССЗ і у 22, 58% хворих на ПС, що достовірно перевищує показник групи контролю (5%). Слід відмітити, що у 6,25% хворих на ПсА діагностовано наявність атеросклеротичних бляшок.

Результати дослідження. Середній вік хворих на ПсА становив $39,62\pm 5,8$ роки (15 (46,87%) жінок та 17 (53,12%) чоловіків), хворих на ПС (група порівняння) $32,3\pm 5,63$ роки (8 (40%) жінок та 12 (60%) чоловіків) відповідно, Група контролю включала 11 жінок (55%) та 9 чоловіків (45%), середній вік $32,3\pm 5,63$ відповідно. Тривалість ПсА коливалась від 3 до 20 років. Визначити особливості атеросклеротичного процесу, серцево-судинного ризику та вплив ІЛ-10 на розвиток атеросклеротичного ураження у хворих на ПсА.

Висновки. У пацієнтів з ПсА відзначається достовірно підвищення кількості ІЛ-10 в сироватці крові в порівнянні зі здоровими особами, що свідчить про зростання синтезу цього протизапального цитокіну у відповідь на хронічний імунно-запальний процес, характерний для ПсА.

У розвитку атеросклеротичного процесу у пацієнтів з ПсА крім традиційних факторів ризику важливу роль відіграють імунно-запальні фактори (СРБ, ІЛ-10) і додаткові фактори ризику (СК).

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE PANCREAS AFTER THE RESECTION WITH THE USE OF ELECTROSURGICAL DEVICES: AN EXPERIMENTAL STUDY

Валіхновська К. Г.¹ (Valikhnovska K. G.)¹, Савицька І. М.² (Savytska I. M.)²

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Усенко О. Ю.

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

²Національний інститут хірургії та трансплантології імені

О. О. Шалімова НАМН України

Кафедра хірургії та трансплантології

Актуальність теми. Електрохірургічні інструменти широко впроваджуються в сучасну хірургію, проте існує мало відомостей про зміни, що відбуваються в тканинах підшлункової залози внаслідок їх впливу при резекційних втручаннях.

Мета дослідження. Порівняти зміни, що виникали в тканинах підшлункової залози після експериментальних хірургічних втручань, виконаних стандартною хірургічною технікою та із застосуванням електрохірургічних інструментів.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на 40 6-місячних білих щурах, які були розділені групи: I - (n=10) - тварини, яким виконано резекцію частини підшлункової залози із застосуванням стандартної хірургічної техніки, II a - (n=10) - тварини, яким виконано резекцію частини підшлункової залози із використанням електрохірургічного інструмента в режимі зварювання, II b - (n=10) - тварини, яким виконано резекцію частини підшлункової залози електрохірургічним інструментом в біполярному режимі, II c - (n=10) - тварини, яким виконано резекцію частини підшлункової залози електрохірургічним інструментом в монополярному режимі. В процесі роботи досліджувались ділянки підшлункової залози в зоні резекції разом з оточуючою паренхімою, видалені безпосередньо після операції та через 3, 7, 21 добу.

Результати дослідження та висновки. При використанні всіх досліджених електрохірургічних методів спостерігався надійний гемостаз через утворення коагуляційного струпу на резектованій поверхні та згортання крові в судинах під зоною резекції. В зоні резекції після виконання електрозварювання спостерігалось більш значне ущільнення тканини

і випаровування рідини, ніж при використанні біполярного та монополярного методів. Проте площа термічно пошкодженої тканини була менша. Після резекції, виконаної в монополярному режимі, утворювався менш щільний коагуляційний прошарок, ніж при застосуванні біполярного. Через 21 добу в зоні резекції формувалася більший об'єм сполучної тканини, ніж при використанні біполярю. Після всіх видів електрорезекції в новоутвореній тканині формувались протоки, чого не спостерігалось після використання стандартної техніки. При використанні стандартної хірургічної техніки швидше, ніж при електрозварюванні нарастив об'єм новоутвореної сполучної тканини, що в пізні терміни могло призвести до формування значного об'єму рубцевої тканини. При проведенні резекцій підшлункової залози за допомогою стандартної хірургічної техніки в ранні терміни виникало більш виражене запалення з домінуванням нейтрофільної інфільтрації, ніж після електрохірургічних методів. Також при застосуванні стандартної техніки виникали кровотечі з резектованої поверхні та крововиливи в струму. Використання всіх видів електрорезекції дозволяло скоротити час проведення операційного втручання, зменшувало ризик виникнення кровотеч, утворювало більш герметичне з'єднання на резектованій поверхні, не ускладнювало відновні процеси в досліджені терміни.

**МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕНЬ, СПРИЧИНЕНИХ
ЕЛЕКТРОШОКОВИМИ ПРИСТРОЯМИ**
*MORPHOLOGICAL PROPERTIES OF INJURIES CAUSED BY ELECTRIC
SHOCK WEAPON*

Варфоломеєв Є. А. (Varfolomeiev Y. A.)

Науковий керівник – зав. кафедрою судової медицини, д. мед. н.,
професор Мішалов В. Д.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра судової медицини

Актуальність теми. Локальні специфічні зміни шкіри в місцях дії електричного струму (електромітки) є одними з найвагоміших ознак електротравми. Зазначені зміни в шкірі можуть достовірно виявлятися при проведенні мікроскопічного дослідження тканин, проте у деяких випадках, наприклад при оцінці слідів дії електричного струму на живих особах, що нерідко має місце при судово-медичній експертизі наслідків застосування електрошочкових пристроїв (ЕШП), проведення гістологічного дослідження електромітки утруднене, що обґрунтовує необхідність вивчення макроскопічних морфологічних властивостей ушкоджень спричинених ЕШП за різних умов.

Мета дослідження. Дослідити макроскопічні морфологічні особливості ушкоджень, спричинених контактними електрошочковими пристроями за різних умов їх дії на біологічному матеріалі.

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження включало у себе спричинення на біологічному матеріалі (клапті шкіри) ушкоджень трьома моделями електрошокових пристроїв. В ході експерименту наносились розряди за умови щільного контакту між шкірою та електродами, а також розряди тривалістю 5 секунд з відстані 0,5-1см від електродів до поверхні шкіри (загалом 30 травмуючих дій).

Результати дослідження. В ході проведення експерименту встановлено, що за умови щільного контакту між електродами електрошокового пристрою та шкірою з наступним розрядом на шкірі визначались округлі заглиблення, що за розташуванням відповідали відстані між контактними електродами, а за розмірами діаметру контактних електродів. Зазначені прояви повністю зникали через відносно короткий проміжок часу (5-10 хвилин) після припинення дії електрошокових пристроїв та вочевидь викликалися механічним тиском електродів ЕШП на шкіру. Ніяких макроскопічно видимих ушкоджень та ознак дії термічного або електричного фактору виявлено не було.

При дії електрошокового пристрою з відстані 0,5-1см визначалось проходження іскрового розряду між контактними електродами та шкірою, на якій після дії ЕШП були виявлені парно розташовані поверхневі ушкодження – неправильно округлі кратероподібні заглиблення з відшаруванням підсохлого епідермісу по краям у вигляді клаптиків жовтуватого кольору. Відстань між зазначеними ушкодженнями загалом відповідала відстані між контактними електродами відповідних електрошокових пристроїв. При цьому суттєвих морфологічних відмінностей безпосередньо у самих ушкодженнях при дії різних електрошокових пристроїв зафіксовано не було.

Висновки. В ході проведення експерименту встановлено, що видимі ушкодження на біологічному матеріалі (клапті шкіри) з'являються за умови проходження іскрового розряду між електродами електрошокового пристрою та шкірою, тобто в ситуації, коли під час електричної дії електрошокового пристрою між об'єктом на який спрямована електрична дія ЕШП та його контактними електродами є певна відстань. В разі наявності щільного контакту між електродами електрошокового пристрою та шкірою в жодній з проведених дій ЕШП на шкіру наявність ушкоджень на ній зафіксована не була. Зазначене підкреслює необхідність використання у випадках проведення судово-медичної експертизи з приводу застосування ЕШП додаткових методів досліджень, які можуть верифікувати дію електрошокових пристроїв.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОРТОПЕДИЧНИХ УСТІЛОК-ПІДП'ЯТНИКІВ В КОМПЛЕКСІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ АХІЛЛОБУРСИТОМ

DETERMINATION OF EFFICACY ORTHOPEDIC HEEL-LIFT INSOLES IN THE COMPLEX OF CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACHILLOBURSITIS

Герасимюк Б. С.

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

Актуальність теми. Ахіллобурсит - синдром заднього п'яткового болю, який виникає в наслідок механічного імпінджменту зап'яткової (глибокої) синовіальної сумки між ахілловим сухожиллям (АС) та задньо-верхніми відділами п'яткової кістки. На відміну від прийому НПЗЗ використання ортопедичних устілок в комплексі лікування ахіллобурситу є досить суперечливим. За даними Mattila V.M. та ін. застосування ортопедичних устілок не знижує ризик загострень і фактично не має терапевтичного ефекту. Проте Середа А.П. та ін. рекомендували носіння взуття з каблуком висотою 3-5 см для зменшення больового синдрому в післяопераційному періоді. Однак в цій роботі не тільки не описана ефективність зниження інтенсивності больового синдрому, а й саме носіння устілок мало лише рекомендаційний характер.

Мета дослідження. Визначити ефективність застосування ортопедичних устілок-підп'ятників в комплексі консервативного лікування хворих із ахіллобурситом.

Матеріали та методи. В даному проспективному клінічному дослідженні представлено лікування 63 випадків ахіллобурситу у 41 пацієнта: 17 чоловіків та 24 жінки, віком від 19 до 47 років (середній вік 30,8 років). Всім пацієнтам проводилось консервативне лікування на протязі 3 тижнів, яке включає прийом НПЗЗ диклофенак натрію («Діклоберл», Berlin-Chemie AG, Німеччина) в дозі 150 мг/добу (75 мг двічі на день) впродовж 3 тижнів та фізіотерапевтичне лікування (ампліпульс-терапія на литковий м'яз №20 та магнітотерапія на задній відділ стопи №20). Також всі випадки захворювання були розділені на дві групи, які були співставимі за віком, статтю, тривалістю і клінічним типом перебігу захворювання. У 32 випадках (основна група) крім основного лікування на весь термін лікування і реабілітації було рекомендовано носіння ортопедичних устілок-підп'ятників або взуття з каблуком 2 см на весь термін лікування (1 місяць). В інших 31 випадку (контрольна група) в комплексі лікувальних заходів ми не використали ортопедичні устілки. Ефективність лікування оцінювали за ВАШ болем в обох групах до початку терапії, на 5-й день, на 10-й день, на 20-й день та через 1 місяць від початку лікування.

Результати дослідження. Стартові значення інтенсивності больового синдрому у хворих основної групи дорівнювали $86,7 \pm 12,3$ балам, контрольної – $82,5 \pm 13,4$ балам. На 5-й день проведеної терапії ці значення становили

відповідно $48,2 \pm 7,7$ балів та $65,4 \pm 7,3$ балів. На 10-й день вираженість больового синдрому у основній групі становила $42,1 \pm 6,1$ балів проти $55,8 \pm 7,0$ балів у контрольній групі. На 20-й день ці показники дорівнювали $17,1 \pm 3,6$ балів та $29,8 \pm 6,7$ балів відповідно. Через 1 місяць (на 30-й день) після початку лікування середні показники інтенсивності больового синдрому за ВАШ у основній групі дорівнював $8,0 \pm 4,1$ балам, в контрольній групі – $13,5 \pm 5,3$ балам.

Висновки. Нами з'ясовано, що застосування ортопедичних устілок-підп'ятників або носіння взуття з каблуком 2 см в комплексі консервативного лікування хворих з ахіллобурситом достовірно ($p < 0,0001$) знижує інтенсивність больового синдрому та створює передумови до більш швидкого відновлення.

**КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ ТА ГІСТОПАТОЛОГІЯ
УРАЖЕННЯ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ТЕНОСИНОВІАЛЬНУ
ГІГАНТОКЛІТИННУ ПУХЛИНУ ДИФУЗНОГО ТИПУ
*CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CORRELATIONS AND
HISTOPATHOLOGY OF JOINT DAMAGE IN PATIENTS WITH DIFFUSE-TYPE
TENOSYNOVIAL GIANT CELL TUMOR***

Григоровська А. В. (Hryhorovska A. V.), Дядик О. О. (Dyadyk O. O.)

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Дядик О. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Кафедра патологічної і топографічної анатомії

Актуальність теми. Теносиновіальна гігантоклітинна пухлина (ТСГКП) (синонім – пігментний віллонодулярний синовіт) – це досить рідкісне доброякісне проліферативне ураження синовіальної оболонки, яке локалізується в суглобовій капсулі, бурсі або сухожилковій піхві та характеризується місцеводеструктивним ростом. Аналіз публікацій, присвячених вивченню ТСГКП, показав, що автори обирають предметом дослідження різноманітні аспекти етіології, патогенезу, діагностичного алгоритму для цієї пухлини, підходи до хірургічного лікування та перспективи використання таргетної терапії. Проте деталізованого вивчення найбільш характерних гістологічних ознак будови ТСГКП, визначення основних опорних пунктів морфологічної діагностики, з'ясування з якою частотою вони трапляються та залежностей вираженості однієї ознаки за умови наявності або відсутності іншої – не проводилося.

Мета дослідження. Метою проведеного дослідження було вивчення гістопатологічних властивостей ТСГКП диффузного типу, визначення параметрів деяких морфологічних показників тканини осередків ТСГКП і з'ясування наявності кореляційних залежностей між даними морфологічними та клінічними показниками.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження були біоптати (резектати) патологічних осередків від 50 хворих, в яких було діагностовано та гістологічно верифіковано ТСГКП дифузного типу. Градації вираженості морфологічних показників оцінювали згідно з візуалізовано-аналоговою шкалою від низького до високого ступеня при збільшенні 100х. Статистичну обробку отриманих результатів проводили на ПК в програмі “Statistica 6.0”.

Результати дослідження. Аналіз розподілу хворих за віком та статтю показав, що ТСГКП дифузного типу частіше зустрічається у жінок (60% випадків) та характерна для пацієнтів молодого віку (середній вік – 35-37 років); серед локалізацій ураження домінує колінний суглоб – майже 2\3 всіх випадків. Загалом, отримані результати не суперечать подібним розрахункам, які представлені в останніх роботах дослідників, що вивчали дану нозологію. Симптоматика росту ТСГКП в капсулі суглобу характеризується больовим синдромом, який відмічає переважна більшість пацієнтів (88%), вираженим обмеженням рухів в суглобі (76%), що з часом призводить до розвитку контрактури в суглобі (63%). В кожного четвертого хворого відмічається локальне підвищення температури шкіри ураженого суглобу, що, ймовірно, зумовлено супутнім ексудативно-продуктивним синовіітом (капсулітом). Для дифузного типу ТСГКП характерна відсутність капсули в осередку, розростання нодулярних проліфератів в межах синовіальної оболонки, що приблизно в 1\5 випадків супроводжується гіпертрофією синовіальних ворсин. Найбільш тісний кореляційний зв'язок (позитивна залежність, в діапазоні середніх значень коефіцієнта асоціації, достовірна при наявному числі спостережень) виявлена між показниками "Розмір осередку" та "Вираженість гемосидерозу" і «Наявність багатоядерних гігантських клітин»; «Наявність нодулярних утворень» та «Характер строми патологічної тканини»; «Наявність ворсинчастих розростань» та "Вираженість гемосидерозу".

Висновки. Морфологічні показники, які були виділено нами, у сукупності різнобічно характеризують патологічні зміни у тканинах осередку ТСГКП; ретельний аналіз частот їх зустрічальності в різних групах порівняння дали можливість встановити міжгрупові відмінності та кореляції між окремими показниками, що раніше були не відомими або не очевидними, та важливі для розуміння патогенезу, покращення діагностики та прогнозування перебігу ТСГКП дифузного типу.

**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ КИШКОВОГО МІКРОБІОМУ У ХВОРИХ
НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З УРАЖЕННЯМ КИШЕЧНИКА
CORRECTION OF BOWEL MICROBIOM IN PATIENTS WITH TYPE 2
DIABETES MELLITUS WITH INTESTINAL LESION**

Дня Ю. З.

Актуальність теми. В останні роки в Україні і в світі, в цілому, спостерігається збільшення кількості пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (ЦД2). Ця патологія характеризується розвитком цілого ряду ускладнень і супутніх захворювань, в тому числі і шлунково-кишкового тракту. ЦД пов'язаний з більш високою частотою шлунково-кишкових симптомів, включаючи біль у животі, діарею і закрепи, які відомі як діабетична ентероколопатія (ДЕКП).

Мета дослідження. Оцінка порівняльної ефективності застосування різних методів корекції кишкового мікробіому з використанням синбіотика і пробіотика у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу з ДЕКП і кишковим дисбіозом.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих з ЦД2 і скаргами на здуття живота, болі в животі або абдомінальний дискомфорт, порушення випорожнення. Пацієнти включені віком від 39 до 67 років (середній вік - $48,9 \pm 11,2$ років). У всіх хворих органічна кишкова патологія виключена при проведенні колоноскопії. Всі пацієнти рандомізовані на дослідну (30 хворих) і контрольну (30 хворих) групи. У контрольній групі хворі отримували базисну терапію, що включає індивідуальну дієту з обмеженням ферментуючих оліго- і моносахаридів, застосування спазмолітика (мебеверин) і лопераміда на вимогу продовж 4 тижнів. Крім цього, хворі приймали пробіотик, що містить комбінації штамів *Bifidobacterium* і *Lactobacillus* не менше $1,0 \times 10^9$ КУО. У дослідній групі пацієнти на тлі базисної терапії додатково отримували симбіотик, який містить пробіотичні штами біфідобактерій (*Bifidobacterium lactis* і *Bifidobacterium bifidum* $1,02 \times 10^9$ КУО), пребіотик інулін (100 мг) і масляну кислоту (бутират кальцію 250 мг), продовж 4 тижнів). Для діагностики кишкового дисбіозу пацієнти обстежені на наявність синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР). Для оцінки СНБР всім пацієнтам застосовано водневий дихальний тест з лактулозою.

Результати дослідження. Серед обстежених переважали пацієнти ДЕКП із синдромом подразненого кишечника (СПК) – 31 (51,7%), друге місце по кількості, складала хворі ДЕКП з закрепом 15 (25,0%), у 8 (13,3%) пацієнтів діагностовано ДЕКП з діареєю і у 6 (10,0%) хворих була виявлена ДЕКП з метеоризмом. У більшості хворих ДЕКП на тлі терапії відзначалося достовірне поліпшення стану. У той же час динаміка позитивних змін відрізнялася в групах пацієнтів, що приймали різні пробіотики. Серед пацієнтів, які отримували симбіотик виражене поліпшення стану відзначено більш, ніж у половини хворих 16 (53,3%), в той час як в контрольній групі виражене поліпшення самопочуття виявлено лише

у 8 (26,7%) пацієнтів ($p < 0,05$). У контрольній відсутність ефекту лікування виявлено у кожного третього пацієнта - 10 (33,3%), тоді як серед хворих, які отримували симбіотик відсутність ефекту терапії виявлено лише у 4 (13,3%) пацієнтів ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на цукровий діабет 2 типу з діабетичною ентероколопатією в комплекс лікування необхідно включати препарати для корекції кишкового мікробіому. Застосування симбіотика було більш ефективним в комплексі терапії в порівнянні з використанням пробіотика з адекватною дозою облигатних бактерій.

МЕТАПНЕВМОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ДОРΟΣЛИХ: ЕТІОЛОГІЧНІ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ

MAIN ASPECTS OF DIAGNOSTICS OF METAPNEUMOVIRUS INFECTION

Дуда О. К., Вега А. Р., Коцюбайло Л. П.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра інфекційних хвороб

Актуальність теми. Людський метапневмовірус (hMPV) – це один з найпоширеніших збудників гострих респіраторних вірусних інфекцій. hMPV належить до родини Paramyxoviridae, роду Metapneumovirus. Вперше ідентифікований в Нідерландах в 2001 році. На основі генетичної і антигенної мінливості, штами hMPV були класифіковані в дві групи або лінії (А і В) і чотири сублінії (А1, А2, В1 і В2). Вірус був зареєстрований, як найпоширеніший респіраторний патоген в дітей, пов'язаний з ураженням верхніх та нижніх дихальних шляхів.

Вважається, що hMPV-інфекція в дорослих, менш поширена і менш серйозна в порівнянні з дітьми. Поряд з тим, hMPV-інфекцію пов'язують з загостренням хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальною астмою. hMPV зазвичай асоціюється з неважкими пневмоніями, проте такі фактори ризику, як імуносупресія, супутні захворювання (хронічні хвороби легень, серця, крові), літній вік пацієнтів, проживання в закладах тривалого догляду пов'язані з більш високим ризиком розвитку важкої вірусної пневмонії. Проте, недавні дослідження показують, що hMPV-інфекція може мати важкий перебіг і у здорових молодих людей. Тому на сьогоднішній день є досить важливим уміти відрізнити hMPV-інфекцію від інших в т.ч. бактеріальних хвороб.

Мета дослідження. Визначити найбільш ефективний метод виявлення hMPV-інфекції.

Матеріали та методи. Для даної роботи використовувались бібліосемантичний та аналітичний методи. Проводився аналіз останніх наукових публікацій по даній темі таких електронних баз даних, як PubMed, Skopus, Cochrane.

Результати дослідження. Молекулярно-генетичні методи, засновані на полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР) зі зворотною транскрипцією у реальному часі, здебільшого, є методами вибору для виявлення hMPV. Проте розглядаються й інші методи дослідження, наприклад, ізотермічна ампліфікація на основі послідовності нуклеїнової кислоти в реальному часі (NASBA). Імуноферментний аналіз (ІФА) також використовується в діагностиці метапневмовірусної інфекції. Втім, чутливість даного методу значно поступається ПЛР. Діагностика ґрунтується на прямому виявленні вірусних компонентів (білка або РНК). Проте для визначення ефективності вакцини (у дослідженнях) та визначення давності інфікування має значення оцінка рівнів антитіл. Нарешті, сероконверсія може бути використана для виявлення безсимптомної hMPV-інфекції у дорослих. І, нарешті, культуральний метод. Однією з причин пізнього відкриття hMPV стали труднощі, пов'язані з вирощуванням вірусу в клітинній культурі. Крім того, розростання вірусу може бути досить тривалим (іноді довше 14 днів), що значно знижує цінність методу для загальної практики.

Висновки. За даними різних авторів розрізнити hMPV-інфекцію, від інших лише по клінічним ознакам не видається можливим. Саме тому на допомогу лікарям приходять методи специфічної діагностики: серологічний, молекулярно-генетичний, вірусологічний. У кожного з них є свої позитивні та негативні сторони, які стосуються збору матеріалу, чутливості методу, тривалості дослідження, коштовності. Так для клінічної практики (для виявлення активного захворювання) найціннішим буде молекулярно-генетичний метод – використання ПЛР зі зворотною транскрипцією, він також дозволяє одночасно виявляти різну кількість патогенів. Проте для вивчення гуморального імунітету, ефективності вакцини буде більш інформативним метод імуноферментного аналізу. Вірусологічний метод може бути корисним при вивченні фізико-хімічних властивостей вірусу.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПОГЛИБЛЕНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ALLERGIC DISEASES IN CHILDREN ON THE RESULTS OF AN ADVANCED EXAMINATION

Дуда Л. В. (Duda L. V.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра педіатрії № 1

Актуальність. На початку ХХ століття алергія вважалась рідкісною патологією, але в останні десятиліття ми стали свідками значного зростання її поширеності. За минулі 30 років протягом кожного десятиліття показники захворюваності на алергію в усьому світі подвоювались. Понад 20% пацієнтів

страждають від тяжких алергічних захворювань (АЗ), щоденно борються зі страхом можливого нападу астми або анафілактичного шоку чи, навіть, смерті від алергічних реакцій.

Мета. Визначити основні вікові тренди поширеності АЗ у дітей Київського регіону на основі поглибленого клініко-лабораторного обстеження.

Матеріали та методи. Дослідження проходило в два етапи: перший полягав у анкетуванні (використовувались анкети міжнародної програми ISAAC) дітей (та їх батьків) дошкільних навчальних закладів та шкіл Київської області, що обирались випадковим методом (опитано 7106 дітей); другий етап передбачав поглиблене обстеження дітей з підозрою на АЗ з метою їх верифікації (обстежено 135 дітей, з них 86 (64%) хлопчиків і 49 (36%) дівчат; виділені три групи: I група (4 місяці – 5 років) – 58 дітей, II група (6-9 років) – 52 дитини, III група (10-18 років) – 25 дітей).

Результати. Поширеність АЗ оцінювали за відповіддю на запитання №2 у кожному блоці опитувальника – «симптомів протягом останніх 12 місяців», як найбільш чутливого критерія. За даними анкетування чітко прослідковується зростання з достовірною різницею рівнів поширеності астми, алергічного риніту (АР), atopічного дерматиту (АД) серед дітей 6-7 років у порівнянні з даними, наведеними 19 років тому у дослідженні Акоюн А. З., Ласиці О. І. (Київ, 2000 р.). Серед дітей 13-14 років поширеність АР і АД також зросли з роками, а от астми дещо знизилась, але при цьому відмічається більш тяжкий її перебіг ($p=0,005$, $\chi^2=7,70$). Прослідковується гіподіагностика астми у дітей, особливо молодшого віку. Так, поширеність візінгу за останні 12 місяців, наприклад, у дітей 6-7 років складає 18,7%, а діагностика астми – лише 1,9%. Схожа тенденція прослідковується і в інших вікових категоріях. Що підтверджується й при верифікації діагнозу на другому етапі дослідження. Рівень візінгу за останні 12 місяців серед обстежених дітей склав 76,3%, при цьому астма встановлена у 43,7% (з них до 5 років -18 дітей з 59), що складає половину від кількості дітей, що мали епізоди візінгу за життя. Поширеність АР серед обстежених за опитуванням на рівні 77,0%, а вперше діагностований АР у 95/135 (70,4%) дітей. Прояви АД батьки відмітили у 52 (38,5%) дітей, а верифіковано діагноз вперше у 39 дітей (28,9%). Слід зазначити, що у 45,9% обстежених відмічались коморбідні стани, а ізольовано астма – лише у 11,8% дітей, АР – у 25,9%, а АД – у 6,7% випадків.

Висновки. 1. Рівень поширеності астми, алергічного риніту, atopічного дерматиту у дітей різних вікових категорій залишається досить високим. 2. Спостерігається деяке зниження показників розповсюдженості астми серед дітей 13-14 років по Київському регіону, але при цьому відмічається більш тяжкий перебіг захворювання. 3. Звертає на себе увагу

гіподіагностика АЗ, особливо астми та особливо серед дітей молодшої вікової групи. 4. АЗ рідше зустрічаються у вигляді монопатології, близько 50% – це коморбідні стани.

**ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК ПРИ
КИСТАХ ЯЄЧНИКІВ**
IMPAIRED FEMALE REPRODUCTIVE FUNCTION UNDER OVARIAN CYSTS
Дякунчак Ю. Р. (Dyakunchak Y. R).

Науковий керівник – зав. кафедри акушерства, гінекології та перинатології
ФПДО, проф. Пирогова В. І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО

Актуальність теми. Серед новоутворів жіночих статевих органів одне з перших місць займають кисти та доброякісні пухлини яєчників. Частота виникнення кист та доброякісних пухлин яєчників за даними різних авторів за останні 10 років зросла до 20%. Не зважаючи на проведені дослідження, присвячені вивченні репродуктивного здоров'я жінок з кистами та доброякісними пухлинами яєчників, досі не вирішена проблема відновлення фертильності. Труднощі диференційної діагностики, відсутність чітких критеріїв для вибору оптимального методу лікування та негативні впливи на подальшу репродуктивну функцію жінки не залишають сумнівів щодо актуальності даної теми.

Мета дослідження. Оцінити частоту виникнення порушень репродуктивної функції у жінок з кистами яєчників.

Матеріали та методи. Проаналізовано випадки виникнення кист яєчників у жінок віком від 18 до 40 років, які відповідно до вибору лікувального алгоритму були поділені на 2 групи: консервативне лікування(50), оперативне лікування(50).

Результати дослідження. Середній вік жінок склав $28,3 \pm 2,6$ років. Серед перенесених раніше гінекологічних захворювань 16% випадків склав кольпіт, бактеріальний вагіноз – 32%. Звертала на себе увагу значна частота патології щитоподібної залози (дифузний зоб – 9%, аутоімунний тиреоїдит – 13%), інша соматична патологія зустрічалась з приблизно однаковою частотою ($p > 0,05$). Частка виникнення перекруту киста яєчника серед іншої ургентної патології склала 12%.

