



Міністерство охорони  
здоров'я України  
Ministry of Health of Ukraine



Національна академія  
медичних наук України  
National Academy of Medical  
Sciences of Ukraine



Національна медична академія  
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика  
P.L. Shupyk National Medical Academy  
of Postgraduate Education

**16-18 вересня • 2020 • September 16-18**

## **IX МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС**

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки у  
практику охорони здоров'я України»



## **IX INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS**

"Introduction of Modern Achievements of Medical Science  
into Healthcare Practice in Ukraine"

## **МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ CONGRESS PROCEEDINGS**

Україна, Київ  
ВЦ «АККО Інтернешнл»  
Проспект перемоги 40-Б

Ukraine, Kyiv  
ACCO International exhibition center  
Peremohy Ave. 40-B

<b>Організація і управління охороною здоров'я</b>	<b>3</b>
• Науково-практична конференція «Інноваційні моделі управління та оптимізації діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я»	
<b>Приватна медицина</b>	<b>18</b>
• Семінар «Глобальні стандарти забезпечення процесів якості в закладах охорони здоров'я»	
<b>Радіологія: ультразвукова діагностика, конвенційна рентгенодіагностика, променева діагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, променева терапія, ядерна медицина, радіаційна безпека</b>	<b>19</b>
• Науково-практична конференція «Можливості високотехнологічних мультимодальних методів діагностики»	
• Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інтенсивна терапія в онкорадіології»	
• Всеукраїнська школа ультразвукової і функціональної діагностики	
• Всеукраїнська школа ультразвукової і функціональної діагностики для сімейних лікарів	
• Науково-практична конференція «Актуальні проблеми променевої діагностики»	
• Науково-практична конференція до 100-річчя Національного інституту раку «Сучасна стратегія променевої діагностики та оцінки ефективності лікування найбільш розповсюджених злоякісних пухлин»	
<b>Загальна практика – сімейна медицина</b>	<b>25</b>
• Всеукраїнська школа ультразвукової і функціональної діагностики для сімейних лікарів	
<b>Терапія, гастроентерологія</b>	<b>26</b>
• VI терапевтична школа «Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики захворювань внутрішніх органів»	
• Симпозіум «Проблеми діагностики та лікування хвороб органів травлення»	
<b>Медицина невідкладних станів та медицина катастроф</b>	<b>42</b>
• Симпозіум «Актуальні питання екстреної медицини та медицини катастроф»	
<b>Хірургія, нейрохірургія, кардіохірургія</b>	<b>49</b>
• Науково-практична конференція «Інтервенційне лікування болю 2020»	
• Науково-практична конференція «Діагностика та лікування захворювань стравоходу та стравохідно-шлункового переходу»	
<b>Травматологія та ортопедія</b>	<b>52</b>
• Семінар «Нові технології в ортопедії та травматології»	
• Науково-практична конференція «Хірургічне лікування ушкоджень в ділянці ліктьового суглоба. Актуальні питання діагностики та лікування наслідків ушкоджень в ділянці гомілковостопного суглоба»	
<b>Фізична терапія та медична реабілітація</b>	<b>58</b>
<b>Функціональна діагностика</b>	<b>59</b>
• Всеукраїнська школа ультразвукової і функціональної діагностики	
• Всеукраїнська школа ультразвукової і функціональної діагностики для сімейних лікарів	
<b>Онкологія</b>	<b>60</b>
• Науково-практична конференція «Сучасні тенденції в лікуванні онкозахворювань»	
• Науково-практична конференція до 100-річчя Національного інституту раку «Сучасна стратегія променевої діагностики та оцінки ефективності лікування найбільш розповсюджених злоякісних пухлин»	
• Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інтенсивна терапія в онкорадіології»	
<b>Акушерство і гінекологія, репродуктологія</b>	<b>78</b>
• Науково-практична конференція «Вагітність і пологи високого ризику. Прогнозування акушерсько-перинатальних ризиків. Оптимізація лікувально-діагностичної тактики та розродження»	
• Науково-практична конференція «Інноваційні підходи до збереження репродуктивного здоров'я жінок»	
<b>Сестринська справа</b>	<b>83</b>
• Школа медсестринства	

# ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІННОВАЦІЙНІ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ, ПІДПРИЄМСТВ ТА ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

16 вересня 2020 року, 14.30-18.00

**Організатор:** Кафедра управління охорони здоров'я НМАПО ім. П. Л. Шупика

**Тема:** Особливості підготовки керівників закладів охорони здоров'я в магістратурі з публічного управління та адміністрування

**Доповідачі:** Юрій Вороненко, академік НАМН України, д.мед.наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, ректор НМАПО імені П. Л. Шупика; Василь Михальчук, д.мед.наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Ярослав Радис, д.держ.упр., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Ольга Шапоренко, д.держ.упр., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Концепція гідної праці: реалізація в охороні здоров'я

**Доповідачі:** Наталія Рингач, д.держ.упр., професор Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; Любов Власик, асистент кафедри соціальної медицини і організації охорони здоров'я, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

**Тема:** Зарубіжний досвід антикризового управління медичним закладом

**Доповідачі:** Олександр Толстанов, д.мед.наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика; Василь Михальчук, д.мед.наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Зоряна Гбур, д.держ.упр., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Катерина Щиріна, аспірант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Застосування логістики в медицині

**Доповідачі:** Василь Михальчук, д.мед.наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Зоряна Гбур, д.держ.упр., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Коломоєць А.В., кандидат медичних наук, директор «Медсервісгруп»

**Тема:** Удосконалена модель косметологічної допомоги в Україні

**Доповідачі:** Вікторія Горачук, д.мед.наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, учений секретар НМАПО імені П. Л. Шупика; Євгенія Глебова, аспірант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Здорове місто: шляхи міжсекторальної взаємодії

**Доповідачі:** Наталія Рингач, д.держ.упр., професор Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; Любов Власик, асистент кафедри соціальної медицини і організації охорони здоров'я, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

**Тема:** Особливості контролю знань підвищення кваліфікації лікарів за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання

**Доповідачі:** Василь Михальчук, д.мед.наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Світлана Кошова, старший викладач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Концептуальна модель інтеграції паліативної і хоспісної допомоги в систему охорони здоров'я України

**Доповідачі:** Ніна Гойда, д.мед.наук, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Анатолій Царенко, к.мед.наук, доцент, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Перинатальні центри – оптимальна модель організації та надання акушерської і неонатальної медичної допомоги

**Доповідач:** Ніна Гойда, д.мед.наук, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Міжсекторальний підхід до реабілітації дітей з інвалідністю з неврологічною патологією: концептуальні засади

**Доповідачі:** Раїса Моїсеєнко, д.мед.наук, професор, проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика; Наталія Боднарук, аспірант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Особливості організації вторинної стаціонарної медичної допомоги в період реформування галузі охорони здоров'я

**Доповідач:** Валерій Бугро, д.мед.наук, професор, декан деканату по роботі з іноземцями, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Імплементация Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в діяльність закладів охорони здоров'я

**Доповідачі:** Олена Нестерець, національний тренер з впровадження МКФ (МКФ-ДП) в Україні, к.мед.н., магістр державного управління, старший викладач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, Авер'ян Васильєв, аспірант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Основи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу

**Доповідачі:** Олександр Толстанов, д.мед.наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика; Зоряна Гбур, д.держ.упр., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; Микола Стовбан, к.мед.н., доцент кафедри фізіотерії і пульмонології з курсом професійних хвороб, заступник генерального директора комунального некомерційного підприємства «Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської Обласної Ради», Авер'ян Васильєв, аспірант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

## МІЖСЕКТОРАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ: КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ

Моїсеєнко Р.О., Боднарук Н.М.

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

**Мета:** Оцінка стану розвитку системи медико-соціальної реабілітації дітей, паліативної допомоги та нормативно-правового врегулювання її діяльності.

**Матеріали та методи:** Нормативно-правові акти і статистичні данні основних показників стану здоров'я дитячого населення України, данні наукових досліджень щодо розвитку системи реабілітації. Методи досліджень: статистичний, аналітичний, системного аналізу.

Програмним документом щодо збереження здоров'я і розвитку дітей в світі є «Глобальна стратегія охорони здоров'я та розвитку жінок, дітей і підлітків (2016-2030рр)», яка охоплює виконання не виконаних програмних Цілей Розвитку Тисячоліття ООН. Вона носить дійсно універсальний характер і може бути застосована до всіх людей (включаючи маргіналізовані і важкодоступні групи населення) в самих різних умовах, охоплює і завдання попередження дитячої інвалідності.

За оцінками ВООЗ «Всесвітня доповідь про інвалідність» якщо у 1970-х роках 10% населення світу жили з інвалідністю, то у 2010 році до 19,4% населення світу жили з інвалідністю, з них 2,2% – 3,8% мають значні труднощі з функціонуванням. В Україні інвалідність серед дорослого населення зросла з 3-х% у 90-х роках до 6,1% у 2016 році. Інвалідність у дітей також зростає і становить близько 5,0%, з яких 0,7%\* мають «важку форму інвалідності». В Україні у 2019 році інвалідність у дітей нижче і становить 2,1%, з них 1% мають «важку форму інвалідності». Всього в Україні нараховувалось у 2019 році 163 886 дітей з інвалідністю, вперше встановлено інвалідність 16 307 дітям або 21,5 на 10 тис. дітей.

Найбільша складова у віковій структурі є діти від 7 до 14 років. З 2013 року по 2019 рік змінилась структура причин інвалідності у бік зменшення інвалідності у дітей внаслідок хвороб нервової систем з 23,7% до 15,5% відповідно, за рахунок зростання причин інвалідності внаслідок вроджених вад розвитку з 19,7% до 30% і хвороб ендокринної системи та розладів харчування – з 4,8% до 9,7% відповідного року.

У 2005 році в Україні впроваджено термін «обмеження життєдіяльності» (ОЖ) Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», яким він визначений, як повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вродженої ваді здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки. Ці діти потребують побудови потужної, міжсекторальної, комплексної системи реабілітації.

Основними концепціями реабілітації, які впроваджуються в країні сьогодні є:

- Концепція соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітація дітей з (ОЖ), яка розроблена і впроваджується у Німеччині, охоплює всі періоди життя людини, починаючи з вагітності та пологів у жінки, як складової попередження інвалідності, та передбачає міждисциплінарні, міжсекторальні підходи у втручаннях. В країні існує понад 100 центрів, що працюють за цією концепцією;
- Концепція раннього втручання (ранній старт), яка була започаткована у США, цільовою групою є діти раннього віку та передбачає собою всі види заходів, орієнтованих на розвиток дитини, а також на супровід батьків, розрахована на роботу у соціальному оточенні дитини, впроваджена у 4-х регіонах України;
- Концепція «Крок за кроком», яка отримала свій розвиток у Швеції, спрямована на дітей з найбільш тяжкими ступенями

інвалідності, це близько 1% передбачає використання реабілітаційних методик та соціально-побутових послуг з метою навчання практичним навичкам самообслуговування та тісно перекликається з означенням поняття паліативної допомоги.

З метою впровадження сучасних підходів до визначення інвалідності та розбудови системи реабілітації дітей з інвалідністю, важливого значення набула в Україні імплементація Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), яка впроваджується згідно Наказу МОЗ України №552 від 23.03.2018, переклад МКФ та МКФ-ДП затверджено наказом МОЗ України від 23.05.2018 № 981. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007). передбачає можливість об'єднання як медичної, так і соціальної моделі, створення біопсихосоціальної моделі інвалідності.

МКФ – це класифікатор, який використовують в усіх розвинених країнах лікарі, педагоги, спеціалісти з реабілітації психологи, проте сам МКФ не є інструментом оцінювання. Функціонування та обмеження життєдіяльності через МКФ розглядаються як взаємодія між навколишнім середовищем та станом здоров'я людини, класифікатор створює більш інтегроване розуміння стану здоров'я, надає можливість краще планувати лікування, реабілітацію та створення послуг для людей із хронічними захворюваннями або інвалідністю. Для впровадження МКФ та розбудови системи реабілітації важливим є впровадження в країні рекомендацій «Білої книги по фізичній та реабілітаційній медицині в Європі».

### **Згідно цим рекомендаціям до Базових пакетів реабілітаційних послуг у сфері охорони здоров'я відносяться наступні:**

- 1.Послуга «Реабілітаційне обстеження»;
- 2.Послуга «Реабілітаційна допомога в гострому періоді»;
- 3.Послуга «Реабілітаційна допомога в підгострому реабілітаційному періоді»;
- 4.Послуга «Реабілітаційна допомога в довготривалому реабілітаційному періоді»;
- 5.Послуга «Медико-соціальне обстеження пацієнта з стійким обмеженням життєдіяльності»;
- 6.Послуга «Реабілітація, що надається в громаді».

### **В Україні НСЗУ сьогодні оплачує лише наступні пакети:**

- 1.Стационарна паліативна медична допомога дорослим та дітям.
2. Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям.
- 3.Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя.
- 4.Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату.
- 5.Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи.

Позитивним можна вважати внесення до класифікатору професій посад «лікар фізичної реабілітації», «фізичний терапевт», «єрготерапевт», які є базовими у зміні підходів до реабілітації.

Наступною концепцією є паліативна допомога дітям, розвиток якої набув суттєвого розвитку і впроваджується в Україні, починаючи з 2008 року, і особливо після прийняття у 2011 році Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я», коли паліативну допомогу визначено окремим видом медичної допомоги. На сьогодні визначено, що витрати на паліативну допомогу повинні сплачуватись державою.

Важливим у паліативній допомозі є мультидисциплінарний, інтегральний підхід, що передбачає систему, яка координує роботу лікарів загальної практики, вузькопрофільну та спеціалізовану медичну і немедичну допомогу для надання та координації послуг найвищої якості у вирішенні медичних та інших проблем пацієнта та сім'ї.

У світі існує трирівнева градація паліативної допомоги, а саме, паліативний підхід (будь який спеціаліст); загальна паліативна допомога (онколог, геріатр тощо, що мають додаткову підготовку з паліативної допомоги); спеціалізована паліативна допомога (у складі спеціально підготовленої команди).

Основним у впровадженні паліативної допомоги дітям є розуміння і отримання навичок паліативного підходу, яким повинні володіти всі медичні спеціалісти.

Паліативний підхід реалізується в установах і службах, які періодично займаються наданням допомоги «паліативним» пацієнтам: лікарі загальної практики, лікарі педіатри, інші спеціалісти амбулаторної мережі та стаціонарів, спеціалісти інтернатів тощо. Методи купірування симптомів, принципи спілкування з пацієнтом і його рідними, прийняття рішень відповідно до принципів паліативної допомоги.

В НМАПО імені П. Л. Шупика створена перша в Україні і єдина кафедра паліативної та хоспісної допомоги, де можна отримати освіту у напрямку паліативу.

Сьогодні в країні створено і функціонують декілька відділень (центрів) паліативної допомоги дітям: у м. Івано-Франківськ, м. Надвірна, м. Харків, м. Київ, м. Луцьк, м. Львів. Де функціонують і мобільні бригади дитячого паліативу, і стаціонарні відділення паліативної допомоги. Набутий перший досвід роботи. Єдиної системи паліативної допомоги дітям в Україні поки не існує.

Виданий Наказ МОЗ України від 04.06.2020 р. № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 01 липня 2020 р. за № 609/34892, яким затверджено Порядок надання паліативної допомоги, у якому визначено Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги, План спостереження пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги.

**Висновки:** Зростання інвалідності у дітей та дорослого населення відбувається у всьому світі. Суттєве зростання дитячої інвалідності почалося з 2015 року (199,0 на 10 тис. дитячого населення) і становить у 2019 році 216,2 на 10 тис. дитячого населення. В Україні відбулось впровадження МКФ Наказами МОЗ України, проте імплементація МКФ у заклади охорони здоров'я не відбулась. Створюється система медико-соціальної реабілітації дітей а також почала розбудову система паліативної допомоги дітям.

## КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Половіна Анастасія Олегівна  
НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Реалії сьогодення дозволяють констатувати: епоха глобалізаційних змін, що відбуваються в українському суспільстві, характеризується процесами євроінтеграційного поступу. Визначальною рисою цих трансформацій є реформування усіх галузей, серед яких медична по праву вважається домінантною. Цінність фізичного та психічного здоров'я у суспільстві є беззаперечною, а від показника якості здоров'я нації залежить успішність економічного, соціального, культурного розвитку держави. Реформування медичної галузі наразі зумовлене протиріччями між:

- наявною низкою ґрунтовних теоретико-прикладних досліджень у сфері охорони здоров'я та реальним станом медичної практики;
- аргументованою значущістю професії та реальними умовами праці медичних працівників;
- апробацією європейського досвіду медичної практики та нівелюванням економічних та соціальних реалій сучасного українського суспільства;
- вимогами до належного виконання працівниками закладу охорони здоров'я своїх професійних обов'язків та неймовірно низькою оплатою його праці з боку держави.

Ці протиріччя упродовж останнього часу є особливо гострими, оскільки сприяють зростанню кількості злочинів, передбачених Кримінальним кодексом України, що призводить до збільшення кількості суспільно небезпечних наслідків.

У сучасній кримінально-правовій доктрині вчення про злочини працівників закладів охорони здоров'я визнаються самостійним напрямком наукових досліджень. Усе вищезазначене актуалізує тему наших наукових розвідок.

Згідно законодавства кримінальна відповідальність – це вид юридичної відповідальності, обов'язок особи (яка вчинила злочин) зазнати державного осуду в формі кримінального покарання.

Передбаченим Кримінальним кодексом України обмеження прав і свобод особи, що вчинила злочин, підлягають обвинувальному вироку суду та здійснюються спеціальними органами виконавчої влади держави.

В Україні загальний вік кримінальної відповідальності настає з 16 років. За окремі види злочинів відповідальність настає для осіб, яким до вчинення злочину виповнилося 14 років. В окремих випадках, кримінальна відповідальність може застосуватись з настанням певного віку (наприклад виконавцем злочину, у сфері порушення порядку несення військової служби не може наступати для осіб, які не досягли 20 років).

Початок кримінальної відповідальності настає в момент вчинення злочину, а закінчення відповідальності – погашення чи зняття судимості.

Основною формою реалізації кримінальної відповідальності та його змістом є кримінальне покарання. Однак поняття кримінальної відповідальності ширше, ніж поняття покарання. Кримінальна відповідальність можлива як із застосуванням покарання, так і без його застосування.

Без призначення покарання кримінальна відповідальність завершується або фактом засудження особи (суд постановляє обвинувальний вирок без призначення покарання), або застосуванням замість покарання заходів кримінально-правового характеру (примусові заходи виховного впливу, примусові заходи медичного характеру).

Працівник закладу охорони здоров'я розглядається як загальний та спеціальний суб'єкт вчинення кримінального правопорушення, пов'язаного зі здобуттям ним медичної освіти – «професійним медичним злочином».

Під цим поняттям слід розуміти умисне або необережне діяння, вчинене медичним працівником при виконанні професійних обов'язків, заборонене кримінальним законом під загрозою покарання.

Працівник закладу охорони здоров'я з позиції кримінального права розглядається з урахуванням двох особливостей. Перша полягає у сприйнятті медика як загального суб'єкта вчинення злочину. Друга зводиться до сприйняття медичного працівника як спеціального суб'єкта вчинення злочину, пов'язаного з фактом здобуття медичної освіти.

Керуючись такими особливостями, а також можливістю медика виконувати певні службові обов'язки, всі злочини, за які медичні працівники можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності, поділяються на три групи:

- професійні «медичні» злочини;
  - службові «медичні» злочини;
  - злочини, за які медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності на загальних підставах.
- До суспільно небезпечних діянь, заборонених Кримінальним кодексом України під загрозою покарання і пов'язаних з медичною діяльністю, належать такі злочини:
- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК України);
  - розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 КК України);
  - незаконне проведення абортів або стерилізації (ст. 134 КК України);
  - незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК України);
  - ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України);
  - неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України);
  - порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України);
  - незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК України);
  - порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини (ст. 143 КК України);
  - насильницьке донорство (ст. 144 КК України);
  - незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України).

Другу групу злочинів, складають суспільно небезпечні діяння, які пов'язані з виконанням медиком службових обов'язків. Деякі з них можуть мати відношення і до медичних працівників, але тільки до тих, які є службовими особами.

Ми розглядаємо зараз такі злочини, як:

- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 КК України);
- неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137 КК України);
- порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184 КК України);
- зловживання владою або службовим становищем (ст. 364 КК України);
- перевищення влади або службових повноважень (ст. 365 КК України);
- службова недбалість (ст. 367 КК України).

Третю групу з представленої класифікації складають злочини, за які медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності на загальних засадах.

У діяльності медичних працівників умисні злочини зустрічаються рідше, ніж необережні. Серед злочинів першої групи (умисні) найбільш суспільно небезпечним є ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України). Водночас серед необережних злочинів найбільш актуальними є неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України), вбивство через необережність (ст. 119 КК України) і необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 128 КК України).

Більшість кримінальних правопорушень у закладах охорони здоров'я містять матеріальний склад, тобто наявність негативних наслідків для життя та здоров'я пацієнта є обов'язковою умовою. Для інкримінування працівнику закладу охорони здоров'я «злочинної поведінки» необхідне встановлення вини та причинно-наслідкового зв'язку між діяннями, що потягли за собою негативні наслідки у вигляді тілесного ушкодження або смерті людини. Якщо ж шкода здоров'ю не є наслідком протиправної поведінки медичного працівника, а сталася з інших причин (через недотримання пацієнтом медичних рекомендацій, внаслідок непередбачуваних анатомічних особливостей організму пацієнта, неповної клінічної картини, яку лікар не міг встановити в силу причин, які від нього не залежали), причинний зв'язок виключається та кримінальна відповідальність не настає.

Отже, підсумовуючи, вважаємо проблему кримінальної відповідальності працівників закладів охорони здоров'я актуальною у сучасних реаліях українського суспільства. Основними чинниками, що впливають на кримінальні порушення медичних працівників, визначаємо економічний та соціальний. Кримінальну відповідальність розглядаємо, як вид юридичної відповідальності, яка виявляється зазначенням державного осуду в формі кримінального покарання. Перспективою подальших наукових розвідок нашого дослідження визначили дослідження статистики кримінальних правопорушень у закладах охорони здоров'я та розроблення програми пропедевтичних заходів.

## ПЕРИНАТАЛЬНІ ЦЕНТРИ – ОПТИМАЛЬНА МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ТА НЕОНАТОЛОГІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Гойда Н.Г., Щербинська О.С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Мета.** Проаналізувати діяльність перинатальних центрів в Україні.

**Матеріали та методи.** Статистичні дані за 2015-2019 рр.; дані перинатального моніторингу Інституту стратегічних досліджень МОЗ України.

**Результати та обговорення.** Стан здоров'я матерів та дітей, демографічна ситуація, репродуктивне здоров'я в Україні потребують нових підходів в організації медичної допомоги. Це в першу чергу стосується акушерської і неонатальної медичної допомоги з метою забезпечення народження здорової дитини. Особливої гостроти ці проблеми набувають на терені кризової демографічної ситуації, адже останні роки загальна смертність перевищує народжуваність, а природній приріст населення набув від'ємного значення.

Тому не випадково на Саміті Тисячоліття ООН (2000р.) основними завданнями було визначено: а) зменшити смертність серед дітей першого року життя на дві третини, б) зменшити рівень материнської смертності на три четверті, в) забезпечити всім доступ до послуг репродуктивної медицини.

Всесвітня організація охорони здоров'я серед пріоритетних напрямків для Європейського регіону на перше місце ставить здоров'я матері і новонародженого.

Базуючись на зазначених та інших стратегічних принципах міжнародних організацій і враховуючи вітчизняні показники здоров'я матерів та дітей (зокрема показник малюкової смертності: 7,5 – 7,8 на 1000 народжених живими; материнської смертності: 14,5 – 15,0 на 100 тисяч народжених живими, науковці і практики обґрунтували нові організаційні форми надання медичної допомоги для їх поліпшення.

Було встановлено, що найбільший ризик для життя і здоров'я матерів та новонароджених становить екстрагенітальна патологія та її ускладнення, які займають перше місце серед причин материнських втрат.

Щодо ризиків для життя немовлят, то особливої уваги потребують передчасно народжені діти, так як статистичні дані свідчать, що перинатальні втрати серед недоношених новонароджених в десятки разів перевищують аналогічні показники серед доношених: мертвонароджуваність вища в 28,8 рази, перинатальна смертність – в 28,2 рази, а рання неонатальна смертність – в 42,1 рази.

Тому на часі постала необхідність реформування перинатальної медичної допомоги. Був розроблений і затверджений Указом Президента України Національний проект «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства. Даним документом передбачалось створення в Україні мережі обласних та міжрайонних перинатальних центрів.

Робота перинатальних центрів регламентувалась наказом МОЗ від 31.10.2011 р. № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах».

За період 2014-2019 років були створені і діють перинатальні центри у 8-ми областях та м. Києві. В процесі завершення центри у Львівській та Волинській областях.

Аналіз роботи повноцінно функціонуючих перинатальних центрів засвідчив щорічне зростання питомої ваги пологів з акушерською і екстрагенітальною патологією на третинному рівні акушерських стаціонарів (зокрема в перинатальних центрах). Вагітні з вадами серця (63,2%), цукровим діабетом (46,7%), хворобами кровообігу (49,5) народжували саме в перинатальних центрах.

Індекс неонатальних трансферів значно знизився; в окремих областях (Харківській, Хмельницькій, Запорізькій) до 0,5%. Одночасно підвищився показник виживання недоношених з низькою і дуже низькою масою тіла.

Всі заходи в комплексі забезпечили стабілізацію та подальше зниження перинатальних та материнських втрат.

**Висновки.** Запропонована науково-обґрунтована модель перинатальних центрів з надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим та впровадження нових системних технологій в діяльності перинатальної служби в період трансформації системи охорони здоров'я виявилась ефективною і може бути запропонована до впровадження всіх адміністративних територіях в Україні.

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В МАГІСТРАТУРІ З ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ

Вороненко Ю.В., Михальчук В.М., Радіш Я.Ф., Шапоренко О.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Мета.** Реформування системи державного управління.

На сучасному етапі розвитку України одним із головних факторів, що визначають перспективи суспільства й державності є культура взаємин держави, бізнесу та суспільства в напрямі посилення соціальної спрямованості економіки. Це пов'язано з тим, що в багатьох країнах світу публічні відносини в трикутнику «влада – бізнес – суспільство» є потужним джерелом розвитку як економічної системи в цілому, так і вирішення соціальних проблем зокрема. Основою публічного



управління є міжсекторальна взаємодія. Світ зрозумів, що найбільш впливовим важелем на шляху впровадження сталого розвитку є корпоративна соціальна відповідальність, яка має не менше значення, ніж розвинута економічна інфраструктура, політична стабільність або втілення в життя проєктів інноваційного розвитку.

Складний процес трансформування українського суспільства, розбудова державності та становлення демократичного врядування супроводжується відновленням духовних підвалин, пошуком нових теоретико-методологічних засад діяльності та відкриттям нових горизонтів розвитку. Реформування системи державного управління вимагає глибокого усвідомлення стратегії подальших змін держави й суспільства, ставить нові завдання із вдосконалення способу мислення, ствердження нових ідей, концепцій та методологічних моделей.

Освіта посідає особливе місце, бо покликана забезпечити підготовку суб'єктів соціальної дії до вирішення невідкладних завдань, які стоять перед людством.

Саме тому освіта в сучасному світі є одним із засадничих чинників підвищення добробуту суспільства, забезпечення національної конкурентоспроможності й національної безпеки та стійкого розвитку економіки. А розуміння освіти як системи освітніх послуг, як вітчизняного та світового ринків освітніх послуг в контексті сервісної держави набуває, про що стверджують дослідники, дедалі більшого поширення. Ніщо так наочно не ілюструє небезпечні тенденції життя нашої країни, як характерні процеси, що відбуваються в освіті.

Політика та управління у сфері охорони здоров'я як складової політики держави становлять фундамент вектора розвитку державності для людини. У державному управлінні охороною здоров'я сучасної України відбуваються глибокі трансформації: перехід до публічного врядування, децентралізація управління та створення моделі національної системи охорони здоров'я України. Процеси становлення нової форми публічного врядування у сфері охорони здоров'я відбуваються в турбулентних умовах соціально-політичної та економічної криз, що складають зовнішнє середовище галузі, а також супроводжуються невизначеністю щодо побудови нової моделі охорони здоров'я, яка відповідатиме сучасним викликам суспільства і можливостям держави та міжнародним соціальним стандартам.

**Результати та обговорення.** У системі охорони здоров'я компетенції фахівців з управління характеризуються певними особливостями, які можна віднести до загальнокультурних, що включають такі складові, як гуманізм, моральність, етика, комунікації та ін. У процесі підготовки управлінців сфери охорони здоров'я важливим є формування фахової компетентності, яка спрямована на максимальне наближення набутих знань, умінь, способів діяльності, особистісного ставлення до них, готовності та здатності їх використовувати в управлінській діяльності.

Таким завданням відповідає освітня програма за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я», за якою у 2020 році розпочинається підготовка магістрів у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (далі – НМАПО імені П. Л. Шупика; Академія).

У зв'язку з початком нового етапу в столітній історії академії по-новому буде визначатись і місія НМАПО імені П. Л. Шупика, яка відображає філософію відношення системи до зовнішнього середовища і спосіб взаємодії з ним, який формується з урахуванням наявного в системі потенціалу.

Вважаємо, що місією НМАПО імені П. Л. Шупика сьогодні є професійна підготовка висококваліфікованих, компетентних, патріотично налаштованих регіональних лідерів, спроможних: брати участь у розробці й реалізації державної політики України; творчо, ефективно й результативно виконувати управлінські функції; сприяти інноваційним процесам у суспільстві з метою утвердження соціальної справедливості, забезпечення прав і свобод людини, сталого розвитку на основі світових та європейських стандартів. Її виконання забезпечується: сформованою організаційною, навчально-методичною та подальшим розвитком науково-дослідної інфраструктури; запровадженням інноваційних освітніх технологій; власною матеріально-технічною базою; системною роботою колективу за основними напрямками діяльності вищого навчального закладу система управління яким відкрита для інновацій та орієнтована на розвиток особистості. Головними перевагами навчання в магістратурі НМАПО імені П. Л. Шупика за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я» повинні стати такі: індивідуальний підхід до навчання, фаховий консультативний супровід впродовж навчання, застосування сучасних форм і методик проведення навчання, практико-орієнтований підхід у навчанні, стажування у лікувально-профілактичних закладах та органах державної влади, залучення до гостьових лекцій з актуальних проблем реформування галузі фахівців практиків у сфері охорони здоров'я, можливість вступу до аспірантури.

Ефективне використання особистісного професійного потенціалу фахівців, який лежить в основі його управлінської діяльності, реалізується за трьома основними напрямками: створення необхідних умов для всебічного розвитку особистісного потенціалу; забезпечення умов для повної мобілізації потенціалу колективу з метою якісного виконання завдань, які стоять перед ними; постійний розвиток професійних якостей керівників відповідно до стратегічних цілей держави.

Діяльність сучасного керівника поліфункціональна. Це зумовлено тим, що керівник в управлінській діяльності постійно вирішує питання як загального, так і вузькоспецифічного характеру. У зв'язку з цим, ми глибоко переконані, що підготовка нової генерації керівників має бути багатодисциплінарною і забезпечувати набуття знань з широкого спектра складних управлінських проблем. Саме такий підхід забезпечить прихід до керівництва у сфері охорони здоров'я та роботи в органах місцевого самоврядування адміністративно-політичної еліти – прошарку, який, будучи носієм найхарактерніших політико-управлінських якостей та функцій, буде спроможним результативно вирішувати складні питання виведення сфери охорони здоров'я з глибокої системної кризи.

Особистісний професійний потенціал керівника має складну структуру і, на нашу думку, характеризується тісною

взаємодією всіх його елементів: кваліфікаційного, комунікативного, трудового, психофізіологічного, морального та освітнього. Серед основних вимог до нового покоління керівників системи публічного управління та адміністрування окрім вміння успішно вирішувати питання юридичного, економічного, політичного та комунікативного характеру, тобто бути професіоналом, є: високий рівень культури, патріотизму, духовності; знання іноземних мов, нових інформаційних технологій і сучасного менеджменту.

Вважаємо, що основними компонентами професійної моделі сучасного керівника сфери охорони здоров'я є такі: наявність системи професійних знань, вмінь і навичок; навчання впродовж всього життя; набуття загальнолюдських якостей через вивчення гуманітарних дисциплін; психологічна готовність до виконання управлінської діяльності.

Окремо виділимо такі складові професійної моделі сучасного керівника як професіоналізм, культура та управлінська відповідальність.

Випускник із освітнім ступенем «Магістр публічного управління та адміністрування» зможе:

- керувати структурними підрозділами органів виконавчої влади, виконавчих комітетів місцевих рад, громадських організацій, інших публічних установ;
- аналізувати вплив нормативно-правових актів на процеси публічного управління у межах своєї компетенції, здійснювати оцінку політико-правових документів та програм, використовуючи методи економічного та управлінського аналізу;
- розробляти статuti, положення та посадові інструкції у межах виконання адміністративних функцій, прогнозувати та програмні документи економічного та соціального розвитку об'єкта управління, пропозиції з удосконалення роботи місцевих органів влади;
- організувати роботу органів публічної влади із застосуванням методології стратегічного управління і сучасних методів діяльності органу публічної влади, забезпеченням функціонування інформаційно-комунікативної системи органу влади та реалізацією заходів щодо запровадження електронного урядування в публічній сфері;
- забезпечувати координацію діяльності підрозділів органів виконавчої влади і місцевого самоврядування, налагоджування публічно-приватного партнерства, прозорості прийняття управлінських рішень;
- контролювати своєчасність і якість виконання поставлених завдань впровадження сучасних методів діяльності органу публічної влади, дотримання законності в публічному управлінні, використання заходів протидії корупції та зловживань владою.

Випускник може працювати в органах державної влади, місцевого самоврядування та громадських організацій.

Конкурентні переваги спеціальності «Публічне управління та адміністрування» полягають в наданні студентам необхідних компетентностей з державного управління та управління державою.

Випускники, які бажатимуть здійснювати професійну діяльність в реальному секторі економіки (організація виробничної на невиробничій сфері) зможуть використати ці компетентності для налагодження більш продуктивного діалогу з чиновниками.

Вияткова роль працівників охорони здоров'я, місія людських ресурсів медичної сфери України, яка незабаром поповниться магістрами публічного управління та адміністрування НМАПО імені П. Л. Шупика, обумовлюється тим, що вони є найважливішим компонентом зміцнення сфери охорони здоров'я;

Із викладеного вище випливає, що найголовнішою метою процесу управління підготовкою керівників з публічного управління та адміністрування, формуванням нової моделі медичної еліти України є використання їх професійного потенціалу – комплексної характеристики щодо придатності керівника до ролі активного суб'єкта управлінської діяльності. А в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика – Академії нового магістерського простору – є всі умови для успішної підготовки магістрів публічного управління та адміністрування – нової моделі фахівців національної сфери охорони здоров'я – освіченої, компетентної, життєтворчої особистості-лідера – громадянина України.

**Висновки.** Основними компонентами професійної моделі сучасного керівника сфери охорони здоров'я є такі: наявність системи професійних знань, вмінь і навичок; навчання впродовж всього життя; набуття загальнолюдських якостей через вивчення гуманітарних дисциплін; психологічна готовність до виконання управлінської діяльності.

Окремо виділимо такі складові професійної моделі сучасного керівника як професіоналізм, культура та управлінська відповідальність.

Головними перевагами навчання в магістратурі НМАПО імені П. Л. Шупика за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я» повинні стати такі: індивідуальний підхід до навчання, фаховий консультативний супровід впродовж навчання, застосування сучасних форм і методик проведення навчання, практико-орієнтований підхід у навчанні, стажування у лікувально-профілактичних закладах та органах державної влади, залучення до гостьових лекцій з актуальних проблем реформування галузі фахівців практиків у сфері охорони здоров'я, можливість вступу до аспірантури. Магістр публічного управління та адміністрування може працювати в органах державної влади, місцевого самоврядування та громадських організацій.

## ЗАСТОСУВАННЯ ЛОГІСТИКИ В МЕДИЦИНІ

Михальчук В.М., Гбур З.В., Коломоєць А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Мета.** В умовах сьогодення відстежується тенденція зростання використання досягнень сучасного менеджменту в сферах, які знаходяться по іншому сторону від бізнесового простору. Ця тенденція охоплює в тому числі і логістику, яка з початку свого існування стосувалась переважно військової справи, але знедавна починає в більшій мірі використовуватись в діяльності підприємств. Метою статті є висвітлення напрямів застосування логістики в медицині. Адже використання підходів логістики в системі управління позитивно впливає на економічні та фінансові результати діяльності організації, зокрема на підвищення продуктивності праці, зростання економії матеріальних та нематеріальних ресурсів, збільшення прибутку, тощо. Таким чином, постійно зростаюча зацікавленість у застосуванні логістики під час управління не лише у військовою справою та підприємствами, а й некомерційними організаціями зумовили виділення принципово нового напрямку логістики. Проте, перш ніж перейти до ґрунтовного дослідження новітнього напрямку застосування логістичних підходів, пропонуємо глибше дослідити сутність самого поняття «логістика» з метою всебічного розуміння даної категорії.

**Результати та обговорення.** Так, практика застосування терміну «логістика» (з грец. Λογιστική – рахункове мистецтво) починається ще з часів Стародавньої Греції, де під нею розуміли мистецтво виконання розрахунків загальнодержавного призначення, а у давньому Римі його застосовували до опису процесу розподілу продовольства. Дещо пізніше, царем Візантії Леоном VI, у своєму підручнику з військової майстерності було вжито термін «логістика» як «тил, постачання військ». Саме таке тлумачення було поширеним до наших часів, доки не було зазначене в економічній сфері. Зокрема, це підтверджує й енциклопедичний словник Брокгауза та Ефрона (1896), який стверджує, що слово логістика» в новітніх військових творах більше не вживають, його можна вважати таким, що остаточно вийшло з ужитку. Окрім того, відомо, що логістичні підходи широко застосовувала армія Сполучених Штатів Америки під час другої світової війни та подальших військових конфліктів. Ці підходи й були згодом запозичені для розв'язання підприємницьких проблем американськими економістами. З цього й почався стрімкий розвиток логістики, як частини бізнес-середовища.

Зараз, існує велика кількість тлумачень поняття «логістики», адже кожен науковець вкладає в дану категорію частину свого бачення цього терміну. Проте, всі вони можуть бути згруповані в наступні групи.

1. Логістика – це напрям господарської діяльності, у сфері управління матеріальними активами у виробництві та обігу, основною метою якого є своєчасна поставка ресурсів.
2. Логістика – науковий напрям, який не можна віднести до однієї дисципліни, і який, в той же час, безпосередньо пов'язаних із пошуком нових напрямків збільшення ефективності потоків матеріальних ресурсів.
3. Логістика – це концепція підприємництва, новітній спосіб мислення, який є напрямком спрямувань зусиль власників бізнесу на шляху до його стратегічної орієнтації.

Спільним серед вищеведених підходів є те, що логістика характеризується як навик керування матеріальними потоками організації, як системою взаємопов'язаних ланок, з метою підвищення ефективності даного процесу і як наслідок своєчасне задоволення потреб споживачів та збільшення прибутку підприємства.

Проте, як вже було зазначено, як показує досвід останніх десятиліть, логістика давно вийшла за окреслені межі. Висококваліфіковані керівники не бізнесових структур вже давно використовують її переваги для підвищення ефективності діяльності підконтрольних організацій. Не оминули дані тенденції й медичну сферу. Це в першу чергу пов'язано з тим, що галузь охорони здоров'я – це один із головних показників рівня розвитку країни, а з урахуванням того, що вона має складну соціально-економічну систему, логістичний підхід є вкрай необхідний. Окрім того, застосування логістики в сучасній сфері охорони здоров'я зумовлена появою великої кількості бар'єрів, пов'язаних з діяльністю в ланцюгах постачання, що в свою чергу знаходить своє відображення у показниках ефективності функціонування.

Складність системи охорони здоров'я та багатокomпонентність засад її організації, зумовили необхідність вивчення можливих напрямків застосування логістики в медичній сфері. Так, Жаворонком Є.П. було проаналізовано та підтверджено необхідність виокремлення логістики в охороні здоров'я, що пов'язано із проникненням принципів логістики в систему керування даною галуззю. Окрім того, науковець зосереджує увагу на тому, що одним із напрямків застосування логістики в медицині є створення підрозділу логістики в медичних та медико-виробничих установах. Процес формування відокремленого підрозділу логістики, в свою чергу, повинен супроводжуватися визначенням меж відповідальності, повноважень, а також механізму взаємодії підрозділів даної системи між собою, а також між ключовими й господарськими службами.

Своєрідною базою для подальших розробок у сфері логістики стала серія видань редакції «Грант», головним редактором якої був І. Мельников, зокрема «Довідник з управління матеріально-технічною базою закладів охорони здоров'я та основ медичної логістики».

Окрім того, на розвиток підходів логістики в галузі охорони здоров'я значно вплинула наукова діяльність Т. Зеленської, яка виступає автором публікацій з логістики системи охорони здоров'я в умовах медичного страхування.

Розширене тлумачення терміну «медична логістика» надається Міжнародним комітетом Червоного Хреста, згідно якого

медичною логістикою прийнято називати планування, управління, контроль ефективності потоків, транспортування і зберігання фармацевтичних препаратів, медичного та хірургічного обладнання, медичних приладів та устаткування, необхідних для забезпечення роботи персоналу в медичних установах, а також санаторіях і аптеках. Кінцеві споживачі несуть відповідальність за життя і здоров'я своїх пацієнтів, тому медична логістика унікальна тим, що головним її пріоритетом є оптимізація ефективності лікування, його якості і тільки потім мінімізація витрат.

Напрямок використання логістичних підходів у галузі охорони здоров'я наочно відобразимо за допомогою рис.1.

Таким чином, із наведеного рисунку можемо побачити, що напрямки застосування логістики в медичні галузі включають біометричну та клінічну інженерію, медичні послуги та постачання, фармацевцію та персонал медичного закладу. Розглянемо детальніше застосування логістичних підходів у деяких із них.

Так, постачання медичних ресурсів є надзвичайно місткою та складною схемою, яка має на меті забезпечити процес надання медичних послуг всіма необхідними засобами. При цьому, корисними виступають наступні можливості використання логістики:

- формування системи оптимальних співвідношень між обсягами заготовель, об'ємами складських резервів та мережею перевезень; зменшення витрат у випадку відмови або простою;
- створення найбільш доцільного рівня взаємозв'язків у процесі отримання, зберігання та транспортування;
- запровадження ефективної структури передачі управлінської інформації.

До складових елементів постачання медичних ресурсів прийнято відносити: виробничі запаси (запаси лікарських засобів та медичних інструментів з метою швидкого задоволення потреб споживачів), транспорт (який доставляє продукцію від постачальника до складу і від складу до кінцевих споживачів), обслуговування, складське господарство, інформаційних зв'язок та контроль.

Ще однією характерною рисою логістики в сфері постачання медичних ресурсів є те, що вона не тільки об'єднує керування різноманітними функціями постачання, а й сприяє підвищенню ефективності лікувально-діагностичного процесу, оскільки медичні ресурси майно в цьому разі постачають у належний час, у певне місце та в потрібних кількостях.

Окрім того, поставки лікарських засобів і медичного обладнання різних видів мають на увазі високий ступінь відповідальності. Таку діяльність, як правило, супроводжують ризики значно вищі, ніж при стандартизованому ланцюгу постачання. Саме тому, сьогодні надзвичайно велика кількість підприємств медичної, фармацевтичної та біотехнологічної промисловості потребують значного вдосконалення логістичного процесу для мінімізації даних ризиків.

В той же час, забезпечення безперешкодного постачання матеріалів для виготовлення виробів медичного призначення дозволить знизити або й повністю усунути простой на виробництві, а розвинена транспортно-логістична система гарантуватиме своєчасне виконання замовлень на всіх рівнях.

Проте, запровадження логістичних підходів у медичному постачанні супроводжується низкою вагомих проблем, зокрема:

1. Відсутність необхідної кваліфікації осіб, причетних до впровадження логістичних принципів, що також ускладнюється специфікою галузі її впровадження.
2. Немає напрацьованих схем оптимізації процесу постачання медичних ресурсів, весь процес здійснюється методом спроб та помилок.
3. Недостатня підтримка держави на шляху до впровадження логістики у діяльність медичних установ, що значною мірою блокує процес, так як медичні заклади перебувають переважно у державній власності.
4. Присутність факторів нестабільності медичної галузі, через її постійне реформування, що впливає на зміну ключових учасників логістичного процесу.

