



Міністерство охорони здоров'я України
The Ministry of Health of Ukraine



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



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

19-21 квітня • 2016 • April 19-21

V ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

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



V ANNIVERSARY INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS

«Introduction of modern medical science advances into healthcare
practice in Ukraine»

МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ CONGRESS PROCEEDINGS



Україна, Київ, ВЦ «КиївЕкспоПлаза»
KyivExpoPlaza Exhibition Centre, Kyiv, Ukraine



VI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

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

Організатори:



25-27 квітня 2017 року

ТЕМАТИЧНІ НАПРЯМКИ КОНГРЕСУ:

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПРОГРАМИ:

- Організація і управління охороною здоров'я
- Дні приватної медицини
- Дні лабораторної медицини
- Радіологія: ультразвукова діагностика, конвенційна рентгенодіагностика, променева діагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, променева терапія, ядерна медицина, радіаційна безпека
- Функціональна діагностика
- Телемедицина та медичні інформаційні системи
- Військова медицина
- Медицина невідкладних станів
- Хірургія, нейрохірургія, ендоскопія
- Фізична терапія і реабілітаційна медицина
- Травматологія та ортопедія
- Онкологія
- Терапія, кардіологія, неврологія, гастроентерологія, ендокринологія, гематологія та трансфузіологія
- Загальна практика – сімейна медицина
- Гінекологія, репродуктологія, акушерство, перинатологія, неонатологія, педіатрія
- Офтальмологія
- Отоларингологія
- Урологія
- Дерматовенерологія, дерматологія
- Health Beauty: пластична хірургія, комбустіологія, дієтологія
- Організація і управління фармацією
- Сестринська справа
- Стоматологія

ПРАКТИЧНІ ШКОЛИ:

- Школа головного лікаря
- Українська лабораторна школа
- Всеукраїнська школа ультразвукової та функціональної діагностики
- Українська кардіологічна школа ім. ак. М.Д. Стражеска
- Терапевтична школа
- Тактична медицина
- Школа екстреної медичної допомоги
- Школа реабілітаційної терапії
- Школа Health Beauty
- Українська школа медсестринства

www.medforum.in.ua



V ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

The V ANNIVERSARY INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS

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

«Introduction of medical science advances into healthcare practice in Ukraine»

19-21 квітня • 2016 • April 19-21

Конгрес внесено до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів і науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2016 році» затвердженому Міністерством охорони здоров'я України та Національною академією медичних наук України (№ 3, с. 8, розділ «Конгреси»)

Congress which submitted for inclusion in the Register of congresses, symposiums and scientific conferences held in 2016 (section "Congresses" #3, p.8) by the Ministry of Health of Ukraine and the National Academy of Medical Sciences of Ukraine

Організатори:

- Міністерство охорони здоров'я України
- Національна академія медичних наук України
 - Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
 - Компанія LMT

Organizers:

- Ministry of Health of Ukraine
- National Academy of Medical Sciences of Ukraine
- Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
- LMT Company

ТЕМАТИЧНІ НАПРЯМКИ КОНГРЕСУ:

- Організація і управління охороною здоров'я
- Дні приватної медицини
- Дні лабораторної медицини
- Медична радіологія: ультразвукова діагностика, конвенційна рентгенодіагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, променева терапія, ядерна медицина, радіаційна безпека
- Функціональна діагностика
- Телемедицина та медичні інформаційні системи
- Військова медицина
- Медицина невідкладних станів
- Хірургія, нейрохірургія, ендоскопія
- Фізіотерапія і реабілітація
- Травматологія та ортопедія
- Онкологія
- Терапія, педіатрія, кардіологія, неврологія, гастроентерологія, ендокринологія, дерматовенерологія, гематологія та трансфузіологія
- Загальна практика – сімейна медицина
- Акушерство, гінекологія, неонатологія
- Офтальмологія
- Отоларингологія
- Урологія
- Сестринська справа
- Health Beauty: пластична хірургія, комбустіологія
- Організація і управління фармацією
- Медичний туризм

THEMATIC DIRECTIONS OF THE CONGRESS:

- Healthcare field organization and management
- Days of private medicine in Ukraine
- Days of Laboratory Medicine
- Medical Radiology: ultrasound diagnostics, conventional X-ray diagnostics, computed tomography, magnetic resonance imaging, radiation therapy, nuclear medicine, radiation security
- Functional Diagnostics
- Telemedicine and Medical Information Systems
- Military Medicine
- Medicine of Emergency
- Surgery and Neurosurgery, endoscopy
- Physical Therapy and Rehabilitation
- Traumatology and Orthopaedics
- Oncology
- Therapy, pediatrics, cardiology, neurology, gastroenterology, dermatovenerology, haematology and transfusiology
- General practice – family medicine
- Obstetrics, Gynecology and Neonatology
- Ophthalmology
- Otolaryngology
- Urology
- Nursing care
- Health Beauty: plastic surgery, combustiology
- Organization and management of pharmacy
- Medical tourism



V ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

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

19-21 квітня 2016 року

Організатори:



Міністерство охорони здоров'я України



Національна академія медичних наук України



Національна медична академія
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика



Компанія LMT

ПОДЯКА

ОРГАНІЗАТОРАМ ТА СПІВОРГАНІЗАТОРАМ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ КОНГРЕСУ

ДЕРЖАВНИМ УСТАНОВАМ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ:

- ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
- ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»
- ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»
- ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН»
- ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»
- ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»
- ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»
- ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»
- ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України»
- ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»
- ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»
- ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- ДУ «Інститут урології НАМН України»
- ДУ «Інститут фармакології і токсикології НАМН України»
- ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»
- ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України»
- ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»
- ДУ «Національний інститут фізичної реабілітації і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України»
- ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України»
- ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»
- Лабораторна та метрологічна служби НАМН України
- Міжінститутський Референтний лабораторний центр НАМН

ВИЩИМ МЕДИЧНИМ НАВЧАЛЬНИМ ЗАКЛАДАМ УКРАЇНИ:

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

Інституту сімейної медицини

Кафедрам:

Дерматовенерології

Дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації

Дитячої хірургії

Гематології та трансфузіології

Дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації

Комбустіології і пластичної хірургії

Лабораторної діагностики

Клінічної лабораторної імунології та алергології

Медичної реабілітації, фізіотерапії і спортивної медицини

Медицини катастроф і військової медичної підготовки

Медицини невідкладних станів

Неврології № 2

Неонатології

Нефрології та нирковозамісної терапії

Оториноларингології

Оториноларингології, аудіології та фоніатрії

Променевої діагностики

Терапії

Функціональної діагностики

Нейрохірургії

• Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедрам:

Кафедра акушерства і гінекології № 2

Інститут післядипломної освіти, Кафедра менеджменту

охорони здоров'я

• Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедрам:

Медицини невідкладних станів

Медицини катастроф

• Запорізька медична академія післядипломної освіти

Кафедрам:

Медицини невідкладних станів

Медицини катастроф

• Українська військово-медична академія

• Дніпропетровська медична академія

• Національний технічний університет України

«Київський політехнічний інститут»

Факультет біомедичної інженерії

• Донецький національний медичний університет

ім. М. Горького

Інститут травматології та ортопедії

• Львівський національний медичний університет

ім. Данила Галицького

НАУКОВО-ДОСЛІДНИМ УСТАНОВАМ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ:

- ДУ «Інститут серця МОЗ України»
- ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»
- ДУ «Український науково-практичний медичний центр неврології та реабілітації» МОЗ України
- Національний інститут раку
- Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф

ФАХОВИМ МЕДИЧНИМ АСОЦІАЦІЯМ ТА ГРОМАДСЬКИМ ОБ'ЄДНАННЯМ, ВІДОМЧИМ УСТАНОВАМ, ОРГАНІЗАЦІЯМ, БЛАГОДІЙНИМ ФОНДАМ, КОМПАНІЯМ:

- Асоціація дитячих оториноларингологів України
- Асоціація кардіологів України
- Асоціація комбустіологів України
- Асоціація педіатрів України
- Асоціація радіологів України
- Асоціація урологів України
- ВГО «Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф»
- ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»
- Всеукраїнська Асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини
- Всеукраїнська асоціація пластичних, реконструктивних і естетичних хірургів (ВАПРЕХ)
- Всеукраїнська рада реанімації (ресусцитації) та екстреної медичної
- ГО «Асоціація Лікарів Медичного Туризму»
- ГО «Всеукраїнська фармацевтична палата»
- ГО «Товариство клінічних нейрофізіологів м. Києва»
- Громадська організація «Всеукраїнська асоціація біомедичних інженерів і технологів»
- Громадська Рада при Міністерстві охорони здоров'я України
- Громадське об'єднання з лікування ран
- Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»
- Товариство офтальмологів України
- Українська Асоціація Нейрохірургів
- Українська академія реабілітації і здоров'я людини
- Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики
- Українське товариство клінічної лабораторної діагностики
- Військово-медичний клінічний центр Західного регіону МО України
- Військово-медичний клінічний центр Південного регіону МО України
- Військово-медичний клінічний центр Північного регіону МО України
- Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону МО України
- Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова (МОЗ України)
- Ірпінський військово-медичний клінічний центр професійних захворювань МО України
- Київська міська станція екстреної медичної допомоги та МК
- Київський міський центр крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)
- Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами
- Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України
- Український НДІ протезування, протезобудування та відновлення працездатності (Мінсоцполітики України)
- Польська Туристична Організація
- Журнал «Практика управління медичним закладом»
- Журнал DoctorGEO & DoctorSPA
- Редакція видавництва «Журнал головної медичної сестри»
- ВСМ «Україна»
- StorzMedicalAG
- TRAINING FORCE
- Компанія Med WIO
- Консалтингова компанія «Юркрафт Медицина»
- Медичний центр «ІНГО»
- ТОВ «Вектор-Бест-Україна»
- ТОВ «РЕХАФЛЕКС»
- ТОВ «Стандарти Технології Розвиток»
- ТОВ «Укрбіо»
- ТОВ «Хімлаборреактив»

ЗМІСТ:

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	6
Семінар «Державна медицина: реалії практики»	6
ШКОЛА ГОЛОВНОГО ЛІКАРЯ	6
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Автономізація закладів охорони здоров'я: управління фінансовими ресурсами та реалізація системи фінансування на основі лікувально-споріднених груп в лікарнях другого і третього рівня медичної допомоги»	6
Відкрите засідання Громадської Ради при Міністерстві охорони здоров'я України	6
ДНІ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ	7
VI Практична конференція «Приватна медицина: реалії практики»	7
Практичний семінар «Успішність приватного медичного закладу: юридичні складові»	7
Майстер-клас «Як створити персональний лікарський бренд?»	7
Майстер-клас «Від людських ресурсів - до ресурсних людей: управлінські тренди в інтелектуальному бізнесі»	7
ДНІ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ	8
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Формування діалогу клініцистів і фахівців клінічної лабораторної діагностики: сучасні методи лабораторної діагностики соціально небезпечних захворювань»	8
II Науково-практичний семінар «Прикладні аспекти в мікробіологічній лабораторній практиці»	11
Науково-практичний семінар «Відкриття Real-Time ПЛР-лабораторії в Україні. Знання, досвід та допомога»	12
Лекції «Лабораторна діагностика Антифосфоліпідного синдрому. Використання блотів у сучасній лабораторії», «Експрес діагностика інфекційних захворювань шлунково-кишкового тракту. Апаратна експрес-діагностика»	12
Науково-практична конференція «Роль сучасних лабораторних методів у діагностиці інфекційних хвороб та ускладнень». У рамках конференції З'їзд Українського товариства клінічної лабораторної діагностики	12
Науково-практична конференція «Прикладний аспект сучасної науки у лабораторній діагностиці та клінічній практиці»	12
УКРАЇНСЬКА ЛАБОРАТОРНА ШКОЛА	13
Науковий семінар «Нові технології в імунології та біохімії»	13
МЕДИЧНА РАДІОЛОГІЯ: УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА, КОНВЕНЦІЙНА РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА, КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ, МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ, ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ, ЯДЕРНА МЕДИЦИНА, РАДІАЦІЙНА БЕЗПЕКА»	14
Спільне засідання головних позаштатних спеціалістів МОЗ України зі спеціальностей «Радіологія», «Рентгенологія», «Променева терапія», «Радіонуклідна діагностика», «Ультразвукова діагностика»	14
Науково-практична конференція «Актуальні питання променевої діагностики та променевої терапії»	14
Науково-практична конференція «Інноваційні технології в медичній візуалізації»	17
ВСЕУКРАЇНСЬКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ	22
Семінар «Сучасні підходи до лікування променевих ушкоджень»	20
ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАГНОСТИКА	23
Науково-практична конференція «Нейрофізіологічні методи діагностики хвороб нервової системи»	23
Науково-практичний семінар «Інтервенційні технології лікування серцевої недостатності та кардіоміопатій»	23
ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА	24
II Науково-практична конференція «Впровадження наукових розробок НАМН України та особливості надання медичної допомоги учасникам АТО та постраждалому населенню»	24
Майстер-класи «Сучасні технології надання екстреної медичної допомоги постраждалим при високонебезпечних надзвичайних ситуаціях»	24
Майстер-класи та лекції «Сучасні аспекти тактичної медицини»	24
МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ	25
Симпозіум «Медицина невідкладних станів та медицина катастроф»	25
ШКОЛА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	36
ХІРУРГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ЕНДОСКОПІЯ	36
Науково-практична конференція «Проблеми трансплантації нирки»	37
Науково-практична конференція «Інновації в нейрохірургії»	37
Науково-практична конференція «Складні ситуації та проблеми ендovasкулярної нейрорентгенохірургії в лікуванні хворих з патологією центральної нервової системи»	39
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ	43
Семінар «Сучасні тенденції ударно-хвильової терапії»	43
Круглий стіл з медичної реабілітації	43
ШКОЛА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ. Майстер-класи з сучасної фізичної терапії	43
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ	44
II Міжгалузевий науково-практичний семінар «Бойові ушкодження опорно-рухової системи: госпітальний етап та медико-соціальна реабілітація»	44
Круглий стіл «Ортопедичні аспекти діагностики та лікування підшовного болю»	51
Науково-практична конференція «Сучасні підходи до ендopротезування великих суглобів»	51

ОНКОЛОГІЯ	51
Науково-практична конференція «Інноваційні технології променевих методів дослідження в сучасній онкології»	51
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ	55
Науково-практична конференція «Проблеми діагностики та лікування хвороб органів травлення»	55
ГЕМАТОЛОГІЯ І ТРАНСФУЗИОЛОГІЯ	60
Науково-практична конференція «Новітні аспекти діагностики та лікування хворих з порушеннями системи гемостазу в сучасній медичній практиці»	60
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Трансфузіологія та гематологія: новітні тенденції розвитку»	64
ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ	83
Науково-практична конференція «Стан та основні організаційні задачі дерматовенерологічної служби на сучасному етапі в Україні»	83
КАРДІОЛОГІЯ	99
Українська кардіологічна школа ім. М.Д. Стражеска «Стрес та серцево-судинні захворювання: національна стратегія в сучасних умовах України»	99
Науково-практичний семінар «Інтервенційні технології лікування серцевої недостатності та кардіоміопатій»	23
ПЕДІАТРІЯ	88
Круглий стіл «Проблеми хвороб сполучної тканини у дітей»	88
НЕВРОЛОГІЯ	91
Семінар «Сучасні підходи в діагностиці та лікуванні неврологічної патології»	91
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ	94
Науково-практична конференція «Інфекційні хвороби у сучасному світі: епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика»	94
ТЕРАПІЯ	99
II ТЕРАПЕВТИЧНА ШКОЛА«Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики захворювань внутрішніх органів»	99
Науково-практична конференція «Досягнення та перспективи профілактичної медицини XXI сторіччя»	102
Семінар «Нові технології профілактики вік-залежної патології»	102
Конференція з демонстрацією навчальних відеофільмів «Бронхологічні методи діагностики та лікування захворювань органів дихання»	103
Конференція «Трансфер медичних технологій у охорону здоров'я України»	105
Науково-практична конференція «Вітчизняні інженерні розробки для охорони здоров'я»	103
ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА	113
Науково-практична конференція «Впровадження сучасних технологій в сімейну медицину»	113
АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, НЕОНАТОЛОГІЯ	114
III Науково-практична конференція «Вагітність і пологи високого ризику»	114
Круглий стіл «Сучасні аспекти невиношування вагітності»	114
Науково-практична конференція «Медичний догляд за новонародженою дитиною: мультидисциплінарний підхід	116
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ	118
Науково-практична конференція «Актуальні питання офтальмології»	118
ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ	118
Науково-практична конференція «Актуальні питання оториноларингології та дитячої оториноларингології»	118
УРОЛОГІЯ	119
Науковий симпозіум «Актуальні питання дитячої урології»	119
Майстер-класи:«Інфекції сечової системи в практиці лікаря», «Лікування артеріальної гіпертензії при хронічній хворобі нирок і цукровому діабеті»	119
СЕСТРИНСЬКА СПРАВА	123
УКРАЇНСЬКА ШКОЛА МЕДСЕСТРИНСТВА	123
HEALTH BEAUTY: ПЛАСТИЧНА ХІРУРГІЯ, КОМБУСТІОЛОГІЯ	124
Науково-практична конференція «Інноваційні технології в лікуванні поширених опіків та ран різної етіології»	124
ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ	129
Семінар «GPP. Роль фармацевтичного працівника в суспільстві та охороні здоров'я»	129
Семінар «Актуальні розробки ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМНУ», що пропонуються до виробництва та клінічного застосування»	129
МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ	129
Конференція «Медичний туризм: тенденції розвитку та майбутні перспективи»	129
Конференція польського медичного туризму «PolishMedicalCentre: напрямки діяльності та перспективи розвитку»	129
ГЕНЕТИЧНА ТА РЕГЕНЕРАТИВА МЕДИЦИНА	130
Семінар «Інноваційні напрямки в генетичній та регенеративній медицині»	130



ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

СЕМІНАР «ДЕРЖАВНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ПРАКТИКИ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 12:00-17:00

Організатори: Редакція журналу «Практика управління медичним закладом», Компанія LMT

ПРОГРАМА

Модератор: Алла Кізім, головний редактор журналу «Практика управління медичним закладом»

Тема: Реформування охорони здоров'я: впровадження в регіонах

Доповідач: Максим Іонов, голова Громадської ради при МОЗ України

Тема: Нові ліцензійні умови провадження медичної практики

Доповідач: Олена Беденко-Зваридчук, директор юридичної компанії «МедАдвокат», керівник проекту «103-law.org.ua», голова комітету з медичного права АПУ

Тема: Автономізація лікарень: особливості фінансування та управління

Доповідач: Олена Хитрова, керівник практики медицина та фармацевція юридичної фірми IIF

Тема: Забезпечення якості надання медичної допомоги в медичному закладі

Доповідач: Олена Рамазанова-Стьопкіна, директор компанії «Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю»

Тема: Збереження високого рівня кваліфікації лікарів в умовах реформування післядипломної медичної освіти

Доповідач: Юрій Мочалов, доцент ДВНЗ «Ужгородський національний університет», лікар-стоматолог практикуючий

Тема: Чи потрібна бізнес-освіта для управлінців державних закладів охорони здоров'я?

Доповідач: Ігор Шишка, головний лікар Запорізької обласної клінічної лікарні, MBA

Тема: Особливості діяльності закладів охорони здоров'я в умовах зміни нормативно-правового регулювання порядку закупівлі та використання медичних виробів

Доповідачі: Анатолій Круть, директор ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України, Андрій Котуза, головний аудитор ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України

Тема: Єдиний медичний простір України: реалії та перспективи для Збройних Сил України та інших військових формувань

Доповідачі: Михайло Бадюк, начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії; Віктор Жажовський, провідний науковий співробітник відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; Володимир Лівінський, науковий співробітник відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

ПРОГРАМНІ ПИТАННЯ

1. Особливості господарської діяльності закладів ОЗ комунальної власності у нових реаліях.

2. Заклади ОЗ в новому публічному статусі з більшою фінансовою та управлінською автономіями.

3. Надання платних медичних послуг населенню комунальними та державними закладами ОЗ. Функціонування Державного гарантованого пакету медичних послуг.

4. Сучасні механізми спів-оплати за медичні послуги. Застосування оплати за пролікований випадок з використанням діагностично-споріднених груп DRG для надання стаціонарної допомоги.

5. Фармакоекономічний аналіз. Впровадження формулярної системи.

Інтеграція механізмів реімбурсації ліків.

СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ ВИМОГА ЧАСУ

Моїсеєнко Р.О.

Кафедра дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО імені П. Л. Шупика

Мета: Вивчення потреби в паліативній допомозі дітям і основних організаційних принципів створення Центрів паліативної допомоги.

Об'єкт і методи дослідження: система і мережа медико-соціальної допомоги дітям з особливими потребами, нормативно-правова база України. Методи системного підходу, структурно-логічного, змістовного аналізу, інформаційно-аналітичного методу і моделювання.

В Україні недосконала система паліативного догляду за дітьми: допомога надається в лікувальних установах за профілем захворювання дитини медиками, які не мають достатніх навичок і умов для надання паліативної допомоги. Амбулаторна допомога надається лікарями загальної практики, які не мають спеціальної підготовки для консультування пацієнта і його родини з паліативної допомоги. Значну частину допомоги надають будинки-інтернати для дітей інвалідів. Однак у них відсутній підготовлений для надання паліативної допомоги дітям медичний та інший персонал.

В Україні на 2015 рік проживає понад 151 тис. дітей з інвалідністю, або 2,2% всіх дітей. З них щороку потребують паліативного догляду близько 8000 дітей з важкими захворюваннями або 0,1% дитячого населення країни. У структурі інвалідності дітей більшість причин - вроджені аномалії і неврологічні захворювання, саме вони формують коло дітей споживачів паліативної допомоги. Крім цього близько 300 дітей щорічно помирають від злоякісних новоутворень, близько 700 - від інших тяжких хронічних захворювань.

Для забезпечення допомоги таким дітям у м. Києві створюється Центр паліативної допомоги у складі МШВЛ, яка розгорнута поряд з Миською дитячою клінічною лікарнею №1. Центр складається з стаціонарного відділення на 6-12 ліжок, стаціонару денного перебування на 3 ліжка та відділення виїзних бригад амбулаторної паліативної допомоги. При центрі створюються умови для навчання паліативної допомоги персоналу в регіоні.

Головним принципом діяльності є міжсекторальний підхід і командна робота із залученням волонтерів, спрямовані на полегшення страждань маленького пацієнта і його сім'ї. На сьогодні в Україні діють 2 паліативні центри для дітей у м. Харків та м. Надвірна.

Висновки: Створення регіональних Центрів паліативної допомоги дітям в Україні обумовлено структурою захворюваності, інвалідності та смертності дітей. В цілому 0,1% дітей України потребують паліативної допомоги, насамперед амбулаторної.

ВІДКРИТЕ ЗАСІДАННЯ ГРОМАДСЬКОЇ РАДИ ПРИ МІНІСТЕРСТВІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

19 квітня 2016 року • Час проведення: 16:00-18:00

Організатори: Громадська Рада при Міністерстві охорони здоров'я України

Модератор: Максим Іонов, Голова Громадської Ради при МОЗ України

ШКОЛА ГОЛОВНОГО ЛІКАРЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «АВТНОМІЗАЦІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВИМИ РЕСУРСАМИ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ НА ОСНОВІ ЛІКУВАЛЬНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП В ЛІКАРНЯХ ДРУГОГО І ТРЕТЬОГО РІВНЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 13:00-18:00

Організатори: Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Інститут післядипломної освіти, кафедра менеджменту охорони здоров'я

ДНІ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ

VI ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ПРИВАТНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ПРАКТИКИ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:30-16:25

Організатори: Редакція журналу «Практика управління медичним закладом», Компанія LMT

ПРОГРАМА

Модератор: Алла Кізім, головний редактор журналу «Практика управління медичним закладом»

Тема: «Точки напруженості» в діяльності приватних медичних закладів: правові рішення

Доповідач: Радмила Гревцова, керуючий партнер Консалтингової компанії «ЮРКРАФТ МЕДИЦИНА», адвокат, кандидат юридичних наук

Тема: Правові засади надання медичної допомоги іноземним громадянам

Доповідач: Олена Беденко-Зваридчук, директор юридичної компанії «МедАдвокат», керівник проекту «103-law.org.ua», голова комітету з медичного права АПУ

Тема: Міжнародні акредитаційні системи приватних закладів. Порівняльний аналіз. «За» і «Проти»

Доповідач: Віолетта Янишевська, MD, MBA, президент Української Асоціації Медичного Туризму – YAMT, Supervisor of Global Healthcare Travel Council – GHTC

Тема: Нові ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики

Доповідач: Антоніна Нижник, директор компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ»

Тема: Як знайти «правильних» працівників для приватних клінік в Україні?

Доповідач: Андрій Ануцин, директор спеціалізованої консалтингової агенції «ФАРМА ПЕРСОНАЛ»

Тема: Інструменти швидкого залучення пацієнтів в Інтернеті. Оцінка ефективності

Доповідач: Костянтин Чеменьов, директор компанії «МЕДМАРКЕТИНГ»

Тема: До кого йдуть клієнти? Ваше ім'я – бренд? Сильний бренд у медицині: лояльність, невичерпне джерело клієнтів, сарафанне радіо. Як створити сильний бренд медичного закладу/спеціаліста

Доповідач: Олег Катюхін, лікар, топ-менеджер, бізнес-тренер, маркетинг-консультант, засновник національного бренду «Полтавський бішофіт»

Тема: Вимоги та типові порушення вимог системи управління якістю (відповідно до стандарту ДСТУ ISO 9001:2009) встановлені під час сертифікаційних та наглядових аудитів закладів охорони здоров'я

Доповідачі: Анатолій Круть, директор ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України, Андрій Котуза, головний аудитор ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України

Тема: Етико-деонтологічні аспекти роботи приватного закладу. (Налагодження стосунків «Керівник-лікар», «лікар-лікар», «лікар-медична сестра», «лікар-пацієнт», «медична сестра-пацієнт» тощо. Досвід роботи)

Доповідач: Інна Салата, головний лікар стоматологічного центру «Індент»

МАЙСТЕР-КЛАС «ЯК СТВОРИТИ ПЕРСОНАЛЬНИЙ ЛІКАРСЬКИЙ БРЕНД?»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 13:30-17:30

Організатор: Медичний центр «ІНГО»

ПРОГРАМА

- Світові тенденції сучасного брендингу
- Формування власного успішного бренду (критерії, стандарти, приклади)
- Ефективне відображення аутентичного бренду (очікування, образ, сприйняття)
- Етика медичного брендування. Емпатія, імідж, ділова репутація в лікарській практиці
- Персональний бренд-менеджмент. Просування та підтримка Вашого персонального бренду. Як долучити до брендингу роботодавця
- Ваша унікальна пропозиція лікаря та її оформлення

Доповідачі: Кучеренко С.В. – заступник Генерального директора Медичного центру «ІНГО»,

Новицька Т.А. – Ph.D-бізнес-консультант, сертифікований коуч, член Всеукраїнської Асоціації консультантів з управління (ІМС-Ukraine)

МАЙСТЕР-КЛАС «ВІД ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ – ДО РЕСУРСНИХ ЛЮДЕЙ: УПРАВЛІНСЬКІ ТRENДИ В ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОМУ БІЗНЕСІ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 16:45-17:45

Організатор: TRAINING FORCE

ПРОГРАМА

• Сучасні тренди, виклики і парадокси бізнесу – управління розвитком непередбачуваного майбутнього.

• Бізнес, побудований на людях – від ресурсів і досвіду до ідей та експертизи.

• Від системного менеджменту до управління системою.

• Від навчання персоналу і виховання клієнтів до виховання персоналу та навчання клієнтів.

• Одне рукостискання – персональний підхід до управління, комунікації, продажу, сервісу, навчання.

• Персоналізація команд і проектних груп.

• Ігрові технології – віртуальна реальність на службі якісного управління, сервісу, навчання, комунікації

Спікер: Костянтин Савченко

ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «УСПІШНІСТЬ ПРИВАТНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ: ЮРИДИЧНІ СКЛАДОВІ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 11:00-14:00

Організатор: Консалтингова компанія «Юркрафт Медицина»

ПРОГРАМА

• Зміни у законодавстві: можливості для приватної медицини

• Інформація і документація в діяльності приватного медичного закладу

• Правові питання застосування нових методів медичного втручання

• Юридичні аспекти якості надання медичних послуг

• Мотивація працівників приватних медичних закладів: правові механізми

• Актуальні господарсько-правові питання діяльності приватних медичних закладів

КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Біляков А.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра судової медицини та медичного права, м. Київ, Україна

Постійне розширення спектру послуг, які надають населенню України в медичних закладах приватної власності, не завжди відповідає якості, яка передбачена умовами ліцензування даного закладу. Це стосується не лише приватних клінік, а й лікарів, наприклад стоматологів, які працюють в приватних кабінетах.

В разі незадоволення пацієнта якістю отримання медичних послуг, установа воліє краще повернути кошти, аніж надати конфлікту розголосу. В такому разі, якість надання медичних послуг контролюючий орган оцінює лише за формальними показниками, адже про скаргу пацієнта ніхто не знає.

Крім того, контролюючий орган перевіряє приватні заклади лише за формальними показниками: санітарно-гігієнічними, технічними та ін., не оцінюючи при цьому якість надання послуг, яку можливо визначити лише шляхом вивчення медичної документації профільним фахівцем. Однак, дані документації є відомостями приватного характеру і їх розголос можливий лише зі згоди пацієнта.

В разі звернення пацієнта до правоохоронних органів чи суду з приводу неякісного лікування, оцінка медичної документації проводиться лише через тривалий час, який необхідний на юридичний супровід даної процедури. Наприклад, при створенні комісії Міністерства охорони здоров'я чи проведенні судово-медичної експертизи.

Навіть в такому разі відсутня об'єктивна оцінка якості надання послуг, адже лікувальна установа чи приватний лікар має змогу внести зміни до медичної документації.

Таким чином, контроль якості надання медичної допомоги можливий лише за умови поточного державного контролю ведення медичної документації та її захисту, який унеможливило внесення до змін, зокрема, шляхом впровадження електронної форми ведення документації, або ж суворого обліку документації на паперових носіях.



ДНІ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ФОРМУВАННЯ ДІАЛОГУ КЛІНІЦИСТІВ І ФАХІВЦІВ КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 11:30-17:30

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-18:00

Організатори: Міністерство охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Всеукраїнська Асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини, Технічний комітет стандартизації 166

ПРОГРАМА 19 квітня

Лабораторне забезпечення діагностики туберкульозу

Головуючі: проф. Луньова Г.Г., проф. Нізова, керівник ЦРЛ Барбова А.І.

Привітання учасників: Міністерство охорони здоров'я України; ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України»; ВАХХЛМ

Тема: Розвиток національної політики щодо діагностики туберкульозу

Доповідач: Представник ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України»

Тема: Основні напрямки діяльності та перспективи розвитку лабораторної протитуберкульозної служби України

Доповідач: Барбова А.І., керівник ЦРЛ з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України

Тема: Стратегія ВООЗ із ліквідації ТБ, розрахована до 2035 року: бачення, мета, завдання. План дій із боротьби з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016-2020 р.

Доповідач: Славуцький А., представник Бюро ВООЗ в Україні

Тема: Перспективні напрямки застосування сучасних технологій у ранній діагностиці туберкульозу. Досвід впровадження молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ в різних країнах світу

Доповідач: Марія Йончевська, Проект ХОУП, Регіональний Лабораторний Спеціаліст у Східній Європі та Європі

Тема: Результати епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу в Україні

Доповідач: Барбова А.І., керівник ЦРЛ з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України

Тема: Рання діагностика туберкульозу та визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів, в тому числі шляхом використання швидких тестів

Доповідач: Кампос-Родрігес Н.Л., лабораторний спеціаліст ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України»

Тема: Досвід впровадження фено-генотипових методів діагностики при мікробіологічному дослідженні на туберкульоз

Доповідач: Фесюк П.П., завідувач бактеріологічної лабораторії КУ ЛОР «Львівський Регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр»

Тема: Система контролю якості досліджень на туберкульоз, як компонент ефективної діяльності лабораторної служби в сфері протидії туберкульозу

Доповідач: Гончаренко Н.Б., завідувача клініко-діагностичною лабораторією ТМО «Фтизіатрія» у м. Києві

Тема: Система забезпечення контролю якості лабораторних досліджень на туберкульоз у пілотних регіонах за результатами роботи Проєкту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні»

Доповідач: Карнаухова М.М., лабораторний спеціаліст Проєкту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні»

Тема: Досвід впровадження зовнішнього контролю якості бактеріологічних досліджень на туберкульоз у регіонах України

Доповідачі: Новохатська М.Ф., завідувача бактеріологічною лабораторією Харківського обласного протитуберкульозного диспансеру, Фонарьова М.М., завідувача клініко – діагностичною лабораторією КЗ «ДОК ЛПО «Фтизіатрія» ДОР», Іщенко О.В., завідувача клініко-діагностичною лабораторією КЗ «Кіровоградський обласний протитуберкульозний диспансер»

Тема: Інфекційний контроль в лабораторіях

Доповідач: Александрін А.В., спеціаліст з інфекційного контролю Проєкту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні»

Загальні збори Всеукраїнської Асоціації клінічної хімії та лабораторної медицини

20 квітня

Лабораторне забезпечення діагностики та моніторингу лікування ВІЛ-інфекції

Головуючі: проф. Луньова Г.Г., проф. Нізова Н.М., проф. Щербінська А.М.

Тема: Досягнення глобальної стратегії подолання глобальної епідемії ВІЛ/СНІДу до 2030 року: нові виклики для лабораторної служби України

Доповідач: Нізова Н.М. д.м.н., професор, директор ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»

Тема: Проблемні аспекти ресурсного забезпечення: лабораторна мережа, кадровий потенціал

Доповідач: Щербінська А.М. д.м.н., професор, заступник директора ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»

Тема: Загальні тенденції та потенційні ризики поширення ВІЛ на сучасному етапі епідемії ВІЛ-інфекції

Доповідач: Марциновська В.А. к.мед.н. – епідеміолог, ст.н.с. ДУ «ІЕХ НАНМУ»

Тема: Міжнародний досвід використання різних алгоритмів тестування на ВІЛ інфекцію та можливість їх використання в умовах України

Доповідач: Азарскова М.В. к.мед.н. – Радник з питань лабораторної діагностики Центрів контролю та профілактики захворювань, США

Тема: Розвиток національної політики тестування на ВІЛ-інфекцію

Доповідач: Андріанова І.В. – Завідувач Референс-лабораторією діагностики ВІЛ-інфекції ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»

Тема: Удосконалення системи внутрішньолабораторного контролю якості досліджень при виявленні серологічних маркерів ВІЛ в Україні

Доповідач: Наїчук Л.О. – лікар-лаборант Референс-лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»

Тема: Регіональний досвід впровадження наказу МОЗ України від 14 січня 2015 року № 4

Доповідач: Вакулюк О.В. – Завідувач лабораторією Черкаського обласного центру боротьби та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу

Доповідач: Попова Л.М. – Завідувач лабораторією Миколаївського обласного центру боротьби та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу

Тема: Розробка та впровадження програм підготовки лабораторій до акредитації на відповідність міжнародним стандартам (досвід PEPFAR)

Доповідач: Азарскова М.В. к.мед.н. – Радник з питань лабораторної діагностики Центрів контролю та профілактики захворювань, США

Тема: Застосування швидких тестів для виявлення антитіл до ВІЛ у ЗОЗ різного профілю. Зовнішня оцінка якості (ЗОЯ)

Доповідач: Максименко О.В. к.б.н., ст.н.с. – ДУ «ІЕХ НАНМУ», Гришаєва І.В. – Голова МБФ «Фонд Уільяма Дж. Клінтона»

Тема: Регіональний досвід впровадження ЗОЯ досліджень швидкими тестами для діагностики ВІЛ-інфекції

Доповідач: Шелельо Н.І. к.мед.н. – Завідувач лабораторією Закарпатського обласного центру боротьби та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, Ковальчук Ю.О. – Завідувач лабораторією Криворізького міського центру боротьби та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу

Тема: Використання портативних аналізаторів для визначення кількості CD4 лімфоцитів у ВІЛ-інфікованих з метою забезпечення доступу до інтегрованих послуг на первинному рівні надання медичної допомоги

Доповідач: Шост А.П. – Координатор з контролю якості даних, ASM (Американське товариство мікробіологів)/МБФ «Альянс громадського здоров'я

Тема: Результати зовнішньої оцінки якості досліджень з визначення CD4 Т-лімфоцитів методом проточної лазерної цитометрії та з використанням портативних аналізаторів PIMA CD4 в установах охорони здоров'я України

Доповідач: Андріанова І.В. – Завідувач Референс-лабораторією діагностики ВІЛ-інфекції ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»

Тема: Забезпечення лабораторного моніторингу антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію в умовах розширення доступу до лікування

Доповідач: Ляльчук М.Г. к.м.н., с.н.с. ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

Тема: Визначення чутливості до Абакавіру. Досвід впровадження методу дослідження в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом

Доповідач: Степченко Т.В. – Завідувач КДЛ Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом

Тема: Роль лабораторного супроводу ВІЛ-інфікованих у забезпеченні репродуктивних прав

Доповідач: Шелельо Н.І. к.мед.н. – Завідувач лабораторією Закарпатського обласного центру боротьби та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу

Підведення підсумків

Робоча нарада опорної кафедри за фахом «Клінічна біохімія» з представниками однопрофільних кафедр післядипломної освіти ВМЗ України



ЗОВНІШНЯ ОЦІНКА ЯКОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКОСТІ CD4 ЛІМФОЦИТІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ

Андріанова І.¹, Щербінська А.¹, Шост А.², Бургай О.², Філіппович С.², Мухіна Г.³

¹ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»,

²МБФ «Альянс громадського здоров'я»,

³ Американське мікробіологічне товариство (ASM)

Мета. Одним з пріоритетних завдань для досягнення глобальної стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу до 2030 року в Україні є наближення медичних послуг до представників з груп ризику, розширення доступу до АРТ. Рішення щодо початку АРТ приймається на підставі даних про кількість CD4 лімфоцитів, що визначають методом проточної лазерної цитометрії. Впровадження нової технології point of care (POC) сприяє додатковому розширенню доступу уразливих до ВІЛ груп до лікування. З листопада 2014 р. 34 заклади охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) отримали портативні аналізатори Alere PIMA™ для здійснення досліджень з визначення кількості CD4 лімфоцитів; обстежено понад 15000 осіб.

Для перевірки точності вимірювань CD4 лімфоцитів у рамках реалізації програми Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» у співпраці з CDC, США, Американським мікробіологічним товариством (ASM), МБФ «Альянс громадського здоров'я» у 2015 р. впровадив програму зовнішньої оцінки якості (далі – ЗОЯ) досліджень з визначення кількості CD4 лімфоцитів методом проточної лазерної цитометрії та з використанням портативних аналізаторів Alere PIMA™.

Матеріали і методи. УЗОЯ взяли участь 44 ЗОЗ (29 центрів профілактики та боротьби за СНІДом, 11 інших ЗОЗ, 4 заклади ДПТСУ). Для досліджень використані контрольні матеріали та реагенти виробництва BeckmanCoulter, картриджі CD4 PIMA, проточні цитометри BeckmanCoulter та аналізатори Alere PIMA™. Обрахунок результатів проводили методами статистичного аналізу.

Результати та обговорення. Отримано 90,6% правильних відповідей, з яких 94,1% – центри СНІДу, 100% – заклади ЗОЗ, 50% – заклади ДПТСУ.

Висновки. Успішне виконання програми ЗОЯ більшістю ЗОЗ дозволяє зробити висновок про відсутність грубих систематичних помилок та ефективність управління якістю. Результати ЗОЯ засвідчили також необхідність здійснення заходів з удосконалення окремих процедур та додаткове навчання персоналу закладів ДПТСУ.

ОЦІНКА РІВНЯ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ В УКРАЇНІ В 2015 РОЦІ ЗА РЕЗУЛЬТАТИМИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Бабій Н.О.^{1,2}, Щербінська А.М.^{1,2}, Андріанова І.В.²

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб

ім. Л.В.Громашевського НАМН України»

ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити рівень вертикальної трансмісії (ВТ) ВІЛ в Україні у 2015 р. за результатами молекулярно-генетичних досліджень.

Матеріали і методи. Оцінка рівня ВТ ВІЛ проводилася шляхом визначення частки ВІЛ-позитивних немовлят серед дітей віком до 18 місяців, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. ВІЛ-позитивний статус встановлювали при отриманні двох позитивних результатів ПЛР-досліджень з виявлення провірусної ДНК ВІЛ у зразках крові дітей з використанням тест-систем «DIA®-DNA-HIV-FRT» (DiaProphMed, Україна).

У 2015 р. в Україні рання діагностика ВІЛ-інфекції проведена у 2587 дітей (за виключенням народжених у Донецькій та Луганській областях).

Результати та обговорення. Позитивні результати тестування було встановлено при обстеженні 67 дітей (2,59±0,31%), ще у 10 дітей (0,39±0,12%) отримано дискордантні дані (результат першого дослідження – негативний, другого – позитивний, або навпаки). У розрізі окремих регіонів найвищі показники ВТ ВІЛ виявлені у Закарпатській (маркери інфікування ВІЛ виявлені у 2 з 19 дітей; 10,53±6,97%) та Чернівецькій (у 1 із 13 дітей; 7,69±7,32%) областях, однак, враховуючи малу вибірку пацієнтів, отримані дані не можна вважати статистично значимими. Ще в кількох регіонах показники рівня ВТ ВІЛ значно перевищували середній по країні: у Кіровоградській (у 5 з 90 дітей; 5,56±2,41%), Київській (у 5 з 121 дитини; 4,13±1,8%) та Запорізькій (у 4 з 98 дітей; 4,08±2,0%) областях. В Івано-Франківській, Львівській, Сумській, Тернопільській, Черкаській, Чернівецькій областях жодного випадку передачі ВІЛ від матері до дитини не виявлено.

Висновки. Встановлено, що відповідно до результатів молекулярно-генетичних досліджень, у 2015 р. в Україні рівень ВТ ВІЛ склав 2,59%. Значення рівня ВТ ВІЛ суттєво відрізняються в окремих регіонах: в деяких областях не виявлено жодного випадку інфікування дітей, в той час, як у інших рівень ВТ ВІЛ в декілька разів перевищує середній показник по країні.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ФЕНО- ТА ГЕНОТИПОВИХ МЕТОДІВ БАКТЕРІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Журило О.А.¹, Барбова А.І.¹, Трофімова П.С.¹, Миронченко С.В.¹, Алієва Н.М.², Дідик І.В.³

¹ ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

² Полтавський обласний протитуберкульозний диспансер,

м. Полтава, Україна

³ КУ «Центральна міська лікарня № 1», м. Житомир, Україна

Мета. Визначення результативності використання різних методів бактеріологічної діагностики туберкульозу.

Матеріали і методи. Досліджено 588 зразків мокротиння від хворих з новими випадками легеневого туберкульозу. Використані методи: бактеріоскопічний, культуральний з використанням рідкого поживного середовища в апараті BACTEC 960 MGIT та молекулярно-генетичний за допомогою системи GeneXpert MTB/RIF.

Результати. 51,9% випадків (305 осіб) були діагностовані за допомогою всіх використаних методів досліджень. Результативність визначення збудника туберкульозу в зразках клінічного матеріалу при застосуванні культуральної та молекулярно-генетичної діагностики при негативних результатах бактеріоскопії додатково склала 32,6% (192 особи). В 2,9% випадків (17 осіб) позитивним був лише молекулярно-генетичний метод, в 4,6% випадків туберкульозу (27 пацієнтів) – лише культуральний метод діагностики.

Висновки. Комплексне застосування фено- та генотипових методів діагностики показали високу ефективність виявлення бактеріовиділювачів серед хворих як з позитивними, так і з негативними результатами мазку мокротиння на туберкульоз.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДУ ПЛР ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Карнець І.В., Степченко Т.В., Юрченко О.В.

Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, м.Київ, Україна

Мета. Удосконалення лабораторної діагностики опортуністичних та ВІЛ-асоційованих інфекцій у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що знаходяться на обліку в КМЦ СНІД.

Матеріали та методи. Дослідження методом ПЛР зразків крові та біологічних рідин. Дослідження проводились з використанням обладнання ПЛР в режимі «реального часу» (Rotor-Gene 6000) та тест-систем фірми АмпліСенс, Росія.

Результати та обговорення. Місто Київ є одним з найбільш уражених епідемією ВІЛ регіонів України. На 01.01.2016 на обліку в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом перебувало 11706 осіб. В умовах швидкого поширення епідемії зростають масштаби охоплення ВІЛ інфікованих пацієнтів антиретровірусною терапією. Антиретровірусну терапію в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом отримують 5082 хворих. Наявність у хворих опортуністичних та ВІЛ-асоційованих інфекцій призводить до розвитку ускладнень та зниженню ефективності АРТ (імунологічна та клінічна неефективність). Наявність цих захворювань у пацієнтів не завжди можливо визначити звичайними лабораторними методами. Тому лабораторна діагностика опортуністичних та ВІЛ-асоційованих інфекцій методом ПЛР дозволяє вчасно призначити необхідне лікування та підвищити ефективність АРТ.

Відділення ПЛР КДЛ КМЦ СНІДу за 2015 рік провело 1047 досліджень на виявлення збудників опортуністичних та ВІЛ-асоційованих інфекцій. Для дослідження використовувались зразки крові та інших біологічних рідин (ліквор, слина, сеча та інші). Дослідження проводились як для пацієнтів стаціонару так і для пацієнтів диспансерної групи.

Висновки. Впровадження досліджень методом ПЛР в практику лабораторій центрів СНІДу дозволяє суттєво покращити якість надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ЗАСАДАМ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Ковальова Г.О.

Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна

Одним із пріоритетних і актуальних напрямків у системі протитуберкульозних заходів залишається надання майбутнім лікарям професійно спрямованих знань з питань своєчасної діагностики туберкульозу.

Національний фармацевтичний університет проводить підготовку фахівців



за спеціальністю «Лабораторна діагностика». З 2014 року до навчального процесу впроваджена дисципліна «Фтизіатрія з оцінкою результатів досліджень».

Мета. З метою удосконалення викладання ми провели аналіз знань щодо лабораторної діагностики туберкульозу у студентів, які починають вивчати предмет, та наприкладі навчального курсу.

Матеріали і методи. Для проведення дослідження були використані питання анкети тренінгу з бактеріоскопічної діагностики туберкульозу проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні».

Результати. Студенти починають вивчати фтизіатрію, маючи знання з загальної та спеціальної мікробіології, 56% - поступають до НФаУ після медичного училища. За результатами анкетування більшість студентів спеціальності «Лабораторна діагностика» (87,5%) називають мають необхідні знання щодо збудника, називають метод фарбування, поживне середовище, аерогенний шлях передачі, флюорографічне обстеження, плутають БЦЖ та пробу Манту. Тобто, обізнаність майбутніх фахівців з лабораторної діагностики на початку курсу фтизіатрії на рівні звичайного населення.

Після курсу фтизіатрії абсолютна більшість студентів ознайомлено з вимогами стандартів якості бактеріоскопічної та бактеріологічної діагностики туберкульозу, вимогами до обладнання робочих місць, ведення звітної-облікової документації, інфекційного контролю.

Висновки. Для якісної підготовки спеціалістів з лабораторної діагностики вкрай необхідне вивчення дисципліни «Фтизіатрія з оцінкою результатів досліджень».

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТЕСТ-СИСТЕМИ «МАХІМНІВ-1 LAG-AVIDITYEIA» ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ОСІБ З НЕЩОДАВНІМ ІНФІКУВАННЯМ ВІЛ

Кислик О.М.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінити здатність тест-системи «Maxim HIV-1 Lag-Avidity EIA» виявляти осіб з нещодавнім інфікуванням ВІЛ для визначення рівня захворюваності на ВІЛ – інфекцію.

Матеріали і методи. Для виконання завдання були використані діагностичними «Maxim HIV-1 Lag-Avidity EIA» (виробництва MaximBiomedical, Inc., USA). Досліджували зразки сироваток крові споживачів ін'єкційних наркотиків (СН), зібраних протягом проведення дозорних спостережень 2009 р. у м. Запоріжжі, Житомирі, Миколаєві (по 250 зразків).

Результати та обговорення. Актуальність виявлення ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях інфекції обумовлюється необхідністю проведення ефективного епідеміологічного обстеження, своєчасної організації необхідних профілактичних заходів, а також можливим застосуванням короткого циклу антиретровірусної терапії з метою зниження вірусного навантаження для поліпшення прогнозу перебігу захворювання. Алгоритм діагностики ВІЛ-інфекції, прийнятий в Україні не передбачає встановлення ймовірного терміну інфікування. Методи визначення основних тенденцій захворюваності є доволі дорогими, мають певні обмеження, тому застосування лабораторних підходів для ідентифікації нещодавно (до 6 місяців) інфікованих осіб має велике значення. Проведене дослідження показало, що рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед обстежених СН Миколаєва склав 4,4% (виявлено 11 нещодавно інфікованих осіб), серед СН Житомира – 2,8% (7 осіб), в Запоріжжі аналогічних знахідок зафіксовано не було.

Висновки. Тест-система «Maxim HIV-1 Lag-Avidity EIA» заснована на принципі авідності антитіл до ВІЛ протягом хвороби і є діагностичним 2-ої генерації серед подібних тестів. Показано, що застосування цього типу тестів дає змогу правильно виявляти нещодавно інфікованих ВІЛ осіб і більш надійно оцінити рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ В ПРАКТИКУ ВНУТРІШНЬО-ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИ ВИЯВЛЕННІ СЕРОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ ВІЛ

Попова Л.М., Глебова О.І.

Миколаївський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Миколаїв, Україна

Мета. Впровадження добре функціонуючої моделі внутрішнього контролю якості досліджень.

Матеріали і методи. Матеріали наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2015 року №4, міжнародних тренінгів з контролю якості досліджень. Метод імуноферментного аналізу.

Результати та обговорення. Процедура внутрішньо-лабораторного контролю якості забезпечує моніторинг заходів, які стосуються аналітичного

етапу досліджень. Кожний тест повинен бути включено до програми якості. Важливим є забезпечення достатньою кількістю наборів однієї серії для можливості статистичної обробки матеріалу. Підбір і навчання персоналу є необхідним етапом впровадження системи контролю якості. Кожний працівник повинен використовувати при виконанні досліджень контрольні зразки, а після виконання досліджень проводити аналіз і оцінку результатів. Корегуючі дії повинні бути своєчасними. Всі процедури повинні бути задокументованими. До видачі результатів досліджень відповідальна особа повинна бути впевнена, що результати задовольняють вимогам системи контролю якості. Для здешевлення щоденної процедури контролю якості цілком прийнятним є використання партій контрольних зразків, самостійно виготовлених з донорської крові, вільної від серологічних маркерів збудників гепатитів В і С та антитіл до збудника сифілісу білідої трипонеми.

Висновки. Без програми контролю якості досліджень неможливо забезпечити якісні результати роботи лабораторії. Впровадження в дію «Порядку внутрішньо-лабораторного контролю якості досліджень», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2015 року №4, є своєчасним кроком на шляху адаптації лабораторної служби до вимог міжнародної спільноти.

ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО АБАКАВІРУ. ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ В КИЇВСЬКОМУ МІСЬКОМУ ЦЕНТРІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ

Степченкова Т.В., Карнець І.В., Юрченко О.В.

Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, м.Київ, Україна

Мета. Впровадження в практику лабораторної діагностики в КЛД КМЦ СНІДу дослідження на виявлення алелі 5701 локуса В головного комплексу гістосумисності людини (HLA В 5701), що зумовлює гіперчутливість до Абакавіру.

Матеріали та методи. ДОСЛІДЖЕННЯ методом ПЛР зразків крові. Дослідження проводились з використанням обладнання ПЛР в режимі «реального часу» (Rotor-Gene 6000) та тест-систем фірми АмпліСенс, Росія.

Результати та обговорення: На 01.01.2016 на обліку в Київському міському центрі СНІДу перебуває 11706 ВІЛ-інфікованих пацієнтів. АРТ приймає 5082 дорослих пацієнта. З них схеми лікування, що містять Абакавір приймає 679 пацієнтів. В рамках реалізації програми «90-90-90» в КМЦ СНІДу планується збільшити кількість пацієнтів, що приймають АРТ на 1842 особи за 2016 рік. В зв'язку з цим особливого значення набуває можливість призначати пацієнтам схеми АРТ, що містять Абакавір. За даними клінічних досліджень європейських авторів, реакція гіперчутливості до Абакавіру зустрічається в 5,4% випадків. Реакція гіперчутливості до Абакавіру може проявлятися різноманітними симптомами та, в разі продовження терапії, може призвести до загибелі пацієнта. Впровадження досліджень на виявлення HLA В 5701 призводить до значного зниження частоти розвитку реакції гіперчутливості до Абакавіру. Відділення ПЛР КДЛ КМЦ СНІДу проводить дослідження на визначення HLA В 5701 з грудня 2015 року.

Висновки: Згідно з рекомендаціями EACS, дослідження з визначення HLA В 5701 доцільно робити усім наївним пацієнтам з ВІЛ до призначення їм АРТ та необхідно для пацієнтів, яким планується призначити Абакавір. Це дозволить виключити можливість розвитку реакції гіперчутливості та розширити кількість пацієнтів, які отримують АРТ зі схемами з Абакавіром.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ НАГЛЯД ЗА МЕДИКАМЕНТОЗНОЮ СТІЙКІСТЮ ЗБУДНИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Барбова А. І.¹, Журило О. А.¹, Трофімова П. С.¹, Миронченко С. В.¹, Алієва Н. М.²

¹ ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

² Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер, м. Полтава, Україна

³ КУ «Центральна міська лікарня № 1», м. Житомир, Україна

Мета. Отримання достовірної, репрезентативної інформації щодо медикаментозної стійкості мікобактерій туберкульозу в Україні серед нових випадків та випадків повторного лікування з позитивним мазком серед цивільного населення.