Висновки. У хворих з кистами та доброякісними пухлинами яєчників мають місце ряд патогенетично важливих ознак порушення репродуктивної функції: безпліддя різного генезу (32,1%), порушення менструального циклу (59,4%), висока частота запальних процесів органів малого тазу (41,7%). Зважаючи на достатньо високі показники виникнення порушень репродуктивної функції жінок з кистами яєчників слід створити оптимальний

діагностично-лікувальний алгоритм і реабілітаційно-профілактичні заходи з метою покращення репродуктивної функції.

ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПАЦІЄНТІВ З МАЯЧНИМИ ІДЕЯМИ ВПЛИВУ ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРУ ШИЗОФРЕНІЇ

THE STUDY OF COPING-STRATEGIES IN PATIENTS WITH DELUSION OF CONTROL IN CASE OF SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Загарійчук О. В. (Zahariichuk O.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології

Актуальність теми. Незважаючи на давню історію вивчення маячних ідей актуальними до теперішнього часу є дослідження, що стосуються пошуку факторів, які впливають на рівень соціального функціонування. Однозначно одним з таких факторів є стратегії поведінки пацієнтів.

Мета дослідження. Дослідити копінг-стратегії пацієнтів шизофренічного спектру розладів з маячними ідеями впливу

Завдання дослідження. Порівняти стратегії поведінки у пацієнтів з маячними ідеями впливу в залежності від змісту маячнів.

Матеріали та методи. Наведено результати фрагменту дисертаційного дослідження, що проведено на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ, Україна); клінічна база - ТМО «ПСИХІАТРІЯ».

За умови інформованої згоди було обстежено 132 пацієнти з маячними ідеями впливу. Психодіагностичне дослідження проводилось з допомогою методики діагностики копінг-механізмів (HeimE.,1996). Згідно змісту маячних ідей пацієнти з ШСР були розподілені на 2 групи (1 група: МІВ містичного контенту та 2 група: МІВ побутового контенту). У вибірку ввійшли хворі віком від 18 до 60 років.

Результати дослідження. Проаналізувавши когнітивні, емоційні та поведінкові копінг-стратегії були виявлені адаптивні, відносно адаптивні та негативні копінг-стратегії в обох групах. У 1-ій групі налічувалось 74 хворих з містичним змістом маячних ідей впливу, з них: 46% (34 особи) чоловіки та 54% жінок (40 осіб). У 2-ій групі – 58 хворих з побутовим контентом маячних ідей впливу, з них: 64% (37 осіб) чоловіки та 36% (21 особа) жінки. Середній вік обстежуваних 1гр: 37 ±10 років, 2 гр: 34±11 років.

Серед 1 гр розподіл по когнітивним копінг-стратегіям становив 44,6% адаптивних варіантів копінг-поведінки, 27% - відносно адаптивних та 28,4% неадаптивних варіантів копінг-стратегій. Емоційні копінг-стратегії: адаптивні 58,6%, відносно адаптивні: 16,2%, негативні: 27%. Поведінкові копінг-

стратегії розподілились: адаптивні – 37,8%, відносні – 36,5%, неадаптивні – 25,7%.

Серед 2 групи: адаптивний копінг - 24,1%, відносний – 29,3%, неадаптивний – 46,6%. Емоційні копінг-стратегії адаптивні – 51,7%, відносні – 27,6%, неадаптивні 20,7%. Поведінковий адаптивний копінг – 46,6%, відносний – 22,4%, неадаптивний – 31%.

Висновки. Адаптивний варіант когнітивних копінг-стратегій вдвічі більший у 1-ій групі. У 2-ій групі неадаптивний варіант когнітивних стратегій вдвічі більший у порівнянні з 1-ю групою. Емоційні прояви неадаптивних копінг- стратегій вищі на 7% у 1-ій групі. Розподіл адаптивних та неадаптивних варіантів копінг-поведінки у 2-ї групи однаково високі, коли у 1-ї групи відносно-адаптивні поведінкові копінг-поведінки разом з адаптивними переважають над неадаптивними.

Суттєва різниця в групах пацієнтів у когніціях, емоціях та поведінці вказує на різні варіанти стратегій прояву поведінки в обох групах. Виявлено вищу емоційність у хворих з містичним контентом переживань маячних ідей впливу та неадаптивний варіант когнітивних копінг стратегій у пацієнтів 2 групи. Дані результати поведінкових стратегій в обох групах зумовлюють потребу подальшого прицільного дослідження.

КОРРЕЛЯЦИЯ ПОЛНОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА (ПМО) ОПУХОЛИ С ВЫЖИВАЕМОСТЬЮ ПРИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО (НМРЛ) III А СТАДИИ

Захарычев В. Д., Малярчук К. А.

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика
Кафедра онкологии

Актуальность темы. ПМО после неоадьювантного лечения, и его значение для выживаемости пациентов с НМРЛ в последнее время привлекает все большее внимание. Отмечена зависимость продолжительности жизни, пациентов от степени морфологического ответа опухоли.

Цель исследования. Изучить степень морфологического ответа опухоли на неоадьювантную химиолучевую терапию (НХЛТ) и неоадьювантную химиотерапию (НХТ) больных НМРЛ III А стадии и определить наличие корреляции ее с выживаемостью.

Материалы и методы. Выполнен анализ результатов комплексного лечения 38 пациентов с НМРЛ III А стадии и последующей радикальной операцией. Изучена степень морфологического ответа опухоли. Всем больным было проведено 2-4 курса ХТ по схеме цисплатин/карбоплатин + паклитаксел. Сопутствующая лучевая терапия выполнялась в режиме

ежедневних сеансов по 2 Гр (5 раз в неделю) в суммарной дозе 30,5 – 40 Гр. Операция выполнялась через 3 недели после окончания неоадьювантной терапии. Проведён анализ степени морфологического ответа опухоли с выживаемостью пациентов. Для сравнения исследована частота ПМО после неоадьювантной химиотерапии у пациентов с НМРЛ IIIA стадии.

Результаты исследования. Из 38 пациентов ПМО выявлен у 7 (18%) пациентов. Продолжительность жизни у этих пациентов составила от 2 до 9 лет со средним значением 45 месяцев. Еще у 5(11%) пациентов выявлена высокая степень морфологического ответа (ОЖОТ \geq 12,5%). Продолжительность жизни этих пациентов составила от 4,6 до 10,1 лет, среднее значение продолжительности жизни - 39 мес. В группе пациентов, получавших неоадьювантную химиотерапию, ПМО получен у 3%.

Продолжительность жизни пациентов, после НХЛТ без учета ПМО составила от 8,5 до 120 мес со средним значением выживаемости 29 мес.

Количество послеоперационных осложнений в обеих группах достоверно не различалось.

Выводы. Выживаемость пациентов НМРЛ IIIA стадии после НХЛТ с ПМО была достоверно выше по сравнению с пациентами, у которых не было отмечено ПМО. ПМО значительно чаще возникает после НХЛТ, чем после НХТ при том, что различия в особенностях послеоперационного периода и количестве осложнений у пациентов при сравнении обоих видов лечения практически отсутствуют.

**РЕЗУЛЬТАТИ КАТАМНЕСТИЧНОГО АНАЛІЗУ КЛІНІКО-
ДІАГНОСТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГЕМОРАГІЧНОГО
ВАСКУЛІТУ (IgA-ВАСКУЛІТУ) У ДІТЕЙ**
RESULTS OF THE CATAMNESTIC ANALYSIS OF CLINICAL AND
DIAGNOSTIC FEATURES OF IgA-VASCULITIS IN CHILDREN

Кваченюк О. Г. (Kvacheniuk O. H.), Охотнікова О. М. (Okhotnikova O. M.)
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра педіатрії №1

Актуальність теми. Не зважаючи на те, що поглиблене вивчення геморагічного васкуліту (ГВ) ведеться з початку ХХ століття, етіологія та патогенез даного захворювання і досі потребує уточнення. Дотепер лишається актуальним питання пошуку найінформативніших маркерів несприятливого перебігу та розвитку ускладнень даного захворювання у дітей. Дослідження еволюції хвороби може дозволити розширити розуміння причинно-наслідкових зв'язків ГВ та дозволить проаналізувати ефективність сучасної терапії.

Матеріали і методи. Проведено катамнестичний аналіз особливостей анамнезу, клініко-лабораторних характеристик і еволюції перебігу ГВ у дітей

за даними анкетування та карт стаціонарного хворого 48 пацієнтів, що проходили лікування у соматичних відділеннях Національної дитячої спеціалізованої лікарні (НДСЛ) «ОХМАТДИТ» (м. Київ) за період з 2011 по 2018 роки.

Отримані результати. Аналіз факторів, що сприяли розвитку хвороби, показав, що частіше дебюту ГВ передували вірусно-бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (31,3 %). 23 % дітей мали напередодні або на момент дебюту захворювання інші інфекційні захворювання (стрептодермію, гострий отит тощо). У 12,5 % дітей розвиток захворювання було пов'язано із вживанням у їжу харчових алергенів (червоного болгарського перця, яйця, копченої риби тощо). 1 дитина (2,1 %) напередодні появи клінічних ознак ГВ мала оперативне втручання (апендектомію). 8,3 % дітей на момент дебюту захворювання отримували лікування лікарськими засобами (антибіотики, протигельмінтний препарат). У 4,2 % дітей за два тижні до появи клінічних проявів ГВ було проведено щеплення. В анамнезі 18,6 % дітей не вдалося встановити причину захворювання.

Індивідуальний алергологічний анамнез був обтяженим до дебюту ГВ більше ніж у третини дітей (37,5 %), з яких 38,9 % мали прояви харчової алергії, у 27,8 % відзначалася медикаментозна алергія, 11,1 % мали встановлений діагноз «алергічний ринокон'юнктивіт», 11,1 % - atopічний дерматит, алергічні реакції на укуси комах було задокументовано у 11,1 % пацієнтів.

За даними опитування встановлено, що у 58,3 % дітей, які перенесли ГВ, відмічено розвиток алергічної патології, з яких 32,1 % на даний момент мають алергічні прояви при вживанні продуктів харчування, 39,2 % мають алергію на медикаментозні препарати, у 17,9 % встановлено діагноз «алергічний ринокон'юнктивіт» і 10,7 % опитаних діагностовано atopічний дерматит. 2,1 % опитаних мали в анамнезі розвиток автоімунних захворювань (імунна тромбоцитопенічна пурпура) після дебюту ГВ.

Аналіз клінічної картини показав, що у 31,3 % хворих ГВ мав тяжкий хвилеподібний перебіг із стійкими проявами ураження шкіри, наявністю некротичних елементів, вираженим абдомінальним синдромом, розвитком нефриту. 54,2 % дітей мали рецидиви захворювання.

Висновки. Еволюція ГВ у дітей за останні 8 років характеризується збільшенням питомої ваги уражень усіх відділів органів травлення. Відбувається зростання частоти випадків ГВ у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом. Крім того, відзначається чітка тенденція до розвитку алергічної патології у дітей, які перехворіли на ГВ. Таким чином, подальше визначення ролі алергічного запалення у розвитку ГВ дозволить науково обґрунтувати діагностичні та лікувальні підходи для вчасного

виявлення алергічної патології та розробки нових схем менеджменту дітей з ГВ на різних етапах спостереження.

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДИКИ ПЕРЕМІЩЕНОГО ШКІРНОГО ЛОСКУТУ ЗА ЛІМБЕРГОМ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПІЛОНІДАЛЬНОЇ КІСТИ КУПРИКА
RATIONALE FOR THE CHOICE OF THE TECHNIQUE OF THE DISPLACED SKIN FLAP BY LIMBERG IN THE SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE

Книвець М. А. (Knivets M. A.)

Комунальне некомерційне підприємство
«Київська міська клінічна лікарня №6»
Кафедра загальної та невідкладної хірургії

Актуальність теми. Пілонідальна кіста (від лат. слів *pulus* – волосся та *nidus* – гніздо) – аномалія шкіри та підшкірної клітковини в міжсідничній щілині, крижово-куприкової ділянки, що часто містить шматочки волосся та шкіри. У міжнародній статистиці відзначають чітку тенденцію до зростання захворювання на пілонідальну кісту (із 48 випадків на 100 тис. населення у 2000 р. до 97 випадків у 2013 р.). За останні десятиліття в економічно розвинених країнах значно зросла кількість хворих з патологією тканин промежини та тазового дна [1]. На сьогодні існують такі основні види хірургічного лікування: висічення пілонідальної кісти та відкрите ведення рани; висічення пілонідальної кісти з частковим закриттям рани; висічення з повним ушиванням рани [2-4,5]. Одним із радикальних методів в обсязі висічення пілонідальної кісти з первинним повним закриттям рани переміщеним шкірним лоскутом за Лімбергом або шкірно-фасціальним лоскутом [3,4].

Пацієнти прооперовані з приводу пілонідальної кісти куприкової ділянки, в післяопераційний період довгий час перебувають непрацездатними за рахунок перебування на стаціонарному лікуванні та реабілітації.

Мета дослідження. Зменшити час перебування, час реабілітації пацієнта та період непрацездатності.

Матеріали та методи. В умовах II-го хірургічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 6 за період з 2017 по 2019 роки було прооперовано 68 хворих з пілонідальною кістою. Хворих було поділено на дві групи. Основну групу склали 42 пацієнти прооперовані за методикою переміщення шкірних лоскутів за Лімбергом. 39 пацієнтів склала порівняльна група, які були прооперовані класичним методом.

Методика переміщення шкірного лоскуту за Лімбергом полягає у переміщенні зустрічних шкірно-підшкірних лоскутів трикутної форми (використовують шкірні клапти з кутом по 60° або 75°) на широкій ніжці,

де один з лоскотів переміщується в ділянку дефекту тканин після висічення ураженої. Трикутні лоскути живляться за рахунок судин переміщених тканин, що забезпечує загоєння рани первинним натягом.

Класичний спосіб оперативного втручання полягає в лінійному висіченні епітеліальних куприкових ходів з формуванням первинного лінійного шва. Слід зазначити, що ступінь натягу при використанні даної методики залежить від об'єму висічених тканин, як наслідку розповсюдженості процесу.

З інструментальних методів дослідження застосовувались ультразвукове сонографічне обстеження куприкової ділянки. Проведені загальноклінічні обстеження. Для визначення змін в тканинах проводились патоморфологічні дослідження.

Результати дослідження. Опрацювавши та проаналізувавши отримані дані, бачимо зменшення в основній групі частоти ускладнень у вигляді сероми майже в 2 рази, рецидивів у 3 рази, прорізання швів у 7 разів, скорочення тривалості активного дренивання з $4,4 \pm 0,5$ до $3,1 \pm 0,5$ діб ($p < 0,05$); скорочення тривалості стаціонарного лікування склала з $8,6 \pm 0,5$ до $5,6 \pm 0,3$; ліжко-днів ($p < 0,05$).

Висновки. Дана методика, переміщення за Лімбергом, порівняно з класичним лінійним висіченням, змінює вектор натягу післяопераційного рубця, що дає можливість зменшити час перебування хворого в стаціонарних умовах, зменшує час реабілітації пацієнта та період непрацездатності.

Література.

1. Harlak A., Mentis O., Kilic S. et al. Sacrococcygeal pilonidal disease: analysis of previous lyproposed risk factors. Clinics (Sao Paulo). – 2010. – Feb. 65 (2):125-31
2. Osnovy koloproktologii / Pod red. Prof. G.I. Vorobyova. – Rostov na Donu: Feniks, 2001. – 416s.
3. Pomazkin V.I. Hirurgichne likuvanny aepitelialnogo kuprykovogo hodu. "Vestnik hirurgii", 2007.
4. Trenin S.O. Lechenie epitelialnogo kopchikovogo hoda// Hirurgiya.- 2005, #2.-S.43-48.

**ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА KLK4
В ОСІБ З НЕКАРІОЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЗУБІВ НА ТЛІ
ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**
*DETERMINATION OF THE INFLUENCE OF KLK4 GENE POLYMORPHISM
IN PEOPLE WITH TEETH EROSION AT THYROID DYSFUNCTION*

Ковальова М. А.

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

Актуальність теми. Дисфункція щитоподібної залози (ЩЗ) має негативний вплив як на загальний стан людини, так і на здоров'я порожнини рота в цілому. Рання ідентифікація вказаних порушень надає можливість не допустити виникнення або подальшого розвитку стоматологічних захворювань. Відомо, що стоматологічне здоров'я пацієнта пов'язане із надлишком або нестачею гормонів щитоподібної залози [*J.Res Adv Dent 2015; 4:1s:190-196.*]. Гіпертиреоз - це стан, викликаний нерегульованою, надмірною продукцією тиреоїдних гормонів, більш серйозним наслідком гіпертиреозу є тиреотоксикоз [*James W.Little. Thyroid disorders. Part II: hypothyroidism and thyroiditis. OOOE. 2006; 102(2):p.148-153.*]. В осіб з гіпертиреозом визначається збільшена сприйнятливість до карієсу зубів, гіперестезія твердих тканин зубів (ГТТЗ) I-III ступеня, раннє прорізування зубів, ерозії зубів з швидкоплинним перебігом. Сучасні дослідження вказують на стійку тенденцію до збільшення кількості хворих з некаріозними ураженнями на тлі ендокринної патології. За даними D.Richards 2013, частота звернень таких пацієнтів за останні 20 років зросла майже на 40%, домінуючим захворюванням серед яких була ГТТЗ, тоді як частота звернень з приводу карієсу та його ускладнень навіть дещо зменшилась [*David G.Gillan, 2019.*]. Коли в тканинах-мішенях недостатньо тиреоїдних гормонів та визначається підвищений рівень ТТГ (>5,5 мкМЕ/мл) і низький рівень циркулюючого вільного Т4, це свідчить про гіпотиреоз. Але дослідження по даному питанню суперечливі та потребують подальшого вивчення [*Z.Baloch, P.Carayon, 2013; 13: 3-126.*]. В зв'язку з цим, представляє інтерес пошуку нових, удосконалених методів діагностики некаріозних уражень зубів на тлі дисфункції ЩЗ за допомогою інформативного гену KLK4, який є відповідальним за дозрівання емалі зубів [*J.P.Simmer, 2010.*].

Мета дослідження. Встановити вплив поліморфізму гена KLK4 в осіб з некаріозними ураженнями зубів на тлі дисфункції щитоподібної залози з визначенням можливості його включення в програму ранньої діагностики попередження розвитку чи прогресування цієї поєднаної патології.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 35 осіб (I група) з дисфункцією щитоподібної залози та 20 осіб (II група) без порушення функції ЩЗ віком до 59 років. При проведенні стоматологічного обстеження були використані традиційні об'єктивні клініко – інструментальні методи обстеження для визначення наявності ГТТЗ і була проведена її диференціація (Г.Ф. Білоклицька, О. В. Копчак 2008). Для постановки діагнозу користувалися класифікацією Ю.А. Федорова, В.А. Дрожжиної (2010).

Оскільки обстежені пацієнти, мали стоматологічні проблеми на тлі ендокринної патології, нами була проведена оцінка ролі генетичної детермінанти в розвитку порушення функції щитоподібної залози. У всіх

обстежених проведено молекулярно - генетичне дослідження букального епітелію внутрішньої поверхні щоки для визначення гену *KLK4* за допомогою використання алельспецифічних ПЛР і ПЦРП-ПЛР. Усіма учасниками дослідження було заповнено інформаційну згоду на обстеження. Статистичний аналіз проведений з використанням програми Microsoft Office Excel.

Результати дослідження. При дослідженні поліморфізму rs2664152 T>G за геном *KLK4* нами виявлено достовірні відмінності між групою I та групою II за алелями досліджуваного поліморфізму гену (табл. 1).

Таблиця 1 – Частота розподілу поліморфних варіантів та алелів за геном *KLK4*

Генотипи / алелі	Група I n=35		Група II n=20		Результати статистичного аналізу			
	n	%	n	%	χ^2	p	OR	95CI
GG	3	8,57	12	60,00	14,48	0,001	0,06	0,01-0,28
GA	14	40,00	5	25,00	0,69	0,406	2,00	0,59-6,76
AA	18	51,43	3	15,00	5,7	0,017	6,00	1,49-24,21
G	20	28,57	29	72,50			0,15	0,06-0,36
A	50	71,43	11	27,50	18,15	0,001	6,59	2,77-15,67

Висновки. У обстежених пацієнтів встановлено наявність вірогідного ($p < 0,05$) зв'язку між розвитком ГТТЗ та дисфункцією щитоподібної залози. Отримані результати дають змогу використовувати ген *KLK4* для ранньої попередньої діагностики розвитку чи прогресування поєднаної патології некаріозних захворювань твердих тканин зубів та патології щитоподібної залози.

ВЗАМОЗВ'ЯЗОК ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ З КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

THE INTERRELATIONSHIP BETWEEN IRON DEFICIENCY ANEMIA AND THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC ISCHEMIC HEART FAILURE

Коновалова М. О.

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Михайловська Н. С.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Актуальність теми. Серед хворих віком старше 70 років поширеність хронічної серцевої недостатності (ХСН) становить 10-15%. Супутня залізодефіцитна анемія погіршує перебіг ХСН за рахунок збільшення клінічної вираженості симптомів, підвищення частоти повторних госпіталізацій та смертності. Тому вивчення особливостей перебігу ХСН ішемічного генезу

на тлі залізодефіциту з метою удосконалення лікування цих хворих є актуальним питанням сучасної медицини.

Мета роботи. Оцінити вплив супутньої залізодефіцитної анемії на клінічний перебіг ХСН ішемічного генезу.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний когортний аналіз 106 медичних карток стаціонарних хворих на ХСН ішемічного генезу із супутнім анемічним синдромом (вік – 75,5 (54;93). Критерії виключення у дослідження: гострий ІМ, супутня онкопатологія, гостра кровотеча під час періоду спостереження. Оцінено дані загальноклінічного огляду, результати лабораторних та інструментальних методів дослідження. Статистична обробка результатів проведена відповідно до сучасних вимог.

Результати та обговорення. За період січень 2016 – березень 2019 рр. серед 106 хворих з ХСН ішемічного генезу та супутнім анемічним синдромом виявлено 52 пацієнта із залізодефіцитною анемією (ЗДА), що склало 56,6%. У 40,9% спостерігалась ЗДА легкого ступеня, у 34,55% – середнього, важка – 24,55% хворих. Медіана рівня гемоглобіну (Hb) – 89 (23; 118) г/л, еритроцитів – $2,6 (1,05; 3,65) \times 10^{12}/л$, середній рівень заліза – $6,09 \pm 5,47$ мкмоль/л, середній рівень загальної залізо зв'язуючої здатності сироватки (ЗЗЗС) – $64,09 \pm 15,35$ нмоль/л.

Виявлено, що 18,64% хворих на ЗДА мали І стадію ХСН, ПА – 54,24%, ПБ – 22,03%, ПІІ – 5,09%; серед таких пацієнтів найбільшу кількість становили хворі з ІІІ функціональним класом (ФК) ХСН (57,63%), І ФК – 3,4%, ІІ – 30,5%, ІІІ – 8,47%. Знижену фракцію викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) мали 51,6% хворих, а відсоток хворих зі збереженою та проміжною ФВ ЛШ був однаковим – по 24,2% відповідно.

Виявлені прямі кореляційні зв'язки середньої сили між ФВ ЛШ та рівнями Hb і сироваткового заліза ($r_s = +0,51$, $r_s = +0,36$ відповідно; $p < 0,05$), що свідчить про вплив важкості ЗДА на розвиток систолічної дисфункції ЛШ; ЗЗЗС мала прямий кореляційний зв'язок середньої сили із ШКФ ($r_s = +0,48$; $p < 0,05$). Наявність ЗДА у хворих на ХСН ішемічного генезу вірогідно підвищувала частоту виникнення шлуночкових екстрасистол (ЕС) в 1,4 рази (95% ДІ 1,177-1,651), фібриляції передсердь (ФП) в 1,6 рази (95% ДІ 1,006-2,636).

Висновки. Серед супутнього анемічного синдрому при ХСН ішемічного генезу в 56,6% випадків спостерігається ЗДА легкого та середнього ступеня важкості. Знижений рівень Hb та сироваткового заліза асоційований зі зменшенням ФВ ЛШ, знижена ЗЗЗС – зі зменшенням ШКФ. У хворих на ХСН ішемічного генезу супутня ЗДА підвищує частоту виникнення аритмічних порушень: шлуночкових ЕС в 1,4 рази, ФП в 1,6 рази.

ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ КІЛЬКОСТІ ВИСОКИХ АМПУТАЦІЙ ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

WAYS TO REDUCE THE NUMBER OF HIGH AMPUTATIONS IN DIABETIC FOOT SYNDROME

Крижевський Є. Є. (Kryzhevskiy Y. Y.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра загальної та невідкладної хірургії

Актуальність теми. Як прогнозували багато експертів, поширеність цукрового діабету (ЦД) продовжує збільшуватися. Близько 425 мільйонів людей у всьому світі страждає на ЦД, половина з них не діагностована (International Diabetes Federation 2018).

Цукровий діабет збільшує ризик виконання ампутації нижніх кінцівок, однак цьому приділяється менше уваги, ніж діабетичній офтальмопатії, нирковим та серцево-судинні ускладнення цього порушення обміну речовин. У США більше половини нетравматичних ампутацій виконуються внаслідок такого ускладнення цукрового діабету як синдром діабетичної стопи [Edward J Войко 2018].

Синдром діабетичної стопи (СДС), ускладнений трофічними порушеннями в ділянці стоп, є основною причиною нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок. Вважається, що кожні 30 секунд у світі відбувається ампутація нижньої кінцівки з приводу даної проблеми [Laura Nigi 2019,].

Після виникнення гнійно-запальних процесів при СДС п'ятирічна летальність збільшується, і знаходиться в межах від 43% до 55% і до 74% для пацієнтів після високої ампутації нижніх кінцівок (Robbins JM 2008).

У зв'язку з цим місцеве лікування ран стоп залишається вкрай складним та актуальним завданням, особливо у випадку коли загальний стан хворих обтяжений дисметаболічними порушеннями на тлі цукрового діабету (M. A. Fonder 2008).

Мета дослідження. Зменшити число високих ампутацій та покращити результати лікування хворих на синдром діабетичної стопи застосовуючи новітні методи лікування.

Матеріали та методи. В дослідження увійшли 341 хворих на СДС які були проліковані у відділенні гнійної хірургії Київської міської клінічної лікарні №6 в 2017 та 2019 роках. В 2017 р. на лікуванні знаходилось 165 хворих на СДС з них в III – V стадіях за Wagner 118 хворих, а саме: III – 45 хворих (38,2%), IV – 53 хворих (44,9%) та V – 20 хворих (16,9%). В 2019 р. на лікуванні знаходилось 176 хворих на СДС з них в III – V стадіях за Wagner 123 хворих, а саме: III – 37 хворих (30,1%), IV – 63 хворих (51,2%) та V – 23 хворих (18,7%).

Хворим виконувалась доплерографія артерій нижніх кінцівок, рентгенографія стоп в 2х проекціях, аналіз крові на рівень HbA1c, загальноклінічні аналізи.

Пацієнти були розподілені на дві групи, до першої групи (основної) увійшло 57 пацієнтів, та другої групи (порівняння) 21 хворих.

Основній групі хворих з гнійно-запальними процесами при СДС після хірургічного втручання, обробку ранової поверхні здійснювали за допомогою апарату «Плазон», який генерує повітряно-плазмові потоки, що містять оксид азоту в режимі деструкції, після кожної процедури на ранову поверхню наносять аплікаційний сорбент, який складається пірогенного нанокремнезему з іммобілізованим на його поверхні орнідазолом (Отримано Патент України на корисну модель №112523), в післяопераційному періоді внутрішньовенно застосовували препарат на основі аргініну гідрохлориду та левокарнітину 100 мл 1 раз в день, кожен день проводиться NO-терапія на ранову поверхню, зону набряку і гіперемії в режимі стимуляції. Всього курс лікування займає від 5 до 14 діб, в залежності від розмірів рани та характеру протікання ранового процесу [Отримано Патент України на корисну модель №137999].

В групі порівняння лікування проводилось в першій фазі ранового процесу 10% розчином хлористого натрію з подальшим застосуванням мазі на гідрофільній основі яка містить хлорамфенікол, метилурацил та допоміжну речовину поліетиленгліколь.