Наступний напрямок застосування логістики в медицині часто значною мірою нехтується, проте це не правильно. Мова йде про персонал медичного закладу та медичні послуги, адже використання логістичних підходів у даних сферах дозволило б оптимізувати процес надання послуг з метою усунення черг, зменшення кількості необхідного обслуговуваного персоналу, що дозволило б спрямувати вивільнені кошти на підвищення якості надання послуг. Деякі кроки по оптимізації медичної галузі вже здійснені в межах медичної реформи.

Так, для прикладу підвищився рівень фінансування медичних закладів, до яких звертається більша кількість пацієнтів, оптимізовано процес надання медичних послуг шляхом застосування електронних черг, електронних рецептів, створено електронну систему охорони здоров'я для лікарів. Саме тому, перш ніж перейти до вивчення особливостей застосування логістики в описаних напрямках, проаналізуємо поточну ситуацію в медичній галузі та визначимо вплив реформи на неї. Аналіз проведемо за допомогою статистичних даних, наведених Центром медичної статистики МОЗ України. Дані про 2019 рік наразі ще відсутні, тому базою для проведення дослідження виступатимуть 2016-2018 роки. Відбулась значна оптимізація медичної сфери шляхом об'єднання напрямків діяльності медичних працівників, що дозволило суттєво скоротити їх кількість. З позиції вивільнення додаткових ресурсів та підвищення якості надання медичних послуг це є позитивним моментом. Проте є і негативна сторона, яка виражається у закритті лікарень в сільській місцевості, що запобігає отриманню людьми якісних, а головне своєчасних медичних послуг, а також впливає на збільшення рівня безробіття мед працівників.

Поруч із цим, доведена ефективність застосування принципів логістики при організації роботи реєстрації лікарні. Актуальність цього зумовлюється використанням на повною мірою перевагою сервісу електронного запису на

прийом, а також його недосконалістю, що формує потребу додаткової оптимізації процесу на місцях. Так, застосування логістики при роботі ресуртатури дозволить вдосконалити процес запису та направлення хворих до лікарів різного профілю, оптимізувати потоки інформації, проводити контроль за створенням черг, для уникнення перевантаженості лікарів, тощо.

При цьому, варто зазначити що в умовах сьогодення багато медичних закладів намагаються самостійно організувати роботу логістичного менеджменту, нехтуючи послугами професіоналів, незважаючи на те, що на вітчизняному ринку вже існує кілька моделей зовнішнього управління, пов'язаних із аутсорсингом. Під аутсорсингом в даному випадку розуміється передача стороннім виконавцям деяких функцій або частин процесу, з метою збільшення ефективності їх виконання. Розглянемо дані моделі детальніше. Отже, перша модель передбачає автономну логістику, коли всі операції виконують самі медичні заклади. Друга модель – модель часткового аутсорсингу, передбачає передачу посереднику здійснення деяких логістичних послуг, а саме постачання, транспортування чи зберігання. Третя модель застосовується коли всі логістичні функції виконує підрядник. В межах останньої моделі відбувається орієнтація на управління всією сукупністю потоків ресурсів і товарів, при забезпеченні їх раціональної взаємодії в бізнес-процесах.

**Висновки.** Кожна із наведених моделей має свої переваги та недоліки. Так, для прикладу, створення окремого логістичного підрозділу вимагає додаткового залучення фахівців для обслуговування в логістичній системі. Застосування даної моделі медичними закладами виправдовується певним рівнем їх недовіри підрядникам, які не завжди повною мірою виконують свої обов'язки, а також необґрунтовано оцінюють логістичні витрати. Окрім того, часто відстежується певна невідповідність технічних та інформаційних стандартів, що теж ускладнює залучення зовнішнього посередника в діяльність медичного закладу. Проте, останніми роками відстежується тенденція стратегічного спрямування логістичних посередників на розвитку якості послуг, які ними надаються з метою формування довгострокових партнерських відносин із замовниками.

Загалом, кожна установа охорони здоров'я самостійно приймає рішення яким чином застосовувати логістичні підходи в своїй діяльності. Успішність цього процесу значною мірою залежить від підходу до проектування інформаційної підсистеми і правильності постановки завдань.

Окрім того, вивчення зарубіжного досвіду доводить, що ефективне управління логістикою неможливе без оперативного інформаційного обслуговування, яке забезпечує швидкий документообіг і формування єдиного інформаційного простору, що в своє чергу сприяє надійній та безперервній роботі медичних установ, допомагає удосконалити потік вантажоперевезень лікарських засобів і медичного обладнання в регіонах.

У свою чергу, медичному персоналу логістика дозволяє повною мірою сконцентруватися на лікуванні і турботі про пацієнтів. Оптимізація, що забезпечує більш ефективну роботу медичного персоналу, скорочення відходів в ланцюгах поставок, надання якісних послуг та вирішення поставлених замовником завдань точно в термін є пріоритетами застосування принципів логістики в сучасній медицині.

## ЗДОРОВІ МІСТА: РОЛЬ ДЛЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

Рингач Н.О.<sup>1</sup>, Власик Л.Й.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ,

<sup>2</sup>Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

**Мета.** Визначити роль руху «Здорові міста» для реалізації Порядку денного Сталого Розвитку.

**Матеріали та методи.** Контент-аналіз концептуальних документів руху «Здорові міста», Белфастської Хартії по Здоровим містам, Копенгагенського консенсусу мерів.

**Результати та обговорення.** Мета руху «Здорові міста» - зайняття питаннями здоров'я пріоритетного становища в соціально-економічному і політичному порядку денному міської влади. Є шість підходів, які коротко можна назвати як Люди; Участь; Процвітання; Планета; Місце та Світ. Здорове місто використовує гуманістичний підхід, вкладає ресурси на благо людей та у забезпечення рівного доступу до суспільних благ і послуг. Стратегічний принцип розвитку міст – інвестиції в людський і соціальний капітал (з увагою до етики і цінностей мешканців). Забезпечується участь спільноти в прийнятті рішень, в т.ч. з вдосконалення громадських просторів і послуг на основі потреб; зміцнення підвідності і стратегічного керівництва в інтересах здоров'я; розширення прав/можливостей людей з підвищення стійкості до несприятливих впливів. Процвітання передбачає соціальний прогрес; інвестиції у безвідхідну економіку й соціальний захист. Здоров'я планети – центр уваги політики, узгодженої на різних рівнях управління; і зміцнення міської дипломатії громадського здоров'я. Доступне для всіх городян місце (соціальне, фізичне і культурне середовище, що сприяє здоров'ю), включає орієнтовані на людину міський розвиток і планування; інклюзивність використання об'єктів. Здорове місто підтримує мир в усіх діях і стратегіях (справедливість; норми управління і соціального життя з протидії корупції, дискримінації і насильства).

**Висновки.** Успішне здійснення цих підходів вимагає прийняття інноваційних заходів з усіх аспектів як здоров'я, так і умов життя мешканців, мережевої взаємодії між містами в країні і за її межами, яке включає політичну прихильність; лідерство; необхідні інституційні перетворення та ефективні міжсекторальні партнерства.

## ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В МЕЖАХ ОДНОГО ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

Михальчук В.М., Гбур З.В., Васильєв А.Г., Стовбан М.П.  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Найефективнішим шляхом оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів та ліжкового фонду зокрема є формування єдиного медичного простору, в основу якого покладена інтеграція закладів охорони здоров'я, що перебувають у власності різних територіальних громад та відомств. Сьогодні сучасні світові тенденції з організації мережі закладів вторинної медичної допомоги вказують про такі зміни: пріоритети в організації багатопрофільних лікарень інтенсивної допомоги без вікових обмежень; збільшення радіусів та кількості населення, що обслуговується; зменшення кількості ліжкового фонду; скорочення термінів госпіталізації; нові форми госпіталізації (денний стаціонар, «лікарня на дому», діагностична та амбулаторна допомога); зменшення кількості госпітальних центрів та операційних відділень; використання зовнішніх постачальників неклінічних (немедичних) послуг («аутсорсинг»); концентрація високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах з одночасним відходом від низько-технологічних лікарень; передача більшої кількості обов'язків від лікарів медсестрам; створення госпітальних мереж лікарень; інтеграція в лікарні готелів для пацієнтів; розширення мережі хоспісів. Зазначені тенденції доцільно врахувати при розбудові системи взаємодії медичних закладів в межах госпітальних округів для формування нової мережі закладів вторинної медичної допомоги, реструктуризації лікарень за рівнем надання медичної допомоги, надання інтенсивної, відновлювальної, медико-соціальної медичної допомоги.

**Мета дослідження** полягає у визначенні основних характеристик системи взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу на основі аналізу законодавчої бази та опрацюванні літературних джерел.

Результати і обговорення. Надання інтегрованих і економічно ефективних послуг – одна з стратегій реформи, яка була прийнята в багатьох країнах Європи. Вона полягала в тому, щоб інтегрувати клінічні послуги по всіх ланках – від первинної медичної (або амбулаторної) до стаціонарної допомоги. Інтеграція – це така концепція економіки і оперативного управління, при якій всі складові системи надання медичної допомоги переслідують загальні інтереси і цілі. Інтегрована система надання медичної допомоги включає в себе механізми поділу фінансової відповідальності між постачальниками і управлінням ризиками. Інтеграція медичної допомоги в Україні відбувається шляхом формування госпітальних округів. Створення госпітальних округів є одним з важливих напрямів реформуваних системи охорони здоров'я, наближення медичної послуги до людини та підвищення якості медичного обслуговування. Забезпечення їх ефективного функціонування та управління ними можливе на основі врахування таких відповідних детермінант:

- 1) ефективність госпітальних округів визначається їх розвитком як динамічних адаптивних функціональних систем, зорієнтованих на виклики й вимоги середовища їх функціонування й об'єктивізацію мережі закладів охорони здоров'я та переліку медичних послуг, що вони надаватимуть;
- 2) широке коло учасників госпітальних округів зумовлює необхідність запровадження дієвих форм партнерської взаємодії при виробленні й прийнятті стратегічних рішень щодо їх розвитку;
- 3) управлінська й фінансова автономія закладів охорони здоров'я відкриває значні можливості підвищення якості медичного обслуговування, які можуть бути реалізовані за умови запровадження прогресивних форм і методів надання медичних послуг та налагодження взаємодії з усіма стейкхолдерами.

Основними принципами модернізації є узгодження єдиного понятійного простору, сімейний лікар має стати головною ланкою медичної допомоги, маршрутизація пацієнта, підвищення рівня усвідомленості та інформування пацієнта. У більшості закладів охорони здоров'я немає достатніх спроможностей для надання якісної медичної допомоги вторинного рівня. Це стосується обладнання, кадрів, інфраструктури. Без структурних та системних змін у розвитку мережі закладів охорони здоров'я бюджетні кошти будуть і далі витрачатися неефективно, ресурси розподілятися нерационально. У результаті це спричинятиме дефіцит якісних медичних послуг на місцевому рівні. Визначення лікарень інтенсивного лікування та формування національного стратегічного плану зробить серйозний внесок у вирішення цих проблем.

В Україні у 2017 році розпочався процес створення госпітальних округів з метою оптимізації кількості та якості державних медичних закладів й покращення системи медичного забезпечення. У 2017 році розпочався процес географічного формування меж госпітальних округів, на відповідальність громади покладено функцію вирішення розвитку мереж лікарень для формування системи якісної медичної допомоги. З листопада 2018 по січень 2019 року семінари пройшли у 9-ти областях України, де сформовані госпітальні округи: Кіровоградська, Житомирська, Чернігівська, Вінницька, Хмельницька, Чернівецька, Одеська, Херсонська та Львівська області.

Під час семінарів-нарад управлінням системи охорони здоров'я та медикам презентували Методологію визначення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування. Методологію розроблена й апробована на базі Чортківського госпітального округу на Тернопільщині. Інструмент дозволяє на базі наявних даних провести об'єктивний аналіз госпітальної мережі на рівні госпітального округу та на рівні області, запропонувати варіанти рішень щодо визначення лікарень інтенсивного лікування з урахуванням потужності наявних лікарень і територіальної доступності населення до них.

Відповідно Постанови КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074 госпітальний округ – це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню такої території.

«Госпітальний округ» – це територіальне об'єднання закладів охорони здоров'я декількох районів у єдиний медичний простір за критерієм доступності, кількості населення, наявних лікувальних закладів.

Госпітальний округ – це добровільне об'єднання громад (в єдиному медичному просторі області) як система технологічно пов'язаних, але юридично і фінансово автономних лікарень розташованих на території усієї області або частини (залежно від розмірів області, щільності заселення, інфраструктури), що формується з метою збільшення доступності медичних послуг та допомоги для пацієнтів.

Госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я на території, області, у спосіб, що дасть змогу забезпечити реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я; систематичну взаємодію між учасниками госпітального округу, а також із надавачами інших видів медичної допомоги (первинної, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, паліативної допомоги та медичної реабілітації), фармацевтичних послуг; поступове формування спроможної мережі надавачів медичних послуг для гарантованого своєчасного доступу населення до послуг вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги належної якості; ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі надавачів медичних послуг; транспортну доступність до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги; модернізацію системи надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги.

Створення госпітальних округів здійснюється на основі поєднання таких принципів: безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини; своєчасність доступу до медичної допомоги; економічна ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів.

Учасниками госпітального округу є органи, уповноважені управляти комунальними та державними закладами охорони здоров'я, а також керівники приватних закладів охорони здоров'я (за їх згодою), які надають вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу в межах області.

Загальна кількість багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування у госпітальному окрузі визначається із розрахунку загальної кількості населення, яке проживає у госпітальному окрузі, та мінімальної кількості населення, якому багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування повинні забезпечувати надання медичної допомоги.

Госпітальний округ – це інструмент співробітництва громад для ухвалення рішення щодо закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та ОТГ. Тобто госпітальний округ є інструментом співпраці для планування мережі. Планово в Україні встановлено наступні показники: 200 тис. населення на лікарню інтенсивного лікування II рівня, 120 тис. на лікарню I рівня. Рада є консультативним органом для формування рішень щодо розподілу коштів та призначення і звільнення керівників ЗОЗ та інших питань, пов'язаних із організацією надання вторинної медичної допомоги. Госпітальна Рада єдорадчим органом, який складається з представників власників кожного стаціонарного закладу. Медичні заклади перейшли у власність громади, а госпітальні ради – це органи, які складаються з представників цих громад. Представників делегують місцеві ради.

Якщо багаторічні плани розвитку округів будуть реалістичними і будуть підтримані всіма громадами, можливості пошуку фінансування для цих планів значно розширяться. Очікується, що інтерес до підтримки таких планів буде і від держави, і від міжнародної спільноти. Для оцінки медичних закладів відповідно Методичці пропонується використовувати нижче наведені категорії критеріїв.

1. Стратегічна позиція. 1.1. Покриття потреб населення. Цей критерій оцінює кожен заклад за обсягом ключових послуг (наприклад, пологи, екстрена допомога, лікування серцевих нападів та інсультів), які надає заклад у межах загального госпітального округу та району, у якому він знаходиться. Обґрунтування: це важливо для визначення того, наскільки населення округу покладається на заклад у наданні послуг ключових послуг.

1.2. Функціональні можливості. Цей критерій оцінює поточну спроможність кожного закладу за показниками кількості лікарів, ліжок та обладнання Обґрунтування. Це важливо для визначення того, чи зможе заклад взяти додаткових пацієнтів у майбутніх моделях надання медичної допомоги.

2. Операційна ефективність.

2.1. Невідкладність надання медичних послуг / гострота випадків. Цей критерій оцінює невідкладність послуг, що надаються кожним закладом, порівняно з іншими закладами округу. Обґрунтування: це важливо для того, щоб надавані послуги відповідали профілю закладу вторинного рівня.

2.2. Функціональна ефективність. Цей критерій оцінює, наскільки добре кожен заклад використовує свої матеріальні ресурси та діє згідно з міжнародними критеріями та критеріями МОЗ. Обґрунтування: це важливо для розуміння загальної якості послуг у кожному закладі, та розуміння того, наскільки ефективно використовуються матеріальні та людські ресурси.

Для оцінки лікарень щодо їх спроможності виконувати функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування МОЗ обрано 44 індикатори (за 4 групами критеріїв). Принципи вибору індикаторів: наявна інформація у всіх лікарнях; не потребує додаткових зусиль закладу на збір інформації; індикаторів не повинно бути дуже багато; відповідна якість даних.

Максимально забезпечити медичну реформу не зможе лише зміна організації і структури варто звернути увагу на фінансування у сфері медицини і його доцільності використання. Основною проблемою нашої держави є неправильний розподіл бюджетних коштів, адже як зазначалося раніше левова частка із загального бюджету України фінансує охорону здоров'я. Тому для подолання і реформування сучасної медицини в першу чергу потрібно відмовитися від пострадянських правил фінансування і сформувати свою методичку фінансового забезпечення медичної реформи. Для формування госпітальних округів було обрано моделі взаємодії між рівнями надання медичної допомоги окремими службами. На госпітальний округ покладено функції організації та координації надання медичної допомоги між рівнями та службами.

З метою забезпечення ефективного функціонування госпітальних округів доцільно: закласти в основу формування моделі управління їх розвитком міжсекторальний управлінський підхід як спосіб виявлення і реалізації нових можливостей вирішення назрілих проблем на основі узгодження інтересів та інтеграції зусиль громадських, владних, бізнесових інституцій.

Усі суб'єкти міжсекторальної співпраці мають бути орієнтовані на розвиток госпітальних округів, активну участь у реалізації базових функцій реалізації управлінських механізмів, а саме: регулятивної – вироблення важелів і способів стимулювання налагодження відносин між суб'єктами взаємодії у процесі вирішення завдань розвитку охорони здоров'я; превентивної – реалізація можливостей співпраці щодо запобігання прояву загроз при виробленні й реалізації стратегічних цілей розвитку госпітальних округів; інтегративної – об'єднання ресурсів на засадах партнерства при реалізації проєктів розвитку; діагностичної – виявлення і представлення інтересів та можливостей суб'єктів міжсекторальної співпраці та ідентифікація проблем, що потребують першочергового вирішення; інноваційної – пошук і запровадження інноваційних технологій в контексті досягнення мети створення госпітальних округів.

**Висновки.** Госпітальний округ не виступає окремою юридичною особою, окремим рівнем територіальної організації влади, а відіграє роль механізму координації й спільного прийняття рішень представниками місцевих органів влади, території яких він охоплює. Межі та склад кожного округу формуються виходячи з критеріїв формування округу, встановлених Порядком створення госпітальних округів. Госпітальні округи створюються як «функціональні об'єднання лікарень, розташованих на визначеній території». Заклади охорони здоров'я, які охоплені госпітальним округом, залишаються у власності та підпорядкуванні місцевих органів влади, які є учасниками госпітального округу. Наступний крок удосконалення вторинної медичної допомоги передбачає створення госпітальних рад з метою координації дій, розробки пропозицій щодо організації, функціонування медичної допомоги в межах окремого госпітального округу, підготовка та затвердження перспективних планів розвитку госпітальних округів на 5 років (з врахуванням потреб модернізації та ресурсів).

## ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Щиріна К.В., Толстанов О.К., Гбур З.В., Михальчук В.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Антикризовий менеджмент системою закладів охорони здоров'я передбачає систематичність управління процесами з метою виведення медичних закладів з кризового стану на основі системних змін. Менеджмент має базуватися на управлінні державними та приватними закладами.

**Мета полягає** у систематизації рекомендацій для України щодо формування системи антикризового управління медичними закладами.

**Результати та обговорення.** ВООЗ визначає систему охорони здоров'я як таку, що містить усі ресурси, ефективну організацію та медичні заклади, які забезпечують взаємозалежні дії, спрямовані головним чином на покращення, підтримання або відновлення здоров'я.

У дослідженні під кризою управління медичними закладами будемо розуміти прогресивне та масове зростання витрат на медичні послуги у поєднанні з недовістю системи охорони здоров'я надати якісну медичну допомогу більшій частині населення країни. Система антикризового управління медичними закладами відповідно методиці ВООЗ повинна включати такі основні складові:

1. Ефективне керівництво, яке забезпечується керівниками ту управлінським персоналом, що є найбільш критичною та відповідальною зоною управління в кризових ситуаціях. Для успішного керівництва та управління медичними закладами потрібна стратегія, яка поєднуються з функціями контролю та нагляду, побудовою коаліції, підзвітністю, відповідними правилами та стимулами. Також необхідні ефективні координаційні структури, партнерські стосунки та адвокація, відповідна актуальна інформація для прийняття рішень, публічно-інформаційні стратегії, моніторинг та оцінка поточної ситуації.
2. Працівники охорони здоров'я (людські ресурси) включають усіх медичних працівників, які беруть участь у заходах із охорони та покращення здоров'я населення. Саме персонал забезпечує якість медичних послуг, їх своєчасність з врахуванням наявних ресурсів та стану. Це потребує справедливого розподілу достатньої кількості працівників в різних зонах відповідальності. Працівники повинні бути компетентними та продуктивними, особливо в кризовому стані. Програма готовності до кризових ситуацій повинна забезпечити оцінку потреб в навчанні, розробку навчальних



програм та навчальних матеріалів, організацію навчальних курсів.

3. Добре функціонуюча система охорони здоров'я забезпечує рівноправний доступ до основних медичних препаратів, вакцин та технологій гарантованої якості, безпеки, ефективності ефективності, а також їх науково обґрунтоване й економічно ефективне використання. Медичне обладнання та витратні матеріали для лікарень, тимчасових медичних установ, медичних фармацевтичних служб, лабораторні послуги та резервні служби крові, що необхідні у випадку кризового стану, також підпадають під "медичні препарати, вакцини та технології".

4. Налагоджена функціонуюча інформаційна система охорони здоров'я – це система, яка забезпечує виробництво, аналіз, розповсюдження та використання достовірної та своєчасної інформації про детермінанти здоров'я, працездатність системи та стан здоров'я населення. Інформаційна система охорони здоров'я охоплює також збір, аналіз та звітність даних. Сюди входять дані, зібрані за допомогою оцінок ризиків та потреб (небезпека, вразливість та потенціал) та дані, що стосуються систем раннього попередження та загального управління інформацією.

5. Система фінансування охорони здоров'я забезпечує наявність адекватних коштів для фінансування закладів охорони здоров'я та їх фінансовий захист у разі кризи. Окрім надання коштів на основні програми управління кризовими ситуаціями в секторі охорони здоров'я, це забезпечує доступ постраждалим внаслідок кризи до основних послуг. При ефективній системі фінансування медичні заклади та обладнання належним чином застраховані від шкоди або втрати.

6. Надання послуг – це процес надання якісних, безпечних та ефективних медичних послуг з мінімальним витрачанням ресурсів. Процес підготовки до кризових ситуацій, передбачений системою охорони здоров'я ВООЗ, дозволяє переглянути організацію та управління послугами, забезпечити стійкість закладів охорони здоров'я та забезпечити якість, безпеку та безперервність догляду в медичних установах протягом кризи.

За даними ВООЗ Україна суттєво відстає за показниками фінансування системи охорони здоров'я від країн ЄС.

В Україні низькі витрати на охорону здоров'я на душу населення; 125 дол. на 1 особу, тоді як у країнах Європи ці витрати значно більші. Частка витрат на охорону здоров'я від ВВП близька до цього показника у Польщі, тоді як в інших країнах вона складає в середньому 10,3%. Низькими також є поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення за паритетом купівельної спроможності – 469,4 дол. в Україні, тоді як в інших країнах в середньому 4658 дол. на 1 особу. Водночас, внутрішні приватні витрати на охорону здоров'я у відсотках від поточних витрат на охорону здоров'я в Україні складають 51,5%, в зарубіжних країнах в середньому 20,3%, тобто навантаження на населення в Україні при низькому рівні купівельної спроможності, заробітних плат та високої вартості медичних послуг є високим. Водночас, як виявлено у дослідженні, в Україні відсутнє добровільне медичне страхування, державне загальнообов'язкове медичне страхування, що зумовлює тінізацію оплати за медичні послуги. Відтак, витрати населення «з власних кишень» від поточних витрат на охорону здоров'я в Україні складають 47,8%, тоді як в розвинених країнах в середньому 16%. Відтак, у світовій практиці добровільне медичне страхування забезпечує 5-7% фінансування системи охорони здоров'я. В Україні спостерігається найнижчий рівень поточних витрат на душу населення в Україні у 2006-2017 роках, що вказує на низьку фінансову спроможність населення у забезпеченні медичними послугами.

Отже, вище проаналізовані дані свідчать про кризу управління медичними закладами в Україні через дві ознаки: відсутність механізму страхування та відшкодування вартості медичних послуг; зростаючі витрати на поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення в доларах США в Україні. Відповідно даному визначенні кризи управління така ситуація потребує пошуку ефективних шляхів подолання незадовільного стану надання медичної допомоги за умов постійного зростання її вартості.

Для ефективного антикризового управління доцільно здійснювати планування реабілітації пацієнтів до початку виникнення кризи з метою швидкого реагування. Інвестиції у розвиток людських ресурсів та кадрового забезпечення забезпечують довгостроковий ефект та вплив на управління медичними закладами в період кризи. Доцільно також планувати можливі перебої у постачанні матеріально-технічних ресурсів. Фінансування медичних закладів доцільно забезпечити шляхом залучення донорів та інвесторів. В цілому довгострокове планування кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення сприяє ефективному управлінню кризовими ситуаціями. Важливою складовою виступає також система моніторингу стану медичних закладів, яка дає змогу коригувати антикризові заходи миттєво.

У зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я в Україні медичні заклади не залежно від форм власності змушені організувати ефективну управлінську та фінансово-економічну діяльність. Як наслідок, у державних медичних закладах виникла необхідність пошуку додаткових джерел фінансування для покращення кадрового забезпечення, матеріально-технічної бази. Це зумовлює додаткове навантаження на керівництво, яке на сьогодні в більшості випадків недостатньо володіє управлінськими компетенціями для здійснення фінансового планування. Відповідно підвищується ймовірність виникнення кризового стану, що має прояв у системній нестачі фінансування. За умов відсутності в Україні механізму страхування такий кризовий стан буде посилюватися. Для виконання фінансово-господарських дій керівники медичних закладів змушені вдаватися до різноманітних методів стратегічного планування і передусім – до планування власних витрат. Від них вимагається моніторинг їх поточної діяльності, регулярний аналіз наявної фінансово-господарської ситуації (для бюджетної сфери – аналіз рівня ефективного розподілу і використання отриманих ресурсів), планування діяльності на близьку і далеку перспективу та прийняття дієвих управлінських рішень. Тому вирішальним в цьому випадку є впровадження страхування, як додатковий захід нівелювання кризового стану.

**Висновки.** Основними складовими системи антикризового управління медичними закладами в кризових умовах є: ефективне керівництво, яке забезпечується керівниками ту управлінським персоналом; людські ресурси; рівноправний

доступ до основних медичних препаратів, вакцин та технологій гарантованої якості, безпеки, ефективності; налагоджена функціонуюча інформаційна система охорони здоров'я; фінансування закладів охорони здоров'я та їх фінансовий захист у разі кризи; процес надання якісних, безпечних та ефективних медичних послуг з мінімальним витрачанням ресурсів.

Досвід зарубіжних країн вказує на побудовані ефективні модулі управління системою охорони здоров'я завдяки таким заходам та інструментам: ефективний механізм фінансування на основі державного або приватного добровільного медичного страхування; страхування при отриманні первинної медичної допомоги і при придбанні прописаних ліків; ефективна система швидкої медичної допомоги; ефективна управлінська та фінансово-економічна діяльність; різноманітні методи стратегічного планування і передусім – до планування власних витрат; спеціальні програмні підготовки персоналу до кризових ситуацій; медична допомога під час загрозливих станів надається спеціально підготовленими лікарями; оснащення медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, висока кваліфікація медичних працівників та доступність медичного обслуговування для всіх верств населення; встановлений мінімальний гарантований рівень медичних послуг для громадян. У більшості країн Європи реалізація основних функцій управління медичними закладами (встановлення пріоритетів, фінансування, забезпечення послуг, планування поставок, контроль якості) достатньо децентралізована та здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування, або трастів.

## ПРИВАТНА МЕДИЦИНА

### СЕМІНАР «ГЛОБАЛЬНІ СТАНДАРТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСІВ ЯКОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

17 вересня 2020 року, 13.00-18.00

**Організатор:** ТОВ «Навчально-методичний центр «Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю» (ISTL)

**Модератори:** Рамазанова-Стьопкіна Олена Альфредівна, провідний експерт, аудитор, консультант ТОВ «Навчально-методичний центр «Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю»

**Білько Денис Іванович**, к.б.н., доцент, кафедра лабораторної діагностики біологічних систем, Національний університет «Києво-Могилянська академія»

**Тема:** Нові підходи до управління якістю надання медичної допомоги на національному рівні

**Доповідач:** Ковальова О.М., д.мед.н., професор, головний спеціаліст відділу клінічного аудиту та методології Департаменту моніторингу НСЗУ

**Тема:** Заходи захисту під час проведення догляду за пацієнтами

**Доповідач:** Колесник Р., фахівець відділу антибіотикорезистентності та інфекційного контролю Центру громадського здоров'я МОЗ України

**Тема:** Практика впровадження міжнародних стандартів в медичному закладі

**Доповідач:** Зукін Вадим, заступник генерального директора зі стратегічного планування пологового будинку «Лелека»

**Тема:** Ризик-менеджмент в медичному закладі: моніторинг індикаторів якості, ідентифікація ризиків, їх оцінка та заходи по зменшенню ризиків

**Доповідачі:** Сазоненко Л.В., в.о. заступника директора з організаційно-методичної роботи, представник вищого керівництва з якості КНП «Перинатальний центр м. Києва», Рамазанова-Стьопкіна О.А., консультант ТОВ «Навчально-методичний центр «Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю»

**Тема:** Практика стандартизації роботи медичних закладів інструментами ЛІН-менеджменту

**Доповідач:** Гончарова Ю.О., к.мед.н., медичний директор, МЦ «Френдлік»

**Тема:** Управління знаннями медичного закладу в рамках використання МІС

**Доповідачі:** Погорілець М.О., провідний експерт-консультант з питань розвитку програмного забезпечення ТОВ «Навчально-методичний центр «Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю»

**Тема:** Акредитація лабораторій медичних закладів відповідно до вимог ДСТУ EN ISO 15189:2015

**Доповідач:** Рамазанова-Стьопкіна О.А., консультант ТОВ «Навчально-методичний центр «Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю»

# РАДІОЛОГІЯ: УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА, КОНВЕНЦІЙНА РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА, КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ, МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ, ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ, ЯДЕРНА МЕДИЦИНА, РАДІАЦІЙНА БЕЗПЕКА

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «МОЖЛИВОСТІ ВИСОКОТЕХНОЛОГІЧНИХ МУЛЬТИМОДАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ»**

**16 вересня 2020 року, 10.00-13.00**

**Організатор: Кафедра радіології НМАПО ім. П. Л. Шупика**

**Тема:** Мультимодальна діагностика патології грудних залоз: від скринінгу до діагнозу

**Доповідачі:** Козаренко Т.М., професор кафедри радіології НМАПО імені П. Л. Шупика, Гурандо А.В., лікар-рентгенолог ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»

**Тема:** Сучасні підходи променевої діагностики при болю та слабкості у верхній кінцівки

**Доповідач:** Третьяков Р.А., лікар-рентгенолог ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

**Тема:** Можливості високотехнологічних мультимодальних методів діагностики ядерної медицини в Україні

**Доповідачі:** Щербина О.В., завідувач кафедри ядерної медицини, радіаційної онкології та радіаційної безпеки НМАПО імені П. Л. Шупика, Северин Ю.В., асистент кафедри ядерної медицини, радіаційної онкології та радіаційної безпеки НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Результати комплексного КПКТ дослідження аномалій співвідношення зубних дуг і положення зубів у пацієнтів зрілого віку

**Доповідачі:** Бабкіна Т.М., завідувач кафедри радіології, професор НМАПО імені П. Л. Шупика, Сторожчук Ю.О., асистент кафедри радіології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Магнітно-резонансна томографія у діагностиці хвороби Меньєра

**Доповідач:** Вальчишин С.В., завідувач відділенням променевої діагностики та променевої терапії ДУ «Інститут отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка НАМН України»

**Тема:** Томосинтез на практиці – інформативні результати

**Доповідачі:** Косенко М.О., лікар-рентгенолог ТОВ «Сучасні діагностичні системи», Косенко О.М., лікар-рентгенолог, Комунальне неприбуткове підприємство Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», Косенко Е.М., лікар-рентгенолог, Комунальне неприбуткове підприємство Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», Льїнська О.В., зав. діагностичним відділенням філії №1 Комунального неприбуткового підприємства «Консультативно-діагностичний центр»

**Тема:** Амілоїдоз серця – сучасна неінвазивна діагностика. Україна vs Всесвіт. Новітні підходи

**Доповідачі:** Бабкіна Т.М., завідувач кафедри радіології, професор НМАПО імені П. Л. Шупика, Кундіна В.В., асистент кафедри радіології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Значення комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії у діагностиці злоякісних новоутворень шиї

**Доповідачі:** Бабкіна Т.М., завідувач кафедри радіології, професор НМАПО імені П. Л. Шупика, Телуха К.І., лікар променевої терапії ДУ «Інститут отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка НАМН України»

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
«ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ В ОНКОРАДІОЛОГІЇ»****16 вересня 2020 року, 15.00-18.00****Організатор: ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»****Доповідачі: Крютко Є.М., Павлюченко О.С., Пилипенко С.О., Шульга Є.В.**

Інтенсивна терапія при ускладненнях оперативних втручань в торакальній онкології та онкології травного тракту

Особливості інтенсивної терапії при мультиорганичних втручаннях

Можливості використання еферентних методів інтенсивної терапії в онкології

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОНКОХВОРИХ  
НА ЕТАПІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ****Кирилова О.О., Кулініч Г.В., Прохач Н.Е.****Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна****Мета роботи:** вивчити стан надання психологічної допомоги онкохворим на етапі променевої терапії в Україні.**Матеріали та методи дослідження:** огляд доступних публікацій у вітчизняних (НБУВ) і закордонних базах даних (Scopus, Web of Science, PubMed, BMC, ScinceDirect, Wiley Online Library, RNB).**Результати та їх обговорення.** За сучасними даними, променевої терапії (ПТ) потребують близько 80 % онкопацієнтів на різних етапах протипухлинного лікування: як в самостійному режимі, так і в схемах комбінованого та комплексного лікування.

ПТ має побічні ефекти для психіки пацієнтів, вона визиває підвищення рівня тривоги, який актуалізує страх перед процесом опромінення та визиває песимістичне сприйняття перспектив лікування, все це може спровокувати відмову від терапії. Тому важливим завданням медико-психологічної допомоги на етапі променевого лікування є психокорекція емоційної, когнітивної та поведінкової сфери пацієнта для адаптації до цього виду лікування.

Психологічна допомога онкохворому при ПТ повинна включати:

1. Психологічну підготовку пацієнта до процедур, а саме зниження психоемоційного стресу до початку терапії, формування мотивації до лікування, в тому числі курсового, корекцію хибних уявлень щодо ПТ.

2. Психологічний супровід під час проходження курсу ПТ, а саме зниження психоемоційного стресу під час терапії, підтримка мотивації до лікування.

3. Побудова моделей поведінки онкохворого, спрямованих на подолання негативних наслідків даного виду лікування. В ДУ «Інститут радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва НАМН України» на протязі 6 років в рамках НДР «Закономірності формування індивідуальних комплексних регуляторних порушень у онкохворих при комбінованому лікуванні» (НАМН.01.15) та «Патогенез імунонейроендокринних порушень, пов'язаних із метаболічними розладами, у хворих на рак тіла матки та грудної залози при хірургічному та променевоому лікуванні» (НАМН.02.18) вивчалися психологічні особливості хворих на рак тіла матки та грудної залози та були розроблені схеми медико-психологічної корекції психоемоційної сфери на етапі ПТ, підтверджена їх висока ефективність.

**Висновки.** Використання диференційованого підходу до вибору методів психологічної допомоги онкопацієнтам та членам їх сімей на етапі ПТ, у вигляді психокорекції емоційної, когнітивної та поведінкової сфер, психоедукації або психотерапевтичних втручань, дозволить істотно поліпшити їх психологічний стан та рівень їх якості життя. Враховуючи наш позитивний досвід надання психологічної підтримки онкохворим на етапі ПТ, розробка протоколів психологічного супроводу в нашій країні має нагальний перспективний напрямок для підвищення ефективності комплексного лікування.

## ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ НЕПРЯМОЇ ЕЛЕКТРОХІМІЧНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЇ ПРИ ЕНДОТОКСИКОЗАХ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ З СИНДРОМ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Крутько Є.М., Павлюченко О. С.

ІДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»  
м. Харків, Україна

**Введення.** Транслокація бактерій і токсинів в загальний кровотік, яка відбувається в наслідок синдрому ентеральної недостатності, викликає ендотоксикоз, а далі призводить до утворення порочного кола септичних ускладнень: наростання ендогенної інтоксикації, синдрому системного запалення, абдомінального сепсису та септичного шоку. Вище вказане дозволяє здійснити можливості детоксикації шляхом ведення речовин-інгібіторів, наприклад, гіпохлорит натрію, здатних інактивувати токсичні речовини, а також стимулювати їх елімінацію ескриторними органами.

**Мета роботи.** Показати динаміку ефективності лікування та зниження критеріїв інтоксикації.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз проблеми синдрому ендогенної інтоксикації в онкологічних хворих в післяопераційному періоді. Запропоновано можливі шляхи його патогенетичної корекції шляхом застосування комплексу еферентної терапії, що включають проведення непрямой електрохімічної детоксикації шляхом краплинної інфузії гіпохлориту натрію крізь гастротестінальний зонд на фоні етіотропної та симптоматичної терапії. Дослідження проводилось у 30 хворих, які отримували лікування в умовах палат для інтенсивної терапії. Частота розвитку СЕН (синдром ентеральної недостатності), що ускладнює післяопераційний перебіг у онкологічних хворих становить від 30-50% до 85-100%, а СЕІ (синдром ендогенної інтоксикації), як ускладнення СЕН 25-30%. Пацієнти розділені на дві групи: основна (де проводилася НЕХД (непряма електрохімічна детоксикація) шляхом введення розчину ГН (гіпохлориту натрію) через транс назальний зонд в об'ємі 400 мл. з концентрацією 600 мг 1 раз на добу протягом 3-5 днів) і порівняння, яка отримує загальноприйнятну терапію (інфузійна, антибактеріальна, прокінетики, інгібітори протонної помпи, гастропротектори).

Результати дослідження. У групі де проводилася НЕХД розчином ГН істотно знижувався ризик післяопераційних ускладнень. Застосування методу терапії у онкологічних пацієнтів із синдромом ендогенної інтоксикації в післяопераційному періоді попереджувало транслокацію бактеріальної флори, сприяло зниженню післяопераційного парезу, покращувався органний спланхнічний кровотік, нормалізації температури тіла, зниження лейкоцитарного індексу інтоксикації та прокальцитоніну. Чого не відзначалося в групі порівняння.

**Висновок.** Проведена робота є підставою для використання методу НЕХД, як комплексу інтенсивної терапії, що дозволяє забезпечити детоксикацію, після оперативного лікування, що, як правило, супроводжується СЕН та формування СЕІ на тлі транслокації бактеріальної флори, що є актуальною проблемою сучасної онкології та інтенсивної терапії вцілому.

## КОРЕКЦІЯ СТАНУ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ПОКАЗНИКОМ ЗАГАЛЬНОГО ВИЖИВАННЯ У ОНКОХВОРИХ З МУЛЬТИОРГАННИМИ ОПЕРАТИВНИМИ ВТРУЧАННЯМИ

М.В. Красносельський<sup>1</sup>, Є.М. Крутько<sup>1</sup>, М. В. Шульга<sup>1</sup>, Є.В. Шульга<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ІДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», Харків

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, Харків, Україна

**Вступ.** Дуже важливим для нас є питання відновлення показників окисної модифікації білків у онкохворих з мультиорганными хірургічними втручаннями за життєвими показниками та їх взаємозв'язок із загальним виживанням. На даний час для вирішення цієї проблеми є можливість покращання цих білкових розладів на тлі корекції окиснення білків шляхом комплексного впливу на всі ланки репараційного процесу. Достатньо цікавим для подальшого вивчення та відновлення порушень окисно-відновного балансу є вивчення змін у ранньому післяопераційному періоді. Звичайно, цікавим є дослідження покращання показників окисної модифікації білків, а саме дослідження накопичення альдегідних та карбонільних продуктів у індукованих та спонтанних реакціях за умови проведення описаної нами інтенсивної терапії як оцінки надалі зменшення частоти ускладнень і летальності (що ми оцінювали згідно зі шкалою SOFA та загальною виживаністю).

**Мета дослідження.** Корекція стану окиснювальної модифікації білків та їх взаємозв'язок з показником загальної виживаності в онкохворих з мультиорганными оперативними втручаннями з різними варіантами інтраопераційної інтенсивної терапії в різних вікових групах.

Матеріали та методи дослідження. 157 онкохворим з мультиорганными оперативними втручаннями (віком 67,6 ± 3,7 років) проведені дослідження окисної модифікації білків як за ступенем фрагментації їх продуктів в спонтанних і індукованих залізом реакціях, так і за рівнем білкових молекул середньої маси. Досліджувалася група контролю, група в умовах проведення інтенсивної терапії L-орнітином L-аспаратом з комплексом кверцитину з повідомом, і група з

проведенням антиоксидантної протекції аргініном глутаматом. Особливо виділяли групи до 65 років і понад 65 років. Також вивчали загальну виживаність.

**Результати та їх обговорення.** У групі пацієнтів віком понад 65 років проведення періопераційної інтенсивної терапії дає можливість достовірно відновити показники продуктів окисної модифікації білків (на четвертий день і на другий тиждень післяопераційного періоду,  $p < 0,05$ ), що свідчить про посилення на фоні застосування цих засобів, антиоксидантного захисту. Значення показників продуктів окисної модифікації білків корелюють з показником довгострокового виживання в онкохворих з мультиорганными оперативними втручаннями.

**Висновки.** У групі пацієнтів віком понад 65 років проведення інтенсивної терапії дає можливість достовірно відновити показники продуктів окисної модифікації білків. У нашому дослідженні пацієнти з проведенням періопераційної інтенсивної терапії L-орнітином L-аспаратом з комплексом кверцетину з повідомом мали більш високі значення відновлення доопераційних показників окисної модифікації білків, що в подальшому було пов'язано з більш сприятливим довгостроковим виживанням.

## ЧАСТОТА СИНДРОМУ ВЕРХНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ

Пилипенко С.О.

ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»  
м. Харків, Україна

**Мета дослідження:** Показати частоту виникнення синдрому верхньої порожнистої вени (СВПВ) у онкологічних хворих із злоякісними пухлинами грудної клітини.

**Матеріали та методи:** У нашій клініці за останні 2,5 роки було прооперовано 35 пацієнтів з пухлинами органів грудної клітини, які супроводжувалися СВПВ. Середній вік пацієнтів склав 52 роки, співвідношення чоловіків і жінок 72% до 28%. Причиною виникнення синдрому в 51% випадків були злоякісні пухлини легенів, в 45% – злоякісні пухлини середостіння і в 4% випадків метастатичні пухлини інших локалізацій. За гістологічною структурою пухлин, переважала аденокарцинома – 42,2%, злоякісна тимома 31,2%, дрібноклітинний рак – 6,7%, інші пухлини 19,9%. За рівнем анатомічного ураження в 51% випадків переважав поєднаний тип ураження верхньої порожнистої вени та її притоків, в 36% випадків відзначалося ізольоване ураження верхньої порожнистої вени, в 7% – ізольоване ураження лівої плечоголовної вени, в 4% правій плечоголовної вени, в 3% – правій підключичної вени. У 80% випадків була залучена безіменна вена. Всім хворим виконані оперативні втручання по радикальному (26 хворих 80%) або циторедуктивному типу (9 хворих 20%).