Проведення зовнішнього контролю якості медикаментозної чутливості культур мікобактерій, що надіслані з регіонів країни методом «повторної перевірки».

Матеріали і методи. Дослідження проводилося в рамках епідеміологічного нагляду медикаментозної чутливості мікобактерій туберкульозу і було частиною глобального нагляду медикаментозної чутливості, яке систематично проводиться за ініціативою ВООЗ. Досліджено стійкість 1500



культур мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів 1-го ряду. Дослідження проводились методом пропорцій. Для тесту медикаментозної стійкості використовувались хімічно-чисті субстанції протитуберкульозних препаратів, які в критичних концентраціях додавались до щільного поживного яєчного середовища Левенштейна-Єнсена.

Результати. Рівень резистентності до протитуберкульозних препаратів серед нових випадків склав 41,6% випадків, з яких 22% є мультирезистентними. Рівень резистентності серед випадків повторного лікування склав 69,5%, з них 55,6% випадків є мультирезистентними.

Питома вага розбіжностей результатів зовнішньої оцінки якості роботи лабораторій з визначення чутливості мікобактерій не перевищує 5,0%.

Висновки. Дане дослідження з епідеміологічного нагляду, яке було проведено за програмою Європейського бюро ВООЗ, дозволило отримати достовірну, репрезентативну інформацію щодо медикаментозної стійкості мікобактерій туберкульозу в Україні серед нових випадків та випадків повторного лікування. Дослідження також засвідчило високий рівень якості досліджень при здійсненні бактеріологічної діагностики туберкульозу в Україні.

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТБ/ВІЛУ ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Гранкіна Н.В.¹, Марченко Н.Є.²

КЗ «Дніпропетровський протитуберкульозний диспансер» ДОР¹
КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»²

Мета. Визначити основні тенденції розвитку епідемічного процесу захворюваності на ко-інфекцію туберкульозу/ВІЛ (далі ТБ/ВІЛ) у Дніпропетровській області.

Матеріали і методи. Застосовувався описативний метод епідеміологічного дослідження, що був реалізований через ретроспективний епідеміологічний аналіз.

Результати та обговорення. Захворюваність на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ зростала пропорційно до збільшення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію в регіоні. З 2004 по 2006 роки смертність від ко-інфекції переважала захворюваність у 1,2-3 рази відповідно, що свідчило про низьку якість діагностичних заходів. Удосконалення профілактики та лікування, дозволило стабілізувати захворюваність на ТБ/ВІЛ на рівні 20,7-21,2 на 100 тис. населення. Однак досягнутий показник не є оптимальним і у 2-2,6 рази перевищує середній по Україні. У структурі захворюваності на ко-інфекцію переважає легенева туберкульоз (82%). Позалегенові форми складають не більше п'ятої частини захворювань (17,9%). З 2010 року в області відмічається зниження виявлених випадків позалегенового туберкульозу у ВІЛ-інфікованих (2010 рік – 28%; 2015 рік – 12%). Рецидив туберкульозу легень у пацієнтів з ко-інфекцією за останні 5 років діагностувався у 1,5-2 рази частіше, ніж рецидив позалегенових форм.

Висновки. Дніпропетровська область відноситься до регіонів України з високою захворюваністю на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. На фоні високої поширеності ВІЛ-інфекції, в регіоні досягнуто стабілізації захворюваності на ТБ/ВІЛ, але цей показник суттєво перевищує середній по країні.

У структурі захворюваності на ко-інфекцію переважали легенева форми туберкульозу. Рецидив туберкульозу легень діагностувався у 1,5-2 рази частіше, ніж рецидив позалегенових форм.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ МЕТОДІВ В УКРАЇНІ

Терлеєва Я.С., Кампос-Родрігес Н.Л.

ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета дослідження: Визначення ефективності впровадження молекулярно-генетичних методів для лабораторного підтвердження діагнозу «туберкульоз» (далі – ТБ) та виявлення його мультирезистентних форм в Україні.

Матеріали і методи дослідження: Проаналізовані результати бактеріологічного підтвердження ТБ і виявлення мультирезистентного ТБ (далі – МРТБ) із застосуванням молекулярно-генетичних методів на системі GeneXpert в регіонах України згідно з даними реєстру хворих на ТБ.

Результати і обговорення: З 2012 року в Україні розпочато впровадження молекулярно-генетичних методів в Україні. Станом на 01.01.2016 інстальовано 50 систем GeneXpert, із них 32 – у протитуберкульозних закладах, 7 – у Центрах з профілактики та боротьби із СНІДом та 11 у закладах, підпорядкованих ДПТСУ. Забезпечення навантаження на один апарат у межах 4-10 досліджень на день. За 9 місяців 2015 року бактеріологічне підтвердження ТБ складає 64,8% серед нових випадків (проти 51% у 2012 році). Результати виявлення

МРТБ за час впровадження сучасних молекулярно-генетичних методів діагностики: 2011 – 5513 випадків, 2014 – 7855 , 6 міс 2015 року - 4148). У І півріччі 2015 року молекулярно-генетичним методом на системах GeneXpert було обстежено 83% хворих із новими випадками ТБ (в тому числі 61% дітей, із них –13% дітей від 0 до 4 років); 79,1% хворих із рецидивами (при цільовому значенні показника згідно з рекомендаціями ВООЗ близько 100%) та 34,3% хворих на позалегеновий ТБ. Серед хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ молекулярно генетичним методом підтверджений ТБ у 66%, МРТБ виявлений у 38%.

Висновок: Впровадження молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ призвело до покращення лабораторного підтвердження ТБ та виявлення МРТБ, проте цільове значення індикатора не досягнуто.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ПРИ ЛАБОРАТОРНОМУ ВИЗНАЧЕННІ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ ДНК НА РЕЧОВИХ ДОКАЗАХ

Михайличенко Б.В., Біляков А.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольца, кафедра судової медицини та медичного права, м. Київ, Україна

Мета. Розробити ефективний підхід та засіб для запобігання контамінації біологічних зразків сторонньою ДНК під час огляду місця події.

Матеріал та методи. Проведено аналіз судово-медичних даних щодо методики огляду місця події. Сконструйовано захисне покриття для речових доказів, яке унеможливує їх контамінацію сторонньою ДНК.

Результати та їх обговорення. Під час огляду місця події виявляють біологічні об'єкти, які є речовими доказами, наприклад, сліди крові, сперми, нашарування виділень людського організму, відбитки пальців, що містять генетичну інформацію про особу, яка їх залишила. На одному і тому ж носії можуть бути речові докази, залишені декількома особами. Для з'ясування особи, яка залишила речові докази, з'ясовують профіль ДНК в біологічних об'єктах, знайдених під час огляду місця події. Однак, ДНК речового доказу може бути контамінована сторонньою ДНК від учасників огляду місця події. Крім того, може бути так звана кроссконтамінація від речових доказів, які знаходяться на одному носії та залишені іншими особами. Використання організаційних заходів та дослідження ДНК з усіх осіб, які були на місці події, є неефективним та коштовним. Найбільш доцільним підходом для попередження контамінації речових доказів сторонньою ДНК є виключення можливості контакту будь-яких осіб із самим речовим доказом. Нами розроблено захисне покриття для запобігання контамінації стороннім генетичним матеріалом об'єктів біологічного походження та збереження їх властивостей (патент України № 107997), яке обмежує зону розташування біологічного зразку на предметі-носії. Такий засіб є найбільш ефективним для запобігання контамінації речових доказів сторонньою ДНК.

ЗАГАЛЬНІ ЗБОРИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ КЛІНІЧНОЇ ХІМІЇ ТА ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ

19 квітня 2016 року • Час проведення: 15:40-18:00

II НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ В МІКРОБІОЛОГІЧНІЙ ЛАБОРАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 11:00-17:00

Організатор: ТОВ «Укрбіо»

ПРОГРАМА

Вступне слово Укрбіо – Скрипов Володимир Георгійович, директор

Тема: Мікоплазми та мікоплазмози: діагностика та патогенез

Доповідач: Руденко Ада Вікторівна, завідувача бак лабораторією, Інститут урології

Тема: Діагностика та лікування сепсису та інфекційного ендокардиту

Доповідач: Крикунов Олексій Антонович, завідувач відділу інфекційного ендокардиту, Інститут серцево-судинної хірургії ім. Амосова

Тема: Роль автоматизації процесів у мікробіологічній лабораторії при виявленні антибіотикорезистентності

Доповідач: Яновська Валентина Володимирівна, завідувач лабораторії, Інститут мікробіологічних досліджень

Тема: Е-тести: сучасний метод визначення чутливості до антимікробних препаратів

Доповідач: Головна Оксана Вікторівна, завідувача бак лабораторією, Центр дитячої кардіології та кардіохірургії

Тема: Е-тести від bioMerieux



Доповідач: Смалюк Юрій Володимирович, спеціаліст з продукції, Укрбіо
Тема: Епідеміологія інфекцій, викликаних грибами роду Candida в умовах стаціонару: актуальність проблеми, діагностика, чутливість до протигрибкових препаратів

Доповідач: Собкова Жанна Володимирівна, лікар-бактеріолог мікробіологічного відділення КДЛ, Головний військовий клінічний госпіталь

Тема: Українські мікробіологи в європейських проєктах – огляд спільнот в Європейських проєктах

Доповідач: Лисенко Ольга Володимирівна, проєктний менеджер, Сінево Централ Лаб Україна

Тема: Контроль за антибіотикорезистентністю у стаціонарах за допомогою програми WHONET – практичні аспекти роботи

Доповідач: Смалюк Юрій Володимирович, спеціаліст з продукції Укрбіо

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ПРИКЛАДНИЙ АСПЕКТ СУЧАСНОЇ НАУКИ У ЛАБОРАТОРНИЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА КЛІНІЧНИЙ ПРАКТИЦІ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-17:00

Організатори: Національна академія медичних наук України, Лабораторна та метрологічна служби НАМН України, Міжінститутський Референтний лабораторний центр НАМН, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»

ПРОГРАМА І засідання

Президія: проф. Гавриленко Т.І., проф. Коваленко В.М., проф. Овсяннікова Л.М., Гердлежєв А.М.

Тема: Закон України «Про науку та наукову діяльність»

Доповідач: Овсяннікова Л.М.

Тема: Закон України «Про метрологію та метрологічну діяльність»

Доповідач: Гердлежєв А.М.

Тема: Відзнаки критеріїв акредитації від вимог та критеріїв атестації

Доповідач: Гавриленко Т.І.

Тема: Належна лабораторна практика (GLP) – крок до гармонізації із законодавством ЄС

Доповідач: Коваленко В.М.

Тема: Перспективи використання нових неінвазивних морфологічних методів дослідження в клінічній практиці

Доповідач: Гомоляко І.В.

Тема: Імунологічні аспекти цукрового діабету 2-го типу та ожиріння

Доповідачі: Зак К.П., Попова В.В., Соколова Л.К., Орленко В.Л.

Тема: Механізми втрати ауто толерантності при міастенії

Доповідачі: Клімова О.М., Логвінська Є.В., Дроздова Л.А.

Тема: Гормональні дослідження при лейоміомі матки (діагностика, профілактика ускладнень вагітності та гіпогалактиї)

Доповідач: Хомінська З.Б.

II засідання

Президія: проф. Кузнєцова Л.В., проф. Леонтьєва Ф.С., ст.н.с. Демченко В.Ф.

Тема: Іомоніторинг для виявлення професійної та екологічної хімічної експозиції

Доповідач: Демченко В.Ф.

Тема: Гельмінтна інвазія як чинник алергізації організму

Доповідач: Кузнєцова Л.В.

Тема: Гельмінтна інвазія як можливий чинник дестабілізації коронарного атеросклерозу

Доповідач: Рижкова Н.О.

Тема: Особливості діагностики та лікування цілорічного алергічного риніту, який протікає на тлі гельмінтизації організму

Доповідач: Бондаренко Т.М.

Тема: Лабораторні маркери оцінки ризику післяопераційних ускладнень при ендопротезуванні великих суглобів

Доповідач: Леонтьєва Ф.С.

Тема: Цитологічні досягнення в доопераційному прогнозуванні радіоїодрезистентності папілярного раку щитовидної залози

Доповідач: Зелінська А.В.

Тема: Особливості діагностики мікст-нейроінфекцій

Доповідач: Панасюк О.Л.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «РОЛЬ СУЧАСНИХ ЛАБОРАТОРНИХ МЕТОДІВ У ДІАГНОСТИЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА УСКЛАДНЕНЬ». У РАМКАХ КОНФЕРЕНЦІЇ З'ЇЗД УКРАЇНСЬКОГО ТОВАРИСТВА КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-18:00

Організатори: Міністерство охорони здоров'я, Національна академія медичних наук України, Українське товариство клінічної лабораторної діагностики, ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова»

ПРОГРАМА І засідання

Головуючі: Гавриленко Т.І., Деев В.А., Луцки Б.Д.

Тема: Позачерговий з'їзд Українського товариства клінічної лабораторної діагностики

Тема: Оптиміальний комплекс сучасних методів дослідження біологічного



матеріалу від хворих для встановлення етіологічного чинника запального процесу згідно положень доказової медицини

Доповідачі: Руденко А.В., Мітченко М.В., Коваль Д.В., Заліток С.А.

Тема: Навчання, як елемент системи забезпечення якості досліджень з використанням швидких тестів

Доповідачі: Масименко О.В., Кислих О.М., Грицаєва І.В., Кравець О.М.

Тема: Специфічність тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекцій

Доповідачі: Іванська Н.В., Трохимчук Т.Ю., Сергєєва Т.А.

Тема: Біотехнологічні аспекти удосконалення імуноферментної діагностики інфекційних захворювань

Доповідач: Галкін О.С.

Тема: Сучасний стан і проблеми діагностики нейроінфекцій

Доповідач: Шагінян В.Р.

Тема: Нові можливості маркерної діагностики HBV-інфекції

Доповідач: Сергєєва Т.А.

Тема: Переоцінка підходів до діагностики хронічних запальних захворювань геніталей

Доповідач: Ромащенко О.В.

Тема: Порушення цитотоксичності в системному імунітеті у хворих на герпесвірусну інфекцію

Доповідачі: Курченко А.І., Свідро О.В.

II засідання

Головуючі: Руденко А.В., Шагінян В.Р., Сергєєва Т.А.

Тема: Неінвазивна біопсія печінки в діагностиці хронічних гепатитів та герпетичної інфекції

Доповідачі: Гомоляко І.В., Янченко В.І., Швадчин І.О., Ключкова Н.Є., Чорна І.С.

Тема: Інфекційно-запальні ускладнення у хворих на гостру та хронічну лейкомію: діагностика, етіологія, прогнозування

Доповідач: Рибальська А.П.

Тема: Мікробіологічна діагностика перипротезної інфекції суглобів

Доповідач: Лютко О.Б.

Тема: Роль сучасних методів лабораторної діагностики при моніторингу збудників особливо небезпечних та природно-опосередкованих інфекцій

Доповідач: Родина Н.С.

Тема: Характеристика інтерферогенної активності противірусних речовин різної хімічної природи згідно експресії генів: ІФН-альфа, ПКР, ОАС 1а і РНК-ази L

Доповідачі: Старосила Д.Б., Драгуценко О.О., Куклін А.О., Карпова І.С., Оболенская М.Ю., Рибалко С.Л.

Тема: Нові підходи до оптимізації досліджень при діагностиці гепатиту С

Доповідач: Беньковська Л.К.

Тема: Розповсюдження бета-лактамаз серед полірезистентних штамів грамнегативних бактерій

Доповідач: Покас О.В.

Тема: Сучасні підходи та методи клініко-лабораторного обстеження хворих на вульвовагініти

Доповідач: Солоніна Н.Л.

Тема: Контроль якості лабораторних досліджень. Практичний досвід

Доповідач: Степанюк С.В.

НАУКОВИЙ СЕМІНАР «НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В ІМУНОЛОГІЇ ТА БІОХІМІЇ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-17:00

Організатор: ТОВ «Хімлаборреактив»

ПРОГРАМА

Тема: Сучасні проблеми нормативного забезпечення акредитації медичних лабораторій

Доповідачі: Д. Шахнін, к.х.н., відповідальний секретар ТК 166 «Клінічні лабораторні дослідження та системи для діагностики In vitro», Т. Хейломська, Всеукраїнська Асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини (ВАКХЛМ)

Тема: С-реактивний білок в порівнянні з іншими лабораторними показниками в оцінці запалення

Доповідач: Marek Paradowski (Польща), Prof. dr hab. n. med.

Тема: Імунологічний аналіз в клінічній лабораторній практиці

Доповідач: Edward Zheng (Китай), Product manager of immunology SHENZHEN MINDRAY BIO-MEDICAL ELECTRONICS CO., LTD

Тема: Специфічні біохімічні методики в клінічній діагностиці

Доповідач: В. Лазун, спеціаліст з клінічної лабораторної діагностики компанії «Хімлаборреактив»

УКРАЇНСЬКА ЛАБОРАТОРНА ШКОЛА

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-17:00
21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-15:30

Організатор: Національна академія медичних наук України, Лабораторна та метрологічна служби НАМН, Міжінститутський Референтний лабораторний центр НАМН, компанія LMT

ПРОГРАМА 19 квітня

Майстер-клас: Автоматичний біохімічний аналізатор Chemay 120. Огляд аналітичних можливостей для малих та середніх лабораторій на прикладі тесту ЛПВЩ

Проводить: Петренко Юлія, менеджер з маркетингу компанії УКР ДІАГНОСТИКА

Тема: Задача ознайомити аудиторію з новим аналізатором від виробника Rayto. Показати його переваги на конкретній моделі з використанням тест-системи. Презентація+робоче обладнання

Майстер-клас: Гомогенний імуноаналіз в сучасному лабораторному обладнанні

Проводить: Сичов В.В., спеціаліст по продукції компанії «ОМБ»

Тема: У ході майстер-класу ми розглянемо принцип гомогенного імунного аналізу, обговоримо різновиди, переваги та напрямки застосування технології. Будуть продемонстровані варіанти технічної реалізації даної концепції в конкретних аналітичних системах.

Тема: Також торкнемось ролі та нюансів застосування даних технологій в європейських лабораторіях та зв'язку з новими технічними регламентами, що набули чинності в Україні.

Тема: В практичній частині буде представлений аналізатор Indiko, який працює з тест-системами по технології гомогенного імунного аналізу.

Майстер-клас: Гази крові: преаналітичні та аналітичні аспекти

Проводить: Іраклій Іашвілі, спеціаліст компанії Radiometer Medical (Данія), ТОВ «ЛАБЛАЙФ»

Тема: Огляд типових помилок преаналітичного етапу аналізу газів крові та їхніх наслідків: підготовка пацієнтів, забір та обробка крові, гепаринізація, згустки, пухирці та гемоліз у зразках, розведення, перемішування та зберігання зразків тощо. Самплери. Ефективні шляхи запобігання та усунення типових помилок. Можливості та критерії вибору аналізаторів невідкладних станів.

Майстер-клас: Інноваційні рішення Vacuette для забезпечення якості переданалітичного етапу

Проводить: Сичов В.В., спеціаліст по продукції компанії ОМБ

Тема: Якість в лабораторному стандарті ISO15189 починається з преаналітики зразка. Преаналітика – складний технологічний процес, безпосередньо пов'язаний із надійністю отриманого результату в будь-якій лабораторії.

Тема: До 70% всіх тестів в Україні, незалежно від якості реагентів і приладів, державна чи приватна лабораторія, видаються з порушеннями цього етапу. Вакуумні системи VACUETTE (Австрія) - перші в світі системи з ПЕТ пластику і сьогодні №1 по надійності збереження зразка незалежно від часу і місця збору матеріалу та його транспортування. Інновації VACUETTE дозволяють ефективно боротися з інтерференцією в імуноаналізі, проблемами нестабільних аналітів, відсутністю відтворюваності в гемостазі. На майстер-класі будуть показані найбільш ефективні інноваційні рішення від ВАКУЕТТ.

Майстер-клас: Сучасний інструментальний метод діагностики порушень системи гемостазу в клінічній практиці

Проводить: Тарабрін О.О., завідувач кафедри анестезіології і інтенсивної терапії Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор. Компанія «Медтек»

Тема: На даному майстер-класі вперше медичним спеціалістам буде представлений новий інструментальний метод діагностики порушень системи гемостазу – низькочастотний п'єзоелектричний тромбоеластограф АРР-01М «Меднорд», який в реальному часі протягом декількох хвилин дозволяє визначити всю кінетику тромбоутворення: від початку в'язкості до лізису згустку. На основі цього дослідження спеціаліст може в найкоротший час здійснити підбір доз дезагрегантів і антикоагулянтів. На даному заході буде проведено і показано дослідження в режимі реального часу.

21 квітня

Майстер-клас: Роль сучасної баклабораторії в діагностиці сепсису

Проводять: Списаренко С.П. - завідувач мікробіологічної лабораторії, Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України, Смалюк Ю.В. – спеціаліст з продукції, ТОВ «Укрбіо»

Тема: У рамках майстер-класу буде продемонстрована сучасний підхід щодо виділенням, ідентифікації та постановки АБЧ гемокультур. Будуть обговоренні особливості застосування автоматичних бактеріологічних аналізаторів Vitek 2 Compact та Bact/Alert60 в діагностиці сепсису. Спеціальну



увагу буде приділено перевагам та можливостям автоматизованого підходу в клінічній мікробіології, а саме: отримання більш інформативного та швидкого результату, економії часу та ресурсів лабораторії. Будуть детально розібрані окремі клінічні ситуації.

Після завершення майстер-класу учасникам буде надана можливість власноруч ознайомитися з можливостями вищесказаних приладів та спробувати їх в дії власноруч.

Майстер-клас: Оцінка запального процесу за допомогою сучасних гематологічних аналізаторів

Проводять: лектор Натрус Л.В. д.м.н., професор, директор НДІ експериментальної та клінічної медицини НМУ ім. О.О. Богомольця

Практична частина майстер-класу: Черновол П.А., науковий співробітник НДІ ЕКМ НМУ ім. О.О. Богомольця, компанія УКР ДІАГНОСТИКА

Лекція присвячена обговоренню параметрів сучасної гемограми (клінічного аналізу крові), які дозволяють оцінити особливості запального процесу в організмі пацієнта. В основу дискусії покладений власний досвід дослідників оцінки клінічних ситуацій та співставлення параметрів гемограми, стану хворого та його об'єктивних даних для діагностики в клініці. Цікавим питанням дискусії буде порівняння можливостей 3-Diff та 5-Diff аналізаторів на прикладі BC-2800 та BC-5000 Mindray для використання отриманих даних клініцистом. Також буде висловлена позиція дослідників, щодо співставлення отриманих даних із результатами мануальних методів, та обговорена доцільність обсягу діагностичного алгоритму. Під час лекції буде пропонований майстер-клас та демонстрація автоматичних гематологічних аналізаторів 5-Diff. Окремо, буде зроблений акцент на вирішенні проблеми калібрування та контролю якості

досліджень.

Майстер-клас: Загальний аналіз крові: сучасні методи, оцінка достовірності та інтерпретація результатів

Проводить: Яковець О.С. – завідувач КДЛ Інституту клітинної терапії, ТОВ «ЛАБЛАЙФ»

Принципи вимірювання та обчислення параметрів клітин крові гематологічним аналізатором. Результати аналізу крові та їх інтерпретація: гістограми, мікроскопія, аналіз параметрів, помилки та їхні причини. Практичні приклади інтерпретації результатів конкретних клінічних випадків.

Майстер-клас: Сучасне використання систем для забору крові

Проводить: Гура А.С., комерційний директор, фахівець з продукції SARSTEDT, компанії «БІО ТЕСТ МЕД»

Залежно від стану вен пацієнта, можна застосовувати вакуумний і шприцевий метод взяття крові. Це важливо при тендітних, схильних до тромбування венах пацієнтів, наприклад, у людей похилого віку, наркоманів, а також в педіатричній практиці – коли неможливо користуватися вакуумним способом.

Досвід використання системи Monovette, не тільки підтверджує її зручність, надійність, безпеку, якість, а й економічну вигоду застосування: підвищення достовірності лабораторних даних; зменшення повторних зборів крові викликаних гемолізом, утворенням згустку в коагулологічних і гематологічних пробах; відсутність витрат на обробку багаторазового посуду; економію часу медперсоналу.

МЕДИЧНА РАДІОЛОГІЯ:

ультразвукова діагностика, конвенційна рентгенодіагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, променева терапія, ядерна медицина, радіаційна безпека

СПІЛЬНЕ ЗАСІДАННЯ ГОЛОВНИХ ПОЗАШТАТНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ МОЗ УКРАЇНИ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ «РАДІОЛОГІЯ», «РЕНТГЕНОЛОГІЯ», «ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ», «РАДІОНУКЛІДНА ДІАГНОСТИКА», «УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-12:00

Головуючі:

Солодяникова Оксана Іванівна – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Променева терапія». Керівник відділу променевої діагностики, радіаційної онкології і ядерної медицини ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України, д.мед.н., професор

Ялинська Тетяна Анатоліївна – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Радіологія. Рентгенологія». Завідувач відділенням променевої діагностики Науково-практичного медичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України, д.мед.н.

Динник Олег Борисович – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ультразвукова діагностика». Заступник головного лікаря медичної частини ДУ «Медичний центр телемедицини» МОЗ України. Президент Української асоціації фахівців ультразвукової діагностики, к.мед.н.

Програмні питання:

1. Зміна номенклатури спеціальностей радіологічного профілю
2. Проект зміни форми звітності (ф.20)
3. Проект статусу головного позаштатного спеціаліста МОЗ України та областей, їх функціональні обов'язки.
4. Участь спеціалістів радіологічного профілю у створенні уніфікованих клінічних протоколів лікування; локальні протоколи діагностики.
5. Процедура списання обладнання.
6. Різне.

ПРОГРАМА

Тема: Можливості ультразвукового дослідження в діагностиці тонкокишкової непрохідності

Доповідач: Новікова М.М., к.м.н, доцент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

Тема: Рентгенологічні зміни тіл хребців при лімфогранулематозі

Доповідачі: Бондар Г.М. к.м.н, доцент, Сахно Т.К., к.м.н, доцент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

Тема: Ехокардіографія у пацієнта із інфекційним ендокардитом

Доповідач: Носенко Н.М., к.м.н, доцент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

Тема: Діагностичний супровід радіохірургічного лікування олігометастатичних уражень печінки

Доповідачі: Бабкіна Т.М., д.м.н., професор, Дзигар О.В., асистент, Спіженко Н.Ю. к.м.н., кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика, Центр радіохірургічної допомоги «Кібер клініка «Спіженка»

Тема: Сучасний погляд на клінічні особливості та проблеми діагностики ревматоїдного артриту

Доповідач: Гладка Л.Ю., к.м.н., доцент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

Тема: Значення променевої діагностики в радіохірургічному лікуванні увеальної меланоми

Доповідачі: Бабкіна Т.М., д.м.н., професор, Вальчишин С.В., клінічний ординатор, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

Тема: Особливості візуалізації гострих пневмоній під час епідемії грипу

Доповідач: Шлак С.А., к.м.н, доцент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

Тема: Еластографія молочної залози

Доповідач: Кориченський О.М., асистент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

Тема: Методики розрахунку волюметричних показників при ПЕТ-КТ

Доповідачі: Бабкіна Т.М., д.м.н., професор, Новіков М.Є., аспірант, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика, лікарня ізраїльської онкології LISOD

Тема: Методи променевої діагностики пацієнтів з аномаліями співвідношення зубних дуг у підлітковому віці

Доповідачі: Бабкіна Т.М., д.м.н., професор, Сторожук Ю.О., аспірант, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика



Тема: МДКТ в оцінці стану коронарних артерій у хворих на ішемічну хворобу серця та супутніми чинниками ризику

Доповідач: Танасічук В.С., асистент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ

Бабкіна Т.М.¹, Спіженко Н.Ю.², Вальчишин С.В.^{1,2}

Кафедра лучевой диагностики

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев

²Центр радиохірургічної допомоги «Кібер клініка «Спіженка», г. Киев

Актуальность. Частота заболеваемости увеальной меланомой увеличивается с каждым десятилетием жизни, и после 70 лет, по мнению K.Egan (1988), регистрируют ежегодно 50 новых случаев меланомы хориоидеи на 1 млн взрослого населения. Несвоевременная и ошибочная диагностика патологических процессов приводит к резкому ухудшению зрительных функций, вплоть до слепоты, а в ряде случаев и к смерти больного [Южаков А.М., Травкин А.Г., Киселева О.А., 1991].

Цель. Оценить эффективность радиохірургического лечения увеальной меланомы методами МСКТ и МРТ.

Материалы и методы. На базе Центра радиохірургической помощи «Кібер клініка «Спіженка» обследовано 128 пациентов, из них 26 с увеальной меланомой, возрастом от 27 до 68 лет, с помощью МСКТ «Toshiba «Activion» TSX-031A» и на высокопольном МР томографе Toshiba 1,5T VantageAtlas. МСКТ обследование проводилось по стандартному протоколу болюсного сканирования йодосодержащими контрастными веществами (Ультравист). МРТ сканирование проводилось с использованием неионного контрастного вещества (Омнискан). Стереотаксическая радиохірургия выполнялась на роботизированном линейном ускорителе «CyberKnife G4» с покрытием поверхности опухоли на 99,9%.

Результаты и обсуждения. Применение адекватного комплекса клинического и лучевых методов исследования с использованием магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии позволяет в каждом конкретном случае определять форму, размеры, локализацию, распространенность, стадию объемного процесса и в ряде случаев, предположить его морфологический характер. МРТ обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике увеальных меланом и сопутствующей отслойки сетчатки, а также при выявлении рецидивов новообразования. Избирательный принцип использования лучевых методов исследования позволяет сократить до минимума как суммарную лучевую нагрузку на больного, так и диагностический период, что в свою очередь позволяет разработать адекватную тактику лечения, предотвратить снижение зрительных функций, снизить уровень инвалидизации, а иногда и сохранить жизнь больного.

Выводы. Оптимальный алгоритм комплексной диагностики с использованием МСКТ и МРТ позволяет поставить правильный и своевременный диагноз, выбрать правильную тактику лечения.

МЕТОДИКИ РОЗРАХУНКУ ВОЛЮМЕТРИЧНИХ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ПЕТ-КТ

Бабкіна Т.М.¹, Новіков М.Є.²

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, кафедра променевої діагностики, м.Київ, Україна «Лікарня ізраїльської онкології LISOD», м. Київ, Україна

Мета. Розглянути сучасний стан питання кількісного аналізу даних позитронно-емісійної томографії об'єднаної з комп'ютерною томографією з 18F фтордезоксиглюкозою (ПЕТ-КТ) в онкологічній практиці, представити різноманітні методики розрахунку метаболічних показників другого порядку та навести приклади їх практичного значення.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі Лікарні ізраїльської онкології LISOD. Ретроспективно проаналізовані дані діагностичних ПЕТ-КТ досліджень. Обстеження проведені за допомогою сканера Phillips Gemini 16 згідно методичних рекомендацій EANM (Європейська Асоціація Ядерної Медицини). Проведено аналіз волюметричних метаболічних показників вогнищ первинного пухлинного ураження у 43 хворих. Обробка даних та розрахунки здійснені за допомогою програмного забезпечення OsiriX, Metavol. Проведено аналіз літературних джерел присвячених проблемній тематиці.

Результати та обговорення. При аналізі отриманих даних ПЕТ-КТ були визначені наступні кількісні метаболічні показники: SUVmax, SUVmean, SUVpeak, MTV, TLG. Останні два показники – за допомогою різних методик

сегментації. Отримані результати свідчать про наявність значущої відмінності значень волюметричних показників при використанні різних методик напівавтоматичної сегментації.

Висновки. Перехід від кількісних метаболічних показників першого порядку (двовимірні) при ПЕТ-КТ до показників другого порядку (трехвимірні або волюметричні) дозволяє отримувати більш повну інформацію про метаболічні характеристики досліджуваного вогнища. Але, наявність різних методик сегментації, які генерують значно відмінні значення таких показників потребує подальшого дослідження задля вибору найбільш зручного, повторюваного та операторонезалежного методу.

ДІАГНОСТИЧНИЙ СУПРОВІД РАДІОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОЛІГОМЕТАСТАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

Бабкіна Т.М.¹, Спіженко Н.Ю.², Дзигар О.В.^{1,2}

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Центр радіохірургічної допомоги «Кібер клініка «Спіженка», м. Київ, Україна

Актуальність. Згідно статистичних даних 90% пухлинних процесів печінки – являються метастатичними. Останні досягнення в області діагностичної візуалізації дозволили ранню діагностику метастазів із відповідним збільшенням числа пацієнтів зі станом олігометастазування. Згідно останніх досліджень, чільне місце в лікуванні олігометастатичного захворювання печінки посідають методи променевої абляції, що дозволяють з високою точністю доставляти руйнівну дозу променевого випромінювання із щадним ставленням до суміжних та нормальних тканин печінки з мінімальною постпроменевою токсичністю.

Мета. Визначення ролі методів МРТ та МСКТ в діагностичному супроводі радіохірургічного лікування вторинних олігометастатичних уражень печінки. **Матеріали та методи.** На базі «Кібер Клініки «Спіженка» було обстежено 28 пацієнтів, за допомогою МСКТ «Toshiba «Activion» TSX-031A» та МР томографа Toshiba 1,5TVantageAtlas, що зазнали абляційного впливу олігометастатичних уражень печінки за допомогою радіохірургічної системи «Cyber-knife G4 System». Вік пацієнтів склав в середньому 53 роки. Відсоткове співвідношення первинної локалізації неопластичного процесу у пацієнтів із метастатичним ураженням печінки склали: у 25% – колоректальна локалізація, у 18% – підшлункова залоза та жовчовивідні шляхи, молочна залоза – 14%, легені – 13%, яєчники – 11%, нирки – 8%, матка – 5%.

Результати та обговорення. В якості доопераційного етапу діагностичного супроводу виконували комплексні діагностичні заходи: МДКТ із в/в контрастуванням йодовмісних контрастних засобів (ультравіст) та МРТ за стандартною методикою режиму дифузної зв'язаності (DWI) із застосуванням екстрацелюлярних (омніскан), інтрацелюлярних контрастних засобів (MultiHance). Оцінка ефективності лікування в динаміці проводилась за даними МДКТ та/або МРТ, показників коефіцієнта дифузії (ADC) за системою RECIST 1.1.

Висновок. Комбіноване променеве дослідження (МСКТ та МРТ з в/в підсиленням) дозволяє максимально точно оцінити критерії динамічних змін вторинних олігометастатичних уражень печінки при радіохірургічному лікуванні.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Гладка Л.Ю., Поліщук О.В.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, кафедра променевої діагностики, м. Київ, Україна

Мета. Визначити можливі чинники прогресування РА в залежності від перебігу і результатів ефективності сучасного лікування з використанням променевих методів діагностики (Rn-дослідження, УЗД і МРТ).

Матеріали і методи. Обстежено 34 хворих з РА, жінок 32 і чоловіків 2. Проводили ультразвукове дослідження суглобів кистей та стоп, колінних суглобів (КС), з використанням енергетичного доплерівського картування (ЕДК), Rn – цифрового дослідження, МРТ досліджень, наявності гострофазних показників (СОЕ та СРБ).

Результати та обговорення. Найбільш ранньою ознакою артриту виявляли епіфізарний остеопороз. Після 12-16 тижнів від початку захворювання при Rn- дослідженні виявляли ерозії, які з'являються в цей час, внаслідок пошкодження хряща паннусом. УЗД дозволило на ранніх стадіях виявити паннус (20 спостережень), що є раннім проявом РА, синовіт (29), ерозії кісткових поверхонь (11), визначити стадії РА за ультразвуковими ознаками. Отримані в усіх випадках наших досліджень результати співпадали з даними МРТ. Деструкцію кісток суглобів встановлювали рентгенологічним методом (3). ЕДК дозволило провести контроль ефективності лікування в залежності



від стадій. В подальшому нами використовувалось УЗД або МРТ дослідження для виявлення наявності характерних ознак запалення в суглобах, що давало можливість прогнозування прогресування пошкодження суглобів при РА. Rn-дослідження дозволяло виявити зміни кісткової структури.

Висновки. Ретельний клініко-анамнестичний аналіз суглобового синдрому з поетапним інструментальним дослідженням (Rn, УЗД, МРТ), з виявленням чинників швидкого прогресування деструкції суглобів, лабораторних гостро фазних показників (СОЕ, СРБ), забезпечить можливість отримати високоєфективний інструмент для раннього виявлення РА.

ЗСУВОХВИЛЬОВА ЕЛАСТОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Бабкіна Т.М., Кориченський О.М., Бондар Г.М.

Кафедра променевої діагностики НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Вступ. Зсувохвильова еластографія (ЗХЕ) – нова ультразвукова технологія діагностики стану молочних залоз. ЗХЕ дозволяє визначити жорсткість нормальних та патологічно змінених тканин в реальному часі.

Ціль роботи. Оцінити можливості ЗХЕ для виявлення і диффдіагностики вогнищевих уражень молочної залози.

Матеріали і методи. Дослідження проводилися на ультразвуковому приладі Aixplorer (Supersonic, France), лінійний датчик SL4-15 МГц. Обстежено 102 пацієнтки віком 17-78 роки (42±6,4 років). У 58 пацієнток виявлено вогнищеві зміни. У 4 пацієнток виявлено утворення, що були підозрілі на злоякісні. Одна пацієнтка була після лампектомії і обстежена з приводу підозри рецидиву в післяопераційній рубцеві. У однієї пацієнтки виявили внутрішньопротокову папілому. У 17 пацієнток виявили одну або кілька фіброаденом. У 51 пацієнтки виявили кісти різного розміру, з яких 42 були простими, у 9 були складні кісти з неоднорідним внутрішнім вмістом. У однієї вогнищевий лактаційний мастит. Всім пацієнткам було проведено стандартне обстеження в В-режимі, вогнищеві ураження оцінювались з доплерографією, проводилась еластографія та еластометрія. Висновки та рекомендації оформлювались згідно стандарту USBI-RADS.

Результати. При ЗХЕ нормальна фіброзно-залозиста тканина молочної залози мала жорсткість 3-18 кПа. При злоякісних ураженнях в перифокальних тканинах виявляли значне підвищення жорсткості до 80-240 кПа. В центральній частині великих карцином (розмірами 11x10 мм і 25x16мм) визначався еластографічний феномен «чорної діри». Невеликі злоякісні пухлини (4x5мм і 6x7мм) рівномірно забарвлювались, в центральній зоні жорсткість була 30-50 кПа, перифокально – 90-120 кПа. Внутріпротокова папілома мала жорсткість 18 кПа, перифокально тканини мали низьку жорсткість, аналогічну нормальній фіброгландулярній та жировій тканині. Фіброаденоми різного розміру (6-14мм) мали низьку жорсткість 6-12 кПа, співставну з жорсткістю нормальної фіброгландулярної та жирової тканини. При лактаційному маститі тканини мали низьку жорсткість. Поодинокі та невеликі групи кальцинатив фіброгландулярній тканині без вогнищевих уражень жорсткість тканини не підвищувала. В кістах діаметром більше 10 мм центральна частина не забарвлювалася, але пристінні шари та в кістах невеликого діаметру 4-8 мм визначався артефакт «фонового забарвлення анехогенного вмісту кіст».

Висновки. Зсувохвильова еластографія дає чітку наглядну картину при злоякісних та доброякісних вогнищевих змінах в молочній залозі. Еластографічні феномени та артефакти потребують врахування в діагностичному процесі.

ЛІКУВАННЯ СТЕНОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ІНТРАКРАНІАЛЬНИХ СЕГМЕНТІВ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ МЕТОДАМИ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ

Луговський Ю.А., Орлов М.Ю., Луговський А.Г., Мороз В.В., Скорохода І.І., Яроцький Ю.Р.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Цереброваскулярна патологія є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Порушення мозкового кровообігу є надзвичайно важливою медико-соціальною проблемою. Проведені дослідження встановили, що оперативне лікування є ефективним методом профілактики первинних та вторинних порушень мозкового кровообігу при стенотичних ураженнях церебральних артерій.

Мета. Вивчити ефективність оперативного лікування методами ендоваскулярної ревааскуляризації хворих з порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом, спричиненими стенотичними ураженнями інтракраніальних сегментів церебральних артерій, в тому числі з огляду на профілактику повторних інсультів.

Матеріал та методи. Основою роботи стало комплексне обстеження 36 хворих (з них 21 – чоловіки, 15 – жінки) з порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом, спричиненими стенотичними ураженнями інтракраніальних сегментів церебральних артерій, які лікувалися в судинному відділі ДУ «ІНХ ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» за період з 2010 по 2015 рр. За локалізацією стенотичного ураження усі хворі розподілені наступним чином: ВСА – 15 спостережень, СМА – 15 спостережень, ПМА – 6 спостережень. Діагноз ґрунтувався на даних таких методів обстежень як клініко-неврологічні, інструментальні методи, ультразвукове обстеження інтракраніальних сегментів церебральних артерій, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія головного мозку, церебральна ангіографія.

Результати та їх обговорення. З 36 пацієнтів, що були включені в дослідження, оперативне втручання проведено 19 хворим (ВСА – 7 спостережень, СМА – 8 спостережень, ПМА – 4 спостереження), решті 17 пацієнтам, котрим з тих чи інших причин хірургічне лікування не проводилось, проведено консервативне лікування. Проведене ендоваскулярне стентування стенотичного ураження наочно показало більшу ефективність відновлювального лікування та покращення якості життя в порівнянні з хворими, яким проводилося лише консервативне лікування.

Висновки. Проведення повного комплексу діагностичних заходів, котрий можливий лише в умовах сучасного інсультного центру, спрямованого на верифікацію стенотичного ураження інтракраніальних сегментів церебральних артерій та своєчасне проведення хірургічної корекції, а саме ендоваскулярної імплантації стенту, дозволяють домогтися найкращих результатів лікування та покращення якості життя хворих.

ВПЛИВ РІВНЯ ІНДЕКСУ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦІУ НА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Бабкіна Т.М., Носенко Н.М.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедра променевої діагностики, м. Київ, Україна

Мета. Виявити серед пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ), та атеросклерозом сонних артерій (стеноз < 50% згідно ультразвукового дослідження (УЗД)), групу високого ризику виникнення ішемічного інсульту, залежно від величини індексу коронарного кальцію (ІКК) по даним мультidetекторної комп'ютерної томографії серця (МДКТ).

Матеріал і методи. У дослідженні відібрана група пацієнтів із ГХ, ішемічним інсультом в анамнезі. Групу контролю склали хворі із ГХ, аналогічні по стадії та ступеню захворювання, без достовірних розбіжностей по віку, статі, супутніх захворювань, даних ліпідограми. Усім виконано УЗД судин шиї – стеноз < 50%, добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ), холтерівське монітування електрокардіограми (ХМ ЕКГ), забір крові – ліпідограма. Всі пацієнти мали покази до проведення МДКТ серця. Після проведення всіх обстежень, відібрані хворі в групу 1 із ГХ, ішемічним інсультом та стенозом сонних артерій < 50% (УЗД), та стенозом коронарних артерій < 50% (МДКТ). Групу 2 (контроль) склали хворі із ГХ без інсульту в анамнезі, із підтвердженим стенозом сонних артерій (УЗД), та коронарних артерій (МДКТ) < 50%.

Результати та обговорення. При оцінці показників ДМАТ, ліпідограми, ХМ ЕКГ не виявлено значимих розбіжностей. Оцінено величину ІКК по даним МДКТ у досліджуваних групах. У групі 1 показники ІКК статистично достовірно були вищі ніж у групі контролю.

Висновки. Пацієнти із ГХ, стенозами сонних артерій < 50% та високими показниками ІКК (МДКТ), мають вищий рівень ризику розвитку ішемічного інсульту, та потребують більш інтенсивного лікування.

МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Новікова М.М.

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

Мета. Визначити можливості ультразвукового дослідження (УЗД) в діагностиці гострої тонкокишкової непрохідності.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на клінічній базі кафедри променевої діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика у Київській міській клінічній лікарні високої медичної допомоги. УЗД було проведено 93 хворим, які поступили в хірургічні відділення з клінікою гострої кишкової непрохідності (ГКН). Обстеження проводили без попередньої підготовки пацієнтів на діагностичних приладах ToshibaAplio 500. В процесі УЗД при підозрі на ГКН звертали увагу на діаметр ділятованої кишки, товщину кишкової стінки та її структуру, характер кишкового вмісту, характер складок слизової оболонки та характер перистальтики. Обов'язково відмічали анатомічні ділянки, які зайняті ділятованими кишковими петлями, рухливість кишкових петель та наявність вільної рідини в черевній порожнині.



Результати та обговорення. З перерахованих ультразвукових ознак, у хворих з ГКН, візуалізувався неоднорідний рідинний кишковий вміст у 65,5%. Розширення просвіту тонкого кишківника більш 20 мм та порушення перистальтики у вигляді посиленних маятникоподібних коливань кишкового вмісту було виявлено у всіх обстежаних. При прогресуванні явищ непрохідності характер кишкового вмісту змінювався, характеризувався зниженням ехогенності вмісту майже до анехогенності, зниженням інтенсивності перистальтичних рухів кишкової стінки.

Висновки. УЗД є безпечним та доступним методом дослідження для хворих з ГКН. Неінвазивність та інформативність методу дозволяє використовувати його необмежену кількість разів навіть у найважчій категорії пацієнтів, що робить її одним з провідних методів дослідження ГКН з діагностичною цінністю у 85,7%.

МЕТОДИ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АНОМАЛІЯМИ СПІВВІДНОШЕННЯ ЗУБНИХ ДУГ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Бабкіна Т.М., Сторожчук Ю.О.

Кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Вступ. Конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) зубощелепної ділянки – альтернативний метод променевого обстеження пацієнтів із аномаліями співвідношення зубних і підліткового віці.

Ціль роботи. Оцінити ефективність КПКТ в діагностиці аномалій співвідношення зубних дуг у пацієнтів підліткового віку.

Матеріали і методи. Дослідження проводилися на конусно-променевому томографі PlanmecaRoMax 3D із системою SmartPan, що використовується для проведення ортопантомографії (ОПТГ), телерентгенографії (ТРГ). Обстежено 15 пацієнтів віком від 14 до 18 років, з аномаліями положення зубних дуг: дистальний, мезіальний, відкритий прикус. Всім пацієнтам було проведено стандартне обстеження: ОПТГ, ТРГ в боковій проекції. У 10 пацієнтів було діагностовано: ретенцію та дистопію зубів 1,8, 2,8, 3,8, 4,8; у 2 пацієнтів – порушення пневматизації гайморових пазух; у однієї пацієнтки – двобічну ретенцію клика; у двох пацієнтів – зниження висоти кісткової тканини верхньої та нижньої щелепи на вестибулярній, піднебінній та лінгвальній поверхні альвеолярного відростка. Дана група пацієнтів потребувала додаткового обстеження. Була проведена КПКТ двох щелеп, верхньої щелепи та сегменту.

Результати. Встановлено, що КПКТ дає детальну оцінку стану кісткової тканини, положення ретендованих, дистопованих та надкомплектних зубів; можливість проведення кутових вимірювань відношення всіх неправильно розташованих зубів до площини прикусу, нахил коренів зубів по відношенню до одного, а також виявлення патологічних процесів додаткових пазух носа. Перевагою досліджень, проведених на конусно-променевому комп'ютерному томографі, являється можливість перетворення із КПКТ, за допомогою програмного забезпечення, таких знімків як: ортопантомограма, телерентгенограма (пряма, бокова проекції). При цьому пацієнт не отримує додаткове променеве навантаження.

Висновки. Конусно-променева комп'ютерна томографія більш інформативна та підвищує ефективність діагностики аномалій співвідношення зубних дуг у підлітковому віці, позитивно впливає на вибір тактики лікування та його результати.

МДКТ В ОЦІНЦІ СТАНУ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІХСТА ІЗ СПУТНИМИ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ

Танасічук В.С., Шпак С.О.

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

Мета. Вивчити можливості мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ) для оцінки атеросклеротичного ураження коронарних артерій (КА) у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та супутніми цукровим діабетом (ЦД) і хронічною хворобою нирок (ХХН).

Матеріали і методи. МДКТ виконано 86 хворим на ІХС (37 жінок, 49 чоловіків, віком 37-80 років). З метою діагностики кальциноза КА за методом Агатстона з визначенням кальцієвого індексу (КІ) виконували нативне КТ-сканування. МДКТ-коронарографію проводили для вивчення атеросклеротичних і стенотичних змін КА.

Результати та обговорення. За даними МДКТ при визначенні КІ у 7 (8,14%) хворих реєстрували кальциноз КА 1-го ступеня (КІ 1-10 од.), у 23 (26,74%) – 2-го ступеня (КІ 11-100 од.), у 25 (29,01%) – 3-го ступеня (КІ 101-400 од.), у 31 (36,04%) – 4-го ступеня (КІ>400 од.). КІ становив від 5 до 3780 од., в середньому (520,28±136,78) од. Виявлено стійку тенденцію до кальцинозу високого рівня при ХХН (P < 0,05) і ЦД (P < 0,05), що вказує на зростання серцево-судинного ризику у даного контингенту хворих. Гемодинамічно значущі

стенози передньої міжшлуночкової гілки лівої КА виявлені у 62 (72,1%) хворих на ІХС з стабільною стенокардією, з них у 15 (24,2%) пацієнтів з ЦД і у 21 (33,9%) з ХХН. У 56% хворих на ІХС з порушеннями вуглеводного обміну в КА спостерігались м'якотканні атеросклеротичні бляшки. Дифузна форма ураження КА переважала у хворих з супутніми ЦД і ХХН. При ХХН переважали кальциновані атеросклеротичні бляшки (85,7%).

Висновки. За даними МДКТ-дослідження, атеросклеротичні зміни КА у хворих на ІХС на фоні ЦД супроводжуються багатоглибким ураженням КА, наявністю гемодинамічно значущих стенозів передньої міжшлуночкової гілки лівої КА і відносним збільшенням кількості м'яких атеросклеротичних бляшок. Особливістю ураження КА у пацієнтів з ІХС та супутньої ХХН є переважання кальцинованих атеросклеротичних бляшок і наявність гемодинамічно значимих звужень передньої міжшлуночкової гілки лівої КА.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У МЕДИЧНІЙ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-12:00

Організатор: ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Допплерографія фетоплацентарного комплексу при спонтанній та індукованій вагітності пізнього репродуктивного віку

Доповідач: Волик Н.К.

Тема: Комплексна оцінка функціонального стану ендотелія у людей середнього та літнього віку з наявністю інсулінорезистентності

Доповідачі: Козаренко Т.М., Журавльова Ю.Б.

Тема: Особенности ультразвуковой диагностики редких заболеваний печени у детей

Допладчик: Тарасюк Б.А.

Тема: Соноэластографическая характеристика печени при аутоиммунном гепатите у детей

Допладчики: Коробко В.Ф., Никулина А.А., Тарасюк Б.А.

Тема: Сучасні підходи в діагностиці стенозів сонних артерій високого ступеня за результатами ультразвукового дупплексного сканування

Доповідач: Мазур С.Г.

Тема: Можливості перфузіографії при вогнищевій патології підшлункової залози

Доповідач: Гордієнко К.П.

ДОППЛЕРОГРАФІЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ СПОНТАННІЙ ТА ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Волик Н.К.

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

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Дати порівняльну характеристику функціонування фетоплацентарного комплексу при спонтанній та індукованій вагітності на підставі дво- та тривимірної доплерографії.

Матеріали і методи. Групи порівняння склали 47 вагітних після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) та переносу ембріону (ПЕ) (група А) та 38 жінок із спонтанною вагітністю (група Б). У всіх випадках вагітність була одноплідною, закінчилась народженням живої дитини. Середній вік вагітних в групах А і Б склав 38,3±4,5 та 38,0±3,34 (p>0,05) років відповідно. Дослідження виконані на ультразвуковому приладі Voluson 730 Expert (GE). Функціонування фетоплацентарного комплексу оцінювалось в динаміці вагітності в I, II та III триместрах на підставі аналізу кривих швидкостей кровотоку в маткових артеріях, в артеріях пуповини та середній мозковій артерії плоду з розрахунком пульсацийного індексу (PI) та церебро-плацентарного індексу (ЦPI). Тривимірна доплерографія внутрішньо-плацентарного кровотоку виконана в режимі енергетичного доплерівського картування з розрахунком індекса васкуляризації (VI), індекса потоку (FI) та васкуляризаційно-потокового індекса або індекса перфузії (VFI).

Результати та обговорення. Перебіг вагітності після ЕКЗ та ПЕ в порівнянні із спонтанною вагітністю вірогідно частіше супроводжувався загрозою переривання в ранні терміни, пізнім гестозом, затримкою росту плоду, передчасними пологами. Маса тіла новонароджених в групах А та Б складала



2876±398г та 3365±393г (р=0,004) відповідно. Встановлено вірогідне зниження VI та VII протягом усього гестаційного періоду в групі А в порівнянні із групою Б (1,79±1,33 проти 3,2±1,27 р=0,01 та 0,65±0,61 проти 1,33±0,04, р=0,015 в I триместрі; 5,7±3,3 проти 9,8±2,34, р<0,001 та 2,16±1,3 проти 4,3±0,74, р<0,001 в III триместрі відповідно). В той же час FI, що відображає інтенсивність кровотоку не відрізнявся (34,7±4,59 проти 38,8±5,0, р=0,05 та 37,4±3,3 проти 39,0±2,76, р=0,43 в I та III триместрах відповідно). Не знайдена різниця в двовимірних доплерівських індексах між двома групами протягом всього гестаційного періоду, за винятком ЦПІ в III триместрі з вірогідним зниженням в групі А (1,71±0,33 проти 2,02±0,29, р=0,01).