Результати дослідження. В 2017 р. хворих в III стадії СДС було госпіталізовано на 4,8% ($p < 0,05$) більше в порівнянні з 2019 роком. В 2019 р. хворих в IV стадії СДС було на 6,3% ($p < 0,05$) більше в порівнянні з 2017 роком. В 2019 р. хворих в V стадії СДС госпіталізовано на 0,7% більше в порівнянні з 2017 роком ($p > 0,05$).

В основній групі очищення рани відбулось на $3,2 \pm 0,17$ добу, поява грануляцій на $4,3 \pm 0,13$ добу, крайова епітелізація на $5,1 \pm 0,19$ добу ($p < 0,05$). В групі порівняння очищення рани відбулось на $7,2 \pm 0,19$ добу, поява грануляцій на $8,1 \pm 0,23$ добу, крайова епітелізація на $9,5 \pm 0,25$ добу ($p < 0,05$).

Висновки.

1. Збільшення кількості високих ампутацій в 2019 р. по відношенню з 2017 р. на 0,7% обумовлене пізнім зверненням за допомогою.

2. Застосування NO-терапії в поєднанні з аплікаційним сорбентом нового покоління, рання діагностика та мультидисциплінарний підхід до лікування дозволить зменшити кількість високих ампутацій, знизити летальність та суттєво покращити якість життя пацієнтам з синдромом діабетичної стопи.

**ВИЗНАЧЕННЯ N-КІНЦЕВОГО ФРАГМЕНТУ МОЗКОВОГО
НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПРОПЕПТИДУ У ХВОРИХ
НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**
*DETERMINATION OF N-TERMINAL FRAGMENT OF BRAIN NATRIURETIC
PROPEPTIDE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS*

Кузык І. О. (Kuzuk I. O.)

Національна медична академія імені П. Л. Шупика (м. Київ)
Кафедра сімейної медицини

Актуальність теми. Згідно статистичних даних 40% хворих на ревматоїдний артрит (РА) помирають від серцево-судинних захворювань (ССЗ) та серцево-судинних ускладнень (ССУ), таких як хронічна серцева недостатність (ХСН), інфаркт міокарда, мозковий інсульт. Найчастіше розвивається діастолічна серцева недостатність за рахунок порушення діастолічного наповнення порожнин та розслаблення стінок серця, а також ремоделювання міокарда. У відповідь на розтягнення стінок та об'ємне перевантаження, кардіоміоцити передсердь і шлуночків виробляють натрійуретичні пептиди (НУП).

В літературі недостатньо даних про те, чи може NT-proBNP мати прогностичну цінність щодо майбутніх серцево-судинних подій у хворих на РА без будь-яких клініко-інструментальних проявів ССЗ.

Мета дослідження. Дослідити рівні NT-proBNP у хворих на ревматоїдний артрит без клініко-інструментальних проявів ССЗ.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на кафедрі сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Було обстежено 56 хворих на РА з різним ступенем активності артриту віком 18-44 роки. Серед них було 38 жінок і 18 чоловіків. Критерієм виключення була наявність будь-яких серцево-судинних, інфекційних захворювань та захворювань внутрішніх органів. В контрольну групу увійшли 28 практично здорових осіб, порівнюваних з основною групою за віком і статтю. Нормальним вважається рівень NT-proBNP не більше 300 пг/мл.

Результати та обговорення. Підвищений рівень NT-proBNP виявився у 42 (75%) хворих основної групи. В цій групі середній рівень (Me) NT-proBNP склав 3280 пг/мл (760 - 5800 пг/мл). В 4 (14,2%) пацієнтів контрольної групи також виявилися підвищені рівні NT-proBNP із середнім значенням 565 пг/мл (310 - 820 пг/мл) ($p < 0.05$). Було виявлено, що у хворих з високою активністю РА по DAS28 $\geq 5,1$ були найвищі рівні NT-proBNP (3700 пг/мл; 4320 пг/мл; 5800 пг/мл), тоді як найнижчі рівні зафіксовані у хворих з активністю захворювання по DAS28 $\leq 3,2$ та в хворих в стадії ремісії (760 пг/мл; 845 пг/мл; 902 пг/мл).

Висновки. В результаті дослідження виявлено, що хворі на РА без ССЗ мають підвищені рівні NT-proBNP в порівнянні з практично здоровими особами контрольної групи. Значення NT-proBNP можуть залежати від активності захворювання, що ймовірно пов'язано із впливом процесів автоімунного запалення на міокард. Отримані результати можуть мати прогностичну цінність щодо розвитку в майбутньому ССЗ та ССУ у хворих на РА.

**РОЛЬ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В
ВЕРИФІКАЦІЇ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ**
*THE ROLE OF IMMUNOGISTOCHEMICAL METHODS OF RESEARCH IN
VERIFICATION OF OBSTETRIC PATHOLOGY*

Лабя О. В. (Laba O. V).

Науковий керівник – д. мед. н, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Пирогова В. І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО

Актуальність теми. Недостатність вітаміну D вважають однією з проблем охорони здоров'я у всьому світі. За результатами визначення рівня вітаміну D у сироватці крові населення України нормальний рівень зареєстрований тільки у 4,6 %, недостатність – у 13,6 %, дефіцит – у 81,8 %. Особливо тривожна ситуація щодо статусу вітаміну D у вагітних та немовлят. Виходячи з даних системного огляду і метааналізу досліджень, проведених у 2014 рр. щодо рівня вітаміну D у вагітних та новонароджених, стає зрозумілим, що ця частка населення становить групу підвищеного ризику розвитку D-гіповітамінозних станів. Участь вітаміну D у регуляції репродуктивної функції підтверджується наявністю вітамін D-гідроксилазних ензимів в яєчниках (особливо у гранульозних клітинах), гіпофізі, молочній залозі, а також в ендометрії та плаценті, що підтверджує локальний синтез гормональних метаболітів вітаміну. Не менш важливе значення має статус вітаміну D на репродуктивну функцію жінки, починаючи з моменту імплантації та протягом усього періоду вагітності, що зазвичай має вплив на стан плода та формування в майбутньому різноманітної патології в дитини.

Мета роботи. Оцінити роль імуногістохімічних методів обстеження (оцінка рівня вітаміну D у плаценті жінок), як маркера акушерської патології.

Матеріали та методи. Скринінгове імуногістохімічне дослідження з визначення рівня вітаміну D у плаценті було проведено в умовах КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний перинатальний центр» у 2019 р. До обстеження було залучено 10 жінок у віці від 27 до 38 років. Дизайн дослідження – рандомізоване, проспективне. Забір біоматеріалу та його опрацювання проводилось відповідно до стандартів проведення

рандомізованих наукових досліджень, після отримання попередньої згоди жінок на його проведення. Усі жінки включені у дослідження були розділені на дві групи – основна група п'ять жінок з передчасними пологамі, контрольна - п'ять жінок з нормальним перебігом вагітності та пологів. Визначення рівня вітаміну D у плаценті, проводилось у сертифікованій лабораторії.

Результати дослідження. Враховуючи вплив на функцію Т-лімфоцитів та антиген-продукуючих клітин, вважають, що вітамін D виконує роль імунного модулятора під час імплантації. У ранні терміни вагітності трофобласт синтезує і відповідає на вплив вітаміну D, який надає місцеву протизапальну дію та індукує зростання децидуальної тканини для успішної вагітності. Результати досліджень проведені Evans K.N.et al., 2006, свідчать про підвищений синтез активних форм вітаміну D децидуальною тканиною в I триместр вагітності, який паракринним шляхом модулює імунні взаємозв'язки між організмом матері та ембріоном і є дієвим імуномодулятором, який здатен одночасно стимулювати механізми протиінфекційного захисту й пригнічувати автоімунні реакції.

За результатами проведеного дослідження у 4 (80 %) жінок основної групи було стверджено наявність вітаміну D, і лише у однієї жінки (20%) з медикаментозно некоригованою преєклампсією важкого ступеня дослідження було негативне. В контрольній групі жінок у 80% спостережень (чотири вагітні) результати дослідження на вітамін D були негативними і лише у однієї реакція була позитивна, і трактована як неспецифічна позитивна слабка ядерна плазматична реакція в поодиноких децидуальних клітинах.

Висновки. Хоча стани дефіциту вітамінів у вагітних достатньо вивчені та добре відомі, зв'язок із вітаміном D є новим напрямком вивчення їх патогенетичних ланцюгів. Отримані результати дозволяють зробити попередній висновок, що імуногістохімічні дослідження визначення наявності та рівня вітаміну D є доцільними і практично значимими, оскільки можуть бути якісним маркером акушерської патології.

СИСТЕМНА ЗАПАЛЬНА ВІДПОВІДЬ ПРИ НЕУСКЛАДНЕНИХ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗАХ

SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE IN MISCELLANEOUS HYPERTONIC CRISIS

Лелюк Д. В.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти», МОЗ України
Кафедра медицини невідкладних станів

Актуальність теми. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною інвалідизації населення. Артеріальна гіпертензія (АГ) - це один

з основних фактор ризику розвитку ішемічної хвороби серця та цереброваскулярної патології, що на 88,1 % визначає рівень смертності від ССЗ.

Мета дослідження. Покращити лікування неускладнених гіпертонічних кризів на догоспітальному етапі шляхом вивчення стану системної гемодинаміки, визначення балансу вегетативної нервової системи, маркерів системної запальної відповіді у хворих на артеріальну гіпертензію при неускладнених гіпертонічних кризах.

Матеріал та методи. Було проведено у 2017-2019 рр. відкрите, проспективне, порівняльне дослідження 206 хворих з документованою ГХ II стадії. Всі хворі були обстежені фізикально, були використані загальноклінічні, інструментальної та лабораторної методи діагностики. Виконано дослідження факторів активації системної запальної відповіді за такими маркерами, як вчСРБ, ІЛ-1 β , ІЛ-10, ФНП- α у сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу, за допомогою стандартних наборів: «ВЧ СРБ-ІФА-Бест», «ІЛ-1 β -ІФА-Бест», «ІЛ-10-ІФА-Бест» і «ФНП- α -ІФА-Бест» згідно з доданою інструкцією. Статистичну обробку отриманих даних проводили із застосуванням пакету прикладних програм PSPP (version 0.10.2, GNU Project, 1998-2016) і Apache OpenOffice (version 4.1, ліцензії GNU GPL).

Результати дослідження. Було проаналізовано показники системної запальної відповіді серед обстежених осіб.

У групі хворих на гіпертонічну хворобу з гіпертонічним кризом відзначалося достовірне збільшення вчСРБ у 3,4 рази рівня 12,98 [9,45-18,61] мг/л проти значення 3,84 [1,93-4,89] мг/л у групі стабільної ГХ. Рівень ФНП- α у групі ГХ з ГК склав 5,02 [2,56-7,66] пг/мл і достовірно перевищував, як рівень 0,86 [0,57-1,26] пг/мл групи стабільної ГХ. Відзначалося достовірне збільшення ІЛ-1 β у групі хворих на гіпертонічну хворобу з кризом у 1,7 рази проти рівня 4,58 [2,51-5,89] пг/мл групи стабільної ГХ. Рівень протизапального цитокіну ІЛ-10 не мав достовірної різниці між групами обстежених осіб ($p > 0,05$).

Висновки. У патогенезі ГХ зміни з боку імунної системи можуть мати істотне значення, виникнення системної запальної відповіді може провокувати розвиток ускладнень при ГК у хворих з ГХ. Тому оцінка маркерів системної запальної відповіді, може бути корисним компонентом стратифікації ризику кардіоваскулярних ускладнень, що потребує подальшого статистичного аналізу.

**КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ТА АСОЦІЙОВАНІ З НИМИ
НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ЗМІНИ У ПАЦІЄНТІВ З МІГРЕННЮ**
*COGNITIVE IMPAIRMENT AND ASSOCIATED NEUROIMAGING CHANGES
IN MIGRAINE PATIENTS*

Магурчак М. П. (Magurchak M.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність теми. Мігрень – поширене неврологічне захворювання, яке характеризується нападами повторюваного пульсуючого переважно одностороннього головного болю середньої або вираженої інтенсивності, що супроводжується фоно- або фотофобією, нудотою чи блюванням, а також низькою толерантністю до рутинних фізичних навантажень.

Поширеність мігрені серед дорослого населення складає близько 10-12%. Згідно даних дослідження Глобального тягара хвороб 2015 року, що визначало кількість втрачених років життя внаслідок погіршень стану здоров'я, мігрень посідає восьме місце серед усіх хронічних захворювань. Когнітивне зниження особливо турбує пацієнтів з мігренню, так як це впливає на їх працездатність та соціальну активність.

Формулювання проблеми. Крім основних симптомів мігрені, що виникають внаслідок сенсорної гіперчутливості (світлобоязнь, звукобоязнь) та нейровегетативної дисфункції (нудота чи блювання), часто пацієнти з мігренню скаржаться на порушення пам'яті, сповільнення процесів мислення під час нападів головного болю, а інколи і в період між нападами. Стандартизовані нейропсихологічні тести підтверджують порушення когніції у пацієнтів з мігренню під час нападу мігренозного головного болю. Численні дослідження когнітивної функції у пацієнтів з мігренню в період між нападами головного болю різнилися результатами: більшість клінічних досліджень показали зниження пам'яті та швидкості обробки інформації, проте дослідження, проведені на основі опитування населення, здебільшого, не підтверджують відмінність між когнітивною функцією у пацієнтів з мігренню та здоровими особами. Нейровізуалізація може послужити корисним інструментом для дослідження змін головного мозку, що асоційовані з основними та додатковими симптомами мігрені, зокрема з когнітивними порушеннями, та кращого розуміння механізмів, що лежать в основі цього захворювання.

Методи проведення літературного пошуку: бібліосемантичний. Було проведено теоретичний аналіз даних сучасних світових наукових досліджень.

Аналіз отриманих даних. Під час нападу мігренозного головного болю, та інколи і в період між нападами, у хворих з мігренню виникають когнітивні дисфункції, такі як знижена швидкість обробки інформації, зниження виконавчих функцій, зорової та вербальної пам'яті, зниження уваги у порівнянні зі здоровими особами. Мігрень з аурую, на відміну від мігрені без аури, супроводжується більш вираженими когнітивними порушеннями, такими як порушення візуально-просторових, виконавчих функцій, пам'яті, уваги та абстрактного мислення. У пацієнтів з хронічною мігренню,

в порівнянні з пацієнтами з епізодичною мігренню, зниження когнітивної функції більш значимі, особливо при виконанні вербального тесту. Як відомо, мігрень часто супроводжується тривогою, депресивним розладом та порушенням сну, що в свою чергу теж може впливати на процеси обробки інформації та запам'ятовування. Деякі дослідження показали, що навіть субклінічний рівень тривоги може мати негативний вплив на пізнавальну здатність. Хронічна мігрень часто супроводжується головним болем, що пов'язаний з прийомом медикаментів. Для цих двох типів головного болю у поєднанні більш характерні враження білої речовини головного мозку, а також виявляються нижчі показники когнітивної функції, ніж поодиночі.

Дослідження останніх років підтверджують, що мігрень пов'язана зі структурними та функціональними змінами в кіркових і підкіркових ділянках, що задіяні в роботі когнітивної функції та обробці болю. Основні нейровізуалізаційні дослідження, за допомогою яких вивчалися асоціативні з мігренню зміни в головному мозку, поділяються на дві групи: структурна візуалізація з морфометричним аналізом та функціональна візуалізація, що дозволяє дослідити збільшення чи зниження активності в певних ділянках головного мозку. За допомогою функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ) у пацієнтів з мігренню були виявлені зміни функціональної активності в когнітивній церебральній мережі, а саме мережі виконавчого управління, мережі роботи по замовчуванню. Доведений позитивний зв'язок між тривалістю захворювання, частотою нападів головного болю та зниженою активністю в вищевказаних мережах. Функціональні зміни в ділянці острівця, що бере участь не тільки в процесах інтеграції болю, але й задіяний в вегетативних, емоційних та когнітивних змінах, також вказує на ймовірні мігрень-асоційовані когнітивні зміни в період між нападами головного болю. Численні морфометричні дослідження у пацієнтів з мігренню показали зниження об'єму кори поясної звивини та середньої й нижньої лобової звивин, а також префронтальної кори та гіпокампу, що можуть бути асоційованими з такими симптомами, характерними для мігрені, як когнітивна дисфункція та емоційні розлади. Так, наприклад, кора передньої поясної звивини бере участь в регулюванні вибіркової уваги, робочої пам'яті та здатності виявляти помилки.

Висновки. Під час нападу мігренозного головного болю, та в період між нападами, у хворих з мігренню можливе виникнення когнітивних дисфункцій, таких як знижена швидкість обробки інформації, зниження виконавчих функцій, порушення візуально-просторової функції, зорової та вербальної пам'яті, зниження уваги. Ризик виникнення когнітивних порушень у пацієнтів з мігренню залежить від тривалості захворювання, форми та типу мігрені, наявності тривоги та депресії, а також супутнього

головного болю, асоційованого з прийомом медикаментів. Виявлені структурні та функціональні нейровізуалізаційні зміни у пацієнтів з мігренню можуть бути причиною когнітивних порушень.

Література.

1. Ford, J. H., Jackson, J., Milligan, G., Cotton, S., Ahl, J., & Aurora, S. K. (2017). A Real-World Analysis of Migraine: A Cross-Sectional Study of Disease Burden and Treatment Patterns. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 57(10), 1532–1544. doi:10.1111/head.13202
2. Lo Buono, V., Bonanno, L., Corallo, F., Pisani, L. R., Lo Presti, R., Grugno, R., ... Marino, S. (2017). Functional connectivity and cognitive impairment in migraine with and without aura. *The Journal of Headache and Pain*, 18(1). doi:10.1186/s10194-017-0782-6
3. Chong, C. D., Dumkrieger, G. M., & Schwedt, T. J. (2017). Structural Co-Variance Patterns in Migraine: A Cross-Sectional Study Exploring the Role of the Hippocampus. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 57(10), 1522–1531. doi:10.1111/head.13193
4. Burke, M. J., Joutsa, J., Cohen, A. L., Soussand, L., Cooke, D., Burstein, R., & Fox, M. D. (2020). Mapping migraine to a common brain network. *Brain*. doi:10.1093/brain/awz405
5. Yu, Y., Zhao, H., Dai, L., Su, Y., Wang, X., Chen, C., ... Hu, C. (2020). Headache frequency associates with brain microstructure changes in patients with migraine without aura. *Brain Imaging and Behavior*. doi:10.1007/s11682-019-00232-2
6. Tunç, A., Tekeşin, A. K., Güngen, B. D., & Arda, E. (2018). Cognitive performance in young and middle-aged adults with migraine: Investigating the correlation with white matter hyperintensities and psychological symptoms. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 52(4), 470–476. doi:10.1016/j.pjnns.2018.05.001
7. Cai, X., Xu, X., Zhang, A., Lin, J., Wang, X., He, W., & Fang, Y. (2019). Cognitive Decline in Chronic Migraine with Nonsteroid Anti-inflammation Drug Overuse: A Cross-Sectional Study. *Pain Research and Management*, 2019, 1–8. doi:10.1155/2019/7307198
8. Lee, S. H., Kang, Y., & Cho, S.-J. (2017). Subjective cognitive decline in patients with migraine and its relationship with depression, anxiety, and sleep quality. *The Journal of Headache and Pain*, 18, Article 77. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0779-1>
9. Huang, L., Juan Dong, H., Wang, X. et al. Duration and frequency of migraines affect cognitive function: evidence from neuropsychological tests and event-related potentials. *J Headache Pain* 18, 54 (2017). <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0758-6>

**ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ ТА МЕТОДИ ЇХ
ЕНДОСКОПІЧНОГО І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**
*GASTROINTESTINAL BLEEDING AND METHODS OF THEIR ENDOSCOPIC
AND SURGICAL TREATMENT*

*Мамчич В. І. (Mamchich V. I.), Максимчук Д. В. (Maksymchuk D. V.),
Максимчук В. Д. (Maksymchuk V. D.)*

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Чорнобаївська багатoproфільна лікарня Чорнобаївської районної ради
Кафедра хірургії та проктології

Актуальність теми. До теперішнього часу в широкій клінічній практиці відсутні єдині принципи лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами, а також ендоскопічні методи дослідження і зупинки кровотеч на ранніх стадіях захворювання, в результаті чого летальність повсемірно залишається високою і досягає 30 %.

Мета дослідження. На основі проведеного дослідження проаналізувати та розробити найбільш ефективний метод ендоскопічного гемостазу та його ознак, оцінити раціональні методи хірургічного лікування гострої шлунково – кишкової кровотечі. Правильно визначити об'єм оперативного лікування при гострій шлунково- кишкової кровотечі.

Матеріали та методи. Нерозроблені чіткі покази до неоперабельних методів зупинки кровотечі з використанням ендоскопічної апаратури та недосконало вивчена ефективність існуючих методів лікування. Також нерозроблені покази до існуючих хірургічних втручань стосовно від джерела кровотечі і її тяжкості. Результати нашого дослідження ґрунтуються на матеріалах обстеження та лікування 124 хворих з гострою шлунково – кишковою кровотечею (ГШКК). Кровотечі виразкової етіології склали 44,5%

Таблиця №1

Характеристика хворих за ступенем крововтрати

Ступінь крововтрати	Кількість хворих	%
Легка	62	76,88
Середня	32	39,68
Тяжка	21	26,04
Вкрай тяжка	9	11,16
Всього	124	100

В залежності від ступеню крововтрати всіх хворих було розділено на 4 групи: легка, середня, тяжка, вкрай тяжка ступінь крововтрати (табл. № 1).

Слід відмітити що хворі у віці старше 60 років (до 82 років включно) склали 16,3%. На ендоскопічну та хірургічну тактику при ГШКК і результатах лікування негативно впливає відсутність в широкій клінічній практиці чіткого

визначення ендоскопічних ознак надійного гемостазу. Досвід ендоскопічних досліджень хворих на ГШКК в умовах хірургічного стаціонару (більше 500 досліджень) дозволяє скласти ендоскопічну характеристику надійності гемостазу.

Надійний гемостаз характеризується відсутністю свіжої крові в шлунку та дванадцятипалій кишці, наявності в ділянці джерела кровотечі пружного фіксованого згустку білого кольору, та відсутність пульсуючої судини в цій ділянці.

Для ненадійного гемостазу характерно наявність свіжої крові в шлунку та дванадцятипалій кишці, тромб червоного, або жовто – коричневого кольору і рихлий згорткок такогож колюру, пульсуюча судина в ділянці кровотечі. Однак встановлено, що ендоскопічні ознаки надійного гемостазу неодинаково надійні при різних локалізаціях джерел кровотечі. Так, при виразці цибулини дванадцятипалої кишки лише в 1% хворих з ендоскопічними ознаками стійкого гемостазу кровотеча поновилась, при виразці шлунку у 2,5%, а при зацибулинних виразках більше 5%. Ці ознаки повинні враховуватися при визначенні хірургічної тактики в залежності від локалізації виразки.

В процесі дослідження використовувалися методи ендоскопічної коагуляції, які зводяться до наступного: коагуляція розпочинається навколо судини з якої виникла кровотеча, що приводить до поступового стискання судини тканинами які піддаються коагуляції, що в свою чергу призводить до зменшення або остаточної зупинки кровотечі. Виходячи з наших досліджень ми неявляємося прихильниками коагуляції самої судини, це може призвести до посилення, або рецидиву кровотечі. Розпочинати коагуляцію безпосередньо з судини яка кровоточить небезпечно, так як при цьому створений тромб прилипає до діатермозонду і відривається, що в даному випадку посилює кровотечу. При кровотечах з хронічних виразок шлунку та дванадцятипалої кишки надійний гемостаз за допомогою надійної діатермокоагуляції досягнутий нами у 43% хворих. Найбільш складно досягнути надійного гемостазу методом коагуляції при кровотечах з високих виразок шлунку та зацибулинних виразок дванадцятипалої кишки, так як ендоскопічні маніпуляції в даних ділянках технічно складні і надають необхідного ендоскопічного гемостазу. Також встановлено, що у більшості випадків, чим тяжча виразкова кровотеча, тим частіше ендоскопічна діатермокоагуляція неефективна і взагалі непоказана.

Таблиця №2.

Результати діатермокоагуляції в залежності від тяжкості кровотечі

Ступінь крововтрати	Кількість хворих	Гемостатичний ефект		
		Досягнутий	Не досягнутий	Тимчасовий

Легка	47	46 (94,6 %)	-	2 (5,4 %)
Середня	98	82 (86,6 %)	5 (6,7 %)	5 (6,8 %)
Тяжка	109	68 (76,1 %)	32 (18,8 %)	7 (5,7 %)
Всього	254	196 (82,6%)	37(11,7 %)	14 (5,7 %)

Результати дослідження. Наші матеріали досліджень показують, що найбільш цілеспрямованими в практичному відношенні є ділення хірургічних втручань при ГШКК в залежності від термінів їх виконання на невідкладні відтерміновані та планові.

Невідкладному оперативному лікуванню підлягають хворі з кровотечею, що продовжується, та в яких не вдалося зупинити кровотечу ендоскопічними методами, а також після часткової зупинки при тяжкому та вкрай тяжкому ступеню крововтрати. В поєднанні з анестезіологічною підтримкою проводиться корекція ОЦК, а саме: корекція електролітного обміну, переливання плазми та еритроцитарної маси.

Відтермінованим оперативним лікуванням підлягають хворі з кровотечею, що зупинилась, але з тяжкою та вкрай тяжкою крововтратою, або з ендоскопічними ознаками нестійкого гемостазу, а також хворі з невеликою крововтратою, та нестабільними гемодинамічними показниками. Хворі з кровотечею що зупинилась, крововтратою легкого ступеню та ознаками стійкого гемостазу підлягають плановій операції через три неділі за згодою пацієнта.

З загальної кількості наших хворих в невідкладному стані оперовано 28 (32,72 %), в відтермінованому 32 (39,68 %), і в плановому 64 (79,36 %)

Вибір типу оперативного втручання при ГШКК визначає остаточний і надійний результат лікування. Ваготомія з пілоропластикою набуває особливого значення. Гастродуоденотомія з висіченням, або з простим прошиванням судини, що кровить без ваготомії є також перспективним методом лікування так як хворі з гастродуоденальними кровотечами потрапляють на операційний стіл в край тяжкому стані і багаточисленні статистичні показники показують високу післяопераційну летальність, яка досягає 30%, а в тяжких випадках 35% – 50%, і часу на виконання ваготомії немає.

Висновки.

1. Надійність гемостазу залежить від ретельного прошивання виразки, або її висічення, що забезпечує надійну зупинку кровотечі.

2. Складність хірургічних втручань направлених на зупинку кровотечі ускладнює загальний стан хворого і являється невиправданим методом лікування даної патології.

3. Результат в подальшому лікуванні ГШКК в більшій мірі залежить від інфузійно - трансфузійної терапії (ІТТ) і самого хірургічного втручання та наявності у хворих супутніх захворювань.

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ

PHENOMENOLOGICAL FEATURES OF ILLNESS

Маруняк С. Р.¹, Пустовіт С. В.²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Кафедра філософії

Досвід хвороби є універсальною і істотною частиною людського буття. Як і смерть, хвороба викликає важливі філософські питання. Але на відміну від смерті, хворобі і, зокрема, досвіду хвороби, мало приділено уваги з боку філософії. Однією з причин може виступати те, що хвороба часто розуміється як фізіологічний процес, який потрапляє в сферу медичної науки, і, таким чином, виходить за рамки сфери філософії.

Для того, щоб повністю зрозуміти хворобу, її слід вивчати як живий досвід. Для вивчення живого досвіду хвороби обов'язково слід досліджувати її екзистенціальні, етичні та соціальні виміри. Найкраще в даному випадку використовувати для цього дослідження феноменологічний підхід. В той же час, досвід переживання хвороби відповідно до принципів феноменології повинен аналізуватися з точки зору «першої особи», однак при цьому хвороба вивчається не так, як вона постає перед моєю свідомістю, а як перед будь-якою свідомістю.

Загалом, хвороба як феномен може мати три типи інтерпретації [1]. З одного боку суб'єктний, при якому хвороба розглядається у межах внутрішньої зони життєвого простору особистості, об'єктний – увага фокусується на системі відносин суб'єкта з оточуючим світом; та телеологічний, коли хвороба розуміється як етап духовного становлення та фізичного росту. В той же час, патологію та хворобу можна розглядати як граничні випадки, які висвітлюють нормальну тілесність.

Крім того, хвороба, як патологічний процес в організмі, за рахунок тілесних відчуттів місцевого і загального характеру, які призводять до виникнення сенсорного рівня відображення картини захворювання, та за рахунок створення для хворого важкої психологічної ситуації бере участь у побудові внутрішньої картини хвороби [2]. Налаштування пацієнта на видужування чи хворобу складає важливе, якщо не головне, значення для розвитку і перебігу різних патологій.