**Результати:** Виживання даної категорії хворих склало від 6 до 36 місяців. В середньому 21 місяць. Середня тривалість життя хворих на злоякісні новоутворення після настання СВПВ не перевищує 10 місяців.

**Висновки:** Частота виникнення синдрому верхньої порожнистої вени у онкологічних хворих зі злоякісними пухлинами грудної клітини становить близько 80%. Рак легенів склав близько 51% випадків, на другому місці це пухлини середостіння 45% серед усіх злоякісних утворень грудної клітки.

## ВСЕУКРАЇНЬСЬКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

17 вересня, 10:00-15:00

**Організатори:** Кафедра радіології НМАПО імені П. Л. Шупика; Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики; Група компаній LMT, компанії ринку  
**Модератори:** Динник О.Б., Медведєв В.Є., Федусенко О.А.

**Тема:** Поточний стан ультразвукової діагностики в Україні і світі

**Доповідач:** Динник Олег Борисович, к.м.н., головний лікар «Інституту еластографії»

**Тема:** УЗД діагностика післяопераційних та післяпроменевих змін в молочних залозах

**Доповідач:** Дар'я Вінницька, лікар-рентгенолог клініки LISOD

**Тема:** Особливості ремоделювання магістральних артерій у хворих на гепатocereбральну дистрофію

**Доповідач:** Ганна Володимирівна Линська, к.м.н., завідувачка відділенням функціональної діагностики ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»



**Тема:** Практичне використання доплерометрії в акушерстві

**Доповідач:** Марія Миколаївна Криворук, лікар МЦ «Гравімед»

**Тема:** Первинний гіперпаратиреоз. Різноманітність клінічної картини. Труднощі діагностики

**Доповідач:** Костянтин Олександрович Зуєв, к.м.н., завідувач відділенням загальної ендокринної патології та обміну речовин Київського міського клінічного ендокринного центру

**Тема:** Ультразвукове дослідження легень в епоху COVID

**Доповідач:** Професор Стефан Буше

## ВСЕУКРАЇНЬСЬКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

**18 вересня, 10:00-16:00**

**Організатори:** Інститут сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика; Кафедра радіології НМАПО імені П. Л. Шупика; Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики; МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства» Група компаній LMT, компанії ринку  
**Модератори:** Шекера О.Г., Динник О.Б., Медведєв В.Є

### Вступне слово

Шекера О.Г. Директор Інституту сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика; президент МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»

### Вступне слово

Динник О.Б. Президент УАФУД. Головний лікар «Інститут еластографії»

**Тема:** Особливості викладання основ УЗД для лікарів-радіологів на кафедрі радіології НМАПО ім. П. Л. Шупика

**Доповідач:** Медведєв В.Є., професор кафедри радіології НМАПО ім. П. Л. Шупика

**Тема:** Point of Care Ultrasound (POCUS) – мета, можливості, переваги

**Доповідач:** Скольська Лілія, лікар-анестезіолог МЦ «Добробут», сертифікований спеціаліст Basiskurs Notfallsonographie der DEGUM, асистент кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця

**Тема:** УЗД в практиці сімейного лікаря

**Доповідач:** Волошина І.М., професор кафедри сімейної медицини, терапії, кардіології та неврології факультету післядипломної освіти ЗДМУ

**Тема:** Переваги сучасних УЗД апаратів в практиці сімейного лікаря

**Доповідачі:** Етєн Рішар, Франція

Шеметун Олександр, провідний експерт фірми Укрбіомед, представництво фірми Terason (Франція)

**Тема:** УЗД для ПМД. Фокус на POCUS (Point-of-Care-Ultrasound)

**Доповідач:** Динник О.Б., президент Української асоціації фахівців УЗД (УАФУД), головний лікар Інституту еластографії

**Тема:** Портативні УЗД апарати для сімейного лікаря

**Доповідач:** Дмитро Жилін, менеджер компанії Сономедіка, офіційний представник виробника УЗД сканерів SonoScape

**Тема:** УЗ системи штучного інтелекту для сімейних лікарів

**Доповідач:** Андрій Ніжинський, компанія Модем-1, представництво GE (США)

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ»****17 вересня 2020 року, 10.00-12.00****Організатор:** ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»**Тема:** КТ-морфологічна верифікація аденокарциноми легень**Доповідач:** Дикан І.М., Бабій Я.С., Сичова Т.В.**Тема:** Можливості СКТ при діагностиці патології панкреатодуоденальної зони**Доповідач:** Гордієнко К.П.**Тема:** Можливості променевих методів у діагностиці ендометріозу. Преваги та недоліки**Доповідач:** Козаренко Т.М.**Тема:** Сучасний підхід в ультразвуковій діагностиці аномалій розвитку матки. Значення 3-D реконструкцій**Доповідач:** Волик Н.К.**Тема:** Сучасні можливості ультразвукової діагностики в дитячій гастроентерології**Доповідач:** Тарасюк Б.А.**Тема:** Диференціальна діагностика гострого апендициту. Досвід радіолога багатопрофільного стаціонару**Доповідач:** Локаніхіна К.Ю.**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ ДО 100-РІЧЧЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ІНСТИТУТУ РАКУ  
«СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ  
НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН»****18 вересня 2020 року, 14.30-17.00****Організатор:** Науково-дослідне відділення променевої діагностики Національного інституту раку**Тема:** Сучасні аспекти променевої діагностики та оцінки ефективності лікування найбільш розповсюджених злоякісних пухлин**Доповідач:** Головки Т.С., д.мед.н., проф., Національний інститут раку, м. Київ**Тема:** Диференціальна діагностика сарком матки**Доповідач:** Абдуллаєв Р.Я., д.мед.н., проф., Харківська медична академія післядипломної освіти**Тема:** іОТА в диференційній діагностиці новоутворень яєчників**Доповідач:** Бакай О.О., к.мед.н., національний інститут раку, м. Київ**Тема:** Сучасні аспекти МРТ органів малого тазу**Доповідач:** Ганіч О.В., Національний інститут раку, м. Київ**Тема:** Диференціальна діагностика захворювань передміхурової залози за допомогою мультипараметричної магнітно-резонансної томографії**Доповідач:** Гаврилюк О.М., к.мед.н., Національний інститут раку, м. Київ**Тема:** Можливості МРТ в діагностиці раку шийки матки**Доповідач:** Коровіна А.С., Національний інститут раку, м. Київ**Тема:** Оцінка ефективності лікування пацієнтів із метастатичним колоректальним раком**Доповідач:** Лаврик Г.В., к.мед.н., Національний інститут раку, м. Київ**Тема:** Ехокардіографічні нюанси в онкології**Доповідач:** Шевчук Л.А., к.мед.н., Національний інститут раку, м. Київ





**Тема:** Сучасні методи МРТ для диференційної діагностики внутрішньо- та позамозкових пухлин: IN VIVO МРС, трактографія, фМРТ

**Доповідач:** Фаларін Б.І., клініка «Борис», м. Київ

**Тема:** Роль сучасних діагностичних методик та постпроцесингу в плануванні лікування при оцінці метастатичного ураження колоректального раку

**Доповідач:** Ашихмін А.В., Національний інститут раку, м. Київ

## ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

### ВСУКРАЇНЬСКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

18 вересня, 10:00-16:00

**Організатори:** Інститут сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика; Кафедра радіології НМАПО імені П. Л. Шупика; Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики; МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства» Група компаній LMT, компанії ринку

**Модератори:** Шекера О.Г., Динник О.Б., Медведєв В.Є

#### Вступне слово

Шекера О.Г. Директор Інституту сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика; президент МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»

#### Вступне слово

Динник О.Б. Президент УАФУД. Головний лікар «Інститут еластографії»

**Тема:** Особливості викладання основ УЗД для лікарів-радіологів на кафедрі радіології НМАПО ім. П. Л. Шупика

**Доповідач:** Медведєв В.Є., професор кафедри радіології НМАПО ім. П. Л. Шупика

**Тема:** Point of Care Ultrasound (POCUS) – мета, можливості, переваги

**Доповідач:** Скольська Лілія, лікар-анестезіолог МЦ «Добробут», сертифікований спеціаліст Basiskurs Notfallsonographie der DEGUM, асистент кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця

**Тема:** УЗД в практиці сімейного лікаря

**Доповідач:** Волошина І.М., професор кафедри сімейної медицини, терапії, кардіології та неврології факультету післядипломної освіти ЗДМУ

**Тема:** Переваги сучасних УЗД апаратів в практиці сімейного лікаря

**Доповідач:** Етен Рішар, Франція, Шеметун Олександр, провідний експерт фірми Укрбіомед, представництво фірми Terason (Франція)

**Тема:** УЗД для ПМД. Фокус на POCUS (Point-of-Care-Ultrasound)

**Доповідач:** Динник О.Б., президент Української асоціації фахівців УЗД (УАФУД), головний лікар Інституту еластографії

**Тема:** Портативні УЗД апарати для сімейного лікаря

**Доповідач:** Дмитро Жилін, менеджер компанії Сономедіка, офіційний представник виробника УЗД сканерів SonoScape

**Тема:** УЗ системи штучного інтелекту для сімейних лікарів

**Доповідач:** Андрій Ніжинський, компанія Модем-1, представництво GE (США)

## ТЕРАПІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

### VI ТЕРАПЕВТИЧНА ШКОЛА «СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ»

16 вересня 2020 року, 10.00-14.00

Організатор: Кафедра терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Майстер-клас:** Сучасні стандарти лікування хворих на запальні захворювання кишечника

**Доповідач:** Дорофєєв А.Е., д.м.н., проф., національний представник України у Європейському товаристві Коліту і Хвороби Крона, проф. кафедри терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Майстер-клас:** Профілактика передчасного старіння, продовження життя

**Доповідач:** Швець Н.І., д.м.н., проф., зав. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Майстер-клас:** Медикаментозно-індуковані ураження печінки

**Доповідач:** Скрипник І.М., д.м.н., проф., президент Української гастроентерологічної асоціації, зав. каф. внутрішньої медицини №1 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава

**Майстер-клас:** Клінічні аспекти неалкогольної жирової хвороби печінки та дисбіозу кишечника

**Доповідач:** Бенца Т.М., д.м.н., проф., проф. кафедри терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Майстер-клас:** Хронічний біліарнозалежний панкреатит: особливості клінічного перебігу і лікування

**Доповідач:** Пастухова О.А., к.м.н., доц., доц. кафедри терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Сучасні підходи до сповільнення прогресування діабетичної ретинопатії при цукровому діабеті 2 типу в практиці терапевта

**Доповідач:** Бенца Т.М., д.м.н., проф., проф. кафедри терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Міжнародний досвід застосування біорегуляційних препаратів в практиці сімейної медицини, доказова база

**Доповідач:** Мошич О.П., д.м.н., проф., проф. кафедри дитячої отоларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО імені П. Л. Шупика, експерт фармакологічного центру МОЗ України

**Майстер-клас:** Синдром обструктивного апноє у практиці лікаря-терапевта

**Доповідач:** Зуєв К.О., к.м.н., лікар-ендокринолог, медичний центр «Докос Медикал»

**Майстер-клас:** Синдром анемії у практиці терапевта

**Доповідач:** Петруша О.О., к.м.н., доц. кафедри терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Майстер-клас:** Дихальні тести в гастроентерології: досвід застосування в клінічній практиці в Україні

**Доповідач:** Хайрнасов Р.Н., к.м.н., асист. кафедри терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

### РОЛЬ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2-ГО ТИПУ

Швець Н.І., Черверда Т.Л.

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

**Мета.** Оцінити частоту синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) при цукровому діабеті 2-го типу і вплив ерадикації надлишкового бактеріального росту на клінічний перебіг НАЖХП.

**Матеріали і методи.** Одним із механізмів патогенезу неалкогольної жирової хвороби печінки є якісні і кількісні зміни кишкової мікробіоти. Обстежено 125 хворих із НАЖХП, що розвинулася на тлі цукрового діабету 2-го типу і ожиріння. Діагноз СНБР підтверджували на підставі позитивних результатів H2-лактозного тесту. Всі пацієнти з позитивними результатами H2-дихального тесту отримували рифаксимін (1200 мг / день протягом 10 днів). Ефективність лікування

контролювалася повторною біохімією і H2-лактозним дихальним тестом.

**Результати та обговорення.** СНБР діагностований у 72 (58%) хворих на НАЖХП, в тому числі у 40 (47,1%) із 85 пацієнтів із стеатозом печінки і у 32 (80%) із 40 пацієнтів з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ). Ерадикація надлишкового бактеріального росту після застосування рифаксиміну зафіксована у 59 (83,3%) хворих з НАЖХП, в тому числі у 32 (80,0%) хворих зі стеатозом, і у 28 (87,5%) хворих із НАСГ. Застосування рифаксиміну супроводжувалося зменшенням ступеня вираженості стеатозу печінки і величини індексу маси тіла, зниженням рівня аланінамінотрансферази у хворих з НАСГ і індексу НОМА у всіх хворих з НАЖХП.

**Висновки.** СНБР відіграє роль в ініціації і прогресуванні НАЖХП. Ерадикація надлишкового бактеріального росту рифаксиміном знижує рівень запалення печінки, поліпшує біохімічні показники печінки, зменшує інсулінорезистентність і може розглядатися як ефективний і перспективний метод лікування НАЖХП/ НАСГ у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу.

## УШКОДЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Швець Н.І.<sup>1</sup>, Дорофєєв А.Е.<sup>1</sup>, Чичула Ю.В.<sup>1</sup>, Даниленко А.Л.<sup>2</sup>, Аветисян І.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,

<sup>2</sup>Київський міський клінічний ендокринологічний центр, м. Київ

**Мета.** Оцінити стан слизової оболонки шлунка (СОШ) у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2т), які приймають антитромбоцитарну терапію.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 40 хворих на ЦД 2 т (жінок 60%; віком 67±5 років) з гастроентерологічними симптомами з коморбідною патологією, що приймають аспірин. Середня тривалість захворювання 8,5±6,3 років, індекс маси тіла – 29,3±2,5 кг/м<sup>2</sup>. Усім хворим, крім загально-клінічних методів, виконана езофагогастроудоденоскопія (ЕГДС) з біопсією, морфологічним дослідженням (МД).

**Результати та обговорення.** За результатами ЕГДС та МД встановлено, що з 16 пацієнтів (40%) з еритематозною гастропатією (ЕГ) та вогнищевою атрофією у 6 виявлено ознаки хронічного неметапластичного атрофічного гастриту (ХНАГ) та у 10 – хронічний метапластичний атрофічний гастрит (ХМАГ) з неоплазією легкого ступеня та інтестинальною метаплазією; у 16 пацієнтів (40%) з поліпами шлунка виявлені гіперпластичні поліпи у 9 випадках та у 7 – ХНАГ з помірною дисплазією. 38 хворих (10%) з виразкою шлунка у 3 морфологічно підтверджена хронічна виразка, у 2 – ознаки ХМАГ з вогнищевою неоплазією легкого ступеня, у 3 – гостра ерозія та хронічний мультифокальний атрофічний гастрит. Також серед обстежених хворих у 40% пацієнтів виявлено *Helicobacter pylori* (Hр).

**Висновки.** Виявлені дані свідчать про складну ендоскопічну ситуацію у пацієнтів із ЦД 2т, що ускладнюється двома додатковими факторами ризику, такими як Hр та терапія аспірином. Отже, комплекс лікувальних заходів повинен включати, крім стандартної антихелікобактерної терапії, ще й додаткові превентивні методи захисту з метою профілактики ерозивно-виразкових ушкоджень СОШ.

## <sup>13</sup>C-ОКТАНОВІЙ ДИХАЛЬНИЙ ТЕСТ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Дорофєєв А.Е., Чичула Ю.В., Оджум Ч.Б., Шаммах К.С.-Х.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Мета.** Оцінити випорожнення шлунка за допомогою <sup>13</sup>C-октанового дихального тесту (<sup>13</sup>C-ОДТ) у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2т) із симптомами гастропарезу.

**Матеріали та методи.** Гастроінтестинальні (ГІ) симптоми пов'язані з хронічною гіперглікемією і є наслідком незворотної вегетативної нейропатії. Гіперглікемія збільшує податливість шлунка, уповільнює його спорожнення, спричинює відчуття раннього насичення, нудоту, здуття живота, закрепи. У хворих на ЦД 2т ГІ симптоми більш поширені, ніж у загальній популяції. Гастропарез може бути визначений як об'єктивна затримка спорожнення шлунка без обструкції ворота. Нами було обстежено 18 хворих на ЦД 2т (жінок 67%; віком 58±3 роки) та 5 здорових добровольців. Середня тривалість захворювання 8,5±6,3 років, індекс маси тіла 27,3±1,5 кг/м<sup>2</sup>. Усім хворим, крім загально-клінічних методів, перед початком терапії визначали швидкість випорожнення шлунка від твердої їжі за допомогою альтернативного неінвазивного нерадіоактивного <sup>13</sup>C-ОДТ, який виключає вплив радіаційного опромінення. Затримка моторно-евакуаторної функції шлунка (МЕФШ) обмежує швидкість виведення <sup>13</sup>CO<sub>2</sub> після прийому твердої їжі, міченої субстратом <sup>13</sup>C. Стан МЕФШ оцінювали за показником часу напіввивільнення діагностичного сніданку.

**Результати та обговорення.** В групі контролю та у 26% пацієнтів виявлена нормальна швидкість евакуації твердої їжі зі шлунка (менше 130 хв), помірне зниження МЕФШ (130-165 хв) – у 45%, виражене зниження (більше 180 хв) – у 29% хворих.

**Висновки.** Згідно результатів нашого дослідження, порівняно з групою контролю, у переважній більшості пацієнтів (45%) виявлено помірне, а у 29% – виражене зниження МЕФШ. Для оцінки випорожнення шлунка безпечним і ефективним є використання <sup>13</sup>C-ОДТ з відсутністю променевого навантаження, що є перевагою перед скінтиграфією.

## ЗАСТОСУВАННЯ КВЕРЦЕТИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ТИРЕОТОКСИЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ

Бенца Т.М., Пастухова О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Мета.** Дослідити ефективність метаболічного препарату кверцетин у комплексному лікуванні хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) і тиреотоксичною кардіоміопатією (КМП).

**Матеріали і методи.** Обстежено 63 пацієнтів з тиреотоксикозом (ТТ) та АГ II стадії. Середній вік хворих склав 56,4±0,5 років, тривалість захворювання на ТТ – 7,3±0,4 років, на АГ – 5,6±0,5 років. Усі пацієнти в якості базисної терапії приймали тиреостатичну і антигіпертензивну терапію. Пацієнтам групи 2 (n=33) додатково призначався кверцетин 0,5 г на 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу протягом 10 діб. Після чого пацієнти продовжували прийом кверцетину внутрішньо 2 г 2 рази на добу протягом 2 місяців. Курс лікування повторювали через 3 місяці.

**Результати та обговорення.** В групі 2 порівняно з групою 1 достовірно зменшились кінцево-систолический і кінцево-діастолічний розміри та об'єми лівого шлуночка (ЛШ): КДР ЛШ – на 13,6%, КСР – на 9,8%, КДО – на 15,5%, а КСО – на 26,8. Фракція викиду ЛШ у групі 2 збільшилась на 7,3% проти 4,2% в групі 1,  $p < 0,05$ . Розмір лівого передсердя (ЛП) зменшився на 14,4% ( $p < 0,05$ ), що достовірно перевищувало показники групи 1 (12,5%). Співвідношення Ем/Ам в групі 2 збільшилось найбільш помітно (на 62,6% проти 33,1% в групі 1,  $p < 0,05$ ). В групі 2 відмічався більш суттєвий регрес гіпертрофії ЛШ (ЛЛШ) – маса міокарду (ММ) і індекс маси міокарду (ІММ) ЛШ зменшились на 17,5% ( $p < 0,05$ ), що достовірно більше, ніж в групі 1.

**Висновки.** Застосування кверцетину в комплексній терапії пацієнтів з АГ і тиреотоксичною КМП сприяє достовірному покращенню систолічної і діастолічної функції ЛШ, зменшенню розміру ЛП та помітному регресу ЛЛШ. Кверцетин доцільно призначати в якості метаболічної терапії у пацієнтів з ТТ на тлі АГ.

## ОЦІНКА ЗНАТЬ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕСТОВОГО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК 3. ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА ТА ПЕДІАТРІЯ»

Бенца Т.М., Пастухова О.А.

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

**Мета.** Оптимізація процесу оцінки рівня професійної відповідності одночасно великої кількості інтернів, комплексної підготовки з клінічних дисциплін та фундаментальних наук.

**Матеріали і методи.** Тестовий ліцензійний іспит «Крок 3. Лікувальна справа та педіатрія» дозволяє об'єктивно оцінити рівень професійної відповідності одночасно великої кількості інтернів, які навчаються на кафедрі терапії за спеціальністю «Внутрішні хвороби», комплексну підготовку не тільки з клінічних дисциплін, але й з фундаментальних наук. Іспит дає можливість оцінити вміння інтерна використовувати отримані знання у самостійній практиці, вирішувати необхідні організаційні та тактичні питання, пов'язані з діагностикою та лікуванням конкретного хворого.

**Результати та обговорення.** Тестові завдання доцільно використовувати на заняттях у процесі навчання, для початкового та заключного контролю рівня знань інтернів. Ситуаційні задачі допомагають оцінити вміння встановити діагноз, зіставивши дані інструментальних та лабораторних досліджень хворих з клінічними спостереженнями, провести диференціальну діагностику, призначити план обстеження та лікування, визначити прогноз захворювання. При створенні тестових завдань до банку іспиту необхідно більше уваги приділяти ситуаціям, які включають проблеми діагностики, лікування невідкладних станів та організацію допомоги в екстремальних ситуаціях. У процесі створення тестових завдань важливим є підбір інформаційного матеріалу. Для отримання новітніх даних з діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів доцільно використовувати можливості всесвітньої мережі Інтернет.

**Висновки.** Таким чином, тестовий ліцензійний іспит «Крок 3. Лікувальна справа та педіатрія» дозволяє об'єктивно оцінити рівень знань та професійної відповідності лікарів-інтернів за спеціальністю «Внутрішні хвороби».

## ОСОБЛИВОСТІ ХРОНОБІОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО ВПЛИВУ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У СПОРТСМЕНІВ

Бенца Є.Ю.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Мета.** Вивчення особливостей хронобіологічного пристосування систем організму спортсмена, яке відбувається поряд із морфофункціональною адаптацією до м'язової діяльності.

**Матеріали і методи.** Адаптація організму спортсмена вимагає широкого діапазону функціональних можливостей і швидкого пристосування фізіологічних систем до нового рівня життєдіяльності в умовах ефективного режиму тренувань з метою отримання максимального результату при мінімальному негативному впливі. Однак, однаковість в поглядах щодо зв'язку хронобіологічних ритмів з фізичною працездатністю, витривалістю організму не досягнуто. Нами обстежено 20 спортсменів-легкоатлетів (10 чоловіків і 10 жінок) віком від 19 до 29 років, тривалість занять спортом від 6 місяців до 14 років. Для визначення хронотипу спортсмена використовували опитувальник Хорна-Остберга, який на основі відповідей на питання розподілив досліджуваних людей на типи «жайворонок», «сова» і «голуб».

**Результати та обговорення.** Встановлено, що 65% обстежених, з них 40% чоловіків, за характеристикою хронобіологічного ритму відносяться до типу «жайворонок», решта спортсменів (35 %) – до типу «голуб». Проаналізувавши співвідношення хроноритму з тривалістю занять спортом, підтверджено тісний кореляційний зв'язок між тривалістю виконання навантаження і типом «жайворонок» ( $r=0,58$ ,  $p<0,05$ ). Переконали більшість даного хроноритму (95,4%) обирає як оптимальний час для виконання фізичного навантаження першу половину доби, але вказують на можливу адаптацію до прояву максимальної ефективності під час виконання навантаження в будь-який період доби. Отримані результати дозволяють рекомендувати врахування хронотипу спортсмена для побудови ефективного тренувального режиму.

**Висновки.** Виконання фізичного навантаження викликає хронобіологічну адаптацію спортсмена, що корелює з тривалістю занять спортом і потенцією ріст спортивних результатів.

### СИМПОЗИУМ «ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ»

16 вересня 2020 року, 14.30-16.00

Організатор: ДУ «Інституту гастроентерології НАМН України»

#### Вступне слово

**Доповідач:** Степанов Юрій Миронович, д.мед.н., професор (Дніпро)

**Тема:** Фіброз печінки та сучасні методи його вимірювання

**Доповідач:** Діденко Володимир Ізотович, к.мед.н. (Дніпро)

**Тема:** Пошкодження печінки при метаболічному синдромі. Задачі гастроентеролога від дебюту до фіналу

**Доповідач:** Степанов Юрій Миронович, д.мед.н., професор (Дніпро)

**Тема:** Ендолапароскопічні органозберігаючі операції при холецистолітазі та поліпах жовчного міхура

**Доповідач:** Бабій Олександр Михайлович, д.мед.н. (Дніпро)

**Тема:** Можливості біорегуляційного підходу до ведення пацієнтів з хронічним панкреатитом у загальнолікарській практиці

**Доповідач:** Бабінець Лілія Степанівна, проф., д.мед.н., зав. кафедрою первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

**Тема:** Сучасні погляди на ведення хворих з синдромом подразненої кишки

**Доповідач:** Будзак Ігор Ярославович, к.мед.н. (Дніпро)

**Тема:** Етапна балонна дилатація при ахалазії кардії (Досвід ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»)

**Доповідач:** Бабій Олександр Михайлович, д.мед.н. (Дніпро)

## ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ БАЛОННОЇ ДИЛАТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ПРОХІДНОСТІ СФІНКТЕРНИХ УТВОРЕНЬ ЕЗОФАГОГАСТРОДУДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Бабій О.М., Шевченко Б.Ф., Пролом Н.В., Тарабаров С.О.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Оцінити ефективність застосування БД у хворих з порушенням прохідності сфінктерних утворень езофагогастроуденальної зони.

**Матеріали і методи.** У відділенні хірургії інституту за 2006-2019 роки БД проведена у 245 хворих. З них у 210 пацієнтів діагностовано ахалазія кардії (АК): у 17 - 1 стадія, у 86 - 2 стадія, у 62 - 3 стадія, у 45 - 4 стадія. У 7 пацієнтів діагностовано пілороспазм, у 7 пацієнтів - компенсований стеноз і у 21 пацієнта субкомпенсований виразковий пілородуоденальний стеноз. Чоловіків було 87, жінок 158, середній вік ( $45,3 \pm 5,2$ ) року. БД проводили під ендоскопічним і/або рентгенологічним контролем балонами «Boston scientific» діаметром 18-20 мм (тиск в балоні 2-5 атм), 35 мм і 40 мм (тиск в балоні 0,8-1,4 атм), курс 3-6 сеансів з інтервалом 1-3 доби і експозицією балона 3-6 хв. Оцінка БД проводилася за допомогою езофагогастроуденоскопії, балонної манометрії і рентген-пасажу барію.

**Результати та обговорення.** В ході дослідження уточнено відомі та розроблено нові показання до виконання ендоскопічної БД при пілородуоденальному стенозі і при АК. У пацієнтів при 1-2 стадії АК позитивний результат відзначений в 94,3% випадків вже після першого сеансу БД. Рецидиви АК після БД в терміні до 5 років встановлено у 49 (23,3%) пацієнтів: при 1 стадії - у 12,2%, при 2 - у 16,3%, при 3 - у 24,5% і при 4 - у 47,0%. Повторні курси БД при рецидиві АК в 29 (13,8%) випадках виявилися неефективними. Після виконання БД у пацієнтів з пілородуоденальним стенозом в терміні спостереження до 24 місяців рецидив субкомпенсованого виразкового пілородуоденального стенозу виявлено в 2,8% випадків.

**Висновок.** БД є ефективним методом корекції прохідності сфінктерних утворень, обумовлених патологією езофагогастроуденальної зони.

## СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ З АХАЛАЗІЄЮ КАРДІЇ РІЗНОГО СТУПЕНЯ

Гайдар Ю.А., Пролом Н.В., Милостива Д.Ф.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Оцінити стан слизової оболонки стравоходу у хворих з ахалазією різного ступеня.

**Матеріали і методи.** Матеріалом для вивчення структурних змін слизової оболонки стали біоптати зі стравоходу у 15 пацієнтів. Хворі були розподілені на дві групи: в першу групу увійшли пацієнти з I-II ступеню ахалазії (n=5), в другу - з III-IV ступеню ахалазії (n=10). На гістологічних зрізах стравоходу оцінювались за критеріями F. Ismail-Beigi в модифікації K.L. Neillmann (1987): висота базального шару епітелію, глибина сосочків, якість та інтенсивність запалення, наявність ерозій. Інтенсивність запалення оцінювали за допомогою напівкількісного методу за системою балів: 0 балів - відсутність ознаки, 1 бал - ознака слабо виражена, 2 бали - ознака виражена помірно, 3 бали - ознака різко виражена

**Результати та обговорення.** При ахалазії I-II ступеня потовщення базального шару епітелію спостерігали у більшості випадків (60,0% випадків). При ахалазії III-IV ступеня в 54,6% випадків визначалось потовщення епітелію. 2 ступінь відмічається в 9,1% випадків (1 пацієнт). Відсутність потовщення базального шару у пацієнтів I-II ступеня ахалазії складало 40,0% випадків (2 пацієнта), а з III-IV ступеню ахалазії - 27,3% (3 пацієнта). Подовження сосочків (1 бал) при ахалазії I-II ступеня складала 60,0% (3 пацієнта). При III-IV ступеня ахалазії - 54,6% (6 пацієнтів) - 1 бал; 2 бали - 1 пацієнт (9,1%). Відсутність подовження сосочків в 1 групі складала 40,0% (2 пацієнта), в 2 групі - 27,3% (3 пацієнта). Езофагіт 1 ступеня в групі I-II ступеня ахалазії складав 20,0% (1 пацієнт). В групі III-IV ступеня ахалазії у 45,5% (5 пацієнтів) відмічалась 1 ступінь езофагіту, у 18,2% випадків (2 пацієнта) була 2 ступінь езофагіту. Відсутність езофагіту відмічалась в 40% випадків при ахалазії I-II ступеня та в 27,3% випадків - при III-IV ступені ахалазії.

**Висновок.** У пацієнтів з III-IV стадією ахалазії кардії більш виражені морфологічні ознаки хронічного езофагіту у порівнянні з хворими I-II стадії ахалазії.

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКУ

Гайдар Ю.А., Милостива Д.Ф.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Дослідити морфологічні особливості протікання хронічних запальних захворювань кишкового тракту (ХЗК) в різному віці.

**Матеріали і методи.** Для виготовлення парафінових гістологічних препаратів матеріал фіксувався у 10% розчині нейтрального формаліну, зневоднювався у спиртах висхідної концентрації та заливався у парафін. Хронічну форму оцінювали за щільністю лімфоцитів, плазматичних клітин та лімфатичних фолікулів. Ступінь атрофічних змін характеризувався 3-ма стадіями: 1 стадія – легка атрофія (зменшення кількості крипт на 30%), 2 стадія – середня атрофія (зменшення кількості крипт на 50%), 3 стадія – виражена атрофія (зменшення кількості крипт більш ніж на 70%). Хворі були розподілені за віком: молодий вік – 38 хворих, середній вік – 14 хворих та похилий вік – 9 хворих.

**Результати та обговорення.** При неспецифічному виразковому коліті (НВК) спостерігалась деформація крипт, розширення їх просвітів і заповнення слизом, гіперплазія келихоподібних клітин, невелика кількість виразок, що епітелізуються, виражена запальна інфільтрація переважно базального відділу власної пластинки СО лімфоцитами, плазмодитами і поодинокими нейтрофілами. У 87,5% випадках НВК у молодому віці при мікроскопічному дослідженні було відмічено збереження конфігурації крипт. Також збереження архітектоники крипт відмічалось майже у всіх молодих пацієнтах з хворобою Крона (ХК). В середньому віці збереженість архітектоники крипт відмічалась в 100% хворих при НВК та ХК, а у похилому віці – у 75,0% з НВК, та в 100% при ХК. Наявність крипт-абцесів відмічалась лише при НВК. Поодинокі крипт-абцеси у хворих молодого віку зустрічались в 34,4% випадків (11 пацієнтів), а множинні – у 31,2% хворих.

**Висновок.** Серед хворих на ХЗК основну частину складали молоді пацієнти. Відмінностями при НВК в молодому віці є помірна гістологічна активність. В групі пацієнтів молодого віку з ХК гістологічна активність рівномірно розподілена за 3 ступенями.

## СТАН СЕКРЕТОРНОЇ АКТИВНОСТІ ПАРІЄТАЛЬНИХ КЛІТИН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТА ТОНУС АНАТОМІЧНИХ ЗВУЖЕНЬ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З КИЛОЮ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Галінський О.О., Пролом Н.В., Тарабаров С.О., Руденко А.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Визначити особливості стану секреції слизової оболонки шлунка та тиску в нижньому стравохідному і пілоричному сфінктері у пацієнтів з килою стравохідного отвору діафрагми.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено у 35 хворих з килою стравохідного отвору діафрагми (КСОД). Показники тиску в мм рт. ст. розраховувались як відносна величина ліку тиску при проходженні балону через зону сфінктера в напрямку знизу в гору за виключенням фонового рівня в нижче розташованому відділі травного каналу. Використовували датчик УТАН (DPT-248A), під'єднаний з блоком обробки сигналів перетворювача МНХ-01. Шлунковий сік збирали під час ендоскопічного дослідження та визначали його кислотність допомогою лабораторного рН-метру.

**Результати та обговорення.** Показники тиску при проходженні нижнього стравохідного сфінктеру у досліджуваних пацієнтів з КСОД в середньому складали (13,5±3,6) мм рт.ст., тоді як при проходженні пілоричного сфінктеру (32,6±3,3) мм рт.ст., що було більше на 41,5% (p<0,05). Пацієнти з співвідношенням тиску пілоричного сфінктера до тиску нижнього стравохідного сфінктера більше 1 склали 87% вибірки, серед них у 45% випадків шлунковий сік був гіперацидний (рН <2), в 23% – ацидний (рН 2,1-4,0), 32% – гіпо- та ацидний (рН >4,1). Базуючись на літературних даних, що зв'язують гіперпродукцію водневих іонів слизовою оболонкою шлунка за умов гіперіннервації блукаючим нервом і на результатах ваготомії при стенозах вихідного отвору шлунка, можна зробити припущення щодо присутності в ряді випадків механічного подразнення провідних шляхів блукаючого нерву в наслідок патологічної транспозиції стінок стравоходу та, як наслідок, розвитку вагусної еферентної гіперстимуляції гастродуоденальної зони.

**Висновок.** Виявлено зростання тонуусу пілоричного сфінктеру у 87% пацієнтів з КСОД, підтверджує участь впливу ланки парасимпатичної нервової системи в патогенезі КСОД. Уточнення даної гіпотези потребує проведення подальших досліджень з використанням функціональних проб.

**ВИВЧЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ**

Демешкіна Л.В., Петішко О.П., Бочаров Г.І., Ярош В.М., Васильєва І.О., Сімонова О.В.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Дослідити частоту тривожних та депресивних змін у хворих на атрофічний гастритом

**Матеріали та методи.** В обстеження включені 43 хворих на хронічний атрофічний гастрит. Усім хворим проводилася езофагогастродуоденоскопія з заборою біопсійного матеріалу для вивчення наявності атрофії, кишкової метаплазії та дисплазії. Для вивчення тривоги та депресії була використана шкала HADS («The hospital Anxiety and Depression Scale»). Результати тестування трактувалися наступним чином: якщо пацієнт за даними анкетування набрав 0-7 балів за шкалами депресії або тривоги, то це трактувалося як норма, 8-10 балів – як субклінічно виражена депресія або тривога, 11 балів і вище – клінічно виражена депресія або тривога.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що тривога спостерігається у 42,9% обстежених хворих, в тому числі субклінічно виражена – у 25,6% пацієнтів і клінічно виражена – у 16,3%. В той час, як депресія була виявлена у значно меншій кількості проанкетованих – лише у 23,3% обстежених, а клінічно виражена депресія – у 11,6% пацієнтів. У 51,2% обстежених хворих виявлені депресивні і/або тривожні зміни різного ступеня вираженості, які поєднуються у 14,0% випадках, що негативно впливало на перебіг захворювання. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між показниками депресії та вегетативним дисбалансом ( $r=0,415$ ,  $p=0,006$ ), а також між рівнем тривоги та віком хворих ( $r=0,307$ ,  $p=0,046$ ), що свідчить про зростання рівня тривоги зі збільшенням віку і частим перебігом депресивних змін на тлі вегетативних порушень.

**Висновок.** У 51,2% виявлені депресивні і/або тривожні зміни різного ступеня вираженості, які у 14,0% сполучалися. Клінічно виражена тривога та депресія були виявлені у 16,3% та 11,6%, відповідно, що потребують відповідної психокорегуючої терапії.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ БІОХІМІЧНИМИ ТА ІМУНОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИ ДИФУЗНИ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ (ХДЗП)**

Діденко В.І., Кленіна І.А., Татарчук О.М., Коненко І.С., Меланіч С.Л., Петішко О.П., Ягмур В.Б., Косенко Л.В.  
ДУ «Інститут гастроентерології НМАНУ», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Визначити вміст та взаємозв'язок між основних біохімічними та імунологічними показниками у хворих на ХДЗП.

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 120 хворих на ХДЗП: 24 хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП); 37 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ); 21 хворих на хронічний вірусний гепатит, асоційований з вірусом "С" (ХГС); 18 пацієнтів з алкогольною хворобою печінки (АХП) та 20 пацієнтів з токсичним гепатитом (ТГМ) (медикаментозним).

**Результати та обговорення.** В групі хворих НАЖХП встановлено позитивний зв'язок між рівнем TNF- $\alpha$ : та жорсткістю селезінки ( $r=+0,601$ ,  $p<0,01$ ), та ТГ ( $r=+0,626$ ,  $p<0,01$ ) відповідно. У хворих НАСГ інсулін позитивно корелював із жорсткістю селезінки ( $r=+0,436$ ,  $p<0,05$ ) та печінки ( $r=+0,357$ ,  $p<0,05$ ); рівень Т-хелперів корелював із рівнем ІЛ-6 ( $r=0,349$ ,  $p<0,05$ ). У хворих ХГС встановлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем ЦІК та рівнем цитолітичних ферментів: АЛТ ( $r=+0,468$ ,  $p<0,05$ ) та АСТ ( $r=+0,684$ ,  $p<0,01$ ); зв'язок між рівнем ІЛ-6: та жорсткістю селезінки ( $r=+0,680$ ,  $p<0,05$ ), жорсткістю печінки ( $r=+0,681$ ,  $p<0,01$ ), ступенем фіброзу (за METAVIR) ( $r=+0,573$ ,  $p<0,01$ ). У АХП визначено позитивний помірний зв'язок між рівнем ЦІК та ШЗЕ ( $r=+0,485$ ,  $p<0,05$ ); між рівнем інсуліну та ступенем фіброзу (за METAVIR) ( $r=+0,528$ ,  $p<0,05$ ) та рівнем молекул середньої маси ( $r=-0,620$ ,  $p<0,05$ ); між НОМА-IR та жорсткістю селезінки ( $r=+0,893$ ,  $p<0,01$ ) та печінки ( $r=+0,943$ ,  $p<0,01$ ). У хворих ТГМ визначено негативний вірогідний зв'язок між рівнем Т-хелперів та жорсткістю селезінки ( $r=-0,577$ ,  $p<0,05$ ) та печінки ( $r=-0,522$ ,  $p<0,05$ ).

**Висновок.** Таким чином, отримані дані у хворих на ХДЗП вказують на активні запальні процеси, що супроводжується збільшенням структурних змін печінки та селезінки, а також збільшення ступеня стеатозу. У хворих на ХДЗП було виявлено кореляційний взаємозв'язок між біохімічними та імунологічними показниками у хворих на ХДЗП залежно від етіологічних факторів розвитку стеатозу і фіброзу печінки.



## ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА МЕТАБОЛІЗМ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Діденко В.І., Кленіна І.А., Зигало Е.В., Петішко О.П.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Оцінити вміст вільних жирних кислот у сироватці крові пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки (ХДЗП) залежно від етіології та виявлених порушень мікробіоценозу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 98 пацієнтів з ХДЗП, середній вік яких склав  $(59,2 \pm 2,4)$  років. Для діагностики синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) виконували дихальний водневий тест з глюкозою з використанням газоаналізатора «Gastro» Gastrolyzer компанії Bedfont Scientific Ltd (Великобританія). У сироватці крові визначали вміст вільних жирних кислот (ВЖК) методом газової хроматографії.

**Результати та обговорення.** Середній рівень виділення водню у всіх групах був вищим у порівнянні з нормою, що підтверджує присутність СНБР у всіх пацієнтів з ХДЗП, цей показник був достовірно підвищений: у пацієнтів з АХП  $(10,9 \pm 1,6)$  ppm, з ТГ  $(13,1 \pm 2,8)$  ppm ніж у пацієнтів з НАСГ  $(6,6 \pm 1,0)$  ppm ( $p < 0,05$ ), що свідчить про дисбаланс мікробіоти тонкого кишечника. Як при наявності, так і за відсутності СНБР вміст ВЖК підвищувався в порівнянні з контролем у пацієнтів з НАЖХП – до  $(5,53 \pm 0,80)$  мкг/мл проти  $(6,25 \pm 1,74)$  мкг/мл; НАСГ – до  $(5,73 \pm 0,33)$  мкг/мл проти  $(7,96 \pm 1,14)$  мкг/мл; АХП – до  $(5,09 \pm 0,82)$  мкг/мл проти  $(8,39 \pm 2,5)$  мкг/мл відповідно. У пацієнтів на ХГС наявність СНБР супроводжувалася зниженням вмісту ВЖК в порівнянні з контролем та підвищенням їх вмісту при відсутності СНБР  $(2,36 \pm 0,92)$  мкг/мл проти  $(4,06 \pm 0,93)$  мкг/мл; при ТГ – як при наявності так і при відсутності СНБР було характерне суттєве зниження вмісту ВЖК у сироватці крові в порівнянні з контролем  $(1,03 \pm 0,60)$  мкг/мл проти  $(1,08 \pm 0,87)$  мкг/мл.

**Висновок.** СНБР виявлено у 64,3% хворих на ХДЗП, найбільший відсоток відмічено при АХП (79,2%), найменший при НАЖХП (57,1%). Виявлено різнонаправлені зміни вмісту ВЖК у сироватці крові для пацієнтів з ХДЗП, що свідчить про вплив етіологічного фактору на метаболізм ліпідів.

## ВМІСТ ФЕКАЛЬНИХ КОРОТКОЛАНЦЮГОВИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ДІТЕЙ З БІЛІАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

Завгородня Н.Ю., Татарчук О.М., Кленіна І.А., Грабовська О.І.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Оцінити особливості кишкового мікробіоценозу у дітей з біліарною дисфункцією на фоні ожиріння.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилось 118 дітей віком від 10 до 17 років. В залежності від функціонального стану жовчного міхура дітей з ожирінням, розподілено на групи: I – діти з гіпокінезією жовчного міхура ( $n=52$ ); II – діти з нормокінезією жовчного міхура ( $n=51$ ). III групу (контрольну) склали діти з нормальною вагою та нормофункцією жовчного міхура ( $n=15$ ). Визначення фекальних коротколанцюгових жирних кислот (КЖК) пацієнтів проводили хроматографічним методом. Видовий та кількісний склад товстокишкової мікрофлори оцінювали мікробіологічним дослідженням.

**Результати та обговорення.** Зміни якісного та кількісного складу мікрофлори товстої кишки виявлені у 95,8% дітей I групи та у 93,3% II групи. Спостерігалось зниження рівня лактобактерій в 2,7 рази ( $p < 0,05$ ) та в 1,4 рази ( $p < 0,05$ ) у хворих I та II груп, відповідно. В I групі концентрація лактобактерій (в 1,9 рази,  $p < 0,05$ ) та ентерококів (1,4 рази,  $p < 0,05$ ) була нижчою, ніж в II групі. Ентеробактерії роду *Citrobacter* виявлені у 8,3% хворих I групи та 3,3% хворих II групи. У дітей II групи виявлені ентеробактерії родів *Proteus* (3,3% хворих) та *Klebsiella* (26,7% хворих). Патогенний стафілокок був виявлений у 20,8% хворих I групи, у 16,7% – II групи та у 11,1% – III групи. Зростання грибів роду *Candida* спостерігалось у 37,5% хворих I групи, у 16,7% – II групи та у 11,1% – III групи. У дітей I групи було виявлено підвищення вмісту оцтової (в 6,2 рази,  $p < 0,05$ ) та пропіонової кислот (в 4 рази,  $p < 0,01$ ), підвищення сумарного вмісту КЖК (в 2,6 рази,  $p < 0,05$ ) в порівнянні з контрольною групою. В II групі спостерігалось підвищення вмісту оцтової (в 15 разів,  $p < 0,01$ ), пропіонової (в 5,4 рази,  $p < 0,01$ ) кислот, загального вмісту КЖК (у 3,7 рази,  $p < 0,01$ ) у порівнянні з контрольною групою.