Висновки. В плацентах вагітних після ЕКЗ «нормальна» судинна адаптація недосконала за кількістю судин, з недостатньою плацентарною перфузією, яка зумовлює гірші перинатальні результати. Компенсаторно-приспосувальні реакції в плаценті здійснюються за рахунок збереженої інтенсивності кровотоку через зменшену кількість судин. Зниження ЦПІ свідчить про компенсаторну централізацію гемодинаміки плоду в умовах зниженої плацентарної перфузії.

ОЦІНКА РЕМОДЕЛЮВАННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ, МІОКАРДУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Глазовська І.І., Кравчук Е.Ю., Корсак І.С., Москаленко Н.Ю., Олівська С.К.

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити структурні та функціональні особливості церебральної та кардіальної гемодинаміки, стану ендотеліальної функції у хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Матеріали і методи. Обстежено 52 хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД2). Середній вік – 54±14 років. Контрольну групу (КГ) склали 15 осіб відповідного віку 51 ± 11 років без порушення вуглеводного обміну. Структурний стан магістральних артерій голови оцінювався за допомогою ультразвукового дуплексного сканування з використанням лінійного датчика 11-7 МГц за стандартною методикою. Визначалася товщина комплексу інтима-медіа (КІМ) (мм), враховувалася наявність стенозуючого ураження. Значення КІМ, що перевищувало 0,9 мм, розглядали як потовщення інтими. При ехокардіографічному обстеженні стінок лівого вуха вимірювалися товщини стінок аорти. Показники товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) ≥ 1,11 см та міжшлуночкової перетинки (ТМШП) ≥ 1,11 см розцінювалися як гіпертрофія лівого шлуночка. Діастолічну функцію лівого шлуночка оцінювали за показниками співвідношення трансмітральних потоків Е/А (Е – максимальна швидкість раннього діастолічного потоку, А – максимальна швидкість потоку передсердь) та часом ізволюметричного розслаблення (IVRT). Показники Е/А <1, IVRT >90 мс розцінювали як діастолічну дисфункцію.

Результати та обговорення. У пацієнтів з ЦД2 середні показники товщини КІМ становили 1,1±0,08 мм, в КГ – 0,8±0,07 мм. Атеросклеротичне ураження судин каротидного басейну виявлено у 86, 5% хворих ЦД2, в КГ – 20%. Причому в групі ЦД2 стенози <30% виявлено у 28,8% хворих, 30-50% діаметру судини виявлено у 57,7% хворих. В КГ ступінь стенозування каротид не перевищувала 30% діаметру судини.

Під час ехокардіографічного обстеження у 96 хворих ЦД2 виявлено ущільнення стінок висхідної аорти (в КГ – у 30%). Кальциноз мітрального та/або аортального клапанів спостерігався у 58% хворих ЦД2 (в КГ – 6%). Середні показники ТЗСЛШ – 1,12±0,08 см та ТМШП 1,2±0,12 см у хворих ЦД2 свідчать про формування гіпертрофії лівого шлуночка. В КГ відповідні показники становили 1,02±0,11 см та 0,98±0,13 см. У 61% пацієнтів ЦД 2 виявлено ознаки діастолічної дисфункції лівого шлуночка. За даними аналізу співвідношення трансмітральних потоків, в КГ – 13%.

Висновки. У хворих на цукровий діабет 2-го типу вищі середні значення показників товщини комплексу інтима-медіа, частоти і ступеню стенозуючого ураження каротид, порівняно з особами контрольної групи. Ремоделювання міокарду у хворих ЦД2 проявляється формуванням гіпертрофії лівого шлуночка, кальцинозом клапанів серця, наявністю ознак діастолічної дисфункції.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІА У ЛЮДЕЙ СЕРЕДЬНОГО ТА ЛІТНЬОГО ВІКУ З НАЯВНІСТЮ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Козаренко Т.М.¹, Журавльова Ю.Б.²

¹ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»,

²ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ, Україна

Порушення ендотеліальної функції патогенетично пов'язане з розвитком

інсулінорезистентності (ІР), хоча їх причинно-наслідкові зв'язки залишаються дискутабельними. Хоча зв'язок між порушенням вуглеводного обміну і патологією судин залишається до кінця не з'ясованим, вважається, що втрата регуляторної здатності ендотелію лежить в основі розвитку всіх макросудинних ускладнень ЦД. До того ж, значний науковий і практичний інтерес обумовлює функціональний стан ендотелію у людей похилого віку, так як з віком судинна система зазнає глибоких структурних та функціональних змін, які зачіпають і ендотеліальну вистилку судин. Таким чином, метою роботи стала комплексна оцінка функціонального стану ендотелію у людей середнього та літнього віку з наявністю інсулінорезистентності.

Матеріали та методи. Обстежено 56 осіб, з них 9 практично здорових людей середнього віку (40-59 років), 26 практично здорових людей похилого віку (60-80 років), 6 людей середнього та 15 літнього віку з ІР (НОМА_IR≥2,77). Оцінка функціональної вазомоторної функції ендотелію проводилася на рівні крупних судин методом компресійної потік-залежної вазодилатції плечової артерії (ПА) за класичною методикою запропонованої D.S. Celermajer, на апараті Aplio 400 (Toshiba) з використанням високочастотного лінійного датчика з центральною частотою 8 МГц і мультічастотами від 6 до 12 МГц. Для цього вимірювався діаметр ПА. Потім проводилася її компресія упродовж 4 хв. манжетною тиску у якій на 40 мм рт. ст. перевищував систолічний тиск. Через 30 с після декомпресії повторно вимірювався діаметр ПА. Приріст діаметру ПА у % визначався як d початковий – d після декомпресії/ d початковий.

На рівні мікросудин ендотеліальну функцію визначали методом лазерної доплерівської флоуметрії апаратом BLF 21 D виробництва «Transonic systems» (США) за методикою, яка ґрунтується на визначенні шкірного кровотоку на внутрішній поверхні передпліччя під час реактивної постоклюзійної гіперемії плечової артерії, яка створювалася шляхом перетискання судин плеча манжетною сфігмоманометра протягом 3 хвилин.

Результати та їх обговорення. Результати дослідження стану мікроциркуляції не виявили достовірних відмінностей між показниками, хоч і була тенденція до погіршення у людей літнього віку з ІР. В літньому віці наявність інсулінорезистентності асоційовано з більш вираженими змінами стану мікроциркуляції. У даному дослідженні люди середнього віку, не залежно від стану вуглеводного обміну, не мали порушень ендотеліальної функції на рівні мікроциркуляторного русла – показник кровотоку на піку реактивної гіперемії у здорових 6,3±0,9 мл / хв. на 100 г тканини; у людей з ІР 6,2±0,5 (р=0,47). А у людей похилого віку з ІР показник мікроциркуляції на піку реактивної гіперемії (5,2±0,3 мл/хв. на 100 г тканини) був нижчим, ніж у здорових (6,1±0,6 мл/хв. на 100 г тканини; р=0,09).

Виявлено зниження приросту діаметра плечової артерії після проби з перетисканням плечової артерії у людей середнього віку з ІР (13,6±0,99%) в порівнянні зі здоровими особами середнього віку (17,47±1,8%; р=0,03), що схоже з даними літератури (9).

Здорові літні люди мали достовірно більш низькі показники у порівнянні зі здоровими середнього віку, що свідчить про вікове зниження ендотеліальної функції. Поряд з цим, у людей літнього віку з ІР відсоток приросту діаметра плечової артерії не відрізнявся від здорових того ж віку і від показника людей середнього віку з ІР (р=0,09).

Висновки. 1. Інсулінорезистентність в середньому віці супроводжується погіршенням ендотеліальної функції на рівні великих судин і не асоційована зі змінами мікроциркуляції. 2. У літньому віці, на тлі вікового зниження ендотеліальної функції, її взаємозв'язку з ІР на рівні макросудин не виявлено. Однак, в літньому віці ІР асоціюється з погіршенням мікроциркуляції. 3. Дослідження приросту діаметра плечової артерії та швидкості кровотоку на рівні мікросудин при проведенні проби постоклюзійної реактивної гіперемії є взаємодоповнюючими методами діагностики і дають вичерпну інформацію про стан ендотеліальної функції на рівні всіх відділів судинного русла.

СОНОЭЛАСТОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Коробко В.Ф., Никулина А.А., Тарасюк Б.А.

ГУ «Інститут ядерної медицини та лучевої діагностики НАМН України»

Вступление. Аутоиммунный гепатит – одно из наиболее частых аутоиммунных заболеваний печени, которое, в конечном счете, при длительном течении приводит к формированию фиброза. Ранняя диагностика этого поражения печени является актуальной задачей, стоящей перед клиницистами и радиологами, поскольку своевременное начало лечения предотвращает развитие этого грозного осложнения. Степень выраженности фиброза, а также активность воспалительного процесса существенно влияют на такой показатель, как эластичность ткани печени. Определение показателей эластичности печеночной паренхимы позволяет оценить степень поражения гепатоцитов, эффективность лечения и прогноз. Следует отметить, что в

некоторых случаях соноэластография является альтернативой пункционной биопсии и позволяет избежать интервенционного вмешательства, что особенно важно в педиатрической практике.

Цель. Определение показателей жесткости паренхимы печени у детей с АИГ и характеристика эластографической картины на разных этапах заболевания. **Материалы и методы исследования.** Для исследования был использован ультразвуковой сканер Радмир «Ultima» (Украина) с программой сдвиговой эластографии. Было обследовано 18 больных с АИГ в возрасте от 5 до 15 лет, у которых диагноз подтвержден с иммунологическим методом и с помощью пункционной биопсии печени. Контрольная группа состояла из 24 пациентов, у которых не было выявлено поражения гепатобилиарной системы. В большинстве случаев использовался линейный высокочастотный датчик с частотой сканирования 7,5 МГц. Для пациентов с избыточной массой тела применялся абдоминальный конвексный датчик с частотой 3,5 МГц. Жесткость печени оценивалась по скорости распространения индуцированной поперечной механической волны с пересчетом в модуль Юнга.

Результаты исследований. Повышение показателей жесткости печени в большинстве случаев коррелировало со степенью фиброза, обнаруженного при пункционной биопсии. Однако, на величину модуля Юнга также в значительной степени влияло наличие активного воспалительного процесса и обусловленная им клеточная лимфоцитарная инфильтрация печеночной ткани, что нами учитывалось при интерпретации результатов соноэластографии. Кроме того, одним из факторов, повышающим жесткость печени было наличие жирового гепатоза.

Выводы. Соноэластография сдвиговой волны является высокочувствительным методом для оценки жесткости паренхимы печени у детей с АИГ и может использоваться для динамического наблюдения за эффективностью лечения. Показатели соноэластографии зависят не только от степени фиброза, но и от выраженности воспалительной инфильтрации ткани печени и сопутствующего жирового гепатоза.

ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ СТЕНОЗІВ СОННИХ АРТЕРІЙ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ

Мазур С.Г.

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м. Київ, Україна

Мета роботи. Визначити особливості церебральної гемодинаміки у хворих із стенозами сонних артерій високого ступеня з різними клінічними проявами захворювання – інсульт, транзиторна ішемічна атака (ТІА), безсимптомний перебіг.

Матеріали та методи. Обстежено 54 хворих (з них 51 чоловік, 3 жінки) віком від 46 до 84 років (середній вік – 61,9±5,2 років) зі стенозами сонних артерій високого ступеня (> 60% за діаметром). Контрольну групу склали 50 пацієнтів, 26 чоловіків та 24 жінки, без клінічних проявів церебральної судинної патології. Характер атеросклеротичного ураження, структура бляшок і ступінь виразності стено-оклюзуючого процесу та інтегральні показники церебральної гемодинаміки вивчалися за допомогою методу ультразвукового дуплексного сканування.

Результати. Встановлено, що у хворих із стенозами сонних артерій високого ступеня, знижені гемодинамічні показники (лінійна швидкість кровоплину -ЛШК) та показники судинного тону (індекси RI, PI) в більшості судин каротидного та вертебро-базиллярного басейну, як в екстра-, так і в інтракраніальних відділах, що більше виражено в групі пацієнтів, які перенесли ішемічний атеротромботичний інсульт. У хворих з високим ступенем стенозуючого ураження сонних артерій, незалежно від клінічних проявів захворювання, статистично достовірно у порівнянні з контролем були знижені показники загального церебрального об'ємного кровотоку, які складалі відповідно при безсимптомному перебігу захворювання – 0,442±0,02)л/хв., при ТІА – 0,400±0,046)л/хв., при ішемічному інсульті – 0,348 ±0,029) л/хв. проти (0,655±0,03) л/хв. у контролі. Подібне достовірне зниження відзначалося і в показниках каротидного об'ємного кровотоку, які складалі відповідно (0,340±0,019) л/хв., (0,323±0,04)л/хв., та (0,262±0,024) л/хв. проти (0,542±0,029) л/хв. у контролі. Більш вираженим це зниження є в групі пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт, у порівнянні з пацієнтами із безсимптомним перебігом захворювання та пацієнтами з ТІА.

Особливістю гемодинамічного профілю складових об'ємного кровотоку в групі пацієнтів із ТІА є достовірне зниження у них показника вертебрального об'ємного кровотоку ((0,077±0,011)л/хв.) як відносно аналогічного показника контрольної групи (0,117±0,007) л/хв., а також, відносно показників пацієнтів з ішемічними інсультами (0,101±0,05)л/хв. та з безсимптомним перебігом захворювання (0,101±0,018) л/хв., що може свідчити про напруження компенсаторних механізмів із залученням судин вертебро-базиллярного

басейну.

Висновки. У пацієнтів із різними клінічними проявами стенозів сонних артерій високого ступеня знижені показники ЛШК в більшості судин каротидного та вертебро-базиллярного басейну, як в екстра-, так і в інтракраніальних відділах, а також відзначаються порушення тону артерій переважно в інтракраніальних ділянках магістральних артерій, що більше виражено в групі пацієнтів, які перенесли ішемічний атеротромботичний інсульт. У хворих з високим ступенем стенозуючого ураження сонних артерій статистично достовірно знижені показники загального церебрального об'ємного кровотоку та каротидного об'ємного кровотоку незалежно від клінічних проявів захворювання. Достовірне зниження показника вертебрального об'ємного кровотоку відносно аналогічного показника контрольної групи при стенозах сонних артерій високого ступеня відзначається тільки в групі пацієнтів з клінічним проявом стенозів у вигляді ТІА, що може свідчити про напруження у них компенсаторних механізмів із залученням судин вертебро-базиллярного басейну.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В СУЧАСНІЙ ОНКОЛОГІЇ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-14:30

Організатор: Національний інститут раку МОЗ України, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами

ПРОГРАМА

Секція «Інноваційні методи променевого дослідження в діагностиці та контролі ефективності лікування злоякісних новоутворень органів жіночої репродуктивної системи»

Відкриття конференції

Тема: Сучасні аспекти променевої діагностики раку грудної залози

Доповідач: д.м.н., проф. Головки Т.С., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Можливості доплерографії та еластографії для діагностики раку шийки матки

Доповідач: Бакай О.О., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Комплексна променева діагностика раку грудної залози типу Luminal A

Доповідач: к.м.н. Крохмальова А.С., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Роль медико-генетичного консультування та молекулярно-генетичного тестування жінок із родин з сімейним раком молочної залози

Доповідач: Палійчук О.В., к.м.н., лікар-онкогінеколог Комунального закладу «Черкаський обласний онкологічний диспансер» Черкаської обласної ради

Тема: Радіонуклідний спосіб дослідження сторожових лімфатичних вузлів при раку грудної залози і меланоми шкіри

Доповідач: Сукач Г.Г., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Нова в радіотерапії пухлин голови та шиї

Доповідач: Скоморохова Т.М., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Можливості променевої діагностики МТС у печінку при раку грудної залози

Доповідач: к.м.н. Лаврик Г.В., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Секція «Комплексна променева діагностика в контролі ефективності лікування хворих на найбільш розповсюджені форми злоякісних новоутворень різних локацій»

Тема: Комп'ютерна томографія в діагностиці аденокарциноми головки підшлункової залози

Доповідач: Забудська Л.Р., Олександрівський діагностичний центр, м. Київ, Україна

Тема: Магнітно-резонансна томографія в оцінці ефективності ілеонеоцистопластики після радикальної цистектомії у хворих на рак сечового міхура

Доповідач: к.м.н. Гаврилюк О.М., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Результати реконструктивно-відновлювальних операцій з приводу місцево поширених позамозкових пухлин лицьового і мозкового черепа

Доповідач: Кваша М.С., зав. відділення позамозкових пухлин ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Тема: Можливості МРТ в діагностиці колоректального раку

Доповідач: Коровіна А.С., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Ультразвукове дослідження при закритій травмі органів грудної клітки

Доповідач: Халатурник І.Б., Лікарня швидкої медичної допомоги, м. Чернівці, Україна

Тема: Цінність методу інтраопераційного променевого контролю при



вилученні конкрементів із піднижньощелепних слинних залоз та їх вивідних протоків

Доповідач: Філіпський А.М., Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Тема: Волюмометрія як незалежний прогностичний фактор при індукційній хіміотерапії у дітей з нейробластомою високого ризику

Доповідач: Халілеєв О.О., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Магнітно-резонансна томографія з гепатозспецифічним контрастним посиленням в діагностиці метастатичного ураження печінки при колоректальному раку

Доповідач: Ганіч О.В., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Особливості систолічної, діастолічної функцій лівого шлуночка серця у хворих із злоякісними лімфомами

Доповідач: Шевчук Л.А., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

СЕМІНАР «СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 14:00-18:00

Організатор: ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Сучасні уявлення патогенезу променевих ушкоджень та підходів до їх лікування

Доповідач: Кулініч Г.В.

Тема: Клініка, діагностика та лікування пізніх променевих ушкоджень серця у онкологічних хворих

Доповідач: Савченко А.С.

Тема: Принципи реконструктивно-відновної реабілітації опромінених тканин

Доповідач: Красносельський М.В.

Тема: Реакція нервової системи на опромінення, сучасні підходи до лікування

Доповідач: Зац О.С.

Тема: Пізні променеві ушкодження після лікування онкогінекологічних раків

Доповідач: Сухіна О.М.

Тема: Ранні епітеліоти при лікуванні раку шийки матки

Доповідач: Нестеренко А.С.

Тема: Діагностика та лікування променевих пульмонітів

Доповідач: Гайсенюк Л.О.

Тема: Лікування променевих ушкоджень травного тракту

Доповідач: Севастьянова В.С.

Тема: Радіопротектори у програмах захисту при радіаційній терапії

Доповідач: Узленкова Н.Є.

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПАТОГЕНЕЗУ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ ТА ПІДХОДІВ ДО ЇХ ЛІКУВАННЯ

Кулініч Г.В.

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

Локальні променеві ураження часто ускладнюють променеву терапію онкологічних хворих. Так, локальні променеві ураження в 90 % випадків виникають у потерпілих під час радіаційних аварій. Незважаючи на те, що дія високих доз радіації на організм людини добре вивчена, досі не існує стандартів лікування променевих ушкоджень.

Мета дослідження. Узагальнити та систематизувати дані щодо патогенезу променевих ушкоджень, досвід лікування хворих з променевими ушкодженнями в ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», визначити перспективні напрямки лікування даної патології.

Результати. Локальними променевими ушкодженнями називають функціональні та органічні ураження органів і тканин у зоні опромінення. Вони можуть спостерігатися як у період променевого лікування, так і впродовж тривалого часу в післяпроменевому періоді. Виникнення та тяжкість цих змін залежать від дози, потужності й фракціонування, особливостей розподілу її в об'єкті, що опромінюється, виду опромінення та від індивідуальної радіочутливості.

В основі розвитку променевих ушкоджень лежать такі фактори: пряма дія іонізуючого випромінювання на клітини, пригнічення регенераторних процесів, порушення місцевого крово- і лімфообігу, мікроциркуляції, згортувальної системи крові, дегенерація нервових закінчень та волокон, загинь та заміщення клітин гіалінізованою сполучною тканиною. Важливу роль також відіграють імунні реакції та механізми алергії. Відрізняють ранні та пізні

променеві ушкодження. Відрізняється їх патогенез, що потребує різних підходів до лікування таких ушкоджень.

Вироблені принципи лікування локальних променевих ушкоджень: за відсутністю стандартних терапевтичних протоколів, консервативна терапія включає знеболювання, зменшення запальної реакції, прискорення загоєння, інгібування синтезу колагену, зменшення променевого фіброзу; необхідні профілактика інфікування та поліпшення мікроциркуляції. Хірургічне лікування – реконструктивна і пластична хірургія.

Висновки. Проблема профілактики і лікування локальних променевих ушкоджень є однією з найгостріших проблем сучасної радіології, яка потребує розробки нових підходів до їх розв'язання.

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ ПРОМЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ СЕРЦЯ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Савченко А.С.

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

Мета. Підвищення ефективності профілактики та лікування кардіальних ускладнень, що виникають при опроміненні на лінійному прискорювачі в онкологічних хворих.

Матеріали та методи. Обстежено 95 хворих, які отримували променеву терапію (ПТ) на лінійному прискорювачі та 123 картки стаціонарних хворих, яким проводили лікування на апараті Рокус-АМ. Кардіальні порушення у пацієнтів оцінювали в динаміці на підставі: клінічних, лабораторних (клінічний та біохімічний аналізи крові, коагулограма, маркери кардіоваскулярного ризику та неспецифічного запалення), інструментальних (електрокардіографія, ехокардіоскопія з доплерографією, рентгенологічні) результатів, статистичних методів.

Результати. Вивчені характер та частота променевих ускладнень (ПУ) серця після опромінення на лінійному прискорювачі Сінас-600 та апараті Рокус-АМ. Найчастіше ПУ виявляли у хворих на рак легень у вигляді порушень серцевого ритму та провідності, прогресування серцевої недостатності. У 88 % хворих з ПУ серця відзначено збільшення вмісту маркерів кардіоваскулярного ризику та неспецифічного запалення ще до появи ознак зазначених ускладнень при інструментальному дослідженні. При застосуванні розробленої схеми профілактики отримано зменшення ризиків ПУ серця у хворих на рак легень у 2,1 разу порівняно з контролем.

Висновки. Методики променевої терапії з використанням лінійного прискорювача значно зменшують частоту та ступінь вираженості променевих ускладнень. Розроблено критерії ризику і алгоритм ранньої діагностики променевих ушкоджень серця. Запропонована схема медикаментозної профілактики дозволяє знизити ризики променевих ускладнень серця в онкологічних хворих, сприяє збільшенню кількості осіб зі збереженою здатністю до активного способу життя.

ПРИНЦИПИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОПРОМІНЕНИХ ТКАНИН

Красносельський М.В., Кулініч Г.В.

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

Місцеві променеві ушкодження — це складний патологічний синдром, що характеризується типовим клінічним перебігом із тривалим або неповним загоєнням.

Незважаючи на певні успіхи, лікування променевих ушкоджень залишається складною проблемою через низку клінічних особливостей: переважання симптомів, зумовлених альтерацією і загибеллю тканин; пізній розвиток відмежування уражень і відновлення тканин; часте призупинення репаративних процесів, що почалися; відсутність відмежування й репарації при тяжкому ураженні для пізніх променевих уражень; переважання процесів альтерації й некрозу; пригнічення репараційних процесів; одночасне поєднання ушкоджень різних ступенів.

Для ефективного хірургічного лікування місцевих променевих ушкоджень необхідна адекватна діагностика, метою якої є визначення поширеності і клінічної динаміки уражень (особливо необоротних); ішемії і некрозу м'язової тканини, прогнозування розвитку некрозу кісткових м'язів; планування лікування; вибір найбільш відповідного моменту для проведення операції. Методи діагностики включають вимір кровотоку: перфузійну сцинтиграфію; визначення шкільного кровотоку за допомогою ультразвукової доплерографії; термографічна телеметрія та контактна рідкокристалічна термографія; методи візуалізації – КТ, МРТ; дослідження біоптатів; топографічна дозиметрія (реконструкція дози). Оперативне втручання полягає у висіченні ділянок некрозу; вільній або комбінованій шкільній пластичі; застосуванні трансплантації на всю товщину тканини м'язово-шкільним шматком або



шматком на судинній ніжці. Трансплантація шкіри можлива тільки в тому випадку, якщо збереглася підлегла система мікроциркуляції, якщо ні, то варто пересадити м'язово-шкільний шматок або шматок на судинній ніжці. Показаннями до ампутації є дуже тяжкі ушкодження з деструкцією підлеглих тканин, включаючи судинне русло, болі, що не купіруються, неможливість контролю інфекційних ускладнень.

РЕАКЦІЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ОПРОМІНЕННЯ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Зац О.С.

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

Мета дослідження. Ураження нервової системи (НС), що виникають в результаті проведення променевої терапії (ПТ) в онкологічних хворих, спричиняють три основних чинники: локалізація онкологічного процесу, дози опромінення і стан нервової системи (наявність численних паранеопластичних синдромів ураження НС).

Патогенетичні напрямки, які призводять до патології НС за променевої дії:

1. Ураження клітин нейроглії, які більш чутливі до променевої дії, ніж нейрони. Шванівські клітини, з яких складається мієлінова оболонка, становлять основну мішень променевої дії. Цей механізм викликає демієлінізацію як у периферичних, так і в центральних відділах НС.
2. Раннє ураження ендотелію судин, що постачають кров у НС. Це призводить до виражених порушень мікроциркуляції.
3. Спайкові фіброзні зміни тканин викликають компресійну деструкцію різних відділів периферичної НС.
4. Посилення перекисного окиснення у зоні опромінення, що викликає альтерацію нервових тканин вільними радикалами.
5. Аутоімунний механізм, коли під дією радіації олігодендромієліновий комплекс набуває антигенних властивостей, що формують патологічну аутоімунну реакцію НС.

Зазначені механізми допомагають з'ясувати, чому променеві ураження НС можуть бути відстрочені за своєю клінічною маніфестацією на місяці і навіть роки від часу проведення ПТ.

Матеріали та методи. Лікування променевих уражень НС складає великі труднощі, отже важливо використати такі напрямки, які максимально впливають на механізми променевої патології нервової системи. Новий етап цього напрямку – створення найбільш удосконаленого антиоксиданта і антигіпоксанта з похідних бурштинової кислоти та емоксипіну – АРМАДИН (2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинату). АРМАДИН – препарат з полімодальною дією.

Армадин поліпшує енергетичний обмін клітини, активує енергосинтезуючі функції мітохондрій, впливає на вміст біогенних амінів, покращує синаптичну передачу, інгібує вільнорадикальне окиснення ліпідів мембран, зв'язуючи перекисні радикали ліпідів, здійснює гіполіпідемічну дію, моделює рецепторні комплекси мембран нервових структур.

Результати. Наведені дані дозволяють рекомендувати АРМАДИН не лише для лікування хворих з променевими ураженнями НС, але й для профілактики зазначених неврологічних ускладнень при хіміопротективній дії. Препарат можна призначати внутрішньо, внутрим'язово, внутрішньо 200-400 мг на добу.

Іншим напрямком для лікування та профілактики променевих уражень НС вважаємо за можливе рекомендувати більш широке застосування вітамінів групи В. Відомо, що нестача цих вітамінів у організмі підвищує його радіочутливість. Водночас вміст вітамінів в опроміненій тканині знижений.

Висновки. Таким чином, неврологічний аналіз онкологічних хворих за відсутності метастазів у НС дає можливість не тільки глибше усвідомити різні механізми ураження НС, але також проводити диференційовану терапію променевої патології у цих хворих.

Препарати, направлені на лікування неврологічної патології у таких хворих, можуть сприяти лікуванню основної онкологічної патології.

ПІЗНІ ПРОМЕНЕВІ УШКОДЖЕННЯ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ РАКІВ

Сухіна О.М., Старенький В.П., Свиначенко А.В., Кулініч Г.В.

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

В основі розвитку променевих ушкоджень лежать такі фактори: пряма дія іонізуючого випромінювання на клітини, пригнічення регенераторних процесів, порушення місцевого крово- і лімфообігу, мікроциркуляції, згортувальної системи крові, дегенерація нервових закінчень та волокон, загибель та заміщення клітин гіалінізованою сполучною тканиною.

Мета дослідження. Аналіз частоти та причин розвитку пізніх променевих

ушкоджень (ППУ) після лікування онкогінекологічних раків для оптимізації передпроменевої топометричної підготовки та проведення супровідної терапії.

Матеріали і методи. Представлено аналіз ППУ 200 хворих на рак геніталій, які отримали комбіноване або поєднано-променеве лікування в ДУ ІМР у період 2010-2015 рр. Дистанційна променева терапія (ДПТ) проводилася на апаратах Сінас 600 С і Рокус-АМ класичним фракціонуванням (2 Гр 5 разів на тиждень), внутрішньоружнинна терапія – на АГАТ-В (РОД – 5 Гр на точку А, СОД – 50 Гр). При комбінованому лікуванні СОД на т.А/В – до 50 Гр, при самостійній променевої терапії СОД на т.А/В – 80/60 Гр.

Результати. ППУ виникли у 9,0 % пацієнток. Частота циститів становила 3,0 %, ректитів – 2,0 %, ентероколітів – 6,0 %, пізніх променевих фіброзів – 6,0 %, радіоепітелітів піхви – 10,0 %. Превалюють пізні променеві ушкодження при радикальному курсі променевої терапії, тобто ті, що залежать від СОД. Променева токсичність кишечника та радіоепітелітів піхви спостерігаються частіше при використанні для ДПТ Сінас 600 С.

Висновки. Частота розвитку і ступінь тяжкості ППУ після лікування онкогінекологічних раків залежать від об'єму опромінення, разової і сумарної осередкових доз, супутніх захворювань критичних органів та особливостей топометричної підготовки.

РАННІ ЕПІТЕЛІОТИ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Сухіна О.М., Старенький В.П., Свиначенко А.В., Білосор Н.В., Нестеренко А.С.

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

Рак шийки матки (РШМ) займає друге місце у структурі онкогінекологічної патології. Променева терапія (ПТ) — основна складова лікування при онкогінекологічних раках і застосовується як самостійний метод або компонент комбінованого лікування. При цьому в зону радіаційної дії потрапляє не лише патологічний осередок, але й навколишні здорові органи і тканини, що призводить до розвитку променевих реакцій (ПР).

Мета дослідження. Вивчити частоту розвитку і ступінь тяжкості ранніх епітеліотів у пацієнток із РШМ, які одержали ПТ на кобальтовому апараті Рокус-АМ або лінійному прискорювачі Сінас-600С, а також внутрішньоружнинну гамма-терапію (ВПГТ) на апараті АГАТ-В у післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. На базі відділення дистанційної, поєднано променевої і комплексної терапії ДУ ІМР обстежено 40 пацієнток віком 33-50 років з діагнозом РШМ ІВ-II стадії (Т1b-2N0-1M0). Усі хворі одержували післяопераційний курс ПТ. Використовувалася методика стандартного фракціонування 2 Гр 5 разів на тиждень. СОД при ДПТ складала 40-50 Гр. Деякі пацієнтки одержували ВПГТ на піхвовий рубець РОД 3,5 Гр, СОД на слизову 28 Гр. Оцінку ПР проводили за системою RTOG/EORTC.

Результати. Прахувувалися променеві реакції, що виникли під час проведення ПТ і по закінченні курсу післяопераційної ПТ (протягом 90 днів). Оскільки кукса піхви була центром опромінення, то до кінця ПТ виникли різного ступеня інтенсивності променеві реакції слизової оболонки. Епітеліот різного ступеня спостерігався у 28 пацієнток, що складає 70%, епітеліот I ступеня визначався в 13 (46,4 %), II – 10 (35,7%), III ступеня – в 5 (17,9%) хворих з 28. У 12 (30,0%) пацієнток слизова оболонка піхви залишалася без змін. Кількість реакцій практично однакова при порівнянні різних обсягів опромінення, однак ступінь тяжкості променевих епітеліотів залежав від апарата, на якому опромінювали пацієнта. Так, епітеліот II-III ступеня виник у 15 пацієнток, у 9 (60,0%) жінок, що одержували ДПТ на апараті Сінас-600С і 6 (40,0%) – на апараті Рокус-АМ.

Висновки. На ПР впливає багато параметрів, зокрема, об'єм опромінення, разова і сумарна осередкові дози, супутні захворювання, обсяги виконаної операції і загального стану хворого. Променева терапія злоякісних пухлин геніталій, навіть з використанням сучасних можливостей радіотерапевтичної апаратури і дозиметричного планування, призводить до розвитку променевих змін з боку слизової піхви, що вимагає проведення супровідної терапії.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ ПУЛЬМОНІТІВ

Гайсенюк Л.О.

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

Мета. Підвищення ефективності діагностики та медикаментозної корекції пульмональних ускладнень, що виникають у онкологічних хворих під час проведення променевої терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих на рак легень (РЛ) та лімфоми, які отримували променеву терапію (ПТ) на лінійному прискорювачі Сінас-600. Проаналізовано 120 карток хворих, яким проводили ПТ на апараті



Рокус-АМ. Стан хворих оцінювали в динаміці за допомогою комплексу клінічних, рентгенологічних, інструментальних, гематологічних, біохімічних та статистичних методів дослідження.

Результати. Вивчено клініко-рентгенологічну та інструментальну семіотику пульмональних ускладнень в онкологічних хворих у динаміці променевого лікування. Порівняно з апаратом Рокус-АМ отримано зменшення частоти та вираженості променивих пульмонітів при опроміненні на лінійному прискорювачі: у хворих на рак легень з 53 до 11%, у хворих на лімфому – з 15 до 3%. Визначено критерії ризику та розроблено алгоритм ранньої діагностики променивих пульмонітів з використанням комплексу методів обстеження, що дозволяє вчасно діагностувати розвиток променивих ушкоджень легень. Розроблено новий метод лікування радіаційних пульмонітів за допомогою інгаляційного введення бронхолітичних, кортикостероїдних, метаболічних препаратів на фоні антибактеріальної, мукалітичної, дезінтоксикаційної терапії.

Висновки. Проведення променевої терапії онкологічним хворим на лінійному прискорювачі Сіпас-600 значно зменшує частоту та ступінь вираженості променивих пульмонітів. Розроблений алгоритм ранньої діагностики променивих пульмонітів підвищує ефективність їх своєчасної діагностики та лікування. Розроблений метод лікування променивих пульмонітів дозволяє підвищити ефективність дії кортикостероїдних препаратів при зниженні їх дози, запобігти побічним ефектам кортикостероїдної терапії, скоротити терміни лікування.

ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Севастьянова В.С.

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

Променеві ураження кишечника розвиваються у хворих онкологічного профілю, які отримують променево-терапію (ПТ) з приводу злоякісних новоутворень органів черевної порожнини, включаючи пухлини малого таза, сечостатевої системи, лімфатичних вузлів, ретроперитонеальних новоутворів. Найчастіше відзначається лише сегментарне ураження кишечника, але нерідко ураження тонкої і товстої кишки поєднуються. У разі опромінення в дозах, що перевищують толерантність (для тонкої кишки 35 Гр, для товстої 40-50 Гр), у 10-15% пацієнтів розвиваються ранні або пізні променеві ушкодження.

Мета дослідження. Узагальнення ефективності різних видів лікування хворих на радіаційні ураження кишечника.

Результати. Лікування радіаційного ентероколіту має включати комплекс медикаментозних препаратів, що забезпечують протизапальну, антиоксидантну дію, стимуляцію регенераторних можливостей кишкового епітелію, захисних факторів, механізмів імунітету. Глюкокортикостероїди вважаються найефективнішими засобами при тяжких і середньої тяжкості формах ураження. Ефективне застосування препаратів 5-аміносаліцилової кислоти (месалазин) як місцево, так і системно. Призначення холестираміну може зменшити діарею, зумовлену порушенням всмоктування жовчних кислот. Як замісну терапію для покращення процесу травлення застосовують ферментні препарати без вмісту жовчних кислот. Для нормалізації випорожнень вживають антидіарейні препарати, спазмолітики, сорбенти, пробіотики. Призначення антибіотиків широкого спектра дії може позитивно впливати на з бактеріальну контамінацію кишечника в разі застою кишкового вмісту внаслідок стриктур. У разі розвитку тяжких ускладнень – профузних кровотеч, перфорації кишечника, стриктур, нориць – необхідне хірургічне втручання.

Висновки. Лікування радіаційного ентероколіту залишається досить складною проблемою. Воно повинно будуватися з урахуванням наявності супутньої патології шлунково-кишкового тракту, органів малого таза, захворювань ендокринної, серцево-судинної систем, фазності перебігу патологічного процесу, мати комплексний характер із застосуванням дієтотерапії, медикаментозної терапії місцевої і загальної дії.

РАДІОПРОТЕКТОРИ У ПРОГРАМАХ ЗАХИСТУ ПРИ РАДІОТЕРАПІЇ

Узленкова Н.Є.

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

На теперішній час радіотерапія продовжує займати важливе місце при лікуванні онкологічних хворих. Незважаючи на значні досягнення у радіаційній онкології, пов'язані з удосконаленням методів радіотерапії з урахуванням топографії пухлин (зокрема, при пухлинах легень, голови та ший, головного мозку та ін.) неможливо цілком виключити нормальні тканини з поля опромінення, тому зниження ризику радіаційних ускладнень залишається досить актуальною задачею. З цього погляду, використання

радіопротекторів з метою захисту нормальних тканин при проведенні радіотерапії розглядається як перспективна стратегія. У даному огляді обговорюються основні принципи радіаційної протекції залежно від складності радіаційної відповіді на клітинному і тканинному рівнях. Серед широкого спектра фармакологічних агентів з радіозахисною активністю виділяють такі основні категорії: малі молекули (тіоламіфостин (Ethyol™), каптоприл (периндоприл), рапаміцин, Ex-RADR); фітохімічні (похідний індолу 3,3'-диіндолілметан (DIM), ізофлавіон Genistein); вітаміни (похідні вітаміну E, γ-токотрієнол (GT3), δ-токотрієнол, Есмін™); протеїни (СВLВ502/Entolimod™, R-спондин 1 (Rspo1), Palifermin™, TGF-β3, IGF-1 трансгенна MnSOD); клітинна терапія (MSC, MPCs, TS-MPCs). Надаються приклади найбільш відомих радіозахисних агентів, характеристики та молекулярні механізми активності і тканини-мішені. При обговоренні програм радіаційного захисту відкритим залишається питання щодо найбільш оптимальних режимів та способів введення радіозахисних агентів. Крім того, основною вимогою при розробці програм радіаційного захисту є протекція нормальних тканин та відсутність впливу на пухлинні тканини.

ВСЕУКРАЇНСЬКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

19 квітня 2016 року • Час проведення: 13:00-17:10

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатор: Асоціація радіологів України, Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики, Кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика; компанія LMT

ПРОГРАМА

19 квітня

Відкриття Всеукраїнської школи ультразвукової та функціональної діагностики

Тема: Метаболічний синдром і жирові хвороба печінки. Вступна лекція
Доповідачі: Михальчишин Г.П., професор, д.м.н.; Кобиляк Н.М., к.м.н., кафедра ендокринології НМУ ім. О.О. Богомольця, Київ

Майстер-клас: Новітні технології одночасної діагностики стеатозу та фіброзу печінки

Доповідач: Сінокопенко Є.І. Фірма «Echosense», прилад Fibroscan, Франція
Тема: Променева діагностика жирової хвороби печінки

Доповідачі: Федусенко О.А., асистент, к.м.н., кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика; Динник О.Б., ст.н.с., к.м.н., Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця, Київ

Майстер-клас: Ремодельовання серця і магістральних артерій у хворих на артеріальну гіпертензію та ожиріння

Доповідачі: Лінська Г.В., ст.н.с., ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»; Кочуєва М.М., доцент, Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

Фірма Радмір, прилад UltimaРАExpert

Майстер-клас: Використання режиму SMI в ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини

Доповідач: Новікова М.М., к.м.н., доцент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика. ТОВ «УМТ+», апарат експертного класу ArlioPlatinumSeries фірми Toshiba, Японія

20 квітня

Майстер-клас: Обґрунтування ефективності ультрасонографії товстої кишки. Гідросоноколоноскопія

Доповідач: Бондаренко О., к.м.н., хірург-проктолог, медичний центр Базисмед, асистент кафедри анатомії людини Буковинського ДМУ, Чернівці. Фірма RH, апарат Siemens S2000, Німеччина

Майстер-клас: Еластографія і прекомпресія молочної залози

Доповідач: Кориценський О.М., к.м.н., асистент, кафедра променевої діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика. Фірма Нова Медична Група, апарат SupersonicImaging, Aixplorer, Франція

Майстер-клас: Новітні технології PHILIPS, CLEARVIEW

Доповідач: А. Еске. Фірма АФС Медицинтехнік, Німеччина

Майстер-клас: Еластографія в онкогінекології

Доповідач: Бокай О.О., Національний інститут раку МОЗ. Фірма Мед Ексім, апарат Esaote, Італія



ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «ІНТЕРВЕНЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА КАРДІОМІОПАТІЇ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатори: ДУ «Інститут серця МОЗ України», Кафедра функціональної діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

ПРОГРАМА

Модератори: Тодуров Б.М., Жарінов О.И.

Тема: Хірургічне лікування гострого інфаркту міокарда
Доповідач: Тодуров Б.М.

Тема: Реваскуляризація міокарда у пацієнтів із зниженою фракцією викиду лівого шлуночка

Доповідач: Зеленчук О.В.

Тема: Технологія ЕКМО у лікуванні гострої серцевої недостатності
Доповідач: Дружина О.М.

Тема: Сучасні підходи до ведення пацієнтів з тромбоемболією легеневої артерії

Доповідач: Ковтун Г.І.

Тема: Інтервенційне лікування гіпертрофічної кардіоміопатії
Доповідач: Хохлаєв А.В.

Тема: Новітні технології в інтервенційній кардіології

Доповідач: Андерсон Джефрі (США)

Тема: Роль кардіостимуляції в лікуванні пацієнтів із серцевою недостатністю

Доповідач: Грицай О.М.

Тема: Клініко-ехокардіографічні особливості аортального стенозу з супутнім коронарним атеросклерозом

Доповідач: Понич Н.В.

Тема: Лікування серцевої недостатності. Роль пристроїв, показання до кардіохірургічних втручань

Доповідач: Жарінов О.И.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 13:30-18:00

Організатор: ГО «Товариство клінічних нейрофізіологів м. Києва»

ПРОГРАМА

Головуючі: д.мед.н., професор Чеботарьова Л.Л, д.мед.н. Третьякова А.І. Установчі збори Товариства клінічних нейрофізіологів м. Києва

Тема: Локальні протоколи нейрофізіологічної діагностики: комп'ютерної електроенцефалографії (КЕЕГ), електронейромиографії (ЕНМГ)

Доповідачі: д.мед.н., професор Чеботарьова Л.Л., д.мед.н. Третьякова А.І., Солонович О.С., ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМНУ», м.Київ

Тема: Питання стандартизації протоколу ЕЕГ
Доповідач: Погребняк А.Б., МЦ «Лікарська практика», м. Київ

Тема: Стандартизація стабілометричного дослідження

Доповідач: Кортунова Г.В., МЦ «Лікарська практика», м. Київ

Тема: Переваги комплексної діагностики: когнітивні викликані потенціали – нейропсихологічне тестування

Доповідач: Сулій Л.М., ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМНУ», м. Київ

Майстер-класи:

Актуальні аспекти голчастої ЕМГ

Моторні та сомато-сенсорні викликані потенціали

Проводить: д.мед.н. Третьякова А.І., ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМНУ», м. Київ

Круглий стіл Обговорення актуальних питань нейрофізіологічної діагностики

КЛІНІКО-НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Вашенко В.В., Сулій Л.М., Третьякова А.І.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. У хворих з хронічною ішемією головного мозку (ХІМ) актуальним є об'єктивна оцінка стану церебральної гемодинаміки та когнітивних функцій. **Мета дослідження.** Співставити зміни церебральної гемодинаміки та когнітивні розлади у хворих з хронічною ішемією головного мозку.

Матеріали та методи. Обстежено 98 пацієнтів, яким за даними клініко-інструментального дослідження встановлено діагноз: ХІМ або дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП) I та/або II ст. Пацієнтів було поділено на дві групи: I-а – 45 пацієнтів, що мають стенотично-оклюзуючі ураження брахіоцефальних артерій (БЦА) < 60 % (за діаметром); II-а – 53 пацієнта без атеросклеротичних змін БЦА. Методи дослідження: клініко-неврологічне обстеження; ультразвукове дослідження (УЗД) судин ший та голови, комплекс нейропсихологічне тестування-когнітивні викликані потенціали (НПТКВП) з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), Монреальської шкали (MoCA), оцінці професійної дезадаптації, даних реєстрації КВП Р300, комп'ютерної електроенцефалографії (КЕЕГ), нейровізуалізуючих методів (МРТ, КТ, АГ – за показами).

Результати та їх обговорення. У всіх пацієнтів були скарги на зниження пам'яті, порушення концентрації уваги, труднощі при засвоєнні нового матеріалу тощо. В I групі пацієнтів за даними УЗД реєстрували атеросклеротичні бляшки в каротидних басейнах з гемодинамічно незначущими стенозами до 60%. Зниження показників кровоплину в СМА більше ніж на 20% від норм мало місце у 12 (27%) хворих I групи та 6 (11%) хворих II групи. Показники цереброваскулярної реактивності в басейні СМА були помірно знижені у 10 (22,2%) хворих II гр. У пацієнтів I групи зареєстровані більш виразні зміни латентного періоду та амплітуди піку Р300, що характеризувало зниження об'єму оперативної та короткочасної пам'яті. У пацієнтів обох клінічних груп переважали зниження амплітуди піку N2, що є проявом порушення функції направленої уваги. За даними шкали HADSy обстежених пацієнтів I та II груп відмічалось вірогідне збільшення випадків прояву тривоги – 57,8% та 66% відповідно (p<0,001). Ознаки клінічно вираженої депресії переважали у пацієнтів I групи (24,4%), порівняно з II групою (13,2%).

Висновки. У хворих з ХІМ та виявленими за даними УЗД атеросклеротичними змінами мають місце більш виражені зміни когнітивних функцій та депресивних розладів. Комплексна нейрофізіологічна діагностика хворих з ХІМ допомагає виявити порушення в когнітивній сфері та може рекомендувати відповідне лікування.

КЛІНІЧНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО ТЕСТУВАННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГКОЮ ЦЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Чеботарьова Л.Л., Солонович О.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Незважаючи на те, що за століття наукових досліджень накопичено глибокі знання щодо розуміння макро- та мікроскопічних механізмів патогенезу ураження мозкової речовини при ЧМТ – на сьогодні відсутні чіткі уявлення стосовно взаємозв'язку специфіки когнітивних розладів із патогенетичними чинниками при різних за ступенем тяжкості ЧМТ, зокрема, легких.

Мета. Визначити комплекс нейропсихологічних та нейрофізіологічних показників для вірогідного виявлення когнітивних розладів у пацієнтів з легкою ЧМТ у проміжному та віддаленому періодах.

Матеріал та методи. Дослідження проведені у 128 пацієнтів, що перенесли легку ЧМТ. Першу клінічну групу склали 59 пацієнтів у проміжному та віддаленому періодах легкої ЧМТ (2-6 місяців після травми), другу групу – 69 професійних боксерів з повторною легкою ЧМТ. За віком та статтю групи були співставні. В контрольній групі обстежено 38 практично здорових осіб. Методи дослідження: клініко-неврологічний, нейропсихологічне тестування (НПТ) з використанням шкал і комп'ютерних тестів, нейрофізіологічні – цифрової ЕЕГ, реєстрації когнітивних ВП Р300, ультразвукового дослідження церебрального кровоплину.

Результати. Виявлена неврологічна симптоматика: головний біль – 48,7% пацієнтів I групи, 24,3% – II групи; погіршення пам'яті – 32,7% та 23,8% відповідно; за даними нейропсихологічного тестування: домінували розлади уваги, недостатність активного відтворення на тлі відносної збереженості запам'ятовування. За даними когнітивних ВП відмічається вірогідне збільшення латентності піка Р3 у 42,10% та 39,34% пацієнтів відповідних груп; зменшення амплітуди ВП у 44,72% та 42,62%. За даними ЕЕГ виявлено тенденцію до дезорганізації основних кіркових ритмів за типом дифузного сповільнення або прискорення.

Висновок. У пацієнтів в проміжному та віддаленому періодах ЧМТ легкою та середнього ступеня тяжкості доцільно проводити комплексне нейропсихологічне та нейрофізіологічне дослідження з метою виявлення об'єктивних ознак когнітивних порушень та патологічних змін біоелектричної активності головного мозку. За сукупності клінічних та інструментальних даних істотно підвищується обґрунтованість висновку щодо відсутності або наявності когнітивних порушень, а саме: уваги, пам'яті та ін., що важливо в професії, які потребують високого рівня уваги та швидкої реакції.



ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА

II НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК НАМН УКРАЇНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО ТА ПОСТРАЖДАЛОМУ НАСЕЛЕННЮ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 12:00-16:00

Організатор: Національна академія медичних наук України

II МІЖГАЛУЗЕВИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «БОЙОВІ УШКОДЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ: ГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 12:00-16:00

Організатори: Національна академія медичних наук України, Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»

За участі: Військово-медичної академії МО України; Українського НДІ протезування, протезобудування та відновлення працездатності (Мінсоцполітики України), Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (МОЗ України), ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Харківської медичної академії післядипломної освіти (МОЗ України), Національного військово-медичного клінічного центру «ГВК» МО України, Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України, Ірпінського військово-медичного клінічного центру професійних захворювань МО України, Військово-медичного клінічного центру Західного регіону МО України, Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону МО України, Військово-медичного клінічного центру Південного регіону МО України, Дніпропетровської медичної академії, Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова (МОЗ України), Інституту травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М.Горького (МОЗ України), ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

ПРОГРАМА

Вступне слово президента ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів», директора ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», заслуженого діяча науки та техніки України, лауреата Державної премії України, проф. М.О. Коржа

Тема: Аналіз та результати надання допомоги постраждалим з вогнепальною скелетною травмою

Доповідачі: Бур'янов О.А.⁴, Ярмолюк Ю.О.⁷, Савка І.С.⁷, Цивіна С.А.⁷, Лакша А.М.² (Київ)

Тема: Сучасний погляд на бойову травму: теорія та практична імплементація

Доповідачі: Климовицький В.Г.¹⁵, Гур'єв С.О.¹⁶, Кравцов Д.І.¹⁶, Ткаченко Д.Г.¹⁶ (Київ-Красний Лиман)

Тема: Застосування модульних систем АЗФ на різних етапах лікування бойової травми

Доповідачі: Корж М.О.¹, Вирва О.Є.¹, Хмизов С.О.¹, Бородай О.Л.⁸, Погребний К.М.⁸, Гайдаржі І.Т.¹², Клапчук Ю.В.⁸ (Харків-Одеса)

Тема: Досвід лікування вогнепальних переломів нижніх кінцівок в умовах багатопрофільної лікарні

Доповідачі: Лоскутов О.Є.¹³, Олійник О.Є.¹³, Жердев І.І.¹⁴, Губарик О.В.¹⁴, Доманський А.М.¹³, Горегляд О.М.¹³, Синезубов Д.А.¹⁴, Якушев С.О.¹⁴ (Дніпропетровськ)

Тема: Лікування бойових поліструктурних уразень верхньої кінцівки

Доповідачі: Страфун С.С.⁵, Борзих Н.О.⁵, Борзих О.В.⁷, Шипунов В.Г.⁷, Лакша А.М.² (Київ)

Тема: Ендопротезування великих суглобів при вогнепальних та мінно-вибухових уразеннях

Доповідачі: Вирва О.Є.¹, Бородай О.Л.⁸ (Харків)

Тема: Сучасні методи хірургічного лікування травматичних ушкоджень хребта

Доповідачі: Радченко В.О.¹, Корж М.О.¹, Попсуйшапка К.О.¹ (Харків)

Тема: Принципи надання допомоги при бойовій хреботно-спинномозковій травмі

Доповідачі: Поліщук М.Є.¹⁷, Данчин А.О.¹⁷ (Київ)

Тема: Лікування бойової травми нижніх кінцівок на IV і V рівнях медичної допомоги

Доповідачі: Трутяк І.Р.¹⁸, Гайда І.М.¹⁰, Богдан І.С.¹⁰, Лось Д.В.¹⁰, Медзин В.І.¹⁰, Ловга В.І.¹⁰ (Львів)

Тема: Сучасні стрілецькі боєприпаси і їх поражаюча дія

Доповідачі: Корж М.О.¹, Тяжелов О.А.¹, Климовицький В.Г.¹⁵, Гончарова Л.Є.¹⁵ (Харків-Красний Лиман)

Тема: Заміщення кістково-суглобових дефектів після вогнепальних ушкоджень та гнійно некротичних ускладнень

Доповідачі: Вирва О.Є.¹, Голка Т.Г.¹, Шевченко І.В.¹, Малик Р.В.¹, Вирва О.О.¹, Ютовець Ю.В.¹ (Харків)

Тема: Методологічні основи та принципи медичної реабілітації постраждалих з множинним вогнепальними переломами довгих кісток

Доповідачі: Бур'янов О.А.⁴, Казмірчук А.П.⁷, Хоменко І.П.¹¹, Ярмолюк Ю.О.⁷, Савка І.С.⁷, Цивіна С.А.⁷, Лакша А.М.² (Київ-Ірпінь)

Тема: Лікування уламкових діафізарних переломів апаратами зовнішньої фіксації (режим фіксації, навантаження, особливості регенерації)

Доповідачі: Літвішко В.О.¹, Попсуйшапка О.К.⁶ (Харків)

Тема: Сучасний стан питання щодо виготовлення високофункціональних протезно-ортопедичних засобів в Україні

Доповідачі: Салєєва А.Д.³, Зайцев М.В.³, Тимофєєв І.Л.³, Литвиненко О.В.³ (Харків)

Тема: Особливості ампутацій та формування куек при бойових уразеннях кінцівок

Доповідачі: Беспаленко А.В.⁹ (Київ-Ірпінь)

Тема: Реконструктивно-відновні втручання на куках нижніх кінцівок з протезуванням на операційному столі

Доповідачі: Диннік О.А.¹, Диннік А.О.⁶ (Харків)

Тема: Досвід та особливості підготовки пацієнтів до протезування з ампутаційними дефектами кінцівок, внаслідок мінно-вибухових та вогнепальних поранень

Доповідачі: Салєєва А.Д.³, Зайцев М.В.³, Кабаненко І.В.³, Юткін В.М.³, Кузін В.О.³, Тимофєєв І.Л.³ (Харків)

Тема: Досвід щодо підготовки до протезування та забезпечення високо функціональними протезами пацієнтів з куками верхніх кінцівок, що постраждали внаслідок бойових дій

Доповідачі: Литвиненко О.М.³, Скрипка О.Г.³, Кузін В.О.³ (Харків)

Тема: Застосування сучасних методик реабілітації для пацієнтів з наслідками уразень хребта та спинного мозку

Доповідачі: Салєєва А.Д.³, Зайцев М.В.³, Кабаненко І.В.³, Юткін В.М.³, Трегуб Н.Ю.³ (Харків)

МАЙСТЕР-КЛАСИ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ПРИ ВИСОКОНЕБЕЗПЕЧНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-18:00

Організатор: Всеукраїнська Рада Реанімації (ресусцитації) та екстреної медичної допомоги

ПРОГРАМА

- Внутрішньокістковий доступ;
- Зупинка кровотечі;
- Відновлення прохідності дихальних шляхів;
- Сучасні симуляційні технології під час проведення навчаль.