Також у нашому дослідженні проводився аналіз пошуку ейдетичних особливостей хвороби, які виходять за межі індивідуальних особливостей різних хворобливих станів і становлять сенс хвороби. Для С. Тоомбс, незалежно від того, якою хворобою страждає людина – втрата цілісності, втрата впевненості, втрата контролю, втрата свободи дій і втрата звичного світу будуть присутні і таким чином служать для виявлення досвіду хвороби поза її поверхневими ознаками, які змінюються від випадку до випадку [3]. Ці втрати являють собою живий досвід хвороби в її якісній безпосередності і є тими, що будь-який пацієнт, у будь-якому стані хвороби переживає. Кумулятивно вони відображають вплив хвороби на буття пацієнта в світі.

Грунтуючись на аналізі Хайдеггера інструментів, можна також проводити асоціації тіла з інструментом, та хвороби як поламки інструменту [4]. Водночас, якщо інструмент ми можемо при необхідності замінити, то своє тіло, яке скінченне, ні. Вразливість, обмеженість і скінченність є фундаментальними рисами людського життя не тільки в його фізіологічному об'єктивному режимі, але і в його досвідченому, суб'єктивному режимі, як інформування наших способів буття в світі.

Таким чином, незважаючи на спроби створити загальну концепцію досвіду переживання хвороби, на сьогоднішній день, більшість філософів вважають неможливим формування її як такої, через різноманітність самого досвіду хвороби.

Література.

1. Carel, H. and J. Macnaughton. 2012. “How do you feel?”: oscillating perspectives in the clinic. *The Lancet*: 2334–5.
2. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32—38.
3. Toombs, S. K. 1987. The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient–physician relationship. *Journal of Medicine and Philosophy* 12:219–40
4. Heidegger, M. 1993. The origin of the work of art, in D. F. Krell (ed.), *Basic writings*. New York: Routledge, pp. 143–212.

LONGITUDINAL STRAIN ЯК ОБОВ'ЯЗКОВИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ LONGITUDINAL STRAIN AS ESSENTIAL METHOD IN ISCHEMIC HEART DISEASE PATIENT'S EXAMINATION

Марченко О. Ю. (Marchenko O. Y.)

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Руденко Н. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра дитячої кардіології та кардіохірургії

Актуальність теми. Ішемічна хвороба серця (ІХС) – одна з найбільш поширених причин захворюваності та смертності в Україні та світі. Для встановлення діагнозу застосовуються різноманітні інструментальні та лабораторні методи обстеження. Окрім стандартних методів (анамнестичні дані, ЕКГ, ЕхоКГ, КВГ), Американським товариством з ехокардіографії у 2015 році рекомендовано виконувати speckle-tracking ехокардіографію усім пацієнтам з метою верифікації ІХС. Особливе місце відводиться аналізу поздовжньої деформації (Longitudinalstrain). Choi та ін. зазначають, що низькі значення поздовжньої деформації у безсимптомних пацієнтів без порушень руху стінки є сильним предиктором розвитку ішемічної хвороби серця.

Мета дослідження. Дослідити параметри поздовжньої деформації specklestrain ехокардіографії у пацієнтів різних груп та провести аналіз кореляції біохімічних показників крові, результатів коронарорентрикулографії та даних speckle-tracking.

Матеріали та методи. 121 пацієнтам, госпіталізованим у ДУ «Центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» проведено повний спектр обстежень, які включали: збір анамнезу, лабораторні дослідження крові, ЕКГ, ехокардіографія (2D режим, speckle-tracking), коронарорентрикулографію. Обстежених пацієнтів було розподілено на три групи: перша – контрольна група (збережена фракція викиду та відсутні гемо динамічно значимі ураження коронарних артерій); друга – зі збереженою фракція викиду та гемо динамічно значимими ураженнями коронарних артерій; третя – зі зниженою фракція викиду та гемо динамічно значимими ураженнями коронарних артерій. Аналіз даних проводився з використанням програми SPSS 10.0.

Результати дослідження. Обстежено 121 пацієнта (50,7% осіб жіночої статі, 49,2% - чоловічої). Всі пацієнти були проінформовані та дали згоду на участь в науковому дослідженні. Виявлено статистично значиму різницю між показниками globallongitudinalstrainу всіх групах, у порівнянні з контрольною ($p < 0,05$). Встановлено кореляцію між показниками біохімічних показників крові (NT proBNP) та показниками speckle-tracking ехокардіографії.

Висновки. Speckle-tracking ехокардіографія – сучасна, неінвазивна методика оцінки кінетичних властивостей серця та деформації міокарда, яка дозволяє покращити стратегію діагностики, прогнозування та лікування пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Нами виявлено, що існує пряма кореляція між ступенем ураження коронарних артерій та зниженням strain у пацієнтів з ІХС.

НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ У ПАЦІЄНТІВ З ГЛАУКОМОЮ *NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS IN GLAUCOMA PATIENTS*

Масович С. О. (Masovych S. O.)

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

Актуальність теми. Враховуючи данні попередніх досліджень та відомих на сьогодні механізмів виникнення та прогресування глаукоми, а також відсутність одностайної думки щодо причинно-наслідкових зв'язків між локальними змінами, що виникають в зоровому нерві в цілому та в структурах нервової системи зокрема, і зумовило необхідність детального вивчення та проведення порівняльного аналізу взаємозв'язків між клініко-неврологічними, психометричними та параклінічними характеристиками у пацієнтів з глаукомою.

Мета дослідження. Дослідження клінічних та неврологічних характеристик у пацієнтів з глаукомою.

Матеріал та методи. Наведено результати фрагменту комплексного обстеження осіб з глаукомою, яке включало: детальне неврологічне обстеження з вивченням скарг, даних клініко-неврологічного обстеження з визначенням та співставленням основних неврологічних синдромів, оцінку показників нейропсихологічного статусу, вегетативного забезпечення та показників центральної гемодинаміки.

Середній вік обстежених становив $68 \pm 7,9$ років. Контингент включав осіб середнього, похилого та старечого віку. Деяко переважали жінки

Результати дослідження. При детальному обстеженні неврологічного статусу у більшості пацієнтів з глаукомою, були виявлені ознаки ураження, як центрального, так і периферичного відділу нервової системи.

Окорухові порушення у вигляді порушення конвергенції та акомодатії були у 43% пацієнтів. Дрібнорозмашистий горизонтальний ністагм був виявлений 46% пацієнтів з глаукомою. Пірамідна симптоматика (патологічні стопні рефлекси) спостерігалась 85% пацієнтів, у 35% пацієнтів – феномени орального автоматизму, вестибуло-атактичний синдром спостерігався у 70% обстежених, цефалгічний синдром відмітили 65% хворих, наявність астено-невротичного синдрому спостерігалось 44% пацієнтів, екстрапірамідні порушення в 32% випадків.

Ознаки ураження периферичного відділу нервової системи у вигляді полінейропатії були виявлені у 18% пацієнтів. Порушенням м'язово-суглобового відчуття в міжфалангових суглобах стоп – у 8% осіб, зниженням вібраційної чутливості – у 11% пацієнтів.

При дослідженні чутливих розладів в зонах іннервація 5 пари черепних нервів: 9% пацієнтів мали гіпестезію по корінцевому типу. Порушення чутливості по сегментарному типу у вигляді гіпестезії мали 20% чоловік.

Висновки. При обстеженні пацієнтів з глаукомою було виявлено, що в усіх пацієнтів з глаукомою були наявні ті чи інші прояви ураження нервової системи у вигляді пірамідної та екстрапірамідної симптоматики, окорухових порушень, ознак ураження периферичного відділу нервової системи, вегетативних порушень та проявів у вигляді астено-невротичного синдрому.

Таким чином, неврологічні прояви у даних пацієнтів можуть бути результатом наявності супутньої патології та / або відображати загальний патофізіологічний механізм залучення нервової системи у пацієнтів з глаукомою.

Максимальна кількість скарг з боку нервової системи стосувалась цефалгічного та вестибуло-атактичного синдромів 65% та 70% відповідно.

Виявлені клініко-неврологічні особливості у пацієнтів з глаукомою зумовлюють потребу подальшого детального дослідження.

РОЛЬ МЕТАБОЛІТІВ МІКРОБІОМУ КИШКІВНИКА В ПАТОГЕНЕЗІ ПАРОКСИЗМІВ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

ROLE OF INTESTINAL METABOLITES IN PATHOGENESIS OF ATRIAL FIBRILLATION PAROXYSM IN CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS

Мельничук І. О. (Melnychuk I. O.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра внутрішньої медицини № 4

Актуальність теми. До метаболітів мікробіому кишківника відносять триметиламин (ТМА) та триметиламин-N-оксид (ТМАО) плазми. Доведеною є їх роль в розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), а також дислідемії, ожиріння, хронічної хвороби нирок та серцевої недостатності. Останнім часом вивчається роль ТМАО в патогенезі порушень серцевого ритма, в тому числі пароксизмів фібриляції передсердь (ФП).

Мета дослідження. Вивчити роль ТМА та ТМАО в патогенезі пароксизмів ФП у хворих на ІХС.

Матеріали та методи. Було обстежено 164 пацієнта, з них 70 хворих на ІХС під час пароксизму ФП і 54 хворих з ІХС без порушень серцевого ритму. Всім обстежуваним проводився аналіз загальноклінічних і інструментально-лабораторних показників, а також рівня ТМА і ТМАО плазми крові. Діагнози встановлювались згідно діючих клінічних настанов. Всі досліджувані групи були статистично співставними.

Результати дослідження. В ході роботи було виявлено достовірне збільшення рівня ТМА і ТМАО у пацієнтів з ІХС без порушень серцевого

ритму порівняно з КГ на 20,67% і 23,94% відповідно. Одночасно високо достовірне збільшення ТМА і ТМАО виявлено у пацієнтів з ІХС при пароксизмі ФП у порівнянні з КГ на 30,29% і 98,12%. Що свідчить про безсумнівну роль ТМА та ТМАО в патогенезі ІХС. Хоча, у пацієнтів з ІХС при пароксизмі ФП не було виявлено достовірної різниці в рівні ТМА крові порівняно з хворими на ІХС без порушень серцевого ритму. Одначе, виявлено високо достовірне збільшення рівня ТМАО на 59,85% у хворих на ІХС при пароксизмі ФП порівняно з групою ІХС без порушень серцевого ритму.

Висновки. В ході роботи виявлене достовірне зростання рівня ТМА та ТМАО у хворих на ІХС порівняно з КГ незалежно від наявності порушень серцевого ритму на 20,67% і 23,94% та 30,29% і 98,12% відповідно. При пароксизмі ФП у хворих на ІХС на відміну від хворих з ІХС без ФП виявлялось достовірне зростання ТМАО плазми на 59,85%, що свідчить про можливу роль ТМАО в патогенезі пароксизмів ФП. Цікавим є подальше вивчення мікробіому кишківника та його метаболітів, як можливих маркерів пароксизмальної форми ФП у хворих на ІХС та пошук шляхів їх корекції.

ОЦІНКА ПРЕЦИЗІЙНОСТІ АВТОМАТИЗОВАНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИХ ОРІЄНТИРІВ ШТУЧНИМ ІНТЕЛЕКТОМ НА БАЗІ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМ

EVALUATION THE PRECISENESS OF THE AUTOMATIC CEPHALOMETRIC LANDMARKS IDENTIFICATION BY ARTIFICIAL INTELLIGENCE BASED ON ONLINE PLATFORMS

Мілявська Ю. Д. (Miliavska Y. D.)

Українська медична стоматологічна академія
Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Актуальність теми. Клінічне використання інформаційних технологій в ортодонтії зростає. Цефалометричний аналіз (ЦА) є одним з інструментів оцінювання особливостей розвитку черепа при постановці діагнозу в ортодонтії. Ідентифікація антропометричних точок для телерентгенографії (ТРГ) забирає у клініцистів багато часу. Відомо, що невідповідність ідентифікації орієнтирів є основним джерелом помилок ЦА. Діагностична цінність аналізу залежить від точності та відтворюваності ідентифікації орієнтирів. Використання методів глибокого машинного навчання та штучного інтелекту (ШІ) допомагає здійснювати точну калібровку та оцінку даних ТРГ за секунди.

Мета дослідження. Метою цієї роботи є перевірити точність вимірів ТРГ за допомогою спеціалізованого алгоритму ШІ порівняно з вимірами, проведеними людиною. Оцінити відтворюваність лінійних та кутових вимірів цефалограмових міток, зроблених за допомогою хмарного ресурсів DentaliQ®ortho, Німеччина та онлайн платформи WebCeph™, Корея

порівняно з контрольними мануальними вимірами за допомогою онлайн ресурсу MaveCloud®, Росія. Дати оцінку можливості клінічного застосування в повсякденній ортодонтичній практиці.

Матеріали та методи. 50 зображень ТРГ в боковій проекції були випадковим чином зібрані через мережу Інтернет, різної якості та розміру, для наближення умов дослідження до клінічних. Для проведення вимірювань було обрано 18 орієнтирів як таких, що найбільше використовуються в різних методах: A (point), ANS (anterior nasal spine), B (point), Gn (gnation), Go (gonion), апекс нижнього центрального різця (L1A), ріжучий край нижнього центрального різця (L1I), Me (mention), N (nasion), Or (orbitale), Po (porion), Pog (pogonion), Ar (Articulare), Me (Mention), PNS (spina nasalis posterior), S (sella), апекс верхнього центрального різця (U1A) і ріжучий край верхнього центрального різця (U1I). Розташування точок в програмах WebCeph™ та DentalIQ®ortho здійснювалось автоматично; позиціонування точок у програмі MaveCloud® здійснювалось вручну з можливістю коригування. Виміри здійснені у MaveCloud® прийняті за контрольні. Замиряний середній час витрачений на кожну з онлайн-платформ.

Результати дослідження. Вимірювання, отримані на базі WebCeph™, DentalIQ®ortho та MaveCloud® не показали клінічно значущих відмінностей. Для деяких вимірювань були виявлено відхилення від контрольних вимірювань (DentalIQ®ortho — ANB від 0.15°, SArGo - 2; WebCeph™- ANB від 0.37°, SArGo — 1.8°), різниця в лінійних розмірах не перевищувала 1,5 мм. Середня похибка усіх вимірювань не перевищила 3 мм. 5 з 18 орієнтирів (27,8%; Go, Gn, N, Pog, S) не показали суттєвої різниці між автоматичними та ручними вимірами. На мануальне розташування орієнтирів в програмі MaveCloud® витрачено в середньому часу 1хв 58сек, програма III DentalIQ®ortho провела виміри 3,2сек, програма III WebCeph™ витратила 2,9сек.

Висновки. Онлайн-ресурси III з вивчення ТРГ є варіантом вибору через суб'єктивність та нестомлюваність систем, здатність аналізувати нескінченну кількість зображень, точність та швидкість. У перспективі такі ресурси зможуть здійснювати не лише діагностику, а й пропонувати план лікування.

**ОЦІНКА СТАНУ МІКРОБІОМУ КИШКІВНИКА У ХВОРИХ
З ОЖИРІННЯМ В ПОРІВНЯННІ ЗІ ЗДОРОВИМИ ОСОБАМИ
ESTIMATION OF THE GUT MICROBIOME STATE IN PATIENTS WITH
OBESITY IN COMPARISON WITH HEALTHY PERSONS**

Москва Х. А.¹, Лаповець Л. Є.², Кіхтяк О. П.¹

(Moskva Kh. A.¹, Lapovets L. J.², Kikhtyak O. P.¹)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

¹Кафедра ендокринології

²Кафедра клінічної лабораторної діагностики ФПДО

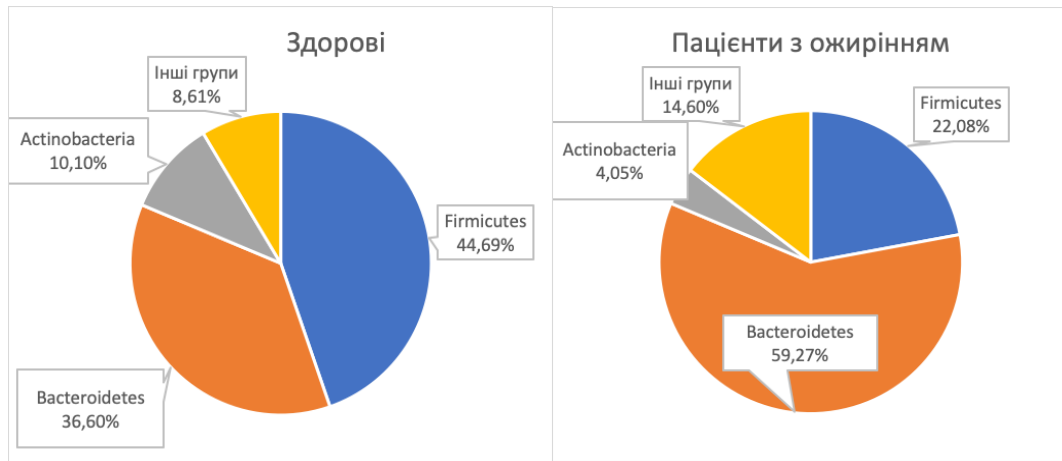
Актуальність теми. Ожиріння є однією з найбільших медико-соціальних проблем людства, адже існує його зв'язок з появою цукрового діабету другого типу, підвищенням ризиків серцево-судинних катастроф та онкології. У пацієнтів з ожирінням часто фіксують порушення харчової поведінки, появу закріпів, дисліпідемію, наявність інсулінорезистентності. Останні роки у пацієнтів з даною патологією почали активно вивчати мікробіом кишківника, оскільки, бактерії що заселяють кишківник здатні впливати на гомеостаз та харчові звички «господаря» (Bohkyung K., Ha-Neul Ch., Jung-Eun Y., 2019).

Мета дослідження. З'ясувати відмінності стану мікробіоти кишківника у хворих з ожирінням у порівнянні зі здоровими особами.

Матеріали та методи. У дослідження ввійшли 33 хворих (середній вік 55 ± 7 років) з ожирінням 1-го ступеня (за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2000 р.), з них 16 жінок і 17 чоловіків та 35 здорових осіб (середній вік 50 ± 6 років), з них 19 жінок і 16 чоловіків, що звернулися за консультацією на кафедру ендокринології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. На момент діагностики пацієнти не отримували жодного лікування. У здорових осіб та у хворих, до початку курсу терапії, визначали вміст загального холестерину, концентрацію холестерину ліпопротеїдів низької густини і холестерину ліпопротеїдів високої густини, рівень тригліцеридів, вміст глікованого гемоглобіну, концентрацію глюкози натще, вміст інсуліну, обчислювали індекс НОМА-IR, проводили забір калу для оцінки стану мікробіоти кишківника методом секвенування ДНК, враховували антропометричні дані для оцінки індексу маси тіла. Статистичний аналіз проводили варіаційно-статистичним методом. Вірогідність відмінностей оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Відмінності вважали достовірними за умови $p < 0,05$.

Результати дослідження. У порівнянні зі здоровими особами у пацієнтів з ожирінням 1-го ступеня виявлено достовірно вищі рівні загального холестерину ($4,73 \pm 0,31$ до $6,17 \pm 0,22$ ммоль/л, $p < 0,05$), рівні холестерину ліпопротеїдів низької густини ($2,88 \pm 0,19$ до $4,1 \pm 0,21$ ммоль/л, $p < 0,05$), показника індексу НОМА-IR ($2,15 \pm 0,27$ до $3,17 \pm 0,48$ ум.од., $p < 0,05$). Вміст тригліцеридів у здорових був нижчим $2,1 \pm 0,13$ ммоль/л у порівнянні до значень у хворих осіб $3,27 \pm 0,43$ ммоль/л ($p < 0,05$). Не спостерігали значущих відмінностей за даними ліпопротеїдів високої густини та вмісту глюкози в крові натще. Цікавою особливістю був процентний розподіл мікробіоти кишківника у пацієнтів з ожирінням, а саме суттєве переважання Bacteroidetes 59,27 % над Firmicutes 22,08%. Відмінності зображені на рис. 1

Рис.1



Висновки. Переважання вмісту Bacteroidetes над Firmicutes у досліджуваних нами пацієнтів з ожирінням, свідчить про наявність в дієті надмірної кількості білків та жирів, що відповідно вплинуло на появу дисліпідемії та підвищеного рівня індексу HOMA-IR.

ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ
PROOXIDANT AND ANTIOXIDANT STATUS IN PATIENTS WITH GOUT WHEN USING COMBINED THERAPY

Мудра У. О. (. Mudra U. O.)

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського, МОЗ України

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фізіотрії

Актуальність теми. Подагра – це хронічне захворювання, спричинене осадженням кристалів моноурату натрію у людей з гіперурикемією. Її поширеність становить 1-4% від загального населення. У таких хворих має місце порушення гомеостазу, одним із проявів якого є дисбаланс в системі перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) й антиоксидантного захисту (АОЗ). Для його покращення застосовують протизапальні, урикодепресивні, урикозуричні, уриколітичні засоби. Крім того таким пацієнтам слід призначати препарати дезінтоксикаційної дії, а саме ентеросорбенти з метою усунення ендотоксикозу. Одним із ентеросорбентів нового покоління, є вуглецевий гранульований ентеросорбент IV покоління «Карболайн», що складається з вуглецевих волокон АУТ-М з питомою поверхнею пор близько 2000–2500 м²/г (виробництва Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р. Є. Кавецького НАН України).

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хворих на подагру у фазі загострення із порушенням прооксидантно – антиоксидантного статусу шляхом включення в комплексну терапію

вуглецевого ентеросорбенту.

Результати дослідження. Було обстежено 65 хворих на подагру в період загострення віком від 31 до 76 років (середній вік $59,55 \pm 1,33$). Контрольну групу склали 30 практично здорових людей. Залежно від лікування, яке отримували пацієнти, їх було розділено на дві групи: I (27 осіб), що отримували загальноприйняте лікування, яке включало дієту, протизапальні та знеболюючі засоби, гіпоурикемічну терапію алопуринолом, II (38 пацієнтів) додатково приймали ентеросорбент «Карболайн» у вигляді дрібних гранул по 1 чайній ложці 3 рази на день протягом 10 днів за 2 год до або після прийому їжі чи медикаментозних засобів.

Спектрофотометричним методом в сироватці крові визначали малоновий діальдегід (МДА), супероксиддисмутазу (СОД), церулоплазмін (ЦП), каталазу (КТ). Математично-статистичну обробку отриманих результатів проводили із застосуванням програми Statistica 10.0 (“StatSoft”, США) і пакета статистичних функцій MicrosoftOfficeExcel 2016 (MicrosoftCorp., США).

Як видно із даних таблиці 1 до лікування мало місце достовірне ($p < 0,05-0,001$) зростання рівня МДА, ЦП, зниження вмісту СОД і КТ у сироватці крові хворих на подагру обох груп порівняно із контролем.

Таблиця 1.

Динаміка лабораторних показників хворих на подагру до та після лікування ($M \pm m$).

Показник	Контрольна група n=30	Група I n=27		Група II n=38	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
МДА мкмоль/л	$2,44 \pm 0,14$	$3,07 \pm 0,10^*$	$2,82 \pm 0,09^*$	$3,00 \pm 0,08^*$	$2,56 \pm 0,09\#$
		$p < 0,05$		$p < 0,001$	
СОД ум.од	$65,79 \pm 1,02$	$60,39 \pm 1,30^*$	$62,03 \pm 1,50^*$	$62,29 \pm 1,41^*$	$66,22 \pm 1,06\#$
		$p > 0,05$		$p < 0,05$	
ЦП, мг/л	$257,09 \pm 11,83$	$300,32 \pm 14,84^*$	$281,91 \pm 14,31$	$286,51 \pm 13,07$	$250,76 \pm 11,38$
		$p > 0,05$		$p < 0,05$	
КТ, кат/л	$17,96 \pm 0,37$	$15,38 \pm 0,28^*$	$16,45 \pm 0,22^*$	$15,53 \pm 0,29^*$	$17,48 \pm 0,21\#$
		$p < 0,001$		$p < 0,001$	

Примітки: * – вірогідність різниці показників стосовно контрольної групи ($p < 0,05-0,001$);

p – вірогідність різниці показників у IA і IB підгрупах до і після лікування;

– вірогідність різниці показників між IA і IB підгрупами після лікування ($p < 0,05-0,001$).

При застосуванні лише стандартної терапії мало місце нормалізація вмісту ЦП, та суттєве покращення інших показників ($p < 0,05$).

Приєднання до стандартного лікування хворих на подагру вуглецевого ентеросорбенту IV покоління «Карболайн» дозволило підвищити ефективність проведеного лікування

Висновки. Подагра супроводжується дисбалансом між показниками ПОЛ і АОЗ. Застосування вуглецевого ентеросорбенту «Карболайн» у комплексній терапії подагри, сприяло більшому зниженню концентрації МДА і ЦП в сироватці крові та підвищення активності СОД і КТ порівняно з пацієнтами, які не отримували ентеросорбент.

ОЦІНКА ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ *EVALUATION OF SEXUAL DYSFUNCTION IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH MULTIPLE SCLEROSIS*

Негрнич О. І. (Nehrych O. I.), Пирогова В. І. (Pyrohova V. I.)

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Пирогова В. І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО

Актуальність теми. Сексуальна дисфункція - один із симптомів, який може суттєво впливати на самопочуття жінок з розсіяним склерозом, стосунки з партнером та сім'єю, а також загальну якість життя. Існує недостатньо даних щодо поширеності порушень сексуальної функції серед цієї групи пацієнтів та взаємозв'язку з перебігом основного захворювання.

Мета дослідження. Проаналізувати стан проблеми сексуальної дисфункції жінок з розсіяним склерозом, особливості порушень залежно від віку та важкості розсіяного склерозу, оцінити вплив сексуальної дисфункції на якість життя пацієнток.

Матеріали та методи. Дослідження включало 116 жінок репродуктивного віку з діагнозом розсіяний склероз. Опитування досліджуваної групи проводилось за допомогою опитувальника «Індекс сексуальної функції у жінок з розсіяним склерозом» та опитувальника щодо якості життя хворих з розсіяним склерозом (Multiple Sclerosis Quality of Life-54 - MSQOL54) Статистична обробка отриманих результатів була проведена за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.0 (StatSoft, Inc.).

Результати дослідження. Виявлено, що у 44% жінок спостерігалось порушення сексуальної функції. Встановлено прямий середньої сили кореляційний зв'язок між індексом сексуальної функції (у тому числі його чотирма компонентами: задоволеність сексуальним життям і стосунками; сексуальна активність і збудження; дискомфорт і біль під час статевого акту; безпосередній вплив розсіяного склерозу на сексуальне життя) та показниками якості життя, фізичного, психічного здоров'я анкети MSQOL54 ($p < 0,01$).

Висновки. Сексуальна дисфункція є частим симптомом у жінок з РС, а тому кожна пацієнтка повинна проходити обстеження на наявність розладів сексуальної функції. Сексуальні проблеми доведено погіршують якість життя пацієнток і не повинні ігноруватися.

**ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ ЦУНГА ДЛЯ
ВИЗНАЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ:
КЛІНІЧНА АКТУАЛЬНІСТЬ ТА СОЦІАЛЬНА ВАЖЛИВІСТЬ**
*IMPLEMENTATION OF THE USE OF THE ZUNG SELF-RATING
DEPRESSION SCALE TO DETERMINE THE DEPRESSIVE DISORDER OF
MODERN YOUTH: CLINICAL ACTUALITY AND SOCIAL IMPORTANCE*

Неляпіна М. М. (Neliapina M. M.), Вовк В. І. (Vovk V. I.)

Науковий керівник – к. мед. н., доцент Вовк В. І.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Кафедра клінічної неврології, психіатрії і наркології

Актуальність теми. Діаметральна розрізненість теоретико-прикладних та емпіричних даних, присвячених проблемі великого депресивного розладу особистості у розрізі мультифакторіального психіатричного континуума, а також методологічна гетерогенність генезису депресії обумовлює високу необхідність пошуку єдиного концептуального базису до розуміння структури виникнення цієї патології. Депресивні епізоди молоді від 15 – 24 років, які можна розглядати в якості дезорганізації адаптивної поведінки, що призводить до надзвичайного сомато-психічного перевантаження, сьогодні вважаються убіквітарною тенденцією. Нагальність проблеми пояснюється багатовекторними, переважно соціальними наслідками, а саме – обмеження працездатності, глибока інвалідізація, поява аутоагресивної і саморуйнівної поведінки та навіть передчасна смерть. Маніфестація перших клінічних проявів депресії («redflags») відбувається саме у підліткових та юнацьких роках, у період формування особистісного конструкту. Наявність будь-яких психічних розладів суттєво модифікує цей розвиток і може привести до тяжких наслідків. Саме тому вельми актуальним є своєчасне використання скринінгового методу із апробованими психометричними шкалами, які вважаються високо специфічними, безпомилково дають оцінку психічному стану людини, а також можуть бути превентивними методами визначення депресивного розладу.