**Висновок.** У дітей з ожирінням зміни КЖК можуть бути обумовлені зниженням чисельності основних симбіонтів товстокишкового мікробіоценозу, зростанням концентрації умовно-патогенної мікрофлори.

## ОЦІНКА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ БІЛІАРНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

Завгородня Н.Ю., Завгородня О.Ю., Грабовська О.І., Кленіна І.А.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» м. Дніпро, Україна

**Мета.** оцінити особливості ліпідного обміну у дітей з дисфункцією жовчного міхура на фоні надмірної ваги та ожиріння

**Матеріали і методи.** Обстежено 118 дітей, які були розподілені на 3 групи: 1 – діти з ожирінням та гіпокінезією жовчного міхура (n=52); 2 – діти з ожирінням та нормокінезією жовчного міхура (n=51); 3 (контрольна) – діти з нормальною вагою та нормокінезією жовчного міхура (n=15). В сироватці крові визначали вміст загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїнів високої густини (ХС ЛПВГ) з використанням наборів реактивів «Cormey» (Польща). Розраховували холестерин ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ), холестерин ліпопротеїнів дуже низької густини (ЛПДНГ) та коефіцієнт атерогенності (КА).

**Результати та обговорення.** У 40,4% дітей 1 групи спостерігалось збільшення середнього вмісту ХС у сироватці крові в 1,3 рази (p<0,001), у 36,5% - збільшення середнього рівню ТГ в 1,8 рази (p<0,001) та ЛПДНГ в 1,6 рази (p<0,001), у 57,7% дітей – зростання середнього вмісту ЛПНГ в 1,5 рази (p<0,001) порівняно з 3 групою. У 36,5% дітей 1 групи середні значення вмісту ЛПВГ зменшувались в 1,6 разів (p<0,001) порівняно з показниками дітей 3 групи. КА у 36,5% дітей 1 групи зростав в 1,7 рази (p<0,001) порівняно з 3 групою. В 2 групі гіперхолестеринемія зі збільшенням середнього вмісту ХС в 1,3 рази порівняно з групою контролю (p<0,001) спостерігалась у 33,3% дітей, гіпертригліцеридемія зі зростанням середнього вмісту ТГ в 2 рази (p<0,001) спостерігалась у 31,4% дітей. У 19,6% дітей 2 групи середній вміст ЛПВГ знижувався в 1,7 рази (p<0,001) порівняно з контрольним значенням. Середній вміст був збільшений у 1,5 рази порівняно з 3 групою (p<0,001) у 21% дітей, одночасно середній вміст ЛПДНГ збільшувався в 1,9 рази (p<0,001) у 35,3% дітей, спостерігалось підвищення КА в 1,7 рази (p<0,001) порівняно з 3 групою у 23,5% пацієнтів 2 групи.

**Висновок.** Виявлені різні типи дисліпідемії у більшості дітей з ожирінням. Дисбаланс ліпідного спектру сироватки крові на тлі надмірної ваги був більш вираженим у дітей з гіпофункцією жовчного міхура.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІН КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ ТА РОЗВИТКОМ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ (ІР) У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ (НІЖХП)

Діденко В.І., Зигало Е.В., Татарчук О.М., Меланіч С.Л.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Вивчити вплив синдрому бактеріального надлишкового росту (СНБР) у тонкому кишечнику на розвиток ІР у хворих на НАЖХП.

**Матеріали і методи.** Обстежено 32 хворих на НАЖХП-стеатоз виявлений у 31,3 % хворих; неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) мінімальної активності у 40,6 %; НАСГ з помірною активністю у 28,1%. Для діагностики СНБР виконувався дихальний водневий тест з глюкозою. Ступінь тяжкості СНБР оцінювалась в залежності від рівня підвищення водню (ppm): 1 ст. – підвищення від 20 до 50; 2 ст. – від 50 до 100; 3 ст. – більше ніж 100. Визначення показника ІР проводили за допомогою індекса НОМА-ІР. Інсулін у сироватці крові визначали імуноферментним методом.

**Результати та обговорення.** За результатами ВДТ з глюкозою СНБР виявлений у 62,5 % хворих на НАЖХП, з них на стадії стеатоза печінки порушення тонкокишкової мікробіоти діагностовано у 20,0 % пацієнтів; при НАСГ мінімальної активності – у 35,0%; при НАСГ помірної активності – у 45,0%, що свідчить про взаємозв'язок порушень мікробіоценоза кишечника та тяжкості течії даного захворювання печінки. У 68,8 % хворих на НАЖХП встановлено достовірне збільшення рівня інсуліну в 1,7 рази (p<0,05) відносно нормальних показників. У цих хворих рівень інсуліну корелював із ступенем тяжкості СНБР (r=+0,433, p<0,05) та рівнем цитолітичних ферментів - АЛТ (r=+0,498, p<0,01) та АСТ (r=+0,394, p<0,05). Значення індексу НОМА-ІР у 65,6% хворих були вище 3,0 та вірогідно відрізнялись від даних в групі контролю з підвищенням НОМА-ІР в 2,1 рази (p<0,05) та характерним міцним прямим кореляційним взаємозв'язком між НОМА-ІР та рівнем інсуліну (r=+0,967, p<0,01).

**Висновки.** Порушення вуглеводного обміну у вигляді ІР характерні для хворих на НАЖХП на фоні виявленого СНБР та більш виражені у хворих із НАСГ.

## АДАПТАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ (ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ PRECISE-ДІАГНОСТИКИ)

Зигало Е.В., Пролом Н.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Провести аналіз стресостійкості та адаптаційних реакцій серцево-судинної системи за показниками варіабельності ритму серця у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).

**Матеріали і методи.** Оцінку варіабельності ритму серця (ВРС) надавали 19 хворим на ГЕРХ, використовуючи хмарну технологію автоматизованої інтерпретації ЕКГ (PRECISE-діагностика) за допомогою електрокардіографу CONTECT 8000GW. Аналізували наступні показники: симпато-вагальний баланс HF/LF для визначення вегетативного тону, RMSSD – квадратний корінь із середнього квадрата різниці величин послідовних пар інтервалів NN, який оцінює рівень адаптації (кількісна оцінка виснаження резервів адаптації); загальну потужність спектру (Total power, TP), стрес-індекс (Stress index, SI), SDNN – стандартне відхилення всіх NN інтервалів, що свідчить про наявність і вираженість серцево-судинного ризику (СС ризик)

**Результати та обговорення.** Встановлено, що показник SDDN, зниження якого свідчить про СС ризик, становив  $(31,29 \pm 1,8)$  м/с у 78,9% обстежених хворих. За аналізом показника RMSSD було виявлено ознаки зриву адаптації  $(18,2 \pm 2,9)$  м/с ( $p < 0,05$ ) у майже у половини хворих (47,4%), що також вказувало на послаблення парасимпатичних впливів на ритм серця. Аналіз співвідношення LF/HF виявив значне його підвищення у  $(1,89 \pm 0,15)$  у 63,2% хворих, що свідчить про збільшення симпатичної регуляції та зменшення парасимпатичного впливу на серцеву діяльність ( $p < 0,05$ ). Загальна потужність спектру (Total power) в середньому була збереженою, але ознаки виснаженості функціонального резерву організму спостерігались у 26,3% хворих на ГЕРХ. Більш, ніж у половини хворих на ГЕРХ (52,6%) відзначено суттєве підвищення стрес-індексу  $(121,2 \pm 10,9)$  до рівня «тривожність» ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Оцінка ВРС за допомогою PRECISE діагностики, є високоінформативним, зручним методом, що дозволяє надати оцінку адаптаційним можливостям організму у хворих на ГЕРХ.

## ІНФОРМАЦІЙНА ТОЧНІСТЬ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В ПРОГНОЗУВАННІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кленіна І.А., Коненко І. С., Діденко В. І., Ягмур В.Б., Петішко О. П., Татарчук О. М., Меланіч С.Л.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Визначити особливості біохімічних і гемодинамічних показників у хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХГС) та неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП), їх взаємозв'язок з даними еластографії печінки.

**Матеріали і методи.** Обстежено 195 пацієнтів, чоловіків – 82 (42,1%), жінок – 113 (57,9%), віком  $(46,4 \pm 2,4)$  роки. Визначали вміст АЛТ, АСТ, лужної фосфатази (ЛФ), маркерів фіброзу – оксипроліну білокзв'язаного (ОПБЗ) та оксипроліну вільного (ОПВ), гексозамінів, сіркомукоїдів (СМ), середньомолекулярних пептидів (СМП). За допомогою доплерографії оцінювали стан печінкової та селезінкової артерій, печінкової (VP) та селезінкової (VL) вен, вимірювали об'ємну швидкість кровотоку, середню лінійну швидкість кровотоку (Vmean), діаметр судин, перфузійний індекс та індекс резистентності.

**Результати та обговорення.** Аналіз маркерів фіброзу печінки виявив тенденцію до активації синтезу колагену, про що свідчило підвищення в сироватці крові хворих вмісту ОПБЗ. Рівень продуктів розпаду сполучної тканини (ОПВ) мав тенденцію до зниження у пацієнтів із ХГС ( $p < 0,05$ ). Установлений кореляційний зв'язок у групі хворих на ХГС між вмістом ОПБЗ та SWE печінки ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,05$ ). Модуль Юнга був вищим у пацієнтів з ХГС ( $p < 0,05$ ). У хворих на ХГС встановлено прямо порційний зв'язок між рівнем ЛФ і модулем Юнга ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,05$ ). Виявлено збільшення діаметра VP і VL та зменшення Vmean ( $p < 0,05$ ). У хворих на ХГС встановлено кореляційні зв'язки між Vmean і VP та рівнем СМ ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ), між об'ємною швидкістю кровотоку в VL і вмістом СМ ( $r = -0,62$ ,  $p < 0,05$ ), між Vmean у селезінковій артерії та рівнем ОПБЗ ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновок.** У хворих на ХГС показники цитолітичного та холестатичного синдромів були статистично значущо вищими, ніж у пацієнтів з НАЖХП ( $p < 0,05$ ) за наявності нижчих показників білковосинтетичної функції печінки ( $p < 0,05$ ). Для пацієнтів із ХГС і НАЖХП, за даними доплерографії, характерним було збільшення діаметра VP і VL та зниження Vmean.

## ДІАГНОСТИКА ЛОКАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ДИFUЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ (ХДЗП)

Коненко І.С., Діденко В.І., Татарчук О.М., Меланіч С.Л.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Визначити особливості показників локальної жорсткості артеріальної стінки у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та хронічним гепатитом, асоційований з вірусом С (ХГС) та зв'язок цих показників із фіброзом печінки.

**Матеріали і методи.** Обстежено 195 пацієнтів, серед обстежених чоловіків було 82 (42,1%), жінок – 113 (57,9%), середній вік склав  $(46,4 \pm 2,4)$  роки. Їх розподіляли по групах залежно від етіологічного фактора: 94 пацієнта із ХГС підтверджено вірусну етіологію хвороби та у 101 людини на підставі об'єктивного обстеження, інсулінорезистентності та гіперліпідемії діагностовано НАЖХП.

**Результати та обговорення.** У всіх хворих виявлено зміни показників судинної жорсткості, а саме модуля еластичності, зростання індексу артеріальної жорсткості, швидкості пульсової хвилі та товщини комплексу інтима-медіа ( $p < 0,05$ ). Збільшення швидкості пульсової хвилі виявлено в 79 (78,2%) пацієнтів із НАЖХП ( $p < 0,05$ ) і у 87 (92,5%) обстежених із ХГС. Медіана швидкості пульсової хвилі в пацієнтів із НАЖХП була вищою порівняно з хворими на ХГС: 9,52 і 6,34 см/с, відповідно. У пацієнтів із НАЖХП встановлено зв'язок жорсткості паренхіми печінки зі швидкістю пульсової хвилі ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,05$ ). У хворих на ХГС виявлено асоціацію між жорсткістю печінки і товщиною комплексу інтима-медіа ( $r = 0,84$ ;  $p < 0,001$ ). За даними зсувнохвильового еластографії швидкість розповсюдження зсувної хвилі була більшою в пацієнтів із захворюванням печінки вірусної етіології – 1,60 (1,44–1,94) см/с проти 1,41 (1,31–1,54) см/с у пацієнтів із НАЖХП ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Незалежно від етіологічного чинника, при ХДЗП відзначається підвищення модуля еластичності артеріальної стінки. Для хворих на ХГС поряд зі збільшенням жорсткості паренхіми печінки найбільш характерним є підвищення індексу жорсткості стінки сонної артерії. При НАЖХП відзначається зменшення розтяжності судинних стінок, що закономірно призводить до збільшення товщини комплексу інтима-медіа та швидкості пульсової хвилі.

## КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ЦИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кушніренко І.В., Мосійчук Л.М., Сімонова О.В., Коненко І.С., Шевцова О.М., Гончар Г.В., Бочаров Г.І.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета:** визначити особливості передракових змін слизової оболонки шлунка у хворих залежно від структурних змін щитоподібної залози.

**Матеріали і методи.** 46 хворих розділено на групи за змінами у структурі щитоподібної залози. I група – 19 осіб із вузловими змінами, II – 18 осіб із дифузними змінами, III – 8 осіб без змін. Критерії відбору до обстеження – атрофія та/або кишкова метаплазія за даними гістологічного дослідження біопатів. При морфологічній оцінці структурних змін до уваги брали передракові зміни – атрофія тіла шлунка, кишкова метаплазія тіла та/або антрального відділу шлунка, кута шлунка. Структуру щитоподібної залози визначали ультразвуковою методикою. Вузлові утворення класифікували за TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System).

**Результати.** У пацієнтів із вузовими змінами щитоподібної залози у 1,9 разу частіше виявляли атрофію у тілі шлунка, порівняно із пацієнтами із дифузними змінами ( $p = 0,06$ ), та у 1,4 разу частіше – із пацієнтами без змін ( $p > 0,05$ ). Кишкову метаплазію у тілі шлунка у хворих із вузовими змінами також у 1,7 разу спостерігали частіше, ніж у пацієнтів із дифузними змінами ( $p = 0,064$ ), та у 1,8 разу – ніж у хворих без змін ( $p > 0,05$ ). Морфологічні зміни як у вигляді атрофії, так і кишкової метаплазії у куті шлунка найчастіше виявляли у I групі хворих – у 93,7% ( $n = 16$ ), що на 31,2% частіше, порівняно із пацієнтами II групи – 62,5% ( $n = 10$ ), ( $p = 0,03$ ). Поєднання інтестинальної метаплазії у тілі та у куті шлунка у пацієнтів з вузовими змінами також виявляли у 2,4 разу частіше, ніж у пацієнтів з дифузними змінами ( $p < 0,05$ ), а у групі осіб без змін у структурі щитоподібної залози не виявляли зовсім. Передракові зміни слизової оболонки у тілі та куті шлунка асоціювалися зі структурними змінами у щитоподібній залозі за TI-RADS: атрофія у тілі ( $r = 0,418$ ;  $p = 0,007$ ), кишкова метаплазія у тілі ( $r = 0,397$ ;  $p = 0,011$ ), кишкова метаплазія у куті шлунка ( $r = 0,366$ ;  $p = 0,024$ ). Кореляційні зв'язки із TI-RADS виявлені і при аналізі поєднання структурних передракових змін різних локалізацій: кишкова метаплазія у тілі та антрумі ( $r = 0,367$ ;  $p = 0,023$ ), дифузна кишкова метаплазія у тілі, антрумі та куті шлунка ( $r = 0,471$ ;  $p = 0,006$ ), кишкова метаплазія у тілі та куті шлунка ( $r = 0,551$ ;  $p = 0,001$ ).

**Висновок.** Отримані дані свідчать про важливість комплексної оцінки передракових змін слизової оболонки шлунка та можливу єдність патогенетичних механізмів їх формування у взаємозв'язку із патологією щитоподібної залози.

## ФОРМУВАННЯ І ПРОГРЕСУВАННЯ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Милостива Д.Ф., Діденко В.І., Гайдар Ю.А.  
 ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Дослідити морфологічні особливості формування і прогресування стеатозу та фіброзу у пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки (ХДЗП).

**Матеріали і методи.** Пункційні біоптати печінки фіксували в 10% формаліні, проводили через ряд спиртів, поміщали в парафін. Гістологічні зрізи товщиною 3–5 мкм забарвлювали гематоксиліном та еозином, а також за методом Маллорі в модифікації Слінченка. Для морфометричного аналізу було наведено 2-3 стовпчики тканини, що містять від 4 до 6 порталних трактів. Комп'ютерна морфометрія використовувалась, як додатковий метод об'єктивізації морфологічного дослідження. Зрізи, забарвлені за методом Маллорі в модифікації Слінченка, фотографувалися при збільшенні 40 і 100 світлового мікроскопа XSP-139TP (Мікромед, Україна). Паренхіма та фіброз були виділені і вимірні за допомогою програмного забезпечення ImageJ 1.45S (National Institutes of Health, США). Проводили розрахунок комп'ютерного індексу фіброзу (КІФ) – відношення фіброзної тканини до загальної площі біоптату.

**Результати та обговорення.** Типова морфологічна картина при ХДЗП представляла собою осередки крупнокапельної жирової дистрофії на тлі відсутності фіброзу або тонких фіброзних септ, та незначного накопичення клітин запалення. У частини пацієнтів (50 %) з аутоімунним гепатитом індекс фіброзу склав 0,03, (відповідає стадії фіброзу F2) та 0,09 (відповідає стадії фіброзу F4) відповідно. На стадії фіброзу F2 починається процес капіляризації, проте простір Діссе ще не повністю заповнюється колагеновою тканиною, тому її можна ідентифікувати. Стан синусоїдів при цирозі (F4) також характеризувався повною капіляризацією, проте на препаратах був локалізований простір Діссе, незаповнений фіброзною тканиною.

**Висновок.** Аутоімунний гепатит характеризувався інфільтрацією порталних трактів, вогнищами некрозу гепатоцитів, збільшенням кількості лімфоїдних фолікулів, помірного фіброзування.

## УДОСКОНАЛЕННЯ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Петішко О.П., Шевцова О.М., Демешкіна Л.В.  
 ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Удосконалення ведення хворих на атрофічний гастрит (АГ) шляхом формування групи ризику розвитку дисплазії слизової оболонки (СО) шлунка.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 120 хворих на АГ, серед яких було 69 (57,5%) жінок та 51 (42,5%) чоловіків, середній вік становив (61,2±3,2) роки.

**Результати та обговорення.** Розроблено алгоритм ведення пацієнтів з атрофічним гастритом без дисплазії, який включає на I етапі проведення ендоскопічного дослідження з хромоскопією та взяттям біопсій, оцінкою уреазного тесту на *H.pylori*; холтеровського моніторингу з оцінкою адаптаційної реакції у відповідь на різні стресорні впливи; біохімічного дослідження крові з визначенням рівня метаболітів оксиду азоту. На II етапі проводиться оцінка ризику розвитку дисплазії СО Ш за наявності встановлених діагностичних критеріїв: при ендоскопії в білому кольорі – вузлуватий/бугристий рельєф СО Ш (Ч 94,7%, С 33,7%), дуоденогастральний рефлюкс (Ч 47,4%, С 80,2%), ксантоматоз шлунка (Ч 52,6%, С 73,3%); при ендоскопії в режимі збільшення і вузькосмугової візуалізації – пілорична метаплазія СО тіла шлунка (Ч 78,9%, С 55,4%, OR=3,82); при холтеровському моніторингу – ригідна варіабельність ритму серця (Ч 66,7%, С 83,6%, OR=10,2) та показник адекватності регуляторних систем понад 8 балів (Ч 53,3%, С85,2%, OR=6,6); при біохімічному дослідженні крові – вміст метаболітів оксиду азоту понад 46,3 мкм/л (Ч 76,9 %, С 77,6 %, OR=11,57). На III етапі визначаються з терміном динамічного спостереження: пацієнтам, які входять до групи ризику розвитку диспластичних змін СО Ш, необхідно проводити ендоскопічний і морфологічний моніторинг 1 раз у 12 місяців, а при відсутності ризику розвитку дисплазії – один раз на 3 роки.

**Висновок.** Впровадження запропонованого алгоритму ведення хворих шляхом формування групи ризику розвитку дисплазії СО шлунка сприяє максимальній індивідуалізації підходів до терапії кожного пацієнта та дозволяє персоналізувати термін динамічного спостереження.

## РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КИЛАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ЛАПАРОСКОПІЧНИМ ДОСТУПОМ

Пролом Н.В., Шевченко Б.Ф., Бабій О.М., Поляк Н.В.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Оцінити результати хірургічного лікування кил стравохідного отвору діафрагми (КСОД) лапароскопічним доступом.

**Матеріали і методи.** У відділенні хірургії органів травлення було виконано 119 лапароскопічних оперативних втручань з приводу КСОД та GERX.

**Результати та обговорення.** Основними завданнями хірургічного втручання з приводу КСОД були: усунення діафрагмальної кили, відновлення нижнього стравохідного сфінктера, відновлення кута Гіса, забезпечення вільного антеградного пасажу їжі, збереження внутрішньочеревного ділянки стравоходу довжиною 2 см і більше, а також фізіологічного натягу стравоходу. Принципи хірургічної корекції, якими ми керувалися при антирефлюксних оперативних втручаннях: виконання крурорафії, фундопластики, фундодіафрагмопексії. Серед оперованих пацієнтів у 101 (84,9%) – аксіальна КСОД (тип I), у 14 (11,8%) – параезофагеальна КСОД (тип II), змішана КСОД з укороченим стравоходом (тип III) – у 4 (3,4%) пацієнтів. Крурорафія виконана у 100% пацієнтів: задня – у 67 (56,3%) пацієнтів, передня та задня – у 36 (30,3%) пацієнтів, алопластика – у 16 (13,4%) пацієнтів. Виконано лапароскопічні фундопластики: фундопластика по Ніссену – у 96 (80,7%) пацієнтів, фундопластика за Тупе – у 12 (10,1%) пацієнтів, фундопластика за Дором – у 11 (9,2%) пацієнтів. Фундодіафрагмопексію виконано у 87 (73,1%). Інтраопераційні ускладнення діагностовано у 14 (11,8%) хворих: пневмомедіастинум – у 2 (1,7%) пацієнтів, пневмоторакс – у 3 (2,5%) пацієнтів, підшкірна емфізема – у 5 (4,2%) пацієнтів, кровотеча з коротких судин шлунка – у 4 (3,4%). В післяопераційному періоді ускладнень з боку області хірургічного втручання не було, дренажі в післяопераційному періоді видалені на 1-2 добу.

**Висновок.** Результати дослідження свідчать про високу ефективність лапароскопічного доступу в хірургічному лікуванні пацієнтів з КСОД, добре переносяться пацієнтами, характеризуються невеликим відсотком ускладнень, що веде до скорочення післяопераційного періоду і ранньої реабілітації.

## СТАН СЕКРЕЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗОМ ВИХІДНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА

Пролом Н.В., Тарабаров С.О., Руденко А.І., Галінський О.О.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» м. Дніпро, Україна

**Мета.** Вивчення стану секреції слизової оболонки у хворих з компенсованим стенозом вихідного відділу шлунка до і після мініінвазивного хірургічного лікування.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено у хворих (n=18) з компенсованим стенозом вихідного відділу шлунка, який був підтверджений ендоскопічним і рентгенологічним дослідженнями. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Шлункову секрецію збирали під час езофагогастроскопічного дослідження методом відсмоктування в градуйовану пробірку. В шлунковому вмісті визначали: рН, концентрацію пепсину, глікопротеїнів, сіалових кислот, фукози, гексозамінів. Через 9 місяців після операції проводили повторне дослідження шлункової секреції.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що у більшості пацієнтів з компенсованим стенозом вихідного отвору шлунка переважала гіперацидна секреція, рН шлункового соку знижувався до  $(1,4 \pm 0,15)$ , що у 1,8 разів ( $p < 0,01$ ) менше контрольних величин. Що стосується найбільш значимого агресивного фактора – пепсина, то його протеолітична активність збірталась на рівні контрольних величин і тільки у 6 (33,3 %) пацієнтів активність пепсину зростала до  $(1,08 \pm 0,11)$  мг/мл – в 1,8 разів ( $p = 0,05$ ). Концентрація глікопротеїнів була підвищеною до  $0,4 \pm 0,14$  мг/мл тільки у 5 (27,8%) пацієнтів, що в 4,0 рази ( $p = 0,05$ ) більше контрольних величин. Рівень фукози і гексозамінів був знижений відповідно в 1,8 разів ( $p = 0,05$ ), тоді як рівень сіалових кислот навпаки зростав до  $(0,43 \pm 0,1)$  ммоль/л – в 4,7 разів ( $p = 0,05$ ). Через 9 місяців після ендоскопічної балонної дуоденопластики відзначено відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і активності парієтальних і головних клітин слизової оболонки шлунка до контрольних величин.

**Висновок.** Мініінвазивна ендоскопічна балонна пілородуоденопластика сприяє нормалізації моторно-евакуаторної функції і секреторної діяльності слизової оболонки шлунка.

## ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Сімонова О.В., Стойкевич М.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Вивчення ендоскопічної картини слизової оболонки (СО) товстої кишки (ТК) у хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) в залежності від гендерних і вікових особливостей.

**Матеріали та методи.** Ендоскопічне дослідження ТК виконано 83 хворим на НВК, з них 42 жінки і 41 чоловік, 43 - пацієнти молодого віку, 22 - середнього, 18 - похилого.

**Результати та обговорення.** При аналізі ендоскопічних ознак в залежності від статі виявлено, що частота лівобічного ураження товстої кишки була практично однаковою як у жінок, так і у чоловіків. В той час, як частота виразкового проктиту була суттєво більшою серед жінок. Частота основних ендоскопічних ознак виразкового коліту суттєво не відрізнялась, окрім частоти псевдополіпів і стриктур ТК, що мали тенденцію до збільшення у жінок.

Аналіз ендоскопічних ознак обстежених хворих на НВК в залежності від віку виявив, що при практично однаковій частоті кровоточивості СО ТК, у пацієнтів молодого віку суттєво переважала помірна ступінь кровоточивості СО, в порівнянні з хворими середнього віку, де мала місце тенденція до збільшення частоти мінімальної кровоточивості СО. Серед пацієнтів похилого віку виявлено тенденцію до збільшення частоти геморагій СО і суттєве збільшення частоти фібринозного нальоту на СО, в порівнянні з пацієнтами середнього віку.

**Висновок.** Таким чином, проведення порівняльної характеристики ендоскопічної картини СО ТК у хворих на НВК в залежності від статі і віку дозволило встановити суттєве зростання частоти виразкового проктиту, тенденцію до збільшення частоти псевдополіпів і стриктур ТК у жінок, а у осіб молодого віку - суттєве збільшення ступеня кровоточивості СО, в порівнянні з хворими середнього віку, в той час, як серед пацієнтів похилого віку виявлено тенденцію до збільшення частоти геморагій СО і суттєве збільшення частоти нальоту на СО, в порівнянні з пацієнтами середнього віку. Отримані нами дані потребують врахування в процесі лікування й визначення прогнозу захворювання.

### ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ БІОМАРКЕРІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

Степанов Ю.М., Псарьова І.В., Татарчук О.М., Стойкевич М.В., Недзвецька Н.В., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Оцінити діагностичну цінність біомаркерів в оцінці активності неспецифічного виразкового коліту (НВК).

**Матеріали і методи.** Обстежено 60 хворих на НВК, 31 чоловік та 29 жінок у віці від 21 до 63 років (середній показник склав (40,28±1,34) років). Вміст  $\alpha$ -1-антитрипсину ( $\alpha$ 1-АТ) в калі, фекальної мієлопероксидази (МРО) визначали імуноферментним методом тест набором фірми «Immundiagnostik» (Germany), за рекомендаціями виробника. Рівень фекального кальпротектину (ФК) визначали імуноферментним методом з використанням тест набору «BUHLMANN» (Switzerland). Імуноферментний аналіз виконували за допомогою імуноферментного аналізатору «StatFax 303 Plus» (США). Дослідження вмісту С-реактивного білку (СРБ) проводили за допомогою гематологічного автоматичного аналізатора «Micro SS-20 Plus» (США).

**Результати та обговорення.** У хворих на НВК медіана вмісту фекального  $\alpha$ 1-АТ була вірогідно ( $p < 0,05$ ) збільшена до 16,0 (5,0; 44,8) мг/дл відносно групи порівняння - 4,0 (2,4; 12,0) мг/дл. Також встановлено вірогідне ( $p < 0,05$ ) підвищення медіани ФК до 444,7 (346,5; 574,0) мкг/г та фекальної МРО до 5250,0 (2875,0; 15780,0) нг/г ( $p < 0,05$ ). Рівень СРБ у хворих з тяжким ступенем активності захворювання збільшувався у 2 рази ( $p < 0,05$ ), вміст  $\alpha$ 1-АТ в калі - у 3 рази ( $p < 0,05$ ) та МРО - у 4,5 рази ( $p < 0,05$ ) порівняно із їх рівнем у пацієнтів з помірним ступенем активності НВК. Проведення ROC-аналізу показало, що найбільшу діагностичну цінність у виявленні тяжкого ступеня активності НВК має такий показник, як фекальна МРО. Порогове значення МРО в калі, за яким можна діагностувати тяжкий ступінь активності НВК, складає понад 6850 нг/г, чутливість та специфічність, відповідно, становлять 92,9% та 76,0%.

**Висновок:** в якості неінвазивного маркера оцінки ступеня активності НВК бажано застосовувати фекальну мієлопероксидазу, вміст якої понад 6850 нг/г (чутливість 92,9% та специфічність 76,0%) свідчить про тяжкий ступінь хвороби.

## ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ СТАДІЯМИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Степанов Ю.М., Діденко В.І., Коненко І.С., Татарчук О.М., Меланіч С.Л., Петішко О.П.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Визначити особливості змін показників вуглеводного обміну та імунного статусу у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) в залежності від стадії фіброзу печінки.

**Матеріали і методи.** Обстежених 101 пацієнт із НАЖХП. Серед обстежених чоловіків було 32 (31,7%), жінок – 69 (68,3%), середній вік склав  $(48,4 \pm 2,9)$  роки. Зсувнохвильову еластографію (ЗХЕ) і оцінку коефіцієнта затухання ультразвуку (КЗ УЗ) виконано на апараті Sonoeus P7 (Україна, Швейцарія).

**Результати та обговорення.** За даними ЗХЕ серед обстежених у 52 (51,5%) хворих на НАЖХП діагностовано помірний фіброз, у 13 (12,9%) пацієнтів виявлено виражений фіброз. У 68,3% пацієнтів – знижений відносний вміст СД3+ лімфоцитів. У 59,4% хворих на НАЖХП рівень ЦІК був вірогідно підвищений ( $p < 0,05$ ) відносно рівня контролю. У хворих із вираженим фіброзом встановлено вірогідне підвищення відносного вмісту СД19+ лімфоцитів в 1,6 рази ( $p < 0,05$ ) та в 1,4 рази ( $p < 0,05$ ) в порівнянні із його рівнем в контрольній групі та у хворих із помірним фіброзом, відповідно. Виявлена кореляція між значеннями індексу HOMA-IR з КЗ УЗ ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,01$ ). Встановлена асоціація між інсуліном із жорсткістю печінки за даними SWE ( $r = 0,42$ ,  $p < 0,05$ ). Поряд з цим розвиток фіброзної трансформації печінки відбувається на тлі вираженого запалення, про що свідчать встановлені позитивні кореляційні зв'язки показника жорсткості печінки за даними SWE з рівнем ЦІК ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,01$ ), вмістом TNF- $\alpha$  ( $r = 0,55$ ,  $p < 0,05$ ) та значенням співвідношення прозапальних та протизапальних цитокінів ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновок.** У пацієнтів на НАЖХП прогресування фіброзу печінки супроводжується недостатністю клітинної ланки імунітету й підвищенням рівня прозапальних цитокінів. Для хворих на НАЖХП з вираженим фіброзом печінки характерний значний дисбаланс рівня прозапальних та протизапальних цитокінів (TNF- $\alpha$ /IL-10). У хворих на НАЖХП спостерігались значні фіброзні зміни печінки відбуваються на тлі глибокого порушення вуглеводного обміну.

## ФАКТОРИ ШЛУНКОВОГО СОКУ У ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗОМ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЙОГО СТУПЕНЯ

Тарабаров С.О., Пролом Н.В., Бабій О.М.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінити агресивні і протективні властивості шлункового соку у хворих зі стенозом пілородуоденальної зони виразкового ґенезу в залежності від його ступеня.

**Матеріали і методи.** У відділенні хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за 2014-2019 роки нами проведено вивчення кислотопродукції у 92 пацієнтів з компенсованим та субкомпенсованим стенозом. В залежності від ступеня стенозу хворі були поділені на 2 групи: 1 група – 57 пацієнтів з компенсованим стенозом, 2 група – 35 хворих з субкомпенсованим стенозом. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. В шлунковому вмісті визначали кислотопродукцію (рН), концентрацію пепсину, концентрацію загальних глікопротеїнів (сіалові кислоти, фукоза, гексозаміни).

**Результати та обговорення.** Порівняльна характеристика компонентів шлункового соку хворих зі стенозом пілородуоденальної зони показала достовірне превалювання факторів агресії над факторами захисту в шлунковому соку пацієнтів з субкомпенсованим стенозом (22,9%). Виснаження функціональних можливостей слизопродукуючого апарату шлунка, про що свідчить зменшення концентрації фукози та гексозамінів, достовірно частіше спостерігалось у пацієнтів з субкомпенсованим стенозом пілородуоденальної зони (22,9%). В результаті виділення трьох варіантів співвідношення факторів агресії та захисту шлункового соку (гіперреактивний, компенсаторний, декомпенсаторний) встановлено, що декомпенсаторний варіант достовірно частіше зустрічався у пацієнтів з субкомпенсованим стенозом пілородуоденальної зони (5,3% проти 22,9%, відповідно), а отже ризик прогресування ступеню стенозу у таких хворих є значно вищим в порівнянні з іншими варіантами співвідношень.

**Висновок.** Виявлені варіанти співвідношень факторів агресії та захисту у пацієнтів зі стенозом дають можливість диференційованого підходу до вибору методу лікування (мінінвазивного ендоскопічного або комбінованого).



## ЦИРКУЛЮЮЧІ ІМУННІ КОМПЛЕКСИ ТА ЛІПІДНИЙ МЕТАБОЛІЗМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Татарчук О.М., Кленіна І.А., Карачінова В.А., Стойкевич М.В., Федорова Н.С.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Оцінити рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та стану ліпідного обміну у пацієнтів з віковими та гендерними особливостями перебігу запальних захворювань кишечника (ЗЗК).

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 80 хворих на ЗЗК: 53 – на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 27 – хворобу Крона (ХК).

**Результати та обговорення.** Значення рівня ЦІК в сироватці крові достовірно перевищували показники норми у жінок хворих на ЗЗК в 1,6 рази ( $p < 0,05$ ), що можна розглядати як показник інтенсивності запалення, залучення до патологічного процесу імунної системи. У жінок хворих на НВК рівень ЦІК достовірно підвищений у 1,6 рази ( $p < 0,05$ ) порівняно з групою контролю. У хворих на ЗЗК рівень ЦІК залежала від віку цих хворих. Його рівень достовірно підвищений в 1,5 рази ( $p < 0,05$ ) та 1,4 рази ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів середнього та похилого віку, відповідно, порівняно з групою пацієнтів молодого віку. Встановлено кореляційний зв'язок між рівнем ЦІК та віком ( $r = +0,552$ ;  $p = 0,025$ ). Встановлено порушення ліпідного обміну у жінок з НВК, що виражалося зниженням вмісту ТГ в сироватці крові в 1,7 разів ( $p < 0,001$ ), а у чоловіків з ХК зниження вмісту даного показника відбувалося в 1,5 разів, ( $p < 0,05$ ), порівняно з контрольною групою. У жінок з НВК вірогідно знижувався рівень ЛПДНЩ в сироватці крові в 2 рази ( $p < 0,05$ ), а у чоловіків з ХК – в 1,8 разів ( $p < 0,05$ ) відносно контролю. Визначено вірогідне зниження вмісту ТГ в 1,5 рази ( $p < 0,05$ ) та в 1,6 рази ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів молодого віку з НВК та ХК відповідно та в 1,6 рази ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів середнього віку з ХК. Паралельно спостерігалася виражена тенденція до зниження вмісту ХС у всіх пацієнтів молодого віку з ЗЗК. Визначено вірогідне зниження КА у пацієнтів молодого віку.

**Висновок.** Проведені дослідження дозволили встановити наявність біохімічних змін у хворих на запальні захворювання кишечника з боку ліпідного обміну та вмісту ЦІК, які залежали від віку та статі.

## ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Тітова М.В., Татарчук О.М.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

**Мета.** Дослідити особливості дисбіозу кишечника та частоти синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) у пацієнтів із ХЗЗК в залежності від нозології та статі.

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 46 хворих на ХЗЗК віком від 20 до 79 років, у середньому ( $47,4 \pm 2,4$ ) років. Залежно від нозології всі пацієнти були поділені на 2 групи. Серед пацієнтів було 19 жінок та 27 чоловіків.

**Результати та обговорення.** Мікробіологічні дослідження виявили наявність глибоких змін якісного та кількісного складу мікрофлори товстої кишки у 97,8 % хворих на ХЗЗК. У хворих на НВК переважно виявлявся дисбіоз II ступеню (у 48,4 %), тоді як у хворих на ХК II та III ступінь дисбіозу встановлено у однакової кількості осіб – у 33,3 % хворих. Ці зміни були обумовлені зменшенням кількості біфідо- та лактофлори, підвищенням концентрації умовно-патогенних мікроорганізмів та дріжджоподібних грибів. У жінок хворих на НВК було виділено патогенний стафілокок (у 28,6 %) та спостерігалася максимальна частота виявлення грибів роду *Candida*. У чоловіків хворих на ХК була декілька вищою частота виділення гемолітичних біоварів *E.coli* та умовно-патогенних ентеробактерій роду *Klebsiella*. Результати отримані при проведенні ВДТ свідчать про високу частоту СНБР у пацієнтів із ХЗЗК (50%). При аналізі даних виявлено, що СНБР переважно визначався у хворих на НВК (51,6%). За гендерною ознакою в обох нозологічних групах хворих із виявленим СНБР переважали чоловіки.

**Висновок.** Отримані результати свідчать про те, що практично усім хворим на ХЗЗК притаманні зміни мікробіоти кишечника, головним чином, за рахунок різкого зниження чисельності основних симбіонтів товстокишкового мікробіоценозу та зростанням концентрації умовно-патогенної мікрофлори. У ході дослідження спостерігалася тенденція до збільшення частоти розвитку СНБР у пацієнтів чоловічої статі із ХЗЗК. Мікробіологічне дослідження калу та ВДТ є найдоступнішими неінвазивними методами, що дозволяють швидко виявити порушення мікрофлори кишечника.

# МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

## СИМПОЗИУМ

### «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»

17 вересня 2020 року, 10.00-18.00

**Організатори:** НМАПО імені П. Л. Шупика (кафедра медицини невідкладних станів, кафедра медицини катастроф та військової підготовки); Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва; Харківська медична академія післядипломної освіти (кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф); Запорізька медична академія післядипломної освіти (кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф); ВГО «Всеукраїнська Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф»; Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

**Модератори:** Слонецький Б.І., Зозуля І.С., Козинець Г.П., Ніконов В.В., Голдовський Б.М., Рощин Г.Г., Мороз Є.Д., Вершигора А.В., Рогов А.В.

**Тема:** Сучасні тенденції та перспективи розвитку медицини невідкладних станів в Україні

**Доповідачі:** Слонецький Б.І., Ткаченко О.А., Зозуля І.С. (Київ)

**Тема:** Міжнародні стандарти в екстреній медичній допомозі догоспітального етапу 2019 року

**Доповідачі:** Рощин Г.Г., Мороз Є.Д., Дженіфер Лім, Клепач О.В., Кузьмін В.Ю., Іванов В.І. (Київ)

**Тема:** Аналіз стану кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги в Україні

**Доповідачі:** Близнюк Н.Д., Мазуренко О.В., Волошин В.Д., Лобода Г.Г., Іванов В.І. (Київ)

**Тема:** Тропоніни і пошкодження серця

**Доповідач:** Ніконов В.В. (Харків)

**Тема:** Якість екстреної медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда на догоспітальному етапі

**Доповідач:** Сідь Є.В. (Запоріжжя)

**Тема:** Невідкладна допомога при інсульті: профілактика системних ускладнень

**Доповідачі:** Зозуля І.С., Зозуля А.І., Боброва В.І. (Київ)

**Тема:** Телеметрична ЕКГ-діагностика на службі швидкої – сімейного лікаря

**Доповідачі:** Вершигора А.В., Штаєр А.М., Рогов А.В. (Київ)

**Тема:** Множинні поранення серця

**Доповідачі:** Ткаченко О.А., Воробей О.В., Березенко І.М., Дорош В.М., Рибіцький Г.А., Воробей І.О. (Київ)

**Тема:** Системна запальна відповідь при неускладнених гіпертонічних кризах на догоспітальному етапі

**Доповідачі:** Голдовський Б.М., Лелюк Д.В. (Запоріжжя)

**Тема:** Сучасні досягнення екстреної медичної допомоги в країнах Європи і світу, та можливості імплементації окремих здобутків в Україні

**Доповідач:** Волосовець А.О. (Київ)

**Тема:** Викладання медицини невідкладних станів на кафедрах післядипломної освіти в нових умовах медичної реформи

**Доповідач:** Іващенко О.В. (Київ)

**Тема:** Прикладне та різноступеневе навчання з екстреної медичної допомоги в Україні

**Доповідач:** Крамарева О.Г. (Київ)



**Тема:** Результати симуляційних навчань з надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях з масовим ураженням людей

**Доповідачі:** Мазуренко О.В., Кузьмін В.Ю., Іскра Н.І., Сличко І.Й. (Київ)

**Тема:** Уніфікація цивільно-військових спеціальностей в екстреній медичній допомозі

**Доповідачі:** Рошнін Г.Г., Хоменко І.П., Гуменюк Н.І., Ткаченко А.Є., Сандрацький М.Г. (Київ)

**Тема:** Багатофункціональні відділення екстреної медичної допомоги в Україні, сучасні реалії та прагматичні рішення

**Доповідач:** Вербицький І.В. (Київ)

**Тема:** Інтоксикація кокаїном

**Доповідач:** Курсов С.В. (Харків)

**Тема:** Біомаркери експозиції та ефекту при гострих отруєннях опіатами

**Доповідачі:** Курділь Н.В., Іващенко О.В. (Київ)

**Тема:** Сучасний підхід до профілактики ішемічного інсульту

**Доповідач:** Волосовець А.О. (Київ)

**Тема:** Технологічні, конструктивні та хімічні особливості гідрогелевих пов'язок «АРМА-ГЕЛЬ+» та їх роль у наданні невідкладної медичної допомоги при пораненнях та опіках

**Доповідач:** Тавокін В.В. (Київ)

**Тема:** Невідкладні хірургічні втручання у пацієнтів з поширеними глибокими опіками для профілактики раннього сепсису

**Доповідачі:** Коваленко О.М., Коваленко А.О., Гриша А.С., Циганков В.П. (Київ)

**Тема:** Система диспансеризації та реабілітації дітей з опіками

**Доповідачі:** Жернов О.А., Соцієнкова Л.С., Трач Р.Я., Гузь О.О. (Київ)

**Тема:** Особливості використання гідрогелевих покриттів «АРМА-ГЕЛЬ», як першочергових засобів первинної допомоги хворим з опіками

**Доповідачі:** Козинець Г.П., Боярська Г.М., Коваленко А.О., Францева О.С. (Київ)

**Тема:** Вплив препаратів ендотеліотропної дії на розвиток системної запальної відповіді у хворих з опіками

**Доповідачі:** Осадча О.І., Козинець Г.П., Линник О.М. (Київ)

**Тема:** Огляд рекомендацій по наданню допомоги постраждалим з опіковою травмою на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах

**Доповідач:** Крамарева О.Г. (Київ)

**Тема:** Сучасні малоінвазивні технології в ургентній хірургії органів черевної порожнини

**Доповідачі:** Слонецький Б.І., Тутченко М.І., Коцюбенко В.О., Вербицький І.В., Щур І.В., Езіашвілі З.І.

**Тема:** Роль оксиду азоту в формуванні ендотеліальної дисфункції у хворих з діабетичною стопою

**Доповідачі:** Біляєва О.О., Осадча О.І., Крижевський Є.Є., Шендрик В.Г. (Київ)

**Тема:** Акушерсько-гінекологічний протокол в програмах базової (BLS) та розширеної (ALS) підтримки життя

**Доповідачі:** Рошнін Г.Ф., Швець Л.Л., Деденко С.І. (Київ)

**Тема:** Віддалені результати впливу радіаційного вражаючого чинника у нащадків першого покоління, народжених мешканцями радіаційно-забруднених територій

**Доповідачі:** Гурев С.О., Іскра Н.І., Кузьмін В.Ю., Ярошенко Ж.С. (Київ)

**ШКОЛА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ****Майстер-клас кафедри медицини невідкладних станів**

**Тема:** Базова та спеціалізована підтримка життя

**Доповідачі:** Крамарева О.Г., Клименко С.Д.

**Майстер-клас кафедри медицини катастроф та військової підготовки**

**Тема:** Особливості проведення протоколу ТССС та ТЕСС

**Доповідачі:** Роцін Г.Г., Кузьмін В.Ю., Мазуренко О.В., Іскра Н.І., Сличко І.Й.

**Майстер-клас: Використання ультразвуку при невідкладних станах та в інтенсивній терапії дорослих, дітей (протокол POCUS, протоколи BLUE, FAST)**

**Доповідач:** Денис Сурков, експерт з респіраторної підтримки пацієнтів в критичному стані

**ЯКІСТЬ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ШЛЯХУ ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ З NSTEMI**

Сідь Є.В.