МАЙСТЕР-КЛАСИ І ЛЕКЦІЇ «СУЧАСНІ АСПЕКТИ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 11:40-15:00

Організатор: Українська військово-медична академія

ПРОГРАМА

Лекція: Сучасні аспекти тактичної медицини: реалії та перспективи
Майстер-класи: Оснащення, зупинка кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, інфузійна терапія, внутрішньовенний доступ, евакуація з поля бою, захист рани
Демонстрація: Інноваційні розробки у сфері тактичної медицини



МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

СИМПОЗИУМ «МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ І МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-15:00

Організатори: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Кафедра медицини невідкладних станів та кафедра медицини катастроф і військової медичної підготовки, Кафедри ХМАПО і ЗМАПО, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, Київська міська станція екстреної медичної допомоги та МК, ВГО «Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф»

ПРОГРАМА

Тема: Першочергові завдання удосконалення екстреної медичної допомоги в Україні

Доповідачі: Шафранський В.В., Тимошенко Т.В., Роцін Г.Г.

Тема: Аналіз роботи системи екстреної медичної допомоги у зоні надзвичайної ситуації воєнного та соціального характеру під час ведення сучасних бойових дій

Доповідачі: Мороз Є.Д., Гур'єв С.О., Близнюк М.Д.

Тема: Особливості існуючої системи медичного захисту населення України під час проведення АТО

Доповідачі: Близнюк М.Д., Новіков Ф.М., Кузьмін В.Ю., Максименко М.А., Іванов В.І.

Тема: Принципи формування медичних технологій надання медичної допомоги постраждалим внаслідок сучасних бойових дій в умовах цивільної лікарні

Доповідачі: Гур'єв С.О., Максименко М.А., Гуселетова Н.В.

Тема: Клініко-організаційні принципи надання медичної допомоги постраждалим внаслідок сучасних бойових дій в умовах цивільної лікарні

Доповідачі: Гур'єв С.О., Ткаченко Д.Г., Кравцов Д.І., Казачков В.Є.

Тема: Оцінка готовності лікарень до роботи за умов НС

Доповідачі: Роцін Г.Г., Ткаченко О.А., Мазуренко О.В., Сличко І.Й., Сандрацький М.Г., Березенко І.М., Дорош В.М.

Тема: Визначення ефективності застосування «Програми цілеспрямованої професійно-психологічної підготовки рятувальників» до діяльності в екстремальних умовах

Доповідачі: Назаренко І.І., Сличко І.Й., Лобода Г.Г., Набоченко О.З., Кузьмінський І.В.

Тема: Особливості відпрацювання практичних навичок лікарями-курсантами в польових умовах

Доповідачі: Назаренко І.І., Лобода Г.Г., Кузьмінський І.В.

Тема: Emergency department, як компонент системи екстреної медичної допомоги та структурний підрозділ багатопрофільної лікарні

Доповідачі: Печиборщ В.П., Близнюк М.Д., Михайловський М.М.

Тема: Міжнародні стандарти підготовки фахівців з надання тактичної медичної допомоги

Доповідачі: Крилюк В.О., Роцін Г.Г., Кузьмін В.Ю., Сличко І.Й., Кузьмінський І.В., Синельник С.В.

Тема: Першочергові заходи у разі надання екстреної медичної допомоги постраждалим від механічного вражаючого чинника

Доповідачі: Іскра Н.І., Крилюк В.О., Сацук С.П., Синельник С.В., Кузьмінський І.В.

Тема: Мультимодальне обезболювання при травматических повреждених на догоспитальном этапе

Доповідачі: Зозуля І.С., Зозуля А.І.

Тема: Чи можлива в Україні Європейська модель медичної допомоги при інсульті?

Доповідачі: Зозуля І.С., Зозуля А.І.

Тема: Дослідження соціального ризику ішемічного інсульту

Доповідачі: Волосовець А.О.

Тема: Принципы диагностики и ИТ мультиорганных нарушений при ишемическом инсульте

Доповідачі: Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О.

Тема: Фібриляція передсердь А.О. предиктор виникнення кардіоемболічного інсульту

Доповідачі: Ганджа Т.І., Супрун А.О., Олєфіренко А.С., Набухотний П.Ф.

Тема: Тенденції перебігу гострих захворювань черевної порожнини та сучасні принципи етапної медичної допомоги

Доповідачі: Слонєцький Б.І., Тутченко М.І., Березенко І.М., Вербицький І.В.

Тема: Особливості діагностики та лікувальної тактики на догоспітальному етапі у пацієнтів з гострою судинною недостатністю кишківника

Доповідачі: Максименко М.В.

Тема: Гострі отруєння у осіб молодого віку (16-21 рік), структура та динаміка за останні 10 років

Доповідачі: Іващенко О.В., Курділь Н.В., Струк В.Ф., Падалка В.М.

Тема: Оптимізація діагностики комор бідних (поліморбідних) станів, асоційованих з алкогольною інтоксикацією

Доповідачі: Марков Ю.І., Іващенко О.В., Орел В.В., Фенько К.В.

Тема: Використання методів серцево-легеневої реанімації у дітей для лікарів медицини невідкладних станів

Доповідачі: Орел В.В., Марков Ю.І.

Тема: Боголеповський синдром, патогенез, лікування

Доповідачі: Ніконов В.В.

Тема: Зміни пер фузійного індексу у хворих, які знаходяться в стані шоку

Доповідачі: Курсов С.В., Білецький О.В., Лизогуб К.І.

Тема: Психічні розлади в структурі невідкладних станів (психофармакотерапія, психотерапевтичний та психіатричний супровід)

Доповідачі: Зауровський В.М.

ЗМІНИ ПЕРФУЗІЙНОГО ІНДЕКСУ У ХВОРИХ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В СТАНІ ШОКУ

Білецький О.В.¹, Курсов С.В.¹, Лизогуб К.І.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м.Харків, Україна

²ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м.Харків, Україна

Мета. Вивчити особливості перфузійного індексу (ПІ) у хворих, які знаходяться в стані шоку, що зумовлений: а) первинним зниженням помпової функції серця; б) гіповолемією; 3) неспроможністю судинного тону.

Матеріали і методи. Пацієнти, яких було доставлено до реанімаційної зали багатопрофільної лікарні швидкої медичної допомоги в стані шоку.

Оцінка показників центральної гемодинаміки, включаючи центральний венозний тиск, показники фотоплетизмографії, ЕКГ, ЯМРКТ головного мозку, гемоконцентрації. Пацієнти з масивною кровотратою, що супроводжувала тривалі травматичні хірургічні втручання в ортопедії.

Результати та обговорення. У тих пацієнтів, яких було доставлено до клініки у стані компенсованого гіповолемічного шоку (крововтрата, опіки, перитоніт, некротична форма гострого панкреатиту), показник ПІ становив 0,6-2,0%.

Пацієнти із тяжкою крововтратою, що відповідала клініці декомпенсованого гіповолемічного шоку (політравма) мали показники ПІ в межах 0,25-0,5%. При масивній кровотраті ПІ, практично у всіх випадках, наближався до 0,1-0,5%.

та сполучався із ступенем її тяжкості. В умовах кардіогенного шоку також спостерігали зниження ПІ до 0,25-1,0%. ПІ мав тісний зворотний негативний зв'язок із величиною показника гематокриту. Натомість, якщо шок мав

дистрибутивне походження (тяжка черепно-мозкова травма без значної крововтрати, тепла фаза септичного шоку, анафілаксія), ПІ сягав 1,5-3,0%. В процесі надання екстреної медичної допомоги та забезпечення проведення рідинної ресусцитації в високому темпі спостерігалось зростання показника ПІ. Застосування вазопресорів (дофамін, адреналін) не заважало зростанню ПІ.

Висновок. ПІ може бути використаний для визначення гемодинамічного паттерну шоку.

МОЖЛИВОСТІ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЯК ПРЕДИКТОРА ФАТАЛЬНИХ АРИТМІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Фуштей І.М., Голдовський Б.М., Мохамед Феді, Сідь Є.В.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

За останні 20 років, серцево-судинна смертність знизилася в розвинених країнах так як були вжиті превентивні заходи по зниженню поширеності ішемічної хвороби серця (ІХС). Незважаючи на ці обнадійливі результати, серцево-судинні захворювання є провідною причиною смертності приблизно 17 мільйонів людей щорічно у світі (Priori S.G., 2015).

Прогностичне значення шлуночкової екстрасистолії (ШЕ) в даний час залишається недостатньо вивченим. Так, за даними нещодавно опублікованого мета-аналізу у пацієнтів без структурної патології серця при наявності частоті шлуночкової екстрасистолії спостерігалось збільшення ризику серцево-судинних ускладнень. Одним з нових неінвазивних, перспективних методів прогнозу виникнення раптової смерті у хворих на ІХС



з шлуночковими аритміями з гострим інфарктом міокарда може бути оцінка турбулентності серцевого ритму (Hayashi M., 2015; Lane D.A., 2015). Турбулентність серцевого ритму (ТСР) – це зміна серцевого ритму, що розвивається у відповідь на виникаючу шлуночкову аритмію і полягає в короткострокових коливаннях частоти серцевих скорочень, які слідує після шлуночкової екстрасистоїї (ШЕ). Слідом за ШЕ виникає цикл короткого початкового прискорення з подальшим уповільненням серцевого ритму. Турбулентність серцевого ритму – є фізіологічною, біфазичною реакцією синусового вузла на шлуночкову екстрасистолю (Schmidt G., 1999). У теперішній час активно вивчається можливість ТСР у прогнозуванні несприятливих наслідків у пацієнтів з серцевою недостатністю, дилатаційної кардіоміопатією, гіпертиреозом, пролапсом мітрального клапану, метаболічним синдромом та іншими клінічними ситуаціями. Твердження про те, що турбулентність ритму може бути маркером «злоякісності» шлуночкових екстрасистол та предиктором фатальних аритмій у хворих, які перенесли ІМ, ґрунтується на п'яти ретроспективних і п'яти проспективних дослідженнях, об'єднали в загальній складності понад 10000 пацієнтів (Гареева Д., 2012). У ряді досліджень ТСР у хворих з перенесеним інфарктом міокарда була сильним і незалежним предиктором несприятливих подій, включаючи кардіальну та раптову смерть. Відомо, що у пацієнтів, що приймають β-блокатори використання показників варіабельності серцевого ритму як предикторів смерті в постінфарктному періоді обмежена. Для оцінки ТСР немає необхідності скасовувати β-блокатори, що має безсумнівне практичне значення для пацієнтів з ІХС і ризиком розвитку шлуночкових аритмій. Вимірювання турбулентності серцевого ритму, є простими і легко відтворюваним методом, може рутинно використовуватися при добовому Холтерівському моніторингу ЕКГ. Таким чином, потрібне проведення досліджень, заснованих на оцінці турбулентності серцевого ритму, з метою визначення предикторної цінності у прогнозуванні фатальних аритмій у хворих з гострим інфарктом міокарда.

ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК ПРЕДИКТОР ВИНИКНЕННЯ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Ганджа Т.І., Супрун А.О., Олефіренко А.С., Набухотний П.Ф.

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

Мета. Провести аналіз призначення антикоагулянтної терапії хворим із різними формами фібриляції передсердь (ФП) як профілактичного засобу кардіоемболічних ускладнень.

Матеріали і методи. Проведена оцінка частоти призначення антикоагулянтної терапії хворим із ФП та високим ризиком тромбоемболічних ускладнень (за шкалою CHA₂DS₂-VASc - 2 балів) у 150 пацієнтів (77 жінок та 73 чоловіків) у віці від 40 до 85 років.

Результати. Проаналізовано історії хвороб пацієнтів, що знаходились у відділенні невідкладної терапії КМКЛШМД з пароксизмальною, персистоючою та постійною формами ФП, що мали в анамнезі або під час знаходження в стаціонарі ішемічний інсульт. Всім пацієнтам за шкалою CHA₂DS₂-VASc необхідно було призначати терапію непрямыми антикоагулянтами (варфарин або нові пероральні антикоагулянти).

90% хворих отримували замість антикоагулянтів ацетилсаліцилову кислоту (АСК). 7% хворих отримували варфарин, але тільки половина з них знаходилась у вікні МНО 2-3. У 3% варфарин було відмінено з приводу геморагічних ускладнень. І тільки у 2-ох випадках пацієнти отримували нові антикоагулянти.

Висновки:

1. Більшість хворих з ФП приймали АСК замість непрямих антикоагулянтів з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень, що пов'язано з інертністю мислення фахівців першої ланки.
2. У зв'язку із складнощами контролю МНО як для пацієнтів, так і для лікарів варфарин не призначається.
3. Нові пероральні антикоагулянти використовувались у поодиноких випадках, що пов'язано з великою вартістю препаратів.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УРАПІДИЛУ В КУПІРУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М.¹, Поталов С.О.¹, Сідь Є.В.¹, Серіков К.В.¹, Настека Н.В.¹, Юрчак Ю.В.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Кафедра медицини невідкладних станів,

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

У патогенезі артеріальної гіпертензії ключову роль грає симпатoadреналова

система. При розвитку гіпертонічного кризу в ланцюг патологічних взаємодій долучається гіперактивація симпатичної ланки вегетативної нервової системи. У регулюванні артеріального тиску виділяють короткодіючі стресові реакції і довгострокові базальні механізми. Особливо важливим є те, як порушується базальна регуляція вегетативної нервової системи при стійкому хронічному підвищенні артеріального тиску. Розуміння цього механізму дає можливість розмикання порочного кола та успішної терапії гіпертонічного кризу. При лікуванні хворих артеріальною гіпертензією, особливо при розвитку кризів, головним шляхом нормалізації тиску стає боротьба з надмірною активністю симпатичної активації.

Про те, що велику роль в регуляції загального периферичного опору судин головного механізму гіпертонії – грають роль периферичні адренорецептори, відомо давно. Ці рецептори вважаються головними ефекторами стресу – основного фактора розвитку артеріальної гіпертензії. З віком адренергічну вазоконструкція призводить до погіршення гемодинаміки у периферичних артеріях.

Можливість за допомогою лікарських засобів вплинути на периферичні адренорецептори відкриває широкі можливості контролю артеріального тиску. Таким препаратом є урапідил, блокатор постсинаптичних альфа-1-адренорецепторів, знижує периферичний опір судин, а також блокує центральну стимуляцію симпатичної нервової системи завдяки стимуляції 5HT₁-серотонінових рецепторів. Він володіє стимулюючою дією на пресинаптичні α₂-адренорецептори. Завдяки такому механізму дії, препарат знижує діастолічний та систолічний артеріальний тиск, не викликає рефлекторної тахікардії. Урапідил випускається у формі розчину і капсул пролонгованої дії. Після внутрішньовенного введення 25 мг препарату він розподіляється протягом 35 хвилин. Клінічний ефект розвивається швидко – як правило, протягом декількох хвилин. Це дозволяє використовувати препарат для керованої гіпотонії і в ситуаціях, коли необхідно швидко зниження артеріального тиску.

Основним показанням для розчину урапідила є гіпертонічні кризи, особливо зумовлені гіперсимпатикотонією. Найбільш широке застосування урапідил може мати у невідкладній медицині – для купірування гіпертонічних кризів. Існує пероральна форма препарату з уповільненим вивільненням, прийом якої можливий двічі на добу. Гіпотензивний ефект в цьому випадку буде розвиватися повільніше, та його тривалість дозволить контролювати артеріальний тиск протягом доби. Пероральна форма препарату рН-адапована, завдяки чому підвищено його біодоступність. При рефрактерній, важкій гіпертонії, особливо пов'язаної з гіперсимпатикотонією, пероральна форма урапідила – засіб вибору. Особливість урапідила в тому, що він володіє центральною дією. Для даного препарату також показано позитивний вплив на обмін глюкози, а, крім того, існують дані про його ролі в лікуванні гострого порушення мозкового кровообігу.

Безсумнівна роль симпатoadреналової системи у розвитку артеріальної гіпертензії, важливу роль грає вона і в патогенезі інших тяжких станів. Ключовими моментами при ускладнених гіпертонічних кризах є периферичний вазоспазм і порушення кровообігу. Можливість блокування рецепторів симпатичних амінів – прямий шлях нормалізації локального та центрального кровотоку.

Таким чином, для контролю артеріального тиску при кризовому перебігу гіпертонічної хвороби урапідил залишається ефективним і недорогим засобом вибору на догоспітальному етапі.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У СПІВРОБІТНИКІВ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ВПЛИВОМ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

Голдовський Б.М.¹, Сідь Є.В.¹, Поталов С.О.¹, Серіков К.В.¹, Льовкін О.А.¹, Андрєєвцева О.І.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Кафедра медицини невідкладних станів

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. В умовах сучасного життя і зростаючої урбанізації комплекс факторів впливає на виїзний персонал швидкої медичної допомоги, на нього лягає велика відповідальність за здоров'я пацієнтів у критичних станах, не залежно від місця виклику, сезону року і часу доби. Систематичні психоемоційні і фізичні навантаження вимагає від організму постійної напруги регуляторних систем, спрямованих на мобілізацію функціональних резервів організму. З точки зору адаптаційної теорії Р. Сельє можна назвати стресорами. Вони сприяють виникненню адаптації людини до нових умов середовища, але надмірні по силі і тривалості стресори призводять до зриву адаптації. Ряд дослідників відзначають, що сама по собі спеціальна лікарська сприяє розвитку різних захворювань, однак дослідження присвячені впливу професійних стресових факторів на здоров'я медичних працівників швидкої



допомоги не численні. Простим, доступним неінвазивним методом оцінки функціонального стану серцево-судинної системи є розрахунок показників системної гемодинаміки. Представляє інтерес вивчення змін показників центральної гемодинаміки у співробітників швидкої медичної допомоги після 24 годинного чергування.

Мета. Визначити вплив професійних стресових факторів на показники центральної гемодинаміки виїзного персоналу швидкої медичної допомоги.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження стали 42 співробітника ШМД у середньому віці 46±2 років. Було досліджено 17 чоловіків та 25 жінок із середнім індексом маси тіла (27,1±0,8) кг/м², надлишковою масою тіла 23 людини, середній час поза підстанції з 24 годин становило (519,4±19,5) хвилин. Усі представники цієї групи працювали на швидкій медичній допомозі в якості виїзного персоналу та мали особливий ритм праці.

Дослідження виконувалося з використанням анероїдного тонометра Little doctor з фонедоскопом, вимірювання систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ) проводили за загальноприйнятою методикою. Були розраховані за прикладними формулами такі показники центральної гемодинаміки, як ударний об'єм (УО) серця, хвилиний об'єм кровообігу (ХОК), серцевий індекс (СІ), загальний периферичний опір судин (ЗПОС). Отримані дані були представлені у вигляді медіани та міжквартильного діапазону (Ме [Q25; Q75]). При перевірці статистичних гіпотез нульову гіпотезу відкидали при рівні статистичної значимості (р) нижче 0,05.

Отримані результати. Медіана і межквартильний розмах систолічного АТ до початку чергування склали 120 [110; 130] мм рт. ст, достовірно підвищився на + 8,3 [4,8; 14,3] % і після чергування були 130 [120; 140] мм рт. ст., (р<0,05). Діастолічний АТ до початку чергування склало 75 [70; 80] мм рт. ст. і достовірно підвищився до 82,5 [80; 90] мм рт. ст., (р < 0,05), на + 13,8 [6,7; 20,0] %. Зміна показників МОК і СІ після 24-х годинного чергування серед виїзного персоналу ШМД було не достовірним (р>0,05), Загальний периферичний опір судин спочатку чергування становив 1698,5 [1420,1; 1939,8] динхс¹хсм⁵ достовірно підвищився до 1996,0 [1443,9; 2358,7] динхс¹хсм⁵ (р <0,05), та збільшення на момент закінчення зміни склало +16,1 [4,5; 27,7]%. В перспективі подальших досліджень представляє інтерес розробка та впровадження комплексу заходів щодо вдосконалення професійно значущих психо-емоційних і фізичних якостей виїзного персоналу ШМД. Таким чином, професійні стресові фактори сприяють підвищенню ЗПОС, зміні ударного об'єму носять компенсаторно-приспосувальний характер, про що свідчать стабільні показники хвилиного об'єму крові, серцевий індекс. Показники центральної гемодинаміки можуть бути використані як маркери визначення професійної стресостійкості виїзного персоналу ШМД.

ГЕМОДИНАМІЧНО ОРІЄНТОВАНЕ КУПІРУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М.¹, Поталов С.О.¹, Сідь Є.В.¹, Серіков К.В.¹, Риндіна Л.Й.², Ніколенко Л.М.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Кафедра медицини невідкладних станів

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР

Уявлення про системну гемодинаміку складається з таких параметрів як систолічний, діастолічний і середньодинамічний артеріальний тиск (АТ), частоту серцевих скорочень (ЧСС), ударний об'єм (УО), хвилиний об'єм крові (ХОК), серцевий індекс (СІ), загальний периферичний опір судин (ЗПОС). В даний час лікування гіпертонічних кризів на догоспітальному етапі здійснюється за клінічними даними, в той час коли є можливість надавати гемодинамічно орієнтовану медичну допомогу.

Гіпертонічна хвороба являє собою змішання різних гемодинамічних станів. Гемодинамічний статус не може бути визначений тільки на підставі рівня артеріального тиску та клінічних ознак. У різних популяціях людей гемодинамічні показники можуть значно відрізнятися. Пов'язані з віком зміни гемодинаміки відбуваються навіть при відсутності змін ХОК і ЗПОС. У здорових людей з віком піднімається пульсовий тиск (ПТ), ЗПОС і зменшується ХОК за рахунок зниження УО. У жінок АТ і ХОК нижче, а ЧСС і ЗПОС вище ніж у чоловіків. У жінок в постменопаузі ХОК нижче, а ЗПОС вище, ніж в передменопаузі при будь-якому рівні АТ. Це говорить про те, що гемодинамічні параметри більш інформативні, ніж одне вимірювання систолічного та діастолічного АТ.

При кожному ударі серця формується новий гемодинамічний стан. АТ, ЗПОС взаємнопов'язані та змінюються з кожною систолою і є пульсовими характеристиками гемодинаміки. Тільки у пацієнта, у якого є нормоволемія, нормоінотропія, нормовазотонія і нормохронотропія може бути поєднання нормального артеріального тиску і нормальної перфузії.

Причиною гіпертонії може бути гіперволемія і/або гиперінотропія, та/або вазоконстрикція, та/або будь-яка комбінація цих причин. Корекція будь-якого порушення гемодинаміки впливає не тільки на рівень параметрів

гемодинамічних регуляторів і на регулятор перфузії, але і на наслідки їх регулюючої дії, тобто на рівень АТ і кровотоку. Індивідуальне лікування хворого може бути більш ефективним при визначенні специфічного для даного пацієнта стану гемодинаміки.

У даний час доступні 4 групи препаратів, що надають вплив на гемодинаміку, кожен препарат має свій вектор впливу на номограму гемодинаміки.

- діуретики (зменшують об'єм циркулюючої крові, що призводить до зменшення навантаження на міокард, знижується систолічний АТ).

- β-адреноблокатори мають негативну іно- і хронотропну дію, що веде до зменшення ЧСС і систолічного АТ.

- інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту, як і вазодилатори розширюють звужені судини та знижують систолічний АТ.

- блокатори кальцієвих каналів володіють негативною інотропною і вазодилатуючою дією. Знижують рівень систолічного АТ. Показані при підвищеній скоротливості міокарда і підвищений тонус судин, що проявляється зниженням ЗПОС і збільшенням ХОК.

Відсутність нормалізації гемодинамічних показників може бути результатом неправильного призначення препаратів.

Таким чином представляють інтерес проведені дослідження про розробці підходів до диференційованого лікування гіпертонічних кризів в залежності від гемодинамічних показників.

ГОСТРІ ОТРУЄННЯ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ (16 – 21 РОКІВ): ГОСПІТАЛЬНА СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА

Левченко О.Є.¹, Курділь Н.В.¹, Іващенко О.В.², Андрущенко В.В.³, Струк В.Ф.³

¹Українська військово-медична академія, кафедра військової токсикології, радіології та медичного захисту, м. Київ, Україна
²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Вивчення госпітальної структури отруєнь серед молоді 16-21 років.

Матеріали і методи. Проведений аналіз 88 випадків гострих побутових отруєнь важкого ступеню. Медична допомога надавалась у відділенні інтенсивної терапії та екстракорпоральної детоксикації Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги протягом 2015 року.

Результати та обговорення. Відмічена тенденція до збільшення долі пацієнтів 16-21 років в загальній віковій структурі отруєнь (2000р. – 9,0%, 2005р. – 9,8%, 2015 – 11,7%). Обстежено чоловіків – 65 (73,9%), жінок – 23 (26,1%). В групі дослідження переважали 19-річні (26,1%) та 21-річні (28,4%) пацієнти. Отруєння медикаментами психотропної групи склали 56,8%, алкоголем – 20,5%, сумішами медикаментів різних груп – 9,1%, інгаляційними токсикантами – 5,7%. Серед медикаментів найчастіше причинами отруєння були: баклофен, труксал, парацетамол, амітриптилін, тарен; серед наркотичних речовин: амфетаміни, оксидатрати, метадон, синтетичні канабіноїди (суміші для паління). Характері для даної вікової групи були навмисні отруєння рослинними токсинами – галюциногенами (грибами роду Іносубе і Clitocybe і рослинами сімейства Solanaceae). Отруєння етиловим алкоголем (20,5%) характеризувалося швидким розвитком токсичної коми з порушенням дихання та гіпотонією. Смертельних отруєнь в групі дослідження не було.

Висновки. У віковій групі 16-21 років переважають отруєння різноманітними психотропними речовинами, що потребує проведення диференційної діагностики із захворюваннями центральної нервової системи та психічними розладами.

НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Льовкін О.А.¹

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета. Провести аналіз надання невідкладної допомоги спеціалізованими бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) м. Запоріжжя пацієнтам з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ) на догоспітальному етапі (ДГЕ).

Матеріал і методи дослідження. Нами був проведений ретроспективний аналіз виїзних карт спеціалізованих бригад Е(Ш)МД м. Запоріжжя надання невідкладної допомоги пацієнтам з ТЧМТ за перше півріччя 2015 року. Було проаналізовано 86 виїзних карт. Середній вік постраждалих склав (36,6±8) років. 72% досліджених – чоловіки. Керована штучна вентиляція легень (ШВЛ) за обсягом проводилася респіратором Oxylog ARBC, фірми Draeger



(Німеччина) з FiO_2 0,5-1,0. Для ЕКГ-моніторингу, визначення рівня насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем (SpO_2) і капнографії використовували дефібрилятор Zoll MSeries (ZOLL Medical, США). Нейнвазивне визначення рівня артеріального тиску (АТ) проводили з підрахунком середнього артеріального тиску (САТ). Рівень глікемії визначали глюкометрами.

Невідкладна допомога постраждалим із ТЧМТ на ДГЕ проводилася на підставі існуючих протоколів: Наказ МОЗ України № 34 від 15.01.14 року «Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги черепно-мозкова травма»; Наказ МОЗ України № 245 від 25.04.2006 «Протокол надання медичної допомоги хворим із забоем головного мозку тяжкого ступеню, дифузним аксональним пошкодженням»; а також Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, 2007.

Результати та їх обговорення. Інтенсивна терапія ТЧМТ проводилася на основі єдиної лікувальної тактики, заснованої на профілактиці та лікуванні вторинної церебральної дисфункції та ішемії. Всім постраждалим з ТЧМТ проводилася обов'язкова іммобілізація шийного відділу хребта комірком Шанца.

З метою відновлення прохідності дихальних шляхів (ДШ) у пацієнтів з ТЧМТ на ДГЕ використовувався алгоритм екстреного відновлення прохідності ДШ, який був розроблений на кафедрі медицини невідкладних станів ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»:

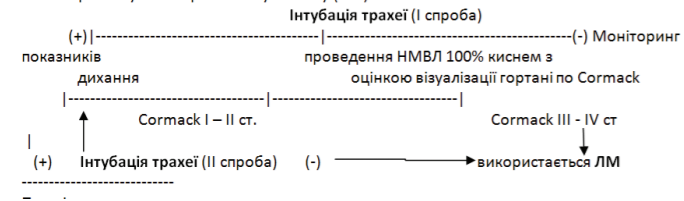
Алгоритм екстреного відновлення прохідності дихальних шляхів

I. Оцінити ризик «важких дихальних шляхів» з використанням предикторів «важкої інтубації трахеї» на ДГЕ:

- а) наявність у потерпілого «stiff man syndrome»;
- б) оптимальне положення потерпілого під час екстреної інтубації трахеї (ІТ);
- в) зменшення межрезці відстані менше 4 см;
- г) зменшення тіроментальної відстані менше 6 см;
- д) наявність обструкції верхніх ДШ.

II. Вибрати метод відновлення прохідності ДШ:

- за відсутності предикторів «важкою інтубації трахеї» або високому ризику регургітації, рекомендується провести ІТ.
- за наявності 2 і більше предикторів «важкою інтубації трахеї» рекомендується використовувати ларингеальну маску (ЛМ).



Примітка:

(-) – невдала спроба;

(+) – вдала спроба.

Всі постраждалі з ТЧМТ вимагали екстреного відновлення прохідності ДШ і респіраторної підтримки. З метою синхронізації дихання постраждалого з респіратором використовувалися тіопентал 2-3 мг/кг, тракріум 0,3-0,6 мг/кг. Інфузійна терапія складалася з малооб'ємної інфузії з використанням гіпертонічного розчину NaCl (5,8% – 100 мл) у поєднанні з Гекодезом або Гелофузіном. При необхідності підключалися вазопресори. Інфузійна терапія проводилася до досягнення САТ 95-100 мм рт. ст., з метою підтримки церебрального перфузійного тиску (ЦПТ) на рівні 70 мм рт. ст. (ЦПТ = САТ - ВЧТ).

З метою корекції інтракраніальної гіпертензії (ІКГ) застосовувалося:

1. Положення Фовлера (30-40 град).
2. Керована ШВЛ в режимі помірної гіпервентиляції.
3. Використання в індукцію тіопенталу натрію – 2-4 мг/кг.
4. Утримання САТ на рівні 95-100 мм рт. ст. шляхом швидкої інфузії 5,8% розчину хлориду натрію або використання вазопресорів.
5. Медикаментозна корекція: магnezіальна терапія (20 мл 25% розчину); введення цераксону (500 мг) або L-лізину есцинату (5-10мл).

Висновки.

1. Екстрена медична допомога постраждалим з ТЧМТ спеціалізованими бригадами Е(Ш)МД проводилася відповідно до протоколів надання невідкладної допомоги.
2. Всі постраждалі з ТЧМТ вимагали екстреного відновлення прохідності дихальних шляхів і респіраторної підтримки.
3. Інфузійна терапія проводилася в рестриктивному режимі з використанням гіпертонічного розчину NaCl (5,8% – 100мл) у поєднанні з Гекодезом або Гелофузіном з метою корекції ЦПД та зменшення церебральної ішемії.
4. З метою медикаментозної корекції ІКГ використовували магnezіальну терапію (20 мл 25% розчину); введення цераксону (500 мг) або L-лізину есцинату (5-10 мл).

СИМУЛЯЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Льовкін О.А. ¹, Серіков К.В. ¹

¹ ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета. Визначити базовий рівень теоретичних знань та практичних навиків працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) по проведенню серцево-легеневої реанімації (СЛР) на догоспітальному етапі (ДГЕ) з використанням сучасних пристроїв та апаратури; визначити ефективність симуляційних форм навчання.

Матеріал і методи дослідження. Нами був проведений проспективний аналіз навчання та підтримки засвоєних теоретичних знань та практичних навиків по проведенню СЛР бригадами Е(Ш)МД. Навчання працівників бригад Е(Ш)МД проводилося за симуляційною формою (в спеціально створеній імітованій обстановці (або в машині Е(Ш)МД, або в приміщенні на підлозі) з використанням манекенів). Правильність проведення практичних навиків по СЛР оцінювалась у відповідності уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та Європейським рекомендаціям (European Resuscitation Council Guidelines, 2015).

Заняття проводились з використанням манекенів фірми Laerdal та бригадним оснащенням (монітор/дефібрилятор HeartStart MRx (Philips), апарату ШВЛ «Medumat Standard a» (Німеччина), з використанням супраглоточного повітропроводу i-gel або ларингеальної маски та мішка Ambu.

В дослідженні брали участь 86 бригад Е(Ш)МД. З них лікарських бригад (лікар невідкладних станів, фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра) – 36, фельдшерських бригад (фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра) – 50. Всього в дослідженні приймало участь: лікарів невідкладних станів – 36; фельдшерів невідкладних станів – 86; молодших медичних працівників – 86. Середній вік працівників бригад Е(Ш)МД склав 46,6±8,4 років, робочий стаж – 13,6±9,4 років. Статистична обробка результатів проведена з використанням пакету Statistica 6.0. Відмінності вважали статистично значущими при значеннях «р»<0,05.

Результати та обговорення. Цикл послідовного навчання складався з кількох етапів:

- 1) Визначення базового рівня знань та вмінь працівників бригад Е(Ш)МД.
- 2) Практичних занять з освоєнням практичних навиків по проведенню СЛР згідно уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та Європейським рекомендаціям з обговоренням помилок (дебрифінг).
- 3) Проведення залікового заняття з оцінкою підсумкових теоретичних знань і практичних навиків.

Оцінка правильності проведення СЛР згідно уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» проводилася в спеціально створеній імітованій обстановці (або машині Е(Ш)МД, або в приміщенні на підлозі) з використанням манекенів.

Особливо акцентувалася увага на:

1. швидкість діагностування клінічної смерті (не більш 10 секунд);
 2. початок проведення СЛР (з компресії грудної клітини – САВ);
 3. якість проведення компресій грудної клітини (положення рук, глибини та частоти компресій);
 4. контроль співвідношення компресій/дихання (30:2);
 5. відновлення прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA);
 6. ЕКГ-діагностика порушення серцевого ритму (shockable/non-shockable) з монітору;
 7. навик роботи з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips);
 8. медикаментозна підтримка при різних видах порушень серцевого ритму;
 9. визначення та усунення найчастіших зворотних причин зупинки кровообігу;
 10. узгодженість роботи в бригаді (гучні зрозумілі командні накази; чіткий розподіл обов'язків у бригаді під час проведення СЛР; взаєморозуміння та чіткість алгоритму дії в бригаді Е(Ш)МД під час зміни та переходу членів бригади з компресії грудної клітини на вентиляцію легень; зміна членів бригади кожні 2-3 хвилини; використання свідків як потенційних помічників в проведенні СЛР; питання в спроможності бути лідером у бригаді Е (Ш) МД, та інші).
- Результати аналізу, свідчать про достатній базовий рівень теоретичних знань алгоритму проведення СЛР згідно уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та рекомендації ERC 2015 лікарів та фельдшерів бригад Е(Ш)МД. Недостатній базовий рівень теоретичних знань молодших медичних працівників (санітарів) пов'язаний з відсутністю постійних теоретичних та практичних занять з ними. Також результати аналізу свідчать про низький базовий рівень практичних



навиків по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) у лікарів (32,8±2,2%), у фельдшерів (18,3±2,1%) та санітарів (9±2,1%). Це, можливо, пов'язано з тим, що супраглоточними повітропроводами (i-gel, LMA) бригади Е(Ш)МД були укомплектовані нещодавно, тому медичний персонал не встиг отримати навик роботи з даними сучасними пристроями. Після 6 годин занять рівень практичного навик по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) статистично достовірно збільшувався до 76,4±3,2% у лікарів, до 68,5±1,8% у фельдшерів та до 34,4±2,3% у санітарів. Це свідчить про те, що методика відновлення прохідності дихальних шляхів за допомогою супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) дуже проста та може використовуватися бригадами Е(Ш)МД на ДГЕ.

Результати проведеного аналізу свідчать про низький базовий рівень практичних навиків роботи з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips) у лікарів, фельдшерів та санітарів бригад Е(Ш)МД. Це також, можливо, пов'язано з тим, що монітор/дефібрилятор HeartStart MRx (Philips) бригади Е(Ш)МД були укомплектовані нещодавно, тому медичний персонал не встиг отримати навик роботи з даною сучасною апаратурою. Після 6 годин занять рівень практичного навик по роботі з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips) статистично достовірно збільшувався (з 38,5±3,0 до 79,8±2,4 % у лікарів, з 12,5±2,5 до 64,8±2,5% у фельдшерів та з 1,8±1,5 до 28,5±1,8% у санітарів).

Симуляційна форма навчання з використанням манекенів виявила деякі проблеми узгодженості роботи в бригаді Е(Ш)МД. Були зафіксовані такі проблеми як: відсутність гучних коротких зрозумілих командних наказів; відсутність взаєморозуміння та чіткого алгоритму дії в бригаді Е(Ш)МД під час зміни та переходу членів бригади з компресії грудної клітини на вентиляцію легень; відсутність чіткого розподілу обов'язків у бригаді під час проведення СЛР; відсутність бажання лідера бригади використовувати свідків як потенційних помічників в проведенні СЛР (особливо коли СЛР проводиться двома членами бригади); відсутність можливості деяких лікарів або фельдшерів бути лідерами бригади та інші. Ці помилки були обговорені та усунені під час практичних занять.

Таким чином, зростаючі кваліфікаційні вимоги до якості надання екстреної (швидкої) медичної допомоги диктують необхідність включення симуляційних форм у програму навчання бригад Е(Ш)МД (лікар невідкладних станів, фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра, водій) та прийняття передатестаційних практичних навиків в навчально-тренувальних відділах.

Висновки:

1. У лікарів та фельдшерів бригад Е(Ш)МД достатній базовий рівень теоретичних знань алгоритму проведення СЛР згідно уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та рекомендації ERC 2015.
2. У лікарів, фельдшерів та санітарів бригад Е(Ш)МД низький базовий рівень практичних навиків по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) та роботи з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips).
3. Симуляційні форми навчання з використанням сучасних манекенів спроможні в короткі терміни підвищити рівень практичної підготовки медичного персоналу Е(Ш)МД.
4. Симуляційні форми навчання спроможні виявляти та усувати проблеми узгодженості роботи в бригаді Е(Ш)МД.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ МЕНТЕРІАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ

Максименко М.В., Тюлюкін І.О.

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Покращити результати сонографічної діагностики у пацієнтів різних вікових груп госпіталізованих з підозрою на гостру судинну недостатність кишківника на ранньому госпітальному етапі.

Матеріали та методи. Дослідження кровотоку у стінці кишківника полягало у детальній оцінці, при проведенні кольорового доплерівського картування, магістральних та внутрішньостінкових судин тонкої кишки, що дозволяє інструментально доповнювати клінічне дослідження ступеня ураження органу. Для цього в період з 2013 по 2015 роки були досліджені 21 хворий віком від 30 до 50 років та 27 хворих віком від 60 до 89 років, враховано індивідуальні особливості перебігу гострих захворювань тонкої кишки, та вікові особливості регіонарної гемодинаміки пацієнтів без захворювань органів черевної порожнини.

Результати та обговорення. Отримані результати свідчать про вікові особливості стану як магістральної, так і регіонарної гемодинаміки, що

проявляється особливостями інтестиноангіоархітектоніки. Як наслідок цього, у пацієнтів похилого та старечого віку було виявлено значне зростання максимальної систолічної та мінімальної діастолічної швидкості, що склало відповідно 172,6±4,2 см/с та 46,9±2,11 см/с. Однак, дослідження регіонарної інтестинальної гемодинаміки встановили досить протилежні тенденції для цієї групи пацієнтів, котрим було притаманне значне зниження максимальної систолічної швидкості до 21,3±0,96 см/с та мінімальної діастолічної швидкості до 5,63±0,26 см/с.

Висновки. Виявлені закономірності потребують широкого клінічного впровадження для попередження діагностичних помилок та вчасного і патогенетично обґрунтованого вирішення тактичних питань лікувального процесу.

ДІАГНОСТИКО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ СУДИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ КИШКІВНИКА

Максименко М.В., Тюлюкін І.О.

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити зв'язок виникнення гострої судинної недостатності кишківника (далі – ГСНК) із наявністю супутньої патології та віком, визначення груп ризику. Оптимізувати діагностику та лікування на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах.

Матеріали і методи дослідження. Пацієнти з ГСНК: перша група – ретроспективний аналіз хворих з традиційним алгоритмом лікування (N=60); друга група – аналіз хворих до яких було застосовано розроблений діагностично-лікувальний алгоритм (N=30).

Результати та обговорення. У пацієнтів з ГСНК було виявлено, що у жінок дана патологія виникає частіше; найбільше госпіталізується людей похилого та старечого віку; в структурі супутньої патології (на фоні поліморбідності) переважають захворювання серцево-судинної системи. Переважна більшість пацієнтів звернулися за допомогою у термін понад 12-24 години.

Розроблено діагностичний та лікувальний алгоритми в основу яких покладені настороженість з приводу ГСНК, оцінка стану тяжкості пацієнта за інтегрованими шкалами, оцінка ступеня зневоднення, ретельний збір анамнезу та об'єктивний огляд, встановлення “груп ризику”, термінову госпіталізацію з проведенням кисневої підтримки, адекватної інфузійної терапії за умов обов'язкового транспортування на ношах, а також збереження принципів спадкоємності та динамічності на ранньому госпітальному етапі.

Висновки. Вдосконаливши лікувально-діагностичний алгоритм досягнуто покращення діагностики ГСНК на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах на 18% та 13%.

Розроблено маршрут хворого та досягнуто зменшення терміну перебування у приймальному відділенні, скорочено термін передопераційного періоду, та зниження післяопераційної летальності на 7%.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ КОМОРБІДНИХ (ПОЛІМОРБІДНИХ) СТАНІВ АСОЦІЙОВАНИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ

Марков Ю.І., Орел В.В., Фенько К.В.

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Оптимізувати організаційно-методичні, клінічні та діагностичні підходи у наданні допомоги пацієнтам з невідкладними станами асоційованими з алкогольною інтоксикацією на ранньому госпітальному етапі.

Матеріали і методи. Вивчали: карти стаціонарного хворого (форма 003/о), супровідні листки центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва, журнали токсикологічних досліджень токсикологічної лабораторії, журнали реєстрації аналізів хворих відділення спецтравми, журнали обліку померлих Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за 2012-2014 рр.

Результати та обговорення. Найбільш поширеними коморбідними (поліморбідними) станами асоційованими з алкогольною асоціацією серед пацієнтів, що були переведені з відділення спецтравми до профільних відділень та згодом одужали й були виписані з лікарні були (тут і далі вказано діагноз, кількість випадків та %): закрыта черепно-мозкова травма – 232 (59,5%), скелетна травма – 55 (14,1%), закрыта травма грудної клітки – 45 (11,5%), інші невідкладні стани – 58 (14,9%). Патологоанатомічні діагнози (судово-медична експертиза), госпіталізованих до профільних відділень: закрыта черепно-мозкова травма – 18 (37,5%), цироз печінки – 7 (14,6%), загальне переохолодження – 6 (12,5%), ІХС – 10 (20,8%), пневмонія – 3 (6,3%), новоутворення та гостре порушення мозкового кровообігу – по одному (2,1%).



Висновок. На основі отриманих результатів дослідження, нормативних документів та літературних джерел нами розроблено клінічний маршрут пацієнта з коморбідними (поліморбідними) станами асоційованими з алкогольною інтоксикацією у багатопрофільному стаціонарі, що дозволяє оптимізувати організаційно-методичні, діагностичні та лікувальні підходи у наданні допомоги даній категорії хворих на ранньому госпітальному етапі.

МЕТОДОЛОГІЯ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ У ДІТЕЙ ДЛЯ ЛІКАРІВ МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ
Орел В.В., Марков Ю.І.

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

Мета. Покращити теоретичну та практичну підготовку з питань серцево-легеневої реанімації у дітей для лікарів медицини невідкладних станів під час проходження підвищення кваліфікації на циклах чи навчання в інтернаті.
Матеріали і методи. Проаналізовано статистичними методами ефективність викладання для лікарів медицини невідкладних станів теоретичних та практичних питань проведення серцево-легеневої реанімації у дітей.
Результати та обговорення. Для успішного засвоєння лікарями медицини невідкладних станів питань серцево-легеневої реанімації у дітей під час проходження циклів, на кафедрі медицини невідкладних станів дотримуються наступної методології навчального процесу: 1. визначення базового рівня знань лікарів; 2. теоретична підготовка (тематичні лекції за розкладом відповідного циклу, самостійна робота лікарів); 3. контроль рівня засвоєння теоретичного матеріалу (тестові завдання, ситуаційні задачі, усна співбесіда) та обговорення дискусійних питань під час семінарських занять; 4. практична підготовка: відпрацювання практичних навичок в навчально-тренажерному класі (у тому числі ситуаційні завдання, налагодження злагодженої командної роботи) та контроль рівня оволодіння практичними навичками; 5. обговорення дискусійних питань, підбиття підсумків.
На кафедрі протягом 2015 року пройшли теоретичну підготовку та навчання в навчально-тренажерному класі навичкам серцево-легеневої реанімації у дітей 292 лікарів медицини невідкладних станів.

Висновки. 1. Питання серцево-легеневої реанімації у дітей є актуальними при підготовці лікарів медицини невідкладних станів. 2. Для успішного засвоєння матеріалу та оволодіння практичними навичками лікарями, які проходять навчання на циклах, на кафедрі медицини невідкладних станів розроблена методологія викладання даної теми.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДИНАМІЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ МЕТОДОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛЫ НЕПРЯМОЙ СТАТУСМЕТРИИ

Серигов К.В., Голдовский Б.М., Поталов С.А., Левкин О.А., Сидь Е.В.

Цель. Оценить эффективность шкалы непрямої статусметрии при определении тяжести состояния пациентов с ишемическим инсультом в отделении интенсивной терапии.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное, нерандомизированное исследование 91 больного с ишемическим инсультом (ИИ) в условиях отделения анестезиологии с палатами интенсивной терапии КУ «Запорожская городская многопрофильная клиническая больница № 9». Больные были разделены на 2 группы.

Группу 1 составили 43 больных с первичным ИИ. Выздоровевших больных было 26 – средний возраст (65±2) лет, из них мужчин 14 (53,8%); женщин – 12 (46,2%). Умерших больных 17 – средний возраст (70±3) лет, из них мужчин 10 (58,8%); женщин – 7 (41,2%).

Группа 2 была представлена 48 больными с повторным ИИ. Выздоровевших больных 34 – средний возраст (68±2) лет, из них мужчин 20 (58,8%); женщин – 14 (41,2%). Умерших больных 14 – средний возраст (70±2) лет, из них мужчин 6 (42,9%); женщин – 8 (57,1%).

Всем больным проводился динамический мониторинг тяжести ИИ по неврологической шкале National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) и тяжести общего состояния по шкале непрямої статусметрии (Шифрин Г.А., 2001).

Тяжесть состояния выздоровевших пациентов оценивали на этапах исследования: поступление в отделение интенсивной терапии (ОИТ); 2-е сутки – 5-е сутки пребывания в ОИТ; перевод в неврологическое отделение; в отделении неврологии.

Тяжесть состояния умерших больных оценивали на этапах исследования: поступление в ОИТ; 2-е сутки – сутки, в которые произошла остановка кровообращения.

По шкале NIHSS тяжесть ИИ оценивали исходя из нарушения сознания

по шкале ком Глазго, движения глазных яблок, полей зрения, паралича лицевого мускулатуры, движений в верхних и нижних конечностях на стороне поражения, атаксии в конечностях, чувствительности, синдрома «отрицания», дизартрии, афазии. И если полученное количество баллов ≤ 5 имеет место легкий инсульт, при 6-13 баллах – инсульт средней тяжести, 14-20 баллов – тяжелый инсульт, ≥ 21 – очень тяжелый инсульт. Данная шкала неудобна в использовании в условиях ОИТ, когда нет возможности пригласить на консультацию специалиста невролога и адекватно оценить степень тяжести мозгового инсульта. Поэтому в условиях ОИТ наряду со шкалой NIHSS нами используется шкала непрямої статусметрии для оценки тяжести общего состояния больных с ИИ.

По шкале непрямої статусметрии определяются: уровень сознания по шкале ком Глазго, наличие определенного заболевания, диурез, сатурация кислорода артериальной крови (%), частота дыхательных движений (в минуту), частота сердечных сокращений (в минуту), систолическое и диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.), температура тела (°C), уровень гемоглобина (г/л¹), уровень общего белка (г/л¹).

При наличии ≤ 13% – системных нарушений не отмечается, при 14-43% имеет место системная дисфункция, при 44-68% – полиорганная недостаточность, при ≥ 69% несостоятельность биологической устойчивости организма.

Результаты и обсуждения. В 1 группе выживших больных с первичным ИИ на всех этапах исследования отмечалось среднетяжелое течение инсульта по шкале NIHSS (8,6; 8,2; 8,1; 8,0; 7,9; 7,9; 7,3 баллов) и дисфункция биоустойчивости (30; 30; 34; 33; 35; 30; 30 % соответственно).

У умерших больных 1 группы при их поступлении в ОИТ отмечалось среднетяжелое течение инсульта (11,4 баллов) и дисфункция биоустойчивости по шкале непрямої статусметрии (28). Со 2-х суток пребывания в ОИТ отмечалось тяжелое течение инсульта (14,3 баллов), что характеризовалось дисфункцией биоустойчивости (27%). В сутки, когда произошла остановка кровообращения, имело место крайне тяжелое течение инсульта (27,6 баллов) с недостаточностью биологической устойчивости организма (45%).

Во 2 группе выживших больных с повторным ишемическим инсультом на всех этапах исследования отмечалось среднетяжелое течение инсульта по шкале NIHSS (9,3; 9,2; 9,1; 9,1; 9,0; 8,9; 8,7 баллов) и дисфункция биоустойчивости (30; 30; 35; 33; 38; 32; 32% соответственно) по шкале непрямої статусметрии.

У умерших больных 2 группы при их поступлении в ОИТ и на 2-е сутки имело место тяжелое течение ИИ (17,2 и 15,0 баллов соответственно), что характеризовалось дисфункцией биоустойчивости (33 и 36%). С 3-тьх суток пребывания в ОИТ отмечалось среднетяжелое течение инсульта (11,0 баллов) с недостаточностью биоустойчивости (47%). В сутки, когда произошла остановка кровообращения, по шкале NIHSS имело место крайне тяжелое течение ИИ (27,2 баллов) и недостаточность биоустойчивости (50%).

Выводы. 1. По шкале NIHSS тяжесть состояния больных с ИИ определяется по выраженности неврологической симптоматики, которую оценивает врач невролог.

2. Мониторинг биоустойчивости отражает системные изменения в организме больных с ИИ, что делает удобным использование данной шкалы в условиях ОИТ.

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Серигов К.В., Голдовский Б.М., Поталов С.А., Левкин О.А., Сидь Е.В.

Цель: Уменьшение летальности пациентов с ишемическим инсультом путем оптимизации алгоритма интенсивной терапии (ИТ).

Материалы и методы: В условиях отделения анестезиологии с палатами интенсивной терапии КУ «Запорожской городской многопрофильной клинической больницы № 9» использован алгоритм интенсивной терапии 91 больному с ишемическим инсультом.

Средний возраст больных составил (67±1) лет, из них мужчин 50 (54,9 %) – средний возраст (65±1) лет; женщин – 41 (45,1%) – средний возраст (69±1) лет. Выздоровевших больных было 60 – средний возраст (66±1) лет, из них мужчин 34 (56,7%) – средний возраст (65±1) лет; женщин – 26 (43,3%) – средний возраст (67±2) лет.