Мета дослідження. Загальний концепт роботи спрямований на визначення ефективності та достовірності шкали самооцінки депресії Цунга (SDS) для виявлення депресивного розладу та його ступеню у молоді, проаналізувати вплив різноманітних факторів ризику на вірогідний результат, розглянути їх статистичну релевантність, а також спрогнозувати можливість

використовування шкали із подальшою метою впровадження її у рутинну практику лікаря загальної практики.

Матеріали та методи. Робота базується на вибірковому анкетуванні 103 студентів ХНМУ та ХНУ ім. В. Н. Каразіна віком від 17 до 30 років (середній вік 20 років). Респондентам було запропоновано суб'єктивно проаналізувати 20 тверджень шкали Цунга, які (на основі факторного аналізу) вимірюють 7 фундаментальних параметрів депресії: почуття душевної спустошеності, зміна настрою, соматичні і психомоторні симптоми, суїцидальні думки і дратівливість. Також студенти давали відповіді на питання щодо втрати близької людини впродовж останнього року, наявності будь-якої хронічної патології та схильності до перфекціонізму. Статистична валідність вищевказаних факторів ризику була підтверджена за допомогою непараметричного методу хі-квадрату Пірсона із використанням чотирьохпольної таблиці узгодженості даних.

Результати дослідження. За результатами опитування був встановлений депресивний розлад у 45 респондентів, з них 26 (57,7 %) мали легкий, 15 (33,3 %) та 4 (8,8 %) тяжкий ступінь депресії. Із групи хворих осіб 31 (68,8 %) респондент схильний до перфекціонізму, 12 (26,6 %) втратили близьку людину, а 18 (40 %) мають хронічну (переважно соматичну) коморбідну патологію. Критерій значущості Пірсона – 12,0 ($p < 0.05$).

Висновки. Спираючись на результати дослідження можна стверджувати, що шкала самооцінки депресії Цунга не дарма отримала міжнародне визнання серед фахівців психіатрії, адже має достовірність та значну ефективність, що зумовлює можливість її буденного використання для раннього виявлення афективної патології у загальній медичній практиці, а особливо серед молодого працездатного населення.

РОЛЬ ФІЛОСОФІЇ ПРИ ФОРМУВАННІ НАУКОВОЇ ТЕМИ

THE ROLE OF PHILOSOPHY IN THE FORMATION OF SCIENTIFIC THEMES

Носко Н. О. (Nosko N. O.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії

Актуальність теми. Сучасні біомедичні технології, екологічні катастрофи, зміна клімату, війни, соціальна нерівність, розвиток інтернет-комунікацій та ІТ-технологій сприяють переосмисленню класичних праць в галузі філософії, медицини, біології.

Результати дослідження. Були проаналізовані роботи В.І.Вернадського про ноосферу, роль науки у ноосферному процесі, питання біоетики. У В.І.Вернадського філософія постає ключовою умовою наукової

роботи. За його думкою, саме філософське середовище є тим місцем, де існує наука і без якої наука не може існування, бо знання в філософії формується не шляхом точного наукового спостереження та досвіду, а через філософський пошук та інтуїцію.

Вернадський доходить висновку, при створенні своїх методологічних конструкцій, що зростання наукового знання розмиває межі між окремими науками. Таким чином вчені, мають спеціалізуватися не по окремих науках, а по проблемах. Саме це дає можливість бачити проблему в цілому, значно ширше, що допомагає сучасним науковцям, спираючись на ці знання, генерувати гіпотези і при цьому враховувати біоетичні засади. Це дає можливість розглядати наукову медичну проблему в більш широкому діапазоні, що стає поштовхом для генерації нових гіпотез для розвитку наукової думки та, сподіваємось, застерігає помилок, що можуть зашкодити як людині, так і планеті в цілому.

Наявність філософських знань та біоетичних поглядів у лікаря-дослідника дає можливість вивчати медичні проблеми з різних точок зору, з погляду як практичного використання, так і теоретичного обґрунтування. Аналіз праць В.І. Вернадського свідчить про надзвичайну актуальність втілення сучасних філософсько-методологічних та біоетичних принципів в теорію та практику науково-дослідної діяльності.

Висновки. Прийшли до висновків, що сучасним науковцям важливо спиратися на філософські знання для формування можливості широкого погляду на наукову проблематику, більш широко застосовувати біоетичні принципи при плануванні наукових робіт, намагатися прогнозувати можливість негативних наслідків, до яких може призвести розвиток науки без дотримання етичних норм.

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ, ЯК СКЛАДОВА ОНТОЛОГІЧНОЇ МОДЕЛІ

SYSTEMATIZATION OF THE DIAGNOSTICS OF LIVER STEATOSIS IN NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE, AS A COMPONENT OF THE ONTOLOGICAL MODEL

Носко Н. О. (Nosko N. O.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії
Науковий керівник – д. мед. н., доцент, доцент кафедри
гастроентерології, дієтології і ендоскопії Харченко В'ячеслав Вікторович

Актуальність теми. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) - найбільш розповсюджене захворювання печінки в західних країнах. НАЖХП – це хронічне захворювання, що може прогресувати до розвитку цирозу печінки.

Отже, для вдосконалення надання медичної допомоги хворим з НАЖХП є актуальним розробка системи упорядкування медичних знань, в даному випадку діагностики стеатозу печінки, що базуються на онтологічних принципах. Це може покращити ранню діагностику патології та дати можливість проводити профілактику ускладнень захворювання, що лежить в основі оптимізації надання медичної допомоги.

Мета дослідження. Створення частини онтологічної моделі неалкогольної жирової хвороби печінки, по діагностиці стеатозу печінки, що є принципово новим підходом, з метою вдосконалення надання медичної допомоги хворим.

Матеріали та методи. Онтологія знань, метод теорії прийняття рішення.

Результати дослідження. Формалізовані дані щодо діагностики стеатозу печінки при неалкогольній жировій хворобі печінки на основі новітніх рекомендацій: 1) «Клінічні рекомендації EASL-EASD-EASO що до діагностики та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки» Європейської асоціації по вивченню печінки, від 2016 року; 2) «Неалкогольна жирова хвороба печінки: оцінка та ведення.» рекомендації NICE2016 року; 3) «Азіатсько - тихоокеанська робоча група по неалкогольній жировій хворобі печінки», рекомендації 2017 року; 4) Італійська асоціація по вивченню печінки (AISF). Положення AISF про неалкогольну жирову хворобу печінки: оновленні рекомендації 2017 року; 5) «Діагностика та ведення неалкогольної жирової хвороби печінки: практичні рекомендації Американської асоціації по вивченню хвороб печінки» від 2018 року.

Систематизовані наукові дані що до потреби в скринінгу на неалкогольну жирову хворобу печінки, проаналізовані неінвазивні методи діагностики даної патології. Окремо розглянуто використання індексів FattyLiverIndex (FLA) та NAFLD-LiverFatScore (NAFLD-LFS) для оцінки наявності стеатозу. В ракурсі цих даних визначено мінімально оптимальний об'єм лабораторних показників для використання цих індексів, що дає можливість лікарям різних фахів широко користуватися ними для покращення активного виявлення пацієнтів з стеатозом печінки, особливо при наявності факторів ризику.

Враховуючи, що онтологічна модель є динамічною, ми маємо можливість її постійно вдосконалювати та осучаснювати.

Висновки. Онтологічна модель неалкогольної жирової хвороби печінки, а саме систематизація знань що до діагностики стеатозу печінки, як її складової, суттєво збільшують можливість фахівців діагностувати стеатоз печінки для активного виявлення пацієнтів з НАЖХП з метою вдосконалення надання медичної допомоги хворим.

**АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З
ПОРУШЕННЯМ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ГЛЮКОЗИ ПРИ ВИКОНАННІ
СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ**

*ANALYSIS OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH GLUCOSE
INTOLERANCE WHO UNDERWENT SIMULTANEOUS SURGERY*

*Огородник Т. О. (Ogorodnik T. O.), Дінець А. В. (Dinets A. V.),
Панчук О. В. (Panchuk O. V.)*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
Кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії

Мета дослідження. Визначити і оцінити симультанні операції, в ретроспективній когорті пацієнтів віком 55 років і старше, виявити і оцінити частоту ускладнень у пацієнтів з порушенням толерантності до глюкози.

Матеріали та методи. Ідентифіковано 185 пацієнтів були у віці 55 років і старше, яким виконані симультанні операції в 2016-2018гг. Для дослідження були використані дані з архівної медичної документації 112 пацієнтів..

Результати дослідження. У пацієнтів з порушенням толерантності глюкози було виконано 156 (48%) операцій, а у пацієнтів без порушення толерантності глюкози - 123 (38%), $p = 0,011$. Було ідентифіковано наявність післяопераційних ускладнень у 25 (39%) пацієнтів з порушенням толерантності глюкози ($p = 0,0001$). Однофакторний аналіз даних, який показав СШ 0,188 (95% ДІ 0,04-0,835) щодо можливих післяопераційних ускладнень в групі пацієнтів з порушенням толерантності до глюкози ($p = 0,03$). Множинна логістична регресія показала, що ускладнення при холецистектомії демонструють СШ 3,88 (95% ДІ 1,2-8,2), $p = 0,016$; також статистичну тенденцію було виявлено при ускладненнях при виконанні абдомінопластики СШ 2,65 (95% ДІ 0,9-7,8), $p = 0,076$.

Висновки – пацієнтам з порушенням толерантності до глюкози у віці 55 років і старше достовірно частіше виконуються оперативні втручання на органах черевної порожнини і при грижах, виконання холецистектомії і абдомінопластики симультанно характеризується з більш високим ризиком післяопераційних ускладнень.

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ СУГЛОБОВОГО
ХРЯЦА З ВИКОРИСТАННЯМ КОНЦЕНТРАТУ ЧЕРВОНОГО
КІСТКОВОГО МОЗКУ, ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ
ТА ПРЕПАРАТІВ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ**
*COMBINED TREATMENT OF ARTICULAR CARTILAGE DAMAGE USING
PLATELET-RICH PLASMA, BONE MARROW CONCENTRATE
AND HYALURONIC ACID.*

Оліфіренко О. І. (Olifirenko O. I.)

Актуальність теми. Останні десятиріччя спостерігається бурхливий розвиток регенеративних технологій в багатьох напрямках медицини. Одні вже є широковідомі і поширені, інші тільки знаходять свою нішу в комплексному лікуванні хворих. Важливим є глибоке розуміння сфери використання доступних регенеративних методик. Пошкодження хряща травматичного характеру призводить до тривалого переривання спортивної кар'єри. Поширеність остеоартриту за останні 20 років збільшилась вдвічі і далі має тенденцію до зростання. Відновне лікування пошкоджень хряща при остеоартриті вкрай обмежене, а класичні методи лікування симптоматичні.

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

Матеріали та методи. В період з 2015 по 2019 роки на лікуванні знаходилось 114 хворих з діагнозом: пошкодження хряща 1-4 ступеню за Оутербрідж. Пошкодження хряща виявлялись: інтраопераційно артроскопічно або за даними магнітнорезонансної томографії. До дослідної групи потрапили пацієнти з пошкодженнями хряща великих суглобів: колінний, кульшовий, гомілково-ступневий, плечовий. Етіологія пошкоджень відмічалась: гостра травматична, механічна, дегенеративна. Пацієнтів було проліковано відповідно до розробленого алгоритму з використанням малоінвазивних регенеративних методик: збагачена тромбоцитами плазма (PRP), концентрат червоного кісткового мозку (ВМАС) та гіалуронова кислота (НА). Механізм терапевтичного впливу 1) ВМАС - модель перелому плоскої кістки з внутрішньосуглобовим виливом червоного кісткового мозку і відповідною запальною, імунною, хемотаксичною та відновною реакцією організму. Лікувальний ефект за рахунок збалансованого комплексу близько ста факторів росту та медичних сигнальних клітин (МСК) 2) PRP - модель травми м'яких тканин з крововиливом та відповідною регенеративною реакцією організму. 3) НА – ефект віскосуплементатії та віскоіндукції. Оцінка результатів лікування проводилась з допомогою суб'єктивних міжнародних опитувальних шкал (Visual Analogue Scale (VAS), Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), Western Ontario McMaster Universities OA Index (WOMAC) , даних повторних магнітнорезонансних досліджень та безпосереднього макроскопічного дослідження при повторних артроскопіях. Контрольна група включала пацієнтів з класичним веденням консервативного лікування відповідно до загальноприйнятих протоколів. Оцінка результату лікування проводилась через 3, 6 та 12 місяців.

Результати дослідження. Відповідно до суб'єктивних шкал оцінки функції та болю суглобу 86.8% пацієнтів після лікування з використанням ін'єкційних регенеративних засобів відмічали покращення в терміні спостереження до 12 місяців. Терапевтичний ефект спостерігався до 12 місяців. В 7 % пацієнтів спостерігалось загострення симптоматики на початку лікування. Ускладнень середнього та важкого ступеня не виявлено. Об'єктивні методи оцінки лікувального ефекту продемонстрували позитивний вплив регенеративних технологій на стан суглобового хряща. Порівняно з контрольною групою відмічався середньо терміновий стійкий терапевтичний ефект.

Висновки. Таким чином, комплексне лікування пошкоджень хряща різного ступеня з допомогою збагаченої тромбоцитами плазми, концентрату червоного кісткового мозку та препаратів гіалуронової кислоти є ефективним та безпечним. Перспективним є подальше вдосконалення методики та розширення показів до використання. В порівнянні з класичним симптоматичним лікуванням – регенеративні технології проявляють більш стійкий терапевтичний ефект.

ПРИЧИНИ ГІПОДІАГНОСТИКИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТУ У ПІДЛІТКІВ НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ.

Періг Ю. С., Матюха Л. Ф.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра сімейної медицини та АПД

Актуальність теми. На сьогодні головною медичною спеціальністю, що займається профілактикою захворювань і ранньою діагностикою патологічних станів залишається сімейний лікар. ВООЗ в 2018 році визначило підлітків 10-19 років як цільову групу для проведення профілактичних заходів. Згідно даних Державного центру статистики (ДЦС) щорічно в Україні реєструється близько 2 тисяч дітей з захворюваннями крові, більшість з яких становлять дефіцитні анемії.

Мета дослідження. Підвищити рівень обізнаності лікарів щодо проблем діагностики залізодефіцитних станів у підлітків.

Матеріали та методи. Аналіз медичної документації ф. 025/о за 2017-2018 роки, дані лабораторних досліджень дітей 10-18 років м. Києва.

Результати дослідження. Досліджено 496 амбулаторних карт дітей віком 10-19 років, що звертались до сімейного лікаря і педіатра протягом 2017-2018 років (393 особи жіночої статі, 103 особи чоловічої статі). 307 осіб отримали направлення на загальний аналіз крові. 172 здавали розширений загальний аналіз, що включає опис якісних показників клітин крові (1 група),

135 отримали аналіз крові з підрахунком кількісних показників (2 група). В 1й групі 37 осіб мали запальні зміни крові (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ). 47 осіб мали MCV менше 80 fL, що є показником мікроцитозу еритроцитів, 29 осіб мали MCH менше 27 пг, що є показником гіпохромії еритроцитів, гемоглобін нижче 120 г/л був у 20 осіб (10 з мікроцитозом, 17 з гіпохромією еритроцитів), рівень еритроцитів нижче усередненої норми за статтю визначався у 12 осіб (4 з мікроцитозом, 1 з гіпохромією). Колірний показник визначався не у всіх лабораторіях. З цієї групи 13 осіб були направлені на дослідження крові на рівень феритину, 7 пройшли дообстеження. Серед пацієнтів що пройшли дообстеження, 4 мали рівень феритину нижче 15 нмоль/л, 3 вище 16 нмоль/л. Трансферин та сироваткове залізо не досліджували. В 2й групі запальні зміни крові були 34 аналізах, рівень гемоглобіну нижче 120 г/л визначався у 15 осіб, зниження кількості еритроцитів у 7 осіб.

Висновки. Існує потреба в проведенні розширеного клінічного аналізу крові дітям підліткового віку на первинній ланці, а також при виявленні мікроцитозу і гіпохромії потрібно направляти пацієнтів на дослідження феритину, трансферину, сироваткового заліза.

**ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ
ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ ЧЕРЕПА ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ
В ГОСТРОМУ ТА РАНЬОМУ ПЕРІОДІ
PREVENTION OF INFECTION COMPLICATIONS AFTER
GUNSHOTWOUNDS IN A QUTE AND EARLY PERIOD**

Переконайко Ю. М. (Perekonaiko Y.)

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

Актуальність теми. Різноманітні погляди на лікувальну стратегії залежно від механізму поранення, локалізації, загального стану пацієнта, поява нових аспектів у діагностиці та лікуванні і обґрунтовують доцільність проведення даного дослідження. Попередження інфекційно – запальних ускладнень при вогнепальних черепно – мозкових пораненнях дозволить значно скоротити витрати та зменшити відсоток негативного результату лікування.

Мета дослідження. Визначити фактори, які сприяють розвитку інфекційних ускладнень при вогнепальних пораненнях черепа та головного мозку. Визначити вплив інфекційних ускладнень при вогнепальних пораненнях голови на результат лікування. Розробити ефективні методи попередження інфекційних ускладнень при вогнепальних пораненнях голови.

Матеріали та методи. З травня 2014 року по 31 грудня 2017 року в Національний військовий медичний клінічний центр «Головний військово – клінічний госпіталь» поступило 109 пацієнтів з вогнепальними пораненнями голови. Було проведено детальний аналіз історій хвороб пацієнтів, паталого – анатомічних заключень, виписних та перевідних епікризів з інших лікувальних установ, де проводилось етапне лікування постраждалих. Всім пацієнтам по прибуттю в НВМКЦ «ГВКГ» було виконано КТ голови, в разі поєданого поранення також обстежено органи грудної та черевної порожнини, проведено неврологічне обстеження, оглянуту суміжними спеціалістами.

Результати дослідження. Виявлено переважання осколкових поранень 83 (81,6%), кульові 16 (14,67%), 10(9,17%) отримали травму внаслідок дії вибухової хвилі. Переважали відкриті поранення 104(95,4%) випадках, закриті у 5(4,6%) випадках. Проникні поранення діагностовано у переважної кількості пацієнтів 79 (72,5%), не проникні у 30(27,5%). Всі поранення супратенторіальні. Всього 39 пацієнтів з інфекційними ускладнення (всі чоловіки, середній вік 35 років, наймолодшому 20, найстаршому 42 роки). Свідомість за Шкалою ком Глазго при поступленні: 3б -1, 4-5 б – 3, 6-7б – 7, 8-9б- 2, 10-11б - 2, 12 б – 2, 14-15б – 21. Не проведена оцінка у 1 пацієнта. Інфекційно – запальні ускладнення: менінгіт 19, менінгоенцефаліт 10, вентрикуліт 4, абсцеси 4, емпієма 3, м'які тканини 17. У всіх пацієнтів – відкрите, проникне поранення. Вхідний отвір: лобна – 13, скроня – 7, тім'я – 7, потилична – 8, базально – 2, орбіта – 2. Кульове поранення у 6 пацієнтів, 31 – уламкові, вибухова хвиля – 2. Ізольоване – 14 випадки, поєдане у 25 випадках. Комбіноване у 1 випадку (опіки 1 ступеня). Результати лікування оцінювались за розширеною шкалою виходів Глазго.

Висновки. Пацієнти з вогнепальними пораненнями голови та діагностованою ліквореєю мають високий ризик виникнення інфекційних ускладнень. Важкість стану веде до збільшення числа інфекційних ускладнень. Збільшення кількості хірургічних втручань значно підвищує ризик розвитку інфекційних ускладнень. Інфекційні ускладнення негативно впливають на результат лікування

**АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ
ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА ОЖИРІННЯМ
ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE AND OBESITY**

Покровська Н. К. (Pokrovska N. K.)

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Склярів Є. Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапії, медичної діагностики та гематології і
трансфузіології ФПДО

Актуальність теми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) часто супроводжує артеріальну гіпертензію (АГ), особливо на тлі ожиріння (Kim SH, 2017). Цей взаємозв'язок можна пояснити наявністю загальних факторів ризику, таких як вік, гіподинамія та тютюнопаління (Eriksson B, 2018). Однак, чи ХОЗЛ є незалежним фактором ризику АГ не є чітко окреслено. Відомо, що у пацієнтів зі стабільним перебігом ХОЗЛ метаболічний синдром є більш поширеним, порівняно із загальною популяцією, а зміни у ліпідному спектрі крові є достовірно більшими (SebronLipovec N, 2016).

Мета дослідження. Виявити клінічні особливості перебігу артеріальної гіпертензії у пацієнтів з ХОЗЛ.

Матеріали та методи. Обстежено 45 осіб та поділено на дві групи, перша – 20 хворих на АГ (I-II стадії, 1-3 ступеню), ХОЗЛ (GOLD 1-3) в фазі нестійкої ремісії та ожиріння, та друга – 25 пацієнтів з АГ та ожирінням.

Усім пацієнтам проводили комплексне загальноклінічне обстеження, антропометричне вимірювання (зріст, маса тіла із визначенням індексу маси тіла (ІМТ)); лабораторні обстеження: ліпідний спектр крові (загальний холестерин, холестерин ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), холестерин ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцериди); інструментальні дослідження: ЕКГ, ЕхоКГ, спірометрія.

Результати дослідження. Пацієнти 1-ої групи були дещо старші за пацієнтів 2-ої групи, відповідно, $57,0 \pm 8,6$ та $53,4 \pm 8,9$ років. ІМТ практично не відрізнявся у пацієнтів двох груп.

Домінуючими скаргами у пацієнтів були: біль голови (1 група – 80%, 2 група – 68%), задишка (1 група – 75%, 2 група – 56%), який посилювався на тлі фізичного навантаження та психоемоційного перенапруження; пацієнти з АГ, ХОЗЛ та ожирінням, відмічали задишку експіраторного характеру (80%), в той час як пацієнти з АГ та ожирінням змішаного характеру (72,7%); загальна слабкість (1 група – 85%, 2 група – 84%), відчуття серцебиття переважало в пацієнтів 1-ої групи (70%, порівняно з 2-ою – 52%). У хворих 1 групи достовірно частіше діагностували синусову тахікардію, відповідно 80% і 32% у 2 групі ($p < 0,001$).

При проведенні ехолокації серця встановлено достовірне збільшення правого шлуночка (ПШ) ($p < 0,05$), лівого шлуночка (ЛШ) ($p < 0,01$), товщини міжшлуночкової перетинки (МШП) ($p < 0,05$) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, ХОЗЛ та ожирінням.

Істотної різниці між показниками АГ у пацієнтів з коморбідним перебігом артеріальної гіпертензії, ХОЗЛ та ожиріння (166/95 мм рт.ст.) та хворих на АГ на тлі ожиріння (162/93 мм рт.ст.) не було.

Виявлено вірогідно нижчий показник ХС-ЛПНЩ ($p < 0,05$) та вищу гіпертригліцеридемію ($p < 0,01$) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, ХОЗЛ та ожирінням.

При проведенні спірометрії встановлено, що середні показники функції зовнішнього дихання були вірогідно нижчими у пацієнтів 1-ї групи: об'єм форсованого видиху за 1 секунду (48,2 %), функціональна життєва ємність легень (61,7 %). Це свідчить про наявність змін за обструктивним типом.

Висновки. Коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ХОЗЛ та ожиріння характеризується симптоматикою з боку серцево-судинної та дихальної системи, а також змінами лабораторних та інструментальних показників, серед яких переважали достовірне підвищення рівня ХС-ЛПНЩ у пацієнтів з АГ та ожирінням, з іншої сторони – гіпертригліцеридемією, збільшенням ПЩ, ЛШ та МШП у пацієнтів на тлі коморбідного перебігу артеріальної гіпертензії, ХОЗЛ та ожиріння.

**РОЛЬ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНИХ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ
ОПЕРАЦІЙ ПРИ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНИХ АДЕНОМАХ
THE ROLE OF MINIMALLY INVASIVE PARTIAL ADRENALECTOMY IN
ADRENOCORTICAL ADENOMAS**

Роєнко Ю. В. (Roienko Y.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра хірургії та трансплантології

Актуальність теми. У зв'язку з покращенням топічних візуалізаційних методів діагностики та високочутливих гормональних обстежень, зросла кількість виявлених адренокортикальних аденом наднирникових залоз. Основним видом хірургічного лікування є адреналектомія. Проте, у випадку двосторонньої патології, після видаленого раніше контрлатерального наднирника чи його гіпоплазії виникає необхідність у вивченні питання про часткову резекцію. Наднирникова недостатність являється серйозним ускладненням та потребує медикаментозної замісної терапії.

Органозберігаючі мінімально інвазивні операції дозволяють знизити рівень наднирникової недостатності та покращити віддалені результати якості життя. До 80-94% пацієнтів після органозберігаючих операцій в подальшому не потребують замісної стероїдної терапії. Але, після такого об'єму оперативного втручання існує ризик рецидиву захворювання, що складає, за даними різних дослідників, від 1 до 4,4%. Короткий термін перебування в стаціонарі, ранню реабілітацію забезпечують мінімально інвазивні оперативні доступи. На сьогоднішній день доступні малоінвазивні трансперитонеальні та ретроперитонеальні ендоскопічні методики, кожна

з яких має свої переваги та недоліки. За даними досліджень, збереження центральної вени наднирника не є необхідним для подальшого функціонування та відновлення. Достатнім об'ємом залишкової тканини може бути 20-50%.

Розмір пухлини 5-6 см. до недавнього часу був граничним для виконання операції ендоскопічним методом. Ряд досліджень останніх років показує безпечність малоінвазивних операцій при пухлинах 6-12см, проте це питання залишається дискусійним.

Середня тривалість операції складає 130хв, а кількість ускладнень 5-7%.

Такі дані дають підстави стверджувати, що ендоскопічні резекції наднирників є достатньо безпечним і ефективним методом лікування, але можуть бути методом вибору для відповідної клінічної ситуації.

**ЛАПАРОСКОПІЧНА ГАСТРОПЛІКАЦІЯ З ПРЕВЕНТИВНОЮ
ФУНДОПЛІКАЦІЄЮ ЗА NISSEN В УМОВАХ ПРОТОКОЛУ
ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
НА ОЖИРІННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ**
*LAPAROSCOPIC GASTROPLICATION WITH PREVENTIVE NISSEN
FUNDOPLICATION IN TERMS OF THE ENHANCED RECOVERY AFTER
SURGERY PROTOCOL IN THE TREATMENT PATIENTS WITH OBESITY AND
METABOLIC SYNDROM*

**Саволюк С. І. (Savoliuk S. I.), Лисенко В. М. (Lysenko V. M.),
Крестянов М. Ю. (Krestianov M. Y.), Завертиленко Д. С. (Zavertylenko D. S.),
Кругляк Є. К. (Krugliak Y. K.)**

Науковий керівник – д. мед. н, професор, завідуючий кафедри хірургії та судинної хірургії Саволюк С. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра хірургії та судинної хірургії

Актуальність теми. Ожиріння - захворювання, яке створює одну з найактуальніших проблем сучасного суспільства та системи охорони здоров'я країн всього світу. Баріатрична хірургія є провідним методом боротьби з даною пандемією. Перше місце серед переліку метаболічних процедур посідає лапароскопічна рукавна резекція шлунку (ЛРРШ). Однак, після виконання даної операції існує проблема можливого розвитку *de novo* або обтяження гастро-езофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Альтернативою ЛРРШ з подібним механізмом впливу на патогенез ожиріння та метаболічного синдрому виступає лапароскопічна плікація великої кривини шлунку (ЛПВКШ), яка є недостатньо вивченою та популяризованою.

Мета дослідження. Проведення порівняльної оцінки ретроспективних даних в термін спостереження 1 рік в аспекті інтеграції протоколу Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) під час курації пацієнтів після ЛПВКШ

та пацієнтів після ЛПВКШ в поєднанні з превентивною антирефлюксною процедурою (фундоплікація за Nissen).