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»**

**Мета.** Проаналізувати якість екстреної медичної допомоги в залежності від шляху звернення хворих з гострим інфарктом міокарда без підйому сегмента ST (NSTEMI).

**Матеріали та методи.** В основу дослідження покладені дані обстеження 91 пацієнта з NSTEMI. Вибірка пацієнтів проводилася у період з 2015 по лютий 2018 рр. Всі обстежені особи були порівнянні за віком, соціальним статусом і статтю.

Оцінку якості надання екстреної медичної допомоги хворим з NSTEMI проводили відповідно до наказу № 164 МОЗ України від 03.03.2016 року. Пункти протоколу ЕМД: визначення сатурації крові; забезпечення венозного доступу; призначення нітрогліцерину; застосування ацетилсаліцилової кислоти (АСК) і клопідогрелю; призначення β-адреноблокатору, наркотичного анальгетика, антикоагулянту. Виконання пункту протоколу +1 бал, не виконання – 0 балів.

Направлення на госпіталізацію хворих відбувалося трьома шляхами: при зверненні до швидкої медичної допомоги (ШМД), звернення до непрофільного лікувального закладу з подальшим викликом Санавіації та звернення до центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), що і визначило у подальшому підгрупи для аналізу.

**Результати та обговорення.** Частка звернення пацієнтів з NSTEMI був наступний розподіл звернень: до ШМД – 40 (43,9 %), звернення до непрофільного лікувального з подальшим задіянням санавіації – 24 (26,4 %), до ЦПМСД – 27 (29,7 %). У групі ШМД визначення SpO<sub>2</sub> було у 33 (82,5 %) пацієнтів і не мало достовірної різниці з групою Санавіації за кількістю досліджень – 23 (95,8%) (p > 0,05). Тоді як в групі ЦПМСД виконання протоколу по даному пункту було лише в 15 (55,6%) випадках і мало достовірну розбіжність, як з групою ШМД, так і Санавіації, (p < 0,05). Установка венозного катетера відзначалася достовірно частіше в групі Санавіації 15 (62,5%) в порівнянні з – 5 (18,5%) в групі ЦПМСД (p < 0,05), але не досягала статистичної різниці з групою ШМД – 18 (45,0%), (p > 0,05).

Призначення нітрогліцерину, АСК та β-адреноблокатору не мало достовірної відмінності між групами. Тоді як призначення клопідогрелю було достовірно частіше в групі санавіації – 19 (79,2%), як проти групи ЦПМСД – 15 (55,6%), так і проти групи ШМД – 19 (47,5%) (p < 0,05). Призначення наркотичного анальгетика було найменшим у групі ЦПМСД у 11 (40,7%) пацієнтів, як проти групи ШМД – 31 (77,5%), так і групи Санавіації – 19 (79,2%), (p < 0,05).

**Висновки.** Оцінки якості ЕМД є важливим напрямком наукового пошуку. Отримані результати можуть служити в подальшому основою для розробки оптимальної моделі оцінки якості ЕМД пацієнтам з NSTEMI.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Голдовський Б.М.<sup>1</sup>, Серіков К.В.<sup>1</sup>, Поталов С.О.<sup>1</sup>, Серіков В.І.<sup>2</sup>, Філімонова І.В.<sup>1</sup>, Лелюк Д.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Державний заклад "Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України", місто Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет, місто Запоріжжя, Україна

**Мета.** Розробити нові та удосконалити існуючі методи діагностики та інтенсивної терапії (ІТ) у хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ).

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективне, нерандомізоване дослідження 56 критичних хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом, які перебували у відділенні анестезіології із палатами інтенсивної терапії КУ "Запорізька міська багатопрофільна клінічна лікарня № 9".

**Результати та обговорення.** Інтенсивна терапія (ІТ) застосовувалася згідно із Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги "Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)" (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 р. № 602).

**Висновки.** У хворих із транзиторними ішемічними атаками на тлі проведення ІТ мало місце покращення неврологічного статусу за шкалою National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) практично до легкого ступеня ІМІ, проте відбувалося поглиблення церебральної ішемії. У хворих із первинним ІМІ у правій та лівій гемисферах головного мозку, руслах правої та лівої середніх мозкових артерій мало місце поглиблення церебральної ішемії за рахунок формування зони некрозу нейронів головного мозку на тлі зменшення неврологічного дефіциту. У хворих із первинним ІМІ у стовбурі головного мозку на тлі проведення ІТ мало місце практичне нівелювання церебральної ішемії, проте неврологічний дефіцит за шкалою NIHSS характеризувався середньо-тяжким ІМІ на всіх етапах дослідження, без тенденції до покращення.

## НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ІНСУЛЬТІ: ПРОФІЛАКТИКА СИСТЕМНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Зозуля І.С., Зозуля А.І., Боброва В.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра медицини невідкладних станів, м. Київ, Україна

**Мета.** Вивчити системні ускладнення гострого мозкового інсульту та розробити заходи по їх корекції та профілактиці.

**Матеріали і методи.** Обстежено 220 хворих з гострим ішемічним інсультом, які лікувалися в КМКЛШМД протягом 2015-2019 років. Середній вік 55±7,2 років, переважає чоловіки (67%). Використані неврологічні методи дослідження, лабораторні та нейровізуалізуючі (КТ, МРТ УЗДГ), сучасні шкали для визначення тяжкості стану хворих, клініки та прогнозу.

**Результати та обговорення.** За даними ВООЗ щорічне захворювання інсультом у світі складає 1 випадок на 1000 населення. Летальність в гострий період складає 35% від загальної кількості і до року збільшується на 12-15%. Інсульт є головною причиною інвалідації (80%) і у 10% повторною непрацездатністю, 25% потребують створеної допомоги. У 25-30 % хворих до кінця року після інсульту розвивається деменція, розлади координації, мовні порушення. Своєчасна госпіталізація хворих з інсультом (до 4,5 год.) і надання допомоги в інсультних відділеннях (центрах) не тільки прискорює процес відновлення, але підвищує шанси на виживання. В цих відділеннях можна налагодити моніторинг ЕКГ, насичення крові киснем, моніторинг АТ, метаболічних показників, цукру, температури, біохімії крові, КТ, МРТ, УЗДГ, контроль динаміки неврологічного статусу, життєвоважливих функцій. Застосування системного тромболізація за використанням рекомбінантного тканінового активатора плазміногена Актилізе в перші 4-4,5 години від початку захворювання дозволяє відновити кровотік в ураженій судині і попередити незворотні ураження мозку. В цьому допомагає нейропротекція, направлена на збільшення виживаємості ішемізованої напівтини і відновлення порушених функцій. Важливим етапом в наданні невідкладної допомоги при інсульті є забезпечення прохідності дихальних шляхів, використання інгаляції чистого кисню; зменшити ризик ателектазу легенів і бронхопневмонії, профілактика серцевої недостатності, порушення ритму серця, інфаркта міокарда; моніторинг АТ і внутрішньочерепної гіпертензії. Догляд за шкірою, сечостатевою системою, очима, шлунково-кишковим трактом (порушення ковтання), харчуванням. Контролювати водно-сольовий баланс, цукор і температуру тіла, психосоціальний статус (депресія, акінетичний аутизм). При інсульті можлива втрата всіх функцій мозку, включаючи дихання, не дивлячись на серцеву діяльність і утримання АТ на нормальних цифрах. У випадку констатації смерті мозку хворого можна вважати померлим і перестати підтримувати усі інші важливі життєві функції.

**Висновок.** Отримані дані засвідчують необхідність підтримки усіх функцій організму при гострому інсульті.

## СТРУКТУРА ВИЯВЛЕНОЇ ВПРОДОВЖ 18 РОКІВ ЖИТТЯ У НАЩАДКІВ ПЕРШОГО ПОКОЛІННЯ, НАРОДЖЕНИХ МЕШКАНЦЯМИ РАДІАЦІЙНО-ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ НЕ ПУХЛИННОЇ ХВОРОБЛИВОСТІ

Гур'єв С.О.<sup>2</sup>, Іскра Н.І.<sup>1</sup>, Кузьмін В.Ю.<sup>1</sup>, Ярошенко Ж.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра медицини катастроф та військово-медичної підготовки, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Науковий Центр Радіаційної Медицини, м. Київ, Україна

**Мета.** Вивчити стан здоров'я нащадків першого покоління народжених протягом 12 років після аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) в сім'ях постійно проживаючих на радіаційно забруднених територіях.

**Матеріали і методи.** У відповідність з метою та завданнями роботи було проведено вивчення стану здоров'я 34682 нащадків першого покоління (НПП), народжених з 01.03.87 по 28.02.1998 рр. в сім'ях мешканців радіаційно-забруднених територій України (РЗТ) внаслідок аварії на ЧАЕС по досягненню ними 18 річчя. Джерелом інформації для проведення епідеміологічного дослідження стану здоров'я НПП слугувала база даних Державного реєстру України осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

**Результати та обговорення.** Аналіз виявленої на 18 років патології показав, що в структурі не пухлинних хвороб нащадків першого покоління, народжених в сім'ях осіб які проживали весь час на РЗТ найбільші частки за відсотками мають хвороби органів дихання, травлення та ендокринної системи. При цьому у осіб чоловічої статі превалюють хвороби органів дихання майже на 4%, а у жінок – хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин майже на 2%, а хвороби органів травлення майже на 2,1%.

**Висновки.** Отримані дані динамічного спостереження свідчать, що втрата здоров'я відбулася, в основному, за рахунок розвитку захворювань органів дихання, травлення та патології ендокринної системи, які займають в структурі разом близько 75% з яких 46% є хронічними.

## ВИБІР ТАКТИКИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Серіков К.В.<sup>1</sup>, Смирнова Л.М.<sup>2</sup>, Дарій В.І.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», місто Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології імені Олександра Олексійовича Шалімова Національної академії медичних наук України», місто Київ, Україна

<sup>3</sup>Запорізький державний медичний університет, місто Запоріжжя, Україна

**Мета.** Визначити тактику інтенсивної терапії (ІТ) у хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ) в залежності від змін показників киснево-гемодинамічного статусу (КГС).

**Матеріали та методи.** Проведено проспективне, нерандомізоване дослідження 42 хворих із середньо-тяжким ІМІ за шкалою інсульту National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) – середній вік 69,4 ± 1,4 років. З них чоловіків було 13 (30,9%) – середній вік (66,2±2,8) років; жінок 29 (69,1%) – середній вік (70,8 ± 1,5) років.

**Результати та обговорення.** У хворих із ІМІ і початковою гіпоксією має місце гіпокінетичний серцевий індекс (СІ) – 2,0±0,1 літр за вилину на квадратний метр (лххв-1хм-2), низький індекс доставки кисню (ІДО<sub>2</sub>) – 356±21 лххв-1хм-2, нормальні параметри насичення киснем артеріальної крові (SaO<sub>2</sub>) – 95,3±0,3 відсотків (%) та концентрації нейронспецифічної енолази (NSE) – 5,93±1,48 мікрограм на літр (мкгхл-1). При значеннях SaO<sub>2</sub> > 95% та ІДО<sub>2</sub> < 500 лххв-1хм-2 показана профілактична оксигенація. Антигіпертензивна корекція урапідилом.

У хворих із ІМІ і початковою гіпероксією має місце гіперкінетичний СІ – 3,6±0,1 лххв-1хм-2, підвищений ІДО<sub>2</sub> – 699±14 лххв-1хм-2, нормальні значення SaO<sub>2</sub> – 96,6±0,5% та NSE – 5,72±1,37 мкгхл-1. При значеннях SaO<sub>2</sub> > 95% та ІДО<sub>2</sub> > 600 лххв-1хм-2 профілактична оксигенація не показана. Антигіпертензивна корекція лабеталолом.

**Висновки.** ІТ орієнтована на відповідність ІДО<sub>2</sub> сприяє нормалізації показників КГС, що відбивається на результатах лікування хворих із ІМІ.

## ПОРАНЕННЯ СЕРДЦЯ: МНОЖИННІ, ПОЄДНАНІ ТА ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІ

Ткаченко О.А., Воробей О.В., Дорош В.М., Воробей І.О., Рибіцький Г.А., Кондратов Д.С.  
КНП «Київська міська клінічна лікарня ШМД»

**Мета.** Дослідити результати лікування в КНП «КМКЛШМД» постраждалих з множинними, поєднаними та торакоабдомінальними пораненнями серця. Термін дослідження охоплює 2001 - 2019 рр.

**Матеріали та методи досліджень.** Групу дослідження склали 66 осіб з множинними, поєднаними та торакоабдомінальними пораненнями серця, з них чоловіків – 59 (89,4%), жінок – 7 (10,6%). В групі дослідження колото-різані поранення зафіксовано у 64 (96,7%), вогнепальні – у 2 (2,3%). Впродовж 1 години з моменту травми до приймального відділення доставлено 62 (93,9%) пацієнта, протягом 2 годин – 4 (6,1%). На момент поступлення вкрай тяжкий та переагональний стан внаслідок тампонади серця та масивної крововтрати зафіксовано у 56 (84,8%). Об'єм гемоперикарду у 32 (48,5%) складав 300-500 мл, у 30 (45,5%) – 200-300 мл., у 4 (6%) – до 200 мл. Великий гемоторакс об'ємом 3000-3500 мл виявлено у 12 (18,2%) осіб, 2000-3000 мл – у 25 (37,9%).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Оперативне лікування при множинних, торакоабдомінальних та поєднаних травмах розпочинали з торакотомії. При встановленні торакоабдомінального проникаючого поранення в 14 випадках оперативне втручання виконували симультантно на органах плевральної та абдомінальної порожнини двома хірургічними бригадами. Множинні поранення серця під час хірургічної операції виявлено у 21 хворого, з них множинні (чотири поранення) лівого шлуночка спостерігали у 1, трьох камер серця – у 1, нижньої порожнистої вени в поєднанні з правим шлуночком – у 1, легеневого стовбуру в поєднанні з лівим передсердям – у 3 поранених. Поранення двох камер серця зафіксовано у 15.

В групі хворих з множинними пораненнями серця (21 поранений) померло 6 (28,6%) осіб. При поєднаних пораненнях серця з 13 постраждалих померло 6 (46,2%). Серед 32 постраждалих з торакоабдомінальними пораненнями померло 5 (15,6%) осіб.

Загальна кількість летальних наслідків у постраждалих з пораненнями серця констатовано у 17 (25,8%).

**Висновки:** Лікування постраждалих з пораненнями серця потребує відповідного ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я на всіх етапах надання медичної допомоги та кваліфікованого медичного персоналу. Симультантне лікування двома хірургічними бригадами дозволяє скоротити тривалість операції до 1,5±0,5 години та покращити остаточні результати лікування.

## РЕЗУЛЬТАТИ СИМУЛЯЦІЙНИХ НАВЧАНЬ З НАДАННЯ ЕКСТРЕНІЙ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ З МАСОВИМ УРАЖЕННЯМ ЛЮДЕЙ

Мазуренко О.В., Рошнін Г.Г., Кузьмін В.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шуплика, кафедра медицини катастроф та військово-медичної підготовки

**Мета.** Оцінити готовність до надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим при надзвичайних ситуаціях (НС) на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Матеріал та методи. Симуляційне навчання проведене за міжнародною системою MacSim. Створено імітаційні моделі місця НС та закладів охорони здоров'я на 270 та 416 лікарняних ліжок, з відповідним ресурсним забезпеченням. Моделювання постраждалих реалізовували за допомогою імітаційних карток травмованих (300 шт.) з поєднаними та ізольованими травмами різного ступеню тяжкості, яким проводили медичне сортування, діагностику та лікування. Симуляцію проведено в 4 групах (100 осіб) для: лікарів медицини невідкладних станів; лікарів районних лікарень та організаторів охорони здоров'я. Дослідження проводили до та після симуляційного навчання за єдиними протоколами надання ЕМД.

**Результати та обговорення.** За результатами проведеного моделювання та аналізу надання ЕМД до впровадження протоколів визначено низку недоліків, а саме: необґрунтована доставка з місця події до закладів охорони здоров'я померлих з різних причин (0,9±0,4%); не своєчасне діагностування пошкоджень внутрішніх органів та передчасні смертельні випадки (27,3±3,7%); затримка направлення травмованих до операційної (37,8±2,5%); перебільшення обсягу хірургічного лікування (12,1±3,8%); відсутність готовності системи управління закладів охорони здоров'я, щодо впровадження галузевої та міжвідомчої взаємодії. Застосування протоколів надання ЕМД постраждалим при НС дозволило покращити результати за розрахунком стандартизованого показника на 48,7±3,2%.

**Висновки.** Дослідження довело необхідність постійного вдосконалення механізмів галузевої та міжвідомчої взаємодії, потребу впровадження єдиних протоколів надання ЕМД на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА В США

Рощін Г.Г.<sup>1</sup>, Мазуренко О.В.<sup>1</sup>, Близнюк Н.Д.<sup>2</sup>, Волошин В.Д.<sup>2</sup>, Іванов В.І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета.** Удосконалення кадрового забезпечення системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) України відповідно до міжнародних стандартів.

Матеріал та методи. Проаналізовано дані Національного реєстру асоціації фахівців догоспітального етапу ЕМД США (NREMT) чотирьох рівнів: національний екстрений медичний реагувальник (EMR), екстрений медичний технік (EMT), розширений екстрений медичний технік (AEMT), та національний парамедик (NRP). Порівняно з цим, проведено аналіз кількості медичних фахівців догоспітального етапу в Україні згідно Форм звітності №22-(річна) за 2018 рік. З метою порівняння, розраховували відносний показник – P = кількість працівників на 10 тис. населення. Населення США на кінець 2018 складало 332,9 млн. осіб; населення України – 41,9 млн.

**Результати та обговорення.** Станом на початок 2019 р. NREMT всього зареєструвало 394 тис. 831 фахівців, з них: 12 тис. 005 осіб із сертифікацією EMR, 262 тис. 754 – EMT, 16 тис. 554 – AEMT та 103 тис. 518 – NRP відповідно. За отриманими даними, в системі EMS всього працювало 11,9 фахівця на 10 тис. населення США (P=11,9), з яких: із сертифікацією EMR – 0,36 фахівця, EMT – 7,9, AEMT – 0,5 та NRP – 3,1 відповідно. В той же період в системі ЕМД України облікова кількість штатних працівників виїзних бригад Е(Ш)МД складала 20 тис. 121 фахівець, що відповідає відносному показнику – 4,8 фахівця на 10 тис. населення, з них: лікарі бригад Е(Ш)МД – 3 тис. 029 осіб (P=0,72), фельдшери та сестри медичні бригад Е(Ш)МД – 17 тис. 092 особи (P=4,1). Таким чином, загальний відносний показник медичних фахівців системи ЕМД України (P=4,8) майже в 2,5 рази нижче ніж сертифіковано NREMT фахівців системи EMS в США (P=11,9). Зокрема, відповідно принципу – «прийняття рішень» при формуванні бригад Е(Ш)МД, загальний показник лікарів, фельдшерів та сестер медичних бригад Е(Ш)МД в Україні (P=4,8) в 0,8 раз більший ніж загальний показник фахівців системи EMS США із сертифікацією AEMT та NRP (P=3,6). Але, в структурі системи EMS США лікарі медицини невідкладних станів працюють виключно в стаціонарних відділеннях екстреної (невідкладної) медичної допомоги (англ.: Emergency Department). Враховуючи, що в цілому в Україні за 2018 рік кількість лікарських загально профільних бригад Е(Ш)МД складала 996 одиниць, які надали медичну допомогу 2 млн. 444 тис. 254 особам (2455 осіб на 1 бригаду) та спеціалізованих бригад Е(Ш)МД – 115 одиниць, які надали медичну допомогу 288 тис. 477 особам (2508 осіб на 1 бригаду), можливо перепрофілювання складу виїзних бригад та укомплектування штату при створенні відділень невідкладної медичної допомоги відповідно до основних положень «Концепції розвитку системи ЕМД в Україні», що схвалено розпорядженням КМУ від 22 травня 2019 р. № 383-р.

**Висновки.** З метою удосконалення кадрового забезпечення системи ЕМД України відповідно до міжнародних стандартів, можливо проведення навчання та сертифікацію за рівнем «Перший на місці події» та «Екстрений медичний технік» інших працівників, що входять до штату молодшого медичного персоналу виїзних бригад системи ЕМД України (2223 особи) та водіїв бригад Е(Ш)МД (9870 особи). За попередніми даними, це збільшить загальний показник медичних фахівців системи ЕМД в Україні в 1,6 раз (P≈7,7), та відносний показник молодших спеціалістів в 1,7 раз (P≈7,0). Відповідно до чого, це потребує розширення мережі підстанцій, модернізації диспетчерської системи та створення «Колл-центру».





# ХІРУРГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІНТЕРВЕНЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ 2020»

17 вересня 2020 року, 12.30-18.00

**Організатори:** ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», Pain Medicine Journal, Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, ДУ «Інститут урології НАМН України», ГО «Український інститут дослідження болю», МТ «ДокторДумає»

## Секція перша 12-30-15.00

**Модератори:** Дмитро Дмитрієв, Роман Крегг

**Тема:** Біопсихосоціальна модель болю: як лікувати пацієнта, а не синдром

**Доповідач:** Володимир Романенко, Київ

**Тема:** Стероїдні ін'єкції в лікуванні вертеброгенного болю

**Доповідач:** Ростислав Чаплинський, Харків

**Тема:** Радіочастотне інтервенційне лікування болю

**Доповідач:** Борис Павлов, Київ

**Тема:** Перирадикулярні ін'єкції під КТ-навігацією

**Доповідач:** Вадим Ілляшенко, Київ

**Тема:** Диференційна діагностика болів у ділянці тазу й ноги. Клініко-електроміографічні співставлення

**Доповідач:** Юрій Пономаренко, Київ

**Тема:** Нейролізис сонячного сплетіння: за і проти

**Доповідач:** Руслан Седлецкий, Київ

## Секція друга 15-30-18.00

**Модератори:** Каміль Нуріманов, Вадим Білошицький

**Тема:** У жорстких обіймах фіброміалгії

**Доповідач:** Дар'я Сапон, Київ

**Тема:** Ультразвукова навігація в медицині болю. Клінічні приклади

**Доповідач:** Дмитро Дмитрієв, Вінниця

**Тема:** Міофасціальні блоки в лікуванні онкологічного болю

**Доповідач:** Андрій Строкань, Київ

**Тема:** Інтервенційне лікування урологічного синдрому хронічного тазового болю у чоловіків

**Доповідач:** Каміль Нуріманов, Київ

**Тема:** Фармакотерапія в менеджменті хронічного тазового болю

**Доповідач:** Роман Крегг, Лондон

**Тема:** Нейромодуляція при хронічному болю: можливості і перспективи

**Доповідач:** Вадим Білошицький, Київ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ  
ТА СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ»**

**18 вересня 2020 року, 10.00-13.00**

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

**Головуючі: Усенко О.Ю., Костилев М.В., Сидюк А.В.**

**Тема:** Сучасні можливості хірургічного лікування раку стравоходу

**Доповідачі:** Усенко О.Ю., Сидюк А.В.

**Тема:** Порівняльний аналіз можливостей променевої та спеціальних методів в діагностиці захворювань стравоходу

**Доповідачі:** Костилев М.В., Бурій О.М., Роздобудько Ю.М., Сухачов С.В.

**Тема:** Патоморфологічні особливості передракових захворювань та пухлин стравоходу

**Доповідач:** Кропельницький В.О.

**Тема:** Особливості анестезіологічного забезпечення операцій на стравоході

**Доповідач:** Сидюк О.Є.

**Тема:** Профілактика та лікування післяопераційних ускладнень у хворих після резекції стравоходу

**Доповідач:** Клімас А.С.

**Головуючі: Костилев М.В., Тивончук О.С.**

**Тема:** Проблемні питання в хірургічному лікуванні гриж стравохідного отвору діафрагми

**Доповідач:** Тивончук О.С.

**Тема:** Сучасні аспекти лікування ахалазії кардії

**Доповідачі:** Бурій О.М., Терешкевич І.С.

**Тема:** Комплексне лікування стравоходу Барретта та пептичних стриктур стравоходу

**Доповідачі:** Терешкевич І.С.

**ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПУХЛИН СТРАВОХОДУ**

**Кропельницький В.О., Тумасова К.П., Курдельчук О.О., Канцера І.В.**

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

**Мета.** Представити патоморфологічні характеристики основних передракових станів та пухлин стравоходу на власному матеріалі відділу патологічної анатомії та цитології ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» (далі – НІХТ).

**Матеріал та методи.** Патогістологічний аналіз матеріалу 39 ендоскопічних біопсій та 9 резекцій стравоходу пацієнтів НІХТ за 9 місяців 2020 р.

**Результати та обговорення.** Проаналізовані і представлені результати розподілу пацієнтів з патологією стравоходу. У 9 пацієнтів з резекціями стравоходу виявлено: 3 плоскоклітинних карциноми, 1 перснеподібна аденокарцинома, 1 лейоміома, 3 дивертикула Ценкера, 1 постопікова стриктура. Відсоток злоякісних процесів – 44,4%. Всі злоякісні процеси мали локалізацію у нижній третині стравоходу. Група пацієнтів з ендоскопічними біопсіями (всього 39) розподілилася наступним чином: з одноразовою біопсією 34 пацієнти, у 3 пацієнтів були повторні біопсії. У одного пацієнта біопсією виконували тричі. Злоякісних процесів виявлено 6 (17,6%), 4 плоскоклітинні карциноми, 2 аденокарциноми). У двох пацієнтів діагноз виставлений після повторної біопсії. У двох пацієнтів при клінічній підозрі на злоякісний процес отримати гістологічну верифікацію не вдалося. Плоскоклітинна папілома стравоходу діагностована у 3 пацієнтів (8,8%). езофагіт – у 4 пацієнтів. Виразка стравоходу – 7 пацієнтів; стравохід Барретта (далі СБ) – 12 пацієнтів (35,2%). У групі хворих з СБ кишкова метаплазія виявлена у 8 пацієнтів (66,6%), легка дисплазія епітелію залоз виявлена у 2 пацієнтів (16,6%), важка дисплазія епітелію залоз також у 2 пацієнтів (16,6%). Таким чином по матеріалах НІХТ найбільш частим злоякісним процесом у стравоході виявлена плоскоклітинна карцинома, що протирічить загальноприйнятій статистиці

у країнах заходу, за якою найбільш частим злоякісним процесом є аденокарцинома. Одним з пояснень цього може бути те, що до нашої роботи не включені пацієнти з аденокарциномами гастроєзофагеального переходу та кардіального відділу шлунка з розповсюдженням на нижню третину стравоходу. СБ виставлявся у будь-якому разі виявленням циліндоклітинної слизової оболонки на 1 см вище Z-лінії, в незалежності від виявлення келихоподібних клітин. Наявність інтестинальної метapлазії та ступінь вираженості диспластичних змін епітелію виносились у гістологічні заключення окремо. Окрему увагу приділяли диференційній діагностиці реактивних регенеративних змін епітелію та дисплазії епітелію.

**Висновки.** При оцінці операційного матеріалу хворих зі злоякісними процесами стравоходу потрібний детальний аналіз гістологічної будови для встановлення типу злоякісного процесу, глибини розповсюдження, статусу лімфатичних вузлів, наявності лімфоваскулярної та периневральної інвазії, чистоти країв резекції. Основним патологічним станом у стравоході окрім злоякісних процесів, є стравохід Барретта. При аналізі матеріалів пацієнтів з клінічною картиною СБ має бути проведена гістологічна оцінка наявності кишкової метapлазії у вигляді келихоподібних клітин, ступінь вираженості диспластичних змін, наявність реактивних регенеративних змін епітелію, ступінь вираженості набряку та запальної інфільтрації у стромі.

## МІНІІНВАЗИВНА ЕЗОФАГЕКТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ

Сидюк А.В., Сидюк О.Є., Савенко Г.Ю., Клімас А.С.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова, м. Київ

**Мета.** Покращити результати хірургічного лікування хворих із захворюваннями стравоходу шляхом впровадження методу мініінвазивної езофагектомії (МІЕ).

**Матеріали і методи.** В НИХТ ім. О.О. Шалімова за період з 2016 по 2020 р. виконано 51 МІЕ з пластикою останнього шлунковим трансплантатом. МІЕ за I.Lewis (n=36), МІЕ за McKeown (n=9), транسخіатальна МІЕ (n=7). Середній вік хворих склав 53 роки (13-64). З приводу пухлин стравоходу оперовано 43 хворих (84,6%) та післяопікової структури стравоходу 8 хворих (15,4%). З екстраплевральним анастомозом у 15 хворих (29,5%), та інтраплевральним у 36 хворих (70,5%).

**Результати та обговорення.** Середній час операції склав 400 хв. (370-480 хв.), середній об'єм крововтрати – 101 мл (50-200 мл), середній час перебування в палаті інтенсивної терапії склав 2 доби (1-3) та стаціонарного післяопераційного лікування – 10 днів (8-16). Ускладнення в 1-го пацієнта – гостра странгуляційна тонко кишкова непрохідність, проведено 1 повторне оперативне втручання. Післяопераційних легеневих ускладнень та летальних випадків не було. Езофагектомія є складною операцією, що обумовлено патологією, складністю анатомо-топографічного розташування стравоходу, а також великою травматичністю та тривалістю втручання, та пов'язане зі значною частотою периопераційних ускладнень, та летальністю. За сучасними тенденціями в світі значного поширення здобули МІЕ, як альтернатива відкритим доступам за I.Lewis, McKeown та транسخіатальний.

**Висновки.** Застосування мініінвазивних хірургічних втручань сприяє зменшенню вираженості післяопераційного болю, періоду перебування в стаціонарі, зменшенню інтраопераційної крововтрати. Слід зазначити, що дану процедуру доцільно виконувати в спеціалізованих медичних закладах з досвідом в мініінвазивній хірургії та хірургії стравоходу.

## CHARACTER OF FUNCTIONAL AND PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES OF THE LIVER AT EXPERIMENTAL ABDOMINAL SEPSIS

Kavyn V.

Ivano-Frankivsk national medical university,  
department clinical anatomy and operative surgery

**The objective of research** is a revealing disorder of lipid metabolism and pathomorphological changes the liver with the development of abdominal sepsis.

**Materials and methods.** It was carried out the morphological research of the liver, the research of lipid metabolism and some liver biochemical indicators in 14 rats with experimental abdominal sepsis. It was used male rats weighing 152-205g for research. In order to create a model of abdominal sepsis in rats intraperitoneally 30% stool suspension was introduced. Blood examination was carried out through 24 hours after the start of the experiment.

**Results of the study and their discussion.** The assessment of the general condition of rats was performed according to the following criteria: condition of the wool, presence or absence of excretions from the eyes, disorder breathing, weight loss, presence or absence of diarrhea, disorder orientation in space and disorder activity in the rat. We found changes in lipid metabolism, which were characterized by disorder  $\alpha$ -lipoprotein content, which increased and amounted to  $1.47 \pm 0.02$  mmol/l compared to the control values. The content of  $\beta$ -lipoproteins and triglycerides in comparison with the control parameters slightly changed and amounted to  $0.29 \pm 0.03$  mmol/l and  $0.83 \pm 0.02$  mmol/l, respectively. We found marked changes in the content of cholesterol and pre- $\beta$ -lipoproteins in rats with abdominal sepsis. Cholesterol content increased to  $2.13 \pm$

0.06 mmol / l in these rats. We observed an increase content of pre- $\beta$ -lipoproteins to  $0.44 \pm 0.05$  mmol / l, which along with  $\beta$ -lipoproteins are attributed to proinflammatory lipoproteins. Biochemical changes a liver condition at experimental sepsis were characterized by disorder alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase content. Studies have shown that the content of alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase in the blood of experimental rats was high and amounted  $185.5 \pm 0.5$  U/l and  $476.2 \pm 0.4$  U/l. At microscopic examination of samples of a liver its stroma and a parenchyma are swollen. Minor hemorrhages were found in the liver parenchyma of experimental rats. The liver veins are full-blooded and enlarged. Intercellular spaces are expanded. Hepatocytes with signs of granular and vacuole dystrophy, and their cytoplasm is enlightened owing to swelling, diminution and premembrane condensation chromatin. Summary. Thus, in the conditions of experimental abdominal sepsis liver disorders have occurred. These disorders are manifested by changes in lipid metabolism, microscopic changes in hepatocytes, which requires further study of the course of the septic process.

## ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

### СЕМІНАР «НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОРТОПЕДІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ»

16 вересня 2020 року, 11.30-14.30

**Організатор:** ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

**Тема:** Пластика кісткових дефектів при ендопротезуванні колінного суглоба з використанням алогенних імплантів «ОМС-А»

**Доповідачі:** Філіпенко В.А., Танькут О.В.

**Тема:** Заміщення кісткових дефектів при ревізійному протезуванні кульшового суглоба алогенними імплантатами «ОМС-А»

**Доповідачі:** Мезенцев В.О., Філіпенко В.А.

**Тема:** Використання телескопічної ротаційної стабілізуючої системи при лікуванні патології, пов'язаної зі зниженням якості кісткової тканини

**Доповідачі:** Корж М.О., Хмизов С.О., Кацалал Є.С., Пашенко А.В.

**Тема:** Сучасний підхід до корекції деформації та подовження кінцівок у пацієнтів з ахондроплазією

**Доповідачі:** Хмизов С.О., Гриценко А.В., Ковальов А.М., Трофимчук В.О.

**Тема:** Біореконструктивні хірургічні втручання при лікуванні пухлин довгих кісток

**Доповідачі:** Головіна Я.О., Вирва О.Є., Малик Р.В.

**Тема:** Хірургічне лікування злоякісних пухлин таза

**Доповідачі:** Вирва О.Є., Головіна Я.О., Малик Р.В.

**Тема:** Морфологічне дослідження якості рефіксації розгинального апарату гомілки на експериментальній моделі

**Доповідачі:** Вирва О.Є., Скорик І.О., Ашукіна Н.О., Данищук З.М.

**Тема:** Дослідження ревіталізації алогенних імплантів за допомогою біологічно активних чинників в експерименті та можливості клінічного застосування

**Доповідачі:** Воронцов П.М., Нікольченко О.А., Данищук З.М., Гусак В.С., Сльота О.М., Самойлова К.М., Вельямінова В.В.

**Тема:** Кісткова пластика в ампуатаційній хірургії нижніх кінцівок та протезування хворих на операційному столі

**Доповідачі:** Диннік О.А., Тимченко І.Б., Диннік А.О.

**Тема:** Біохімічні маркери кісткової тканини: що потрібно знати травматологу?

**Доповідач:** Григор'єва Наталія Вікторівна, д.мед.н., професор, провідний науковий співробітник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф.Чеботарьова НАМН України»

**Тема:** Інноваційні рішення 3D друку в медицині

**Доповідач:** Бут Микола, директор компанії 3DDevice



**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ**  
**«ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ В ДІЛЯНЦІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА.**  
**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ УШКОДЖЕНЬ**  
**В ДІЛЯНЦІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА»**

**18 вересня 2020 року, 10.00-13.00**

**Організатор: ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»**

**Клініка №9: Відділення мікрохірургії та реконструктивно-відновної хірургії верхньої кінцівки**  
**Хірургічне лікування ушкоджень в ділянці ліктьового суглоба**

**Модератори: проф. Страфун С.С., д.мед.н. Курінний І.М.**

**Тема:** Помилки та ускладнення при лікуванні переломів ділянки ліктьового суглоба

**Доповідачі:** Страфун С.С., Курінний І.М., Страфун О.С.

**Тема:** Результати лікування переломів в ділянці ліктьового суглоба

**Доповідачі:** Страфун С.С., Курінний І.М., Страфун О.С.

**Тема:** Особливості ендопротезування ліктьового суглоба та голівки променевої кістки

**Доповідачі:** Страфун С.С., Курінний І.М., Страфун О.С.

**Тема:** Періопераційний супровід хірургічного лікування суглобів за допомогою біорегуляційного підходу

**Доповідач:** Бабко А.М., д.мед.н.

**Клініка №7: Відділення патології стопи та складного протезування**

**Тема:** Актуальні питання діагностики та лікування наслідків ушкоджень в ділянці гомілковостопного суглоба

**Модератори:** проф. Лябах А.П., проф. Бур'янов О.А., д.мед.н. Гайко О.Г.

**Тема:** Корекційні остеотомії дистального відділу гомілки при наслідках переломів в ділянці гомілковостопного суглоба

**Доповідачі:** Лябах А.П., Омельченко Г.М., Лазаренко Г.М.

**Тема:** Хірургічне лікування передньо-латеральної нестабільності гомілковостопного суглоба

**Доповідачі:** Турчин О.А., Омельченко Г.М., Пятковський В.М.

**Тема:** Артродез гомілковостопного суглоба

**Доповідачі:** Лябах А.П., Бур'янов О.А., Омельченко Т.М., Пятковський В.М.

**Тема:** Лікування остеохондральних ушкоджень таранної кістки

**Доповідачі:** Лябах А.П., Бур'янов О.А., Омельченко Т.М.

**Тема:** Інструментальна діагностика ушкоджень м'яких тканин гомілковостопного суглоба

**Доповідачі:** Гайко О.Г., Радченко К.А., Осадча Л.Є.

**Тема:** Інноваційна модель реабілітації травм нижніх кінцівок

**Доповідач:** Попов Ілля

## КІСТКОВА ПЛАСТИКА В АМПУТАЦІЙНІЙ ХІРУРГІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК З ПРОТЕЗУВАННЯМ ХВОРИХ НА ОПЕРАЦІЙНОМУ СТОЛІ

Диннік О.А.<sup>1</sup>, Тимченко І.Б.<sup>1</sup>, Диннік А.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України», Харків  
<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти», Україна

**Мета.** Висвітлення досвіду авторів щодо кістковопластичного формування кукс стопи, голілки і стегна із протезуванням пацієнтів на операційному столі (експрес-протезуванням).

**Матеріали і методи.** Запропоновано близько 150 пацієнтів із застосуванням розроблених компресійного спице-стержевого пристрою (КССП) та оригінальних конструкцій експрес- та лікувально-профілактичних протезів із сучасних модулів. КССП складають: 1конусний самонарізаючий стержень, кілька спиць з упорними майданчиками та стяжок-спицезатискачів, гайок М6 та 1-2 планки з отворами. КССП – малогабаритний розташований на передній або латеральній поверхні кукси (в залежності від оперованого сегменту), що дозволяє виготовити приймальну гілзу з «вікном» в його проекції експрес- та лікувально-тренувального протезів. Пристрій легко монтується та демонтується, стабільно фіксує кісткові структури кукси та дозволяє, при необхідності, задавати їх додаткову компресію. Проводили клінічні, рентгенологічні, біомеханічні та фізіологічні методи досліджень.

**Результати та обговорення.** Удосконалено відомі та розроблено нові способи кістковопластичного формування кукс на основі операцій за Пироговим, Біром, Грітті, Шимановським, запропоновано способи екзартикуляції голілки у колінному суглобі із збереженням надколінка та користувальні операції на хибних коротких і передніх куксах стопи. Прийняті медико-технічні рішення забезпечують з 1-2 доби після операції навантаження кукси, мобільність та побутову незалежність пацієнтів, оптимізують умови для загоєння м'якотканинних та консолидації кісткових тканин кукс.

Готовність пацієнтів до постійного протезування через 2-2,5 місяці після операції, що вдвічі менше ніж у разі кістковопластичного формування кукс за традиційними підходами.

**Висновки.** Отримані клінічні результати свідчать про ефективність розробленого медико-технічного реабілітаційного напрямку зазначеного контингенту та потребують його широкого впровадження.

## ПЛАСТИКА КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА З ВИКОРИСТАННЯМ АЛОГЕННИХ ІМПЛАНТАТІВ «ОМС-А»

Філіпенко В.А., Танькут О.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. Ситенко М.І. НАМН України»

**Мета.** Проаналізувати результати ендопротезування колінного суглоба при кісткових дефектах проксимального відділу великогомілкової кістки різних типів.

**Матеріали і методи.** За період з 2011 по 2019 рр. було виконано 168 операцій ендопротезування колінного суглоба, під час яких здійснювали пластику дефектів проксимального відділу великогомілкової кістки. Середній вік пацієнтів склав 63 роки (від 42 до 75 років), 65 чоловіків і 103 жінки.

При 1-му типі кісткового дефекту колінного суглоба за AORI (F1,T1) оптимальним є виконання ендопротезування з пластикою даної ділянки за допомогою цементу (32 пацієнти). При 2-му типі кісткового дефекту колінного суглоба за AORI (F2a,T2a) пластику виконували структурним алотрансплантатом, який фіксується гвинтами, та встановлювали подовжуючий стем (90 пацієнтів).

При 3-му типі (F2b-F3,T2b-T3) кісткових дефектів (46 пацієнтів) реконструкція виявляється набагато складнішою через те, що метафізарний дефіцит кістки з сегментарним порушенням великогомілкової поверхні, як правило, поєднується з нестабільністю колатеральних зв'язок. В таких випадках при мінімальній резекції кістки ми використовували нероз'ємні конструкції ендопротеза зі степами і доповнювали пластику кісткових дефектів алогенними імплантатами «ОМС-А» (в 24 випадках) та/або танталовими аугментами (22 випадки).

**Результати та обговорення.** Середня тривалість спостереження становила 4,5 роки (від 1 до 8 років). Стан суглоба за шкалою Лекена, шкалою Вотаса, шкалою IKDC після операції покращилися. Не було жодного випадку міграції компонентів або остеолізу.

**Висновки.** Наш клінічний досвід свідчить, що при операціях ендопротезування колінного суглоба велике значення має науково обгрунтований вибір методики пластики кісткових дефектів великогомілкової кістки, що дозволяє покращити результати лікування.

## ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПРИ РЕВІЗІЙНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА АЛОГЕННИМИ КІСТКОВИМИ ІМПЛАНТАТАМИ «ОМС-А»

Мезенцев В.О., Філіпенко В.А.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

**Мета.** Покращити результати реендопротезування кульшового суглоба шляхом пластики кісткових дефектів алогенними кістковими імплантатами «ОМС-А».

**Матеріали і методи.** В період з 2016 до 2019 року проведено 102 операції з реендопротезування кульшового суглоба із використанням алогенних кісткових імплантів «ОМС-А» (52 хворих – нестабільність тазового компонента, 10 – ніжки, 40 – обох компонентів). Для оцінки кісткових дефектів кульшової западини та стегнової кістки при реендопротезуванні кульшового суглоба використовували класифікації Paprosky. Перебудову кісткових імплантів оцінювали за даними рентгенологічного обстеження.