Умерших больных было 31 – средний возраст (68±2) лет, из них мужчин 16 (51,6%) – средний возраст (65±2) лет; женщин – 15 (48,4%) – средний возраст (72±3) лет.

Результаты и обсуждения:

Алгоритм ИТ терапии использовался согласно протоколу оказания медицинской помощи больным с ишемическим инсультом (Наказ Министерства охраны здоровья Украины від 03.08.2012 № 602) с учетом рекомендаций Американской ассоциации инсульта (2013).

1. Контроль витальных функций и неврологического статуса: - мониторинг артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), насыщения артериальной крови кислородом (SaO₂), лабораторных показателей

- оценка сознания по шкале ком Глазго.
2. Дифференцирование подтипа ишемического инсульта: атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, гемодинамический, гемореологический.

3. Обеспечение адекватного газообмена:
- при SaO₂ < 94% – ингаляция кислорода через носовую катетер или лицевую маску.

- при SaO₂ < 90% на фоне проводимой оксигенотерапии, уровне сознания по ШКГ < 8 баллов – интубация трахеи с искусственной вентиляцией легких.

4. Инфузионная терапия:

- поддержание центрального венозного давления в границах 8-10 см водн. ст. путем адекватного восполнения растворами кристаллоидов и коллоидов.

5. Коррекция гемодинамики:

- при гипертензии (АД сист. >220 мм рт.ст., АД диаст. >120 мм рт.ст.) – медикаментозное снижение АД на 10-15% от исходного уровня в течение 2-3 часов, далее в течение суток – медикаментозное снижение АД на 15-25% от исходного уровня [1, 2].

- при гипотензии – вазопрессорная поддержка дофамином в дозе 5-10 мкг/кг/мин.

6. Первичная нейропротекция:

- 25% раствор магния сульфата 20 мл/сут. в 0,9% растворе NaCl, в/в.

7. Вторичная нейропротекция:

- из-за снижения кровотока в сосудах кровоснабжающих ткань мозга вокруг «ишемической полутени», уменьшения церебрального перфузионного давления и развития симптома «обкрадывания» – препараты для вторичной нейропротекции в остром периоде ишемического инсульта не применяются.

8. Антиагрегантная терапия:

- аспирин по 100-300 мг/сут. per os, в течение 48 часов от начала заболевания.

9. Антикоагулянтная терапия:

- антикоагулянты прямого действия (гепарин) 32 тыс. ЕД в 1-е сутки, далее по 24 тыс. ЕД в/в или п/к, под контролем коагулограммы.

10. Коррекция гипертермии:

- производится при t ≥ 37,5 °C и начинается поиск возможного очага инфекции.

11. Антибактериальная терапия:

- начинается при доказанном очаге инфекции, при этом производится замена групп антибиотиков каждые 7 дней.

12. Поддержание нормогликемии:

- при уровне глюкозы > 10 ммоль/л – коррекция инсулином короткого действия.

- при гипогликемии – немедленное введение 40% раствора глюкозы.

13. Протишоотечная терапия:

- 15% раствор маннитола 1 г/кг, в/в каждые 6 часов под контролем осмолярности плазмы, но не более 180 г/сут.

- 0,1% раствор L-лизина эсценат по 20 мл/сут. первые 3-е суток, затем по 10 мл/сут., в/в при устойчивой гемодинамике с тенденцией к гипертензии.

14. Зондовое энтеральное питание: - во время зондового энтерального питания пациент находится в полусидячем положении в течение 30 минут после кормления.

Выводы: Использование алгоритма интенсивной терапии у пациентов с ишемическим инсультом позволило снизить летальность до 34,1 %.

ТЕНДЕНЦІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА МІСЦЕ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЇХ ЛІКУВАННІ

Слонецький Б.І.¹, Тутченко М.І.², Березенко І.М.³, Вербицький І.В.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити основні тенденції перебігу гострих захворювань органів черевної порожнини та визначити місце малоінвазивних технологій у їх лікуванні.

Матеріал і методи. У роботі проаналізовано особливості госпіталізації та лікування пацієнтів з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, котрі знаходились на лікуванні у хірургічних клініках Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 2012 по 2015 роки. Клініко-діагностичний комплекс включав лабораторні, біохімічні та інструментальні методи дослідження, а також застосовували статистичні методи дослідження. **Результати та обговорення.** Аналіз динаміки пролікованих хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини з 2013 року по 2015

роки виявив, що лише з гострим апендицитом кількість пацієнтів зменшилась з 1435 хворих до 1319 пацієнтів та майже не зросла з гострою кишковою непрохідністю і склала 68 хворих в 2013, 70 пацієнтів в 2014 і 74 хворих в 2015 роках. Також не збільшилась кількість прооперованих хворих з приводу гострого холецистити, адже в 2013 році було проліковано 467 пацієнтів, в 2014 році 464, а в 2015 році 468 хворих.

Тоді як з перфоративною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки число хворих зросло з 133 пацієнтів до 161 хворого, а також збільшилась кількість прооперованих пацієнтів з приводу защемленої грижі черевної стінки з 158 в 2013 році до 182 пацієнтів в 2015 році. Зросло число пацієнтів, що були госпіталізовані з приводу гострого панкреатиту з 1113 в 2013 році до 1279 в 2015 році.

Застосування малоінвазивних – лапароскопічних втручання мало місце у переважної більшості хворих з гострим холециститом, у кожного п'ятого з гострим апендицитом, і лише у кожного десятого при лікуванні перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. По інших нозологічних захворюваннях, на превеликий смуток, зустрічається незначна кількість лапароскопічних втручання. Однак динаміка числа лапароскопічних втручання при хірургічному лікуванні гострих захворювань органів черевної порожнини свідчить про їх поступове зростання з 11,6% в 2013 році до 18,9% в 2015 році.

Висновки. Аналіз результатів дослідження основних тенденцій перебігу гострих захворювань органів черевної порожнини виявив зменшення кількості пацієнтів лише з гострим апендицитом, тоді як спостерігали збільшення кількості пацієнтів з перфоративною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, защемленою грижою та з гострим панкреатитом. Крім того, було встановлено, що застосування лапароскопічних втручання при хірургічному лікуванні хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини безпосередньо пов'язана з нозологічним захворюванням, але простежується позитивна динаміка їх збільшення.

ГЕРОНТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОНКОЇ КИШКИ, ЩО ОБУМОВИЛИ НЕОБХІДНІСТЬ ЇЇ СУБТОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

Слонецький Б.І.¹, Тутченко М.І.², Лобанов С.М.³, Вербицький І.В.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити особливості перебігу гострих захворювань тонкої кишки у пацієнтів похилого та старечого віку, котрим було виконано субтотальну резекцію тонкої кишки.

Матеріал і методи. У роботі проаналізовано особливості перебігу гострих захворювань тонкої кишки у 93 пацієнтів, які були госпіталізовані в ургентному порядку в хірургічні відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва з 2004 по 2015 роки, та яким було виконано субтотальну резекцію тонкої кишки. Хворі першої (43 пацієнти) групи були віком від 30 до 50 років, тоді як у другій (50 пацієнтів) групі вік був від 60 до 89 років. Клініко-діагностичний комплекс включав лабораторні, біохімічні та інструментальні методи дослідження, а також застосовували статистичні методи дослідження.

Результати та обговорення. Дослідження у хворих геронтологічних відмінностей негативних передумов та особливостей перебігу гострих захворювань тонкої кишки з виконанням її субтотальної резекції, встановило суттєві вікові розбіжності. На відміну від хворих віком 30-59 років, у пацієнтів похилого та старечого віку виявили переважання в структурі серед госпіталізованих жінок над чоловіками, для похилого віку в 1,2 рази, а для старечого віку навіть в 3,17 рази. Кожен третій хворий другої групи був госпіталізований у проміжку з 48 по 72 години з моменту захворювання, а кожен другий пізніше третьої доби.

Майже половина пацієнтів похилого віку (40,9%) та кожен другий хворий (52%) старечого віку госпіталізовувався з приводу гострої оклюзійної судинної недостатності кишечника. Крім того, переважна більшість пацієнтів похилого (80%) та старечого (84%) віку були госпіталізовані крім хірургічної причини, із захворюваннями серцево-судинної системи і кожен четвертий з них із захворюваннями органів дихання.

Слід зазначити, що лише у 7 (19,44%) хворих похилого та 1 (7,14%) хворого старечого віку виражена супутня патологія не спостерігалась, тоді як 10 (27,78%) пацієнтів похилого та 5 (35,71%) хворих старечого віку мало місце більше 3 екстраабдомінальних системних захворювань. Майже половина – 16 (44,45%) хворих похилого віку була госпіталізована з III ступенем ентеральної недостатності і майже кожен другий з 17 (47,22%) пацієнтів з перитонітом за Мангеймським перитонеальним індексом понад 29 балів, тоді як серед хворих старечого віку стан був ще гіршим, адже 10 (71,43%) пацієнтів були



госпіталізовані з III ступенем ентеральної недостатності і більше половини – 8 (57,14%) хворих з перитонітом за Мангеймським перитонеальним індексом понад 29 балів.

Висновок. Таким чином, аналіз результатів оцінки геронтологічних особливостей перебігу гострих захворювань тонкої кишки, котрим було виконано її субтотальну резекцію дозволив встановити суттєві вікові розбіжності не лише статевого характеру, але і принципові розбіжності біологічного та соціального характеру не усунувши котрі важко досягти бажаного результату від застосування медичної доктрини.

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО РИЗИКУ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Волосовець А.О.

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

Вступ. Гострий мозковий інсульт є однією з основних причин інвалідності та смертності в світі. Саме тому основним напрямком боротьби з даним захворюванням є його попередження та адекватна профілактика. Стратегія ж профілактики інсульту базується на виявленні та корекції факторів ризику мозкового інсульту. На сьогодні багато питань, пов'язаних з етіологією та предикторами інсульту залишаються дискусійними. Аналіз патогенезу інсульту показав, що провідними внутрішніми факторами ризику церебральної ішемії є артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, вік, гіпехолестеринемія та кардіальна патологія. Проте, зовнішні (або соціальні) модифікабельні фактори ризику є недостатньо вивченими, хоча вони відіграють значну роль у формуванні ауторегуляції мозкового кровообігу.

Мета. Вивчення спектру та оцінки впливів соціальних факторів ризику на частоту виникнення різних підтипів мозкового ішемічного інсульту.

Матеріали і методи. Було обстежено 140 пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт, віком від 42 до 84 років (середній вік 65,2±8,7 роки), використовувалися клініко-інструментальні методи, в тому числі і нейровізуалізація (КТ, МРТ), УЗДГ МАГ, ЕКГ, лабораторне обстеження і детальне клініко-анамнестичне опитування. Оцінка зовнішніх факторів ризику здійснювалася за допомогою спеціалізованої шкали соціального ризику інсульту.

Результати дослідження. Серед соціальних факторів ризику основними предикторами, що впливають на розвиток церебральної ішемії за механізмом лакунарного інсульту були надмірна стресогенність оточення (100%), надмірна нічна активність (73,1%), довготривала робота з моніторами (76,9%) та нерегулярне харчування (65,3%). Для атеротромботичного інсульту такими предикторами були стресогенність оточення (95,9%), порушення сну (85,0%), знижена фізична активність (93,7%), погане неякісне харчування (88,7%) та наявність виражених шкідливих звичок (85,0%). Для кардіоемболічного підтипу значимими факторами ризику стали стресогенність оточення (94,1%), наявність шкідливих звичок (94,1%) та порушення харчування (82,3%).

Висновки. Таким чином, виявлена комбінація зовнішніх факторів ризику ішемії головного мозку дозволить клініцистам своєчасно виявити пацієнтів, що знаходяться у групі ризику щодо виникнення різних підтипів інсульту та розробити відповідну індивідуальну стратегію профілактики.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГПМК НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О.

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

Мета. Ознайомити працівників невідкладної медичної допомоги з основними принципами надання первинної медичної або невідкладної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Матеріали і методи. Нами були вивчені та проаналізовані медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті.

Результати та обговорення. Відповідно до основних регламентуючих документів (уніфікованого клінічного протоколу за наказом МОЗ України від 17.04.2014 № 275 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при геморагічному інсульті» та від 03.08.2012р №602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» первинна медична та невідкладна медична допомога на догоспітальному етапі здійснюється бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги, бригадами екстренної медичної допомоги, лікарями загальної практики – сімейними лікарями. Медична допомога повинна бути надана пацієнтам з інсультом у перші хвилини від початку розвитку клінічних ознак захворювання. Всі пацієнти з підозрою на гострі порушення

мозкового кровообігу (ГПМК) незалежно від статі, віку та інших факторів після надання екстренної медичної допомоги підлягають терміновій госпіталізації у багатопрофільні лікарні інтенсивної терапії – нейросудинні центри (відділення), в яких допомога надається відповідно до розроблених локальних протоколів медичної допомоги. Дії бригади екстренної (швидкої) медичної допомоги: прибуття на місце події у місті за термін в межах 10 хв, поза межами міста – 20 хв. Діагностика та клінічне обстеження проводиться у повному обсязі, що фіксується у формі 110/0; провести збір анамнезу хвороби, життя, алергологічний анамнез, які лікарські засоби приймав пацієнт, якими супутніми захворюваннями хворів; усунути порушення життєво важливих функцій; оцінити неврологічний статус пацієнта; оцінити рівень свідомості за шкалою ком Глазго; виявити ознаки інсульту за шкалою FAST; визначити рівень глюкози крові, артеріальний тиск, виміряти температуру тіла; виконати ЕКГ. Лікувальна тактика: надати правильне положення тілу пацієнта з піднятим на 30° головою кінцем; застосувати стандартні методи для відновлення прохідності дихальних шляхів, за умов неефективності – виконати інкубацію трахеї і проводити кисневу терапію. Забезпечити венозний доступ з дотриманням заходів асептики і антисептики. Корекція артеріального тиску (АТ) не проводиться, якщо систолічний АТ не більше ніж 220 мм.рт.ст. та/або діастолічний АТ не більше ніж 120 мм.рт.ст. АТ можна знижувати не більше ніж на 10-15% антигіпертензивними препаратами (лабеталол, еналаприл). Інфузійна терапія проводиться 0,9% розчином NaCl зі швидкістю 100 мл/год. Проводиться корекція рівня глюкози. При виявленні рівня глюкози у крові менше 3,0 ммоль/л необхідно ввести 40-80 мл 20% розчину глюкози внутрішньовенно болісно. У разі судомного синдрому рекомендовано введення діазепаму внутрішньовенно в дозі 10-20 мг, магнію сульфат 25% 250 мг/мл крапельно. Не рекомендовано призначення АСК (ацетилсаліцилової кислоти) до проведення нейровізуалізації, ніфедипіну короткої дії, фурсемід, папаверину гідрохлорид, розчинів глюкози, кальцію хлориду, етамзилату натрію, аскорбінової кислоти. На ранньому госпітальному етапі пацієнтам, які визнані «кандидатами» на проведення тромболітичної терапії, госпіталізуються у неврологічний центр для її проведення. Учасники міждисциплінарної команди забезпечують міждисциплінарний підхід до лікування, реабілітації та профілактики, при потребі забезпечують надання нейрохірургічної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які приймають пацієнтів з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу, повинні мати можливість забезпечити у цілодобовому режимі: КТ/МРТ нейровізуалізацію; моніторинг вітальних функцій; контроль показників гомеостазу, надання необхідної допомоги спеціально підготовленим медичним персоналом, консультацію нейрохірурга.

Висновок. При підозрі на виникнення у пацієнта ГПМК повинна бути надана пріоритетна медична допомога, викликана карета швидкої допомоги, яка повинна надати необхідну допомогу і доставити пацієнта в заклад охорони здоров'я (судинний центр), заздалегідь повідомивши його.

ЧИ МОЖЛИВА В УКРАЇНІ ЄВРОПЕЙСЬКА МОДЕЛЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ІНСУЛЬТІ

Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О.

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

Мета. Провести короткий аналіз допомоги хворим з інсультом та визначити напрямки її оптимізації.

Матеріали та методи. Вивчена та проаналізована вітчизняна та зарубіжна література, яка стосується стратегії і тактики надання допомоги при цереброваскулярних захворюваннях.

Результати та обговорення. Сьогодні, в епоху змін на шляху європейської інтеграції України, медична спільнота та менеджмент системи охорони здоров'я мають вивчити кращий світовий досвід, дані доказової медицини для впровадження вітчизняних стандартів надання медичної допомоги при інсультах. По багатьох нозологіях уже розроблені клінічні протоколи або настанови, які регламентують всі етапи медичної допомоги пацієнтам з інсультом. Документи ґрунтуються на тих самих принципах, за якими працює інсульт на служба в Європейських країнах. На сьогодні при інсульті, частка якого становить близько 80% у загальній структурі захворювань, доведено ефективність п'яти лікарських втручань, що підвищують вірогідність гарного наслідку: госпіталізація в інсультне відділення, призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) при ішемічному інсульті у перші 48 год; проведення внутрішньовенного тромболітизму в перші 4,5 год з моменту появи перших симптомів, виконання декомпресивної гемікраніотомії у разі злякисного перебігу інфаркту мозку, вилучення тромбу за допомогою спеціальних пристроїв стентретриверів протягом перших 6 годин. Структурною одиницею системи інсультної допомоги повинні стати інсультні центри або інсультні відділення. У них повинні працювати компетентні мультидисциплінарні команди відповідно до протоколів, забезпечуючи

лікування та реабілітацію хворих з інсультом, починаючи з найгострішого періоду. Переваги лікування в інсультному відділенні (центрі) не залежить від віку та статі пацієнта, типу і тяжкості інсульту.

До ресурсів центрів, що суттєво впливають на результати лікування інсульту, належать: доступність сучасних методів діагностики (комп'ютерної томографії, ультразвукових досліджень, ургентної клініко-діагностичної лабораторії), які працюють цілодобово; наявність консультантів(кардіолога, нейрохірурга, реаніматолога, ендоскопіста, уролога); наявність відділення (палати) інтенсивної терапії, забезпеченого лікарями-анестезіологами та обладнанням для моніторингу та вентиляційної підтримки, обов'язкова умова успішної роботи центру (відділення – достатній штат медичного персоналу для забезпечення адекватного лікування, спостереження та догляду за кожним пацієнтом. Як показує світовий досвід у найгостріший і гострий період інсульту основним втручанням є моніторинг життєво важливих функцій та відновлення гомеостазу: усунення гіпоксії, гіперлікемії, гіпертермії, гіповолемії, електролітичних порушень. Одразу після стабілізації стану хворого, після обов'язкового огляду реабілітолога починається рання мобілізація. Злагоджена робота команди фахівців зменшує ймовірність лікарської помилки і одужання пацієнта. Українська неврологічна служба має у своєму розпорядженні документи, що регламентують основні принципи надання допомоги при інсульті, але на практиці спеціалізованої інсультної допомоги не відбувається. Переважна більшість наших співвітчизників з інсультом із запізненням госпіталізують до звичайних неврологічних чи терапевтичних чи терапевтичних стаціонарів, де вони часто не отримують адекватної допомоги.

Висновок: Рання госпіталізація до інсультного відділення не має протипоказань і дає змогу покращити наслідки інсульту будь-якого типу і будь-якої тяжкості.

ЗУПИНКА КРОВТЕЧІ З ПОШКОДЖЕНОЇ КІНЦІВКИ. ЯКОМУ МЕТОДУ ВІДДАТИ ПЕРЕВАГУ

Іскра Н.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра медицини катастроф та військової медичної підготовки, м. Київ, Україна

Мета. Визначити особливості застосування кровозупинних засобів на догоспітальному етапі.

Матеріал та методи. Серед всіх причин смерті на полі бою, які можна попередити, на першому місці – масивна зовнішня кровотеча з пошкодженої кінцівки. Медичне оснащення вивчених нами випадків було представлено засобами, що мали при собі поранений та/або особа, яка надавала допомогу у разі масивної кровотечі – кровозупинний джгут та гемостатичний засіб – «Селох».

Результати та обговорення. Як показав проведений попередній аналіз результатів надання допомоги постраждалим в зоні АТО, найбільша кількість ускладнень спостерігалась при застосуванні (з метою зупинки кровотечі) гемостатичного засобу «Селох». Так, безконтрольне застосування порошку «Селох», у 25% випадків приводило до втрати значної кількості не ушкоджених, життєспроможних тканин, у 24% – мала місце ішемія та локальний некроз тканин. При цьому, пересадку тканин після застосування «Селох», потребували 30% поранених.

Ампутація кінцівки, як наслідок невдалого застосування кровозупинного джгута мала місце лише у 12% випадків. Значна крововтрата, як наслідок відсутності досвіду застосування джгута мала місце у 3% випадків. Зафіксовано близько 7% транзиторних паралічів нерву кінцівки.

За умов наявності у аптечці «Селох» та кровозупинного джгута, бійці надавали перевагу «Селоху». Серед причин такої пріоритетності на першому місці (у 90% опитаних) був побачений попередньо ефект і відсутність інформації про можливі ускладнення. Відмовою від більш широкого застосування кровозупинного джгута була обізнаність про можливі ускладнення та необхідний практичний досвід.

Висновки. Надаючи новітні медичні засоби слід, перш за все, надавати повну інформацію про можливий негативний ефект від їх застосування. Застосування кровозупинного джгута в бойових умовах при масивній кровотечі з кінцівки повинно оцінюватись як першочерговий та пріоритетний захід.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ «ПРОГРАМИ ЦІЛЕСПРЯМОВАНОЇ ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ РЯТУВАЛЬНИКІВ» ДО ДІЯЛЬНОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

Назаренко І.І., Сличко І.Й.¹

¹Національна медична академія ім. П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Український науково-практичний центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити особливості розвитку мотиваційного компонента психологічної готовності рятувальників до та після застосування авторської «Програми цілеспрямованої професійно-психологічної підготовки (ЦППП) рятувальників»

в процесі їх підготовки до надання домедичної допомоги постраждалим при надзвичайній ситуації.

Матеріали та методи. Психологічна готовність до будь-якої діяльності – завжди результат психологічної підготовки. Психологічна підготовка рятувальників є однією із складових психологічного забезпечення діяльності фахівців та навчально-виховного процесу.

На базі Державного закладу «Український науково-практичний центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» була розроблена «Програма професійно-психологічної підготовки рятувальників».

Для встановлення її ефективності до експерименту були залучені 214 осіб, які відповідно були поділені: КГ–74 та ЕГ – 140 чоловік. Середній вік досліджуваних становив 27,0±4,0 років, стаж служби в ДСНС – 6±3,3 року, у тому числі ті, хто прослужили менше 2-х років – близько 17%, від 2-х до 5-ти років – 69%, більше 5 років – 14%. Понад 75% обстежених мали середню спеціальну освіту.

«Програми ЦППП рятувальників» розрахована на 48 годин навчального часу та складається із трьох модулів: теоретичний – 10 годин (лекційний); статичний –28 годин (відпрацювання 20 базових алгоритмів за міжнародною «Програмою BLS-базова підтримка життя» в аудиторних умовах під керівництвом інструктора; динамічний – 10 годин (відпрацювання 12 базових алгоритмів із застосуванням замуляжованих манекенів, волонтерів з відтворенням травматичних ушкоджень).

Результати та їх обговорення. У дослідженні сформованої мотиваційного компонента встановлено, що найбільш значущими мотивами вибору професії у рятувальників були: схильність до воєнізованої служби –19,98% (-0,13), бажання чомусь навчитися по-справжньому – 16,76% (6,62), прагнення до морального задоволення від роботи – 19,24% (3,09). Найнижчі ранги отримали показники: можливість мати пільги, стабільний зарібок – 1,28% (0,23), змістовний інтерес до роботи в рятувальних підрозділах – 2,1% (-1,08).

При проведенні порівняльного аналізу виразності мотивів професійної діяльності відзначено низку достовірних розходжень. Для фахівців обох досліджуваних груп домінуючим мотивом є «схильність до воєнізованої служби» – 19,23% і 18,86% відповідно.

Після застосування «Програми ЦППП рятувальників» достовірно більше фахівців експериментальної групи (ЕГ) порівняно з контрольною групою (КГ) виявили схильність при обранні професії спиратись на прагнення «себе перебороти, змінити характер, стати впевненішими у собі» –17,02% проти 13,68%, при р<0,01.

Висновки. Таким чином, результати впровадження «Програми ЦППП рятувальників» підтвердили її ефективність, що засвідчено позитивними змінами в показниках критеріїв мотиваційного компонента психологічної готовності рятувальників до виконання завдань за призначенням.

ОСОБЛИВОСТІ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ АТО

¹Рощін Г.Г., ²Близник М.Д., ²Новіков Ф.М., ¹Кузьмін В.Ю., ²Максименко М.А., ¹Іванов В.І.

¹НМАПО ім. П.Л. Шупика

²ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України»

Мета. Покращення надання екстренної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим під час проведення АТО в Україні шляхом аналізу принципів організаційно-функціональної структури в системі надання ЕМД. Практична цінність роботи полягає в узагальненні знань про систему медичного захисту населення України відповідно до сучасних вимог суспільства.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження були: законодавчі та нормативні акти України, Урядового та відомчого рівнів стосовно медичного захисту населення в особливий період та в надзвичайних ситуаціях, а також, накази, інструкції, інформаційні матеріали діючі в Україні з питань надання ЕМД. Аналіз ґрунтується на міжнародному досвіді основ організаційного принципу медичного сортування та надання тактичної ЕМД постраждальому відповідно до стандартів, що визначені протоколами. Методом дослідження було: логіко-семантичний метод із застосуванням принципу формальної логіки, щодо визначення понять за допомогою аналізу їх ознак, відношень між мовними висловами й дійсністю та юридичний метод, що застосовано відповідно до клініко-організаційного аналізу та порівняння науково-правової літератури для теоретичного підґрунтя дослідження.

Результати та обговорення. Відповідно до потреб суспільства на початку XXI століття, реалізація рішень Ради національної безпеки і оборони України (РНБОУ) в 2008–2009 рр. щодо розбудови в Україні сучасної системи цивільного захисту (ЦЗ) населення значною мірою спирається на досвід, отриманий Міністерством надзвичайних ситуацій і співпраці зі структурами НАТО в рамках програми «Партнерство заради миру, системи особливого партнерства і Плану дій Україна–НАТО». У першу чергу це стосується взаємодії з Головним комітетом з надзвичайного цивільного планування (SCERP) у НАТО. З урахуванням ситуації у державі та східних регіонах України, з метою підвищення готовності до відвернення та нейтралізації загроз національній безпеці, забезпечення протидії терористичним проявам і вдосконалення механізму розробки і реалізації єдиної державної політики у сфері ЦЗ, внесено відповідні зміни в Кодекс цивільного захисту України, згідно із Законом України № 76-VIII від 28.12.2014 р. та прийнято



рішення РНБОУ від 18.02.2015 р. «Про додаткові заходи щодо зміцнення національної безпеки України» (Рішення введено в дію Указом Президента № 139/2015 від 12.03.2015 р.), де відповідно до пункту 4(2) вказано: забезпечити разом із Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством внутрішніх справ та Службою безпеки України за участю волонтерських організацій проведення практичних занять для військовослужбовців щодо надання домедичної допомоги відповідно до стандартів НАТО, що визначені відповідними протоколами. А саме, модель ТЕСС (Tactical Emergency Casualty Care) – тактична екстрена медична допомога постраждалому, призначена для застосування цивільними (екстреними) службами, зокрема закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) системи ЕМД, персоналом правоохоронних органів та пожежно-рятувальної служби на принципах надання ЕМД лікарськими засобами та процедурами за цивільним стандартом, з евакуацією хворих і поранених в цивільні медичні ЗОЗ. Але, основна частина стандартів в Україні (наприклад, ДСТУ 7095:2009 «Безпека у надзвичайних ситуаціях. Захист населення у надзвичайних ситуаціях. Основні положення» та ДСТУ 3891:2013 «Безпека у надзвичайних ситуаціях. Терміни та визначення основних понять») розроблена на основі радянських стандартів ГОСТ і не гармонізована до міжнародних стандартів (наприклад, ISO/TC 223 «Менеджмент надзвичайних ситуацій» та ISO/CD 22315:2013 «Стандарт практики для масового планування евакуації»). Враховуючи, що евакуація постраждалих є фундаментальним аспектом медичної допомоги, для спільних операцій союзників НАТО використовують концепцію медичної евакуації (MEDEVAC), яка узгоджується за принципами та політикою даної системи, беручи до уваги розвиток багатонаціональної оперативної інтеграції. Угоди зі стандартизації (STANAG, NATO Standardization Agency) було ратифіковано країнами-членами НАТО у 2007 р.. Метою цієї угоди є реєстрація визнання країнами спільної об'єднаної доктрини з медичної евакуації (AJMedP-2), що входить у посилення на номер STANAG для ідентифікації (STANAG2546 MEDSTD).

Висновок. Реалізація концепції функціонування адекватної сучасної системи медичного захисту населення України в умовах проведення контртерористичних операцій потребує здійснення організаційно-правових заходів, пов'язаних із проведенням цілеспрямованих, системних та скоординованих дій з боку органів державного управління, виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, недержавних установ та громадських організацій. Тому, на даний час необхідно проводити роботу щодо перегляду відповідних національних стандартів України та їх упровадження в цілісний стан побудови, функціонування та управління сучасної системи ЦЗ та ЕМД. Зокрема, це стосується реалізації положень Военно-медичної доктрини України, що дасть можливість створити в державі єдиний медичний простір.

ОЦІНКА ГОТОВНОСТІ ЛІКАРНІ ДО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗА УМОВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

¹Роцін Г.Г., ¹Мазуренко О.В., ³Ткаченко О.А., ¹Сличко І.Й., ³Сандрацький М.Г., ²Березенко І.М., ²Дорош В.М.

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ. Існуючий ризик надзвичайних ситуацій (НС), в т.ч. воєнного характеру, для закладів охорони здоров'я України обумовлює потребу оцінки безпеки лікарень, що відповідає Програмі із зменшення ризику лиха впродовж 2015-2030 рр (Японія, 2015).

Мета. Оцінити ступені безпеки закладу охорони здоров'я до функціонування при НС.

Матеріал та метод. Оцінка структурних компонентів КМКЛШМД, бібліографічний, семантичний. **Результати та обговорення.** Збільшення стійкості закладів ОЗ вирішують через розрахунок Індексу безпечності лікарень (ІБЛ), який складається з низки компонентів, в т.ч. а) потенційно існуючі небезпеки НС певної території, б) структурні компоненти (будівельні особливості закладу ОЗ), в) не структурні компоненти (електро-водопостачання тощо), г) функціональні компоненти (наявність Плану реагування, штабу подолання наслідків НС, тренування медичного персоналу). ІБЛ оцінюють за 151 показником, які згруповані в модулі. Сума значень всіх параметрів складає 100%, а ІБЛ набуває значень від 0 до 1,0, з визначенням трьох рівнів безпечності: найвищого А (0,66-1,0), середнього В (0,36-0,65), низького С (0-0,35). Остаточні розрахунки здійснюють за допомогою комп'ютерної програми «Обчислювач індексу безпеки». За результатами оцінки ІБЛ КМКЛШМД склав 0,42, а індекс вразливості 0,58, що відповідає рівню В - за умов НС існує потенційна загроза безпечного функціонування. Більша кількість параметрів які мали низький рівень безпеки належали до компонентів «НЕ СТРУКТУРНОЇ БЕЗПЕКИ» та «ФУНКЦІОНАЛЬНА СПРОМОЖНІСТЬ»

Висновки. Оцінку готовності лікарень до функціонування за умов НС доцільно здійснювати на основі розрахунку Індексу безпечності лікарень, аналізу наявного Плану реагування. Збільшення безпеки лікарні передбачає організацію альтернативних джерел електро-, водопостачання, встановлення в підрозділах закладу охорони здоров'я системи оповіщення, визначення механізмів залучення додаткового медичного персоналу. Індекс безпечності лікарень набуває актуальності для потенційно небезпечних територій країни.

АНАЛІЗ ПРОЙДЕНОГО ТА ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

¹Тимошенко Т.В., ²Роцін Г.Г.

¹МОЗ України, ²НМАПО ім. П. Л. Шупика

Вступ. Незважаючи на певні досягнення в розвитку екстреної медичної допомоги в Україні за останні 20 років, показники смертності від зовнішніх причин залишаються на високому рівні – 87,0 на 100 тис. нас. за 2013 рік, а в скандинавських країнах цей показник складає біля 20, на 100 тис. населення. Мета. Оцінити виконання нормативно правових документів (НПД) щодо реформування екстреної медичної допомоги (ЕМД) та намітити головні напрямки її розвитку.

Матеріал та метод. Оцінка виконання компонентів ЕМД в нормативно – правових актах України, бібліографічний.

Результати та обговорення. Реформування ЕМД в НПД висвітлюється ще у 1997 році, так Постанова КМ України №1379 від 09.12.1997р. П.10. вказувала на необхідність розробки нормативно правових актів щодо підготовки медичних працівників з таких спеціальностей: «медицина катастроф, невідкладних станів, хірургія пошкоджень, медичний рятувальник (парамедик)» до 2001 р.

У 2005 році серед головних завдань визначених Указом Президента України № 1694/ 2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 року, передбачено реорганізацію системи екстреної медичної допомоги (ЕМД). В послідуючих роках після затвердження Розпорядження К М України від 13 липня 2006 р. N 402-р концепції «Державної програми створення єдиної системи надання (ЕМД) на період до 2010 року», була прийнята Постанова Кабінету Міністрів України №1290 від 5 листопада 2007р. про затвердження цієї Програми., на виконання якої були видані низка наказів МОЗ, основними із них були: №245 від 12.05.2008р про затвердження плану реалізації цієї програми та №370 від 1 червня 2009 року «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги» і в 2010 році розроблений проект Закону України про екстрену медичну допомогу з її компонентами які були затвержені наказом № 370. На сьогоднішній день більшість із НПД, які були видані раніше не були виконані на 100% і є діючими. Прийняті закони: Закон України «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011р. № 3611-ВІ, Закон України «Про екстрену медичну допомогу», від 5 липня 2012 р. №5081-В, Закон України «Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112» від 13.03.2012 р. № 4499, Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 р. №3612-ВІ і усі послідуочі до 2016 р. НПД, нажал, не охопили всі компоненти системи ЕМД. В зв'язку з вищевикладеним, сьогоднішню потребу внесення змін до НПД, які відповідали б сучасним міжнародним вимогам до ЕМД, а саме: 1. Створити повноцінну підсистему ЕМД на догоспітальному етапі з уведенням нових спеціальностей (внести зміни до класифікатора спеціальностей, створити нові кваліфікаційні вимоги до спеціальності, посади та освітні кваліфікаційні вимоги) в усіх міністерствах (МО, МВС,СБУ та інші), відомствах та ЛПЗ різних форм власності. Запровадити нову спеціальність: «Екстрений медичний технік» – володіння навичками екстреної домедичної допомоги рівня базової підтримки життя , BLS (водій автомобіля ШМД, працівники в складі пожежних команд, дорожньо-патрульних підрозділів, воєнізованих формувань). Удосконалити спеціальності: «Фельдшер з медицини невідкладних станів» – володіння навичками екстреної медичної допомоги та медичними маніпуляціями рівня розширеної підтримки життя, ALS, « лікар з медицини невідкладних станів» володіння навичками екстреної медичної допомоги та медичними маніпуляціями лікарського рівня, MALS за міжнародними вимогами з запровадженням 5-річної резидентури.

Необхідно виконати усі пункти наказу №370 від 01.06.2009р. МОЗ України. **Висновки.** Запровадження вищевказаного дасть змогу збільшити середню тривалість життя населення, знизити рівень смертності у працездатному віці від нещасних випадків, травм та отруєнь на 15 відсотків, зменшити економічні втрати, спричинені тимчасовою та стійкою працездатністю.

ПЕРШОЧЕРГОВІ ЗАВДАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

¹Шафранський В.В., ¹Тимошенко Т.В., ²Роцін Г.Г.

¹МОЗ України, ²НМАПО ім. П. Л. Шупика

Вступ. Існуючий ризик надзвичайних ситуацій (НС), в т.ч. воєнного характеру, для закладів охорони здоров'я України обумовлює потребу оцінки безпеки лікарень, що відповідає Програмі із зменшення ризику лиха впродовж 2015-2030 рр (Японія, 2015).

Мета. Оцінити ступені безпеки закладу охорони здоров'я до функціонування при НС.

Матеріал та метод. Оцінка структурних компонентів КМКЛШМД, бібліографічний, семантичний.

Результати та обговорення. Збільшення стійкості закладів ОЗ вирішують через розрахунок Індексу безпечності лікарень (ІБЛ), який складається з



низки компонентів, в т.ч. а) потенційно існуючі небезпеки НС певної території, б) структурні компоненти (будівельні особливості закладу ОЗ), в) не структурні компоненти (електро- водопостачання тощо), г) функціональні компоненти (наявність Плану реагування, штабу подолання наслідків НС, тренування медичного персоналу). ІБЛ оцінюють за 151 показником, які згруповані в модулі. Сума значень всіх параметрів складає 100%, а ІБЛ набуває значень від 0 до 1,0, з визначенням трьох рівнів безпечності: найвищого А (0,66-1,0), середнього В (0,36-0,65), низького С (0-0,35). Остаточні розрахунки здійснюють за допомогою комп'ютерної програми «Обчислювач індексу безпеки». За результатами оцінки ІБЛ КМКЛШМД склав 0,42, а індекс вразливості 0,58, що відповідає рівню В - за умов НС існує потенційна загроза безпечного функціонування. Більша кількість параметрів які мали низький рівень безпеки належали до компонентів «НЕ СТРУКТУРНОЇ БЕЗПЕКИ» та «ФУНКЦІОНАЛЬНА СПРОМОЖНІСТЬ»

Висновки. Оцінку готовності лікарень до функціонування за умов НС доцільно здійснювати на основі розрахунку Індексу безпечності лікарень, аналізу наявного Плану реагування. Збільшення безпеки лікарні передбачає організацію альтернативних джерел електро-, водопостачання, встановлення в підрозділах закладу охорони здоров'я системи оповіщення, визначення механізмів залучення додаткового медичного персоналу. Індекс безпечності лікарень набуває актуальності для потенційно небезпечних територій країни.

ОСНОВНІ МОМЕНТИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЗАГРОЗІ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ З ГЕМОРАГІЧНИМ СИНДРОМОМ В І ІІ ТРИМЕСТРІ

¹Роціна Г.Ф., ¹Швец Л.Л., ²Коробко О.М., ²Гончарова Л.І., ²Деденко С.І., ²Шекера Т.Д., ²Ярмолицька Н.А.

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті №1 Філії «Центр охорони здоров'я» Публічного акціонерного товариства «Українська залізниця», м. Київ

Вступ. Проблема геморагічного синдрому (ГС) при загрозі переривання вагітності (ЗПВ) в І і ІІ триместрі залишається актуальною, не дивлячись на великий вибір медикаментозних препаратів.

Метою нашої роботи стало вивчення ефективності сублінгвальної форми мікронізованного прогестерону (Лютеїна).

Матеріали та методи дослідження. Мікронізований прогестерон (МПр) використовується для довготривалої терапії при загрозі переривання вагітності від малих її термінів і до 36,6 тижнів у вигляді вагінальних, оральних та сублінгвальної форми. Прогестерон і його мікронізовані форми – потужний токолітик і спазмолітик, який має вплив на численні ланки в процесі розвитку вагітності. Давно відомі його гемостатичні властивості, що надало можливість використання при розвитку ГС. При цьому треба відмітити, що застосування вагінального шляхом доставки МПр, як форми яка має пряму і швидку дію на структуру матки при вагітності, унеможливується при наявності ГС. В наше дослідження було включено 40 пацієнток з клінічними ознаками загрози переривання і ГС у терміні вагітності від 12 до 16 тижнів. Всім вагітним проведено УЗД: підтверджений термін вагітності, встановлена серцева діяльність плоду і його рухливість, наявність/відсутність ретрохоріальної гематоми, встановлені ознаки гіпертонусу матки, проведено вимір довжини шийки матки. До основної групи увійшли 20 пацієнток, яким з метою корекції їх стану проводилося лікування препаратом Лютеїна – сублінгвальної форми МПр – по 100мг у вигляді 3-4 разового прийому на протязі 5 днів. Протокол лікування передбачав проведення контрольного УЗД через 5 діб, або при посиленні геморагічного компонента. У контрольній групі було 20 пацієнток з аналогічними ознаками перебігу вагітності і тотожними термінами вагітності, яким застосовували внутрішньом'язове введення прогестерону (в/м П).

Отримані результати. При застосуванні препарату Лютеїна з метою лікування загрози переривання вагітності в 12-16 тижнів при наявності ГС отримані наступні результати – зменшення клінічних проявів після 3-го дня прийому у всіх 20 вагітних, зменшення ГС на 4-5 день лікування – у 16 (80%), Дані УЗД після 5 дня терапії: зменшення (4 пацієнтки – 20%) або відсутність (у 16 пацієнток – 80%) гіпертонусу матки, нормалізація рухливості активності плоду (100%), зменшення (у 6 – 30%) і відсутність (у 14 – 70%) ретроплацентарної гематоми. У контрольній групі зменшення клінічних проявів після 5-ти днів в/м П констатовано лише у 10 вагітних (50%), зменшення ГС відмічено на 5 день лікування лише у 12 пацієнток (60%). Дані УЗД в контрольній групі після 5 дня терапії: зменшення (у 14 пацієнток – 70%) та відсутність (у 6 пацієнток – 30%) гіпертонусу матки, нормалізація рухливості активності плоду (у 16 – 80%), зменшення (у 12 – 60%) і відсутність (у 4-20%) ретроплацентарної гематоми.

Значно кращі клінічні та УЗД показники при медикаментозному лікуванні загрози переривання вагітності з ГС в 12-16 тижнів препаратом Лютеїна, дало змогу в подальшому знизити дозу сублінгвальної форми МПр – препарат Лютеїна – до 150-200мг на добу. Застосування в/м прогестерону такої переваги не мало, що

зумовило також більш тривале перебування цієї групи пацієнток на стаціонарному лікуванні.

Висновки. Застосування сублінгвальної форми МПр – препарат Лютеїна – при лікуванні загрози переривання вагітності в терміні 12-16 тижнів і наявності ГС приводить до швидкого зменшення клінічних проявів, геморагічного синдрому та УЗД ознак вже з 3-го дня лікування, що позитивно позначається також на загальному терміні перебування в стаціонарі.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВНУТРІШНЬО МАТКОВОЇ СПІРАЛІ

¹Роціна Г.Ф., ¹Швец Л.Л., ²Коробко О.М., ²Гончарова Л.І., ²Деденко С.І., ²Шекера Т.Д., ²Ярмолицька Н.А.

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті №1 Філії «Центр охорони здоров'я» Публічного акціонерного товариства «Українська залізниця», м. Київ

Вступ. Проблема профілактики запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОТ) при застосуванні внутрішньо маткової спіралі (ВМС), як методу довготривалої контрацепції, все ще залишається актуальною як з погляду на захворювання тазових органів, так і в зв'язку можливого виникнення безпліддя.

Мета. Вивчення ефективності профілактики захворювань органів малого тазу при застосуванні внутрішньо маткової спіралі (ВМС) при бактеральному вагінозі (БВ), шляхом корекції вагінального мікробіоценозу.

Матеріали та методи дослідження. ЗЗОТМ при застосуванні ВМС, як методу довготривалої контрацепції, найчастіше можуть бути спровоковані міграцією умовно-патогенної (геніальні мікоплазми, анаеробна мікрофлора) мікрофлори вагіни. Особливо треба зазначити, що ЗЗОТ значно збільшують ризик розвитку трубно-перитонеального фактору безпліддя. В наше дослідження було включено 55 пацієнток з бактеріальним вагінозом (БВ) на тлі застосування ВМС. БВ являє собою вагінальний дисбіоз, зумовлений превалюючими штамами анаеробної умовно-патогенної мікрофлори вагіни. Діагностика БВ проводилась згідно існуючих рутинних критеріїв (Критерії Амсела). До основної групи увійшли 30 пацієнток з ВМС, у яких з метою корекції БВ застосовували оральну форму препарату Лактостар плюс, який містить у своєму складі 2 типи пробіотиків – Lactobacillus rhamnosus (DSM 21690) і Bifidobacterium lactis (DSM 17741) в сумарній кількості не менше 4,0x10⁹КФЕ живих бактерій. Вони сприяють відновленню нормальної мікрофлори кишківника та вагіни, що в свою чергу сприяє відновленню колонізаційної резистентності слизової оболонки шлунково-кишкового тракту та статевих шляхів. Пробиотики, складові препарату Лактостар плюс, пригнічують ріст патогенної та умовно-патогенної флори, а також стимулюють неспецифічний імунітет за рахунок секреторного імуноглобуліну sIgA. Висока ефективність у препарату Лактостар плюс зумовлена мікрокапсулюванням лакто- та біфідобактерій, що зберігає їх у високій концентрації в кишківнику. Має значення також зручність прийому – 1 капсула на добу на протязі 15 днів. Для підвищення ефекту препарату Лактостар плюс, ми також застосовували вагінальні таблетки Фемініум-інтіма на протязі 5-7 днів. Цей препарат містить: L-аскорбінову кислоту 25 мг (швидко відновлює фізіологічну рН вагіни), полігасарин – інулін (підсилюють ріст і розмноження лактобактерій) та токоферол (вітамін Е) з гіалуроновою кислотою – вони діють як чинники зволоження та відновлення слизової оболонки вагіни.

У контрольній групі було 25 пацієнток з БВ на тлі застосування ВМС, які отримували іншу загальноприйнятну терапію цього стану. Тривалість застосування ВМС в обох групах була співставною – від 1 до 4 років.

Результати. Застосування препаратів Лактостар плюс та Фемініум-інтіма для корекції мікробіоценозу у пацієнток з БВ на тлі довготривалої контрацепції за допомогою ВМС, призвело до зникнення клінічних ознак БВ (свербіж, неприємні виділення) на протязі 4-5 днів, проти 7-8 днів у жінок контрольної групи. Нормалізації мікрофлори вагіни на тлі прийому Лактостар плюс відбулась через 7-9 днів у 88% пацієнток, у контрольній групі: нормалізація мікрофлори – через 10-12 днів (72% пацієнток). Цікавила нас також частота рецидивів випадків БВ. Основна група (пацієнтки, які використовували Лактостар плюс) – ранні рецидиви (рецидиви через 4-6 тижнів) – відсутні. Пізні рецидиви ми констатували у 2 випадках (6,66%), що, на нашу думку, було пов'язано з досить довготривалим знаходженням ВМС (біля 4-х років). Контрольна група: ранні рецидиви – 4 (16%), пізні рецидиви - 3 випадки (12%).

Висновки. Для профілактики запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОТ), зумовлених міграцією умовно-патогенних мікроорганізмів, а також при клінічному розвитку бактеріального вагінозу у жінок, які застосовуват внутрішньо маткову спіраль (ВМС), можна рекомендувати застосування препаратів Лактостар плюс та Фемініум-інтіма. Препарати Лактостар плюс та Фемініум-інтіма – мають прямий вплив на патогенетичні ланки при корекції мікробіоценозу вагіни. Для попередження рецидивів цього процесу при довготривалому застосуванні ВМС, можна рекомендувати курси цих препаратів без усяких застережень.



ЛІКУВАННЯ ОСТЕОХОНДРОЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ КЛІТИННИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Грицик В.Ф., Шмельова М.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Медична компанія Іпауа (ТОВ «А.А. ПАРТНЕРС») м. Київ, Україна

Мета. Дослідити доцільність застосування стовбурових клітин для лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта.

Матеріали та методи. Нами проведено лікування 3 пацієнтів з остеохондрозом поперекового відділу хребта, ускладненого дискогенним нейрокомпресійним синдромом, аутологічними стромальними стовбуровими клітинами.

Вік пацієнтів – від 32 до 68 років. До надходження в клініку всім хворим проводилося комплексне консервативне лікування: анальгетики, спазмолітики, нестероїдні протизапальні засоби, блокади з місцевими анестетиками та стероїдними препаратами. На МРТ виявлено екструзії міжхребцевих дисків розмірами від 6 до 8 мм. Неefективність консервативної терапії, стійкі симптоми подразнення і випадання функцій корінців були показаннями для хірургічного лікування, проте 2 пацієнтів категорично відмовилися.

Клітинний матеріал, що отриманий з жирової клітковини передньої черевної стінки шляхом пункційної аспірації, був масштабований в біотехнологічній лабораторії до 10-20 млн. Клітинна суспензія вводилася паравертебрально на боці латералізації екструзії диска, на рівні ураженого сегмента, довгою голкою, заходячи вентрально на 1.5-2 см за поперечний відросток. Ускладнень під час маніпуляції не спостерігалося. Переносимість клітинного матеріалу задовільна.

Результати. Купірування больової симптоматики наступало на 2-3 тижні після введення стовбурових клітин. Повний регрес неврологічних симптомів випадання функцій корінців – через 1-1.5 міс. Динамічне спостереження над пацієнтами становило від 2 до 10 міс. Одному пацієнту на 3 та 7 міс. після клітинної терапії проводилася контрольна МРТ. Грижеподібне випинання міжхребцевого диска з 8 мм зменшилося до 6 і 2 мм відповідно.

Висновки. Клітинна терапія остеохондрозу, ускладненого дискогенним нейрокомпресійним синдромом, може бути альтернативою не тільки медикаментозного, а й хірургічного лікування. Безумовно, необхідно подальше вивчення показань і протипоказань, удосконалення техніки введення, визначення кратності введення і оптимальних доз клітинного матеріалу.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПРОЦЕСАМИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ І СТАНОМ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Ярема Н.М.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль, Україна

Мета. Дослідити доцільність оцінки процесів перекисного окислення ліпідів у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) для поліпшення моніторингу активності захворювання.

Матеріали та методи. Обстежено 53 дітей з ЮРА віком від 5 до 16 років. Оцінювали імунологічний статус (CD3, CD4, CD8, CD16, CD72), рівні цитокинів (ІЛ – 1, ІЛ – 6, ІЛ – 4), імуноглобулінів (М, G, A), малонового діальдегіду (МДА), супероксиддисмутазу (СОД) і церулоплазміну (ЦП) крові.

Результати та обговорення. Про взаємозв'язок між ПОЛ і станом імунної системи свідчили високі позитивні коефіцієнти кореляції між МДА і Іg М (r=0,65, p<0,05), та Іg G (r=0,37, p<0,05). Із підвищенням рівня МДА знижуються рівні CD4 (r=-0,81, p<0,05) і CD8 (r=-0,38, p<0,05).

Прямий середній кореляційний зв'язок відмічався між рівнем МДА і CD22 (r=0,43, p<0,05), ЦІК (r=0,50, p<0,05), ІЛ-1 (r=0,40, p<0,05), ІЛ-4 (r=0,47, p<0,05). Показником глибини патологічних змін в імунній системі при ЮРА є рівень СОД. Встановлено обернений середній кореляційний зв'язок між рівнем СОД і Іg А (r=-0,54, p<0,05), і Іg М (r=-0,61, p<0,05). Про одночасне зниження рівнів CD4 і CD8 та рівня СОД свідчить позитивний кореляційний зв'язок між цими показниками. Середній обернений кореляційний зв'язок відмічається між рівнями СОД і CD22 (r=-0,40, p<0,05), ЦІК (r=-0,59, p<0,05), ІЛ-4 (r=-0,45, p<0,05). Вміст ЦП в крові – критерій глибини запального процесу при ЮРА. Виявлено середні прямі кореляційні зв'язки ЦП з імуноглобулінами: Іg А (r=0,40, p<0,05), Іg М (r=0,56, p<0,05), Іg G (r=0,37, p<0,05), CD22 (r=0,46, p<0,05), ІЛ-4 (r=0,37, p<0,05). Також виявлено сильний обернений кореляційний зв'язок між ЦП і CD4 (r=-0,81, p<0,05).

Висновки. Отримані дані віддзеркалюють патогенетичні механізми розвитку ЮРА. В обстежених дітей відмічаються порушення процесів перекисного окислення ліпідів, які відображають стан імунної системи і цитокіновий статус цих хворих і можуть бути використані для оцінки активності захворювання.

ШКОЛА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-11:30

Організатори: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра медицини катастроф та військової медичної підготовки, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф

ПРОГРАМА

Майстер-клас: Алгоритм основ підтримки життя

Проводять: Крилюк В.О., Кузьмін В.Ю., Кузьмінський І.В.

Організатори: Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Кафедра медицини катастроф та військової медичної підготовки НМАПО ім. П. Л. Шупика

Майстер-клас: Сучасні методики зупинки зовнішньої кровотечі

Проводять: Кузьмін В.Ю., Роцин Г.Г., Крилюк В.О.