Матеріали та методи. Характеристика груп пацієнтів: I група (ЛПВКШ) – 26 пацієнтів (чоловіки / жінки - 11/15, середній вік – $40,03 \pm 7,03$, середня вага – $129,24 \pm 7,3$ кг; обвід живота – $128,44 \pm 5,17$ см; індекс маси тіла (ІМТ) – $42,42 \pm 2,57$ кг/ м²; I-III ASA); II група (фундоплікація за Nissen + ЛПВКШ) – 19 пацієнтів (чоловіки / жінки - 7 / 12; середній вік - $41,1 \pm 5,87$, середня вага - $126,9 \pm 6,88$ кг; обвід живота – $128,1 \pm 4,72$ см; індекс маси тіла (ІМТ) – $42,42 \pm 2,29$ кг / м²; I-III ASA). Для всіх пацієнтів була проведена попередня консультація. Проводилось анкетування за анкетами GERD-Q та SF-36, контроль антропометричних показників, проведення ряду лабораторних та інструментальних досліджень з метою виявлення супутніх захворювань. Критерій виключення: наявність симптомів ГЕРХ або грижі стравохідного отвору діафрагми. Під час курації хворих були дотримані рекомендації відповідно до протоколу ERAS.

Результати. При дотриманні основних принципів ERAS були отримані наступні результати. Середній час виконання операції: I група - 120.88 ± 6.33 хв; II група - 134.1 ± 5.44 хв. Післяопераційна транзиторна нудота та блювота: I група – 2 пацієнта; II група – 1 пацієнт. Час знаходження в стаціонарі: I група - 3.76 ± 0.71 д.; II група - 3.52 ± 0.61 д.. Середній показник ІМТ через рік після операції в групах I і II становив 32.8 ± 0.58 кг / м² і 32.58 ± 0.32 кг / м², відповідно. Відповідно до опитування за анкетами GERD-Q та SF-36 у II групі отримані показники вищі. У 3 пацієнтів з I групи біли наявні симптоми ГЕРХ. За даними рентгеноскопії та гастроскопії у 4 пацієнтів I групи наявні епізоди рефлюксу та підтверджений рефлюкс-езофагіт (3 – А ступеню та 1 – В ступеню, за класифікацією Лос – Анджелес 1998)

Висновок. При поєднанні дотримання рекомендацій протоколу ERAS та виконання поєднання ЛПВКШ в комбінації з превентивною антирефлюксною процедурою дозволяє покращити показники якості життя пацієнтів за рахунок попередження розвитку ГЕРХ, при співставних результатах зниження ваги. Однак даний вид хірургічного лікування потребує подальшого вивчення та проведення повторного аналізу.

ПРИЧИНИ НЕВДАЧІ ЛІКУВАННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ПАЦІЄНТІВ НА ФОНІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ CAUSES OF FAILURE OF TREATMENT OF CHEMORESISTANT TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION

Сагайдак Т. К. (Sahaidak T. K.)

Науковий керівник – д. мед. н., доцент Скороходова Н. О.

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти

Міністерства охорони здоров'я України»

Кафедра фтизіатрії і пульмонології

Актуальність теми. Попри тенденцію щодо зниження показників захворюваності на туберкульоз та смертності від цієї хвороби, епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні все ще залишається складною. На початку III тисячоліття глобальною проблемою у світі стали значне зростання захворюваності на туберкульоз та поширення ВІЛ, які належать до найзагрозливіших та поширених захворювань у всьому світі. В Україні, за даними ВООЗ, ефективність лікування мультирезистентного туберкульозу становить лише 42%.

Мета дослідження. Дослідити причини невдачі лікування хіміорезистентного туберкульозу у пацієнтів на фоні ВІЛ-інфекції.

Матеріали та методи. З 2013 по 2017 рр. в Запорізькій області всього зареєстровано 379 випадків хіміорезистентного туберкульозу з супутньою ВІЛ-інфекцією. Результати лікування оцінювались за допомогою когортного аналізу.

Результати дослідження. У 2013 році невдача лікування становила 5 випадків, за рахунок відсутності конверсії мокротиння – 3 випадки, 1 випадок – реверсія мокротиння до позитивних результатів та 1 – хворий переведений на паліативне лікування. У 2014 році невдача лікування становила 10 випадків, із них 3 – відсутність конверсії мокротиння, 3 – переведено на паліативне лікування, 2 – наявність небажаних побічних реакцій, 1 – ознаки реверсії мокротиння, 1 – додатково набута резистентність. У 2015 році невдача лікування становила 9 випадків, із них 6 – відсутність конверсії мокротиння, 2 – ознаки реверсії мокротиння, 1 – переведено на паліативне лікування. У 2016 році невдача лікування становила 13 випадків, із них 6 – відсутність конверсії мокротиння, 5 – переведено на паліативне лікування, 2 – ознаки реверсії мокротиння. У 2017 році невдача лікування становила 18 випадків, із них 7 – відсутність конверсії мокротиння, 9 – переведено на паліативне лікування, 2 – ознаки реверсії мокротиння.

За 5 років невдале лікування становило 55 випадків. Із них 25 (45%) випадків становила відсутність конверсії мокротиння, 19 (34%) – хворих переведено на паліативне лікування, 8 (15%) – реверсія мокротиння до позитивних результатів, 2 (4%) – наявність небажаних побічних реакцій, 1 (2%) – ознаки додатково набутої резистентності.

Висновки. Не зважаючи на стандартизовані схеми лікування хіміорезистентного туберкульозу відмічається збільшення кількості неефективно пролікованих випадків. Основні причини невдач лікування – відсутність конверсії мокротиння та переведення хворих на паліативне лікування.

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ШКОЛЯРІВ

Сиваченко Ю. В., Бекетова Г. В., Поворознюк В. В., Довгополова О. В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Кафедра дитячих і підліткових захворювань
ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України

Актуальність теми. Захворювання кістково-м'язової системи (КМС) залишаються важливою проблемою серед дитячого населення України. Згідно даних інституту стратегічних досліджень МОЗ України, за останнє десятиріччя, у структурі поширеності хвороб у підлітків, хвороби КМС входять в першу трійку та зростають найбільш інтенсивними темпами у віці 7–14 і 15–17 років (у 3,5 і 5,5 разів відповідно). Вони погіршують якість життя, викликають інвалідизацію та завдають соціально-економічних витрат. Вчасне виявлення патології дозволяє її профілактувати.

Мета дослідження. Вивчити показники мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у школярів міста Києва.

Матеріали та методи. Обстежено 148 дітей віком 8-17 років. Проведені загальноклінічні аналізи, оцінка статевого розвитку та двоенергетична рентгенівська денситометрія.

Результати дослідження. Показники мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) оцінювали за допомогою z-критерію. Значення до $-2 SD$ вважались нормою, більше $-2 SD$ оцінювали, як низькі показники. Встановлено, що МЩКТ достовірно збільшується з віком ($p=0,0028$) і стадією статевого розвитку ($p=0,0008$). Низькі показники кісткової маси (КМ) виявлено у 4,7% обстежених.

Висновки. Необхідне подальше вивчення МЩКТ у школярів з визначенням найбільш значимих комбінацій факторів ризику щодо низьких показників КМ у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МЕНОПАУЗИ У ЖІНОК З КЛІМАКТЕРИЧНОЮ КЕРАТОДЕРМІЄЮ ХАКСТХАУЗЕНА *PECULIARITIES OF MENOPAUSE IN WOMEN WITH CLIMACTERICAL KERATODERMIA OF HAKSTHAUSEN*

Синах О. К.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО

Актуальність теми. Сучасна дерматологія вважає кератодермією Хакстхаузена однією зі складових симптомів клімаксу, пов'язаних з віковим виснаженням функції яєчників. Оскільки нейроендокринна регуляція трофіки

шкіри здійснюється через гормони яєчників, які працюють в тісному контакті із щитоподібною залозою під контролем ЦНС, то загальний стан шкіри безпосередньо залежить від гормонального фону пацієнтки. Природним шляхом знижується рівень естрогенів, внаслідок чого виникають такі явища як гіпергідроз і тахікардія, відбувається звуження судин, сповільнюється зміна шарів шкіри, розвивається гіперкератоз, сухість шкіри.

У жінок в цей період життя можлива поява різного спектру і активності проявів клімактерію. Досліджень стосовно виявлення зв'язку між активністю симптомів менопаузи і проявами на шкірі у вигляді клімактеричної кератодермії Хакстхаузена дотепер не проводилося, тому метою нашої роботи стало вивчення наявності залежності між цими двома станами на підставі анкетування жінок.

Матеріали та методи. Клінічний огляд, лабораторні дослідження з метою підтвердження діагнозу та анкетування 30 жінок проводили як на базі КУ «ЗОШВКД ЗОР» м.Запоріжжя, так і в КЗ «Дніпропетровська ЦРЛ» протягом 2019 року. Для визначення оцінки важкості симптомів використовували міжнародну шкалу MRS з оцінки симптомів менопаузи (Menopause Rating Scale). MRS була офіційно стандартизована відповідно до психометричних правил. Під час стандартизації цього інструменту були виділені три незалежних змінних: психологічна, сомато-вегетативна і сечостатева субшкали. MRS складається з 11 пунктів (симптомів або скарг), кожен з яких може отримати від 0 (відсутність скарги) до 4 балів (важкі симптоми) в залежності від важкості прояву.

Результати дослідження. Із 30 жінок, які приймали участь у дослідженні, напади відчуття жару, пітливості відзначали 26 (86,7%), серед них у 12 осіб (46,2%) ці симптоми були виразні, а у інших (57,3%) – виражені незначно або помірно. Наявність неприємного відчуття у ділянці серця пацієнтки оцінювали неоднозначно. Значно виражений цей симптом виявився лише у 4 з них (14,3%), в цілому ж на це питання ствердно відповіли 28 (93,3%) жінок. Проблеми зі сном визначили також 28 осіб (93,3%), у кожній другій з них прояв цього симптому був помірний або значний.

Депресивний настрій у 8 пацієнток (26,7%) був відсутній як ознака менопаузального синдрому. У решти жінок цей симптом зустрічався майже з однаковою частотою від незначного до помірного прояву.

Всі жінки вказують на появу дратівливості, а у 30% (9 досліджених) зазначений прояв був значно виражений. Щодо психічного та фізичного виснаження, у кожній третій жінки ця ознака була помірна, а у 30% (9 з 30 осіб) – зовсім не спостерігалася.

Проблеми зі статевим життям не визначили 50% опитаних, а проблем із сечовиділенням не було у 90% пацієнток. Сухість слизової оболонки піхви,

неприємні відчуття у суглобах та м'язах спостерігаються менше, ніж у 10% жінок з проявами клімактеричної кератодермії.

Слід зазначити, що прямої кореляції між ступенем виразності проявів менопаузи та активністю ураження шкіри не встановлено, однак визначені порушення свідчать про наявність вазомоторних та психопатологічних симптомів.

Висновки. Дане дослідження свідчить про наявність у жінок з клімактеричною кератодермією вегетативних симптомів, що потребує комплексного підходу при призначенні їм терапії.

**КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА
ДІАГНОСТИКА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ**
CLINICAL-NEUROLOGICAL EVENTS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS
OF LYMM BORELIOSIS

Сич Т.Ю. (Sych T. Yu.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра неврології № 1

Кліщовий бореліоз (хвороба Лайма - ХЛ) - інфекційне трансмісивне природно-осередкове захворювання з переважним ураженням шкіри, суглобів, нервової та серцево-судинної систем, що відрізняється схильністю до хронічного і рецидивуючого перебігу. Викликається спірохетами і передається іксодовими кліщами. Патогномонічна для ХЛ ознака - поява на шкірі, в місці присмоктування кліща, своєрідної гіперемії - мігруючої еритеми.

Поділ на стадії є, в достатній мірі, умовним, оскільки не завжди можна виявити чітку послідовність симптомів. Часто присутня тільки перша стадія, іноді захворювання маніфестує одним з пізніх симптомів, наприклад хронічним аторофічним дерматитом, радикулярним синдромом або когнітивними порушеннями.

Враження нервової системи при ЛБ виникає як на центральному, так і на периферичному рівні. Розвиток нейроборелізу в більшості випадків викликаний *B. Garini* або *B. afzelii*. Для ранньої стадії характерний розвиток лімфоцитарного менінгіту, радикулопатії, невропатії черепних нервів із значним переважанням лицевого. Одним з найтипівіших проявів європейського нейробореліозу є синдром Баннварта, який характеризується поєднанням ураження мозкових оболонок і периферичної нервової системи (менінгордикулопаліоневропатія). Хронічний нейробореліоз характеризується розвитком енцефаломієліту, енцефалопатії, церебрального васкуліту з можливим розвитком в інсульт, хронічною радикулополіоневропатією. Пізня стадія нейробореліозу може дебютувати когнітивними порушеннями,

вестибулопатією, що найчастіше сприймається як хронічна ішемія мозку, особливо в старших вікових групах.

Найбільш частим проявом враження серцево-судинної системи при ХЛ є міокардит, рідше міоперикардит. Найбільш яскравими і характерними проявами лайм-кардиту є порушення ритму і провідності на різних рівнях провідної системи (синаотріальна, передсердні, атріовентрикулярні, ніжки пучка Гіса, волокна Пуркін'є) з розвитком блокад. Відмічається транзиторний, флюктууючий характер атріовентрикулярних блокад, коли їх ступінь неодноразово змінюється від I до III і назад протягом доби часто носячи безсимптомний характер. При субклінічно або безсимптомно перенесеному міокардиті ХЛ може дебютувати через декілька місяців або навіть років дилатаційною кардіоміопатією і швидко прогресуючою серцевою недостатністю без інших видимих причин. У цьому полягає складність діагностики хронічних форм лайм-бореліозу, так як через термін давності втрачається анамнестичний зв'язок захворювання з укусом кліща і чітка стадійність. До теперішнього часу залишається нез'ясованим, пов'язане ураження серцевого м'яза з проникненням і пошкодженням міокарда бореліями або в більшій мірі з запуском імунопатологічних реакцій.

Зміни з боку опорно-рухового апарату відзначаються як в гострому, так і в хро-нічному періодах ХЛ. Терміни виникнення лайм-артриту після появи мігруючої еритеми варіюють від 4 днів до 2 років. Лайм-артрит протікає по типу інфекційно-алергічного. Незважаючи на ефективність антибіотикотерапії в більшості випадків, у деяких хворих відмічається резистентність до лікування антибіотиками і наявність клініки артриту навіть після повторних курсів антибіотиків, що може говорити про аутоімунний характер запалення при лайм-артриті. Характерний розвиток артралгій, моно- і олігоартритів з залученням великих суглобів, частіше колінних, рідше виникають поліартрити. Менш типово враження дрібних суглобів кистей і стоп. У крові у пацієнтів з лайм-артриом відмічається помірне підвищення ШОЕ, в середньому не вище 20-30 мм / год, концентрація ЦРБ або нормальна, або помірно підвищена, іноді лейкоцитоз зростає до 10×10^9 . Ревматоїдний фактор і антиядерні антитіла зазвичай негативні, але можуть бути і позитивними в низьких титрах. У пацієнтів з лайм-артритом в сировотці майже завжди виявляються антитіла IgG до *B. burgdorferi*, негативна серологія IgG практично виключає діагноз лайм-артриту.

При ураженні очей найбільш часто (у 10 - 15%) зустрічається кон'юнктивіт, рідше періорбітальний набряк, увеїт, кератит, епісклерит, ірит, хоріоретиніт, панофтальміт.

Таким чином, знання основних клінічних проявів лайм-бореліозу у всьому його різноманітті і полісиндромності дозволяє у багатьох випадках

уникнути діагностичних помилок. Найбільш важливим для встановлення діагнозу ХЛ є наявність основних характерних симптомів хвороби в поєднанні з підтвердженням діагнозу серологічними методиками. Виявленням антитіл до *V. burgdorferi* в діагностичних титрах в сироватці крові, спинномозковій, синовіальній рідині та при отриманні сумнівних результатів - використання іммуноблоту.

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА У ХВОРИХ
НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**
*STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN THE MYOCARDIUM IN
PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND ARTERIAL HYPERTENSION*

Стахова А. П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2

Актуальність теми. Ревматоїдний артрит (РА) є найпоширенішим системним аутоімунним захворюванням, яке характеризується дуже високим ризиком інвалідизації (80% випадків) та зниженням терміну життя. Внесок артеріальної гіпертензії (АГ) на життя пацієнтів беззаперечний: збільшується ризик розвитку небезпечних серцево-судинних (СС) подій. Існує зв'язок між системними аутоімунними порушеннями та СС захворюваннями, при цьому останні є поширеною причиною смерті у пацієнтів з РА. Крім системного запалення, прийом препаратів для лікування РА також здатен збільшувати СС ризик.

Мета дослідження. На основі проведення доплерехокардіографії встановити частоту, особливості структури та фактори розвитку гіпертрофії і дилатації міокарда, а також особливості ремоделювання серця у хворих середнього і похилого віку з РА та АГ.

Матеріали та методи. На базі Київської міської клінічної лікарні №3 для вивчення особливостей змін серцевої геометрії хворих, було досліджено випадкову вибірку з 179 осіб, з них: I група - хворі на АГ II стадії та РА (n = 101) 82 (81,2%) з них жінки, а 19 (18,8%) - чоловіки, а середній вік 62,5 (45-74) ± 8,27 років, II група - хворі на РА без АГ (n = 41) 37 (90,2%) - жінки і 4 (9,8%) з них чоловіки, середній вік - 54,1 (45-74) ± 8,55 років, III група - хворі на АГ II стадії без РА (n = 37) 31(83,8%) жінки проти 6 (16,2%) чоловіків, середній вік - 60,6 (45-74) ± 8,61 років. 31 хворий (30,7%) на РА та АГ приймали глюкокортикоїдні препарати (ГК) проти 15 хворих (36,6%) на РА. Тривалість АГ у осіб I групи визначалася в середньому 9,0 (5,0-12,0) років проти 8,0 (5,0-11,0) років у хворих III групи.

Результати дослідження. Відповідно до отриманих нами результатів, у хворих на РА та АГ гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) встановлюється у 89

осіб (88,1%) проти 18 осіб (37,3%) у хворих на РА та 32 осіб (86,8%) групи хворих на АГ. У структурі гіпертрофії у хворих I групи переважає тяжка ГЛШ: 62 хворих (61,4%) проти 4 хворих (9,8%) II групи та 21 хворого (56,8%) - III група. В II групі переважає виявлення концентричної ГЛШ - 17 осіб (41,5%) проти 1 особи (2,4%) з виявленням ексцентричної ГЛШ ($\chi^2=11,83$, $p<0,001$) в порівнянні з I групи. Встановлено вплив віку на ГЛШ ($r=0,27$, $p<0,01$): у хворих I групи в віці 45-59 років (40 осіб) превалює тяжка ГЛШ - у 1,4 рази частіше у хворих і віці 60-74 років (61 особа) (42 особи (68,9%) проти 20 осіб (50,0%), $\chi^2=7,49$, $p=0,007$). У хворих I групи, які приймали ГК, переважає ексцентрична ГЛШ з дилатацією - 12 хворих (38,7%), менш часті концентрична ГЛШ з дилатацією - 7 хворих (22,6%), концентрична ГЛШ з дилатацією та ексцентрична ГЛШ без дилатації - по 4 особи (12,9%), $\chi^2=9,68$, $p=0,002$. У хворих на РА та АГ об'єм лівого передсердя (ЛП) більший, ніж у хворих на II і III груп (68,0 (55,1-92,9) мл проти 49,2 (42,5-66,5) мл та 64,0 (54,2-80,2) мл відповідно, а при розрахунку індексу об'єму ЛП є суттєве переважання над розмірами ЛП у хворих на РА (36,8 (29,9-47,4) мл/м² проти 29,8 (24,4-36,0) мл/м², $p=0,02$ і 32,7 (29,4-39,3) мл/м², $p<0,05$). Індекс об'єму ЛП пов'язаний із терміном прийом глюкокортикоїдних (ГК) препаратів ($r=-0,52$, $p<0,01$) та тривалістю АГ ($r=0,20$, $p<0,05$).

Висновки. Для хворих на ревматоїдний артрит (РА) та артеріальну гіпертензію (АГ) притаманне часте виявлення тяжкої гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) (61%) при визначенні суттєвого впливу віку хворих. Встановлено суттєве переважання діагностики ексцентричної ГЛШ, особливо у хворих, які приймали глюкокортикоїдні гормони (39%). Реєструється також значиме збільшення (в 1,3 рази) об'єму лівого передсердя у хворих з коморбідною патологією, а також вплив тривалості АГ та прийом глюкокортикоїдів.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛАЦЕНТИ IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES OF PLACENTAL TISSUE DURING PLACENTA PRAEVIA

Стецюк К. В. (Stetsiuk K. V.), Голяновський О. В. (Golyanovsky O. V.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра акушерства та гінекології № 1

Актуальність теми. Вчасна діагностика, прогнозування перебігу, адекватно підібрана тактика лікування, направлена на попередження ускладнень та патологічних станів, що ведуть до репродуктивних втрат, пріоритетні напрямки сучасного акушерства і гінекології. У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8 % по відношенню до загальної кількості

пологів, при цьому до 1 % належить передчасному відшаруванню та передлежанню плаценти. Передлежання плаценти - це ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки.

Мета дослідження. Зниження частоти ускладнень у вагітних з передлежанням плаценти, шляхом прогнозування їх та оптимізації надання допомоги, завдяки удосконаленню алгоритму ведення вагітності та розродження.

Матеріали та методи. Участь у дослідженні прийняло 100 пацієнток у терміні вагітності 28-34 тижнів, які перебували на стаціонарному лікуванні на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1, НМАПО імені П. Л. Шупика з наявним передлежанням плаценти та епізодом допологової кровотечі в анамнезі. Дослідження плацентарної тканини проводилось на кафедрі патологічної і топографічної анатомії НМАПО імені П.Л. Шупика

I група (основна) – 40 вагітних з передлежанням плаценти, які отримували терапію, направлену на профілактику кровотеч, згідно запропонованої нами методики. II група (контророльна) - проспективний аналіз перебігу 40 вагітностей з передлежанням плаценти за матеріалами історій пологів, ведення яких відбувався за загальноприйнятою методикою. III група(порівняння) - 20 умовно здорових жінок, вагітність та пологи яких мали неускладнений перебіг.

Критерії включення до дослідження: наявність верифікованого діагнозу передлежання плаценти, одиничний епізод допологової кровотечі зі статевих шляхів, термін вагітності 28-34 тижнів.

Критерії виключення з дослідження: обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез, а саме: попередньо діагностована істміко-цервікальна недостатність, наявність вад розвитку матки; важка супутня екстрагенітальна патологія. Профілактика рецидивуючих кровотеч та плацентарної дисфункції на тлі патології плацентациї включала в себе:магnezіальну терапію: препаратом магнеію лактату дигідрату (470 мг) та піридоксину гідрохлориду (5мг) по 2 таблетки 3 р.; гестагенну підтримку: мікронізованим прогестероном сублінгвальної форми 50 мг двічі на добу до 34 тиж. вагітності; гемостатичну терапію препаратами транексамової кислоти в дозуванні 10 мг/кг маси тіла; введення сучасного вазоконстриктору – терліпресина 0,2 мг., розчиненого в 10,0 мл. фізіологічного розчину в вену пуповини інтраопераційно, після вилучення плода; всім вагітним обох груп проводили профілактику РДС плода бетаметазоном (24мг/внутрішньом'язево) в терміні вагітності 26-34 тиж.

Результати дослідження. При порівнянні даних експресії рецепторів до естрогену в I та III групах виявлено, що розповсюдженість зазначених

рецепторів у клітинах базальної пластинки децидуальної оболонки в групах приблизно однакова (відповідно $1,2 \pm 0,039$ та $1,3 \pm 0,043$ балів) з однаковою інтенсивністю реакції. При порівнянні бальної оцінки розповсюдженості та інтенсивності експресії естрогенових рецепторів в синцитіотрофобласті в I і III групах виявили, що показники також були приблизно однаковими. При порівнянні даних експресії рецепторів до естрогену в II та III групах виявлено, що розповсюдженість та інтенсивність позитивної експресії рецепторів у клітинах базальної пластинки децидуальної оболонки в II групі вдвічі більша, ніж в групі контролю (відповідно розповсюдженість $2,8 \pm 0,092$ та $1,3 \pm 0,043$ балів, інтенсивність $2,2 \pm 0,073$ та $1,1 \pm 0,036$ балів). При порівнянні бальної оцінки експресії прогестеронових рецепторів виявлено, що в II групі розповсюдженість прогестеронових рецепторів у клітинах базальної пластинки децидуальної оболонки майже в 2,5 рази менша ніж в III групі (відповідно $1,0 \pm 0,030$ і $2,4 \pm 0,079$ балів), при кількості прогестеронових рецепторів $36,7 \pm 0,73$ позитивно забарвлених клітин в II групі та $76,7 \pm 1,53$ клітин в III групі. Таким чином, при кількісній оцінці – в групі без методики, прогестеронових рецепторів в 2 рази менше, ніж в групі контролю. Експресія прогестеронових рецепторів в синцитіотрофобласті в II групі майже втричі менша, а інтенсивність – вдвічі менша ніж в III групі (розповсюдженість відповідно - $0,6 \pm 0,018$ та $1,7 \pm 0,056$ балів, інтенсивність - $1,1 \pm 0,034$ та $2,5 \pm 0,082$ бали).

Висновки. При використанні запропонованої методики ведення вагітності, рівень розповсюдженості експресії рецепторів прогестерону у клітинах власної пластинки децидуальної оболонки наближається до нормального рівня розповсюдженості експресії рецепторів прогестерону в зазначених структурах (відповідно $1,5 \pm 0,045$ бали в групі з методикою та $2,4 \pm 0,079$ бали в групі контролю). Запропонована методика практично не впливає на рівень розповсюдженості експресії рецепторів прогестерону в синцитіотрофобласті. Морфологічні зміни, присутні в I групі дослідження (з методикою) пояснюють клінічно підтверджений сприятливий прогноз щодо профілактики рецидивуючих кровотеч: I групі виявлена задовільна експресія прогестеронових рецепторів у базальній пластинці децидуальної оболонки (кількість рецепторів наближається до їх рівня в контрольній групі) та має місце розвиток адекватних компенсаторних процесів в плацентах на відміну від даних дослідження II групи (без методики), де переважають інволютивно-дегенеративні зміни, а кількість прогестеронових рецепторів вдвічі менша ніж в контрольній групі. Отже можливо стверджувати, що кількість прогестеронових рецепторів є провідним фактором, який відповідає за співвідношення компенсаторних та дегенеративних процесів у материнській частині плаценти, та на якій можливо вплинути за допомогою

запропонованої методики ведення вагітних з ризиком рецидивуючих кровотеч у вагітних з передлежанням плаценти.

ПОШИРЕНІСТЬ РЕЦЕСІЙ ЯСЕН ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ
PREVALENCE OF GINGIVAL RECESSION IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS DEPENDING ON AGE

Супрунович І. М.

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

Актуальність теми. Рецесія ясен характеризується апікальною міграцією ясен відносно емалево-цементного з'єднання та оголенням коренів зубів. Даний клінічний стан є досить поширеним і часто зустрічається в стоматологічній практиці. Залежно від ступеня та тяжкості, дані ураження можуть впливати на якість життя людини, що пов'язано з появою гіперчутливості, карієсу кореня, некаріозних уражень твердих тканин зубів та відчуттям страху втрати зуба. У пацієнтів з генералізованим пародонтитом, запальна реакція, що виникає на наявність підясенного зубного нальоту, спричинює втрату кісткової тканини, і як наслідок – розвитку рецесій ясен, а первинне пародонтологічне лікування, яке спрямоване на елімінацію запального фактору, може збільшувати тяжкість даних уражень.

Мета дослідження. Дослідити поширеність рецесій ясен у пацієнтів з генералізованим пародонтитом залежно від віку.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 133 пацієнта (серед них 63 осіб чоловічої статі та 70 осіб жіночої), які проходили обстеження на кафедрі стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика та відповідали критеріям даного дослідження. Вибірка була поділена на IV групи: група I (20-29 років), група II (30-39 років), група III (40-49) років та група IV (50-59 років). Було проведено опитування пацієнтів щодо їх стоматологічного та медичного анамнезу, наявності шкідливих звичок та особливостей догляду за порожниною рота. Кожному пацієнту проводилось клінічне обстеження та заповнювалась пародонтальна карта (Florida Probe).

Результати дослідження. Поширеність рецесій ясен серед пацієнтів з генералізованим пародонтитом становить 100%, рецесії ясен були наявні біля 65.78 (61.2-70.3) % зубів. У першій віковій групі (20-29 років) у 42.52 (31.6-53.4) % пацієнтів мали рецесію ясен. У пацієнтів другої вікової групи (30-39 років) рецесія була наявна у 59.5 (51.4-67.6) % пацієнтів. Обстеження третьої вікової групи (40-49 років) продемонстрували наявність рецесій у 70.4 (62.8-78.2) % пацієнтів, тоді як у четвертій віковій групі (50-59 років) 82.7 (76.1-89.4) % обстежуваних мали рецесії ясен.