**Результати та обговорення.** Позитивні результати реендопротезування кульшового суглоба були одержані у 93 % хворих. Для забезпечення успіху реендопротезування кульшового суглоба необхідним є відновлення центру ротації кульшового суглоба з реконструкцією анатомії кульшової западини і стегнової кістки. Це потребує пластики кісткових дефектів, що виникли на момент ревізійної операції. Виникає потреба у достатній кількості якісного пластичного матеріалу алогенного походження у різному вигляді – як структурних зразків, так і подрібнених. Втрату об'єму пластичного матеріалу із виникненням нестабільності тазового компонента було виявлено у 6 хворих, що мали важкі дефекти кульшової западини (тип III за Paprosky). В одному випадку розсмоктування алотрансплантів навколо проксимальної частини модульної ревізійної ніжки сприяло її перелому. На перебудову кісткових імплантів впливав вибір типу ревізійної конструкції, ступінь її первинної стабільності та здатність до подальшої інтеграції.

**Висновки.** Алогенні кісткові імплантати «ОМС-А» при реендопротезуванні кульшового суглоба проявили здатність до перебудови із відновленням кісткової маси та подальшим забезпеченням необхідного навантаження у місці імплантації. Ретельний вибір оптимальної конструкції ревізійного ендопротеза сприяє успіху кісткової пластики.

## БИОРЕКОНСТРУКТИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У РАЗІ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ДОВГИХ КІСТОК

Головіна Я.О., Вирва О.Є., Малик Р.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

**Мета.** Провести аналіз результатів різноманітних видів хірургічних втручань з застосуванням кісткових алоімплантів (досвід ДУ «ПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»).

**Матеріал і методи.** Проаналізовано результати лікування 74 пацієнтів з онкопатологією довгих кісток, що проходили лікування в клініці ДУ «ПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ». Усім хворим проводилась кісткова алопластика післярезекційних дефектів довгих кісток за різними методиками. Усі види хірургічних втручань було розподілено на: широку резекцію (білясуглобову) з заміщенням післярезекційного дефекту структурним корково-губчастим алотрансплантатом (11 хворих), пристінкову резекцію з заміщенням дефекта кістки «чипсами» із кісткового алотрансплантата (58 пацієнтів), та сегментарну резекцію кістки з алокомполітним ендопротезуванням (5 хворих).

**Результати та обговорення.** Встановлено показання до кожної методики заміщення післярезекційних дефектів кісток. Інфекційних ускладнень не спостерігалось в жодному випадку. Було виявлено 2 рецидива пухлини та в 1 випадку – відсутнє зрощення алотрансплантата та кістки реципієнта.

**Висновки.** Кожна методика заміщення післярезекційних дефектів довгих кісток має свої чіткі показання. Застосування кісткових алоімплантів має рід переваг перед іншими методиками хірургічних втручань у онкохворих. Використання алокомполітного ендопротезування дозволяє заміщати сегментарні кістково-суглобові дефекти, поліпшувати стабільність ендопротеза, відновлювати ділянки кісткової тканини, що були резеквані і скорочувати ризики повторних ревізійних оперативних втручань.

## СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ДЕФОРМАЦІЇ ТА ПОДОВЖЕННЯ КІНЦІВОК У ПАЦІЄНТІВ З АХОНДРОПЛАЗІЄЮ

Хмизов С.О., Гриценко А.В., Ковальов О.М., Трофімчук В.О.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

**Вступ.** Ахондроплазія – генетично зумовлена хвороба, що супроводжується порушенням росту скелета та кінцівок в довжину. Батьки таких дітей часто звертаються до ортопедів з бажанням подовжити ріст хворого. Більшість авторів вважають доцільним одночасне подовження симетричних сегментів, починаючи з гомілок, але відмічають значну

кількість вторинних деформацій сегменту при дистракції.

**Мета.** В експерименти на фізичних моделях визначити стабілізуючі можливості апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ) при їх різних компоновках.

**Матеріали і методи.** Експериментальне дослідження проводили на моделях пластикових великогомілкових кісток, з розрізом у верхній третині діафізу. В експериментальній групі на моделі накладали АЗФ з V-подібним розташуванням стержнів в проксимальному відділі великогомілкової кістки. В іншій групі АЗФ накладали з розташуванням стержнів в однієї площині. Моделі випробували при навантаженнях на стиск та згин.

**Результати та обговорення.** При навантаженнях на стиск до 50 Н, зміщення проксимальних фрагментів великогомілкової кістки не мають статистично значущих розбіжностей в залежності від схеми накладання АЗФ. При навантаженнях величиною 100 Н і більше АЗФ за V-подібною схемою забезпечували менші зміщення фрагментів великогомілкової кістки ніж АЗФ з рядною компоновкою.

При навантаженнях на згин до 100 Н рядна компоновка АЗФ забезпечує менші зміщення проксимального фрагменту великогомілкової кістки ніж АЗФ за V- подібною схемою. При навантаженнях в 150 та 200 Н значущої різниці між величинами зміщення фрагментів при різної компоновки АЗФ не спостерігали.

**Висновки.** V-подібна компоновка АЗФ дозволяє забезпечити стабільнішу фіксацію фрагментів великогомілкової кістки ніж АЗФ з рядною компоновкою стержнів при всіх досліджених способах навантаження.

## ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕСКОПІЧНИХ РОТАЦІЙНО СТАБІЛЬНИХ СИСТЕМ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗНИЖЕННЯМ ЯКОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Корж М.О., Хмизов С.О., Кацалап Є.С., Пашенко А.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

**Мета.** Показати власний досвід використання інтрамедулярних телескопічних фіксаторів (ІТФ) при корекції деформацій довгих кісток у дітей з недосконалим остеогенезом (НО) та фосфат-діабетом (ФД).

**Матеріали і методи.** У відділенні дитячої ортопедії ІПХС з 2012 по 2020 рр. проліковано 30 пацієнтів (м.17, ж.13) у віці від 4 до 16 років з деформаціями нижніх кінцівок, пов'язаними зі зниженням якості кісткової тканини. До групи 1 увійшли 23 пацієнти з діагнозом НО, до групи 2-7 з ФД. Усі пацієнти (100 %) мали багатоплощинні деформації верхніх і нижніх кінцівок та порушення опороздатності. Хірургічна корекція деформацій проводилась з виконанням коригуючих остеотомій з наступною фіксацією оригінальним ІТФ. Усім пацієнтам проведений аналіз ускладнень та оцінка кутівих параметрів сегментів до та після операції за протоколом Dr. Paley.

**Результати та обговорення.** У групі 1 загальна кількість прооперованих сегментів – 83 (плече 6, стегно 35, гомілка 42), у групі 2 – 28 (стегно 14, гомілка 14). Проведене хірургічне лікування із застосування ІТФ дозволило нормалізувати кутіві параметри 109 оперованих сегментів (98%). При цьому відмічався нормальний ріст оперованих сегментів у 107 (96%) випадка із відповідним подовженням ІТФ. Ускладнення у групі 1: відсутність подовження ІТФ 1, деформація ІТФ 2, перелом блокувальної шплиці 1, деформація сегмента кінцівки з міграцією ІТФ 1, перелом сегмента кінцівки за наявності ІТФ 2. Ускладнення у групі 2 – деформація ІТФ 1, відсутність подовження ІТФ 3, перелом блокувальної шплиці ж.3.

**Висновки.** Використання ІТФ у дітей при хірургічній корекції деформацій довгих кісток пов'язаної зі зниженням якості кісткової тканини є ефективним та супроводжується низьким відсотком ускладнень.

## РЕВІТАЛІЗАЦІЯ АЛОКІСТКОВИХ ІМПЛАНТАТІВ ЗА РАХУНОК БІОАКТИВНИХ ФАКТОРІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ ТА МОЖЛИВІСТЬ ЇХ КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ

Воронцов П.М., Никольченко О.А., Данищук З.М., Гусак В.С., Сльота О.М., Самойлова К.М., Вельямінова В.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

**Мета.** Вивчити в експерименті перебудову алокісткових імплантатів після їх ревіталізації аутологічними біоактивними речовинами сироватки крові та культивованими стромальними клітинами кісткового мозку.

**Матеріали і методи.** Плечові кістки кролів-донорів обробляли за авторським способом («ОМС-А»<sup>®</sup>, пат. № 119699), виготовляли з них циліндричні імплантати (7×10 мм), якими заміщали дірчастий дефект у метадіафізі плечової кістки кролів-реципієнтів: І група (10 кролів) – алокісткові імплантати, просочені біоактивними речовинами сироватки аутологічної крові; ІІ група (10 кролів) – алокісткові імплантати з аутологічними стромальними клітинами кісткового мозку (СККМ), отриманими з крила клубової кістки та культивованими за стандартною методикою. Методи дослідження – гістологічні.

**Результати та обговорення.** Через 21 добу між алоімплантатом з біоактивними речовинами і материнською кісткою виявляється молода грубоволокниста кісткова тканина, що нашаровується на імплантат та займає його «міжтрабекулярні простори». Алоімплантат з СККМ оточений переважно сполучною тканиною та нечисленними молодими кістковими трабекулами з остеобластами на поверхні, що свідчить про активізацію остеорепаративного процесу, але відносна площа молоді кістки в 11,2 разу менша, ніж у ІІ групі.



Через 90 днів алоімплантат з біоактивними речовинами заміщений пластинчастою кістковою тканиною. Алоімплантат з СКМ оточений грубоволокнистою кістковою тканиною, що проникає в зовнішні «міжтрабекулярні простори» імплантата, а центральні займає сполучна тканина. Повної перебудови алоімплантата не зафіксовано.

**Висновки.** Ревіталізація кісткових алоімплантатів за рахунок біологічно активних факторів (речовин сироватки крові та культивованих СКМ) є можливою. Отримані в експерименті результати дозволяють не тільки рекомендувати вищезначені методи імплантації алокістки до клінічного використання, але й частково прогнозувати наслідки таких втручань, якщо вони не обґрунтовані ретельним обстеженням пацієнта у передопераційному періоді.

## МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ РЕФІКАЦІЇ РОЗГІНАЛЬНОГО АПАРАТУ ГОМІЛКИ НА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МОДЕЛІ

Вирва О.Є., Скорик І.О., Ашукіна Н.О., Данішук З.М.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. Ситенко М.І. НАМН України»

**Вступ.** Складнощі виконання органозберігальних хірургічних втручань на проксимальному відділі великогомілкової кістки (ПВВК) пов'язані з необхідністю відскапати під час оперативного доступу зв'язку наколінка (ЗН) для абластичної резекції пухлини, через що в післяопераційному періоді виникають складнощі з відновленням функції колінного суглоба.

**Мета.** В експерименті на щурах визначити морфологічні особливості відновлення ЗН в умовах її кріплення на різні поверхні імплантатів.

**Методи.** 30 білих лабораторних щурів самців (вік 6-7 міс., маса тіла 290-380 г) розділили на 3 групи по 10 в кожній залежно від імплантата: I - нержавіюча сталь, покрита мікропористим поліетилентерефталатом («Attachment tube»), II - титан з покриттям з корундовою керамікою, III - титан. У зону кріплення ЗН на ПВВК вводили імплантати, ЗН прошивали і виконували її рефікацію на 1 мм дистальніше імплантата. Через 15 і 90 днів виконаний гістологічний аналіз.

**Результати та обговорення.** Встановлено формування тісного контакту між матеріалом «Attachment tube» та сформованою в області травми грануляційної і сполучної тканинами. В процесі реорганізації регенерату через 3 міс. після травми формувалася сухожилляподібна тканина, яка містить переважно колаген I типу, чого не спостерігалося у тварин II і III груп. Так, в II групі дегенеративні зміни в ЗН приводили до утворення через 3 міс. на 70% її території пухкої сполучної тканини, III - хрящової, пухкої сполучної і жирової. У цих тканинах переважав колаген III типу.

**Висновки.** Найбільш ефективним є використання «Attachment tube» з метою рефікації і відновлення функції розгинального апарату стегна в разі видалення пухлин проксимального відділу великогомілкової кістки з заміщенням кістково-суглобового дефекту модульним ендопротезом.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ТАЗУ

Вирва О.Є., Головіна Я.О., Малик Р.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

**Мета.** Провести аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з пухлинами тазу.

**Матеріал і методи.** Проведено оцінку результатів лікування 239 хворих (131 чоловіків, 108 жінок) з пухлинами тазу, що були прооперовані за період 1963–2017 гг., 186 – за останні 13 років. Середній вік пацієнтів – (37,2 ± 18,9) років (від 7 до 80). Найбільш частими нозологіями були: хондросаркома, остеохондрома, метастази. Пацієнтам проведено комплексне обстеження, у тому числі гістологічний аналіз біопсійного матеріала, МРТ, КТ. Резекція I типу за класифікацією Enneking та Dunham призведена 38 хворим, II – 132, III – 69.

**Результати та обговорення.** План хірургічного втручання визначався гістологічним характером пухлини та локалізацією пухлини. Заміщення видалених сегментів тазу, як правило, було обумовлено об'ємом резекції та стабільністю тазового кільця. Використовували ауто- та алотрансплантати. Результати хірургічного лікування пацієнтів оцінювали за допомогою шкал TESS та MSTS. Серед ускладнень лікування були інфекції, некрози шкірно-м'язевих клаптів, незрошення кісткових трансплантатів, нейропатія нервів з парезом ступні, рецидиви пухлин.

**Висновки.** Для розробки загальної схеми лікування необхідно застосовувати мультидисциплінарний підхід з залученням необхідних суміжних спеціалістів. Дуже важливим перед проведенням подібних операцій є обов'язкове ознайомлення пацієнта та його сім'ї з характером втручання, особливостями пухлинного процесу, можливими ускладненнями, тривалістю та якістю життя після операції, що прогнозується.

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

### РОБОТИЗОВАНІ МЕТОДОЛОГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РУХОМОСТІ В СУЧАСНОЇ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ

Салєєва А.Д., Чернишова І.М., Кабаненко І.В., Дондарєва І.С.

Фундаментальні дослідження в області неврології показали, що ЦНС людини здатна до значних функціональних перебудов. Вишальна роль в цій реорганізації належить аферентації імпульсів з паретичних кінцівок при їх довготривалому та інтенсивному тренуванні. Застосування методу «цільового підходу» ("task oriented approach") в реабілітації передбачає ранній початок та інтенсифікацію реабілітаційних втручань в реальному середовищі з високою мотивацією пацієнта і можливістю відслідковування результатів на етапах реабілітаційного процесу. Саме роботизована техніка може забезпечити цілеспрямоване інтенсивне тренування з багаторазовим повтором правильних рухів в умовах штучно відтвореної реальності, з активною участю пацієнта в занятті, з можливістю отримання об'єктивної інформації о якості виконання завдань, що сприяє підвищенню мотивації до тренування. Роботизована механотерапія сучасного обладнання дозволяє отримати позитивні результати реабілітації навіть у важкого контингенту неврологічних хворих, для якого дуже важко підібрати ефективні засоби реабілітації.

**Мета дослідження:** оцінити ефективність використання сучасних роботизованих систем в нейрореабілітації хворих з проблемами руху.

**Матеріали та методи:** програми відновлення функції верхніх та нижніх кінцівок у пацієнтів з патологією нервової системи проводились з застосуванням роботизованих систем зі зворотним зв'язком Armeo Spring, Lokomat pediatric, Lokomat FreeD тривалістю 1 місяць. Реабілітацію проходили 3 основних підгрупи пацієнтів з наслідками патології нервової системи: діти з ДЦП (15 хворих), дорослі з наслідками травми спинного мозку (21 пацієнт) та інсульту (17 хворих). Роботизована механотерапія нижніх та верхніх кінцівок проводилась в комплексі з іншими методами фізичної терапії. Контрольні підгрупи пацієнтів отримали курси реабілітації за стандартними методиками без роботизованої механотерапії, відповідали за кількістю, віком та ступенем порушення функції основним групам пацієнтів. Термін спостереження – 1 рік (3 курси реабілітації).

**Отримані результати:** курс реабілітації дітей з ДЦП сприяв зменшенню спастичності м'язів (тест Ashworth) в обох підгрупах пацієнтів, у середньому, на 20% (1 бал). Проведення роботизованої механотерапії в системі Lokomat дітям основної підгрупи дозволило збільшити ступень рухових можливостей (GMFM), у середньому, в 2 рази в порівнянні з контрольною підгрупою. Ізометрична сила м'язів (L-FORCE) в основній підгрупі дітей збільшилась, у середньому, на 2 nm (50%) більше, ніж в контрольній підгрупі. Об'єм активних рухів в суглобах (L-ROM) досяг фізіологічної норми у 20% дітей основної підгрупи, що вдвічі перевищує кількість дітей контрольної підгрупи. При дослідженні маніпулятивних навичок дитини (MACS) в основній підгрупі дітей рівень розвитку функції руки збільшився на 20% (1 бал), тоді як в контрольній підгрупі залишився без змін.

Після курсу нейрореабілітації пацієнтів з наслідками інсульту спостерігались позитивні зміни показників програмного тестування (L-FORS, L-ROM) та функціонального тестування в обох підгрупах хворих, однак, в основній підгрупі зміни були більш суттєвими: індекс мобільності (Рівермід) збільшився на 6,6% (1 бал) більше, ніж в контрольній підгрупі, рівень повсякденної активності Бартела збільшився, в середньому, на 15% (15 балів) більше, ніж в контрольній підгрупі. Результати тестування здатності ходьби (тест 6MWT) показали переваги роботизованої механотерапії – відстань ходьби збільшилась вдвічі більше, ніж в контрольній підгрупі. Маніпулятивна функція паретичної руки (тест Солермана) після комплексного застосування роботизованої механотерапії та ботулінотерапії, покращилась, в середньому, на 20%, в контрольній підгрупі залишилась без змін.

У дорослих пацієнтів з наслідками травми спинного мозку курс нейрореабілітації сприяв збільшенню толерантності до фізичного навантаження та стабілізації гемодинамічних показників. Стимуляція маніпулятивної функції верхньої кінцівки (тест Солермана) дозволив підвищити кількість стартового показника в основній підгрупі на 20% (16 балів) більше, ніж в контрольній підгрупі

**Висновки:** Цілеспрямоване інтенсивне тренування з багаторазовими повторами рухів нижніх та верхніх кінцівок за допомогою роботизованих систем є реальною реабілітаційною технологією, яка відповідає сучасному цілеспрямованому підходу в нейрореабілітації.



# ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

## ВСЕУКРАЇНЬСЬКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

17 вересня, 10:00-15:00

**Організатори:** Кафедра радіології НМАПО імені П. Л. Шупика; Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики; Група компаній LMT, компанії ринку

**Модератори:** Динник О.Б., Медведєв В.Є., Федусенко О.А.

**Тема:** Поточний стан ультразвукової діагностики в Україні і світі

**Доповідач:** Динник Олег Борисович, к.м.н., головний лікар «Інституту еластографії»

**Тема:** УЗД діагностика післяопераційних та післяпроменевих змін в молочних залозах

**Доповідач:** Дар'я Вінницька, лікар-рентгенолог клініки LISOD

**Тема:** Особливості ремоделювання магістральних артерій у хворих на гепатоцеребральну дистрофію

**Доповідач:** Ганна Володимирівна Лінська, к.м.н., завідувачка відділенням функціональної діагностики ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

**Тема:** Практичне використання доплерометрії в акушерстві

**Доповідач:** Марія Миколаївна Криворук, лікар МЦ «Гравімед»

**Тема:** Первинний гіперпаратиреоз. Різноманітність клінічної картини. Труднощі діагностики

**Доповідач:** Костянтин Олександрович Зуєв, к.м.н., завідувач відділенням загальної ендокринної патології та обміну речовин Київського міського клінічного ендокринного центру

**Тема:** Ультразвукове дослідження легень в епоху COVID

**Доповідач:** Професор Стефан Буше

## ВСЕУКРАЇНЬСЬКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

18 вересня, 10:00-16:00

**Організатори:** Інститут сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика; Кафедра радіології НМАПО імені П. Л. Шупика; Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики; МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства» Група компаній LMT, компанії ринку

**Модератори:** Шеке́ра О.Г., Динник О.Б., Медведєв В.Є

### Вступне слово

Шеке́ра О.Г. Директор Інституту сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика; президент МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»

### Вступне слово

Динник О.Б. Президент УАФУД. Головний лікар «Інститут еластографії»

**Тема:** Особливості викладання основ УЗД для лікарів-радіологів на кафедрі радіології НМАПО ім. П. Л. Шупика

**Доповідач:** Медведєв В.Є., професор кафедри радіології НМАПО ім. П. Л. Шупика

**Тема:** Point of Care Ultrasound (POCUS) – мета, можливості, переваги

**Доповідач:** Скольська Лілія, лікар-анестезіолог МЦ «Добробут», сертифікований спеціаліст Basiskurs Notfallsonographie der DEGUM, асистент кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця

**Тема:** УЗД в практиці сімейного лікаря

**Доповідач:** Волошина І.М., професор кафедри сімейної медицини, терапії, кардіології та неврології факультету післядипломної освіти ЗДМУ

**Тема:** Переваги сучасних УЗД апаратів в практиці сімейного лікаря

**Доповідачі:** Етєн Рішар, Франція

Шеметун Олександр, провідний експерт фірми Укрбіомед, представництво фірми Terason (Франція)

**Тема:** УЗД для ПМД. Фокус на POCUS (Point-of-Care-Ultrasound)

**Доповідач:** Динник О.Б., президент Української асоціації фахівців УЗД (УАФУД), головний лікар Інституту еластографії

**Тема:** Портативні УЗД апарати для сімейного лікаря

**Доповідач:** Дмитро Жилін, менеджер компанії Сономедіка, офіційний представник виробника УЗД сканерів SonoScape

**Тема:** УЗ системи штучного інтелекту для сімейних лікарів

**Доповідач:** Андрій Ніжинський, компанія Модем-1, представництво GE (США)

## ОНКОЛОГІЯ

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІ В ЛІКУВАННІ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ»

16 вересня 2020 року, 10.00-14.30

**Організатор:** Національний інститут раку

**Відкриття конференції. Привітальне слово**

директор Національного інституту раку

#### I секція

**Модератори:** Сивак Л.А., Федореко З.П.

**Тема:** Національний канцер-реєстр в системі популяційного скринінгу злоякісних пухлин жіночих репродуктивних органів в Україні

**Доповідачі:** Федоренко З.П., Рижов А.Ю., Гулак Л.О., Горох Є.Л., Сумкіна О.В.

**Тема:** Технологія магнітотермії у лікуванні хворих на рак грудної залози

**Доповідачі:** Орел В.Е., Сивак Л.А., Смоланка І.І., Лобода А.Д., Досенко І.В., Тарасенко Т.Є., Кліманов М.Ю., Ляшенко А.О., Рихальський О.Ю., Дасюкевич О.Й.

**Тема:** Вплив експресії рецепторів андрогенів на ефективність хіміотерапії у хворих на тричі негативний метастатичний рак грудної залози

**Доповідачі:** Сивак Л.А., Лялькін С.А., Алексеєнко О.О.

**Тема:** Прогнозування перебігу метастатичного люмінального раку грудної залози

**Доповідачі:** Сивак Л.А., Тарасенко Т.Є., Лялькін С.А., Вєрьовкіна Н.О., Мартинюк О.М.

**Тема:** Досвід використання неoad'ювантної ендокринної терапії у хворих на РГЗ пременопаузального віку

**Доповідачі:** Іванкова О.М., Смоланка І.І., Ігнат М.В., Лигирда О.Ф.

**Тема:** Можливість виконання органозберігаючих та реконструктивно відновних оперативних втручань в залежності від типу неoad'ювантної терапії

**Доповідачі:** Досенко І.В., Орел В.Е., Лобода А.Д., Ляшенко А.О., Супруненко О.А., Смоланка І.І. (мол.)

**Тема:** Постмастектомічний синдром при набряжковій формі раку грудної залози

**Доповідачі:** Ляшенко А.О., Лобода А.Д., Досенко І.В., Іванкова О.М., Смоланка І.І. (мол.)

**Тема:** Ефективність метода комбінованого лікування хворих набряжковою формою рака грудної залози (НРГЗ) у ретроспективному аналізі 22 пацієнток

**Доповідачі:** Ляшенко А.О., Смоланка І.І., Лобода А.Д., Іванкова О.М., Досенко І.В., Сидорчук О.І.



**Тема:** Питання доцільності психологічного супроводу онкологічних хворих на рак грудної залози, яєчників та шийки матки  
**Доповідачі:** Кузьменко О.П., Костриба О.І.

**Тема:** Обґрунтування доцільності виконання одномоментних реконструктивних та онкопластичних втручань з використанням програми хірургії швидкого відновлення у хворих на рак грудної залози  
**Доповідачі:** Сидорчук О.І., Мотузюк І.М., Понятовський П.Л., Костюченко Є.В., Ляшенко А.О., Зайчук В.В.

**Тема:** Місце лапароскопії у хірургічному лікуванні місцево поширеного дистального раку прямої кишки  
**Доповідачі:** Звірич В.В., Махмудов Д.Е., Михайлович Ю.Й., Колеснік О.О.

**Тема:** Малоінвазивні ендоскопічні технології в хірургічному лікуванні раннього раку прямої кишки  
**Доповідачі:** Махмудов Д.Е., Колеснік О.О., Звірич В.В.

**Тема:** Liver surgery in metastatic colorectal cancer patients  
**Доповідачі:** Burlaka A.A., Kolesnik O.O.

## II секція

**Модератори:** Кіркільєвський С.І., Крячок І.А.

**Тема:** Роль кривіої навчання в опануванні малоінвазивних езофагектомій  
**Доповідачі:** Кіркільєвський С.І., Шудрак А.А., Кондрацький Ю.М., Шудрак Є.А., Назаров Я.С., Колеснік А.В., Фридель Р.І., Крахмальов П.С., Мініч А.А., Мініч А.В., Добржанський Ю.О., Назаренко І.С.

**Тема:** Реконструктивно-відновні втручання в онкологічних хворих з післяопераційними дефектами слизової щоби та ретромолярної ділянки  
**Доповідачі:** Чернієнко В.В., Кравець О.В.

**Тема:** Анатомічне дослідження особливостей кровопостачання шкірно-м'язового клаптя кивального м'язу  
**Доповідачі:** Хлінін О.В., Кравець О.В., Процик В.С., Буртин О.В.

**Тема:** Нові можливості в лікуванні рецидивних рефрактерних форм лімфоми Ходжкіна  
**Доповідач:** Титоренко І.Б.

**Тема:** Мультицентрове дослідження: прогностична роль ПЕТ при ЛХ  
**Доповідач:** Новосад О.І.

**Тема:** Показання до аутологічної трансплантації та результати власного досвіду  
**Доповідачі:** Мартинчик А.В., Кущовий Е.В., Філоненко А.В.

**Тема:** Ріст раку легені по відношенню до стінки бронха – як етап вивчення гістогенезу  
**Доповідачі:** Пономаренко А.О., Болгова Л.С., Туганова Т.М., Алексєєнко О.І.

**Тема:** Лікування та профілактика променевих реакцій при хіміопроменевій терапії раку шийки матки  
**Доповідачі:** Хруленко Т.В., Іванкова В.С., Барановська Л.М.

**Тема:** Паліативна хірургія вторинних уражень хребта  
**Доповідачі:** Бойчук С.І., Самоненко Ю.М., Дєдков А.Г., Максименко Б.В., Костюк В.Ю.

**Тема:** Комбіноване лікування хворих на гігантклітинну пухлину кісток  
**Доповідачі:** Максименко Б.В., Дєдков А.Г., Бойчук С.І., Костюк В.Ю.

**Тема:** Реконструкція кісток тазу у онкологічних хворих. Переваги та недоліки  
**Доповідачі:** Костюк В.Ю., Бойчук С.І., Максименко Б.В., Дєдков А.Г., Волков І.Б.

**Тема:** Нове лікування лімфопрліферативних захворювань  
**Доповідач:** Куляба Я.М.

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ ДО 100-РІЧЧЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ІНСТИТУТУ РАКУ  
«СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ  
НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН»**

**18 вересня 2020 року, 14.30-17.00**

**Організатор:** Науково-дослідне відділення променевої діагностики Національного інституту раку

**Тема:** Сучасні аспекти променевої діагностики та оцінки ефективності лікування найбільш розповсюджених злоякісних пухлин

**Доповідач:** Головкив Т.С., д.мед.н., проф., Національний інститут раку, м. Київ

**Тема:** Диференціальна діагностика сарком матки

**Доповідач:** Абдуллаєв Р.Я., д.мед.н., проф., Харківська медична академія післядипломної освіти

**Тема:** іОТА в диференційній діагностиці новоутворень яєчників

**Доповідач:** Бакай О.О., к.мед.н., національний інститут раку, м. Київ

**Тема:** Сучасні аспекти МРТ органів малого таза

**Доповідач:** Ганіч О.В., Національний інститут раку, м. Київ

**Тема:** Диференціальна діагностика захворювань передміхурової залози за допомогою мультипараметричної магнітно-резонансної томографії

**Доповідач:** Гаврилюк О.М., к.мед.н., Національний інститут раку, м. Київ

**Тема:** Можливості МРТ в діагностиці раку шийки матки

**Доповідач:** Коровіна А.С., Національний інститут раку, м. Київ

**Тема:** Оцінка ефективності лікування пацієнтів із метастатичним колоректальним раком

**Доповідач:** Лаврик Г.В., к.мед.н., Національний інститут раку, м. Київ

**Тема:** Ехокардіографічні нюанси в онкології

**Доповідач:** Шевчук Л.А., к.мед.н., Національний інститут раку, м. Київ

**Тема:** Сучасні методи МРТ для диференційної діагностики внутрішньо- та позамозкових пухлин: IN VIVO MRS, трактографія, фМРТ

**Доповідач:** Фаларін Б.І., клініка «Борис», м. Київ

**Тема:** Роль сучасних діагностичних методик та постпроцесингу в плануванні лікування при оцінці метастатичного ураження колоректального раку

**Доповідач:** Ашихмін А.В., Національний інститут раку, м. Київ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
«ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ В ОНКОРАДІОЛОГІЇ»**

**16 вересня 2020 року, 15.00-18.00**

**Організатор:** ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва НАМН України

Інтенсивна терапія при ускладненнях оперативних втручань в торакальній онкології та онкології травного тракту

Особливості інтенсивної терапії при мультиорганичних втручаннях

Можливості використання еферентних методів інтенсивної терапії в онкології

## ПАЛІАТИВНА ХІРУРГІЯ ВТОРИННИХ УРАЖЕНЬ ХРЕБТА

Бойчук С.І., Дедюк А.Г., Самоненко Ю.М., Волков І.Б., Максименко Б.В., Костюк В.Ю.  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Вступ.** Ураження хребців кістковими метастазами у онкологічних хворих зустрічається в 30–40 % випадків.

Хірургічне лікування є основним методом при патологічних переломах хребців, особливо в гострому періоді, коли є компресія спинного мозку. Це дозволяє знизити інтенсивність болювого синдрому та попередити незворотні неврологічні зміни.

**Мета дослідження:** покращити якість життя даної категорії хворих за допомогою хірургічного лікування вторинних уражень хребців шляхом зниження болювого синдрому, попередження незворотних неврологічних змін у вигляді парезів та паралічів, відновлення втраченої рухової функції кінцівок.

**Матеріали та методи:** 23 хворих з метастатичним ураженням хребців, мужчин – 14 (60,86%), жінок – 9 (39,14%), середній вік хворих – 48,95 років. Розподіл хворих за нозологічними формами: нирково-клітинний рак – 7 (30,43%), саркоми кісток – 4 (17,39%), рак легень – 3 (13,04%), рак передміхурової залози – 3 (13,4%), рак грудної залози – 2 (8,69%), рак прямої кишки – 2 (8,69%), рак носоглотки – 1 (4,34%), рак тіла матки – 1 (4,34%). Розподіл за локалізацією ураження: грудний відділ хребта – 10 хворих (43,4%), поперековий – 9 (39,13%), крижовий – 4 (17,39%). Розподіл за типом хірургічних втручань: ламінектомія, декомпресія спинного мозку – 11 (47,82%); ламінектомія, декомпресія, транспедикулярна стабілізація – 9 (39,13%); ламінектомія, декомпресія, корпоректомія, ендопротезування хребців – 3 (13,4%). Оцінка болювого синдрому проводилась за шкалою ВАШ, ступінь вираженості неврологічних розладів оцінювався за шкалою Frankel, прогноз виживаності за шкалою Tokuhashi.

**Результати:** Внаслідок проведеного хірургічного лікування зниження інтенсивності болювого синдрому відмічено у 20 (86,9%) хворих. Покращення та часткове відновлення неврологічного статусу досягнуто у 17 (73,9%). У решти хворих – негативна динаміка в зв'язку з масивним поширенням пухлинного процесу.

**Висновки.** Отримані дані свідчать про значну роль паліативного хірургічного лікування вторинних кісткових уражень хребта, що суттєво покращує якість життя хворих шляхом зниження інтенсивності болювого синдрому, відновлення неврологічних та рухових функцій кінцівок. В подальшому використанню консервативних методів спеціального лікування (хіміотерапія, променевої терапія, гормонотерапія, бісфосфонати) дозволяє подовжити тривалість життя даної категорії хворих.

## РІСТ РАКУ ЛЕГЕНІ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО СТІНКИ БРОНХА – ЯК ЕТАП ВИВЧЕННЯ ГІСТОГЕНЕЗУ

Болгова Л. С.<sup>1</sup>, Туганова Т. М.<sup>1</sup>, Алексеєнко О. І.<sup>1</sup>, Пономаренко А. О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут раку, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ, Україна

Вивчення гістогенезу раку легені (РЛ) є важливим етапом для визначення профілактичних заходів і ефективного лікування хворих. Проведення морфологічних досліджень може сприяти уточненню початку розвитку РЛ, на що направлена виконана робота.

**Мета.** Визначити можливість проростання слизової оболонки бронха РЛ, як показника опосередкованого початку розвитку пухлини.

**Матеріали і методи.** Здійснено співставлення результатів фібробронхоскопічного і цитологічного методів для виявлення характеру росту РЛ по відношенню до слизової оболонки бронха. Проводились шкребки з екзофітних пухлин бронха та зміненої слизової оболонки, а також промивні води бронхів у 52 хворих з клінічними діагнозами РЛ, які обстежувались і лікувались в Національному інституті раку МОЗ України у 2017 році. Матеріал забарвлювали за методом Паленгейма і оцінювали згідно сучасної Міжнародної гістологічної класифікації, використовуючи мікроскоп Olympus CX41.

**Результати і обговорення.** Залежно від типу росту пухлини легень хворі розподілені на 2 групи. В першу групу ввійшло 18 (29,0 %) пацієнтів з екзофітним типом росту пухлини, у 8 (44,0 %) з них цитологічним методом діагностований РЛ. Друга група – 34 (54,8%) хворих з ендоперифібронхіальним типом росту, серед яких у 17 (50,0 %) – виявлені ракові клітини. У всіх хворих діагностований екзофітний ріст РЛ. З них у шкребках 25 (48,1%) хворих знайдені пухлинні клітини, а у 27 (51,9%) – вони були відсутні, тобто, пухлина була вкрита циліндричним епітелієм, який був знайдений в цитологічних препаратах.

**Висновки.** Проведені дослідження опосередковано свідчать про початок росту РЛ не з клітин циліндричного епітелію бронха, а з-під слизової оболонки. Отримані результати підтверджуються відповідними численними експериментальними дослідженнями.

**LIVER SURGERY IN METASTATIC COLORECTAL CANCER PATIENTS****O.O. Kolesnik, A.A. Burlaka**  
**National Cancer Institute****Key words:** colorectal cancer, bilobar liver metastases, surgical strategy, one-stage liver resection**Purpose.** The latest treatment protocols and modern effective chemotherapy have allowed to significantly expand the cohort of patients with colorectal cancer and liver metastasis (mCRC), which can carry out R0-resection of the liver. In the absence of consensus, the range of indications for the application of surgical strategies in patients with bilobar metastatic lesions varies in different specialized surgical centers.**Aim.** To study the effects of parenchyma preserving liver surgery on the long-term results of mCRC patients treatment.**Material and methods.** A retrospective analysis of 169 mCRC patients treatment (pT1-4N0-2M0-1 colon cancer and pT1-3N0-2M0-1 rectal cancer) at the National Cancer Institute in the period from 2012 to 2020 was conducted.**Results.** Postoperative mortality and severe complications were 0.6% and 4.7% respectively. Acute liver failure in 10.1% and 2.4% of cases is recorded as mild to moderate severity (grade A and B respectively). Peri- and postoperative hemotransfusion was performed only extremely rarely (2.95%). In 154 patients, resection was evaluated as R0, in 3 cases - R1 and 12 patients - R1-vasc was detected. The level of the overall 5-year cumulative survival of the mCRC with bilobar liver metastases was 42%. The overall 5-year cumulative survival rate in the study population was 62% and 35%, for patients with metachronous and synchronous status of metastases in the liver respectively ( $p = 0.032$ ).**Conclusions.** We believe that parenchyma preserving surgical strategy should be used at the least expedient, since the one-step removal of metastases without the need for previous complex vascular interventions can provide a good oncological prognosis.**МОЖЛИВІСТЬ ВИКОНАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ТА РЕКОНСТРУКТИВНО ВІДНОВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАТЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ НЕОАД ґЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ****Досенко І.В., Орел В.Е., Лобода А.Д., Ляшенко А.О., Супруненко О.А., Смоланка І.І. (мол)**  
**Національний інститут раку****Метою** роботи стало оцінити можливість виконання оперативних втручань в залежності від типу неоад ґювантної терапії.**Матеріали та методи.** У 2009-2014 роках досліджено 200 хворих на місцево поширений рак грудної залози (МП РГЗ) ІБ-ІІІА стадій. 103 – основна група (ОГ) №1, у якій проводили неоад ґювантну поліхіміотерапію (НПХТ) за схемою FAC (доксорубіцин, циклофосамід, 5-фторурацил) з додаванням сеансу МТ. Групу порівняння (ГП) №1 склали 97 пацієнток з НПХТ за схемою FAC без МТ. У 2015-2017 рр ОГ №2 склали 48 хворих на МП РГЗ, яким проводили НПХТ за схемою CAP з внутрішньоартеріальним (ВА) введенням карбоплатину та циклофосаміду та системним введенням антрациклінів із використанням МТ. ГП №2 склали 44 хворі на МП РГЗ, яким проводили НПХТ за такою самою схемою без МТ. У 2018-2020 рр ОГ №3 склали 60 хворих на МП РГЗ яким проводили НПХТ за схемою ТС з ВА введенням доцетакселу та циклофосаміду з МТ, 30 хворих на МП РГЗ склали ГП№3, які отримали НПХТ за такою самою схемою без МТ.**Результати.** Органозберігаючі операції (ОЗО) проведені у 36,89 % хворих ОГ №1, в ГП №1 – у 50,52 % пацієнток. Реконструкція TRAM- або LD-клатем виконана у 10,68% хворих ОГ №1 та у 0,97 % пацієнток в ГП№1. Ендопротезування (ЕП) – у 14,56 % хворих ОГ№1 та у 8,25 % пацієнток ГП№1. В ОГ№2 ОЗО виконані у 46,88 %, в ГП №2 – у 35,29 %. Реконструкція TRAM-клатем – у 3,13 % хворих ОГ№2 та у 2,94 % пацієнток в ГП№2. ЕП проведено у 9,38 % хворих ОГ№2 та у 5,88 % пацієнток ГП№2. В ОГ№3 ОЗО були виконані у 66,7 % хворих, у ГП№3 у 40,0 % пацієнток. ЕП – у 3,3 % хворих ОГ№3 та у 10,0 % пацієнток ГП№3.**Висновки.** Найбільше ОЗО виконано у групах з ВА НПХТ, особливо за схемою ТС з МТ.**МІСЦЕ ЛАПАРОСКОПІЇ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО ДИСТАЛЬНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ****В.В. Звірич, Д.Е. Махмудов, Ю.Й. Михайлович, О.О. Колесник, М.О. Волк**  
**Національний інститут раку, Україна, Київ****Актуальність.** За даними Національного канцер-реєстру та провідних світових баз даних, місцево-поширений рак прямої кишки (МПРПК) становить до 20% всіх первинно виявлених пухлин. Дана форма характеризується несприятливим прогнозом перебігу. На сьогодні відсутні загальноприйняті стандарти діагностики, стадіювання та лікувальної тактики МПРПК.**Мета роботи.** Дослідити ефективність основних способів комбінованого лікування МПРПК.



**Матеріали і методи.** В період з 2015 по 2020 роки комбіноване лікування МПРПК проведене 123 пацієнтам. До основної групи увійшли 43 пацієнти, яким неoad'ювантне лікування проводилось у вигляді телегаматерапії СОД 50-60Гр на фоні 2-3 курсів поліхіміотерапії на основі оксаліплатину та фторпіримідинів із подальшим оперативним втручанням через 8-10 тижнів. До групи порівняння увійшли 80 пацієнтів, яким неoad'ювантне лікування проводилось у вигляді телегаматерапії 40-50 Гр із призначенням фторпіримідинів в якості радіомодифікаторів із подальшим оперативним втручанням через 4-6 тижнів.

**Результати.** В цілому було зафіксовано 12 (29%) проявів гематологічної токсичності у пацієнтів основної групи, 20 (25%) - в контрольній групі, 16 проявів гастроінтестинальної токсичності у 6 (42%) пацієнтів основної групи, 19 у 12 (38%) - в контрольній групі, 7 інших прояви токсичності у 4 (29%) і 11 у 8 (25%) пацієнтів відповідно. У переважній більшості пацієнтів основної та контрольної групи відповідь на ХПТ проявилась стабілізацією процесу (64 і 72% відповідно). Часткова регресія була відзначена в 29 і 22%, повна регресія (урТО) - у одного пацієнта основної та двох пацієнтів контрольної групи. Статистично достовірних відмінностей між групами не отримано. Інша тенденція спостерігається при оцінці відповіді на ХПТ в залежності від критеріїв mTRG: так, 36% пацієнтів основної групи продемонстрували ступінь регресу mTRG-2, а 60% пацієнтів контрольної групи - mTRG-3, що свідчить про досить високий рівень ефективності ХПТ, не дивлячись на відсутність зменшення ступеня поширеності первинної пухлини відповідно до критеріїв RECIST. Загальна п'ятирічна виживаність склала  $55 \pm 12,3\%$  з медіаною в 24 міс., в основній групі і  $39 \pm 9,7\%$  з медіаною в 27 міс. в контрольній; загальна п'ятирічна безрецидивної виживаність склала  $34 \pm 11,4\%$  з медіаною в 11 міс. в основній групі і  $28 \pm 11,7\%$  з медіаною в 14 міс. в контрольній групі ( $p < .05$ ).

**Висновок.** Проведення неoad'ювантної хіміопроменевої терапії 50-60Гр на фоні поліхіміотерапії на основі оксаліплатину не викликає значного підвищення рівня токсичності, призводить до збільшення частоти регресії пухлин та дає можливість підвищити загальну та безрецидивну виживаність у хворих на МПРПК.

## ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ХІМІОПРОМЕНЕВІЙ ТЕРАПІЇ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Іванкова В.С., Барановська Л.М., Хруленко Т.В.  
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

**Мета.** Сучасні програми заєднаної променевої терапії (ППТ) за радикальною програмою у хворих на місцеву поширені форми раку шийки матки (МР РШМ) передбачають опромінення великих обсягів із підведенням високих терапевтичних доз на межі толерантності «критичних» органів (сечовий міхур, пряма кишка) і тканин, що може супроводжуватись збільшенням проявів місцевої токсичності. Пошук засобів профілактики та лікування променеви реакцій та ускладнень з метою підвищення якості життя, як критерія ефективності консервативної хіміопроменевої терапії (ХПТ) є надзвичайно актуальною і, на жаль, невирішеною проблемою.

**Матеріали та методи.** Нами проведена ХПТ 119 хворих на МР РШМ ІІВ - ІІІВ стадії (Т2b-3bN0-1M0) з використанням індивідуального комп'ютерного планування курсу лікування. Гістологічно, майже у всіх хворих діагностовано епідермоїдний рак. Залежно від хіміорадіомодифікації (цисплатин, тегафур, гідроксисечовина) хворі були розподілені на 3 основні і 1 контрольну групи. Під час ХПТ проводили комплексну медикаментозну профілактику післяпроменеви реакцій та ускладнень з боку «критичних» органів і тканин в зоні опромінення - лікування місцевих мукозитів, включаючи препарати гіалуронової кислоти, а також відстежували вираженість загальних і місцевих хіміопроменеви реакцій.