Організатори: Кафедра медицини катастроф та військової медичної підготовки НМАПО ім. П. Л. Шупика, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Тема: Клінічна ефективність препаратів на гелевій основі у хворих з дермальними опіками

Доповідачі: Козинець Г.П., Циганков В.П., Осадча О.І., Коваленко О.М., Боярська Г.М. (Київ)

Тема: Особливості перебігу поверхневих опіків при застосуванні сучасних ранових покриттів

Доповідачі: Коваленко О.М., Коваленко А.О., Осадча О.І. (Київ)

Тема: Застосування ранового покриття «Тегадерм» для лікування донорських ран у хворих з глибокими термальними опіками

Доповідачі: Мунтян С.О., Слесаренко С.В., Бадюл П.О., Нор Н.М., Слесаренко К.С. (Дніпропетровськ)

Тема: Розтягнуті перфорантні клапті в лікуванні після опікових деформацій верхньої кінцівки

Доповідачі: Жернов О.А., Жернов А.О., Кіпрі Мохаммед, Стаскевич С.В. (Київ)

Тема: Пластика дефектів носа щічним клаптом

Доповідачі: Цапенко В.І., Цапенко О.В. (Черкаси)

Тема: Естетичний аспект реконструктивних операцій у хворих з наслідками опіків

Доповідачі: Крисько С.Ю., Бояринова Л.М. (Київ)

Тема: Використання струму низької інтенсивності без зовнішніх джерел в комплексному лікуванні хворих з ранами стоп

Доповідачі: Нагайчук В.І. (Вінниця)

Тема: Деградуєчі біологічно-активні конструкційні деталі в хірургії обличчя
Доповідачі: Галатенко Н.А., Рожнова Р.А., Кебуладзе І.М., Маланчук В.О., Остапенко О.О. (Київ)

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІННОВАЦІЇ В НЕЙРОХІРУРГІЇ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-18:00

Організатори: НАМН; МОЗ України; ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України», Українська Асоціація нейрохірургів

ПРОГРАМА

Тематика

- Відновлювальна нейрохірургія при бойових ураженнях нервової системи
- Сучасні підходи до періопераційного ведення нейрохірургічних хворих
- Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Тема: Відновлювальна нейрохірургія при бойових ураженнях нервової системи

Модератори: Цимбалюк В.І., Слинко Є.І., Сірко А.Г.

Тема: Сучасні підходи до періопераційного ведення нейрохірургічних хворих

Модератори: Поліщук М.Є., Возняк О.М., Мінов С.В.

Тема: Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Модератори: Педаченко Є.Г., Білошицький В.В., Ольхов В.М.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

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

ПРОГРАМА

Тема: Стандарти підготовки хворих на ХХН V ст. до трансплантації нирки

Доповідачі: Колесник М.О.

Тема: Результати трансплантації нирки у хворих з хронічною нирковою недостатністю

Доповідачі: Зограб'ян Р.О.

Тема: Особливості алотрансплантації нирки у пацієнтів дитячого віку

Доповідачі: Закордонцев В.П.

Тема: АВ0-несумісна алотрансплантація нирки від живого родинного донора

Доповідачі: Зограб'ян Р.О.

Тема: Неінвазивна діагностика стану ниркового алотрансплантату. Лімфоцити периферичної крові

Доповідачі: Шелест В.В.

Тема: Неінвазивна діагностика стану ниркового алотрансплантату. Цитокини

Доповідачі: Зограб'ян Р.О.

Тема: Створення стандарту лабораторного дослідження донора і реципієнта ниркового алотрансплантату на передопераційному етапі

Доповідачі: Гомоляко І.В.

СТВОРЕННЯ СТАНДАРТУ ЛАБОРАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДОНОРА І РЕЦИПІЄНТА НИРКОВОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТУ НА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ

Гомоляко І.В., Тумасова К.П., Торак В.М., Швадчин І.О., Клочкова Н.Є., Самсонова Г.В.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Створення діагностичного стандарту для дослідження донорів і реципієнтів ниркового алотрансплантату (НАТ) і для моніторингу реципієнтів на основі використання морфологічних методів діагностики для покращення віддалених результатів алотрансплантації нирки.

Матеріали і методи. Обстежено 106 пацієнтів віком від 14 до 52 років, у яких проведено цитометричне визначення індексу ушкодження системи нейтрофілів крові, «неінвазивну» біопсію печінки, цитологічне дослідження осадку сечі.

Результати та обговорення. Система нейтрофільних гранулоцитів (НГ) крові реагує навіть на незначні підвищення рівня креатиніну і, відповідно, на розвиток ниркової недостатності. Визначення ступеню ушкодження системи

НГ може бути використане для прогнозування результатів трансплантації, а також для моніторингу реципієнтів для раннього виявлення ознак хронічної нефропатії трансплантату.

Розвиток хронічного гломеруло- і пієлонефриту, які є основними захворюваннями, що потребують трансплантації нирок часто супроводжують хронічні вірусні ураження печінки, викликані як гепатотропними вірусами так і іншими, в т.ч. вірусами герпетичної групи. Використання імуносупресантів в посттрансплантаційному періоді може призводити до загострення вказаної патології, що також впливає на стан НАТ. Використання так званої «неінвазивної» біопсії дозволяє своєчасно виявити прояви захворювання і відповідно скоректувати лікування.

Діагностика вірусного ушкодження НАТ є важливою ланкою у визначенні причин розвитку посттрансплантаційної нефропатії. Цитологічне дослідження осадку сечі проведено у 106 пацієнтів. Про наявність вірусної інфекції свідчить виявлення на фоні великої кількості клітин дегенеративно зміненого канальцевого епітелію «descoy»-клітин (поліома-вірусна інфекція), багатоядерних (вірус простого герпеса 1,2), надвеликих клітин і ядер, клітин «совине» око (цитомегаловірусна інфекція), двоядерних клітин (вірус Епштейна-Барра), папілярних структур (папілома-вірус).

Висновки. Таким чином, комплексне морфологічне дослідження з використанням неінвазивних скринінгових методів може бути використане в якості стандарту дослідження на всіх етапах обстеження донорів і реципієнтів, а також для моніторингу таких пацієнтів.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ НА ХХН VД ДО ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ

Колесник М.О.

ДУ «Інститут нефрології Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінити якість діалізної ниркової замісної терапії в контексті підготовки пацієнтів до трансплантації нирки.

Матеріали і методи. Для досягнення мети дослідження використані дані Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок за 2014 рік.

Результати та обговорення. Щороку близько 5000 «нових хворих» на ХХН V стадії потребують застосування одного із методів ниркової замісної терапії (НЗТ). Однак, станом на 01.01.2015 року в Україні був зареєстрований лише 1341 пацієнт з ХХН V стадії і 1121 з них протягом року розпочав лікування одним із методів НЗТ. 106 хворим була виконана трансплантація нирки. Загалом, пул потенційних реципієнтів складав 5066 ГД пацієнтів та 831 ПД хворий. Тобто трансплантація була виконана лише 1,8% пацієнтів, які її потребували.

Оцінюючи якість підготовки хворих на ХХН VД до трансплантації можна констатувати наступне: тільки 35% ГД та 45% ПД пацієнтів могли би бути включені до листа очікування.

Висновки. У структурі НЗТ питома вага трансплантації нирки в Україні складає лише 12,5%. У державі відсутня система контролю підготовки хворих на ХХН VД до трансплантації нирки.

ЛІМФОЦИТИ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ В ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОГО ВІДТОРГНЕННЯ НИРКОВОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТУ.

Шелест В.В., Смітох Л.А., Барановський П.В.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Виявлення особливостей рівнів субпопуляцій лімфоцитів периферичної крові та їх співвідношення у реципієнтів ниркового алотрансплантату (НАТ) при хронічному відторгненні трансплантата (ХВ) та можливість застосування цих показників для неінвазивної діагностики даної патології у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. Досліджені особливості клітинної ланки імунітету в 2 групах пацієнтів через 1-9 років після алотрансплантації нирки, які були поділені згідно морфологічної верифікації діагнозу: в групу 1 увійшли 23 хворих із задовільною функцією НАТ без ознак відторгнення; в групу 2-20 хворих з хронічною дисфункцією НАТ, обумовленою ХВ за даними пункційної біопсії. Контрольну групу склали 23 здорових донорів, чий показники склали референтний коридор.

Рівень субпопуляцій лімфоцитів визначався в сироватках крові на проточному цитофлуориметрі.

Результати та обговорення. Аналіз показників рівнів субпопуляцій лімфоцитів периферичної крові у реципієнтів НАТ у групах 1 та 2 показав, що всі середні значення рівнів субпопуляційних одиниць не відрізнялися від контрольної окрім рівнів Т-активованих лімфоцитів, які були достовірно вище в обох групах. При цьому виявлено зниження середніх показників рівнів Т-NK клітин та В-клітин в групі 2 відносно показників 1 групи реципієнтів НАТ.



Аналіз індексів співвідношення між окремими субпопуляційними одиницями лімфоцитів показав статистично достовірну значимість різниці між індексом Т-клітини/Т-НК клітини (22,53 vs 46,89 в 1-й та 2-й групах відповідно; $p < 0,05$) і є презентативним для уявлення про перебіг пізнього післятрансплантаційного періоду та може бути застосованим для неінвазивної діагностики хронічної реакції відторгнення НАТ.

Висновки. Співвідношення Т-клітини/Т-НК клітини в межах 44,49-49,29 (46,89±2,4) у віддаленому післятрансплантаційному періоді може бути додатковою ознакою хронічної реакції відторгнення як причини прогресуючої дисфункції ниркового алотрансплантату.

ХІРУРГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ У РЕЦИПІЄНТІВ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Закордонець В.П.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Покращити результати трансплантації нирки (ТН) у дітей з термінальною хронічною нирковою недостатністю (ТХНН) за рахунок удосконалення методики виконання хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Обстежено 56 пацієнтів дитячого віку з ТХНН, які були прооперовані з 2004 по 2014 рр. в ДУ «НХТ ім. О.О. Шалімова». З них віком від 1 до 3 років – 6 (10,7%), від 3 до 6 років – 2 (3,5%), від 6 до 12 років – 8 (14,2%), від 12 до 18 років – 40 (71,5%) пацієнтів. Вага до 20 кг була у 6 (10,7%), від 20 до 30 кг – у 17 (30,4%), вище 30 кг – у 33 (58,9%) пацієнтів.

У роботі використовували загально-клінічні, лабораторні та спеціальні інструментальні методи дослідження (ультразвукове (УЗ) визначення кровотоку в трансплантаті, ангиографію).

Результати. Особливістю ТН у дітей є невідповідність великих розмірів дорослої донорської нирки (ДН) та малих розмірів дитячого живота. Задачі хірурга: розмістити нирку в організмі дитини, попереджаючи перегин ниркових судин; сформовані судинні анастомози повинні забезпечити адекватний кровотік у трансплантаті. З цієї метою усім реципієнтам перед операцією проводили УЗ оцінку діаметру магістральних судин та об'ємного кровотоку по них.

Наш досвід свідчить про те, що у дітей вагою понад 30 кг методика ТН практично не відрізняється від такої у дорослих. У дітей вагою до 20 кг найкращим варіантом васкуляризації ДН є анастомозування ниркових артерій та вени з черевним відділом аорти та нижньою порожнистою веною по типу «кінець у бік». У дітей вагою від 20 до 30 кг застосовували одну з двох вищезазначених методик операції. Вибір методики залежав від інтраопераційної оцінки співвідношення діаметрів судин ДН та дитини, яке повинно складати приблизно 1:2. Сечовід ДН анастомозували з сечовим міхуром за методикою Ліч-Греугара як і у дорослих пацієнтів. В усіх випадках ДН розміщали в заочеревенному просторі, що запобігає надмірній рухливості трансплантата та попереджає перегин його судин. Ультразвуковий аналіз ниркового кровотоку свідчив про адекватне кровопостачання ниркового алотрансплантата, що підтверджено швидким зниженням до норми рівню креатиніну крові (протягом 1-2 діб). В жодному з випадків не було синдрому «обкрадання» нижніх кінцівок.

Висновки. Особливістю методики операції ТН у дітей є необхідність врахування віку та ваги реципієнтів, оцінка перед операцією діаметру їх магістральних судин, оптимальне розміщення ДН в животі дитини, попередження перегину судин трансплантата, забезпечення його адекватним кровопостачанням.

ЦИТОКІНИ КРОВІ В ДІАГНОСТИЦІ ПАТОЛОГІЇ НИРКОВОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТУ У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯТРАНСПЛАНТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Зограбсьян Р.О., Дріянська В.Є., Шелест В.В.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Виявлення особливостей рівня цитокінів та їх співвідношення у реципієнтів НАТ в залежності від його стану у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. У 39 реципієнтів з НАТ, функціонуючим більше 1 року, за допомогою імуноферментного методу визначали рівень цитокінів, що продукуються Тх1 – γ -ІФ та Тх2 – ТФР- β і ІЛ-10. Аналізували середні показники в 5 групах пацієнтів через 1-4 роки після АТН, які були поділені згідно морфологічної верифікації діагнозу: 1 гр. – 10 хворих з задовільною функцією НАТ; 2 гр. – 8 хворих з хронічною реакцією відторгнення (ХРВ); 3 гр. – 8 хворих з циклоспоринасоціюваною нефропатією (ЦН); 4 гр. – 3 хворих з поверненими нефритами; 5 гр. – 10 хворих з хронічною нефропатією алотрансплантата (ХНА).

Результати та обговорення. Найбільш високий рівень γ -ІФ в сироватці крові

відмічено у хворих 2 групи з підтвердженою ХРВ – 168±5,5 пг/мл. Найбільший рівень протизапального ІЛ-10 відмічено у хворих 3 групи з ознаками ЦН трансплантату – 125±4,6 пг/мл. Рівень ТФР- β був найбільш низький у хворих 2 групи та достовірно вище у пацієнтів 3 групи. Зниження ТФР- β у хворих 2 групи корелювало з підвищенням рівня γ -ІФ. Баланс функціональної активності Т-хелперів 1 і 2, а також Т-регуляторних лімфоцитів визначали за співвідношенням рівнів γ -ІФ до ІЛ-10 та ТФР- β . Виявили, що високе співвідношення γ -ІФ/ІЛ-10 (1,58±0,04) характерно для пацієнтів з ХРВ, а найнижче – для хворих з ЦН.

Висновки. Отримані дані дозволяють вважати, що визначення рівню цитокінів крові: γ -ІФ, ІЛ-10 і ТФР- β та їх співвідношення є інформативним для оцінки стану НАТ у віддаленому післятрансплантаційному періоді та може допомагати у виборі терапевтичної тактики.

ПЕРШІЙ ДОСВІД ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ ВІД АВО-НЕСУМІСНОГО ДОНОРА

Зограб'ян Р.О., Закордонець В.П., Малик А.І., Закрутько О.В.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Аналіз результатів перших АВО-несумісних (АВО-н) трансплантацій нирок (ТН) в Національному інституті хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова.

Матеріал та методи. В 2014-2015 рр. в інституті виконано перші в Україні 4 операції ТН від АВО-н живого родинного донора. Реципієнти у віці 34-42 р. мали початковий титр анти-А/В антитіл 1:32-1:128, рівень В лімфоцитів (CD3⁺, CD20⁺, HLA-DR⁺) 8,3-15,6%, негативний результат крос-матчу. Донорами виступали батьки у віці 51-65 років. Усі реципієнти отримували однакову імуносупресивну терапію, яка включала індукцію базиліксимабом, такролімусом, ММФ, метилпреднізолон. Контроль стану імунної системи реципієнта здійснювався за рівнем анти-А/В антитіл, кількістю В клітин та показниками ЛТТ.

За місяць до запланованої ТН вводили ритуксимаб 375 мг/м², після чого вміст В лімфоцитів зменшувався із 8,3-15,6% до 0-0,2%. Імуносупресивну терапію розпочинали за два тижні до ТН. За тиждень до ТН починали сеанси специфічної імуноадсорбції на колонках «Адсопак А/В». За одну процедуру обробляли 2-3 л плазми. Сеанси в кількості від 6 до 8 проводили через день до досягнення цільового титру анти-А/В антитіл 1:4. Останній сеанс завершували введенням внутрішньовенного імуноглобуліну 0,5 г на кг маси тіла. Строки спостереження після ТН склали 5-18 місяців.

Результати та їх обговорення. Ініціальна функція всіх трансплантованих нирок була задовільною з нормалізацією креатиніну крові за 2-3 тижня. Ні в кого з пацієнтів кризів гострого відторгнення не спостерігали. На даний час виживання реципієнтів і ниркових трансплантатів складає 100%, функція трансплантованих нирок задовільна. Всі пацієнти соціально реабілітовані.

Висновки. ТН від АВО-н донора є ефективним методом замісної ниркової терапії та може зменшити дефіцит трупилих донорських органів.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «ІНТЕРВЕНЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА КАРДІОМІОПАТІЇ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатор: ДУ «Інститут серця МОЗ України», Кафедра функціональної діагностики НМАПО ім. П. Л. Шупика

ПРОГРАМА

Модератори: Тодуров Б.М., Жарінов О.Й.

Тема: Хірургічне лікування гострого інфаркту міокарда

Доповідач: Тодуров Б.М.

Тема: Реваскуляризація міокарда у пацієнтів із зниженою фракцією викиду лівого шлуночка

Доповідач: Зеленчук О.В.

Тема: Технологія ЕКМО у лікуванні гострої серцевої недостатності

Доповідач: Дружина О.М.

Тема: Сучасні підходи до ведення пацієнтів з тромбоемболією легеневої артерії

Доповідач: Ковтун Г.І.

Тема: Інтервенційне лікування гіпертрофічної кардіоміопатії

Доповідач: Хохлов А.В.

Тема: Новітні технології в інтервенційній кардіології

Доповідач: Андерсон Джефрі (США)

Тема: Роль кардіостимуляції в лікуванні пацієнтів із серцевою недостатністю

Доповідач: Грицай О.М.



Тема: Клініко-ехокардіографічні особливості аортального стенозу з супутнім коронарним атеросклерозом

Доповідач: Понич Н.В.

Тема: Лікування серцевої недостатності. Роль пристроїв, показання до кардіохірургічних втручань

Доповідач: Жарінов О.Й.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СКЛАДНІ СИТУАЦІЇ ТА ПРОБЛЕМИ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ НЕЙРОРЕНТГЕНОХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 09:30-12:30

Організатор: ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Вітання учасників конференції та огляд сучасних досягнень ендоваскулярної нейрохірургії в Україні

Доповідач: Щеглов Д.В.

Тема: Досвід використання трансвенозного доступу при лікуванні хворих з артеріо-синусними співставленнями поперечного та сигмовидного синусів

Доповідач: Свиридюк О.Є.

Тема: Віддалені результати лікування хворих з артеріальними аневризмами судин головного мозку складної будови з використанням асистуючої техніки

Доповідач: Загородній В.М.

Тема: Ендоваскулярний метод влікуванні пухлин хребта та паравертебральної ділянки

Доповідач: Наїда А.В.

Тема: Аналіз факторів, що впливають на результати ендоваскулярних операцій при стенотичних ураженнях судин головного мозку у ранньому та віддаленому післяопераційному періодах

Доповідач: Коваленко О.П.

Тема: Ендоваскулярне лікування хворих із аневризмами аферентів артеріовенозних мальформацій головного мозку

Доповідач: Бортник І.М.

Тема: Очні прояви у хворих з церебральними аневризмами

Доповідач: Склярєва А.І.

Тема: Ендоваскулярна емболізація простатичних артерій – інноваційний метод лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

Доповідач: Альтман І.В.

Тема: Вплив базальних менінгіом на зорову функцію

Доповідач: Гудим М.С.

Тема: Ендоваскулярні втручання у хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок за наявності ураження артерій клубово-стегнового сегменту.

Доповідач: Нікішин О.Л.

ЕНДОВАСКУЛЯРНА ЕМБОЛІЗАЦІЯ ПРОСТАТИЧНИХ АРТЕРІЙ – ІННОВАЦІЙНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Альтман І.В., Нікішин О.Л., Аль-Кашкиш І.І.

ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Простатектомія залишається головним методом лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ). Недоліками хірургічного видалення є травматичність, великий ризик ускладнень та післяопераційна летальність. Інноваційним методом лікування ДГПЗ є емболізація простатичних артерій (ЕПА) – малоінвазивна ендоваскулярна операція з мінімальними ризиками виникнення ускладнень, відсутністю загальної анестезії. Все це зменшує термін перебування у стаціонарі, підвищує безпеку лікування та якість життя пацієнтів.

Матеріали і методи. Досліджені результати лікування 5 хворих з симптомами хронічної затримки сечі, обумовлених ДГПЗ з застосуванням метода ЕПА. Обстеження: вивчення уродинаміки, об'єму залишкової сечі, УЗД простати, рівень простатичного специфічного антигену (ПСА) до емболізації та 3-6 міс. після ЕАП. Емболізація виконана під місцевою анестезією, шляхом суперселективної катетеризації правої та лівої простатичних артерій мікрокатетером. Розмір емболів 200-300 мікрон.

Результати та обговорення. Успішна двостороння ЕПА виконана 4 пацієнтам з ДГПЗ. Одному хворому емболізована тільки права простатична артерія з причини стенозу лівої внутрішньої стегнової артерії. Покращення симптомів

сечовиділення з'явилося на 7-15 добу після ЕПА у всіх 5 хворих. На протязі 3 і 6 місяців за даними УЗД відмічено зменшення об'єму передміхурової залози на 32,6% і 40,8% у хворих з двосторонньою ЕПА та на 24,1% та 29,2% у хворого з однічною емболізацією. Середній рівень ПСА знизився з 7,1 нг/мл до 2,4 нг/мл протягом 3-6 місяців після ЕПА.

Висновки: Емболізація простатичних артерій – інноваційний малотравматичний безпечний метод лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, який підвищує якість життя пацієнтів.

Результати. 6-місячного спостереження підкреслюють перспективність лікування гіперплазії передміхурової залози методом емболізації простатичних артерій.

ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ АНЕВРИЗМАМИ АФЕРЕНТІВ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Щеглов Д.В., Бортник І.М., Свиридюк О.Є., Конотопчик С.В., Пастушин О.А.

ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Покращити результати лікування хворих із аневризмами аферентів артеріовенозних мальформацій головного мозку.

Матеріали і методи. Проведено аналіз історій хвороб 59 хворих із одночасно діагностованими артеріовенозними мальформаціями (АВМ) та аневризмами судин головного мозку, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ «Науково-практичний центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України» у період з 2010 по 2015 р. Чоловіків було 31 (52,5%), жінок – 28 (47,5%). Вік пацієнтів становив від 24 до 63 років (середній вік склав 46 років). Усі пацієнти були оперовані ендоваскулярним методом. Для виключення з кровообігу АВМ використовували емболізуючі композиції, а для оклюзії аневризм, також – відокремлювані мікроспіралі.

Результати та обговорення. Аневризми аферентів АВМ у даному огляді становили 30.5% (18 спостережень) від усіх поєднаних із мальформаціями аневризм, 11.9% (7 спостережень) займали аневризми розташовані у різних із АВМ судинних басейнах та 57.6% (34 спостереження) становили інтранідальні аневризми.

Серед аневризм аферентів АВМ 11.9% (7 спостережень) розташовані нижче або в межах влізівового кола та 18.6% (11 спостережень) – вище. У 10 хворих із геморагічним перебігом захворювання (16.9% від усіх хворих та 22.7% від хворих із кровоиливами) мали місце крововиливи із-за розриву аневризми що локалізувалася на аферентах АВМ.

Тактика ендоваскулярного лікування залежала від локалізації поєднаної аневризми. При локалізації в межах або нижче влізівового кола та на артерії, що беруть участь у кровопостачанні мозку оптимальною є оклюзія аневризми із використанням відокремлюваних мікроспіралей. При наявності аневризми на аферентах АВМ і відсутності ризику порушення кровопостачання тканини мозку доцільно проводити одночасну емболізацію мальформації та оклюзію аневризми із використанням емболізуючих композицій.

Висновки. Аневризми аферентів АВМ головного мозку є предикторами аневризматичного крововиливу. Оптимальною є одночасне виключення аневризми та АВМ із кровообігу. Метод оклюзії залежить від локалізації та анатомо-гемодинамічного співвідношення АВМ, аневризми та церебральних судин. При наявності аневризми на аферентах АВМ і відсутності ризику порушення кровопостачання тканини мозку доцільно проводити одночасну емболізацію мальформації та оклюзію аневризми з використанням емболізуючих композицій. При наявності церебральних судин між АВМ та аневризмою і локалізації її нижче влізівового кола доцільно проводити оклюзію аневризми мікроспіралями.

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ ПРИ ЕНДОВАСКУЛЯРНОМУ ЛІКУВАННІ: АЛГОРИТМ ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

Сидоренко О.Ф., Чебанюк С.В., Коваленко О.П., Сельванюк Л.С.

ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити особливості диференційованого ведення хворих з ішемічним інсультом в періопераційному періоді при ендоваскулярному лікуванні.

Матеріали та методи. Проведено спостереження за 43 хворими з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом, яким з урахуванням результатів клініко-інструментального обстеження, проводили різні ендоваскулярні втручання: тромбекстракцію, ангиопластику та стентування церебральних артерій, внутрішньоартеріальну селективну або суперселективну фармакоінфузію. Середній вік обстежених – 59,5±1,7 років. Всім хворим проводили КТ, МРТ головного мозку, дуплексне



сканування судин, церебральну ангиографію (ЦАГ), електрокардіографію та ехокардіографію, оцінку неврологічного статусу, контроль лабораторних показників.

Результати та обговорення. Проведено аналіз недоліків та предикторів ускладнень в періопераційному періоді, обрані основні параметри контролю за станом хворого при ендovasкулярному втручанні. Аналіз індексу ризику ускладнень за Lee T.H. та співав. (1999) показав, що у 71,8% обстежених був високий ризик (3 та більш балів), у 28,2% – проміжний ризик та низький (1-2 бали), не було хворих з дуже низьким ризиком (0 балів), тобто всі обстежені були в достатньо тяжкому стані, що обтяжувало оперативне втручання. Встановлено, що основним методом, який дозволяє контролювати стан кровопостачання головного мозку є селективна або суперселективна ЦАГ. Вона дозволяла виявити не тільки оклюзію артерій та відновлення кровотоку, але й зону накопичення контрасту, яка відповідала локалізації та розповсюдженню ішемії мозкової тканини. Розроблено алгоритм моніторингу за хворими з ГПМК в періопераційному періоді, який передбачає контроль за життєво важливими функціями організму. Його чітке виконання сприяло зведенню до мінімуму ускладнень у 71,3% хворих.

Висновки. Використання алгоритму моніторингу за хворими з ГПМК за ішемічним типом в періопераційному періоді підвищило ефективність лікування таких хворих за рахунок попередження ускладнень у віддаленому після операції періоді.

ВПЛИВ БАЗАЛЬНИХ МЕНІНГОМ НА ЗОРОВУ ФУНКЦІЮ

Гудим М.С., Склярєва А.І., Обливач А.А.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Вивчити результати хірургічного лікування та вплив на зорову функцію. **Матеріали та методи.** Прооперовано 136 пацієнтів. Середній вік яких склав 42,3 роки, за локалізацією: пагорбок – 38, риноольфакторна ямка – 30, крила основної кістки – 47, краніоорбітальні – 21. Крім базальних менінгіом ми аналізували краніоорбітальні менінгіоми, (менінгіоми, які в будь-який спосіб вражали анатомічні структури орбіти) з порушенням зорової функції. У всіх 136 випадках мали місце зорові порушення різного ступеня вираженості від незначних скотом до амавроза.

Результати. У 89% ми отримали позитивний результат хірургічного лікування. Покращення стану в найближчому та віддаленому післяопераційному періоді – 76,5%, стабілізація стану (відсутність поглиблення неврологічного дефіциту) – 12,5%, погіршення стану в найближчому періоді – 4,5%, продовжений ріст пухлини – 5,9%, післяопераційний амавроз – 0,6% випадків.

Позитивний (хороший) результат лікування включає в себе максимально радикальне видалення об'ємного утворення, відсутність ускладнень, відсутність продовженого росту та покращення зору.

Висновки. Правильний підхід та об'єктивна кількісна оцінка лікування допомагає в подальшому вибрати найбільш оптимальний (ефективний) спосіб лікування пацієнтів з краніоорбітальними та базальними менінгіомами, які викликають компресію зорових нервів.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ОККЛУЗИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СЛОЖНОГО РЕНТГЕОАНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ

Аль-Кашкиш И.И., Конотопчик С.В., Загородний В.Н.,

ГУ «Научно-практический Центр эндovasкулярной нейроорентгенохирургии НАМН Украины», г.Киев

Цель. Изучить эффективность эндovasкулярного метода окклюзии церебральных аневризм со сложной рентгеноанатомией.

Материалы и методы. За 2015-2016 гг. в Центре в исследование были включены 34 пациента (14 мужчин, 20 женщин в возрасте от 20 до 72 лет) у которых по данным церебральной ангиографии диагностированы АА со сложной рентгеноанатомией. Особенность строения аневризм оценивалась так же по данным нейровизуализации в сосудистых режимах. Нами были использованы такие методы эндovasкулярной окклюзии: моноспиральная техника у 10 пациентов (29,5%), баллон – ремоделирующая техника (БРТ) у 16 пациентов (47%), стент-ассистирующая техника у 8 пациентов (23,5%).

Результаты и обсуждение. Церебральная артериальная аневризма (АА) представляет собой крайне опасную патологию, которая в условиях поздней диагностики или некорректного лечения сопряжена с довольно высоким уровнем смертности и инвалидизации. В разработке новых стратегий в эндovasкулярном лечении пациентов с АА сложного рентгеноанатомического строения особое значения приобретает использование ассистирующих протекционных техник, открывающих новые возможности в лечении

данной группы пациентов. Радикальность окклюзии АА оценивались по шкале Raymond. Окклюзия Raymond – I достигнута у 14 пациентов (41,3%). Первичной окклюзии Raymond – II удалось достичь у 10 пациентов (29,4%), Raymond – IIIa – у 6 пациентов (17,6%), Raymond – IIIb у 4 (11,7%).

Выводы. Дополнение моноспиральной техники окклюзии ассистирующими системами расширило показания к применению эндovasкулярного метода, увеличило эффективность операций за счет снижения интраоперационных осложнений, повышения радикальности первичной окклюзии аневризм.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ СТЕНОТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ У РАНЬОМУ ТА ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДАХ

Щеглов Д.В., Коваленко О.П., Чебанюк С.В., Загородній В.М., Сидоренко О.Ф., Конотопчик С.В., Рибальченко С.В.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Проаналізувати фактори, що впливають на результати ендovasкулярних операцій при стенотичних ураженнях судин головного мозку в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. Проаналізовано та досліджено 170 випадків у хворих зі стенотичним ураженням екстра- та інтракраніальних відділів судин, що забезпечують кровопостачання головного мозку. Пацієнти були прооперованими в нашій установі у період з 2001 р. по 2015 р.

Результати та обговорення. На підставі аналізу ускладнень у ранньому та віддаленому періодах після ендovasкулярних операцій при стенозах судин головного мозку ми визначили фактори, які впливають на результати лікування. Високим достовірним ризиком виникнення інтраопераційних або ранніх післяопераційних ускладнень, а саме ТІА, інфарктів, інсультів та смерті були хворі із супутньою важкою серцево-легеневою патологією. У випадках, коли артеріальне ураження мало розповсюджений характер з наявністю тромбозів однієї або двох магістральних артерій (вертебральних та каротидних) у супроводі з критичними стенозами функціонуючих артеріальних судин, відмічалася найбільша кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що у 30% спостережень приводили до інвалідності, а у 70% – до летального випадку. Цукровий діабет першого типу, як супутнє захворювання у пацієнтів зі стенозами мозкових артерій, спостерігалось у 18% спостережень, а у 12% випадків воно було вперше виявленим. Це суттєво впливало на виникнення рестенозів та ускладнень у віддаленому післяопераційному періодах.

Висновки. Ангіопластика та стентування вважаються ефективними при лікуванні стенозів судин головного мозку та можуть застосовуватися у хворих незалежно від віку, анатомічної будови, супутньої патології, але необхідно враховувати, що атеросклеротичне ураження артерій не є ізольованим та у більшості випадків поєднується з атеросклеротичними патологічними змінами інших артерій. Найважливішим ризиком виникнення ускладнень у періопераційному періоді є множинні ураження церебральних артерій при сумарному стенозі більше 45% у супроводі тромбозів однієї або двох магістральних артерій. Наявність цукрового діабету першого типу є одним з найважливіх факторів виникнення рестенозів у віддаленому післяопераційному періоді.

ЭНДОВАСКУЛЯРНИЙ МЕТОД В ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ХРЕБТА ТА ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Щеглов Д.В., Найда А.В., Гудим М.С., Конотопчик С.В., Свиридюк О.Є., Аль-Кашкиш І.І., Пастушин О.А.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінити ефективність застосування ендovasкулярного методу при лікуванні пухлин хребта та паравертебральної ділянки.

Матеріали та методи. При дослідженні проаналізовано результати обстеження 9 та лікування 5 хворих з пухлинами хребта (4 випадки) та паравертебральної ділянки (один) у яких використовувалась внутрішньосудинна емболізація. Вік хворих коливався від 24 до 65 років, чоловіків було 5, жінок 4.

Результати. Проведений аналіз встановив, що у всіх дев'яти хворих дана онкопатологія проявлялась болями по корінцевому типу, у п'яти випадках хвороба протікала з нижнім парапарезом з порушенням тазових органів. Під час агіографічного обстеження встановлено, що всі новоутворення були рясно васкуляризовані, при цьому у 5 із 9 – рентгеноанатомія живлячих судин дозволяла провести катетеризацію та емболізацію пухлини. При проведенні оперативних втручань з метою емболізації живлячих судин пухлин використовували відокремлювані балони у 3 випадках з пухлинами



хребта, клеючої композиції у 1 хворого з пухлиною хребта та пацієнта з новоутворенням паравертебральної ділянки. У хворого з пухлиною паравертебральної ділянки досягнуто тотального виключення живлячих судин пухлини, у інших – субтотального. У всіх випадках досягнуто позитивний ефект в післяопераційному періоді.

Висновки. Ендovasкулярна техніка демонструє можливості та перспективи лікування хворих з пухлинами хребта та паравертебральної ділянки. Цей метод може використовуватись як самостійно, так і бути одним із етапів комбінованого лікування вищевказаних патологій.

ЭНДОВАСКУЛЯРНИ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА НАЯВНОСТІ УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ КЛУБОВО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ

Щеглов Д.В., Саволук С.І., Нікішин О.Л., Музь М.І., Альтман І.В., Верещакін С.В., Гаврецький А.І.

**ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна
НМАПО ім. П. Л. Шупика, м. Київ, Україна
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ, Україна
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна**

Мета. Покращення результатів лікування хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК).

Матеріали і методи. Ендovasкулярні втручання у хворих з КІНК при мультифокальному ураженні з залученням клубово-стегнового сегменту були виконані у 8 хворих. Чоловіків було 6, жінок – 2. Середній вік пацієнтів складав 67±4,3 роки. Черезаксілярний артеріальний доступ виконувався у 5 хворих, черезстегновий ретроградний контрлатеральний – у 2, у 1 – втручання виконувалося двоетапно іпсилатерально черезстегновим ретроградним та антеградним доступом. У 4 – здійснено втручання на клубовому, стегново-підколінному та гомілковому сегменті, ще у 4 – на клубовому та стегново-підколінному сегменті. В усіх випадках виконувалася ангіопластика, у 6 також виконувалося стентування у клубово-стегновому сегменті.

Результати та обговорення. Ангіографічний та клінічний ефект був досягнутий в усіх випадках. В 1 випадку ангіопластика поверхневої стегнової артерії була невдала, внаслідок кальцинозу, однак за рахунок успішної ангіопластики у клубовому сегменті був досягнутий позитивний клінічний ефект. В пізні строки ампутація на рівні гомілки була у 1 пацієнта, у 1 – на рівні стегна.

Висновки. Ендovasкулярна ревааскуляризація є ефективним методом лікування хворих з КІНК при мультифокальному ураженні з залученням клубово-стегнового сегменту.

ОЧНІ ПРОЯВИ У ХВОРИХ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ АНЕВРИЗМАМИ

Щеглов В.І., Щеглов Д.В., Свиридюк О.Є., Склярєва А.І.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Виявити очні симптоми у пацієнтів із мішковидними аневризмами головного мозку для ефективної діагностики церебральних аневризм.

Матеріали і методи. Дослідження побудовано на аналізі очних проявів 1675 пацієнтів з мішковидними аневризмами головного мозку, що були госпіталізовані в ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України» в період з 2002 по 2015 роки. З них відібрано 97 хворих із зоровими та окооруховими порушеннями. Результати обстеження оцінювали за допомогою методів – в ізометрії, периметрії, біомікроскопії, офтальмоскопії.

Результати та обговорення. Встановлено, що серед 97 хворих зниження гостроти зору на стороні локалізації аневризми мало місце у 37 (38,1%), двостороннє зниження – у 5 (6,1%). Зміни поля зору зафіксовано у 23 (23,7%) пацієнтів, серед яких односторонні порушення на стороні локалізації аневризми – у 14 (14,4%). Офтальмоскопічна картина проявлялася низхідною атрофією зорового нерву на стороні аневризми у 13 (13,4%) хворих, застійними дисками зорового нерву – у 17 (17,5%) хворих, крововиливом у сітківку у 8 (8,2%) пацієнтів. Окоорухові порушення спостерігалися у 52 (53,6%) хворих. У 4 (4,6%) пацієнтів окоорухові ураження були з двох сторін, у 48 (55,1%) – на стороні локалізації аневризми. Ізольоване одностороннє ураження окоорухового нерву було виявлено у 31 (35,6%) пацієнтів, відвідного нерву у 11 (12,6%) пацієнтів, поєднане ураження всіх окоорухових нервів у 5 (5,75%) хворих.

Висновки. Встановлено, що окоорухові порушення мали місце в 53,6% пацієнтів переважно з ураженням окоорухового нерву в 59,7% випадків. Низхідна атрофія зорового нерву зафіксована в 13,4% хворих.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСВЕНОЗНОГО ДОСТУПУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АРТЕРІО-СИНУСНИМИ СПІВУСТЯМИ ПОПЕРЕЧНОГО ТА СИГМОВИДНОГО СИНУСІВ

Щеглов Д.В., Свиридюк О.Є., Конотопчик С.В., Бортнік І.М.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінити ефективність застосування трансвенозного доступу при лікуванні хворих з артеріо-синусними співустьями поперечного та сигмовидного синусів.

Матеріали та методи. Дослідження побудоване на аналізі результатів лікування 5 хворих з артеріо-синусними співустьями поперечного та сигмовидного синусів у яких застосовувались трансвенозні доступи при проведенні оперативних втручань. Вік хворих коливався від 27 до 62 років, чоловіків було 3, жінок 2.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз встановив, що з п'яти хворих артеріо-синусні співустья проявились шумом в голові у двох хворих, у одного хворого стато-координаторними та бульварними розладами, в одного епілептичними нападами і в одному випадку невралгією трійчастого нерва. При проведенні оперативних втручань з застосуванням трансвенозного доступу використовували відокремлювані мікроспіралі, у одному випадку виконано реконструктивне втручання з артеріостаням комбінованої методики: імплантація стента в провіт синуса+мікроспіралі та клеюча композиція. В двох випадках досягнуто тотальне виключення співустья і в двох субтотальне, з стійким довготривалим ефектом в віддаленому періоді. В одному випадку втручання провели не вдалося із-за анатомічних особливостей будови синусної системи – виконано лише транс артеріальну емболізацію співустья. В всіх випадках досягнуто позитивний ефект в післяопераційному періоді.

Висновки. Трансвенозний доступ відкриває нові можливості та перспективи в лікуванні лікуванні хворих з артеріо-синусними співустьями поперечного та сигмовидного синусів.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНИМИ АНЕВРИЗМАМИ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ СКЛАДНОЇ БУДОВИ З ВИКОРИСТАННЯМ АСИСТУЮЧОЇ ТЕХНІКИ

Щеглов Д.В., Загородній В.М., Коваленко О.П., Конотопчик С.В., Гнелица О.П.

ДУ «Науково-практичний центр ендovasкулярної нейроорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Вивчити віддалені результати лікування хворих з артеріальними аневризмами (АА) судин головного мозку складної будови з використанням асистуючої техніки.

Матеріали та методи. Обстежено 57 хворих які були оперовані в Центрі з приводу АА – з використанням протекційних стентів – 32 (56,1%) хворих, балон-підтримка – 25 (43,9%).

Результати та обговорення. Артеріальні аневризми (АА) судин головного мозку мають 1–10% населення. В 90% випадків аневризми призводять до виникнення спонтанної геморагії, що супроводжується високим відсотком летальних наслідків (36,2%), а в 17,9% випадків спричиняють стійкий тяжкий неврологічний дефіцит та інвалідизацію хворих.

В більшості випадків АА мають складну рентген-анатомічну форму. Виключення таких АА з використанням традиційної техніки (мікроспіралі) не завжди ефективно та можливо. В останні роки ендovasкулярні хірурги стали застосовувати протекційні стенти та балони, які підвищили радикальність лікування цієї патології.

Тотальне виключення при використанні протекційних стентів первинно було досягнуто у 40,6%, при використанні балон-асистенції – 56%. При контрольному обстеженні тотальне виключення при використанні протекційних стентів – 68,8%, при балон-асистенції – 76%. Реканалізація аневризми виявлена при контрольному обстеженні при використанні протекційних стентів у 4 (12,5%), при балон-асистенції - у 2 (8%) хворих.

Висновки. Використання асистуючих засобів при ендovasкулярному виключенні АА головного мозку складної будови є безпечним та ефективним методом оклюзії аневризм, який значно підвищує ефективність ендovasкулярного лікування хворих з цією патологією.

ЗМІНИ СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ У СИРОВАТЦІ КРОВІ КУРЦІВ

Пікас О.Б., Пікас Г.Б., Брюзгіна Т.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольца, кафедра фізіатрії та пульмонології, м. Київ, Україна

Мета. Оцінити склад жирних кислот в осіб, які курять цигарки. **Матеріали і методи.** Було обстежено 35 (52,2% із 67) здорових осіб, котрі не курили цигарки (I група, порівняння) і 32 (47,8% із 67) здорові особи



– курці (II група). Обстеження осіб проводили у Київському міському протитуберкульозному диспансері № 1.

У всіх обстежених визначали показники складу жирних кислот фосфоліпідів у сироватці крові на газорідному хроматографі серії «Цвет-500». В основі методу лежить екстракція ліпідів із сироватки крові, виділення фосфоліпідів, метилювання і газохроматографічний аналіз жирних кислот на хроматографі серії «Цвет-500» із плазмо іонізаційним детектором в ізотермічному режимі. Кількісну оцінку складу ЖК ліпідів проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків метилових похідних ЖК і їх частки у відсотках (%). Похибка визначення показників становила ± 10 %.

Результати та обговорення. У сироватці крові осіб II групи виявлена міристинова (C_{14:0}) і маргарінова (C_{17:0}) ЖК. Кількість міристинової ЖК (C_{14:0}) становила (12,6±0,7)% в осіб II групи та свідчила про ендокринні зміни в організмі курця. Поява маргарінової ЖК (C_{17:0}) в осіб II групи обумовлена присутністю бактеріальної інфекції в організмі курця і складала (1,2±0,2)%. У сироватці крові здорових осіб I гру пи міристинова (C_{14:0}) та маргарінова (C_{17:0}) ЖК відсутні.

Кількість пальмітинової (C_{16:0}) та стеаринової (C_{18:0}) ЖК у курців (II група) вірогідно зменшувалась, p<0,05 (порівняно з особами I групи, де рівень їх довінював (41,9±0,9)% і (15,1±1,3)% відповідно). В осіб II групи кількість пальмітинової ЖК (C_{16:0}) становила (32,6±1,7)% (свідчило про деструктивні зміни лецитинової фракції фосфоліпідів у крові), кількість стеаринової ЖК (C_{18:0}) – (8,8±0,9)%.

В осіб II групи у сироватці крові зростав рівень лінолевої ЖК (C_{18:2}) до (25,5±1,8)% (p<0,05) порівняно I групою, де рівень її становив (16,0±1,4)%.

Висновки. Куріння цигарок суттєво впливає на склад жирних кислот ліпідів у сироватці крові, що характеризується появою міристинової (C_{14:0}) (свідчить про ендокринні порушення в організмі) та маргарінової (C_{17:0}) ЖК (в результаті приєднаної бактеріальної інфекції). У курців зменшується рівень пальмітинової (C_{16:0}) і стеаринової (C_{18:0}) ЖК та зростає рівень лінолевої ЖК (C_{18:2}) внаслідок посилених процесів перекисного окислення ліпідів під дією цигаркового диму.

ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА НАЯВНОСТІ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СТОПИ

Саволук С.І., Нікішін О.Л., Музь М.І., Альтман І.В., Верещакін С.В., Гаврецький А.І.

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

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ, Україна, Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ, Україна, Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Мета. Покращення результатів лікування хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. Всього прооперовано 30 хворих. Чоловіків було 18, жінок 12. Середній вік пацієнтів – 70±3,8 роки. У 3 хворих здійснено втручання на стегово-підколінному сегменті, у 10 пацієнтів – втручання на артеріях гомілки, у 13 хворих – поєднане втручання на стегово-підколінному та гомілковому сегменті, в 4 випадках було виконане поєднане втручання на клубовому, стегово-підколінному та гомілковому сегментах. У всіх випадках використано баланну ангіопластику, у 7-х із них її доповнено стентуванням у стегово-підколінному сегменті, ще у 4-х – стентуванням у клубовому сегменті. На другому етапі виконувалася некректомія з аутодермопластиком або без неї.

Ампутація на рівні пальців була у 12 хворих, іншим хворим виконувалася ампутація стопи в різних модифікаціях. Аутодермопластика на стопі виконувалася у 6 хворих.

Результати та обговорення. В досліджуваній групі в усіх випадках критична ішемія нижніх кінцівок була розрішена. Померло 2 хворих, один від інфаркту міокарду, другий від шлунково-кишкової кровотечі. В пізні строки ампутація на рівні гомілки була у 3 хворих, у 3 – на рівні стегна.

Висновки. Поєднання ендovasкулярних методів реvascularизації з хірургічним втручанням у хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок за наявності гнійно-некротичних уражень стопи є ефективним способом збереження кінцівки у цього тяжкого контингенту хворих.

ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ ЕЛЕКТРОВЗВЯРУВАННЯ.

Саволук С.І., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Балацький Р.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та судинної хірургії, м. Київ, Україна

Мета. Покращити результати лапароскопічних втручань у хворих на гострий

апендицит.

Матеріал і методи. Лапароскопічна апендектомія виконана 85 пацієнтам. Серед них було чоловіків 32 (37,6%) та 53 (62,4%) жінок. Місцевий серозний перитоніт діагностовано у 18 (21,2%), дифузний серозно-фібринозний – у 8 (9,4%) хворих. Для обробки червоподібного відростка з брижею застосовували електрокоагулятор високочастотний зварювальний, а також спеціальний лапароскопічний біполярний затискач для з'єднання м'яких тканин. На дану методику отримано патент України. Гістологічно в 15 (17,6%) спостережень зафіксовано катаральний, в 58 (68,3%) – флегмонозний, в 11 (12,9%) – гангренозний апендицит та в 1 (1,2%) випадку ускладнений інфільтратом з абсцедуванням. Тривалість лапароскопічної апендектомії коливалась від 35 до 65 хвилин та склала в середньому 45 хвилин. Ускладнень в післяопераційному періоді не спостерігали. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі склала 2±1,5 дня.

Результати й обговорення. Аналізуючи багато численні публікації в світовій медичній літературі та враховуючи власний досвід, можна стверджувати про переваги лапароскопічного методу перед традиційним –легкий та комфортний післяопераційний перебіг, відсутність больових відчуттів у 80-90% пацієнтів, короткий період госпіталізації (16-72, ≈ 28 годин), швидке відновлення працездатності, значно зменшена кількість післяопераційних ускладнень, або вони відсутні зовсім.

Висновки. Лапароскопічна апендектомія є операцією вибору у хворих на гострий апендицит. Про доцільність більш широкого застосування відеоендохірургічного методу з використанням електровзварювальних технологій свідчить частота добрих результатів лікування.

ЕНДОВЕНОЗНА ЕЛЕКТРОВЗВЯРУВАЛЬНА ОБЛІТЕРАЦІЯ У ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ

Саволук С.І., Горбовець В.С., Ходос В.А., Геращенко Р.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та судинної хірургії. м. Київ, Україна

Мета. Вивчити можливість облітерації великої підшкірної вени методом ендовенозного електровзварювання.

Матеріали і методи. Розроблений і досліджений метод ендовенозного електровзварювання (далі-ЕВЕЗ) великої підшкірної вени (далі-ВПВ) у лікуванні варикозної хвороби (далі-ВХ) у якості генератору використаний апарат для електричного зварювання живих тканин ЕК 300М1 (Україна). Для подачі струму розроблені зонди з електродами біполярної конфігурації. Об'єкт дослідження – видалені із прилеглою жировою тканиною сегменти ВПВ. Осцилограми струму реєстрували безконтактними датчиками і пристроєм реєстрації параметрів зварювання. Негативний вплив за межами об'єкту оцінювали за змінами жирової клітковини. ЕВЕЗ в раельних умовах визначали за даними ультразвукового дуплексного сканування (далі-УЗДС) на апараті TOSHIBANemioXG (Японія).

Результати. Відмічені характерні зміни в об'єктах дослідження, що залежали від потужності, режиму, експозиції ЕВЕЗ і електричного опору об'єкту. Визначені оптимальні параметри ЕВЕЗ: режим «перекриття», потужність 50%, швидкість екстракції зонду 0,8 см за секунду. Відмічено посилення ЕВЕЗ при інфузії фізіологічного розчину. Негативний вплив за межами об'єктів не виявлений. Зміни в гістологічних препаратах відповідали ефектам електровзварювання живих тканин.Оперативні втручання з ЕВЕЗ виконували без тумесцентної анестезії. Після кросектомії в цільовий сегмент ВПВ вводили зонд. Проводили ЕВЕЗ в режимі «перекриття», потужністю 50% і зовнішньою компресією. На УЗДС реєстрували спазм та обтурацію вени. Операцію завершували еластичною компресією кінцівки.ЕВЕЗ застосоване у лікуванні 30 пацієнтів з ВХ С2-С4 класів. Регрес симптомів і відсутність рефлюксу отримані у 27 пацієнтів (90%). У 3 (10%) відмічена реканалізація ВПВ на стегні, що визначило показання до амбулаторної слерооблітерації.

Висновки. ЕВЕЗ є надійним і безпечним методом облітерації ВПВ і може застосовуватись в лікуванні ВХ. Відсутність ураження прилеглих тканин дозволяє відмовитись від тумесцентної анестезії.

МІКРОПІННА СТОВБУРНА ФЛЕБОСКЛЕРООБЛІТЕРАЦІЯ ПІД УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Саволук С.І., Ходос В.А., Горбовець В.С., Геращенко Р.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, хірургічний факультет, кафедра хірургії та судинної хірургії, м. Київ, Україна

Мета. Оцінка ефективності мікропіної стовбурної флебосклерооблітерації (МПСФСО) під ультрасонографічним (УСГ) контролем в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок.

Матеріал і методи. Вивчені результатиМПСФСО під УСГ контролем у 172 хворих за період 2012-2015 рр. Чоловіків – 45 (26,16%), жінок 127 (73,84%) в віці від 21 до 73 років (36,2±3,9). За міжнародною класифікацією CEAP С2 виявлено у – 102(59,30%) пацієнтів, С3 – 39 (22,67%), С4 – 17 (9,88%), С5 – 9(5,24%), С6 – 5(2,91%). У хворих з С6 трофічні виразки розташовувалися в області медіальної щиколотки, розміром до 4см в діаметрі. Рефлюкс по великій підшкірній вені (ВПВ) виявлений у 147 (85,47%) хворих, по малій підшкірній вені (МПВ) – 25 (14,53%). В якості склерозувального препарату використовували Полідоканол 3%, утворюючи мікропіну за методом Тессарі.В недостатній сегмент ВПВ/МПВ мікропіну вводили через катетер 5F під УСГ контролем від нижньої межі рефлюксу до сафено-феморального або –поплітеального співустя.

Результати та обговорення. Лікування з застосуванням МПСФСО під УСГ контролем проведено амбулаторно. У всіх хворих з С4-С5 в строки 1-3 місяці після лікування відзначали зменшення всіх симптомів ХВН та меж трофічних змін,усіх хворих з С6 трофічні виразки загоїлися.В період до 6 місяців у 4(2,33%) хворих виявлена гемодинамічно значима реканалізація засклерозованих вен: 3 – МПВ і 1 – ВПВ, яким проведена повторна пункційна МПСФСО реканалізованих сегментів з контролем дуплексного ангіосканування.

В період понад 24 місяці проаналізовані результати лікування у 84 пацієнтів. У 76 (90,48%) осіб в ці строки досягнутий рівень облітерації з сегментами абляції ВПВ і МПВ без утворення патологічної кукси. Утворення кукси 3-8 мм без рефлюкса в приустьові притоки виявлено у 5 (5,95%), з рефлюксом в приток пов'язаний з куксою без зовнішніх клінічних проявів – у 3(3,57%), що потребує динамічного спостереження з метою своєчасного усунення можливого рецидиву.

Висновки. МПСФСО під УСГ контролем в термін понад 24 місяці в 90,48% спостережень приводить до облітерації з подальшою абляцією ВПВ та МПВ і є ефективним методом усунення вертикального рефлюкса.