Висновки. У 100 % обстежених були наявні рецесії ясен. У пацієнтів з генералізованим пародонтитом поширеність рецесій ясен збільшується з віком.

**ГЕНЕРАЦІЯ АКТИВНИХ ФОРМ КИСНЮ ГРАНУЛОЦИТАМИ
ПІД ДІЄЮ ХАРЧОВОЇ ДОБАВКИ E407a В ЕКСПЕРИМЕНТАХ IN
VIVO TA IN VITRO**
*REACTIVE OXYGEN SPECIES GENERATION BY GRANULOCYTES UNDER
THE INFLUENCE OF A FOOD ADDITIVE E407a IN VIVO AND IN VITRO*

Ткаченко А. С.

Харківський національний медичний університет
Кафедра біохімії

Актуальність теми. Харчові добавки E407 (очищений карагенан) та E407a (напівочищений карагенан) застосовуються як згущувачі та гелеутворювачі завдяки своїм реологічним властивостям. Однак у декількох роботах показана здатність харчового карагенану індукувати запалення кишечника. У той же час механізми індукції запалення карагенаном залишаються нез'ясованими.

Мета дослідження. Визначити здатність харчової добавки E407a генерувати активні форми кисню (АФК) у гранулоцитах крові в експериментах *in vivo* та *in vitro*.

Матеріали та методи. У *in vivo* експеримент було залучено 16 щурів-самок популяції WAG, що були розділені на дві рівні групи. Тварини першої групи вживали водний розчин харчової добавки E407a у дозі 140 мг/кг ваги протягом 2 тижнів. Друга група використовувалася в якості контролю та вживала відповідні об'єми питної води. Кров тварин збирали у вакутейнери з ЕДТА. Для *in vitro* експерименту кров 7 щурів-самок популяції WAG інкубували з натрій-фосфатним буфером (PBS) та розчинами E407a з концентраціями 5 г/л та 10 г/л. Потім відбиралося по 100 мкл крові з кожної проби, з якою отримували суспензію лейкоцитів лізуванням (розчин FACSLyse, Becton Dickinson, США) та подвійною відмивкою у PBS. Для оцінки інтенсивності генерації АФК використовували інкубацію з 2',7'-дихлордигідрофлуоресцеїндацетатом (H2DCFDA, Invitrogen™, США) протягом 30 хвилин у темряві з концентрацією речовини у робочому розчині 5 мкмоль. Для визначення життєздатних клітин використовували інкубацію з 5 мкл барвника 7-аміноактиноміцина D (7-AAD, BD Pharmingen, США). Аналіз проводили на проточному цитометрі FACS Canto II (BD Biosciences, США). Статистична обробка даних включала розрахунок критеріїв Крускала-Уоліса та Манна-Уїтні.

Результати дослідження. У клітинах під дією АФК H2DCFDA перетворюється у флуоресцентний дихлорофлуоресцеїн (DCF), інтенсивність

флуоресценції якого пропорційна кількості АФК. Середня інтенсивність флуоресценції (MFI) DCF визначалася у життєздатних клітинах, тобто 7-AAD⁺ гранулоцитах, після гейтування відповідного регіону. Встановлено, що значення MFI DCF у гранулоцитах тварин, що вживали E407a протягом 2 тижнів, майже на чверть ($p < 0,01$) вище у порівнянні з контролем. Таким чином, вживання харчової добавки E407a щурами призводить до генерації АФК у гранулоцитах, тобто нейтрофілах. У той же час, не спостерігалось достовірних змін ($p > 0,05$) в значеннях MFI DCF у гранулоцитах при інкубуванні крові з E407a, що свідчить про нездатність цієї харчової добавки безпосередньо стимулювати продукцію АФК нейтрофілами.

Висновки. Двотижневе вживання добавки E407a, що містить карагенан, призводить до активації продукції АФК гранулоцитами крові. Однак безпосередньо добавка E407a не здатна викликати гіперпродукцію АФК, що свідчить про залучення опосередкованих механізмів порушення редокс-стану клітин під дією карагенану.

НОРИЦІ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ

Фелештинський Я. П., Деркач К. Д.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра хірургії і проктології

Актуальність теми. Нориці передньої черевної стінки відносяться до пізніх місцевих ускладнень пов'язаних з сіткою після алогерніопластики. Частота виникнення ускладнень після відкритої алогерніопластики складає від 1 до 3%. Виникнення даного ускладнення погіршує якість життя пацієнтів після алогерніопластики та вимагає повторного оперативного втручання.

Мета дослідження. Вивчення причин виникнення нориць передньої черевної стінки з метою покращення результатів лікування та профілактики даного ускладнення після відкритої алогерніопластики.

Матеріали та методи. Було обстежено та проліковано 36 пацієнтів з діагнозом нориці передньої черевної стінки після відкритої алогерніопластики віком від 42 до 75 років. З них жінок – 25 (69,4%), чоловіків – 11 (30,6%). У пацієнтів, прооперованих з приводу післяопераційних вентральних гриж за методом sublay, нориці виникли у 6 (16,7%) пацієнтів, за методом onlay – у 23 (63,9%), прооперованих з приводу пахвинних гриж за методом Ліхтенштейна у 7 (19,4%) пацієнтів.

Усім пацієнтам було проведено передопераційне обстеження: УЗД ОЧП, фістулографія, загально клінічні та лабораторні дослідження. Всім пацієнтам проводилась антибіотикопрфілактика за добу до проведення оперативного втручання після визначення спектру мікроорганізмів виділень

з норицевого ходу та аналізу чутливості до антибактеріальних препаратів. Проведена операція в об'ємі висічення нориці з прилеглими ділянками сітки і запально-зміненими тканинами. Межею видалення сітки вважали її ділянку, що не проросла сполучною тканиною.

Результати дослідження. Причиною виникнення нориці передньої черевної стінки після відкритої алогерніопластики було інфікування рани зокрема інфікування прилеглої ділянки сітчастого імплантату.

Висновки. Нориці передньої черевної стінки переважно виникають після алогерніопластики за методикою onlay, причиною виникнення яких є інфікування рани з інфікуванням прилеглої ділянки сітчастого імплантату.

Оптимальним об'ємом операції при норицях передньої черевної стінки є висічення нориці з прилеглими ділянками сітки і запально-зміненими тканинами.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАТОГІСТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ *MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF SEBORRHEIC KERATOSIS DEPENDING ON THE PATHOHISTOLOGICAL PATTERN*

Чернеда Л. О. (Cherneda L. O.)

Науковий керівник – зав. кафедри, д. мед. н., доцент Макуріна Г. І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО

Актуальність теми. Себорейний кератоз (СК) належить до досить розповсюджених доброякісних новоутворень шкіри. Майже 100% старших за 50 років мають одиничні, або множинні вогнища кератозу. Часто дану патологію ототожнюють з поняттям «сенильна кератома», що не є коректним визначенням у сучасному світі. Адже збільшується відсоток осіб, які мають даний дерматоз вже у тридцятирічному віці. Крім вікової варіабельності для себорейних кератом характерна клінічна імітація злоякісних новоутворень. Не варто забувати і про естетичний компонент СК, вогнища часто розташовані на відкритих ділянках тіла, що призводить до певних психологічних проблем у пацієнтів. Таким чином, Актуальність теми даної теми визначається не тільки значною розповсюдженістю дерматозу серед населення, але і клінічною, морфологічною різноманітністю.

Мета дослідження. Виділити основні етіологічні фактори, патогенетичні особливості формування СК та нові можливості диференційованої топічної терапії дерматозу.

Матеріали та методи. Нами обстежено 15 осіб з себорейним кератозом на базі КУ «ЗОШВКД» ЗОР з подальшим дерматоскопічним

та патогістологічним дослідженням. Також проведений аналіз літературних даних PubMed, Cochrane, Google Scholar с 2000 по 2019 р.р.

Результати дослідження. Залишається дискутабельним питання про етіопатогенетичні механізми виникнення СК. У якості провокуючих факторів виступає, як надмірна інсоляція, так і наявність вірусу папіломи людини роду β . Досить розповсюдженою є теорія старіння кератиноцитів зі змінами проліферативного потенціалу клітини, процесів кератинізації, термінального диференціювання та апоптозу. Деякі науковці виділяють такі клінічні форми дерматозу: типовий СК, *dermatosis papulosa nigra*, *stuccokeratosis*, інвертний фолікулярний кератоз, ліхеноїдний кератоз, крупноклітинна акантома та пласка СК. Крім клінічного різноманіття, для себорейного кератозу характерні наступні патогістологічні варіанти за класифікацією BOOЗ (2018): акантотичний, кератотичний (папіломатозний), ретикулярний (аденоїдний), клональний, подразнений, пігментний та макулярний. Найбільш часто для лікування СК використовують криодеструкцію або електрокоагуляцію. Однак, дані методики не завжди є прийнятними для пацієнта через можливість виникнення рубців або вторинних плям. Окремі дослідники повідомляють про місцеве використання ретиноїдів, іміквімоду та кальципотрієну. Але результати досить суперечливі. За даними FDA єдиним офіційно зареєстрованим засобом для місцевого лікування СК є 40% розчин перекису водню. Тому, виникає необхідність до вибору нових методик топічного лікування.

Нами було обстежено 15 осіб з СК, переважно з типовим та пласким клінічним варіантом на тулубі, кінцівках та обличчі, розміри яких варіювали у межах від 0,5 до 1,5 см. Дерматоскопічна картина представлена класичними для СК патернами. Патоморфологічно акантотичний СК був у 11 осіб, папіломатозний та ретикулярний (аденоїдний) варіанти мали 3 та 1 пацієнт відповідно. Щоденне однократне топічне застосування 30% розчину перекису водню протягом 5 днів призвело до утворення на місці ураження кірочки, яка зникла через 1-1,5 тижні після терапії та подальшим повним клінічним одужанням. Суб'єктивно пацієнти повідомляли про незначне печіння у місці нанесення розчину, починаючи з 3-4-го дня лікування, але дані відчуття зникали через 10-15 хвилин. При опитуванні за 10-бальною шкалою рівень дискомфорту не перевищував 5 балів. Дана методика виключає необхідність застосування хірургічних втручань у схемі лікування пацієнтів з СК. Також значною перевагою стала можливість самостійного нанесення засобу без обмежень повсякденного способу життя.

Висновки. Зважаючи на широку розповсюдженість СК та різноманітність як клінічної, так і патогістологічної картини, даний дерматоз заслуговує особливої уваги практикуючих лікарів. Можливість

використання диференційованого топічного лікування СК із застосуванням окиснику сприяє підвищенню комплаєнсу та більш щадному відношенню до шкірних покривів.

НЕ-IGE-ОПОСЕРЕДКОВАНА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

NOT-IG E-MEDIATED GASTROINTESTINAL FOOD ALLERGY IN CHILDREN: MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Черниш Ю. Р. (Chernysh Yu. R.), Охотнікова О. М. (Ohotnikova O. M.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра педіатрії № 1

Актуальність теми. До не-IgE-опосередкованої гастроінтестинальної харчової алергії (ХА) належать ентероколітичний синдром, ентеропатія та проктоколіт, що індуковані харчовими білками. Можуть виникати гостро, але як правило при повторному впливі причинного продукту та зазвичай призводять до хронічного запалення, яке вражає різні ділянки шлунково-кишкового тракту [1]. І тому можуть бути розцінені як стани, що не пов'язані з вживанням того чи іншого продукту. Наслідок цього – затримка вчасної діагностики ХА та неправильний підхід до ведення пацієнта з цією патологією, що призводить до серйозних ускладнень [1, 2]

Методи проведення літературного пошуку. Для огляду були використані повідомлення у науковій періодичній літературі за останні 10 років, що стосується питань гастроінтестинальної харчової алергії у дітей, що розвивається за не-IgE-опосередкованим механізмом імунологічної реакції.

Аналіз отриманих даних. Критеріями діагностики вважаються: 1) зникнення клінічних проявів після повної елімінації з раціону антигенних продуктів; 2) доведена відсутність іншої причини коліту; 3) відсутність повторних епізодів симптоматики на фоні вживання харчової суміші зі зниженим антигенним складом, при цьому маса тіла нормалізується протягом першого місяця такого харчування; 4) повернення симптомів після провокації сумішами на основі молока, сої або інших причинних продуктів. [2]. З огляду на типові клінічні симптоми та точні критерії для позитивного результату орального провокаційного тесту вважається, що ендоскопічне та гістологічне обстеження не є першочерговим та рутинним методом діагностики, але можуть відігравати важливу роль при стійких і тяжких хронічних гастроінтестинальних проявах, які не чутливі до елімінаційної дієти, для виключення іншої патології ШКТ [3, 4]. Диференціальна діагностика має проводитися з такими патологічними станами: інфекції (бактеріальні, вірусні, паразитарні), хвороба Гіршпрунга, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ідіопатична гіпертрофія пілоруса,

інвагінація кишечника, мальротация, кишкова непрохідність, запальні захворювання кишечника, первинні імунodefіцити, аутоімунна ентеропатія, целиакія, розлади коагуляції.

Висновки та обговорення. Не-IgE-опосередкована гастроінтестинальна ХА, є гетерогенною групою станів, при яких спостерігається імунна реакція проти їжі, але не спостерігається вироблення IgE та активація тучних клітин і базофілів. Ці розлади вражають переважно ШКТ і можуть проявлятися гострими або хронічними відстроченими реакціями. У більшості пацієнтів для діагностики необхідне проведення провокаційних проб та/або ендоскопічного обстеження з гістологічним дослідженням слизової оболонки ШКТ. Не-IgE-опосередкована форма ХА, не підтверджується серологічно. Лікування цих станів базується на елімінаційній дієті або використанні стероїдів [1]. Насьогодні дана патологія залишається об'єктом інтенсивного дослідження.

Література.

1. M. Chehadetal. Feeding difficult ties in children with none IgE-mediated food allergic gastrointestinal disorders / Ann Allergy Asthma Immunol 122 (2019) 603e609.
2. Nowak-Wegrzyn A, Muraro A. Food protein-induced enterocolitis syndrome./ Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2009 Aug;9 (4): 371-7. doi:10.1097/ACI.0b013e32832d6315. Review.
3. Sampson H., Aceves S., Bock A. etal. Food allergy: a practice parameter update -2014. / J Allergy Clin Immunol. 2014 Nov; 134(5): 1016-25.e43. doi: 10.1016/j.jaci.2014.05.013. Epub 2014 Aug 28.

НОВИЙ КОМПЛЕКСНИЙ МЕТОД ТЕРАПІЇ РОЗАЦЕА З ВИКОРИСТАННЯМ СТАТИНІВ

NEW COMPREHENSIVE STATIN THERAPY FOR ROSACEA

Шестакова Я. А.

Науковий керівник – д. мед. н., проф. кафедри Макуріна Г. І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології
і естетичної медицини ФПО

Актуальність теми. Розацеа- поширене неінфекційне хронічне запальне захворювання шкіри обличчя, що характеризується розвитком еритеми, телеангіоектазій, папул, пустул, ураженням очей і вік, формуванням рінофіми. Точний патогенез дерматоза невідомий. Ймовірно, з часом буде встановлено, що захворювання, відоме на сьогоднішній день як розацеа, укладає в собі кілька схожих, можливо родинних, але різних клінічних станів, кожне з самостійним переважаючим патогенетичним механізмом. Розацеа – це результат дисрегуляції імунної системи, аномального проведення нервових

імпульсів від судинної мережі і дисбіозу, поєднання яких в кінцевому підсумку призводить до підвищеної чутливості і запалення шкіри. Проблема розацеа в останні роки набула великого медико-соціального значення, оскільки зростає поширеність рожевих вугрів. Показники захворюваності рожевих вугрів варіюють в широких межах через відсутність чітких діагностичних критеріїв. Дослідники наводять різні дані про поширеність даного дерматоза в Європі та США – від 1 до 20 %.

Мета роботи. Розробка нового комплексного патогенетично обумовленого методу лікування.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось на базі КУ «ЗОШВКД ЗОР» м. Запоріжжя. Було обстежено 60 хворих на розацеа з папуло-пустульозною та еритематозно-телеангіектатичною формами, яких було розподілено на дві групи: 30 осіб з порушенням ліпідного обміну (50,0%) та 30–без порушень (50,0%). У всіх пацієнтів була виключена супутня патологія, яка б могла впливати на показники імунного статусу. Пацієнти, які вживали статини, цитостатики та глюкокортикоїди, також були виключені з дослідження. Стан ліпідного обміну у хворих на розацеа оцінювали за допомогою ліпідограми за рівнем загального холестерину, триглицеридів, ЛПНП, ЛПВП. Статистичний аналіз даних здійснювався з використанням пакетів програм Microsoft Excel 2010; Statistica 6,0 (Statsoft Inc., США).

Результати дослідження. В процесі дослідження було виявлено, що у 60,0% пацієнтів з папуло-пустульозною формою дерматозу встановлено значно підвищені показники ліпідограми, які потребують корекції статинами. Обстежуваних розподілили на дві групи, які відповідають між собою по статі, віку, стадії та ступеню клінічних проявів дерматоза.

Хворим першої групи (загальної) до традиційної схеми (антибіотик тетрациклінового ряду, метронідазол системно, ангіостабілізатор, гепатопротектор та місцево метронідазол гель 0,75 % або крем 1% ; додатково був призначений гіполіпідемічний засіб, інгібітори ГМГ-КоА-редуктази: розувастатин 10 мг перорально 1 раз на добу протягом 4 тижнів.

Пацієнти другої групи (порівняння) отримували традиційну схему терапії без додавання статинів.

Ефективність лікування була оцінена через 4-6 тижнів після відміни всіх препаратів. Пацієнт обох груп повторно здали загальні клінічні аналізи та ліпідограму. Результати показали, що у 75,0% пацієнтів першої групи нормалізувалися показники ліпідного стану, було відмічено значне зменшення клінічних проявів дерматозу, за цей час зменшилась кількість загострень; у пацієнтів з другої групи показники ліпідограми були на тому ж рівні, та відмічались незначні клінічні зміни стану шкіри.

Висновки. При порівняльному аналізі результатів лікування с традиційним методом терапії необхідно відмітити те, що у хворих після призначення розувастатина статистично більш високий процент одуження з регресом висипних елементів та стійкіша ремісія.

ЛЮКСАЦІЯ ГОЛІВКИ СТЕГНОВОГО КОМПОНЕНТУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Штонда Д. В.

кандидат медичних наук

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

Актуальність теми. Ендопротезування кульшового суглоба (ЕКС) реконструктивне оперативне втручання, яке виконується при травмах та дегенеративно-дистрофічних захворюваннях кульшового суглоба і дозволяє досягти гарний клініко-рентгенологічний результат, за даними літератури у більше ніж 80% випадків [Герцен Г.І, Штонда Д.В. 2019]. При цьому люксація голівки стегнового компонента після первинного ЕКС є одним із частих ускладнень в післяопераційному періоді, яке за даними літератури виникає у 0,2% - 10% пацієнтів, при цьому 50-70% усіх випадків виникає на етапі реабілітації, протягом перших 4-6 місяців після операції [Штонда Д.В., Герцен Г.І. 2017].

Мета дослідження. Визначити фактори, що сприяють виникненню люксації голівки стегнового компонента ендопротезу після первинного ендопротезування кульшового суглоба та проаналізувати результати їх лікування.

Матеріали та методи. Ми проаналізували 972 випадки первинного тотального ЕКС (902 пацієнта), що були виконані в період з 2000 по 2018 рік на клінічних базах кафедри, середній вік пацієнтів склав $54,3 \pm 12,2$ років (від 33,4 до 78,2 років). Вивих голівки стегнового компонента виник у 71 випадку (7,3%), з них у 55 (5,66%) – лікування було консервативним, у 16 (1,65%) – оперативним. Серед 71 пацієнта, у яких виник вивих, жінок було - 38 (53,5%) у віці 37,2 до 72,4 років (середній вік $56,0 \pm 4,1$ рік), чоловіків - 33(46,5%) у віці 44,2 до 64,8 років (середній вік $57,0 \pm 2,1$ рік).

Результати дослідження. З метою вивчення факторів, що сприяють виникненню вивиху голівки ендопротезу ми аналізували стать, вік, загальний стан хворих, супутню патологію, первинний діагноз з приводу якого виконувалось ЕКС, причини виникнення вивиху та способи його усунення.

У 63 (88,7%) випадках звих голівки стегнового компонента виник на етапі реабілітації протягом перших 3-7 тижнів після операції, у 31 (43,7%)

звих рецидивував від 2 до 6 разів. У 16 (22,5%) випадках лікування потребувало оперативного усунення вивиху та реімплантації, у т.ч. збільшення антеверсії або нахила ацетабулярного компонента та/або заміні компонентів та положення стегнового компонента, використання ревізійних компонентів.

Висновки. На основі проведеного аналізу частоти, причин і методів лікування вивихів головки стегнового компонента після ЕКС, нами встановлено, що серед факторів які сприяють виникненню звихів голівки ендопротезу відносяться: порушення техніки хірургічного втручання, невідповідність анатомо-фізіологічних параметрів імплантів та кісткових структур, недотримання і порушення рухового режиму пацієнтом в післяопераційному періоді, супутня патологія, а саме надлишкова вага, літній та старечий вік, неврологічні та психічні розлади.

**ДИСФУНКЦІЯ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ.
DYSFUNCTION OF THE HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE ON THE BACKGROUND OF METABOLIC SYNDROME**

**Щурко М. М. (Shchurko M. M.), Башта Г. В. (Bashka H. V.),
Акімова В. М. (Akimova V. M.)**

Науковий керівник – завідувач кафедри клінічної лабораторної діагностики ФПДО, д. мед. н., проф. Лаповець Л. Є.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра клінічної лабораторної діагностики ФПДО

Актуальність теми. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією з основних причин смертності в Україні. На сучасному етапі актуальність реалізації заходів первинної та вторинної профілактики ССЗ набуває особливого значення. Основним пусковим механізмом у розвитку ССЗ є метаболічний синдром. Метаболічний синдром включає порушення, які супроводжуються розвитком у пацієнтів артеріальної гіпертензії (АГ), гіперліпідемії, інсулінорезистентності (ІР) та ожиріння. Ці всі клінічні прояви супроводжуються розвитком імунодефіцитних станів.

Мета дослідження. Визначити рівень імуноглобулінів Ig A, G, M у сироватці крові пацієнтів з ІХС на тлі метаболічного синдрому.

Матеріали та методи. В групу дослідження включено 20 пацієнтів, хворих на ІХС на тлі метаболічного синдрому, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КНП "Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги". Обстежуваних пацієнтів поділено на 2 групи: перша – пацієнти з ІХС; друга – пацієнти з ІХС на тлі метаболічного синдрому. Це особи віком від 55 до 65 років. Методи

дослідження включали: визначення вмісту Ig A, G, M у сироватці крові пацієнтів імуноферментним методом, вміст ЦК у сироватці крові пацієнтів турбідиметричним методом.

Результати дослідження. При аналізі отриманих результатів лабораторних досліджень крові виявлено вірогідні відмінності показників у пацієнтів різних груп.

Вміст Ig A в сироватці крові хворих I групи перевищує показники норми у 6,5 раза, у хворих II групи перевищує показники норми у 4,8 раза ($p < 0,05$), що свідчить про активацію гуморального захисту на слизових, особливо у пацієнтів з ІХС.

Вміст Ig G в сироватці крові хворих I групи перевищує показники норми в 1,9 раза, у хворих II групи перевищує показники норми в 1,5 раза ($p < 0,05$), що свідчить про наявність хронічного запального процесу.

Вміст Ig M в сироватці крові хворих I групи перевищує показники норми в 3,8 раза, у хворих II групи перевищує показники норми в 3,3 раза ($p < 0,05$), що вказує на загострення хронічного запального процесу.

Вміст (ЦК) в сироватці крові хворих I групи вірогідно не перевищує показники норми ($p > 0,05$), у хворих II групи перевищує показники норми на 12 % ($p < 0,05$), що свідчить про наявність реакцій гіперчутливості III типу у пацієнтів з ІХС та метаболічним синдромом.

Висновки. У хворих на ішемічну хворобу серця спостерігалися комплексні порушення гуморальної ланки імунітету, які, очевидно, зумовлені реакцією імунітету на хронічне інфікування, зокрема на слизових оболонках.

**ОСОБЛИВОСТІ ВІТЧИЗНЯНОГО ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ЕТАПАХ ЇХ
РЕАЛІЗАЦІЇ ТА МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ**
*PECULIARITIES OF DOMESTIC LEGISLATION ON THE QUALITY
ASSURANCE OF MEDICINES AT THE STAGES OF THEIR REALIZATION AND
MEDICAL USE*

Юрковська Л. Г. (Yurkovska L. H.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

Актуальність теми. Інтеграція вітчизняного фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я у європейський та міжнародний простір вимагає, серед іншого, постійного пошуку оптимальних шляхів гармонізації фармацевтичного законодавства України з нормативними вимогами міжнародно-правових та європейських джерел. Вказані процеси гармонізації, на даний час, відбуваються з певними ускладненнями, причини яких полягають, у тому числі, у специфічних особливостях та тенденціях розвитку вітчизняного фармацевтичного законодавства, зокрема, щодо забезпечення

якості лікарських засобів (ЛЗ) на етапах їх реалізації та медичного застосування.

Мета дослідження. Наукове обґрунтування особливостей сучасного вітчизняного фармацевтичного законодавства щодо забезпечення якості ЛЗ на етапах їх реалізації та медичного застосування в контексті завдань з його гармонізації з відповідними міжнародними та європейськими нормативно-правовими джерелами.

Матеріали та методи. За допомогою бібліосемантичного, системно-оглядового, аналітичного, формально-правового та порівняльно-правового методів здійснено наукове опрацювання окремих національних нормативно-правових джерел, що визначають правові основи забезпечення якості ЛЗ, у тому числі, на етапах їх реалізації та медичного застосування.

Результати дослідження. Однією з центральних термінологічних конструкцій, яка характеризує фармацевтичні правовідносини на усіх етапах життєвого циклу ЛЗ та, відповідно, відображена у цілій низці нормативно-правових актів (НПА) є «забезпечення якості ЛЗ». За здійсненим нами пошуковим запитом «забезпечення якості ЛЗ» від 23 січня 2020 року на офіційному веб-порталі Верховної Ради України, який, на даний час, без сумніву є найповнішим публічним електронним зібранням НПА України, що містить у розділі «Законодавство» понад 240 тис. документів, отримано 694 документи. Запит було сформовано з визначеннями стану документа як «чинний» та з пошуком даної термінологічної конструкції і у назві, і у тексті документів.

Важливими особливостями, які вдалося встановити, аналізуючи отриманий список документів, є істотне зростання уваги нормотворчих органів протягом останнього десятиліття до нормативно-правового впорядкування відповідних фармацевтичних правовідносин, що втілилося у кількості схвалених НПА різного виду, які зберігають свою чинність на даний момент. Так, за останні 10 років (2010-2019 роки) було прийнято 478 НПА, середньорічний показник кількості прийнятих НПА за цей період становить 48 НПА. За період 2000-2009 років було прийнято 182 НПА, середньорічний показник кількості прийнятих НПА – 18 НПА; за період 1991-1999 років було прийнято 29 НПА, середньорічний показник кількості прийнятих НПА – 3 НПА. Серед чинних НПА спостерігається істотна розпорошеність, невпорядкованість, оскільки схвалені вони у різні роки, різними регуляторними органами та не були піддані ані кодифікації, ані консолідації.

Висновки. Таким чином, вітчизняне законодавство щодо забезпечення якості ЛЗ на етапах їх реалізації та медичного застосування на сучасному етапі його розвитку характеризується такими особливостями: численністю

та невпорядкованістю чинних НПА різної юридичної сили, схвалених у різні роки та різними регуляторними органами, що породжує темпоральну та ієрархічну колізійність даних НПА. Вказані законодавчі особливості створюють перешкоди для гармонізації вітчизняного фармацевтичного законодавства із законодавством ЄС, ускладнюють правове регулювання вітчизняного фармацевтичного сектора, а також потребують подолання, способи якого становлять предмет нашого подальшого дослідження.

AMARANTHACEAE SPECIES AS PROMISING SOURCES OF HERBAL DRUGS

ВИДИ РОДИНИ АМАРАНТАСЕАЕ

ЯК ПЕРСПЕКТИВНІ ДЖЕРЕЛА РОСЛИННИХ ЗАСОБІВ

Arbid M., Lysiuk R. (Арбід М., Лисюк Р.)

Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Department of Pharmacognosy and botany

Actuality. Herbal drugs play currently an increasingly significant role for the treatment and prevention of various ailments due to their comparatively lower incidence of adverse effects at recommended dosages, better patient tolerance, relatively low cost, and acceptance due to a long period of application (Luka *et al.*, 2017), as well as richness in contents of various groups of active principles.

Plants of the genus (*Amaranthus caudatus*, *A. hypochondriacus*, *A. hybridus*) are objects of particular scientific interest (Ashok Kumar *et al.*, 2015; Kabiri *et al.*, 2010; Soriano-Santos and Escalona-Buendía, 2015; Sabbione *et al.*, 2015; Ogbe *et al.*, 2010; Oboh *et al.*, 2016). Several species of the genus *Amaranthus* are useful as food crops and are grown both for their leaves and edible seeds, which are considered as nutritious pseudocereals. A number of the species are common garden ornamentals and weeds.

Considering occurrence in the flora of Lebanon and Ukraine amaranth species as well as cultivation practices within the countries, the genus and the family *Amaranthaceae* were chosen as the objects of the research.

Purpose and tasks. To collect and summarize the recent scientific data concerning application and standardization criteria of official herbal drugs, derived from *Amaranthaceae*.

Materials and methods. Informational search in scientific editions and medical databases (Scopus, Pubmed, Researchgate, Google Scholar) concerning current state of application in the world phytotherapeutical practice and standardization criteria of official herbal substances of the *Amaranthaceae* has been performed applying methods of analysis, systematization, comparison, generalization of information data.

Results. The family Amaranthaceae, consisting of about 69 species, herbs, rarely shrubs or small trees, are widely distributed in tropical, subtropical and warm temperate regions, being concentrated in Africa south of the Sahara, southwestern North America, and Central and South America (Takhtajan, 2009).

Achyranthes herb is the dried leaf, stem and roots of *Achyranthes aspera* L., included into the African Pharmacopoeia, 2014; the drug is used as an antispasmodic. The Japanese Pharmacopoeia, 2016 contains a monograph on *Achyranthis bidentatae radix*. Taiwan Herbal Pharmacopoeia, 2016 comprises monographs for *Achyranthis bidentatae radix* and *Cyathula officinalis radix* – blood regulating (blood-activating and stasis-dispelling) medicinals, *Celosia argentea semen* – heat-clearing and fire-purging drug. The same herbal substances are included into The *Pharmacopoeia of the People's Republic of China* (PPRC), 2015, and the latter additionally comprises the monograph on *Celosiae cristatae flos*. The content of particular active principles or their groups is not regulated within all these normative regulations. For special attention deserves *Aerva lanata*, which is official drug in the Newly Independent States and its quality requirements are described in the Pharmacopoeial Monograph 42-3635-98 "Herba Aervae lanatae". The herbal substance is currently available in the pharmacy network of Ukraine and its major indications for prescription include hypertension, cystitis, urethritis, nephropathy and pyelonephritis. It is considered as an effective diuretic, hypoazotemic and saluretic remedy. The herbal drug should yield totality of flavonoids, expressed as tiliroside, not less than 0,5 %.

Conclusions. Plants of the genus *Amaranthus* are important sources of official herbal drugs worldwide due to their numerous pharmacological effects, caused by several groups of phytochemical constituents. Research on various *Amaranthus* species concerning their constituents and activities with an aim of optimization of medical application should be carried out.

MARKETING QUARTERLY SALES DYNAMICS MEDICINES FOR TREATMENT OF ACNE

Davtian L. L., Drozdova A. O., Koval A. S.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk
Department of Pharmaceutical Technology and biopharmatics

Introduction. Acne belonging to a special group of skin diseases, psychosomatic dermatoses, is a polymorphic multifactorial disease of the sebaceous glands. The term "acne" emphasizes the chronic, often recurrent course of dermatosis, the complexity of its etiopathogenesis, and the need for a comprehensive approach to the treatment of the disease. Currently, the incidence of acne and demodicosis not only has no tendency to decrease, but also significantly increases.

According to the scientific organization of the European Dermatological Forum, the disease of demodicosis can go into acne.

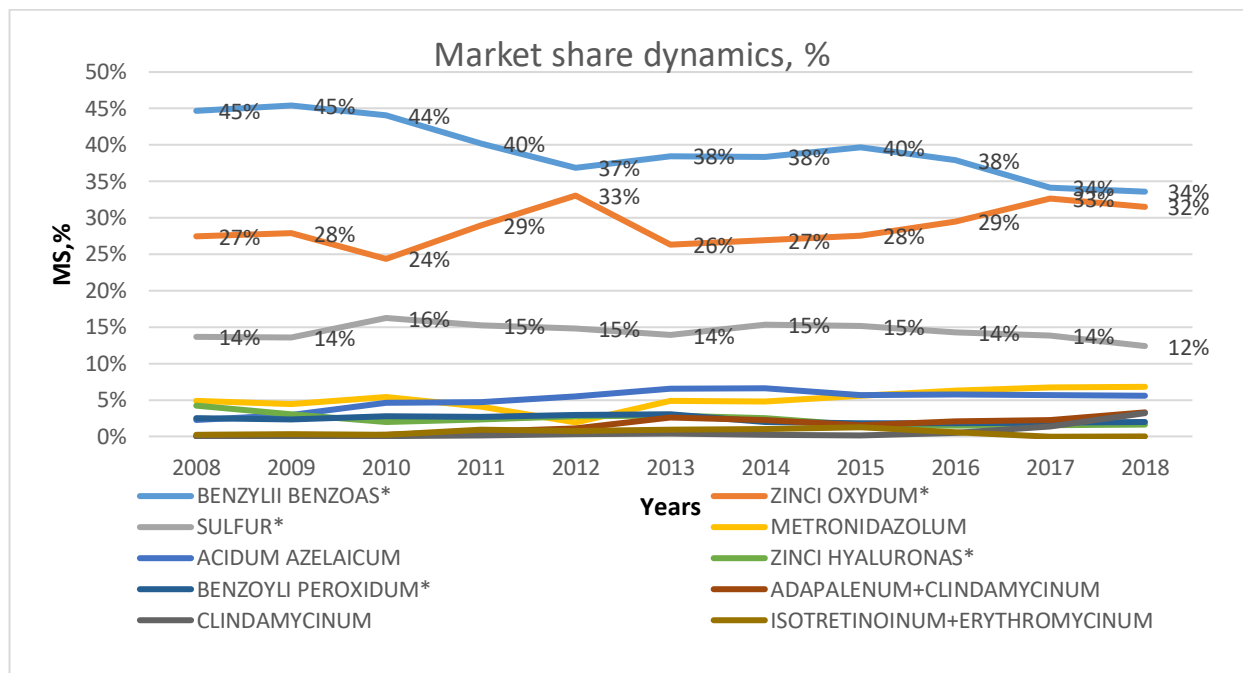


Fig. 1 Dynamics of Local Pharmaceutical Sales (LZ) Market Share for Acne treatment of medicines groups (P03A, D06BX) and (D10AD, D10A, D06A, D02A)

Data analysis Fig. 1 showed that quarterly sales dynamics were evaluated to test the market seasonality hypothesis. Zinc formulations (D02AB) show a multidirectional trend in different years, but preferably also a slight increase in Q3. Other international non-branded name do not show pronounced seasonal dynamics. The reasons for such differences for different international non-branded name may be the following: on small sales, seasonal differences are less noticeable; additional indications that these international non-branded name are used - for example, zinc ointment (D02AB), in addition to acne, is also used to treat diaper dermatitis and rashes in infants where seasonality is not expressed and sulfur (D10AB02) and benzyl benzoate (P03AX01) have in scabies, which is more common in autumn and winter. But if you look at the seasonality of acne (mainly autumn and winter), we will notice that the seasonal fluctuations in sales of the 3 most popular international non-branded name just cover these periods.

As a result, we came to the conclusion that the demand for acne medicines is a group D medication according to ATS, and the period of exacerbation of the disease varies from season to season, such as winter and summer.

Reference.

1. Margaret W. Mann is Associate Professor and Director of Aesthetic Dermatology, University Hospitals, Case Western School of Medicine, Cleveland, OH, USA. She is the Co-Founder of Innova Dermatology,

- Hendersonville, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 30, 9,(e259-t263), USA.2019.
2. F.M.N. Forton and V. De Maertelaer, Papulopustular rosacea and rosacea-like demodicosis: two phenotypes of the same disease?, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 32, 6, (1011-1016), (2018).
 3. Anna D. Holmes and Martin Steinhoff, Integrative concepts of rosacea pathophysiology, clinical presentation and new therapeutics, Experimental Dermatology, 26, 8, (659-667), (2016).
 4. Osnovni trendy rozvytku farmatsevtychnoho rynku Ukrainy po farmakoterapevtychnykh hrupakh / Za redaktsiieiu L. L. Davtian, R. S. Korytniuk, H. M. Voitenko – K.: Osvita Ukrainy, 2015. – 130 s.

THE PATHOMORPHOLOGICAL DIAGNOSTICS ACTUALITY OF TYPES OF IMMUNOCOMPLEX KIDNEY DAMAGE AMONG PATIENTS WITH HIV INFECTION AND CO-INFECTION HIV\HCV

Dyadyk O.¹, Gorodetska A.²

¹ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

² Kyiv clinical city hospital No. 5, Kiev, Ukraine

Due to statistical data, 244,000 HIV-positive people lived in Ukraine in 2018. Worldwide, there are approximately 2,278,400 HIV\HCV co-infections.

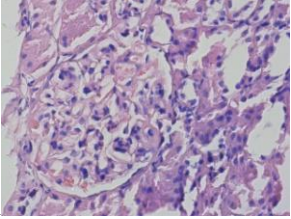
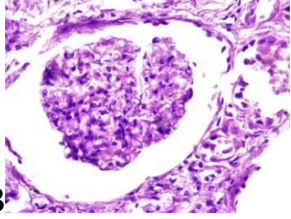
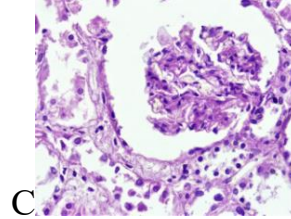
Aim. To analyze the morphological features of kidneys damage in three observed groups of patients with HIV-infection and co-infection HIV/HCV.

Materials and methods. The research was provided on the basis of the Kyiv clinical city hospital No. 5 and the department of pathological and topographic anatomy Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education. We observed 150 patients with HIV and select 29 cases. Three groups was formed according to the researched design: patients with co-infection HIV/HCV without antiretroviral therapy(ART) (I group, n = 13), patients with co-infection HIV/HCV with ART (I group, n = 13) and patients with HIV/AIDS with ART (III group, n = 7). The patients middle age equal - 38.8 (+ _11.8) from wich: women - 13 (46%) and man - 16 (54%). Material for morphological examination was fixed and prepared according to the histological standards technique. Renal samples were stained with hematoxylin and eosin. Immunohistochemical research was provided due to standard methods. Statistical analysis of the results was performed by using the «STATISTICA 6.0» program.

Results and discussion. Micromorphological features of glomeruli and tubules were manifested and characterized by:

Morphological changes	I група, n=13	II група, n=9	III група, n=10
Mesangiocytes proliferation	7 (53%)	5 (56%)	4 (40%)
Endotheliocytes proliferation	5 (39%)	1 (11%)	2 (20%)
Focal sclerosis	3 (23%)	3 (33%)	4 (40%)
splitting and thickening of capillary loops	9 (69%)	2 (22%)	6 (60%)
The collapse of capillary loops	7 (53%)	2 (22%)	4 (40%)
The presence of cellular micro-crescents/crescents	1 (7,69%)	-	-
Thickening of the basement membrane of the Bouman`s capsule	6 (46%)	4 (45%)	1 (10%)
Interstitial fibrosis	7 (53%)	8 (89%)	6 (60%)
Cyst-like tubular dilation	2 (15%)	2 (22%)	4 (40%)

In all cases, varying degrees of severity and prevalence of dystrophic changes of the tubular epithelium was observed.

		
Patients with co-infection HIV/HCV without ART	Patients with co-infection HIV/HCV with ART	Patients with HIV/AIDS with ART

Conclusions.

1. Own observations are in line with the available literature data on the variability of the renal lesion spectrum, which include the following forms: IgA-nephropathy, membrane-proliferative glomerulonephritis, membrane nephropathy, lupus-like-nephritis, fibrillar glomerulonephritis.

2. The widest spectrum of kidney damage was observed in patients of group I and group III. The latter can be explained by kidney damage prior to taking ART.

3. In the analysis of the patients of group III revealed morphological changes, which are characteristic for both HIV-associated nephropathy and HIV-associated immunocomplex nephropathy.

4. A cryoglobulinemic glomerulonephritis is a common form of kidney damage in patients with chronic hepatitis C, but no such option has been observed in selected patients.

PREDICTION OF RADIOPROTECTIVE POTENTIAL OF NATURAL POLYPHENOLS AS AN IMPORTANT TOOL FOR DEVELOPMENT OF PHYTOPHARMACEUTICALS

ПРОГНОЗУВАННЯ РАДІОПРОТЕКТОРНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПРИРОДНИХ ПОЛІФЕНОЛІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ КОМПОНЕНТ РОЗРОБКИ ФІТОЗАСОБІВ

Sabet Mohamed Ashraf Kamal, Lysiuk Roman

(Сабет Мохамед Ашраф Камаль, Роман Лисюк)

Danylo Halytsky Lviv National Medical University,

Department of Pharmacognosy and botany

Actuality. Items related to radiation protection are of great public significance for both Egypt and Ukraine. Currently there is a growing concern about the harmful effects of radiofrequency radiation, used in mobile telecommunication devices (Mohamed et al., 2014). Among main sources of artificially generated radiation are uses of radiation in diagnosis such as X-rays, nuclear medicine, and radiotherapy.

Radioprotectors are agents required to defense biological systems exposed to radiation. Considering the importance of identifying compounds with reduced toxicity, research concerning radioprotective agents of natural origin has attracted the attention.

Purpose and tasks. Investigation on promising constituents of polyphenolic structure using PASS analysis and further search for their plant sources for herbal mixture of radioprotective action.

Materials and methods. 55 phenolic compounds of official flavonoid containing herbal drugs and also medicinal plant materials, for which radioprotective effects were established experimentally by various research groups, has been taken as the research basics.

For individual plant polyphenolics *in silico* study was conducted applying the PASSOnline program, located on the platform <http://www.way2drug/passonline/>. Structural formulas of the active principles for processing were converted into SMILES format.

Results. Free radical-scavenging antioxidants were found to be effective radioprotectors (Shimoi *et al.*, 1996; Emerit *et al.*, 1997). Flavonoids, such as luteolin, hesperetin, quercetin, rutin, kaempferol, orientin and vicenin, isolated from terrestrial plants, have shown potential radioprotective effects (Venkatachalam, Chattopadhyay, 2005).

The *in silico* study was conducted to predict the spectrum of possible biological effects for individual polyphenols, with special reference to their radioprotective effect. If $Pa > 0.7$, the chance to find the activity in experiment is high. The highest Pa values has been determined by our *in silico* analysis for vitexin (0,842), isovitexin (0,834), isoquercitroside, isoquercetrin, hyperoside (0,767),

astragalin (0,766), cynaroside and cosmosiin (0,761), apigenin diglucoside (0,759), quercetin-3-arabinoside 7 glucoside (0,754), acacetin 7-glucoside (0,752), apigenin 5-0-glycoside (0,749), kaempferol-3,7-di-O-glucoside (0,743), avicularin (0,741), tiliroside (0,736), kaempferol-3-O-sophpororide (0,716), isorhoifolin (0,714), datiscin (0,707).

Due to the presence of active polyphenolic compounds, containing aromatic rings with hydroxyl groups, the aqueous extract of *Salvia officinalis* showed protection of brain cells from damage, induced by γ -irradiation, and a significant decrease in lipid peroxidation (El-Feky and Aboulthana, 2016). The extracts of about thirty aromatic plants, peppermint (*Mentha piperita* L.) as well, have the ability to increase significantly the survival of irradiated animals; it suggests that they can be used as a promising source for the prevention and treatment of radiation damage (Samarth et al., 2017). The radioprotective effect of these Lamiaceae plants seem to be caused, at least partially, by cosmosiin (*Salvia officinalis*) and isorhoifolin (*Mentha piperita*).

Conclusion. The research outcomes might become a useful tool for choice of medicinal plant materials, which contain natural phenolics with high values of predicted radioprotective potential for their further incorporation into various dosage forms of the appropriate activity, as well the medicinal herbal composition.

MULTIPROFESSIONAL INTERDISCIPLINARY REHABILITATION OF A SOLDIER WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY: A CASE REPORT

Tryhub R., Dolya O., Liskov Y., Horobets K., Gdyria O.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Military Medical Center of West Region (Lviv)

Кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини

Background. Necessity of multidisciplinary team approach for the rehabilitation of soldiers with severe traumatic brain injury is presented. Case presentation

A 23-year-old soldier with TBI was admitted to the rehabilitation unit on a 43th day after mine-blast trauma occurred in a combat zone. Surgery: trepanation and resection of the left temporal lobe, primary surgical treatment of the open brain wound.

Day 8 after injury: re-surgical treatment of the mine wounds, radiographic microsurgical removal of intracerebral bone fragments.

Clinical assessment: Rancho Los Amigos Scale Level 4; Barthel Scale 0. Early intervention in the intensive care unit: prevention of secondary complications; verticalization; increasing muscle strength in extremities; learning of alternative communication methods; teaching relatives to provide care for the patient. Long-term goal: in 4 months – going to the shop accompanied by his mother for

buying fast food. Difficulties in achieving of the abovementioned goal: orthostatic disorders; reduced endurance; muscle weakness; low cognitive level; decreased clinical scores ADLs and instrumental ADLs; swallowing disorders; moderate left-sided hemiparesis, elements of motor aphasia. Day 63: percutaneous endoscopic gastrostomy. Neurologically: left-sided hemiparesis; motor aphasia; bulbar disorders; cognitive impairment. Day 84: left fronto-temporo-parietal zone cranioplasty. Day 93: gastrostomy removed. Day 95: Barthel Scale 85 points; Rancho Level 6; MoCA 6 points; Six-minute walk test: 400 m; Four Step Square Test (FSST) 18 s; Time up and go test 8.6 s; Ten-Meter Walk Test 0.25 m/s. Day 153: left-sided minicraniotomy, microsurgical removal of the intracerebral foreign body (mine fragment) from the frontal lobe. Day 170: Barthel Scale 100 points; Rancho Level 7; MoCA 12 points; Six-minute walk test 570 m; FSST 11.9 s; Timed up and go test 8 s; Ten-Meter Walk Test 0.56 m/s.

Conclusions. In this case interdisciplinary approach proved to be effective in rehabilitation of the soldier with TBI and concomitant deep neurological and cognitive impairment.

ЗМІСТ

<i>Ардикуце В. П.</i> Комплекс міофункціональної терапії як невід’ємний компонент раннього ортодонтичного лікування	3
<i>Баранова А. В.</i> Післяопераційні ускладнення при хірургічному лікуванні тричі-негативного раку молочної залози	4
<i>Белоклицкая Г. Ф., Горголь К. О.</i> Диагностическая значимость генетических маркеров в развитии заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста (18-25 лет)	5
<i>Білоклицька Г. Ф., Турянська Н. І.</i> Оцінка впливу сукупного посилюючого ефекту генів ENAM та MMP20 на можливість виникнення ерозій зубів на тлі захворювань тканин пародонту в осіб молодого віку	7
<i>Бойко А. В.</i> Традиційні фактори ризику та профіль інтерлейкіну 10 при розвитку запалення та атеросклерозу у хворих на псоріатичний артрит	10
<i>Валіхновська К. Г., Савицька І. М.</i> Морфологічні зміни підшлункової залози після резекційних втручань із застосуванням електрохірургічних інструментів: експериментальне дослідження	12
<i>Варфоломеев Є. А.</i> Морфологічні особливості ушкоджень, спричинених електрошоковими пристроями	13
<i>Герасимюк Б. С.</i> Визначення ефективності застосування ортопедичних устілок-підп’ятників в комплексі консервативного лікування хворих із ахіллобурситом	14
<i>Григоровська А. В., Дядик О. О.</i> Клініко-морфологічні кореляції та гістопатологія ураження суглобів у хворих на теносиновіальну гігантоклітинну пухлину дифузного типу	16
<i>Диня Ю. З.</i> Корекція порушень кишкового мікробіому у хворих на цукровий діабет 2-го типу з ураженням	17
<i>Дуда О. К., Вега А. Р., Коцюбайло Л. П.</i> Метапневмовірусна інфекція у дорослих: етіологічні та діагностичні аспекти	19
<i>Дуда Л. В.</i> Епідеміологічна характеристика алергічних захворювань у дітей за результатами поглибленого обстеження	20
<i>Дякунчак Ю. Р.</i> Порушення репродуктивної функції жінок при кистах яєчників	22
<i>Загарійчук О. В.</i> Дослідження копінг-стратегій пацієнтів з маячними ідеями впливу при розладах спектру шизофренії	23
<i>Захарычев В. Д., Малярчук К. А.</i> Корреляция полного морфологического ответа (ПМО) опухоли с выживаемостью при мультимодальном лечении немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) III A стадии	24
<i>Кваченюк О. Г., Охотнікова О. М.</i> Результати катамнестичного аналізу клініко-діагностичних особливостей геморагічного васкуліту (IgA-васкуліту) у дітей	25
<i>Кнівець М. А.</i> Обґрунтування вибору методики переміщеного шкірного лоскуту за Лімбергом при хірургічному лікуванні пілонідальної кісти куприка	27

<i>Ковальова М. А.</i> Визначення впливу поліморфізму гена <i>KLK4</i> в осіб з некаріозними ураженнями зубів на тлі гіпертиреозу та гіпотиреозу щитоподібної залози	28
<i>Коновалова М. О.</i> Взаємозв'язок залізодефіцитної анемії з клінічним перебігом хронічної серцевої недостатності ішемічного генезу	30
<i>Крижевський Є. Є.</i> Шляхи зменшення кількості високих ампутацій при синдромі діабетичної стопи	32
<i>Кузик І. О.</i> Визначення N-кінцевого фрагменту мозкового натрійуретичного пропептиду у хворих на ревматоїдний артрит	34
<i>Лаба О. В.</i> Роль імуногістохімічних методів дослідження в верифікації акушерської патології	35
<i>Лелюк Д. В.</i> Системна запальна відповідь при неускладнених гіпертонічних кризах	36
<i>Магурчак М. П.</i> Когнітивні порушення та асоційовані з ними нейровізуалізаційні зміни у пацієнтів з мігренню	37
<i>Мамчич В. І., Максимчук Д. В., Максимчук В. Д.</i> Шлунково-кишкові кровотечі та методи їх ендоскопічного і хірургічного лікування	41
<i>Маруняк С. Р., Пустовіт С. В.</i> Феноменологічні особливості хвороби	44
<i>Марченко О. Ю.</i> Longitudinalstrain як обов'язковий метод обстеження пацієнтів з ішемічною хворобою серця	45
<i>Масович С. О.</i> Неврологічні прояви у пацієнтів з глаукомою	47
<i>Мельничук І. О.</i> Роль метаболітів мікробіому кишківника в патогенезі пароксизмів фібриляції передсердь у хворих на ішемічну хворобу серця	48
<i>Мілявська Ю. Д.</i> Оцінка прецизійності автоматизованої ідентифікації цефалометричних орієнтирів штучним інтелектом на базі онлайн-платформ	49
<i>Москва Х. А., Лановець Л., Кіхтяк О. П.</i> Оцінка стану мікробіому кишківника у хворих з ожирінням в порівнянні зі здоровими особами ..	50
<i>Мудра У. О.</i> Прооксидантно-антиоксидантний статус у хворих на подагру при застосуванні комбінованої терапії	52
<i>Негрич О. І., Пирогова В. І.</i> Оцінка порушення сексуальної функції у жінок репродуктивного віку, хворих на розсіяний склероз	54
<i>Неляпіна М. М., Вовк В. І.</i> Імплементация використання шкали Цунга для визначення депресивного розладу сучасної молоді: клінічна Актуальність теми та соціальна важливість	55
<i>Носко Н. О.</i> Роль філософії при формуванні наукової теми	56
<i>Носко Н. О.</i> Систематизація діагностики стеатозу печінки при неалкогольній жировій хворобі печінки, як складова онтологічної моделі	57
<i>Огородник Т. О., Дінець А. В., Панчук О. В.</i> Аналіз ускладнень у пацієнтів з порушенням толерантності до глюкози при виконанні симультанних операцій	59
<i>Оліфіренко О. І.</i> Комплексне лікування пошкоджень суглобового хряща з використанням концентрату червоного кісткового мозку, збагаченої тромбоцитами плазми та препаратів гіалуронової кислоти ...	59

<i>Періг Ю. С., Матюха Л. Ф.</i> Причини гіподіагностики залізодефіциту у підлітків на первинній ланці надання допомоги	61
<i>Перекопайко Ю. М.</i> Попередження інфекційних ускладнень при вогнепальних пораненнях черепа та головного мозку в гострому та ранньому періоді	62
<i>Покровська Н. К.</i> Артеріальна гіпертензія у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень та ожирінням	63
<i>Роєнко Ю. В.</i> Роль мінімально інвазивних органозберігаючих операцій при адренокортикальних аденомах	65
<i>Саволюк С. І., Лисенко В. М., Крестянов М. Ю., Завертиленко Д. С., Кругляк Є. К.</i> Лапароскопічна гастроплікація з превентивною фундоплікацією за Nissen в умовах протоколу Enhanced recovery after surgery в лікуванні хворих на ожиріння та метаболічний синдром	66
<i>Сагайдак Т. К.</i> Причини невдачі лікування хіміорезистентного туберкульозу у пацієнтів на фоні віл-інфекції	67
<i>Сиваченко Ю. В., Бекетова Г. В., Поворознюк В. В., Довгополова О. В.</i> Мінеральна щільність кісткової тканини у школярів	67
<i>Синах О. К.</i> Особливості перебігу менопаузи у жінок з клімактеричною кератодермією Хакстхаузена	69
<i>Сич Т. Ю.</i> Клініко-неврологічні прояви та диференційна діагностика Лайм-Бореліозу	71
<i>Стахова А. П.</i> Структурно-функціональні зміни міокарда у хворих на ревматоїдний артрит та артеріальну гіпертензію	73
<i>Стецюк К. В., Голяновський О. В.</i> Імуногістохімічні особливості плацентарної тканини при передлежанні плаценти	74
<i>Супрунович І. М.</i> Поширеність рецесій ясен залежно від віку у пацієнтів з генералізованим пародонтитом	77
<i>Ткаченко А. С.</i> Генерація активних форм кисню гранулоцитами під дією харчової добавки Е407а в експериментах in vivo та in vitro	78
<i>Фелештинський Я. П., Деркач К. Д.</i> Нориці передньої черевної стінки після відкритої алогерніопластики	79
<i>Чернеда Л. О.</i> Сучасний підхід до терапії себорейного кератозу в залежності від патогістологічної картини	80
<i>Черниш Ю. Р., Охотнікова О. М.</i> HE-IGE-опосередкована гастроінтестинальна харчова алергія у дітей: сучасні принципи діагностики та лікування	82
<i>Шестакова Я. А.</i> Новий комплексний метод терапії розацеа з використанням статинів	83
<i>Штонда Д. В.</i> Люксація голівки стегнового компоненту у пацієнтів після тотального ендопротезування кульшового суглоба	85
<i>Щурко М. М., Башта Г. В., Акімова В. М.</i> Дисфункція гуморальної ланки імунітету у хворих на ішемічну хворобу на тлі метаболічного синдрому	86
<i>Юрковська Л. Г.</i> Особливості вітчизняного законодавства щодо забезпечення якості лікарських засобів на етапах їх реалізації та медичного застосування	87

<i>Arbid Malak, Lysiuk R.</i> Amaranthaceae species as promising sources of herbal drugs	89
<i>Davtian L. L., Drozdova A. O., Koval A. S.</i> Marketing quarterly sales dynamics medicines for treatment of acne	90
<i>Dyadyk O., Gorodetska A.</i> The pathomorphological diagnostics actuality of types of immunocomplex kidney damage among patients with HIV infection and co-infection HIV\HCV	92
<i>Sabet Mohamed Ashraf Kamal, Lysiuk R.</i> Prediction of radioprotective potential of natural polyphenols as an important tool for development of phytopharmaceuticals	94
<i>Tryhub R., Dolyna O., Liskov Y., Horobets K., Gdyria O.</i> Multiprofessional interdisciplinary rehabilitation of a soldier with traumatic brain injury: a case report	95