**Результати та обговорення.** Аналіз місцевих променеви і хіміопроменеви реакцій у пацієнок всіх груп показав, що ранні променеві чистити I ступеня спостерігались в межах 21,5%-25,3%, II ступеня - 4,9%-5,9%. Післяпроменеві рекити I ступеня коливались у межах 11,3%-18,5%, а II ступеня - 5,7%-9,8%. Застосування цитостатичних препаратів в радіомодифікуючих дозах в процесі ППТ не привело до збільшення токсичних проявів з боку «критичних» органів і тканин вище II ступеня за рахунок використання комплексу раціональних профілактичних заходів.

**Висновки.** Використання сучасних технологій топометричної підготовки, індивідуальне комп'ютерне планування та коректне відтворення запланованого курсу, проведення адекватної терапії супроводу з використанням препаратів гіалуронової кислоти під час ХПТ, сприяє зменшенню ранніх променеви реакцій і є профілактикою пізніх ускладнень, що значно впливає на підвищення якості життя хворих.

## РОЛЬ КРИВОЇ НАВЧАННЯ В ОПАНУВАННІ МАЛОІНВАЗИВНИХ ЕЗОФАГЕКТОМІЙ

Кіркільєвський С.І., Шудрак А.А., Кондрацький Ю.М., Шудрак Є.А., Назаров Я.С., Колесник А.В., Фридель Р.І., Крахмальов П.С., Мініч А.А., Мініч А.В., Добржанський Ю.О., Назаренко І.С.  
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

**Мета.** Оцінити безпосередні результати після трансторакальних (ТТ) резекцій стравоходу та визначити значення кривої навчання (КН) у виконанні малоінвазивних резекцій стравоходу.

**Матеріали та методи.** У відділенні пухлин стравоходу та шлунка з 2018 по 2019 рік виконано 95 трансторакальних резекцій стравоходу з приводу раку стравоходу (81) та кардіоезофагеального раку (14). Усім хворим ТТ етап було виконано шляхом класичної торакотомії. 54 хворим абдомінальний етап виконано лапаротомним доступом, а 41 лапароскопічним (ЛРС). Серед оперованих ЛРС - 2 хворим виконано операцію Світа і 1 – операцію МакКеона, іншим – операцію Льюїса (38). Незалежно від типу операції ми розділили хворих на 2 групи: малоінвазивна езофагектомія (МІЕ) – 41 хворий; та відкрита езофагектомія (ВЕ) – 54. Окремо сформовані 2 групи за роками виконання втручання: у 2018 році було виконано 34 ВЕ та 15 МІЕ, загалом 49 операцій; у 2019 році, аналогічно – 20 ВЕ та 26 МІЕ, загалом 46 операцій.

**Результати та обговорення.** Рівень ускладнень у 2018 році у групі МІЕ склав 60%, у групі ВЕ – 35,3%, загалом – 42,85%; у 2019 році у групі МІЕ – 23,07%, у групі ВЕ – 20%, загалом 21,73%. Рівень госпітальної летальності у 2018 році у групі МІЕ склав 3 з 15 (20%), у групі ВЕ – 5 з 34 (14,7%), загалом – 8 з 49 (16,32%); у 2019 році у групі МІЕ – 1 з 26 (3,84%), у групі ВЕ – 0%, загалом 2,17%. R0-резекції було виконано у – 96,85%; при МІЕ – 97,57%; при ВЕ – 96,3% пацієнтів.

**Висновки.** Безпосередні результати хірургічного лікування співставні з результатами провідних спеціалізованих клінік світу. Показники післяопераційних ускладнень та летальності істотно знизилися, що напряму пов'язано з КН, яка необхідна в опануванні малоінвазивних технологій.

## ДО ПИТАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ, ЯЄЧНИКІВ ТА ШИЙКИ МАТКИ

О.І. Костриба<sup>1</sup>, О.П. Кузьменко<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова, Київ, Україна

**Вступ.** Грудна залоза, яєчники і шийка матки є одним з атрибутів жіночого тіла і їх втрата після операції з приводу раку є сильним психологічно-емоційним стресом, що може зумовити ускладнення і вплинути на ефективність лікування.

**Мета досліджень.** Проаналізувати зміну стресових реакцій хворих на рак грудної залози (РГЗ), яєчників (РЯ) і шийки матки (РШМ) в процесі протипухлинної терапії.

**Методи дослідження.** Дослідження проведені в Національному інституті раку у 39 пацієнтів. З них у 17 пацієнток РГЗ (T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>-T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>), у 6 хворих РЯ (T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>-T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) і 7-РШМ (T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>-T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>). Контрольну групу склали 9 пацієнтів з доброякісними утвореннями цих органів. Для оцінки психологічного статусу в наших дослідженнях використовували шкалу депресії і тривоги HADS та термометр дистреса.

**Результати і обговорення.** Найбільший прояв депресії і тривоги спостерігався у жінок репродуктивного віку на момент верифікації діагнозу РГЗ (75% та 100%), порівняно з жінками, у яких діагностовано доброякісні процеси (0 та 40%) (P<0,05). Ці показники у жінок з РЯ на момент встановлення діагнозу склали 50 і 100% відповідно, а в контрольній групі – 0 і 25% (P<0,05). Досліджувані показники у хворих на РШМ склали 100%, а в контролі вони становили 0 і 25% (P<0,05). Частота дистреса зростала у пацієнтів з РГЗ, РЯ та РШМ на 56%, 63% і 43% порівняно з контрольними групами. Застосування неoad'ювантної або ад'ювантної хіміотерапії у хворих дещо зменшували показники стресу у хворих з РГЗ-57,3% і 86%, РЯ-42,7% і 76% і РШМ-80% і 85% (P>0,05). Показники дистреса також дещо зменшувались після проведених спеціальних методів лікування на 15,3% при РГЗ, 13% при РЯ і 10% при РШМ (P>0,05). Зменшення стресових реакцій у жінок з онкологічними патологіями при протипухлинному лікуванні можна пояснити збільшенням надії на одужання.

**Висновки.** Отримані результати вказують на необхідність психологічного супроводу пацієнтів з діагнозом РГЗ, РЯ та РШМ на всіх стадіях протипухлинної терапії. Особливу увагу слід приділяти хворим на стадії постановки діагнозу і жінкам репродуктивного віку.

## РЕКОНСТРУКЦІЯ КІСТОК ТАЗА У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ. ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ.

Костюк В.Ю., Дєдков А. Г., Максименко Б.В., Волков І.Б

Національний інститут раку, Київ, Україна

**Актуальність:** Реконструкція тазового кільця у хворих пухлинами кісток таза залишається важливим питанням сучасної онкологічної ортопедії, як альтернатива ампутації та вимагає подальшого вивчення.

**Мета:** вивчити ефективність хірургічного лікування пацієнтів зі злоякісними пухлинами кісток таза.

**Матеріали і методи:** Вивчено результати лікування у 54 пацієнтів з пухлинами кісток таза: 1 група (26 пацієнтів) – міжчеревно-здухвинні ампутації (МЧА), 2 група (28 пацієнтів) – міжчеревно-здухвинні резекції (МЧР). Вивчено рівень функціональної незалежності за шкалою FIM, рівень болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) та післяопераційні ускладнення.

**Результати.** При дослідженні FIM в 1 групі середній показник склав (106,73 ± 11,97) балів – від 88 до 120 балів, а у 2 групі 110,85 ± 13,49) балів – від 60 до 126 балів. Виявлено відсутність статистично достовірної відмінності в результатах порівняння якості життя (p = 0,12 за Mann-Whitney test). При дослідженні ВАШ в 1 групі середній показник склав (1,42 ± 0,58) від 1 до 3 балів, а у 2 групі (1,82 ± 1,56) – від 1 до 8 балів. Виявлено відсутність статистично достовірної відмінності

в результатах порівняння больових відчуттів ( $p = 0,6$  за Mann-Whitney test). У 1 групі ускладнень у вигляді глибокої інфекції не спостерігалось. Повторні хірургічні втручання відбувалися тільки у зв'язку з некрозами клаптя рани у 8 (30,76 %) пацієнтів. У 2 групі ускладнення у вигляді глибокої інфекції виявлено в 11 випадках (39,28 %), що призвело до повторного хірургічного втручання з видаленням кінцівки у 4 хворих (14,28 %); вивих стенової ніжки ендопротеза – в 1 (3,57 %).

**Висновки.** Велика кількість ускладнень після МЧР та відсутність суттєвої різниці показників якості життя та больового синдрому в досліджуваних групах дає підстави проводити більш ретельний відбір пацієнтів на реконструктивні втручання.

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ВТРУЧАННЯ У онкологічних хворих з післяопераційними дефектами слизової щочки та ретромолярної ділянки

О.В. Кравець, В.В. Чернієнко  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Мета.** Порівняти ефективність застосування фасціальних та шкірних клаптів для пластичного заміщення дефектів слизової щочки.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів реконструктивно-відновного лікування 56 хворих на рак слизової щочки та ретромолярної ділянки. Групу фасціальних клаптів (ФК) склали 26 хворих, яким пластичне заміщення дефектів проведено клаптем жирового тіла щочки або фасціально-апоневротичним скронево-тім'яним клаптем. Групу шкірних клаптів (ШК), склали 30 пацієнтів, яким реконструкцію проведено шкірно-м'язовим клаптем платизми або клаптем надключичної артерії. Порівнювали ускладнення після пересадки клаптів, ускладнення у донорській ділянці, функціональний статус (шкала функціонування хворих на рак голови та шиї PSS-HN) та якість життя (опитувальник якості життя хворих Вашингтонського університету UW-QOL v4).

**Результати та обговорення.** Статистично значущих відмінностей за віком, статтю, локалізацією, типом дефекту, TNM, стадією захворювання, та ад'ювантним лікуванням між групами не встановлено ( $p > 0,05$ ). Частота ускладнень після пересадки клаптів у групі ФК складала 7,7%, у пацієнтів групи ШК – 10,0%, ( $p > 0,99$ ). Частота ускладнень в донорській ділянці у пацієнтів групи ФК становила 34,6%, у групи ШК – 10,0%, ( $p = 0,047$ ). Функціональний результат групи ШК та групи ФК за показником повноцінності дієти: (61,7 $\pm$ 15) % та (71,9 $\pm$ 14,4) % відповідно, ( $p = 0,007$ ); за показником харчування на людях: (72,8 $\pm$ 18,3) % та (81,5 $\pm$ 11,2) % відповідно, ( $p = 0,06$ ). Якість життя групи ШК та групи ФК наступна: за показником жування (52,2 $\pm$ 31,9) % та (72,2 $\pm$ 25,3) % відповідно, ( $p = 0,03$ ), за показником занепокоєння: (55,2 $\pm$ 24,1) % та (75,9 $\pm$ 19,1) % відповідно, ( $p = 0,002$ ).

**Висновки.** Застосування ШК для пластичного заміщення дефектів слизової щочки та ретромолярної ділянки достовірно покращує функціональний результат за показниками повноцінності дієти і харчування на людях, покращує якість життя хворих за показниками жування і занепокоєння, також знижує частоту ускладнень у донорській ділянці в порівнянні з застосуванням ФК.

## ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ ПРИ НАБРЯКОВІЙ ФОРМІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

А.О. Ляшенко, А.Д. Лобода, І.В. Досенко, О.М. Іванкова, І.І. Смоланка (мол.)  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Мета.** Метою дослідження було оцінити вираженість ПМС (постмастектомічний синдром) в групі хворих набряковими формами раку грудної залози (НРГЗ) та в групі хворих місцево-поширеним раком грудної залози без явищ набряку (МПРГЗ) та визначити тактику лікувальних та профілактичних міроприємств в обох групах.

**Матеріали та методи.** В дослідженні оцінювались вираженість ПМС у двох групах хворих: в першій групі хворих оцінювалась вираженість ПМС для пацієнтів з НРГЗ (61 пацієнтка), тоді як пацієнтки другої групи лікувались з приводу МПРГЗ без явищ набряку (60 пацієнток).

Вираженість ПМС оцінювалась за комплексною класифікацією Бельтрана (1990)

**Результати.** Встановлено, що при лікуванні хворих з НРГЗ в більшості хворих присутні явища ПМС, що відповідають III-IV ступеню ПМС (45,9%+27,9%), тоді як при лікуванні хворих з приводу МПРГЗ (не набрякових)-II-III ступеню (32,0%+41,4%). В групі НРГЗ спостерігалися явища стійкої втрати працездатності, депресії, незадоволення якістю життя. В системі лікувальних міроприємств НРГЗ перевагу слід надавати фармакологічним препаратам та хірургічним методам відновлення лімфо обігу, з обережністю ставлячись до лімфодренажних процедур.

**Висновки.** Вираженість постмастектомічного синдрому (за Бельтраном) пропорційна обсягу втручання та стадії процесу й найвищого рівня досягає при набряковій формі раку грудної залози. Система лікувальних міроприємств при НРГЗ має включати фармакологічні препарати різних класів та хірургічне лікування.

**КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІГАНТОКЛІТИННУ ПУХЛИНУ КІСТОК**

Максименко Б.В., Дедков А.Г., Бойчук С.І., Костюк В.Ю.  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Вступ:** Останні дослідження показали, що деносумаб (моноклональне антитіло до RANK ліганд) є ефективним препаратом для лікування гігантоклітинної пухлини кісток (ГКП). Але, чи завжди це метод вибору при лікуванні цієї патології?

**Мета.** Представити результати лікування хворих на ГКП, із використанням таргетної терапії деносумабом при різних локалізаціях пухлини.

**Матеріали та методи.** В дослідження включено 49 пацієнтів із ГКП, які лікувались з 2011 року по 2018 рік. Локалізація пухлини у тазових кістках – 7 випадках, дистальна стегнова кістка – 17 випадків, проксимальна великогомілова кістка – 10 (1 дистальна великогомілова кістка), плечова кістка - 8, дистальний відділ променевої кістки – 3 і ліктьова – 2 випадки, поперековий хребець - 1. Середній термін спостереження склав 51,3 місяців. Всі пацієнти отримали 6 ін'єкцій деносумабу (120 мг) в якості терапії неoad'ювантної терапії. В послідуєчому хворі пройшли хірургічний етап лікування в об'ємі внутрішньо кісткової резекції (ВР) пухлинного вогнища з кріообробкою кісткової порожнини рідким азотом та пластикою дефекту кістковим цементом. Ефективність лікування була оцінена за допомогою рентгенологічних методик (КТ) та післяопераційного морфологічного дослідження.

**Результати.** У всіх 49 (100%) пацієнтів досягнуто позитивного ефекту від терапії (зниження інтенсивності болю через 2 тижні після початку лікування). У 42 (85,7%) випадках виявлено регресію пухлини на 30%, виявлено кальцифікація ділянки пухлини та консолидація кортикальних структур. У всіх пацієнтів, крім одного, спостерігали повний некроз пухлини при морфологічному дослідженні. У 9 (18,4%) пацієнтів виник місцевий рецидив пухлини, з них 3 випадки дистальний відділ променевої кістки через 6-12 місяців після операції. Цим пацієнтам було виконано радикальну резекцію з аутопластикою дефекту променевої кістки. Для пацієнтів з іншими локалізаціями та рецидивами – повторні курси деносумабу з повторною ВР. 6 (12,2%) пацієнтів відмовилися від будь-якого хірургічного лікування – вони продовжували лікування до 12 введень і знаходяться під спостереженням від 6 до 18 місяців без ознак прогресування прогресування. 38 пацієнтів (77,52%) перебувають у ремісії (медіана спостереження – 47,2 місяця).

**Висновки.** Комбіноване лікування ГКП деносумабом, безумовно, зменшує кількість кісток резекцій. Однак рівень рецидиву все ще досить високий у цьому режимі використання. Локалізація пухлини в дистальному відділі променевої кістки, на нашу думку, є протипоказанням для консервативного лікування.

**ПОКАЗАННЯ ДО АУТОЛОГІЧНОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ТА РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНОГО ДОСВІДУ**

Мартинчик А.В., Куцевий Є.В., Філоненко К.С.  
Національний інститут раку

**Мета.** Провести огляд основних показань до проведення високодозової хіміотерапії (ВДХТ) з аутологічною трансплантацією гемопоетичних стовбурових клітин (аутоТГСК), оцінити ефективність даного методу.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано ефективність терапії у 36 пацієнтів з рецидивом та рефрактерною формою лімфоми Ходжкіна та неходжкінських лімфом, первинною множинною мієломою та саркомою Юінгу високого ризику, що отримали ВДХТ з аутоТГСК у відділенні онкогематології НІР з періодом спостереження понад 100 днів.

**Результати.** ВДХТ з аутоТГСК показана у першій лінії терапії пацієнтам з множинною мієломою (ММ) віком до 70 років, пацієнтам з рецидивними та рефрактерними формами лімфоми Ходжкіна (ЛХ) та неходжкінських лімфом (НХЛ) та хворим на саркому Юінга високого ризику.

На даний час в НІР успішно виконано 60 процедур ВДХТ+АТГСК у пацієнтів дорослого віку з гемобластозами та солідними пухлинами. Виконано 22 трансплантації у хворих з рецидивними та рефрактерними формами ЛХ, 23 – у хворих з ММ, 2 – саркомою Юінга, 3 – рецидивом НХЛ.

Серед досліджуваної групи пацієнтів було 16 чоловіків та 20 жінок, середній вік склав 35,8 – 9,9 років (21 – 60 років).

2-річна безпощадна виживаність склала 75,9 – 7,5% в загальній групі, 2-річна БПВ для пацієнтів з Саркомою Юінга склала 50 – 3,5%, пацієнтів з ЛХ – 75,8 – 10,7%, для пацієнтів з ММ – 84,4,3 – 10,2%, для пацієнтів з НХЛ – 50 – 3,5%. 2 пацієнти померли.

**Висновки.** Проведення ВДХТ за стандартними показаннями на сьогоднішній день є світовим стандартом як метод, що має найбільш високий терапевтичний потенціал. У відділенні онкогематології з сектором ад'ювантних методів лікування НІР налагоджено усі етапи проведення ВДХТ + АТГСК для дорослих пацієнтів. Наш заклад став другим в Україні центром, де проводиться ВДХТ+ АТГСК для дорослих пацієнтів.

## УКРАЇНСЬКЕ БАГАТОЦЕНТРОВЕ РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОГНОСТИЧНОЇ РОЛІ ПЕТ/КТ У ПЕРВИННИХ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННОЮ ЛІМФОМОЮ ХОДЖКІНА

О. І. Новосад<sup>1</sup>, І. А. Крячок<sup>1</sup>, Я. В. Пастушенко<sup>1</sup>, Т. В. Скрипеч<sup>1</sup>, О. І. Горбач<sup>1</sup>, Т. В. Каднікова<sup>1</sup>, І. Б. Титоренко<sup>1</sup>,  
 Е. В. Куцевий<sup>1</sup>, К. О. Ульянченко<sup>1</sup>, К. С. Філоненко<sup>1</sup>, Я. А. Степанішина<sup>1</sup>, Мартинчик А.В.<sup>1</sup>, Алексик О.М.<sup>1</sup>, Ашихмін А.В.<sup>1</sup>,  
 Я. В. Кметюк<sup>2</sup>, О. О. Карпова<sup>2</sup>, Л. В. Михальська<sup>2</sup>, О. В. Кіндракевич<sup>2</sup>,  
 Г. В. Пилипенко<sup>3</sup>, О. В. Лук'янець<sup>3</sup>, В. Д. Дума<sup>3</sup>,  
 В. П. Козлов<sup>4</sup>, Ю. В. Козлов<sup>4</sup>, Н. В. Стрембицька<sup>4</sup>, Л. П. Батюк<sup>4</sup>, О. В. Рижак<sup>4</sup>, М. М. Чуприна<sup>4</sup>, А. Ю. Чикалова<sup>4</sup>,  
 М. Є. Новіков<sup>5</sup>, В. Г. Косінова<sup>5</sup>,  
 О. Г. Олійніченко<sup>6</sup>, О. І. Лола<sup>6</sup>, А. В. Холодна<sup>6</sup>, О. Б. Лоза<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ, Україна

<sup>2</sup>Клінічна лікарня «Феофанія», Київ, Україна

<sup>3</sup>Черкаський обласний онкологічний диспансер, Черкаси, Україна

<sup>4</sup>Регіональна клінічна лікарня, Одеса, Україна

<sup>5</sup>Онкологічна лікарня «ЛІСОД», Київ, Україна

<sup>6</sup>Київський онкологічний диспансер, Київ, Україна

**Мета.** Метою даного дослідження було оцінити кореляцію між результатами ПЕТ/КТ на момент встановлення діагнозу, проміжної оцінки відповіді на терапію, після закінчення лікування і клінічними наслідками (рецидив/смерть).

**Матеріали та методи.** В основу дослідження покладено аналіз безпосередніх результатів комплексного лікування 106 первинних хворих на ЛХ. Пацієнти отримали лікування за схемами BEACOPP-14/esc. Використано прогностичну модель факторів ризику IPS. Відповідь на терапію визначали згідно з критеріями Cheson 2014.

**Результати та обговорення.** Загальна відповідь на лікування склала 90.5%. Діагностичне проміжне ПЕТ/КТ (ПЕТ-2) сканування проведено 102/106 пацієнтам через  $15.5 \pm 3$  дні. 88.2% (90/102) пацієнтів досліджуваної групи діагностовано 1-3 бали за шкалою Deauville 5-PS, а 11.8% (12/102) пацієнтів мали 4-5 балів відповідно ( $p < 0,05$ ). ПЕТ2 з 1-3 балами згідно Deauville критеріїв вважались негативним статусом (ПЕТ2-) та з 4-5 балами як позитивним (ПЕТ2+) результат. Трирічна безрецидивна виживаність (БРВ) у пацієнтів з ПЕТ-2+ порівняно з ПЕТ-2 становила 45 та 77 % відповідно ( $P < 0,05$ ). У 88,8% (79/89) та 11,2% (10/89) пацієнтів дослідної групи діагностовано негативний (ПЕТ3-) та позитивний (ПЕТ3+) статус захворювання відповідно ( $p < 0,05$ ). Виявлено 20% проти 4,2% пацієнтів, статус ПЕТ3 яких позитивний зі стадією III-IV в порівнянні зі стадією I-II, відповідно ( $p < 0,05$ ). Рівень 1-річної БРВ склав 88.8% в порівнянні з 30% пацієнтів, в яких ПЕТ-3 діагностовано негативним та позитивним, відповідно ( $p=0,0001$ ). 1-річна БРВ склала 100% та 50% у пацієнтів групи ризику IPS0-2 ПЕТ3- в порівнянні з ПЕТ3+ результатом. Подібні результати отримані у пацієнтів групи ризику IPS-3 (87% в порівнянні з 30%) ( $p < 0,0001$ ).

**Висновки.** Отримані дані показали високу прогностичну цінність проміжного та фінального ПЕТ/КТ у первинних хворих з ЛХ, а також підтвердили доцільність визначення групи ризику за шкалою IPS до початку терапії.

## ТЕХНОЛОГІЯ МАГНІТОТЕРМІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Орел В.Е., Сивак Л.А., Смоланка І.І., Лобода А.Д., Досенко І.В., Тарасенко Т.Е.,

Кліманов М.Ю., Ляшенко А.О., Рихальський О.Ю., Дасюкевіч О.Й.

Національний інститут раку, м.Київ, Україна

**Мета.** Оцінити клінічну ефективність технології магнітотермії у лікуванні хворих на рак грудної залози (РГЗ) з використанням комп'ютерного планування.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено хворих на місцево-поширений РГЗ ІІБ-ІІІА стадій, яких було розподілено на основну ( $n=103$ ) та контрольну ( $n=97$ ) групи. Хворим контрольної групи проводили 4 курси неoad'ювантної поліхіміотерапії (НПХТ) за схемою FAC, хворим основної групи проводили НПХТ та сеанс магнітотермії (МТ) з використанням апарату Магнітерм (Радмір, Україна). Крім того, було обстежено хворих на РГЗ з метастазами в печінку. До основної групи віднесено 54 пацієнти, які отримали хіміотерапію за схемою ТС та МТ, до контрольної групи – 50 пацієнток, які отримали тільки хіміотерапію за схемою ТС. Для комп'ютерного планування МТ використовували пакет COMSOL Multiphysics 5.2.

**Результати та обговорення.** Результати експериментальних досліджень та комп'ютерне планування МТ у хворих з місцево-поширеним РГЗ та з метастазами в печінці засвідчили, що температура у первинній пухлині та метастазах дорівнювала 37-40 °С. Величина магнітного поля змінювалась з 4,49 до 28,39 А/м. Технологія комплексного лікування хворих на місцево-поширений РГЗ з використанням МТ дозволила збільшити 5-річну загальну виживаність на 14,6

% ( $p=0,024$ ). Застосування МТ з хіміотерапією також впливало на результати лікування хворих на РГЗ з метастазами в печінці і сприяло збільшенню на 21,25 % кількості випадків стабілізації процесу та кількості часткових регресій на 12,6% ( $\chi^2=12,182$ ;  $p<0,01$ ).

**Висновки.** Технологія МТ для лікування хворих на РГЗ з використанням комп'ютерного планування є доцільною для покращення безпосередніх та віддалених результатів.

## ВПЛИВ ЕКСПРЕСІЇ РЕЦЕПТОРІВ АНДРОГЕНІВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ТРИЧІ НЕГАТИВНИЙ МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Сивак Л.А.<sup>1</sup>, Лялькін С.А.<sup>1</sup>, Алексєнко О.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут раку, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета.** Дослідити вплив експресії рецепторів андрогенів (AR) на ефективність хіміотерапії у хворих на метастатичний тричі негативний (ТН) рак грудної залози (РГЗ).

**Матеріали та методи.** Проліковано 116 пацієнток з метастатичним ТНРГЗ у віці від 29 до 79 років (середній вік - 57р.), яких обстежено згідно стандартів. Оцінено менструальну функцію, проліферативну активність пухлини (індекс Ki-67), загальну виживаність (ЗВ), виживаність без прогресування (ВБП) за допомогою програми IBM SPSS Statistics 26.

**Результати та обговорення.** У результаті проведеного дослідження всіх хворих на ТНРГЗ залежно від експресії AR пухлиною розподілено на 2 групи: 44 (38%) пацієнток з AR-позитивними пухлинами (AR+) та 72 (62%) хворих з AR-негативними пухлинами (AR-) грудної залози. Визначено, що експресія AR клітинами пухлини не залежала від віку хворих та індексу проліферації (Ki-67),  $p>0,05$ , але залежала від менструальної функції на момент встановлення діагнозу,  $p<0,05$ . Після проведення І-ї паліативної лінії хіміотерапії впливу експресії AR на ВБП не було виявлено,  $p=0,27$ . ВБП впродовж року у групі з AR+ пухлинами становила  $29,5\pm 6,9\%$ , а у групі з AR- –  $23,3\pm 4,9\%$ . Після проведення II-ї паліативної лінії хіміотерапії було виявлено вплив експресії AR на ВБП,  $p=0,0045$ . ВБП впродовж року у групі AR+ становила  $31,1\pm 7,6\%$ , а у групі AR- –  $4,4\pm 3,0\%$ .

**Висновки.** За даними нашого дослідження, пацієнтки з метастатичним тричі негативним раком грудної залози з наявною експресією рецепторів андрогенів на пухлинних клітинах мали кращий прогноз, порівняно з хворими без їх експресії,  $p=0,0045$ . Проте, отримані результати потребують подальших досліджень.

## ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОНАННЯ ОДНОМОМЕНТНИХ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ТА ОНКОПЛАСТИЧНИХ ВТРУЧАЧЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОГРАМИ ХІРУРГІЇ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Сидорчук О.І.<sup>1</sup>, Мотузьук І.М.<sup>1</sup>, Понятовський П.Л.<sup>1</sup>, Костюченко Є.В.<sup>1</sup>, Ляшенко А.О.<sup>2</sup>, Зайчук В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

<sup>2</sup>Національний інститут раку

**Мета.** Підвищити ефективність лікування хворих на рак грудної залози

**Матеріали та методи.** Досліджено вартість лікування хворих за даними приватних лікарень, використані результати лікування 749 хворих віком 18-70 років з діагнозом раку грудної залози (РГЗ) поширенням T1-4N0-3M0. В основну групу включено 253, а в контрольну 496 пацієнток.

**Результати та обговорення.** Нами були проведені розрахунки вартості забезпечення хірургічного лікування та подальшого супроводу хворих на РГЗ. Встановлено, що на хірургічному етапі найдешевшим було виконання мастектомії (МЕ) без реконструкції. Дорожчою було виконання МЕ з реконструкцією аутологічним клапотом. Найдорожчою виявилась МЕ з реконструкцією імплантом. Підрахувавши подальші затрати, ми встановили, що з ціною екзопротезів та ін. вартість обслуговування хворої після МЕ становить у термін 5 років 73 436грн. Тобто виконання одномоментної реконструкції залози економічно доцільне.

Однак, виконання реконструктивних операцій пов'язано з більшим ризиком ускладнень. Для запобігання цього ми скористались програмою хірургії швидкого відновлення (FTS).

Дослідження встановило, що використання FTS зменшило кількість ускладнень: гнійно-септичних 1,5% в основній і 5% в контрольній, тривалість серми 13,2 дні в основній та 16,0 в контрольній, вираженість біль 6,7% в основній та 12,5% в контрольній групах. Середній ліжко-день склав 14,3 проти та 20,1.

**Висновки.** Проведення одномоментних реконструктивних та онкопластичних операцій з використанням FTS є виправданим та доцільним з медичної та економічної точки зору та заслуговує на впровадження в практику.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НАБРЯКОВОЮ ФОРМОЮ РАКА ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ (НРГЗ) У РЕТРОСПЕКТИВНОМУ АНАЛІЗІ 22 ПАЦІЄНТОК

І.І. Смоланка<sup>1</sup>, А.О. Ляшенко<sup>1</sup>, А.Д. Лобода<sup>1</sup>, О.М. Іванкова<sup>1</sup>, І.В. Досенко<sup>1</sup>, О.І. Сидорчук<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ, Україна  
<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

**Мета.** Метою дослідження було оцінити результати комбінованого лікування 22 пацієнток НРГЗ.

**Матеріали та методи:** 22 пацієнтки з гістологічно верифікованою НРГЗ отримали 6 курсів внутрішньо артеріальної поліхіміотерапії (ВАПХТ) препаратами доцетаксел 75mg/m<sup>2</sup>, ендоксан 600 mg/m<sup>2</sup>. Перед початком ВАПХТ проводилась діагностична ангіографія: визначалася судина(або судини), що живила пухлину, встановлювався інтраартеріальний катетер. Після кожного курсу ВАПХТ проводився сеанс магнітотермії (МТ) за допомогою приладу «МАГНІТЕРМ» з вихідною потужністю 50Гц.

Проводилась оцінка ефективності лікування згідно критеріям RECIST. При досягненні часткової або повної регресії пухлини (total effectiveness rate CR+PR) виконувалась радикальна мастектомія. Обов'язковою умовою для виконання операції було досягнення чистоти країв видаленої залози. При відсутності чистого краю виконувалась розширена мобілізація шкірних клаптів за методиками Хаденхайма та Бека з обов'язковим досягненням чистоти країв. При стабілізації або прогресуванні процесу проводились додаткові курси ПХТ або радіотерапія.

**Результати.** Після 6 курсів ВАПХ+МТ у 8 (36,4±14,5%) пацієнток відмічена стабілізація процесу, у 2 (9,1±8,7%) - прогресування процесу, у інших 12 (54,5±15,0%) – відмічено total effectiveness rate (CR+PR). 6 (27,3±13,4%) пацієнткам виконана радикальна мастектомія, 6 (27,3±13,4%) - радикальна мастектомія з розширеною мобілізацією шкірних клаптів. Післяопераційних ускладнень не спостерігали ні в одному випадку. Через 24 місяці у всіх прооперованих пацієнток ознак повернення хвороби не було.

**Висновки.** Попередні дані свідчать про ефективність методу лікування НРГЗ, при якому ВАПХТ проводиться на тлі МТ з послідовним досягненням чистоти країв при виконанні радикальної мастектомії.

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ЕНДОКРИННОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РГЗ ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

Смоланка І.І.<sup>1</sup>, Іванкова О.М.<sup>1</sup>, Ігнат М.В.<sup>2</sup>, Лигирда О.Ф.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ, Україна  
<sup>2</sup>Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер, Ужгород, Україна

Щороку в світі реєструється близько 2 млн нових випадків раку грудної залози (РГЗ), що складає понад 11 % від усіх нових випадків раку. Пухлини з люмінальним імуногістохімічним підтипом складають майже 75 % всіх випадків РГЗ.

**Метою** дослідження було вивчення ефективності проведення неоад'ювантної ендокринної терапії (НЕТ) у жінок пременопаузального віку в комплексному лікуванні РГЗ.

**Матеріали і методи.** Під час дослідження проводилося спостереження за 74 хворими на РГЗ віком від 34 до 48 років з ІІА±ІІІА стадіями захворювання. У всіх хворих, що увійшли в дослідження, пухлини мали люмінальний А імуногістохімічний підтип. З метою лікування пацієнтки отримували тамоксифен 20 мг щодня на тлі оваріальної супресії, для чого аНГРГ гозерелін вводили підшкірно 1 раз на місяць. Лікування проводили в середньому протягом 4 міс.

**Результати.** Оцінку ефекту неоад'ювантної гормонотерапії проводили за критеріями RECIST 1.1. Повної регресії у відповідь на лікування не спостерігали. У всіх випадках була отримана загальна клінічна відповідь. Часткова регресія пухлини була зафіксована у 68 пацієнток (91,89±3,17%), стабілізація – у 6 (8,11±3,17%). Прогресування захворювання на тлі проведення терапії не зафіксовано. Радикальні оперативні втручання вдалося виконати у всіх випадках, одна пацієнтка (1,35±1,34%) відмовилась від проведення хірургічного лікування. Органозберігаючі операції були виконані 66 хворим (89,19±3,61%), радикальні мастектомії – 6 пацієнткам (8,11±3,17%), в одному випадку виконана підшкірна мастектомія з одномоментним ендопротезуванням (1,35±1,34%). Високий відсоток виконаних радикальних, в т. ч. органозберігаючих, оперативних втручань сприяв прискоренню соціальної адаптованості та покращенню якості життя жінок.

**Висновок.** Використання НЕТ у пацієнток пременопаузального віку з гормон-позитивним РГЗ є ефективним та доцільним. Отримані результати спонукають до подальших досліджень з метою отримання більш вірогідних даних.

**ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ МЕТАСТАТИЧНОГО ЛЮМІНАЛЬНОГО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

Сивак Л.А., Тарасенко Т.Є., Лялькін С.А., Вєрьовкіна Н.О., Мартинюк О.М.

Національний інститут раку, Київ, Україна

Сигнальний естрогеновий (ER) шлях є складним біологічним процесом, що контролює проліферацію клітин, апоптоз, інвазію, ангіогенез тощо, у хворих на люмінальні підтини раку грудної залози (РГЗ). У випадку селекції пухлинних клітин, що містять мутацію у гені ESR1, даний рецептор стає активним незалежно від зовнішніх сигналів. Для гену ESR1 відомий ряд одонуклеотидних поліморфізмів, зокрема ESR1 A-351G, ESR1 T-397C, що здатні підвищувати транскрипцію цих генів. Аналіз мутацій генів ER у циркулюючій ДНК може виступати у ролі сурогатного тесту визначення гормонорезистентності (ГР) та прогнозування перебігу метастатичного люмінального РГЗ.

**Мета.** Підвищити ефективність гормонотерапії ІА у хворих на метастатичний люмінальний (Her2-негативний) РГЗ на підставі вивчення поліморфних варіантів гену ESR1.

**Матеріали та методи.** Представлено результати лікування 53 пацієнтів віком від 29 до 76 років з первинно-метастатичним люмінальним (Her2/неу-негативним) РГЗ, які у якості паліативної ГТ 1 лінії приймали ІА. КТ контроль динаміки процесу проводився кожні 12 тижнів. У разі прогресування захворювання виконувався забір аналізу крові для молекулярно-генетичного дослідження поліморфних варіантів A-351G (rs9340799) та T-397C (rs2234693) в 1 інтроні гену ESR1.

**Результати та обговорення.** Гетерозиготний варіант A/G351 визначено у 51,7% та T/C397 у 68,8% хворих. Статистично достовірної асоціації поліморфізму гену ESR1 (A-351G, T-397C) з ІГХ рецепторним статусом (PE %, PP %) та Ki-67 % не було виявлено ( $p < 0.05$ ). Виявлено статистично значущу асоціацію між поліморфізмами ESR1 A-351G та ESR1 T-397C ( $p < 0.05$ ). Встановлено, що наявність поліморфних генотипів ESR1 A-351G та ESR1 T-397C асоціювалися з раннім прогресуванням захворювання (до 1 року) - відповідно  $BP=2.81$  ( $BI:1.16 < BP < 6.82$ ,  $p=0.05$ ) та  $BP=3.33$  ( $BI:1.00 < BP < 11.90$ ,  $p=0.05$ ) та несприятливим перебігом захворювання.

**Висновки.** Виявлення поліморфізмів гену ESR1 (A-351G, T-397C) може слугувати додатковим маркером прогнозування перебігу метастатичного люмінального РГЗ та потребує подальшого вивчення.

**НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВНИХ ТА РЕФРАКТЕРНИХ ФОРМ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА**

Титоренко І.Б., Крячок І.А., Філоненко К.С., Алексик О.М., Новосад О.І., Куцєвий Е.В., Мартинчик А.В.,

Пастушенко Я.В.

Національний інститут раку, Київ, Україна

**Мета:** аналіз ефективності та токсичності лікування з використанням брентуксимабу ведотіну (BV) у хворих на рецидивну та рефрактерну форму лімфоми Ходжкіна (ЛХ).

**Матеріали та методи:** В Національному інституті раку з 2017 по 2019 р. було проліковано з використанням BV 54 хворих. Вік пацієнтів коливався з 21 по 56 років, медіана віку 30,4 років. Хворі мали рецидив або первинно-рефрактерну форму ЛХ, яка була підтверджена гістологічно та імуногістохімічно, пухлина мала CD30-позитивний статус. Всього було проведено 315 курсів, 253 в монорежимі та 62 курси BV+бендамустін. Пацієнти отримали від 1 до 16 курсів (медіана – 7,8 ± 4,73).

**Результати та обговорення:** Серед хворих які отримували лікування за схемою BV+бендамустін 38,4% пацієнтів досягли повної відповіді, 30,7% часткової, у 7,6% було зафіксовано стабілізацію процесу, у 22,8% хворих – прогресія захворювання. Серед пацієнтів, які отримували лікування BV в монорежимі 26,9% пацієнтів досягли повної відповіді, 30,76% часткової, у 15,38% хворих було зафіксовано стабілізацію процесу, у 15,38% хворих – прогресія захворювання. Після досягнення повної або часткової відповіді 11 пацієнтам проведено трансплантацію кісткового мозку (6 – від гаплоідентичних донорів 5 – аутоТСПК). Серед 10 хворих, які отримували лікування в якості підтримуючої терапії було проведено 52 курси терапії, середня кількість складала 7,5 ± 4,47. Троє хворих завершили лікування – 16 циклів BV. Медіана спостереження складає 14 місяців, загальна 6-ти місячна виживаність пацієнтів – 98,4 ± 0.03%, безпідійна 6-ти місячна виживаність складає 85,5 ± 0,08%.

Серед проявів токсичності у 7,31% хворих спостерігалась алергічна реакція, у 14,62% хворих – гематологічна токсичність різного ступеня, периферична нейропатія зафіксована у 19,51% хворих.

**Висновки:** Результати застосування BV в монотерапії та в комбінації з хіміотерапевтичними агентами продемонстрували нові можливості в підвищенні ефективності лікування рецидивів і рефрактерних форм ЛХ.



## НАЦІОНАЛЬНИЙ КАНЦЕР-РЕЕСТР В СИСТЕМІ ПОПУЛЯЦІЙНОГО СКРИНІНГУ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЖІНОЧИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ В УКРАЇНІ

Федоренко З.П., Рижов А.Ю., Гулак Л.О., Горох Є.Л., Сумкина О.В.  
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

**Мета.** Застосування інформаційних технологій у впровадженні популяційного скринінгу в Україні.

**Матеріали і методи.** Персоніфікована інформація про всі випадки новоутворень жіночих репродуктивних органів, зареєстровані на території України в 2006-2016 рр. Дослідження проводились з використанням сучасних методів статистичного аналізу, прийнятих в онкології та дескриптивній епідеміології.

**Результати та обговорення.** Впровадження у практику онкологічної служби України інформаційної технології Національного канцер-реєстру суттєво розширило можливості оцінки ефективності скринінгових заходів з раннього виявлення передпухлинних захворювань та новоутворень. Вирішенню поставлених завдань сприяла модернізація програмного забезпечення Національного канцер-реєстру згідно вимог ВООЗ та Європейської мережі канцер-реєстрів. За 2006-2016 рр. захворюваність на рак грудної залози зросла на 10,2%, пік захворюваності у 2016 р. припадав на вік 65-69 років, приріст показника цієї вікової групи склав 29,3%; захворюваність на рак шийки матки не змінилась, її пік у 2016 р. припадав на вік 45-49 років з приростом 14,0%. Для оцінки ефективності впровадження скринінгових програм, враховуючи рекомендації ВООЗ щодо залучення до цієї процедури інформаційної технології канцер-реєстру, запропоновані наступні показники: занедбаність, летальність до року, 5-річна виживаність.

**Висновки.** Інформаційні можливості Національного канцер-реєстру дозволяють отримувати якісну інформацію про онкоепідеміологічну ситуацію і результати протиракової боротьби в країні. Показники і аналітичні матеріали щорічно видаються у Бюлетені Національного канцер-реєстру та інших джерелах і застосовні як для наукових досліджень, так й для прийняття управлінських рішень з питань онкологічної допомоги населенню.

## АНАТОМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КРОВОПОСТАЧАННЯ ШКІРНО-М'ЯЗОВОГО КЛАПТЯ КИВАЛЬНОГО М'ЯЗА

Хлинін О.В., Кравець О.В., Процик В.С., Буртин О.В.  
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

**Мета.** Дослідити особливості кровопостачання шкірної частини шкірно-м'язового клаптя кивального м'яза в експерименті.

**Матеріали та методи.** Дослідження виконано на 17 трупах. Вивчали перфоранти верхньої щитовидної артерії і вени, які забезпечують кровопостачання та венозний дренаж шкірно-м'язового клаптя кивального м'яза. Після препарування верхньої щитовидної артерії проводилась її катетеризація над рівнем відходження від неї перфоранта до кивального м'яза. Для контрастування використовували метиленовий синій у кількості 20 мл. Забарвлення шкіри оцінювали через 2 хвилини після введення барвника.

**Результати та обговорення.** Перфоранти верхньої щитовидної артерії виявлені у всіх 17 (100%) анатомічних препаратах. У 6 (35,3%) випадках виявлено 1 артеріальний та 1 венозний перфорант; у 6 (35,3%) – 1 артеріальний та 2 венозних перфоранти; у 4 (23,5%) – 2 артеріальних та 1 венозний перфорант; у 1 (5,8%) – 2 артеріальних та 3 венозних перфоранти. Встановлено, що забарвлення шкіри поширювалось за межі кивального м'яза над ключицею та нижче її рівня. У 14 (82,4%) випадках спостерігали забарвлення шкіри на 1,5-2 см нижче ключиці; у 3 (17,6%) – на 1-1,5 см. Над ключицею забарвлення шкіри розповсюджувалось на 1-1,5 см допереду та ззаду кивального м'яза у всіх 17 (100%) випадках.

**Висновки.** Кровопостачання шкірної частини шкірно-м'язового клаптя кивального м'яза виходить за межі проєкції кивального м'яза за умови збереження перфорантів верхньої щитовидної артерії. Отримані дані важливі в реконструктивно-відновній хірургії голови та шиї для чіткого розуміння меж гарантованого кровопостачання зазначеного клаптя.