ЗНАЧЕННЯ HELICOBACTERPYLORI У РОЗВИТКУ ПОЛІПІВ ШЛУНКА

Пікас П.Б., Полінкевич Б.С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та трансплантології, м. Київ, Україна

Вступ. Helicobacterpylori (H. pylori) – це одна з найпоширеніших хронічних бактеріальних інфекцій у людини. Під впливом H. pylori в слизовій оболонці шлунка виникає запальний процес, дисрегенераторні зміни та атрофія

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ

СЕМІНАР «СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-18:00

Організатор: ТОВ «РЕХАФЛЕКС»

За підтримки: Storz Medical AG

ПРОГРАМА

Тема: Історія ударних хвиль та винини компанії STORZ MEDICAL

Доповідач: Daniel Martin, Швейцарія

Тема: Нові тенденції Радіальної УХТ: Лікування фасцій та м'язових порушень вздовж хребта Доповідач: Dr.Piontkowski, Німеччина + МАЙСТЕР-КЛАС 1

Тема: Нові тенденції ЕУХТ: Переваги сфокусованої та комбінованої УХТ + МАЙСТЕР-КЛАС 2

Доповідач: Dr.Piontkowski, Німеччина

Тема: РУХТ при уповільненій консолидації переломів та псевдоартрозах

Доповідач: Маріхін І.Г., Україна

Тема: Головний біль: нові тенденції у лікуванні (РУХТ)

Доповідач: Сікорська М.В., Україна

Тема: Нове: Ортопедична стоматологія (пародонтоз, альвеоліт)

Доповідач: Ременюк Ю.К., Україна

Тема: Нове: Ортопедична стоматологія (артроз скронево-нижньощелепного суглобу)

Доповідачі: Макарова О.М., Курило В.М., Україна

Практичне застосування АХТ в естетичній медицині + МАЙСТЕР-КЛАС 3 (обличчя та целюліт)

Доповідач: Клініка «АВАТАЖ»

залозового епітелію, що може призводити до дисплазії і раку шлунка, ризик розвитку якого вищий в H. pylori-позитивних осіб (у 8 разів), ніж у неінфікованих H. pylori.

Мета. Вивчити вплив H. pylori на виникнення поліпів шлунка, їх рецидивів та взаємозв'язок із ними.

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням перебувало 35 (36,1 %) здорових осіб (I група, порівняння) та 62 (63,9 %) хворих із поліпами шлунка (II група). Вік обстежених – від 20 до 70 років.

Вивчалися клініко-анамнестичні та клініко-лабораторні дані, враховувались скарги пацієнтів, анамнез захворювання і життя. За допомогою фіброгастродуоденоскопії (або при поліпектомії) візуально вивчали стан слизової оболонки шлунка, виявляли поліпи та брали матеріал поліпа на біопсію (для виключення чи підтвердження його малігнізації). З метою виявлення інфікування H. pylori проводили дихальний уреазний тест (Хелік-тест), серологічне дослідження (із застосуванням імуноферментного аналізу з визначення антитіл Ig G до H. pylori) та забарвлення гістологічних зрізів біоптату шлунка (за Гімзе).

Результати та їх обговорення. У здорових осіб (I група), які склали 35 чоловік, H. pylori не виявлено. У хворих із поліпами шлунка (II група), де було 62 пацієнти, виявлялиHelicobacter pylori. Із осіб II групи у 32 (51,6%) пацієнтів вперше встановлені поліпи шлунка при наявності Helicobacter pylori; у 30 (48,4%) пацієнтів II групи неодноразово виявляли поліпи шлунка на тлі бактеріальної інфекції H. pylori, виникнення якої співпадало із рецидивами поліпів.

За даними літератури при інфікуванні H. pylori в слизовій оболонці шлунка виникає запальна реакція, яка сприяє гіперпроліферації клітин слизової оболонки та розвитку поліпів у пацієнтів II групи. Внаслідок інфікування H. pylori у хворих із поліпами шлунка виникає слизове запалення, стимулюється секреція гастрину, що відображається на кислотопродукції шлунка. Підвищення рН вмісту шлунка стимулює його колонізацію та колонізацію кишечника умовно-патогенною флорою, що також може сприяти розвитку поліпів.

Висновки. Результати наших досліджень показали взаємозв'язок H. pylori з виникненням поліпівшлунка. H. pyloriсприяє розвитку поліпів та їх рецидивам, що необхідно враховувати при розробці профілактичних заходів щодо їх виникнення та рецидивів

КРУГЛИЙ СТИЛ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-12:00

Організатори:ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», ДУ «Український науково-практичний медичний центр неврології та реабілітації» МОЗ України, Українська академія реабілітації і здоров'я людини

Під Патронатом: Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я

ШКОЛА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатор: Українська Асоціація фізичної терапії

ПРОГРАМА

Майстер-клас «Прогноз відновлення повсякденної активності, ходьби та оцінювання ризику падіння після інсульту»

Проводить: Калінкін Костянтин Львович

Майстер-клас «Міжнародна класифікація функціонування, структура та застосування на практиці»

Проводить: Родін Віталій Олексійович

Майстер-клас «Професія ерготерапія, місце у міждисциплінарній команді»

Проводить: Родін Віталій Олексійович

Майстер-клас «Мануальне м'язове тестування – цілі, методики та техніки виконання»

Проводить: Бардашевський Юрій Валерійович



ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

II МІЖГАЛУЗЕВИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «БОЙОВІ УШКОДЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ: ГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 12:00-17:00

Організатори: Національна академія медичних наук України, Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»

За участі: Військово-медичної академії МО України; Українського НДІ протезування, протезобудування та відновлення працездатності (Мінсоцполітики України), Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (МОЗ України), ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Харківської медичної академії післядипломної освіти (МОЗ України), Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України, Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України, Ірпінського військово-медичного клінічного центру професійних захворювань МО України, Військово-медичного клінічного центру Західного регіону МО України, Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону МО України, Військово-медичного клінічного центру Південного регіону МО України, Дніпропетровської медичної академії, Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечнікова (МОЗ України), Інституту травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М.Горького (МОЗ України), ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

ПРОГРАМА

Вступне слово президента ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів», директора ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», заслуженого діяча науки та техніки України, лауреата Державної премії України, проф. М.О. Коржа

Тема: Аналіз та результати надання допомоги постраждалим з вогнепальною скелетною травмою

Доповідачі: Бур'янов О.А.⁴, Ярмолюк Ю.О.², Савка І.С.², Цивіна С.А.², Лакша А.М.² (Київ)

Тема: Сучасний погляд на бойову травму: теорія та практична імплементація

Доповідачі: Климовицький В.Г.¹⁵, Гур'єв С.О.¹⁶, Кравцов Д.І.¹⁶, Ткаченко Д.Г.¹⁶ (Київ-Красний Лиман)

Тема: Застосування модульних систем АЗФ на різних етапах лікування бойової травми

Доповідачі: Корж М.О.¹, Вирва О.Є.¹, Хмизов С.О.¹, Бородай О.Л.⁸, Погребний К.М.⁸, Гайдаржі І.Т.¹², Клапчук Ю.В.⁸ (Харків-Одеса)

Тема: Досвід лікування вогнепальних переломів нижніх кінцівок в умовах багатопрофільної лікарні

Доповідачі: Лоскутов О.Є.¹³, Олійник О.Є.¹³, Жердев І.І.¹⁴, Губарик О.В.¹⁴, Доманський А.М.¹³, Горегляд О.М.¹³, Синегубов Д.А.¹⁴, Якушев С.О.¹⁴ (Дніпропетровськ)

Тема: Лікування бойових поліструктурних уразень верхньої кінцівки

Доповідачі: Страфун С.С.⁵, Борзих Н.О.⁵, Борзих О.В.², Шипунов В.Г.², Лакша А.М.² (Київ)

Тема: Ендопротезування великих суглобів при вогнепальних та мінно-вибухових уразеннях

Доповідачі: Вирва О.Є.¹, Бородай О.Л.⁸ (Харків)

Тема: Сучасні методи хірургічного лікування травматичних ушкоджень хребта

Доповідачі: Радченко В.О.¹, Корж М.О.¹, Попсуйшанка К.О.¹ (Харків)

Тема: Принципи надання допомоги при бойовій хреботно-спинномозковій травмі

Доповідачі: Поліщук М.Є.¹⁷, Данчин А.О.¹⁷ (Київ)

Тема: Лікування бойової травми нижніх кінцівок на IV і V рівнях медичної допомоги

Доповідачі: Третьяк І.Р.¹⁸, Гайда І.М.¹⁰, Богдан І.С.¹⁰, Лось Д.В.¹⁰, Медзин В.І.¹⁰, Ловга В.І.¹⁰ (Львів)

Тема: Сучасні стрілецькі боеприпаси і їх поражаюча дія

Доповідачі: Корж М.О.¹, Тяжелов О.А.¹, Климовицький В.Г.¹⁵, Гончарова Л.Є.¹⁵ (Харків-Красний Лиман)

Тема: Заміщення кістково-суглобових дефектів після вогнепальних ушкоджень та гнійно некротичних ускладнень

Доповідачі: Вирва О.Є.¹, Голка Т.Г.¹, Шевченко І.В.¹, Малик Р.В.¹, Вирва О.О.¹, Ютовець Ю.В.¹ (Харків)

Тема: Методологічні основи та принципи медичної реабілітації постраждалих

з множинним вогнепальними переломами довгих кісток

Доповідачі: Бур'янов О.А.⁴, Казмірчук А.П.², Хоменко І.П.¹¹, Ярмолюк Ю.О.², Савка І.С.², Цивіна С.А.², Лакша А.М.² (Київ-Ірпінь)

Тема: Лікування уламкових діафізарних переломів апаратами зовнішньої фіксації (режим фіксації, навантаження, особливості регенерації)

Доповідачі: Літвішко В.О.¹, Попсуйшанка О.К.⁶ (Харків)

Тема: Сучасний стан питання щодо виготовлення високо функціональних протезно-ортопедичних засобів в Україні

Доповідачі: Салєєва А.Д.³, Зайцев М.В.³, Тимофєєв І.Л.³, Литвиненко О.В.³ (Харків)

Тема: Особливості ампутацій та формування кукс при бойових уразеннях кінцівок

Доповідачі: Беспаленко А.В.⁹ (Київ-Ірпінь)

Тема: Реконструктивно-відновні втручання на куксах нижніх кінцівок з протезуванням на операційному столі

Доповідачі: Диннік О.А.¹, Диннік А.О.⁶ (Харків)

Тема: Досвід та особливості підготовки пацієнтів до протезування з ампутаційними дефектами кінцівок, внаслідок мінно-вибухових та вогнепальних поранень

Доповідачі: Салєєва А.Д.³, Зайцев М.В.³, Кабаненко І.В.³, Юткін В.М.³, Кузін В.О.³, Тимофєєв І.Л.³ (Харків)

Тема: Досвід щодо підготовки до протезування та забезпечення високо функціональними протезами пацієнтів з куксами верхніх кінцівок, що постраждали внаслідок бойових дій

Доповідачі: Литвиненко О.М.³, Скрипка О.Г.³, Кузін В.О.³ (Харків)

Тема: Застосування сучасних методик реабілітації для пацієнтів з наслідками уразень хребта та спинного мозку

Доповідачі: Салєєва А.Д.³, Зайцев М.В.³, Кабаненко І.В.³, Юткін В.М.³, Трезуб Н.Ю.³ (Харків)

АНАЛІЗ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ВОГНЕПАЛЬНОЮ СКЕЛЕТНОЮ ТРАВМОЮ

Бур'янов О.А.¹, Ярмолюк Ю.О.², Савка І.С.², Цивіна С.А.², Лакша А.М.²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

² Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» м. Київ, Україна

Мета дослідження. Покращення результатів хірургічного лікування постраждалих із вогнепальними множинними переломами довгих кінцівок завдяки розробці алгоритму хірургічного лікування.

Матеріали і методи. В системі ЗСУ, у травматологічних відділеннях НВМКЦ «ГВКГ» МОУ, ВМКЦ ПНР (м. Харків), ВМКЦ ЗР (м. Львів) було проліковано 261 пацієнтів із множинними вогнепальними переломами довгих кісток. Сформовані дві групи пацієнтів: основна група (136 пацієнтів) та контрольна група (125 пацієнтів). Викладено основні підходи до вибору хірургічної тактики лікування множинних вогнепальних переломів залежно від бактеріологічних досліджень ран, біохімічних показників крові, масиву ушкоджень, результатів інструментальних досліджень.

Результати та обговорення. Встановлена ефективність оптимізованої хірургічної тактики лікування множинних вогнепальних переломів довгих кісток у порівнянні із загальноприйнятими методами лікування. Розроблений алгоритм хірургічного лікування на 8,9% знижує ризик інфекційних ускладнень, на 25,7% - сповільнену консолідацію.

Висновки. Для покращення результатів лікування необхідне інтенсивне застосування сучасних засобів обробки вогнепальних ран, аналіз як клінічних, так і лабораторно-інструментальних методів обстеження з диференційованим підходом до вибору заміни методу фіксації та контролем за послідовним виконанням запропонованого алгоритму.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА БОЙОВУ ТРАВМУ: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИЧНА ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ

Климовицький В.Г.¹, Гур'єв С.О.², Кравцов Д.І.², Ткаченко Д.Г.²

¹ Інститут травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету, м. Красний Лиман, Донецька область, Україна

² Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити теоретичні особливості сучасної бойової травми та провести їх практичну імплементацію з урахуванням досвіду лікування бойової травми під час антитерористичної операції.

Матеріали та методи дослідження. Було піддано науковому аналізу данні

наукових та спеціалізованих джерел інформації, данні щодо характеру та наслідків сучасної бойової травми під час проведення АТО, проведено аналіз методом комплексного співставлення та екстраполяції даних.

Результати та обговорення. Сучасна бойова травма має певні етіопатогенетичні, клініко-епідеміологічні, клініко-нозологічні, клінічні характеристики. Теорія сучасної бойової травми має певні особливості, а саме: високу енергію уражаючого агента, високу точність ураження, поєднання уражаючих факторів (насамперед, термічного, механічного, іноді токсичного компонента), таким чином теоретично виникають поширені, багато комплексні ураження з глибоким руйнуванням тканин з превалюванням пошкоджень кінцівок, голови, грудної клітини, також внаслідок ведення бойових дій на великих теренах страждає мирне населення. А імплементація зазначених теоретичних положень довела їх коректність. У зоні проведення АТО превалює ураження мирного населення, клініко-нозологічна характеристика бойової травми у безпосередніх учасників бойових дій та мирного населення, хоч й має різницю, але досить однорідна. У клінічному аспекті превалює шокогенна травма з ознаками впливу двох та більше уражаючих факторів, значно більший реалізуємий ризик інфекційних ускладнень. Тяжкість перебігу травматичного процесу більш за прогнозовану за стандартизовані системні оцінки.

Висновки.

1. Теорія сучасної бойової травми вказує на особливості уражуючих факторів та, як наслідок, на деякий інший патогенез травматичного процесу.
2. Сучасна бойова травма є, за суттю, комбінованою політравмою.
3. Уніфікація ознак травматичного процесу потребує створення нових, або суттєвої модифікації старих, стандартизованих систем оцінки.
4. Сучасна бойова травма потребує нових клініко-організаційних та медико-технологічних підходів лікування.

ЗАСТОСУВАННЯ МОДУЛЬНИХ СИСТЕМ АПАРАТІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

¹Корж М.О., ¹Вирва О.Є., ¹Хмизов С.О., ³Гайдаржі І.Т., ¹Ершов Д.В., ¹Гайдаржі О.І., ²Бородай О.Л., ²Погребний К.М., ²Клапчук Ю.В.

¹Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

²Військово-медичний цент північного регіону, м. Харків, Україна

³411-й Військово-медичний клінічний центр південного регіону, м. Одеса, Україна

Мета. Розробити комплексну модульну систему апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ) та проаналізувати ефективність їх використання на різних етапах лікування бойової травми

Матеріали і методи. У період 2014-2015 рр. на базі ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ» створено систему модульних стержневих АЗФ, що включає: 1) фіксаційні АЗФ; 2) керовані АЗФ; 3) реконструктивні АЗФ. Створена модульна система розроблена для удосконалення технології хірургічного лікування вогнепальних переломів довгих кісток кінцівок на різних етапах лікування бойової травми (етапах первинної, догоспітальної і спеціалізованої допомоги). Розроблені АЗФ, мають різні конструктивні особливості, що дозволяють виконувати заміну модулів (опор) апарату без зміни стержнів. Це дає можливість застосовувати АЗФ, як кінцевий варіант остеосинтезу, та проводить керований компресійно-дистракційний остеосинтез.

Матеріалами стали 45 хворих (чоловіки) із вогнепальними переломами верхніх та нижніх кінцівок, що проходили лікування на базах військових шпиталів у м. Харків та м. Одеса за 2015-2016 рр. Середній вік пацієнтів – 27 років (від 19 до 35). Вогнепальні переломи верхньої кінцівки відмічались у 30% , нижньої кінцівки – у 45%; поєднанні ушкодження верхньої та нижньої кінцівки – у 25%. У 20 пацієнтів ПХО та стабілізація переломів кісток виконана на етапі догоспітальної допомоги, ще у 25 пацієнтів на етапі спеціалізованої допомоги. Всього виконано остеосинтез 69 довгих кісток кінцівок.

Результати та обговорення. У 31 пацієнтів (66,9%) модульні АЗФ використані як кінцевий метод лікування, ще у 14 (31,1%) пацієнтів, як етапний метод стабілізації вогнепальних переломів кісток, що в подальшому був змінений на інший вид фіксації (інтрамедулярний остеосинтез). У 41 (91,1%) пацієнта досягнуті добрі та задовільні результати (зрощення перелому, відновлення осі, довжину кінцівки та задовільна функція суміжних суглобів). Ще у 4 (8,9%) пацієнтів отримані незадовільні результати, внаслідок інфекційних ускладнень.

Висновки. Розроблена модульна система АЗФ дозволяє виконувати комплексне лікування вогнепальних переломів на різних етапах лікування бойової травми.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

Лоскутов О.Є.¹, Олійник О.Є.¹, Жердев І.І.², Губарик О.В.², Доманський А.М.¹, Якушев С.О.², Горегляд О.М.², Синегубов Д.А.¹

¹-ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

²-КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова»

Мета. Покращити ефективність лікування вогнепальних переломів нижніх кінцівок в на підставі узагальнення досвіду надання допомоги в умовах багатопрофільної лікарні.

Матеріал і методи. За період з травня 2014 р. по січень 2015 року в багатопрофільній лікарні ім. І.І. Мечнікова серед загальної кількості поранених пошкодження кінцівок спостерігали в 56,6% випадків. В кожному третьому випадку пошкоджень кінцівок у 36,7% відмічались вогнепальні переломи. Переважали вогнепальні переломи кісток нижньої кінцівки (52%), серед них переломи стегна – 20,3%, гомілки – 62,7%, стопи – 17%. Середній вік постраждалих 33,8±0,3 років.

Результати. Тактика лікування залежала від тяжкості стану постраждалих. В тяжкому і критичному стані доставлено 9,2% поранених, в стані середньої тяжкості – 40,2% постраждалих і 52,6% з легкими пошкодженнями. У стабільних хворих виконували хірургічну обробку перелому і остеосинтез апаратом зовнішньої фіксації. У нестабільних і критичних хворих з пошкодженнями кісток використовували тактику ортопедичного «damage control». В 30% випадках ми виконували двоетапний послідовний остеосинтез. Методика останнього припускала першочергову репозицію і фіксацію кісткових уламків в апаратах зовнішньої фіксації, а потім демонтаж ран м'яких тканин і стабілізації загального стану хворого. На наш погляд, дана тактика може бути використана при ізолюваних вогнепальних пораненнях кінцівок, які супроводжуються простими або складними (уламковими) переломами довгих кісток цих сегментів без дефектів або з обмеженими (до 2 см) дефектами кісткової тканини і обмеженими дефектами м'яких тканин. Це переважно низькоенергетичні поранення, які за класифікацією R.B. Gustillo і J.T. Anderson належать типам I-IIIА відкритих переломів.

Висновки. 1. Використання тактики «damage control» дозволило досягнути позитивних результатів у більшості постраждалих з вогнепальними переломами кінцівок.

2. Основним методом фіксації уламків при вогнепальних переломах є чрезкістковий остеосинтез, однак тактика двоетапного послідовного остеосинтезу дозволяє отримати кращі анатомічні і функціональні результати, в порівнянні з чрезкістковим остеосинтезом.

ЛІКУВАННЯ БОЙОВИХ ПОЛІСТРУКТУРНИХ УШКОДЖЕНЬ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Страфун С.С.¹, Борзих Н.О.¹, Борзих О.В.², Шипунов В.Г.², Лакша А.А.²

¹ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України», м. Київ

² Національний головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ, Україна

В силу застосування під час воєнного конфлікту на Сході України сучасних видів зброї, серед вогнепальних, включно мінно-вибухових, ушкодження верхньої кінцівки поширеною є тяжка поліструктурна високоенергетична травма.

Мета. Розробити тактику реконструктивно-відновного лікування постраждалих з вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями на основі врахування тяжкості і характеру поліструктурних ушкоджень.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 220 поранених з вогнепальними та мінно-вибуховими ушкодженнями верхніх кінцівок, які находились на лікуванні у травматологічному відділенні клініки ушкодження Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України протягом 1,5 років. Тяжкість травми кожного сегменту визначали згідно за класифікацією наслідків поліструктурної травми верхньої кінцівки І.М. Куріного 2009 р.

Результати та обговорення. На долю вогнепальних ушкоджень припадало 186 із 220 випадків (84,6%), решта – мінно-вибухові (34-15,4%). 104 поранених мали 3 та 4 ступінь тяжкості, що становить практично половину від загальної кількості (47,3%). У всіх випадках вибір виду реконструктивно-відновлювального втручання базувався на принципі «реконструктивної драбини» – від простого до більш складного. Кожне втручання мало свої показання, в залежності від розміру та характеру дефекту. Враховуючі наведені данні, була втілена система комплексного лікування вогнепальних ран кінцівок, що супроводжуються істинним (первинним) або набутим



(вторинним) значним дефектом м'яких тканин, шляхом поєднання застосування систем вакуум-асоційованого лікування ран (V.A.C.) з реконструктивно-відновлювальними операційними втручаннями.

Висновки. Доведено, що вогнепальна травма в найбільшості випадків є поліструктурною, та практично у половині випадків представлена 3-4 ступенями тяжкості. Найменша кількість гнійно-інфекційних ускладнень спостерігається при застосуванні комплексного лікування, яке включає V.A.C.-терапію, та заміщення дефектів васкуляризованими клаптями, що робить ці методи пріоритетними при виборі оптимальної тактики лікування пацієнтів.

ВОГНЕПАЛЬНІ УШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА ТА СПИННОГО МОЗКУ

Радченко В.О., Корж М.О., Попсуйшапка К.О.

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

Мета. Представити свій досвід хірургічного лікування вогнепальних ушкоджень хребта. Вивчити структуру вогнепальних ушкоджень хребта в Харківському регіоні під час бойових дій на сході України.

Матеріали і методи. Було проведено аналіз хворих з ушкодженнями хребта з початку військових дій на сході України, більш ніж за рік, з весни 2014 року по вересень 2015 року. Нами були вивчені дані ДУ"ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ", дані Військового медичного клінічного центру північного регіону (військовий шпиталь), дані відділу екстремальної медичної допомоги, дані КЗ "Міська лікарня швидкої медичної допомоги" та дані КЗ "Обласна клінічна лікарня". Під час бойових дій на сході України в лікувальних закладах м. Харкова перебувало на лікуванні 36 хворих з вогнепальними ушкодженнями хребта та спинного мозку.

Результати та обговорення. За видом зброї, що викликала пошкодження, хворі розподілялись наступним чином – кульові поранення – 10 хворих, міно-осколкові – 26 хворих. Серед всіх вогнепальних ушкоджень у 24 випадках ми зустріли проникні поранення, 14 з яких були сліпі, а 10- наскрізні. У 11 випадках ми зустріли непроникні поранення та у 1 випадку паравертебральне поранення. В залежності від локалізації вогнепальні ушкодження шийного відділу хребта ми зустріли у 4 хворих. Ушкодження грудного відділу хребта ми зустрічали у 21 хворого. Ушкодження поперекового відділу хребта ми зустрічали у 10 хворих.

Висновки. Мінно-осколкові поранення переважають над кульовими. Вогнепальні ушкодження поєднуються з ушкодженнями органів ший, грудної та черевної порожнини. Хірургічне лікування повинно бути диференційованим та залежати від тяжкості хворого та виду поранення.

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ БОЙОВІЙ ХРЕБЕТНО-СПИНОМОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Поліщук М.Є., Данчин А.О., Ісаєнко О.Л., Гончарук О. М.

Кафедра нейрохірургії, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, Україна

Клініка нейрохірургії та неврології, Головний військовий клінічний медичний центр МО України, м. Київ, Україна

Вогнепальні поранення хребта і спинного мозку (ВПХ СМ) характеризуються тяжкістю та множинністю поєднаних ушкоджень структур на рівні проходження раничного снаряду.

Оцінка неврологічного стану пораненого як під час сортування, так і подальшого вибору лікувальної тактики особливо важлива. Необхідно забезпечити підтримку стабільності хребта при транспортуванні: різноманітні комірці, фіксовані мішечки з піском – при травмі шийного відділу, щити, вакуумні ноші – при травмі торакоабдомінального відділу. Потерпілого слід фіксувати до нош.

Кульові транспедикулярні поранення слід вважати непроникними тяжкими, що супроводжуються грубим порушенням функцій СМ.

Хірургічні втручання з приводу ВПХ СМ необхідно виконувати у спеціалізованих нейрохірургічних та/чи вертебрологічних центрах, розташованих в багатопрофільних лікарнях, шпиталях. Операції передбачають первинну хірургічну обробку рани хребта і СМ, видалення уламків кісток, раничного снаряда, усунення компресії залишків СМ, його корінців, ліквореї, стабілізацію хребта за показаннями.

При неповному порушенні функції та/або за наявності ліквореї хірургічні втручання слід виконувати у гострому періоді травми (перші 2 доби) у спеціалізованих центрах. За умови стабільного стану пораненого операцію на хребті здійснюють у гострому або ранньому періоді після травми і завершують стабілізацією хребта.

При повному анатомічному ушкодженні СМ, прямо або опосередковано підтвердженому даними КТ або МРТ, строки виконання декомпресивно-

стабілізуючих операцій на хребті не впливають на відновлення функції СМ. Хірургічні втручання необхідно здійснювати в спеціалізованих центрах, де є всі необхідні умови для адекватного надання кваліфікованої допомоги. Втручання виконують у проміжному періоді (у строки 2-3 тиж), що сприятиме ранньому проведенню реабілітації та зменшенню частоти ускладнень. Стабілізуючі операції та системи мають відповідати всім вимогам щодо забезпечення стабільності хребта при вертикалізації поранених.

При пораненні хребта на попереково-крижовому рівні з ушкодженням корінців хірургічні втручання спрямовані на видалення кісткових уламків, радикальну декомпресію корінців, збереження їх цілісності, пластику ТОСМ, стабілізацію хребта за показаннями. Симптоми, що відповідають типу Frankel A або ASIA 0 на цьому рівні, можуть бути наслідком контузії корінців. Виконання ранніх хірургічних втручань сприяє відновленню їх функцій.

ЛІКУВАННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК НА IV І V РІВНЯХ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Трутяк І.Р., Гайда І.М., Богдан І.С., Лось Д.В., Медзин В.І., Ловга В.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Військово-медичний клінічний центр Західного Регіону, м. Львів, Україна

Мета. Проаналізувати надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим і травмованим з ушкодженнями нижніх кінцівок.

Матеріал і методи. У клініці ушкоджень Військово-медичного клінічного центру Західного регіону перебувало 506 пацієнтів з бойовими пошкодженнями кінцівок: у 268 – вогнепальні поранення, у 201 – травми, у 37 – опіки. Поранення нижніх кінцівок було у 205 (76,5%) пацієнтів. Більшість становили поранені з множинними та поєднаними ушкодженнями осколками гранат і реактивних боєприпасів – 168 (82%). Вогнепальні кульові поранення отримали 37 (18%) пацієнтів. Найтяжчими були пацієнти з мінно-вибуховою травмою, яка супроводжувалась масивними ушкодженням тканин нижніх кінцівок та магістральних судин і нервів, що в подальшому призвело до ампутації нижньої кінцівки у 1 пацієнта та у 5 до реампутації. У 3 (1,5%) – кінцівка була відчленована боєприпасам на передовій. 6 (3%) постраждалих під час бойових дій отримали тяжкі поєднані невогнепальні травми, 5 – комбіновані ураження: вогнепальну травму і термічний опік.

Результати та обговорення. Поранення осколками мін, гранат і реактивних боєприпасів були множинними з різною глибиною і площею ранової поверхні. Ушкодження кісток при таких пораненнях характеризувались – множинними уламковими переломами часто з дефектом кісткової тканини. При безпосередньому влучанні чи потраплення у безпосередній близькості вибухові пристрої спричиняли відчленування сегменту нижньої кінцівки з ушкодженням м'язів і масивом нежиттєздатних тканин та множинним ураженням інших ділянок тіла. При вибуху міни під транспортом ударний імпульс і осовий тиск розтрощував кістки стопи, як правило п'яткові, з переломом кісток гомілки. У евакуйованих поранених переломи кісток були фіксовані апаратом зовнішньої фіксації на попередніх рівнях, проте у 4 (0,8%) виникла необхідність замінити його у зв'язку з нестабільною фіксацією перелому, а у 2 (0,4%) нижні кінцівки були фіксовані гіпсовими пов'язками, що утруднювало лікування ран вогнепальних та після фасціотомії. 229 (45%) потребували повторних хірургічних обробок рани та лікування гнійних ран. Оголені кісткові уламки вимагали негайного закриття рани, проте характер поранення і перебіг ранового процесу спонукав до розподілу операційного втручання на етапи. Вибір способу і термінів закриття ран при відкритих уламкових переломах кінцівок залежав від анатомічних особливостей рани, виду перелому, характеру зміщення уламків, фази ранового процесу та загального стану пацієнта. Пластика дефекту м'яких тканин місцевими тканинами виконана у 18 поранених, розщепленим аутодермотрансплантатом – у 61, клаптями на харчуючих ніжках – у 2. Заміну методу фіксації перелому на внутрішній остеосинтез проводили після загоєння ран та стабілізації показників функцій органів і систем організму (17 пацієнтів). Гнійні ускладнення ранового процесу були у 65 поранених. Ампутацію на рівні гомілки виконали у 1, реампутацію – у 5 поранених, з них реампутацію на рівні стегна – у 2. Після стаціонарного лікування всі поранені і травмовані потребували комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення функцій уражених органів, опорно-рухового апарату та соціальну адаптацію.

Висновки. Сучасні бойові вогнепальні переломи кісток потребують первинної стабілізації апаратом зовнішньої фіксації з повторними хірургічними обробками рани, місцевого і загального лікування та пластичного закриття дефекту м'яких тканин. Внутрішній остеосинтез кісток доцільно виконувати після загоєння рани м'яких тканин. Завершальним



етапом надання медичної допомоги пораненим і травмованим є комплексна реабілітація з відновленням їх працездатності і боєздатності.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРЕЛКОВЫЕ БОЕПРИПАСЫ И ИХ ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ

Корж Н.¹, Тяжелов А.¹, Климовицкий В.², Гончарова Л.²

¹ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины»

²Научно исследовательский институт травматологии и ортопедии Дон НМУ

Цель. Оценка и анализ поражающих факторов современного огнестрельного оружия на основе данных открытой печати.

Материалы и методы. Работа представляет собой анализ литературных данных, опубликованных в открытой печати.

Результаты и обсуждение. В работе приведены особенности современных боеприпасов, используемых в длинноствольном стрелковом оружии. Представлена методология и основные методы контроля повреждающего действия ранищих снарядов на имитаторах биологических объектов. Так в качестве имитаторов мягких биологических тканей используют баллистический гель, а исследования проводят при дальности стрельбы — 10, 100 и 300 м, для чего выполняют перерасчет навески пороха.

Для оценки повреждающего действия новых ранищих снарядов исследуют особенности движения и характер фрагментации пуль в блоках-имитатор ах. оценивают размеры временной пульсирующей полости в баллистическом геле и остаточной полости в баллистическом пластине, а также исследуют характер огнестрельных переломов длинных костей конечностей.

Приведены современные общие представления о взаимодействии огнестрельного снаряда с поражаемым биологическим объектом, показана динамика изменения объема временной пульсирующей полости и колебаний давления.

Приведены основные характеристики современных боеприпасов 30-го и 20-го калибров, а также профиль ран и особенности поврежденной мягкой тканей и длинных костей конечностей. В сравнительном аспекте приведены условия и особенности фрагментации малокалиберных пуль, а также количество кинетической энергии, отдаваемой ранищим снарядом.

Выводы. Воздействие современных высокоскоростных ранищих снарядов вызывает качественно новый тип огнестрельных ран.

Малокалиберная пуля обладает большим поражающим действием в сравнении с устойчивой пулей среднего калибра, так как способна отдавать поражаемому объекту большую долю кинетической энергии.

Современные малокалиберные пули обеспечивают новое интегрирующее поражающее действие за счет высокой скорости и низкой баллистической устойчивости ранищего снаряда, а также за счет передачи большего количества энергии поражаемым тканям.

ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВО-СУГЛОБОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ ТА ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Вирва О.Є., Голка Т.Г., Шевченко І.В., Малик Р.В., Вирва О.О., Ютовець Ю.В.

ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

Вступ. Особливості лікування масивних вогнепальних поранень кінцівок полягають не тільки в санації раньових м'якотканинних ушкоджень, боротьбі з інфекційними ускладненнями та гнійно-некротичними процесами, а і в заміщенні утворених кістково-суглобових дефектів на віддалених етапах лікування, коли йдеться мова про відновлення функції пошкодженої кінцівки та суглоба.

Мета. Провести аналіз проведення етапу реконструктивного хірургічного втручання у разі наявності масивного кістково-суглобового дефекту, ускладненого інфекційним процесом.

Матеріал і методи. Проведено аналіз реконструктивних оперативних втручань у 38 хворих з дефектами кісток та суглобів кінцівок різних локалізацій, після вогнепальних поранень та масивних гнійно-некротичних процесів. Всі хворі проходили лікування у клініці невідкладної травматології та відновної хірургії інститута ім. Ситенка в період 2013-2016рр. Найбільш поширеними методами хірургічних втручань були двохетапні некретомії з використанням металево-цементних спейсерів, що насичені антибіотиками, різновиди кісткової ауто- та алло- пластини, модульне ендопротезування кісток та суглобів індивідуальними мегаендопротезами.

Результати та обговорення. Головною метою першого етапу лікування було ліквідувати запальний гнійно-некротичний процес. З цієї метою виконувалися секвестрнекретомії, лаваж і дренивання рани, заміщення

кістково-суглобового дефекту металево-цементними спейсерами з антибіотиками. Кращі результати давали двохкомпонентні «рухливі» офіційальні спейсери, що дозволяли не тільки замістити дефект кістки, а і відновити м'язову активність ураженого сегменту. У разі необхідності, використовувались виготовлені інтраопераційно спейсери з цементу, що насичений двома антибіотиками. На другому етапі, через 6-9 місяців після отримання стійкої ремісії інфекційного процесу, були проведені різні види реконструкцій з використанням ендопротезів, кісткових трансплантатів та комбінацій даних методів відновлення кісток та суглобів. Жодного інфекційного або ортопедичного ускладнення у післяопераційному періоді протягом до 2-х років після закінчення лікування у всіх прооперованих хворих не спостерігалось.

Висновки. Найбільш позитивні результати спостерігалися при використанні офіційально виготовлених спейсерів з антибіотиками, що дозволяло відновити функцію суглоба і кінцівки вже на першому етапі лікування та досягнути повної ліквідації інфекційного процесу. Метод заміщення кістково-суглобового дефекту, тобто кінцевий етап лікування, потрібно вибирати суто індивідуально для кожного випадку, що дає максимальний ефект лікування.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ТА ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ З МНОЖИННИМ ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК

Бур'янов О.А.¹, Казмірчук А.П.², Хоменко І.П.², Ярмолюк Ю.О.², Савка І.С.², Цвіна С.А.², Лакша А.М.²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

² Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» м. Київ, Україна

Мета. Стандартизація методичного підходу в проведенні реабілітаційно-відновного лікування на основі комплексної оцінки стану постраждалого, диференційованого підходу до лікування, розробки індивідуальної програми медичної реабілітації, послідовності та етапності, що надасть можливість створити єдину систему відновного лікування постраждалих з множинними переломами довгих кісток.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 615 пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок, які проходили етапне лікування в медичних закладах системи ЗСУ. Сформовано три групи постраждалих. В основній групі тактика містила в собі чотири складові: реабілітаційну раду (лікарі суміжних медичних спеціальностей, реабілітолог, травматологи стаціонарного та санаторного етапів); індивідуальні програми медичної реабілітації (сучасні технічні засоби медичної реабілітації, дотримання принципів реабілітації); телемедицину (як засіб ефективної взаємодії між етапами); алгоритм хірургічного лікування постраждалих (дотримання етапності у загоєнні ран, лабораторний та інструментальний контроль, визначення методу заключного остеосинтезу тощо). Пацієнтам I групи порівняння застосовували сучасні засоби лікування вогнепальних ушкоджень та загальноприйняту реабілітацію. Пацієнтам II групи порівняння застосовували апарати зовнішньої фіксації та санаторну програму медичної реабілітації.

Результати та обговорення. Впровадження уніфікованої системи реабілітації постраждалих дає змогу зменшити середню тривалість лікування постраждалих на 26,3%, формування контракту на 29,1%.

Висновки. Незважаючи на широке застосування високотехнологічних методів остеосинтезу переломів довгих кісток наявність незадовільних функціональних результатів лікування свідчить не лише про необхідність застосування раннього оперативного лікування переломів, але і впровадження комплексної та послідовної медичної реабілітації на всіх етапах реабілітаційно-відновного лікування

ЛІКУВАННЯ УЛАМКОВИХ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ АПАРАТАМИ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ (РЕЖИМ ФІКСАЦІЇ, НАВАНТАЖЕННЯ, ОСОБЛИВОСТІ РЕГЕНЕРАЦІЇ).

Літвішко В.О., Попсуйшапка О.К.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна КЗ «Чугуївська центральна районна лікарня ім. М.І. Кононенка», Україна

Мета. Розробити методику функціонального лікування уламкових діафізарних переломів кінцівок шляхом використання апаратів зовнішньої фіксації.

Матеріал і методи. Проведено лікування 88 хворих з уламковими переломами діафізу гомілки – 41, стегна – 38, плеча – 9. Серед них відкритих



переломів було 6, вогнепальних – 2. Для фіксації уламків були застосовані пристрої стрижневі виробництва ПП «ОРТОПАК». В більшості випадків (72) виконували закрити репозицію відламків (одномоментну або на системі скелетного витягу) з наступною фіксацією стрижневим пристроєм в режимі distraкції. Починаючи з першого тижня після травми хворі з переломом нижніх кінцівок починали ходити, приступаючи на пошкоджену кінцівку. Величину опори дозували по появі болю в місці перелому. Досліджували перебіг процесу зрощення по терміну, коли хворі починали ходити з повною опорою, термін фіксації пристроєм, положення відламків, терміну появи періостального регенерату та його розмірів і локалізації, частоти незрощень. У 5 постраждалих в перші 2 тижні після травми досліджували величину лінійних переміщень відламків шляхом ультрасонографії.

Результати та обговорення. Хворі з переломами стегна починали повне навантаження через 52±9 діб після перелому, голілки – 39±12 діб. Загальні терміни фіксації склали: при переломі стегна – 102±17 діб; голілки – 125±15 діб; плеча – 68±6 діб. Незрощення відламків, яке потребувало додаткового оперативного втручання мало місце у 7%. У всіх хворих лишалось залишкове зміщення відламків по ширині. Максимальна його величина в сагітальній або фронтальній площині складала до 1/3 поперечника у 22%, до 1/2 у 45%, до 2/3 у 28% і на повний поперечник у 5%. Дослідження лінійних переміщень відламків склало в межах 13-40% від вихідної відстані між ними. Установлено, що зрощення відбувається за рахунок утворення періостального регенерата, який виникає по межі відшарованого окістя. Отримані результати показують, що утворення періостального регенерату, який з'єднує між собою всі уламки і забезпечує відновлення опоро здатності кінцівки, відбувається за рахунок пружного режиму з'єднання відламків даними стрижневими пристроями. Можна припускати, що утворення повноцінного періостального регенерату ініціюється станом напруження фібрин-окістного веретена, що оточує відламки і зберігається завдяки закритій репозиції відламків.

Висновок. Уламкові переломи доцільно лікувати шляхом закритої репозиції та фіксації стрижневим пристроєм в пружному режимі.

ОСОБЛИВОСТІ АМПУТАЦІЙ ТА ФОРМУВАННЯ КУКС ПРИ БОЙОВИХ УРАЖЕННЯХ КІНЦІВОК

Беспаленко А.В.¹

¹Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу ЗСУ, м. Ірпінь, Україна

Мета. Покращення результатів лікування пацієнтів з ампутаціями нижніх кінцівок за допомогою оптимізації хірургічної тактики, використання сучасних хірургічних методів лікування ран, що прискорює подальшу реабілітацію, первинне протезування, трудову та соціальну реабілітацію.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 73 поранених з бойовими ампутаціями, які проходили етапне лікування в медичних закладах системи ЗСУ. Сформовано дві групи постраждалих: основна група – 36 поранених та контрольна – 37 поранених. В основній групі хірургічна тактика містила в собі: повноцінну первинну хірургічну, етапні повторні хірургічні обробки із застосуванням лаваж-систем, ультразвукового кавітатора та апаратів вакуумної терапії. З не хірургічних методів лікування виконувались: тракція шкіри кукуси за допомогою клейких стрічок для кінезіотерапії, дзеркальна терапія та програма медичної реабілітації. У пацієнтів контрольної групи хірургічна тактика містила в собі: первинну та етапні хірургічні обробки кукус, застосовувалась загальноприйнята реабілітація.

Результати та обговорення. Впровадження новітніх хірургічних методів лікування вогнепальних ран: активного лаважу, ультразвукової кавітації та ВАК-терапії разом з моніторингом бактеріологічних властивостей ран значно пришвидшує очищення кукус та їх загоєння. Це зменшує кількість повторних хірургічних обробок на 21%, знижує кількість реампутацій на 8,2%, інфекційних ускладнень на 13,1%, ліжко-день на 15,8.

Висновки. Аналіз отриманих результатів обох груп порівняння у постраждалих з бойовими ампутаціями показав ефективність оптимізованого протоколу хірургічної лікування. Програмована етапна медична реабілітація значно прискорює первинне протезування та соціальну адаптацію постраждалих.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ВТРУЧАННЯ НА КУКСАХ НИЖНІХ КІНЦІВОК З ПРОТЕЗУВАННЯМ НА ОПЕРАЦІЙНОМУ СТОЛІ

Диннік О.А.¹, Диннік А.О.²

¹ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

² Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Виходячи із сучасної доктрини військово-польової хірургії при вогнепальних ушкодженнях кінцівок проводять їх декомпресійні фасціотомії, а при ампутаціях кінцівок післяопераційну рану не ушивають. Зазначене спричиняє, зазвичай, необхідність проведення на куksах реконструктивно-відновних операцій. Наступним етапом є забезпечення хворого протезом. Таким чином очевидно, що приведені реабілітаційні заходи потребують певної етапності та організаційних засад, зміст яких на сьогодні більш ніж актуальний і повинен стати надбанням фахівців та установ, що займаються лікуванням та реабілітацією цієї категорії постраждалих в АТО.

Мета. Викласти здобутки та досвід ситенківської фахової школи щодо реконструктивно-відновних втручань на куksах нижніх кінцівок та організації медико-технічної реабілітації хворих.

Матеріали і методи. Публікації проф.О.П. Котова в довоєнний, воєнний та ранній післявоєнний періоди. Більш ніж 500 хворих, яким проведено формування кукус нижніх кінцівок із застосуванням м'язової пластики і понад 160 таких із застосуванням кісткової пластики та протезуванням на операційному столі. Застосовували аналітичний, клініко-рентгенологічні, біомеханічні та фізіологічні методи досліджень.

Результати та обговорення. Після участі у ліквідації медичних наслідків воєнних дій на Далекому Сході (1939 р.), Фінській кампанії (1940 р.) проф. О.П. Котов підготував та направив до директивних армійських інстанцій роботу «Опыт протезирования и аппаратотерапии в условиях военного времени», де червоною ниткою проходила думка, що хірургічна та консервативна підготовка хворих з куksами кінцівок та їх протезування повинно проводитися безперервно та в одній установі, тобто у шпиталі для ампутуваних, який організаційно та структурно повинен бути готовий до такої роботи. До аналогічної організаційної форми спеціалізованих допомоги незалежно прийшли і в арміях союзників та Німеччини.

За ініціативою акад. О.О. Коржа з кінця 60-х років минулого століття до сьогодення в інституті ім. проф. М.І. Ситенка активно розроблюється проблема формування кукус сегментів нижніх кінцівок (після ампутації та реконструктивно-відновних операцій) з протезуванням на операційному



столі. Такий підхід забезпечує ранню, починаючи з 1 – 2 доби після операції, мобільність та побутову незалежність хворих і скорочує термін їх готовності до первинно-постійного протезування.

Висновки. Висвітлені здобутки та науково-практичний досвід ситенківської фахової школи та світовий досвід свідчать, що постраждалих в зоні АТО з куksами нижніх кінцівок, що потребують реконструктивно-відновних втручань, доцільно концентрувати в установі, яка має необхідних фахівців та обладнання для проведення комплексу медико-технічних заходів, що в підсумку забезпечує умови для швидкої та якісної реабілітації пацієнтів.

ДОСВІД ТА ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ ДО ПРОТЕЗУВАННЯ З АМПУТАЦІЙНИМИ ДЕФЕКТАМИ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВИХ ТА ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Салєєва А.Д., Зайцев М.В., Кабаненко І.В., Юткін В.М., Кузін В.О., Тимофєєв І.Л.

Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності, м. Харків, Україна

Мета. Підвищення ефективності реабілітації пацієнтів з ампутаційними дефектами кінцівок внаслідок мінно-вибухових та вогнепальних поранень. Підготовка до високофункціонального протезування.

Методи та матеріали. У період з 2014 по 2015 років у клініці УкрНДІпротезування проведено курс фізичної реабілітації та протезування 36 особам з ампутаційними дефектами кінцівок, серед них: 18 військовослужбовців та 18 мирних мешканців.

Результати та обговорення. Проведення реабілітаційних заходів оцінювалося за такими параметрами: відновлення спроможності до пресування з додатковою опорою, підвищення м'язової сили кінцівок, відсутність контрактур в суглобах кінцівок, стабілізація окружних розмірів кукус, відсутність більового та /або зменшення фантомно-більового синдрому. Досягнення спроможності кукуси до навантажень, які виникатимуть при користуванні протезом. Під час підготовки до протезування у 7 пацієнтів (38,9 %) з числа військовослужбовців виникла необхідність проведення реампутації, яка обумовлена великими болісними рубцями, що були спаяні з підлігаючими тканинами, наявність болісних рубців в поєднанні з невротизацією, остеофітів, які не давали змоги розпочати протезування. Після загоєння післяопераційних ран цій групі пацієнтів, як і іншим було проведено курс фізичної реабілітації, який включав: ЛФК, фізіотерапевтичне лікування, формування м'язких тканин кукуси еластичним бинтуванням та компресійними чохлами. У пацієнтів з ампутаційними дефектами верхніх кінцівок з метою забезпечення високофункціональними протезами з зовнішнім джерелом енергії додатково проводилася підготовка кукус верхніх кінцівок на апаратних комплексах «Амблїокор, «Муо-Воу» та забезпечення протезами верхніх кінцівок з тяговим керуванням з метою формування кукус кінцівок та збільшення м'язової активності.

Висновки. Усі пацієнти після закінчення підготовчого періоду до протезування були забезпечені високофункціональними протезами кінцівок, що дозволило підвищити соціально-побутову адаптацію, розширити можливості до пересування та самообслуговування

ДОСВІД ЩОДО ПІДГОТОВКИ ДО ПРОТЕЗУВАННЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИСОКОФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПРОТЕЗАМИ ПАЦІЄНТІВ З КУКСАМИ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

Литвиненко О.М., Скрипка О.Г., Кузін В.О.

Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності, м. Харків, Україна

Мета. Являється визначення підходів до забезпечення пацієнтів з ампутаційними дефектами верхніх кінцівок високофункціональними (біонічними) протезами рук.

Матеріали і методи. Було проведено підготовку до протезування біонічними протезами 11 пацієнтів, постраждалих в АТО, з наслідками вогнепальних та вибухових поранень у вигляді ампутаційних дефектів верхніх кінцівок на різних рівнях, 2 з цих пацієнтів мали двосторонні ампутації. В ході роботи були використані клінічний, міографічний та рентгенографічний методи на етапах обстеження пацієнтів, оперативний метод – на етапі підготовки до протезування.

Результати та обговорення. Підготовка до протезування біонічними протезами включала наступні заходи: оперативне лікування з приводу реампутації кукус (2 пацієнтам, одному – висічення нейротизованого рубця і надлишку м'язких тканин торця кукуси плеча з обробкою нервів, другому – з приводу рани кукуси передпліччя, що

не загоювалась; консервативний лікувальний комплекс, спрямований на формування кукуси: усунення набряків (компресійна терапія), запальних процесів, більового синдрому (для всіх пацієнтів). Були застосовані медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування, засоби лікувальної фізкультури, масаж; психологічна допомога (для всіх пацієнтів); первинне лікувально – тренувальне протезування з метою адаптації пацієнта до протезу, надання яви про рівень подальшої компенсації втрачених функцій (6 пацієнтам, 3 – протезування не закінчене на цей час). Було виготовлено 5 протезів плеча та 4 протеза передпліччя з тяговим керуванням із застосуванням комплектувальних виробів імпортного виробництва. Всі пацієнти проходили навчання керування протезами; тестування та визначення рівня біопотенціалів усічених м'язів та напрацювання навичок по володінню електричними сигналами м'язів кукуси для забезпечення подальшого протезування біонічними протезами (9 пацієнтам).

Висновки. Пацієнти з ампутаційними дефектами верхніх кінцівок, що постраждали в результаті бойових дій, потребують комплексного підходу до реабілітації: оперативного та консервативного лікування, підготовки до високофункціонального протезування, первинного протезування та навчання користування протезами.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДИК РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ УРАЖЕНЬ ХРЕБТА ТА СПИННОГО МОЗКУ

Салєєва А.Д., Зайцев М.В., Кабаненко І.В., Юткін В.М., Трегуб Н.Ю.

Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності, м. Харків, Україна

Мета. Підвищення ефективності реабілітації інвалідів з наслідками уражень хребта та спинного мозку шляхом впровадження сучасних методик реабілітації.

Методи та матеріали. У період з 2014 по 2015 років у клініці УкрНДІпротезування проведено курс фізичної реабілітації 123 особам з наслідками ураження хребта та спинного мозку. Визначено послідовність проведення фізичної реабілітації з застосуванням необхідних на певному етапі технічних засобів: динамічні вертикалізатори, параподіуми, роботизовані GEO-System, тренажери RGO і медичні показання щодо призначення ортезних систем та допоміжних засобів пересування.

Результати та обговорення. На підставі результатів проведених клінічних досліджень були визначені показання та протипоказання щодо призначення G-EO-System, як складової частини у загальному комплексі реабілітаційних заходів. Для кожного пацієнта була розроблена індивідуальна програма роботизованої ходьби на комплексі G-EO-System в залежності від виразності рухового дефіциту і толерантності до фізичного навантаження, алгоритми використання G-EO-System для пацієнтів з різними рівнями функціональних можливостей. Результати реабілітаційних заходів відстежені у 62,2 % хворих і оцінювалися за такими параметрами: відновлення спроможності стояти, ходити, тривалість перебування у вертикальному положенні, пересування у межах приміщення та поза ним, ступінь розширення функціональних можливостей. Найкращі результати були отримані у хворих з локалізацією ураження на рівні грудного та поперекового відділу хребта, з частковим порушенням функції проведення спинного мозку при збереженому сегментарно-периферійному нейромоторному апараті та в строки після травми від 6 місяців до 3-х років.

Висновки. Застосування роботизованої G-EO-System прискорює процес відновлення та формування навичок стояння і ходьби, допомагає сформувати стереотип ходьби, підвищує мотивацію до самостійної ходьби, що значно скорочує строки реабілітації.

ПОШКОДЖЕННЯ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК СУЧАСНИХ БОЙОВИХ ДІЙ. КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ ТА КЛІНІКО-АНАТОМІЧНИЙ АНАЛІЗ

Климовицкий Ф.В.¹, Гур'єв С.О.², Ткаченко Д.Г.²

¹Донецький національний медичний університет імені М. Горького Міністерства охорони здоров'я України, м. Красний Лиман, Донецька область, Україна

²Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити клініко-епідеміологічну та клініко-анатомічну характеристику пошкоджень кінцівок у постраждалих внаслідок сучасних бойових дій.

Матеріали та методи. Було піддано аналізу – випадок пошкоджень кінцівок у



постраждалих внаслідок бойових дій у зоні АТО. Було вивчено ознаки клініко-епідеміологічного та клініко-анатомічного розподілу та їх взаємозв'язки.

Результати та обговорення. Встановлено, що співвідношення чоловіків та жінок складає 2:1, основною віковою групою постраждалих є група у віці 31-40 років (28,7%), групи 20-50 років складають (60%), існує різниця у розподілі за ознакою статі у вікових групах, як наслідок більшість чоловіків задіяно у бойових діях. Співвідношення безпосередніх учасників бойових дій до мирного населення становить 1:3.

Найбільш часто була ураженість нижніх кінцівок – 73,77%, практично однаково в обох статевих групах. Пошкодження верхніх та нижніх кінцівок зустрічалося у 8,19%. Найчастіше зустрічалося правобічні пошкодження, як верхніх так і нижніх кінцівок (66,54% та 63,63%), обох нижніх кінцівок – 20,40%, верхніх – 8,38%. Має місце певна різниця розподілу за анатомічною ознакою у статевих групах.

Найбільше ураження з пошкодженнями верхніх кінцівок у жіночій статевій групі.

Пошкодження проксимальних відділів зустрічались в 5 разів на верхні кінцівки та в 6 разів на нижні рідше за дистональні, пошкодження проксимальних та дистональних відділів складало 10% на верхніх та нижніх кінцівках. Різниця за ознакою участі у бойових діях клініко-анатомічних характеристик не вірогідно.