## РОЛЬ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ЕХОГРАФІЇ В ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІ ТА РАНЬОГО РАКУ ЕНДОМЕТРІУ

Абдуллаєв Р.Я., Сисун Л.А.  
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Кров'янисте виділення зі статевих органів жінок в менопаузі є тривожним клінічним симптомом, так як в 4-5% випадків воно виникає при раку ендометрію (РЕ). У той же час цей симптом присутній в половині випадків доброякісної

гіперплазії ендометрія (ДГЕ), поліпи, субмукозній міомі. Дуже важливим є своєчасна точна діагностика. Хоча остаточним методом діагностики цих захворювань є гістологічне дослідження тканини, отриманої при роздільному вишкрібанні, попередня оцінка характеру патологічного процесу в матці проводиться за допомогою ультразвукового дослідження. Метод дозволяє отримати інформацію про макроструктуру освіти, його кровопостачання, взаємини з міометрієм.

**Мета.** Розробити комплекс якісних та кількісних параметрів диференціальної діагностики доброякісної гіперплазії та раннього РЕ.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів трансвагінальної (ТВ) ехографії 122 жінок, у яких в 54 (44,3%) випадків діагностовано ДГЕ, в 10 (8,2%) - I А стадія і 58 (47,5%) - II в стадія РЕ. Серед обстежуваних в репродуктивному віці були 39 (72,2%) жінок з ГЕ і 21 (30,9%) пацієнтка з РЕ, в менопаузі - 15 (27,8%) і 47 (69,1%) відповідно. Середній вік жінок для всієї групи становив  $54,5 \pm 6,7$  років.

Результати та обговорення. Для диференціальної діагностики ДГЕ і РЕ були проаналізовані 13 сонографічних симптомів – товщина ендометрію, його контури, структура, ехогенність, наявність рідини в порожнині матки, інвазії в міометрії, ендометріального-маткового індекс, пікова систолічна швидкість (ПСС) і індекс резистентності (ІР) кровотоку в області осередку ураження, а також максимальна швидкість венозного кровотоку (МШВК).

Найбільш значущими ехографічними ознаками РЕ в репродуктивному віці були: збільшення товщини, неоднорідність внутрішньої структури, нечіткість і нерівність зовнішнього контуру М-ехо, розмитість межі ендометрію і міометрію, збільшення ендометріального-маткового індексу, збільшення кількості кольорних судинних сигналів в ендометрії у міру наростання стадії раку в режимі енергетичного доплера. У жінок в менопаузі найбільш характерними ультразвуковими симптомами РЕ були наявність рідини в порожнині матки в поєднанні пристінкових дрібних поліпівидних утворень, нерівномірне потовщення стінки ендометрія, реєстрація кровотоку в субендометріальній зоні.

Товщина ендометрію до 15 мм відзначалася у 43 (79,6%) жінок з ГЕ та у 19(27,9%) с РЕ, в межах 16-25 мм – у 9(16,7%) і у 41(60,3%), а більше 25 мм – у 2(3,7%) і у 8(11,8%) жінок відповідно. Контури ендометрію були чіткими у 51(94,4%) пацієнток з ДГЕ та у 16(23,5%) з РЕ, нечіткими у 3(5,6%) з ДГЕ та у 52(76,5%) з РЕ, рівними у 48(88,9%) з ДГЕ та у 19(27,9%) з РЕ, нерівними – у 6(11,1%) з ДГЕ та у 49(72,1%) з РЕ ( $p < 0,001$ ). Структура ендометрію була неоднорідною у 26(48,1%) при ДГЕ і у 52(76,5%) у жінок з РЕ ( $p < 0,05$ ).

Дрібноячеїста структура ендометрію при ДГЕ спостерігалася в 31(57,4%), при РЕ – 13(19,1%) випадків, рідину в порожнині матки діагностували у 28(41,2%) жінок з РЕ, жодної з ДГЕ ( $p < 0,001$ ). Васкуляризація ендометрію була слабкою у 28(51,9%) жінок з ДГЕ та у 19 (27,9%) з РЕ, помірною – у 19(35,2%) і у 32(47,1%), інтенсивною - у 7(12,9%) і у 17(25%) відповідно ( $p < 0,05$ ).

При РЕ ПСС кровотоку в на кордоні ендометрію і міометрію в середньому становила  $47,5 \pm 6,1$  см/с, а при ДГЕ –  $23,7 \pm 7,4$  см / с ( $p < 0,01$ ), а індекс периферичного опору кровотоку в них  $0,57 \pm 0,03$  і  $0,64 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ) відповідно.

**Висновки.** Найбільш значущими ехографічними критеріями диференціальної діагностики доброякісної гіперплазії і РЕ є: дрібноячеїста структура ендометрію, рівність зовнішнього контуру при ДГЕ, нечіткість зовнішнього контуру і наявність рідини в порожнині матки, переважно помірна або посилена васкуляризація ендометрію при РЕ.

## РОЛЬ СУЧАСНИХ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК ТА ПОСТПРОЦЕСИНГУ В ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ПРИ ОЦІНЦІ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Ашихмін А.В.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

**Мета.** Вивчити можливості використання сучасних діагностичних методів на прикладі позитронно-емісійної томографії / комп'ютерної томографії (далі ПЕТ/КТ) для оцінки метастатичного ураження колоректального раку, планування лікування та оцінки ефективності проведеного лікування, порівняно з іншими рутинними методами діагностики.

**Матеріали і методи.** 18-ФДГ (ізоотоп фтордезоксиглюкоза), циклотрон Eclipse, ПЕТ/КТ сканер Siemens Biograph 64, мультимодальна станція Siemens.

**Результати та обговорення.** Було виконано оцінку метаболічних показників до лікування. Проведено лікування методикою радіочастотної абляції (далі РЧА). Після лікування оцінювалась метаболічна відповідь, як у вигляді значення SUV (Standardized Uptake Values), так і обсягу залишкової пухлинної тканини у вигляді TLG (total lesion glycolysis); а також термін появи рецидиву (рецидив в місці проведення радіочастотної абляції 23%, внутрішньопечінковий рецидив 56%, позапечінковий рецидив 44% в перший рік після радіочастотної абляції відповідно, частота рецидивування).

Було продемонстровано, що більш низькі значення SUVmax (maximum standardized uptake), SUVmean (mean standardized uptake value), SUVpeak (peak standardized uptake value) пов'язані з більш низьким показником печінкового рецидиву в перший рік після радіочастотної абляції, незалежно від розміру, кількості осередків ураження і попереднього хіміотерапевтичного лікування.

Специфічні параметри 18-ФДГ ПЕТ/КТ можуть мати прогностичну роль в оцінці виживання пацієнтів (SUVmax, SUVmean, SUVpeak, MTV, TLG) в основному через збільшення агресивності пухлини з ростом поглинання 18-ФДГ та виступати маркерами ймовірності як рецидиву захворювання, так і рецидиву після абляційної терапії внутрішньопечінкового та позапечінкового, що, в свою чергу, дозволить застосовувати індивідуалізовані стратегії лікування з метою поліпшення виживаності.

**Висновки.** ПЕТ/КТ може бути використаний для планування РЧА. За допомогою ПЕТ/КТ можлива оцінка ефективності на

ранніх етапах після РЧА лікування. ПЕТ/КТ ефективний для пошуку пролонгації/рецидиву захворювання. Специфічні параметри 18-ФДГ ПЕТ/КТ можуть мати прогностичну роль в оцінці виживання пацієнтів.

## ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ДЛЯ ОЦІНКИ ЛОКАЛЬНОГО ПОШИРЕННЯ ПУХЛИНИ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Бакай О.А., Головка Т.С.

Національний інститут раку, м.Київ, Україна

**Мета.** При верифікованому раку шийки матки (РШМ) основним завданням променевого дослідження є оцінка поширення пухлинного процесу, оскільки це докорінно впливає на вибір тактики лікування та прогноз захворювання. Метою дослідження було оптимізувати МР-обстеження для визначення місцевого поширення пухлинного процесу у пацієнтів з РШМ шляхом порівняння корисності різних послідовностей МРТ.

**Матеріали та методи.** 62 пацієнта з РШМ, які проходили обстеження і лікування в Національному інституті раку. Структура розподілу за стадіями TNM: Tis – у 2(3,2%), T1a1 – у 3(4,8%), T1a2 – у 2(3,2%), T1b1 – у 17(27,5%), T1b2 – у 16(25,9%), T2a – у 19(30,6%), T2b – у 3(4,8%) пацієнток. Морфологічна структура РШМ: у 54(87,1%) плоскоклітинний рак, у 6(9,7%) – аденокарцинома, у 2(3,2%) – адено-плоскоклітинний рак. Всім хворим виконано оперативне видалення пухлини. 3 пацієнтки з РШМ T1b2, 1b – з T2a і 3 з T2b отримали курс неоадьювантної хіміотерапії. Пацієнткам проводили МРТ на томографі Philips (Intera) 1,5T із застосуванням контрастного підсилення та дифузійно-зв'язаної візуалізації (DWI). Результати променевої оцінки поширення пухлинного процесу зіставлені з даними морфологічного дослідження.

**Результати та обговорення.** Визначена діагностична ефективність методів променевого дослідження для оцінки місцевого поширення пухлини у хворих на РШМ. Помилкове завищення ступеню розповсюдження пухлинного процесу було обумовлене інтенсивним накопиченням контрастної речовини тканинами навколо пухлини внаслідок реактивного запалення. Використання DWI дозволило зменшити кількість помилково позитивних результатів і значно підвищило ефективність МРТ ( $p < 0,05$ ): позитивна прогностична величина, чутливість, специфічність та точність склали 83,3; 90,9; 96,0 та 95,1% відповідно.

**Висновки.** Найбільш інформативною комбінацією для оцінки місцевого поширення пухлинного процесу у хворих з верифікованим РШМ є поєднання нативної послідовності з DWI, тому доцільно включати DWI в протокол МР-дослідження цих пацієнток.

## МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧНА МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Гаврилюк О.М.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Оцінити ефективність мультипараметричної магнітно-резонансної томографії (мпМРТ) в діагностиці раку передміхурової залози (РПЗ).

**Матеріали і методи.** Основу дослідження склали результати порівняння наданих консультації 30 пацієнтів з підозрою на РПЗ – МРТ передміхурової залози (ПЗ) з внутрішньовенним контрастним підсиленням (в/в КП) та дообстеження – мпМРТ ПЗ з в/в динамічним контрастним підсиленням (ДКП) по модифікованих онкопротоколах. Усі пацієнти чоловічої статі, вік від 50 до 75 років.

**Результати та обговорення.** Після консультації цифрових носіїв 30 пацієнтів з підозрою на РПЗ виявлено: суспектні ділянки зміни МР-сигналу в периферійній зоні – 15(50,0%); суспектні ділянки в транзиторній зоні – 10(33,3%); суспектні зміни в проекції сечового міхура – 5(16,6%). Ознаки доброякісної гіперплазії (ДГПЗ) – 13(43,3%); поширення за капсулу – 4(13,3%).

Протоколи обстежень консультації 5(16,6%) пацієнтів включали сканування кісток малого тазу – 2(6,6%) або заочеревинних л/в – 3(10,0%).

Після дообстеження в режимі мпМРТ з в/в ДКП: у 7 (23,3%) пацієнтів клінічно значущий рак (КЗР) виключено – у 5 ознаки хронічного простатиту, у 2 – реактивні зміни передміхурової залози; у 10(33,3%) – PIRADS (Prostate imaging reporting and data system) 1-3; у 8(26,6%) – PIRADS 4; у 5(16,67%) – PIRADS 5, з них – 5(100%) випадків з екстракапсулярним поширенням, інвазія сім'яних міхурців, 2(40,0%) – контактна інвазія сечового міхура. У 3(10%) – mts в л/в тазу, у 2(6,6%) – mts в кістки тазу. Ознаки ДГПЗ – 20(66,6%).

**Висновки.** Ефективна диференційна діагностика захворювань ПЗ рекомендована з використанням мпМРТ з в/в ДКП по модифікованих онкопротоколах.

## ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЕФЕКТУ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ ПІДХОДІВ ДО МР-РЕСТАДІЮВАННЯ ПРИ МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ФОРМАХ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Ганіч О.В., Махмудов Д.Е., Головка Т.С.  
Національний інститут раку, Київ

**Мета.** В цьому дослідженні ми порівнюємо діагностичну ефективність загальноприйнятого підходу до МР-рестадіювання місцево розповсюджених форм раку прямої кишки (mrTRG) у порівнянні з розробленим нами методом, що базується на оцінці шкали сірого на T2 зважених зображень за допомогою розробленого програмного забезпечення (EmrTRG).

**Матеріали та методи.** Протягом 2018-2020 років, 74 пацієнти з первинно виявленим місцево розповсюдженим раком прямої кишки (МРРПК) (mrT3mrf+N1-2M0) були включені в дослідження. Всі пацієнти пройшли курс неоад'ювантної хіміопроменевої терапії (НАХПТ), зі сумарною дозою 50,4 Гр у комбінації з Капецитобіном, з послідуочим оперативним лікуванням. Через 8-10 тижнів після закінчення курсу НАХПТ, всі пацієнти пройшли МРТ обстеження з оцінкою ефекту НАХПТ з використанням mrTRG та EmrTRG. МР-дані зрівнювались з даними патогістологічного дослідження післяопераційного матеріалу (за шкалою Дворака).

**Результати та обговорення.** Серед включених пацієнтів випадків прогресії не зустрічалось. Повну відповідь (pTRG 5) зустрічалась в 6(7%) випадках, rTRG-4 – у 10(13%) випадках, rTRG-3 – у 20(26%) випадках, rTRG-2 – у 24(37%) випадках, rTRG-1 – у 10(13%) випадках, rTRG0 – у 4(4%) випадках. У 12(16%) випадках зустрічалась повна радіологічна відповідь за даними mrTRG та у 8(11%) випадках – за даними EmrTRG. mrTRG 4 зустрічалась у 20(27%) випадках, та у 12(16%) за даними EmrTRG. mrTRG3 – у 12(15%), та у 18(24%) випадках за даними EmrTRG. mrTRG 2 – у 10(13%) випадках, та у 22(31%) випадках за даними EmrTRG. mrTRG 1 – у 14(22%) випадках та у 10(14%) за даними EmrTRG. mrTRG 0 – у 6(7%) випадках та у 4(4%) за даними EmrTRG.

**Висновки.** EmrTRG може бути перспективним інструментом в оцінці ефекту неоад'ювантної терапії при місцево розповсюдженному раку прямої кишки і потребує послідуочого вивчення.

## МОЖЛИВОСТІ МРТ В ДІАГНОСТИЦІ МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Коровіна А.С.  
Національний інститут раку, Київ

**Мета.** визначення ефективності магнітно-резонансної томографії (МРТ) в уточненні діагностики раку шийки матки шляхом первинного обстеження пацієнтів та перебігу захворювання.

**Матеріали та методи.** Проведено МРТ 80 пацієнтів з встановленим діагнозом аденокарцинома шийки матки. Був попередньо проведений курс променевої і хіміотерапії та контрольна МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперованим 30 пац. з метою виявлення перебігу захворювання проведено контрольне МРТ.

**Результати та обговорення.** Діагноз аденокарцинома верифікований морфологічно у 80 пацієнтів, при кольпоскопії с подальшим морфологічним підтвердженням. У 80 пацієнтів (100%) спостерігалось нерівномірне потовщення стінок шийки матки, пухлинне заміщення ендоцервікса; у 20 пац. (25%) ознак порушення цілісності поверхневого шару та інвазії жирової клітковини не відмічалось; у 40 пацієнтів (50%) пухлина поширювалась тільки на парацервікальну жирову клітковину; у 20 пацієнтів (25%) відмічалась інвазія органів малої миски. 3 80 (100%) пац. в 40 пац. (50%) виявлено метастазування в позачеревні лімфатичні вузли та в кістки тазу.

**Висновки.** МРТ являється високоінформативним методом променевої діагностики у визначенні поширення раку шийки матки та оцінці ефективності проведеного лікування.

## ЗНАЧЕННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ У ДІАГНОСТИЧНОМУ МОНІТОРИНГУ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Лаврик Г.В.  
Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Оцінити можливості променевиx методів та визначити ефективність ПХТ метастатичного колоректального раку (мКРР).

**Матеріали і методи.** Виконано дослідження та оцінено результати ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної (СКТ) та магнітно-резонансної (МРТ) томографії у 350 пацієнтів із мКРР. Результати досліджень порівняно в динаміці та співставлено з морфологічною верифікацією біопсійного матеріалу

**Результати та обговорення.** У всіх пацієнтів виявлено різної форми, кількості та розмірів МТС у печінці. При моно/

білобарному (27,8%/72,2%) ураженні визначено рівномірне (62%) / нерівномірне підсилення паренхіми печінки з гіпер- (32,5%) / гіподенсними (87,9%) осередками, некрозом (68,1%), звапненнями (19,4%), інвазією в печінкові (34,8%), воротну (50,1%), НПВ (13,7%) вени. По динаміці контрастування при СКТ виявлено зону перинодулярного (43,2%) підсилення як показник активності неонатрогенезу. За результатами порівняння (після курсів ПХТ) динамічних СКТ- та МРТ-досліджень, зміна розміру осередків визначена у 74,8% пацієнтів та розцінена як позитивний індикатор відповіді на лікування. Пониження (86,7%) ехогенності/щільності та зменшення гіперденсної перифокальної зони корелює із позитивним ефектом лікування. Зміну її товщини визначено після I курсу ПХТ у 51,8% спостережень, II – 71,7%, III – 85,5%. Зменшення щільності основної маси пухлини корелює з некрозом (29,9%), кістозною дегенерацією (17,7%) без зміни розміру пухлини – розцінено як позитивний ефект лікування. Поява ефекту зникнення (11%) раніше фіксованих осередків трактувалось як позитивна динаміка лікування.

**Висновки.** Застосування комплексу променевих методів з оцінкою візуальних структурних змін та порівняння метричних даних в осередках протягом періоду лікування свідчить про динаміку метастатичного процесу в печінці.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МОЖЛИВОСТІ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ЕХОГРАФІЇ І КОЛЬПОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПОЛІПІВ ШИЙКИ МАТКИ

Сібіханкулов А.Х., Абдуллаєв Р.Я.  
Харківська медична академія післядипломної освіти

**Мета.** порівняно оцінити можливості трансвагінальної ехографії і кольпоскопії в діагностиці поліпів шийки матки.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-лабораторне, кольпоскопічне і трансвагінальне ультразвукове дослідження (ТВ УЗД) шийки матки у 23 жінок з поліпами цервікального каналу у віці 24-37 років. Гістологічно залозисто-фіброзні поліпи (ЗФП) були діагностовані у 18 (78,3±8,6%), а аденоматозні поліпи (АП) – у 5 (21,7±8,6%) пацієнток.

**Результати та обговорення.** Для оцінки частоти виникнення поліпів різних типів їх розміри було розподілено на три градації: менше 10,0 мм, 10,1-20,0 мм і понад 20,0 мм відповідно. ЗФП розміром менше 10,0 мм траплялися в 5 (27,8±10,6%) випадках, при АП – в жодному; розміром 10,1-20,0 мм – у 12(66,6±11,1%) жінок і в 1(20,0±17,9%) (p<0,05) відповідно; більше 20,0 мм – в 1 (5,6±5,4%) і в 4 (80,0±17,9%) (p<0,05) спостереженнях відповідно. АП у всіх випадках були овальними, а ЗФП у 3 (16,7±8,8%) пацієнток круглими, а в 15(83,3±8,8%) – овальними. ЗФП частіше (p<0,05) мали гладку (17(94,4±5,4%) випадків) поверхню, а АП – шорстку (3(60,0±21,9%) випадки) поверхню (p<0,05). З точки зору ехогенності і наявності вільної рідини в цервікальному каналі ніяких істотних відмінностей між групами виявлено не було.

У 7(30,4±9,6%) випадків поліпи були локалізовані ектоцервікально, в 16(69,6±9,6%) – ендоцервікально. Кольпоскопічно ектоцервікальні поліпи було виявлено у всіх 7 випадках, ендоцервікальні – в 3(18,8±9,8%). При кольпоскопії ектоцервікальні поліпи ідентифіковувалися значно краще, ніж ендоцервікальні (p<0,001), а також краще, ніж при сонографії (p<0,05). А при УЗД ендоцервікальні поліпи візуалізувалися краще, ніж ектоцервікальні (p<0,05) і краще, ніж при кольпоскопії (p<0,001).

АП значно частіше (p<0,01), ніж при ЗФП, мали гетерогенну структуру (80,0±17,9% проти 5,6 ± 5,4% випадків). Судинна ніжка поліпа візуалізувалася в 16(88,9±7,4%) випадків ЗФП і в 1 (20,0±17,9%) при АП (p<0,001). Ендоцервікальні поліпи в 5 випадках були локалізовані в нижній третині цервікального каналу і діагностовані завдяки наявності судинної ніжки. Васкуляризація поліпів була розділена на три градації: слабка, помірна і посилена. У середині АП помірний кровотік був зафіксований в 1(20,0±17,9%) випадку, посилений – в 4(80,0±17,9%), значно частіше (p <0,01), ніж у ЗФП (3(16,7±8,8%) випадки).

У діагностиці цервікальних поліпів чутливість трансвагінальної ехографії становила 94,4%, специфічність – 80,0%, точність – 91,3%, а кольпоскопії – 90,0; 46,2 і 65,2% відповідно.

**Висновки.** У жінок репродуктивного віку ендоцервікальні поліпи трапляються частіше, ніж ектоцервікальні. Кольпоскопічно ектоцервікальні поліпи діагностуються краще, ніж сонографічно, а ендоцервікальні краще, ніж при кольпоскопії. Найбільш значущою прямою ознакою ЗФП є візуалізація судинної ніжки поліпа. АП васкуляризуються краще, ніж ЗФП. У діагностиці цервікальних поліпів чутливість трансвагінальної ехографії становила 94,4%, специфічність – 80,0%, точність – 91,3%, а кольпоскопії – 90,0; 46,2 і 65,2% відповідно.

## ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ НЮАНСИ В ОНКОЛОГІЇ

Шевчук Л.А.  
Національний інститут раку, м. Київ

Використання ехокардіографії (ехо-кг) в сучасній онкології не обмежується визначенням основних параметрів протоколу. Володіючи методиками уз-дослідження, можливо одночасно визначити особливості поширення пухлинного процесу (ПП).

**Мета.** Оцінка резервних можливостей серця (РМС), поширення ПП у хворих на злоякісні новоутворення (ЗН).

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати ехо-кг 112 пацієнтів із ЗН (злоякісні лімфоми (ЗЛ); ЗН нирок, органів черевної порожнини; ЗН органів нічної репродуктивної системи), які проходили лікування в клініці НІР, що була доповнена ультразвуковими методиками.

**Результати та обговорення.** У 17(15,2%) пацієнтів із ЗЛ межистинія виявлено залучення перикарду та магістральних судин; у 16(14,3%) пацієнтів із ураженням лімфатичних вузлів шії діагностовано тромби різного рівня локалізації (9(56,3%) – тромбоз внутрішніх яремних вен, 7(43,7%) – тромбоз підключичних вен); 10(10,0%) – тромбози венозних портів. У 27(24,1%) пацієнтів під час огляду нижньої порожнистої вени (НПВ) визначено тромбози різного ступеня поширеності (у 15(55,5%) пацієнтів – оклюзійний тромбоз НПВ, 5(18,6%) – тромбоз із поширенням в праве передсердя, 7(25,9%) – тромбоемболії легеневих артерій). У 15(13,4%) пацієнтів ПП порожнин серця (у 8(53,3%) – місоми різної локалізації; 7(46,7%) – ЗН міокарда. У 11(9,8%) пацієнтів визначений інфекційний ендокардит (4(36,4%) – з локалізацією на аортальному, 4(36,4%) – тристулковому, 3(27,3%) – мітральному клапанах). У 12(11,0%) хворих – ексудати (у 4(33,3%) перикардити з сонографічними показами до пункції перикарду; у 4(33,3%) – плеврити; у 4 (33,3 %) – асцит).

У 4(3,6%) пацієнтів визначено різних типів аневризматичні розширення інфраренального відділу черевної аорти.

**Висновки.** Ехо-кг – метод, що дає можливість оцінити не тільки функціональний стан серця, а й змогу визначити поширеність злоякісного процесу.

## АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ВИСОКОГО РИЗИКУ. ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКО-ПЕРИНАТАЛЬНИХ РИЗИКІВ. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ ТА РОЗРОДЖЕННЯ»

16 вересня 2020 року, 15.00-18.00

**Організатор:** Кафедра акушерства і гінекології № 2  
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Модератор:** професор Гнатко О.П.

**Тема:** Стратегія акушерського та перинатального ризику

**Доповідач:** Гнатко О.П.

**Тема:** Акушерські ризики у жінок з лейоміомою матки

**Доповідач:** Сольський С.Я.

**Тема:** Перинатальні ризики у вагітних з пухлинами додатків

**Доповідач:** Чубатий А.І.

**Тема:** Зниження акушерського та перинатального ризику при прееклампсії

**Доповідач:** Марущенко Ю.Л.

**Тема:** Аборт, що не відбувся, як фактор вагітності високого ризику

**Доповідач:** Чорна О.О.

**Тема:** Ризики розвитку ускладнень вагітності та пологів у жінок після деструктивних методів лікування патології шийки матки

**Доповідач:** Скурятина Н.Г.

**Тема:** Ризики виникнення ускладнень вагітності і пологів у жінок з ендометриїдною хворобою

**Доповідач:** Самойлова М.В.

**Тема:** Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду, як фактор ризику репродуктивних ускладнень

**Доповідач:** Михайлюта М.А.

**Тема:** Ризики розвитку раннього гестозу (блювання вагітних) на тлі хронічного гастриту

**Доповідач:** Жеребак Н.М.

**Тема:** Прогнозування ризику пролонгованої вагітності у жінок з різними типами ожиріння  
**Доповідач:** Тишко К.М.

**Тема:** Генетичні предиктори ризику невиношування вагітності  
**Доповідачі:** Турова Л.О., Курченко А.І.

**Тема:** Роль м'язів тазового дна у родовому процесі та в житті жінки в цілому. Зміцнення м'язів тазового дна  
**Доповідачі:** Грабова Світлана, Мельник Олена

## АКУШЕРСЬКИЙ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИЙ РИЗИК: СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА

Гнатко О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
кафедра акушерства і гінекології №2, м.Київ

**Мета.** Поліпшення акушерських і перинатальних наслідків при ускладненнях вагітності шляхом оптимізації стратегії і тактики

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз наслідків вагітності і пологів у 94 жінок, вагітність яких перебігала за акушерськими ускладненнями (пreekлампсія, загроза передчасних пологів, затримка росту плода). За результатами перинатальних наслідків всі спостереження були розподілені на дві групи в залежності від перинатального результату: народження здорової дитини – 1 група і несприятливий перинатальний результат (антенатальна загибель плода, захворювання постгіпоксичного генезу) – 2 група. Алгоритм вибору стратегії та тактики передбачав визначення факторів ризику ускладнень; формування груп ризику вагітних, спостереження з визначенням необхідних лікувально-профілактичних заходів. Для визначення факторів ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень оцінювались дані щодо соматичної та гінекологічної захворюваності, акушерського анамнезу, перебігу вагітності та пологів, наявності та характеру ускладнень. Проводилась оцінка результатів клініко-лабораторного обстеження, яке здійснювалось під час вагітності та пологів. Формування груп ризику відбувалось за наявності факторів ризику, їх кількості та частоти. Тактика ведення включала своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів для попередження розвитку ускладнень. Отримані результати оброблені методами математичного і статистичного аналізу.

**Результати та обговорення.** В 1 групі вагітних було 53 (56,4%) пацієнтки (пreekлампсія – 22, загрози передчасних пологів – 17, ЗРП – 14); в 2 групі – 41 (43,6%) пацієнтка (пreekлампсія – 15, загроза передчасних пологів – 14, ЗРП – 12). Оцінка вагітних за віком, паритетом, соціальним статусом не виявила достовірних відмінностей в групах. Аналіз акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу показав серед вагітних 2 групи. переважає частоти і кількості факторів ризику. Групу ризику щодо ускладнень вагітності в 1,5 рази частіше становили пацієнтки 2 групи. Результати клініко-лабораторних досліджень дозволили виділити критерії для прогнозування ризику ускладнень. Порівняльний аналіз в групах показав, що визначення факторів ризику не було адекватно проведено у 41,0% вагітних з різними акушерськими ускладненнями, в 1 групі – тільки у 12,2%, що суттєво вплинуло на визначення групи ризику і планування оптимальної тактики

**Висновки.** Поліпшення акушерських та перинатальних наслідків передбачає стратегію, яка включає визначення факторів ризику з ранніх термінів вагітності, ретельне спостереження за вагітними груп ризику, своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів з оцінкою їх ефективності для прогнозування реалізації ризиків і зміни тактики ведення вагітності і пологів.

## РАННІЙ ГЕСТОЗ (БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ) У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРИТАМИ: РИЗИКИ ВИНИКНЕННЯ

Жеребак Н.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
кафедра акушерства і гінекології №2, м. Київ

**Мета.** З'ясувати клініко-лабораторні особливості перебігу раннього гестозу (блювання вагітних) і визначити прогностичні ознаки його розвитку у жінок з хронічними гастритами

**Матеріали і методи.** Обстежено 35 жінок з раннім гестозом (блювання вагітних) в терміні гестації 8-12 тижнів. Вагітні розподілені на дві групи в залежності від наявності хронічного гастриту: 1 група – 17 вагітних з гастритами та 2 група – 18 – без гастритів. Обстеження включало анкетування, клініко-лабораторне обстеження з додатковим визначенням кислотності шлункового вмісту за рівнем гастриту 17 (G-17) та виявленням в сироватці крові IgG до Helicobacter pylori методом швидкого хроматографічного імуноаналізу Отримані результати оброблені методами математичного і статистичного аналізу.

**Результати та обговорення.** Вагітні обох груп знаходились у репродуктивному віці (19-36 років). Частота раннього гестозу не мала достовірної різниці між групами і становила в 1 групі – 29,3%, а в другій – 29,0%. Результати кислотності шлункового вмісту свідчили, що в 1 групі вагітних з гіперацидним станом було в 3,2 рази більше, ніж у 2 групі. Частота гіпоацидних станів була навпаки вдвічі вище у жінок 2 групи. Рівень нормального кислотності відмічався майже з однаковою частотою у вагітних обох груп: 11,8% – в 1 групі та 11,1% – в 2 групі. Позитивний результат на наявність антитіл до Н.р. мав місце у 88,2% вагітних 1 групи та у 27,8% вагітних 2 групи. Легкий ступінь блювання вагітних відмічено у 5,9% пацієнток 1 групи, та у 88,9% в 2 групі. Середній ступінь тяжкості становив в 1 групі – 70,6%, в 2 групі – 5,6%, тяжкий ступінь в 1 групі складав 23,5% в 2 групі – 5,6%. Аналіз клінічного перебігу раннього гестозу у жінок з хронічними гастритами виявив такі особливості: в 1,5 рази частіше раннє його настання (8-9 тиж); частіше в 12,6 разів середній і в 4,2 рази тяжкий ступінь блювання; в 1,4 рази триваліший (11-12 тиж і до II триместру) перебіг раннього гестозу, характер блювання (в 2 рази більша кількість епізодів на добу і блювання не приносило полегшення), частіше приєднуються інші ускладнення раннього гестаційного періоду (загроза переривання), на які впливає функція шлунково-кишкового тракту, в 3,2 рази частіше діагностуються IgG до *H. pylori*.

**Висновки.** У жінок з хронічними гастритами прогностичними ознаками розвитку раннього гестозу (блювання вагітних) є раннє настання, середній або тяжкий ступінь перебігу, приєднання інших ускладнень раннього гестаційного періоду, гіперацидний стан та наявність інфікування *Helicobacter pylori*.

## РОЛЬ ПРОБИОТИКІВ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ШИЙКИ МАТКИ ПІСЛЯ ДЕСТРУКТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЇЇ ПАТОЛОГІЇ

Скюрятіна Н.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №2, м. Київ, Україна

**Мета.** Оцінити ефективність відновлювальної терапії з включенням пробіотиків в післяопераційному періоді після деструктивних методів лікування дисплазії шийки матки.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням перебувало 45 пацієнток віком 26-39 років з дисплазією шийки матки (CIN I) після проведеної радіохвильової електрохірургії. Залежно від відновлювальної терапії, яку призначали на 6-7 день після деструкції, жінки були розподілені на дві групи. 23 (51,1%) пацієнтки 1 групи для покращення репаративних процесів отримували препарат з тіотриазоліном інтравагінально по 0,2 г в супозиторіях 2 рази на день протягом 10 днів та капсули з лактобактеріями по 1 капсулі внутрішньо 2 рази на день протягом місяця. 22 (48,9%) пацієнткам 2 групи призначали лише тіотриазолін за аналогічною схемою. Оцінку ефективності комплексної терапії проводили через один і три місяці після лікування за допомогою клініко-лабораторних, мікробіологічних, імунологічних методів дослідження, кольпоскопії і визначення рН вмісту піхви.

**Результати та обговорення.** Показало, що в 1 групі, порівняно із 2 групою: в 1,3 рази збільшилось число жінок з вмістом біфідобактерій і лактобактерій в достатньому мікробному числі (106- 107 КОЕ/г); в 1,5 рази збільшилась частота жінок з нормоцинозом піхви; в 1,3 рази підвищився рівень лізоциму і в 1,9 рази підвищився рівень sIgA в піхво-цервікальних змивах; в 1,3 рази зменшилась середня тривалість епітелізації; збільшилась в 1,3 рази кількість жінок з повною епітелізацією до 45 дб. Протягом 3 місяців лише у 2 (8,7%) пацієнток 1 групи відмічено ознаки вагітності, в той час як в 2 групі у 4 (18,2%) – ознаки вагітності і у 2 (9,1%) – бактеріального вагінозу.

**Висновки.** Використання пероральних пробіотиків, що містять лактобактерії в комплексному лікуванні передракової патології шийки матки сприяє нормалізації мікрофлори піхви, відновленню рівня місцевого імунітету, що впливає на швидкість та якість репаративних процесів після деструктивних методів.

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

### «ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК»

18 вересня 2020 року, 13.30-16.30

**Організатор:** Відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»

**Модератори:** професор Корнацька А.Г., професор Вовк І.Б.

**Тема:** Органозберігаючі операції при лейоміомі матки в реалізації репродуктивної функції у жінок

**Доповідачі:** Корнацька А.Г. проф., Вовк І.Б. проф., Ревенко О.О. д.м.н.

**Тема:** Персоніфіковані підходи до відновлення репродуктивної функції у жінок з лейоміомою матки

**Доповідачі:** Чубей Г.В. к.м.н., Флаксемберг М.А. к.м.н.





**Тема:** Променеві методи діагностики в моніторингу динаміки лікування лейоміоми матки

**Доповідачі:** Козаренко Т.М. проф., Карачарова І.Ю., Колосов О.М.

**Тема:** Аномальні маткові кровотечі (сучасні підходи до діагностики та лікування)

**Доповідачі:** Кондратюк В.К. проф., Даниленко О.Г. к.м.н.

**Тема:** Сучасний погляд на проблему звичного викидня – методи діагностики та лікування

**Доповідачі:** Трохимович О.В. д.м.н., Баранецька І.О. к.м.н.

**Тема:** Особливості ведення пацієнток із надлишковою масою тіла на тлі гіперандрогенних станів

**Доповідач:** Дубчак А.Є. проф.

**Тема:** Особливості прегравідарної підготовки у жінок після лікування безплідності

**Доповідач:** Дубенко О.Д. д.м.н.

**Тема:** Проблема вродженого сифілісу в Україні

**Доповідачі:** Волкославська В.М., Унучко С.В., Маняк Н.В., Рощенко Л.В., Бойко В.В., Намли І.Є.

**Тема:** Статева освіта підлітків: структура, ефективність, рекомендації

**Доповідачі:** Шкіряк-Нижник З.А. проф., Горбань Н.Є. к.м.н., Лапікура О.В., Бондаренко Н.Ю. к.м.н., Слободченко Л.М.

**Тема:** Підходи до оцінки стану репродуктивного здоров'я жінок України в період трансформації сфери охорони здоров'я

**Доповідачі:** Марушко Р.В. д.м.н., Дудіна О.О. к.м.н., Неділько В.П. проф.

**Тема:** Інтимне вагінальне омолодження жінок

**Доповідач:** Луценко О.В., к.м.н., лікар-гінеколог МЦ «Мед Сіті»

**Тема:** Біорегуляційний підхід – інноваційні можливості лікування запальних захворювань органів малого тазу щодо підготовки до ДРТ

**Доповідач:** Данкович Н.О., проф., акушер-гінеколог, репродуктолог, лікар вищої категорії, д.м.н, професор, генеральний директор мережі медичних центрів «Мати та дитина»

## ПРОБЛЕМА ВРОДЖЕНОГО СИФІЛІСУ В УКРАЇНІ

Волкославська В.М.<sup>1</sup>, Унучко С.В.<sup>1</sup>, Маняк Н.В.<sup>2</sup>, Рощенко Л.В.<sup>3</sup>, Бойко В.В.<sup>4</sup>, Намли І.Є.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна;

<sup>2</sup>КП «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради, м. Рівне, Україна;

<sup>3</sup>КНП Харківської обласної ради «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1», м. Харків, Україна;

<sup>4</sup>КМУ «Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер», м. Чернівці, Україна

**Мета:** Провести аналіз захворюваності вродженим сифілісом в Україні та намітити організаційні та профілактичні заходи.

**Матеріали та методи:** Вивчення статистичних даних в Україні за останні 5 років. Складені соціологічні анкети для лікувальних закладів України. Проведено аналіз отриманих анкет.

**Результати та обговорення:** Встановлено, що в Україні в ХХ-ХХІ сторіччях мало місце 4 підйоми захворюваності сифілісом 1955, 1976, 1996рр. та з 2017 року почалось зростання захворюваності сифілісом. В динаміці захворюваності була присутня періодична компонента 20-21 рік. Проведено анкетування 70 вагітних, які народили дітей. У переважній більшості вагітних – 70% діагноз сифілісу був встановлений у другій половині вагітності, що значно ускладнювало проведення ефективної специфічної терапії. У 95% вагітних, хворих на сифіліс, було виявлено приховані та пізні форми сифілісу. Джерелом інфікування у 60% вагітних були випадкові знайомі. Більшість вагітних не мали постійної роботи. Для встановлення діагнозу обов'язково використовували трепонемні тести (ТТ). Основними етіотропними засобами для лікування сифілісу залишаються препарати групи пеніциліну.

**Висновок:** Стан здоров'я вагітних та народжених ними дітей потребує ретельного спостереження. Крім дерматовенерологів до боротьби з вродженим сифілісом мають бути залучені акушер-гінекологи, педіатри, ЦПМСД, сімейні лікарі, окулісти, невропатологи та рентгенологи. Доцільна співпраця і контроль за діяльністю приватних структур.

## ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК УКРАЇНИ В ПЕРІОД ТРАНСФОРМАЦІЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Марушко Р.В., Дудіна, О. О., Неділько В.П.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»,  
м. Київ, Україна

**Мета.** Запровадження комплексної оцінки стану репродуктивного здоров'я (РЗ) в умовах трансформації сфери охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз нормативно-правових засад і системи державної і галузевої статистики для оцінки РЗ. Використано методи системного підходу, соціологічний, структурно-логічний, епідеміологічного аналізу.

**Результати та обговорення.** Стан (РЗ) населення – це найважливіша складова соціально-демографічного розвитку країни, яка багато в чому визначає і рівень розвитку суспільства в цілому, і один з найважливіших пріоритетів розвитку охорони здоров'я в Україні. Трансформація сфери охорони здоров'я в Україні сприяла забезпеченню доступності і якості медичної допомоги у сфері РЗ. Проте стан РЗ населення України все ще не відповідає міжнародним стандартам. Високими, незважаючи на значне зниження, у 2-3 рази вищими за середні показники у країнах Євросоюзу, залишаються у 2019 році рівні материнської (14,9 на 100 тис. народжених живими), перинатальної (8,89 на 1000 народжених живими і мертвими) та малюкової (7,0 на 1000 народжених живими) смертності. Вважається, що визначення найбільш значущих проблем сфери репродуктивного здоров'я та прийняття ефективних управлінських рішень щодо їх мінімізації повинні ґрунтуватися на основі аналізу і оцінки показників РЗ та діяльності закладів і установ охорони здоров'я. На основі вивчення основних критеріїв оцінки стану РЗ в різних країнах світу та в Україні, системи державної і галузевої статистики та наявної нормативно-правової бази, що регламентує організацію медичної допомоги у сфері РЗ, було визначено і запропоновано набір 86-ти індикативних показників для комплексної оцінки стану РЗ. В подальшому шляхом спланованої дискусії в фокус-групах з урахуванням корисності, наукової обґрунтованості, зрозумілості, доступності і достовірності д було відібрано 60 орієнтовних показників медичної допомоги у сфері РЗ на різних рівнях її надання та стану РЗ.

**Висновки.** Розроблені структуровані за рівнями надання медичної допомоги у сфері репродуктивного здоров'я індикативні показники дозволяють рекомендувати запропоновані інновації для впровадження у практику закладів і установ охорони здоров'я України.

# СЕСТРИНЬКА СПРАВА

## ШКОЛА МЕДСЕСТРИНСТВА

18 вересня 2020 року, 10.00-17.00

**Організатори:** Асоціація медичних сестер України, Група компаній LMT

**Тема:** Особливості підготовки спеціалістів з невідкладної медичної допомоги в медсестринстві

**Доповідач:** Губенко Інна Яківна, ректор Черкаської медичної академії, професор

**Тема:** Інновації в післядипломній освіті в медсестринстві

**Доповідач:** Вовк Леся Григорівна, директор Львівського медичного коледжу післядипломної освіти, к.пед.н.

**Тема:** Педагогічні підходи до підготовки парамедиків

**Доповідач:** Шапошнікова Валентина Миколаївна, к.мед.н., завідувач кафедри фахових медичних та фармацевтичних дисциплін Черкаської медичної академії

**Тема:** Психологічні аспекти надання екстреної медичної допомоги

**Доповідач:** Демченко Анжела Вікторівна, к.пед.н., проректор з виховної роботи та зв'язків з громадськістю Черкаської медичної академії

**Тема:** Організація та порядок проведення медичного сортування потерпілих при виникненні надзвичайних ситуацій

**Доповідач:** Федосєєва Ольга Вікторівна, проректор з практичної роботи Черкаської медичної академії

**Тема:** Принципи надання домедичної допомоги травмованим при надзвичайних ситуаціях

**Доповідач:** Пасечник Дмитро Анатолійович, викладач циклової комісії хірургічних дисциплін, екстреної медицини та військово-медичної підготовки Черкаської медичної академії

**Майстер-клас з надання домедичної допомоги травмованим та при раптовій зупинці серця**

**Тренери:** Ковтун Олександра, студентка III курсу ОПП Екстрена медицина Черкаської медичної академії, Пустова Амалія, студентка II курсу ОПП Екстрена медицина Черкаської медичної академії, Прокопенко Віталій, студент III курсу ОПП Екстрена медицина Черкаської медичної академії, Загребельний Сергій, студент III курсу ОПП Екстрена медицина Черкаської медичної академії

**Тема:** COVID – 19 як внутрішньолікарняна інфекція: ефективні методи профілактики, відповіді на питання

**Доповідач:** Катреча Людмила Володимирівна, керівник Асоціації COIR, координатор програми «Чиста лікарня безпечна для пацієнтів»

**Тема:** Практика гігієни рук в умовах пандемії. Системні помилки. Виявлення, наслідки та методи їх усунення

**Доповідач:** Клименко Ірина Володимирівна, к.фарм.н., науковий консультант; Лещенко Вікторія Іванівна, лікар-дезінфекціоніст вищої категорії, консультант; Солошонок Людмила Володимирівна, науковий консультант ТОВ «НВП «ВІЛАН»

**Тема:** Мінімізація ризиків передачі інфекцій при наданні медичної допомоги

**Доповідач:** Марасіна Ольга Борисівна, директор ТОВ «Лаверна»

**Тема:** Профілактика гіпертонічної хвороби

**Доповідач:** Євстігнеєва Олена Валентинівна, Національна Академія Медичних Наук України

**Тема:** Проблемні питання асоціації медичних сестер

**Доповідач:** Асоціація медичних сестер України та обласні осередки медичних сестер

**[WWW.MEDFORUM.IN.UA](http://WWW.MEDFORUM.IN.UA)**