Висновки.

1. Пошкодження кінцівок виникають переважно у осіб працездатного віку, головної статі, переважно у мирного населення.
2. Превалює пошкодження нижніх кінцівок, дистональних відділів, правобічні на верхніх та нижніх кінцівках.
3. Не існує вірогідної різниці в клініко-анатомічній характеристикі за ознакою участі у бойових діях.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА БОЙОВУ ТРАВМУ: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИЧНА ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ

Климовицький В.Г.¹, Гур'єв С.О.², Кравцов Д.І.², Ткаченко Д.Г.²

¹Інститут травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету, м. Красний Лиман, Донецька область, Україна
²Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити теоретичні особливості сучасної бойової травми та провести їх практичну імплементацію з урахуванням досвіду лікування бойової травми під час антитерористичної операції.

Матеріали та методи дослідження. Було піддано науковому аналізу данні наукових та спеціалізованих джерел інформації, данні щодо характеру та наслідків сучасної бойової травми під час проведення АТО, проведено аналіз методом комплексного співставлення та екстраполяції даних.

Результати та обговорення. Сучасна бойова травма має певні етіопатогенетичні, клініко-епідеміологічні, клініко-нозологічні, клінічні характеристики. Теорія сучасної бойової травми має певні особливості, а саме: високу енергію уражаючого агента, високу точність ураження, поєднання уражаючих факторів (насамперед, термічного, механічного, іноді токсичного компонента), таким чином теоретично виникають поширені, багато комплексні ураження з глибоким руйнуванням тканин з превалюванням пошкоджень кінцівок, голови, грудної клітини, також внаслідок ведення бойових дій на великих теренах страждає мирне населення. А імплементація зазначених теоретичних положень довела їх коректність. У зоні проведення АТО превалює ураження мирного населення, клініко-нозологічна характеристика бойової травми у безпосередніх учасників бойових дій та мирного населення, хоч й має різницю, але досить однорідна. У клінічному аспекті превалює шокогенна травма з ознаками впливу двох та більше уражаючих факторів, значно більший реалізуемий ризик інфекційних ускладнень. Тяжкість перебігу травматичного процесу більш за прогнозовану за стандартизовані системні оцінки.

Висновки.

1. Теорія сучасної бойової травми вказує на особливості уражуючих факторів та, як наслідок, на деякий інший патогенез травматичного процесу.
2. Сучасна бойова травма є, за суттю, комбінованою політравмою.
3. Уніфікація ознак травматичного процесу потребує створення нових, або суттєвої модифікації старих, стандартизованих систем оцінки.
4. Сучасна бойова травма потребує нових клініко-організаційних та медико-технологічних підходів лікування.

СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ ПРИ БОЙОВІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Поліщук М.Є., Данчин А.О., Гончарук О. М.

Кафедра нейрохірургії. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України
Клініка нейрохірургії і неврології Головного ВМКЦ МО України

До бойової ЧМТ відносять вогнепальні (кульові, осколкові) та мінно-вибухові ушкодження черепа і ГМ, які розподіляються залежно від локалізації поранення, характеру травми, виду ранового каналу, стану головного мозку та його оболонок тощо.

У 50% поранених нейрохірургічного профілю виявляють ушкодження м'яких тканин голови, у 28% – проникні, у 17% – непроникні. Майже у 70% потерпілих відзначають мінно-вибухові ушкодження.

Стратегія надання допомоги потерпілим з бойовою ЧМТ.

1. Уніфікація тяжкості ЧМТ, визначення обсягу діагностичної та лікувальної тактики. Потерпілих за середнього та високого ризику виникнення внутрішньочерепних ускладнень госпіталізують до багатопрофільної лікарні (шпиталю), в яких є спеціалізоване нейрохірургічне відділення. Такі пацієнти потребують консультації нейрохірурга, обов'язково проведення КТ. Потерпілих за високого ризику виникнення внутрішньочерепних ускладнень госпіталізують до відділення реанімації та інтенсивної терапії.
2. Всіх потерпілих при порушенні рівня свідомості 8 балів і менше за ШКГ обов'язково інтубуються.
3. Потерпілим при вогнепальних проникних і непроникних пораненнях голови необхідно виконувати ранню (впродовж 24 год) первинну нейрохірургічну обробку ран, призначати антибіотики, протисудомні засоби.
4. Внутрішньочерепні об'ємні процеси видаляються, встановлюються датчики для моніторингу ВЧТ.
5. У всіх потерпілих при бойовій ЧМТ існує гіповолемія, ризик швидкого виникнення вторинного ушкодження ГМ, тому обов'язковим є контроль водно-електролітного та білкового балансу, сатурації крові.
6. Проводиться медикаментозна терапія для нормалізації дихання та системної гемодинаміки.
7. З метою нейропротекції та покращення нейротрофічних можливостей ГМ показане раннє застосування нейропротектора з мультимодальною дією – препарату церебралізін в дозі 10-30 мл внутрішньовенно крапельно впродовж 10-14 діб.
8. Вивчення структурно-функціональних змін ЦНС за даними нейровізуалізуючих та нейрофізіологічних досліджень (КТ, МРТ, ультразвукова діагностика, електроенцефалографія), психоневрологічного стану потерпілих необхідне в динаміці перебігу захворювання. Комплексна фізична і психічна реабілітація проводиться на весь період захворювання.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ УШКОДЖЕНЬ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Бондаренко С.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Вступ. Травми колінного суглоба (ушиби, розриви зв'язок, ушкодження менисків) складають від 50% до 70% всіх пошкоджень опорно-рухового апарату і призводять до тривалої втрати працездатності пацієнта, а іноді й до його інвалідизації. У теперішній час лікування цієї патології передбачає накладення тугої пов'язки (або гіпсової пов'язки) з наступним проведенням усього комплексу відновного лікування. Такі пошкодження, залежно від специфіки виконуваних робочих функцій та конкретних умов роботи, призводять до втрати пацієнтом працездатності від 2 до 4 тижнів.

Мета. Визначення клінічної ефективності нового методу лікування суглоба, спрямованого на мінімізацію запального процесу, прискорення загоєння тканин та регенерації ушкоджених тканин.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне суцільне дослідження власних результатів амбулаторного лікування 28 хворих.

Результати та обговорення. Обґрунтована авторська методика лікування полягає в одночасному впливі на область пошкодженого суглоба діадинамічних струмів у режимі «довгий період» при поперечному розташуванні електродів. При цьому катод поміщується зовнішньо на місце набряку і найбільшої болючості; вище і нижче катода фіксуються вібрафони від апарату «Вітафон», в якому використовується 4 режим. Перед процедурою проводиться підшкірне введення суміші дексаметазону, ціанокобаламіну і 2% розчину лідокаїну в область ушкодження. Тривалість комплексного впливу складає 20-30 хвилин. Курс лікування – 10 процедур щоденно. Вже після 2-3 процедур хворі відчують значне зменшення болювих відчуттів в області пошкодження, а до кінця курсу лікування можуть приступати до трудової



діяльності в повному обсязі, передбаченому професіограмою робочого місця.

Висновки. Ефективність авторської методики, заснованої на комплексному впливі фармакотерапії та електровіброакустики, полягає у 2-3 разовому скороченні періоду непрацездатності й відповідному покращенні якості життя хворих з ушкодженнями колінного суглоба. Тому за умов скорочення фінансування державних програм охорони здоров'я ця методика заслуговує на широке впровадження у практику госпітального лікування та медико-соціальної реабілітації пацієнтів з бойовими ушкодженнями опорно-рухової системи.

КРУГЛИЙ СТИЛ «ОРТОПЕДИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПІДОШОВНОГО БОЛЮ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-12:00

Організатор: ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

ПРОГРАМА

Модератор: Лябах Андрій Петрович, д-р мед. наук, професор, завідувач відділу патології стопи та складного протезування ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Тема: Синдром підшовного болю – актуальна проблема сучасної ортопедії

Доповідачі: проф. Лябах А.П., д.м.н. Гайко О.Г.

Тема: Клініко-інструментальна діагностика метатарзалгії

Доповідачі: Осадчук Л.Є., Хомич С.В., к.м.н. Турчин О.А.

Тема: Хірургічне лікування метатарзалгії

Доповідачі: к.м.н. Турчин О.А., к.м.н. Лазаренко Г.М.

Тема: Діагностика та лікування плантарного фасциїту

Доповідачі: Кулева О.В., к.м.н. Лучко Р.В., к.м.н. Пятковський В.М.

ОНКОЛОГІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В СУЧАСНІЙ ОНКОЛОГІЇ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-14:30

Організатори: Національний інститут раку МОЗ України, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами

ПРОГРАМА

Секція «Інноваційні методи променевого дослідження в діагностиці та контролі ефективності лікування злоякісних новоутворень органів жіночої репродуктивної системи»

Відкриття конференції

Тема: Сучасні аспекти променевої діагностики раку грудної залози

Доповідачі: д.м.н., проф. Головка Т.С., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Можливості доплерографії та еластографії для діагностики раку шийки матки

Доповідачі: Бакай О.О., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Комплексна променева діагностика раку грудної залози типу Luminal A

Доповідачі: к.мед.н. Крохмальова А.С., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Роль медико-генетичного консультування та молекулярно-генетичного тестування жінок із родин з сімейним раком молочної залози

Доповідачі: Палійчук О.В., к.м.н., лікар онко-гінеколог КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» ЧОР

Тема: Радіонуклідний спосіб дослідження сторожових лімфатичних вузлів при раку грудної залози і меланоми шкіри

Доповідачі: Сукач Г.Г., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Нове в радіотерапії пухлин голови та шиї

Доповідачі: Скоморохова Т.М., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Можливості променевої діагностики МТС у печінку при раку грудної залози

Доповідачі: к.м.н. Лаврик Г.В., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 13:00-15:00

Організатор: ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Обґрунтування положення ацетабулярного компонента при ендопротезуванні кульшового суглоба у хворих з тяжкими дисплазіями

Автор: Герасименко С.І., Полулях М.В., Полулях Д.М., Костогриз Ю.О.

Тема: Роль артроскопії в діагностиці та лікуванні синовітів колінного суглоба
Автор: проф. Герасименко С.І., к.мед.н. Костогриз О.А., м.н.с. Костогриз Ю.О., Нечипоренко Р.В., м.н.с. Полулях Д.М.

Доповідачі: м.н.с. Костогриз Ю.О.

Тема: Артроскопічна діагностика та лікування деформуючого остеоартроза кульшового суглоба

Автор: Костогриз О.А., Нечипоренко Р.В., Костогриз Ю.О.

Тема: Ускладнення тотального ендопротезування кульшового суглоба. Причини та лікування

Автор: Гайко Г.В., Підгаєцький В.М., Суліма О.М., Осадчук Т.І., Торчинський В.П., Калашников А.В., Кукуруза Л.П., Нізалов Т.В., Козак Р.А., Галузинський О.А., Черняк П.С.

Доповідачі: к.м.н. Підгаєцький В.М.

Тема: Проблеми ревізійного протезування кульшового суглоба у хворих з асептичного нестабільністю ацетабулярного компонента ендопротеза кульшового суглоба»

Автор: Гайко Г.В., Підгаєцький В.М., Суліма О.М., Осадчук Т.І., Торчинський В.П., Калашников А.В., Кукуруза Л.П., Нізалов Т.В., Козак Р.А., Галузинський О.А., Черняк П.С.

Доповідачі: к.м.н. Суліма О.М.

Секція «Комплексна променева діагностика в контролі ефективності лікування хворих на найбільш розповсюджені форми злоякісних новоутворень різних локацій»

Тема: Комп'ютерна томографія в діагностиці аденокарциноми головки підшлункової залози

Доповідачі: Забудська Л.Р., Олександрівський діагностичний центр, м. Київ, Україна

Тема: Магнітно-резонансна томографія в оцінці ефективності ілеонеоцистопластики після радикальної цистектомії у хворих на рак сечового міхура

Доповідачі: к.м.н. Гаврилюк О.М., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Результати реконструктивно-відновлювальних операцій з приводу поширених екстрамедулярних пухлин лицьового і мозкового черепа

Доповідачі: Кваша М.С., зав. відділення пазухових пухлин ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Тема: Можливості МРТ в діагностиці колоректального раку

Доповідачі: Коровіна А.С., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Ультразвукове дослідження при закритій травмі органів грудної клітки

Доповідачі: Халатурник І.Б., Лікарня швидкої медичної допомоги, м.Чернівці, Україна

Тема: Цінність методу інтраопераційного променевого контролю при вилученні конкрементів із піднижньощелепних слинних залоз та їх вивідних протоків

Доповідачі: Філіпський А.М., Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Тема: Волюмометрія як незалежний прогностичний фактор при індукційній хімотерапії у дітей з нейробластомою високого ризику

Доповідачі: Халієєв О.О., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Магнітно-резонансна томографія з гепатозспецифічним контрастним посиленням в діагностиці метастатичного ураження печінки при колоректальному раку

Доповідачі: Ганіч О.В., Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Тема: Особливості систолічної, діастолічної функції лівого шлуночка серця у хворих із злоякісними лімфомами

Доповідачі: Шевчук Л.А., Національний інститут раку, м. Київ, Україна



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА И ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ
Абдуллаев Р.Я., Сибиханкулов А.Х., Абдуллаев Р.Р.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель. Разработать комплекс наиболее значимых ультразвуковых симптомов (УЗС) дифференциальной диагностики хронического эндометриоза (ХЭ) и эндометриоза шейки матки (ЭШМ).

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ УЗ симптомов у 52 женщин с ХЭ и у 39 – ЭШМ. У всех женщин в ШМ были выявлены кистозные полости различной формы и локализации. Размеры кист варьировали в пределах 3-26 мм. Для дифференциации были учтены размеры, содержание, преимущественная локализация кист, толщина, контуры, структура эндометрикса (Э), толщина ШМ и индекс ТЭ/Тшм.

Результаты исследования. Толщина ШМ при ХЭ в среднем составляла 30,9±2,3мм, а при ЭШМ – 37,9±2,6 (p<0,05), размеры кист – 5,2±1,9мм, и 13,6±3,2мм (p<0,05). В 21 (53,8%) случаев ЭШМ кисты находились в субэктоцервиксе, в 12 (30,8%) в субэндометриксисе, в 5 (14,1%) в толще стромы и в 1 (1,3%) случаев эндометриксисе, а при ХЭ в 9 (17,3%), в 17 (32,7%), в12 (23,1%) и 14 (26,9%) случаев соответственно. При ЭШМ в 7 (17,9%) случаев размеры кист были до 6 мм, в 11 (28,2%) – 7-12 мм, в 16 (41,0%) – 13-20мм и в 5 (12,8%) случаев превышали 20мм. При ХЭ в 41 (78,8%) случаев кисты были до 6 мм, а в 11 (21,2%) случаев в пределах 6-12мм. Мелкодисперсное содержимое кист при ЭШМ отмечалось в 32 (82,1%) случаев, из них в 3 (7,7%) при размерах до 6 мм, в 8 (20,5%) – 7-12мм, в 21 (53,8%) – более 12 мм. У женщин с ХЭ мелкодисперсное содержимое кист отмечалось в 5 (9,6%) случаев (p<0,001). Округлая форма кист регистрировалась в 25 (64,1%) случаев ЭШМ, в 19 (36,5%) случаев ХЭ (p<0,01).

Размеры кист в эндометриксисе не превышали 3 мм, были неправильной формы. Неровные контуры эндометрикса отмечались в 38 (73,1%) случаев ХЭ и в 14 (35,9%) случаев ЭШМ (p<0,001), а экзопозитивные включения в 43 (82,7%) и 6 (15,6%) случаев соответственно (p<0,001).

Вывод. При дифференциации эндометриоза шейки матки и хронического эндометриоза наиболее значимыми ультразвуковыми симптомами для первого являются мелкодисперсное содержимое, субэктоцервикальная локализация, округлая форма кист размерами более 12 мм, а для второго – кист эндометрикса неправильной формы, размерами менее 6 мм, экзопозитивные включения и неровные контуры эндометрикса.

МОЖЛИВОСТІ ДОПЛЕРОГРАФІЇ ТА ЕЛАСТОГРАФІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Бакай О.О., Головко Т.С.

Національного інституту раку, м. Київ, Україна

Мета. Дослідження можливості доплерографії та еластографії для діагностики раку шийки матки.

Матеріали та методи. Обстежено за допомогою доплерографії та еластографії 120 хворих на рак шийки матки 0-IV стадії та 50 практично здорових жінок.

Результати. В нормі та при ІА стадії при доплерографії спостерігали поодинокі судинні локуси, максимальна систолічна швидкість (V_{max}) 10-15 см/с, індекс резистентності (RI) 0,63-0,73, при ІВ – збільшення кількості та атиповий характер судин, V_{max} 15-24 см/с, RI 0,53-0,62, при ІІА - V_{max} 18-24 см/с, RI 0,43-0,6. При ІІВ - V_{max} 18-35см/с, RI 0,4-0,6; при ІІІА-В - V_{max} 20-60см/с, RI – 0,3-0,6; при ІV- V_{max} 30-85см/с, RI – 0,2-0,4. При еластографії реєстрували високу жорсткість в новоутворенні на фоні незміненої еластичної стромы. Використання еластографії підвищило інформативність оцінки ступеня поширеності пухлинного процесу (при виявленні інвазії пухлини в параметрії чутливість зросла з 79,3 до 91,3%, специфічність з 90,3 до 95,1%, точність з 85,0 до 93,3%; на піхву з 77,2 до 82,1%, з 84,1 до 87,5%, з 80,8 до 87,5% відповідно; на тіло матки з 85,7 до 93,4%, з 86,0 до 93,1%, з 85,8 до 92,5% відповідно).

Висновки. Рак шийки матки супроводжується змінами кровотоку та еластичності, які корелюють зі ступенем поширення пухлини, тому комплексне використання доплерографії та еластографії є високоінформативним при діагностиці цього захворювання.

ЦІННІСТЬ МЕТОДУ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ПРОМЕНЕВОГО КОНТРОЛЮ ПРИ ВИЛУЧЕННІ КОНКРЕМЕНТІВ ІЗ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЮПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА ЇХ ВИВІДНИХ ПРОТОКІВ

Т. Головко¹, А. Філіпський², А. Кучер²

¹Науково-дослідне відділення променевої діагностики Національного інституту раку, м. Київ, Україна

²Кафедра променевої діагностики ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Метою нашого дослідження було з'ясування можливостей ультразвукографії в якості методу інтраопераційного променевого контролю при вилученні

конкрементів із піднижньощелепних слинних залоз та їх вивідних протоків на підставі аналізу фахових літературних повідомлень та власного клінічного досвіду. Слинно-кам'яна хвороба є найпоширенішим непухлинним захворюванням великих слинних залоз людини. Найчастіше конкременти локалізуються у піднижньощелепній слинній залозі та її вивідному протоці. Враховуючи те, що у переважаючій більшості випадків вилучення конкрементів здійснюється із вивідної протоки через внутрішньоротовий операційний доступ, актуальним залишається питання неінвазивного інтраопераційного променевого контролю процесу вилучення конкремента та стану залози і її вивідної безпосередньо після операції.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 10 клінічних випадків осіб із слинно-кам'яною хворобою піднижньощелепних слинних залоз, які знаходились на лікуванні на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Результати та обговорення. Всім пацієнтам під час вилучення конкрементів було застосовано інтраопераційну ультрасонографію. У 9-ти пацієнтів всі конкременти були успішно локалізовані та вилучені. У 1 пацієнта було виявлено додатковий конкремент, що не було візуалізовано раніше.

Висновки. Інтраопераційний променевої контроль підвищує точність та прецизійність втручання і знижує ризику появи можливих помилок чи післяопераційних ускладнень. Враховуючи загальновідомі переваги ультразвуку, застосування його в якості методу інтраопераційного контролю при вилученні конкрементів із піднижньощелепних слинних залоз та вивідних протоків є доцільним та ефективним доповненням існуючої методики лікування.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ С ГЕПАТОСПЕЦИФІЧЕСКИМ КОНТРАСТНИМ УСИЛЕННЯМ В ДІАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕННЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКЕ

Ганич А.В.

Національний інститут раку, г. Киев, Украина

Цель. Изучение диагностической эффективности магнитно-резонансной томографии (МРТ) с гепатоспецифическим контрастным усилением у пациентов с метастатическим поражением печени при колоректальном раке. **Методы.** С целью определения объема метастатического поражения печени при колоректальном раке, 15ти пациентам было проведено МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением и спиральная компьютерная томография (СКТ) с болюсным контрастным усилением.

Результаты. По данным МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением у 2х пациентов были выявлены очаги менее 1го см, которые не визуализировались по данным СКТ. В одном случае по данным МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением была выявлена кавернозная кавернозная гемангиома печени, которая вследствие атипической картины вторичного генеза.

Выводы. МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением является эффективным методом в выявлении метастатического поражения печени при колоректальном раке размерами менее 10ти мм.

ДІАГНОСТИКА ГЕМОТОРАКСУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Головко Т.С.¹, Халатурник І.Б.², Буймістр Н.І.³

¹Національний інститут раку, м. Київ, Україна

²Лікарня швидкої медичної допомоги, м. Чернівці, Україна

³Обласний медичний діагностичний центр, м. Чернівці, Україна

Мета. Удосконалити діагностику гемотораксу у пацієнтів з травматичними ушкодженнями органів грудної клітки (ОГК) шляхом обов'язкового використання ультрасонографії (УСГ) в комплексі з традиційною рентгенографією та комп'ютерною томографією (КТ).

Матеріали та методи. Нами обстежено 41 постраждалих з гемотораксом внаслідок тупої травми ОГК. Всіх пацієнтів поділили на дві групи: з непроникаючою травмою ОГК (n=3 (7.3%)) та з проникаючою (n=38 (92.7%)). УСГ виконували на приладах Toshiba Aplio XJ, та портативному DP 3300 (Mindray) з конвексним 2.5-3.5МГц та лінійним 7-10МГц передавачами.

Результати дослідження та їх обговорення. Після госпіталізації пацієнта в стаціонар при рентгенографії ОГК гемоторакс був діагностований в 17(44.7%) пацієнтів з проникаючою травмою ОГК, в 1-й групі не виявлений. При КТ гемоторакс був виявлений в 9(90%) випадках. При УСГ – в 33(94.3%) випадках пацієнтів 1-ї групи та 3(100%) -2-ї групи. У 2(5.7%) постраждалих УСГ була неефективною через наявність підшкірної емфіземи.

В динаміці, на 3;5;7 добу всім пацієнтам проводили УСГ. У 30 постраждалих після проведення торакоцентезу та дренирування плевральної порожнини, УСГ-ознак гемотораксу не виявляли, з них у 8 пацієнтів візуалізували



розшарування листків плеври анехогенним прошарком рідини від 50 до 120мм, яке розцінювали як ексудативний плеврит. У 8 пацієнтів спостерігали за процесом лізису крові. Згорнутий гемоторакс розвинувся в терміни від 2 до 12 діб після травми. Рентгенологічні, КТ- та УСГ- ознаки базувалися на виявленні плеврального випоту неоднорідної структури, а наявність тромботичних згустків є патогномічним симптомом згорнутого гемотораксу.

Висновки. Трансторакальна УСГ є методом вибору діагностики малої кількості рідини в плевральній порожнині, високоінформативна у визначенні об'єму випоту, його локалізації та ехоструктури. За допомогою УСГ ми можемо спостерігати за станом плевральних порожнин та проводити моніторинг наростання кількості рідини та зміни її структури. УСГ та КТ є основними методами діагностики згорнутого гемотораксу.

ПЕРЕВАГИ ТОРАКОЦЕНТЕЗУ ПІД УСГ-НАВІГАЦІЄЮ
Халатурник І.Б.¹, Кучер А.Р.²

¹Лікарня швидкої медичної допомоги, м.Чернівці

²Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета. Порівняти частоту ускладнень після застосування класичної методики торакоцентезу та торакоцентезу під УСГ-навігацією.

Матеріали та методи. Торакоцентез було проведено 224 пацієнтам із синдромом плеврального випоту різного генезу. Хворих було розподілено на дві групи за способом торакоцентезу: класична методика виконання торакоцентезу хірургом та під УСГ-навігацією з яких у першій групі–134(60%) маніпуляції, у другій – 90(40%).УСГ виконували на приладах Toshiba Aplio XG та портативному DP 3300 (Mindrey).

Результати дослідження та їх обговорення. У 35(16%) випадках (із 224) торакоцентез ускладнився пневмотораксом: у 23(66%) після класичного торакоцентезу та у 12(34%) – під УЗ-навігацією. У пацієнтів із утрудненим диханням під час торакоцентезу 11 (31%) та 18 (51%) – з болями у грудній клітці, пневмоторакс відмічається частіше, ніж в асимптомних 6 (17%). Зупиняє торакоцентез надмірний кашель, що турбував 38 (24%) пацієнтів, з них у 15 (31,3 %) випадках при пневмотораксі та біль – у 52(23%) випадках. Одним з ускладнень торакоцентезу є гемоторакс, що виявлявся у 18 (8%) пацієнтів, з яких у 11(61%) при класичному виконанні торакоцентезу, під УЗ-навігацією – у 7(39%). В нашій практиці при виконанні торакоцентезу без УСГ-навігації відбулося 1 пошкодження селезінки та 4 діафрагми. Неоднорідний густий вміст, наявність згустків крові, згорнутого чи осумкованого плевриту, фібротораксу утруднюють проведення класичного торакоцентезу через відсутність візуалізації рідкого вмісту. Ультразвукове наведення зменшує кількість невдалих спроб торакоцентезу.

Висновок. Перевагами торакоцентезу під УСГ-навігацією є висока діагностична ефективність, низький рівень ускладнень, відсутність променевого навантаження. Враховуючи вищевикладене, ми рекомендуємо торакоцентез під УЗ-навігацією у пацієнтів за таких умов: малий об'єм плеврального випоту; випіт, не виявлений іншими методами візуалізації; випіт з фібриновими включеннями, швартами, згорнутий плеврит та гемоторакс.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ІЛЕОНОЦИСТОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА

Гаврилюк О.М.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Мета. Вдосконалити моніторинг хворих на рак сечового міхура (PCM) шляхом впровадження в алгоритм обстеження МР-урографії з діурезним навантаженням.

Матеріали і методи. Результати комплексної променевої діагностики 75 хворих на інвазивний PCM до та після радикальної цистектомії (РЦ) та ілеонеоцистопластики (ІНЦП).

Результати та обговорення. Діагностична ефективність (чутливість, специфічність, точність) променевих методів при PCM склала відповідно: для ЕУ – 73,5; 50,0; 76,6%; для УЗД – 73,4; 66,7; 83,8%; для КТ – 92,8; 96,4; 92,8%; для МРТ – 99,2; 98,4; 98,2%. За виявленими променевими ознаками пацієнтів розподілили на 3 групи ризику розвитку ускладнень, розробили адаптовані алгоритми. В ранньому післяопераційному періоді спостерігались: стоншення паренхіми нирок – у 6 (10%) хворих; дилатація СВШ – у 17 (28,3%); звуження на рівні уретероілеальних анастомозів – у 8 (13,3%); ілеальний резервуар (ІР) до (140±27) мл – у 53 (88,3%); звуження на рівні ілеоуретерального анастомозу – у 4 (6,7%) хворих. У віддаленому післяопераційному періоді спостерігалась: зменшення ознак дилатації СВШ на 16% (p<0,05); зменшення симптомів стійкого звуження уретероілеального анастомозу на 5% (p<0,05); емкість ІР (450±50) мл. Діагностична ефективність МР-урографії з діурезним

навантаженням склала відповідно (специфічність – 97,9%, чутливість – 99,9%, точність – 91,3%).

Висновки. Розроблений алгоритм променевого моніторингу лікування хворих на PCM до та після РЦ та ІНЦП надає можливість прогнозувати ризики на доопераційному етапі та здійснювати індивідуальний моніторинг хворих у післяопераційні періоди. Спосіб МР-урографії з діурезним навантаженням є методом вибору в променевоому моніторингу стану СВШ у хворих на PCM.

ВОЛЮМОМЕТРІЯ ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ПРИ ІНДУКЦІЙНІЙ ХІМІОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З НЕЙРОБЛАСТОМОЮ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Халієєв О.О., Шайда О.В., Павлик С.В., Їжовський О.І

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Мета дослідження. Покращити ефективність моніторингу лікування пацієнтів з нейробластомою високого ризику.

Матеріали та методи. Проводилась ретроспективна оцінка СКТ/МРТ досліджень 39 пацієнтів (23 хлопчики, 16 дівчаток) з нейробластомою високого ризику, котрі обстежувались та лікувались в НІР в період 2008-2013рр. Всі діти віком старше 1-го року (середній вік 3,2 роки). В якості основного оціночного критерію проводилась СКТ/МРТ волюметрія. Об'єм пухлини вимірювався двічі: перший - при стадіюванні зляксісного процесу, другий після 2-х (3-х) циклів індукційної хіміотерапії. Результат індукційної терапії оцінювався по співвідношенню об'єму пухлинної маси по двох проведених дослідженнях. Оцінка відповіді пухлини на лікування проводилась згідно критеріям RECIST.

Результати та обговорення. У 30 (76,9%) дітей був позитивний результат (неповна регресія або стабілізація). У 9 (23,1%) пацієнтів - прогресування. При зменшенні об'єму пухлини ≤ 40% від первинних даних результат вважали неповною відповіддю на індукційну хіміотерапію. Зменшення об'єму пухлини > 40% розцінювали прогностично сприятливою відповіддю на хіміотерапію. У тих дітей у котрих було значне зменшення об'єму пухлини, згідно критеріям RECIST повна відповідь на отриману індукційну хіміотерапію, при подальшому моніторингу спостерігався безрецидивний період протягом року.

Висновки. Отримані результати дозволяють робити висновок: ступінь редукції об'єму первинної пухлини у початкову фазу індукційної хіміотерапії є індикатором ранньої відповіді і є незалежним прогностичним фактором у дітей з нейробластомою високого ризику.

МОЖЛИВОСТІ МРТ В ДІАГНОСТИЦІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Коровіна А.С, Смакова М.С.,

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Мета. Визначення ефективності МРТ в уточненні діагностики КРР шляхом первинного обстеження пацієнтів та перебігу захворювання.

Матеріали і методи. Проведена МРТ 76 пацієнтам з встановленим діагнозом аденокарцинома прямої кишки. Був попередньо проведений курс променевої та хіміотерапії та контрольна МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперованим 25 пацієнтам, з метою виявлення перебігу захворювання проведено контрольне МРТ. 13 пацієнтам в оперативному втручання було відмовлено, за рахунок фізичного стану або неможливості видалення пухлини.

Результати обговорення. Діагноз аденокарцинома верифікований морфологічно у 76 пацієнтів, при фіброколоноскопії з біопсією. У 76 (100%) спостерігалось нерівномірне потовщення стінок н-с/а, р/с відділів, та анального каналу з стенозом їх просвіту; у 19 (25%) ознак порушення цілісності м'язового слою та інвазії жирової клітковини не відмічається; у 15 (20%) поширювалась тільки на параректальну жирову клітковину; у 34 (45%) відмічалась інвазія фасцій; у 8 (10%) на органи порожнини малої миски. У 38 (50%) виявлено метастазування в регіонарні лімфатичні вузли та в кістки тазу.

Висновки. МРТ є високоінформативним методом променевої діагностики у визначенні поширення КРР та оцінки ефективності проведеного лікування.

КОМПЛЕКСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ТИПУ LUMINALA

Крахмальова А.С., Мотузюк І.М., Крахмальова Л.П.

Національний інститут раку, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра онкології, м. Київ, Україна

Мета. Поліпшення інформативності променевої діагностики раку грудної залози (РГЗ) через вивчення променевих ознак раку типу Luminal A. **Матеріали і методи.** Робота виконувалась на базі Національного інституту раку з 2010 по 2015 р. В дослідження були включені 160 хворих на РГЗ І-ІІІС стадії Luminal типу. Середній вік хворих становив 49,4±11,4року. Комплексне



обстеження включало клінічний огляд, рентгенографічну маммографію, ультразвукове дослідження з використанням доплеро- і еластографії та магнітно-резонансному томографії (МРТ) з контрастним підсиленням. Гістологічну верифікацію з імуногістохімічним дослідженням проводили після взяття матеріалу тонко- та товстоголковою біопсією з використанням стереотаксичної приставки фірми Image. Оцінювали структуру грудної залози, розмір пухлини, характер росту, а також контури пухлинного вузла, наявність мікрокальцинатів, поширення пухлини на сосково-ареоларний комплекс.

Результати та обговорення. РГЗ типу Luminal A було виявлено у 67 пацієнток. Рентгенологічними ознаками РГЗ типу Luminal A були нечіткі (46,2%), нерівні (73,1%) контури, неправильна (61,2%), форма неоднорідна (74,6%) будова, розміри від 1 см (32,8%). Реакція з боку оточуючих тканин була виявлена у 94%. При УЗ Двідзначалися нечіткі (46,3%), нерівні (86,6%) контури, неправильна (73,1%) форма, неоднорідна (80,6%) будовапухлини. При доплерографії пухлини були гіперваскулярні (63,3%). При еластографії щільністучентрі пухлини перевищувала 60 кПа, а по периферії до 34-40 кПа (51,4%). МРТ-ознакамиРГЗтипу Luminal Абули гіперденсіосередки неоднорідної (100%) будовиз нечіткими (96%) контурами,значним накопиченнямконтрастної речовини (80%) і графіком по I типу (86,6%).

Висновки. Вивчення променевих ознак різних підтипів РГЗ може сприяти підвищенню ефективності діагностики, скороченню діагностичного періоду та зниженню променевого навантаження за рахунок використання в подальшому запропонованого алгоритму променевих досліджень.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПЕЧІНКИ

Лаврик Г.В., Бакай О.О., Шевчук Л.А.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Мета. Визначити ефективність застосування методів променевої діагностики в визначенні поширення пухлинного процесу, плануванні, оцінці результатів лікування пацієнтів із злоякісними пухлинами печінки.

Матеріали і методи. Проведено комплекс променевих методів (УЗД/СКТ/МРТ) досліджень, проаналізовано результати у пацієнтів із злоякісними пухлинами печінки (175 – ПРП, 277 – МТС в печінку пухлин різних локалізацій). Результати досліджень співставлено з морфологічною верифікацією біопсійного/операційного матеріалу.

Результати та обговорення. У всіх пацієнтів виявлено різної форми, кількості та розмірів новоутворення в печінці. При УЗД встановлено найбільш специфічні ознаки вузлового (59,3%), багатовузлового (28,3%), дифузного (12,3%) характеру, пониженої (78,5%), підвищеної (13,3%), анехогенної (7,9%) неоднорідної структури. Визначено наявність значимих гемодинамічних порушень (75,7%) кровотоку в ЗПА, портальну гіпертензію (83,3%). По характеру контрастування уточнено специфічні ознаки: дифузну гіперденсню (27,3%) або неоднорідну понижену (72,7%) щільність пухлини, визначено варіант живлення, інвазію в венозне (34,8%) русло, оцінено стан басейну ВВ (34,8%), печінкових (51,5%) та НПВ (13,7%) вен, уточнено варіанти судинної анатомії печінки (54,5%). При моно/білобарному (75%) ураженнівизначено типконтрастування незміненої паренхіми гіпер- (32,5%), гіподенсними (87,9%) осередками. Результати СКТ та МР-перфузії дозволили оцінити пухлинний ангиогенез. Застосування МР-холангіографії доповнило дані про залучення жовчних проток, визначено рівень обструкції.

Висновки. Застосування комплексу променевих методів дослідження з доповненням новими методиками, дозволило виявити та уточнити поширеність пухлинного процесу в печінці, спланувати обсяг лікування, оцінити ефективність та прогнозувати подальший перебіг хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ОПЕРОВАНОЇ ПЕЧІНКИ

Лаврик Г.В., Лукашенко А.В., Бурака А.А., Халієєв О.О., Руда Л.В.

Національний інститут раку, м.Київ, Україна

Мета. Визначення анатомічних особливостей, основних променевих ознак та удосконалення інтерпретації зображень оперованої печінки.

Матеріали і методи. Проведено та проаналізовано комплекс променевих (УЗД/СКТ/МРТ) досліджень пацієнтів, котрим виконано операції на печінці різного типу. В структурі оперативних втручань провідне місце зайняли анатомічні (59,4%) резекції; серед них у 24,5% – секторальні (бісегментарні), 18,7% – гемігепатектомія, 12,2% – сегментарні резекції, у 6,1% – розширені резекції.

Результати та обговорення. Принциповою відмінністю зображень печінки після резекції (сегмент-, сектор-, чи розширених резекцій) є зменшення кількості печінкових вен. Конфігурація ВВ з видаленням правої/лівої гілок, відсутністю біфуркації є підтвердженням виконаного виду резекції. Елементи судинного малянка в зоні операції зближені/віддалені у відповідності до

варіантів резекції.

Основними змінами в оперованій печінці є деформація контуру. Втягнення рубця (31,5%), нерівність (23,6%), випуклість (18,8%) контуру. В площині резекції зони неправильної (7,9%) форми, локального зниження щільності/ехогенності паренхіми. Накопичення контрасту в паренхіматозну (СКТ) фазу оцінювалось як дифузне (однорідне) - у 58,4% та нерівномірне (локальне) - 41,6% спостережень. В зоні видаленої частки: компенсаторна гіпертрофія, збільшення розмірів печінки, закруглення форми краю печінки, згладження гострих кутів по лінії резекції. Після дольових резекцій типове/атипове (9,6%) анатомічне зміщення культі, дислокація сальника, шлунка, тонкої/товстої кишки.

Висновки. Застосування комплексу променевого моніторингу у пацієнтів, що перенесли операції на печінці дозволило оцінити анатомічні особливості та визначити основні критерії семіотики. Інтерпретація зображень проведених досліджень у післяопераційному періоді, при подальшому діагностичному моніторинзі потребує знання анатомії печінки, що передбачає визначення обсягу оперативного втручання при кожному типі операції.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТОЛІЧНОЇ, ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЙ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ ЛІМФОМАМИ

Шевчук Л.А., Солодяникова О.І.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Мета.Вивчення систолічної, діастолічної дисфункцій серця при плануванні, під час проведення та по закінченню поліхіміотерапії (ПХТ) у пацієнтів із злоякісними лімфомами.

Матеріал та методи: проаналізовані дані динамічного ехокардіографічного спостереження 100 пацієнтів із злоякісними лімфомами, що проходили лікування в клініці Національного інституту раку та отримували кардіоагресивні схеми ПХТ (СНОР-21, СНОЕР, R-СНОР, DA-ЕРОСН-R, ВЕАСОРР,АВVD).

За даними базової електрокардіограми (ЕКГ) та ехокардіографії (ехо-кг) всі обстежені були розділені на дві групи: 1-а – пацієнти з кардіальною патологією (48 осіб), 2-а – без ознак кардіальної патології (52 особи). Усім пацієнтам виконана трансторакальна ехо-кг по стандартній методиці під час парних етапів, після ПХТ, через 3 та 6 місяців по завершенню лікування. Оцінювались основні параметри ехокардіографічного протоколу.

Результати. У пацієнтів 1-ої групи виявлено: розширення порожнин серця, наявність клапанної патології, гіпертрофію міокарда ЛШ (135-140±3,6%); зниження ФВ до 10% (до проведення терапії - 56,7±2,4%; після – 47,53±3,3%); діастолічна дисфункція (ДД) 1-го, 2-го, 3-го типів. ДД 3-го типу у пацієнтів свідчила про розвиток незворотного кардіодепресивного стану.

У пацієнтів 2-ї групи відмічалось зниження ФВ (до 10 %) - до проведення терапії ФВ 63,4±3,6%, після – 55,2±2,8%); ДД 1-го та 2-го типу. Так, після третього курсу ПХТ визначалась ДД міокарду ЛШ – подовження IVRT, dt, які показників ранньої субклінічної кардіодепресії. Виявлені поступові зміни параметрів E, A, відношення E/A під час наступних парних циклів, із поступовим формуванням типу ДД по завершенні ПХТ на фоні збереження нормальних показників систолічної функції.

Висновки. Використання ФВ ЛШ в оцінці фактичного ураження міокарду недостатнє, оскільки його компенсаторний резерв дозволяє забезпечувати ударний викид ЛШ навіть при значному порушенні функції кардіоміоцитів. Тому, погіршення діастолічної функції серця є більш раннім по відношенню до систолічної функції і у багатьох пацієнтів субклінічна ДД передує вираженому зниженню систолічної функції.

КОМПЬЮТЕРНА ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Колесник Е.А., Забудская Л.Р.

Александровский диагностический центр

Цель. Оценить возможности компьютерного томографического исследования в диагностике рака головки ПЖ на фоне ХП.

Материалы и методы. Томограф «Activion 16». 21 пациент. Возраст: от 45 до 67 лет.

Результаты. Прямым признаком опухоли: гиподенсное образование в структуре головки ПЖ; косвенные признаки: расширение общего желчного протока с резким сужением его на уровне образования, равномерное расширение главного панкреатического протока, сочетанное расширение обоих протоков, прорастание опухолью магистральных сосудов, метастатическое поражение печени. Прямой признак ХП: кальцинаты в структуре ткани ПЖ и в панкреатическом протоке.

Выводы. Рак на фоне ХП может быть идентифицирован при наличии мягкотканого компонента в структуре ПЖ, не имеющего кальцинатов и кист и вызывающего протоковую гипертензию. Злокачественный

характер изменений диагностируется при динамическом КТ исследовании. Оценить размеры опухоли (аденокарциномы), ее границы и соотношение с окружающими тканями возможно прилостпроцессорноммногофазном исследовании в сочетании с реконструкциями. Критерий вторичных изменений в структуре опухоли и постнекротических кист: уменьшение размеров гиподенсной зоны в поздние фазы контрастирования и отсутствие ее изменений в постнекротических кистах.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННИХ СТАДИЙ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Поздняков С.А., Абдуллаев Р.Я.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель работы: определить наиболее значимые ультразвуковые количественные параметры ранних стадий рака эндометрия с помощью трансвагинального доступа

Материалы и методы. Проанализированы эхографические показатели 68 женщин в пре- и постменопаузе с гистологически верифицированным диагнозом рака эндометрия (РЭ). В 10 (8,2%) случаев диагностирована IA стадия и в 58 (47, 5%) – IB стадия РЭ. Среди обследуемых в репродуктивном возрасте были 21 (30,9%), в менопаузе – 47 (69,1%) женщин соответственно. Средний возраст больных составлял 54,5±6,7 лет.

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ

СИМПОЗИУМ «ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 13:30-15:30

Організатор: ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

ПРОГРАМА

Відкриття: Вступне слово проф. Степанов Ю.М.

Тема: Проблемні питання діагностики та лікування захворювань печінки та панкреато-біліарного тракту

Доповідач: проф. Степанов Ю.М. (Дніпропетровськ)

Тема: Пошкодження печінки токсичного генезу

Доповідач: к.м.н. Діденко В.І. (Дніпропетровськ)

Тема: Безінтерферонова ера лікування хронічного вірусного гепатиту С – кінцеве рішення проблеми?

Доповідач: проф. Шипулін В.П. (Київ)

Тема: Досвід застосування комп'ютерної морфометрії в діагностиці фіброзу при захворюваннях печінки та підшлункової залози

Доповідач: Ошмянська Н.Ю. (Дніпропетровськ)

Тема: Нові можливості хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту

Доповідач: д.м.н. Ратчик В.М. (Дніпропетровськ)

Тема: Мініінвазивні технології в ендоскопічній хірургії

Доповідач: Тарабаров С.О. (Дніпропетровськ)

Тема: Особливості хірургічного лікування кістозних утворень підшлункової залози

Доповідач: Тузко Г.В. (Дніпропетровськ)

ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Сорочан О.В., Стойкевич М.В., Коненко І.С., Мосалова Н.М., Шевцова З.І.

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

Мета. Вивчити ефективність препарату «Гепаргін» у хворих на ХЗЖК з супутньою патологією печінки.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 34 хворих на ХЗЖК, в тому рахунку 23 – на неспецифічний виразковий коліт та 11 – на хворобу Крона, які мали зміни функціональних печінкових проб та сонографічної картини гепатобіліарної системи, що анамнестично були пов'язані з основним захворюванням та його лікуванням, при виключенні вірусної та аутоімунної етіології уражень печінки. На тлі комплексної терапії основного

Результати. Проведен аналіз 13 ехографических симптомов – толщины Э, его контуры, структура, экзогенность, наличие жидкости в полости матки, инвазии в миометрий, эндометриально-маточный индекс, пиковая систолическая скорость (ПСС) и индекс резистентности (ИР) кровотока в области очага поражения, а также максимальная скорость венозного кровотока (МСВК).

Среди обследуемых у 19 (27,9%) толщина Э не превышала 15мм, у 41 (60,3%) находилась в пределах 16-25 мм и у 8 (11,8%) превышала 25 мм. Контур Э были четкими у 16 (23,5%), нечеткими – у 52 (76,5%); ровными у 19 (27,9%), неровными – у 49 (72,1%) женщин (p<0,001) соответственно. Структура Э была неоднородной у 52 (76,5%) у женщин.

Мелкоячеистая структура Э наблюдалась в 13 (19,1%), жидкость в полости матки – в 28 (41,2%) случаев РЭ. Васкуляризация Э была слабой у 19 (27,9%), умеренной – у 32 (47,1%), интенсивной – у 17 (25%) женщин соответственно. При раке эндометрия ПСС кровотока на границе эндометрия и миометрия в среднем составляла 47,5±6,1см/с, индекс периферического сопротивления кровотоку в них 0,64±0,02 и максимальная скорость венозного кровотока в опухоли составляла 23,8±5,4см/с соответственно.

Выводы. Наиболее значимыми эхографическими признаками РЭ в ранних стадиях являются: увеличение толщины Э в пределах 16-25мм, неоднородность внутренней структуры, нечеткость и неровность наружного контура М-эхо, размытость границы эндометрия и миометрия, наличие жидкости в полости матки, увеличение скорости кровотока в субэндометриальной зоне.

захворювання всі хворі отримували препарат «Гепаргін» по 1 флакону. 2 рази на добу 30 днів, після чого проводилось контрольне обстеження.

Результати та обговорення. Під впливом лікування відмічалася позитивна клінічна динаміка, як з боку основної патології так і з боку гепатобіліарної системи, що проявлялося зниженням активності запального процесу в печінці за рахунок вірогідного зниження показників амінотрансфераз. Так, було встановлено вірогідне зниження рівня АлАТ з (62,5±3,4) до (40,6±4,4) од/л та АсАТ з (48,6±3,8) до (31,8±5,2) Од/л (p<0,05). Поряд з цим відмічалось й покращення показників системи ПОЛ-АОЗ у вигляді зниження вторинного продукту ПОЛ – малонового дегальдегіду у плазмі крові з (2,5±0,09) ммоль/мл до (1,67±0,09) ммоль/мл (p<0,05) та підвищення загальної антиоксидантної активності плазми крові з (29,92±1,54) % до (36,94±1,71) %. Під впливом лікування зменшились явища ендотоксикозу, про що свідчило зменшення рівня молекул середньої маси з (659,12±18,12) мг/л до (601,14±21,16) мг/л (p<0,05).

Висновки. Використання препарату «Гепаргін» в комплексному лікуванні хворих на ХЗЖК з супутньою патологією печінки виявилось високо ефективним, що доведено позитивною динамікою клінічних спостережень, покращенням біохімічного аналізу печінкового комплексу, показників системи ПОЛ-АОЗ та зменшенням явищ ендотоксикозу.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВМІСТУ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Вінник Н.В., Ратчик В.М., Бабій О.М., Татарчук О.М.

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

Мета. Провести мікробіологічні дослідження вмісту кістозних утворень підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали і методи. Прооперовано 19 хворих з кістозними утвореннями ПЗ, які були розподілені на дві групи: I – 14 пацієнтів з псевдокистами (ПК) ПЗ, II – 5 пацієнтів з кістозними пухлинами ПЗ. Кількісне визначення мікробного заселення проводили за допомогою метода Голда.

Результати та обговорення. Порівняння частоти виявлення бактеріального заселення кістозних утворень ПЗ показало, що у I групі хворих в 11 з 14 зразків були стерильними, 3 – контаміновані мікроорганізмами. В одному зразку виділено мікробну асоціацію кишкової палички (E. coli), ступінь обміненія якої сягала 10⁶ КУО/мл (колонієутворюючих одиниць в 1 мл) та епідермального стафілококу (S. epidermidis) – 10² КУО/мл. У другому зразку виділено асоціацію мікроорганізмів: Gr⁺ кокки роду Streptococcus, концентрація якого сягала 10³ КУО/мл, та Gr⁺ палички роду Corynebacterium – концентрація якого також складала 10³ КУО/мл. У третьому зразку виділено монокультуру бактерій E. coli зі ступенем обміненія 10⁵ КУО/мл. У II групі



хворих три досліджені зразки виявилися стерильними, а два – контаміновані. В одному зразку виділено монокультуру бактерій роду *Klebsiella* зі ступенем обсеменіння 10^7 КУО/мл, у другому – асоціацію мікроорганізмів: *Gr*⁺ кокки *Staphylococcus aureus* – 10^7 КУО/мл та *Gr*⁻ палички роду *Klebsiella* – 10^3 КУО/мл.

Висновки. Мікробіологічне заселення кіст у групі хворих з кістозними пухлинами ПЗ було на 20 % вище, ніж у хворих із псевдокістами ПЗ.

ОЦІНКА СТАДІЇ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Кудрявцева В.Є., Діденко В.І.

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

Мета. Вивчити та удосконалити методи оцінки стадії фіброзу у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП).

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 122 хворих на ХДЗП, асоційовані з вірусом гепатиту С. Згідно стадіям портальної гіпертензії (ПГ), що визначалися за показником жорсткості печінки, пацієнти були розподілені на групи наступним чином: у першу (I) ввійшло 10 (8,2%) пацієнтів без ознак ПГ, в другу (II) – 43 хворих з субклінічною ПГ (35,2%), третю групу (III) склали 38 (31,1%) пацієнтів з начальною клінічною ПГ, в четверту групу (IV) увійшли 31 (25,4%) пацієнтів з клінічно значимою ПГ і 30 практично здорових людей – донорів. Рівень ММР-1 (набори реактивів фірми «R@D»), ламінін (набори реактивів фірми «Bender Medsystems») визначали імуноферментним методом.

Результати та обговорення. Враховуючи, що на сьогоднішній день набори реагентів для визначення біомаркерів в сироватці крові випускаються різними виробниками, в різних одиницях вимірювання, ми перерахували концентрацію ламініну в умовні одиниці по відношенню до контролю. Коefіцієнт ламініну (КЛН) від 1,5 до 2 свідчить про початкову стадію фіброзу, а КЛН > 2 – про цироз. Більш точним є співвідношення КЛН/КММР-1. Ми визначили, що медіани КЛН у I і II групі хворих був, відповідно, 1,43 (1,02; 1,96) і 1,58 (1,12;2,06), а у хворих IV групи – 2,4 (1,42;3,1)

Нами встановлено, що у хворих I і II груп Коef.ЛН/ММР-1 був 0,64 (0,48;0,91) і 0,75 (0,49;0,98) відповідно, що свідчить про початкову стадію фіброзу. У хворих IV групи цей коefіцієнт складає 3,50 (3,01;4,27), що відповідає цирозу печінки (F4 за шкалою гістологічного індексу METAVIR).

Висновки. Нами встановлена стадія фіброзу у хворих за допомогою простих методів дослідження без використання дефіцитних реактивів і дорогих програмних алгоритмів.

СИМПАТО-ПАРАСИМПАТИКОТОНІЧНИЙ БАЛАНС У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ

Зигало Е.В., Демешкіна Л.В., Петішко О.П.

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

Мета. Співставлення результатів дослідження стану біліарної моторики з об'єктивними показниками стану вегетативної регуляції.

Матеріали і методи. Вегетативна нервова система (ВНС) вивчена у 15 хворих на GERX за допомогою холтеровського моніторингу ЕКГ, що має програмовану систему обчислення параметрів варіабельності серцевого ритму (ВСР). Діагностика біліарних дискінезій базувалася на результатах фракційного дуоденального зондування. За типами розладів біліарної моторики хворі були розподілені на групи: I група представлена 9 хворими із гіпокінезією жовчного міхура (ЖМ) та гіпертонусом сфінктера Оді (СФО). II групу склали 6 хворих із гіпокінезією ЖМ на тлі гіпотонусу СФО.

Результати та обговорення. За даними ВСР показник %LF мав тенденцію до різноспрямованих змін: був знижений у хворих II групи майже у 2 рази (21,3±1,1%) та підвищений у 4 рази у хворих I групи (64,5±2,6%), (p<0,05). Це свідчить про істотне переважання у хворих на GERX з гіпертонією СФО активності симпатичної ланки ВНС. Показник %HF, при запису у положенні лежачи, також мав значні відхилення від показників норми: був знижений у 2,8 рази у хворих II групи та підвищений у 1,5 разів у хворих I групи – значення, відповідно, (22,1±6,4)% та (32,1±1,7)% (p<0,05). Це засвідчує значне пригнічення активності вагусу у пацієнтів із гіпертонусом СФО. Параметр LF/HF як інтегральний показник співвідношення активності симпатичної та парасимпатичної ланок при виконанні проби Вальсальви підвищився значною мірою у групі з гіпотонусом СФО з 0,97±0,60 до 4,09±0,80 (p<0,001). У групі зі спазмом СФО відбулося зниження цього показника у 2,9 рази з 1,91±0,80 до 0,67±0,05 (p>0,05).

Висновки. Вегетативний дисбаланс у хворих на GERX із біліарними дисфункціями у вигляді гіпертонусу СФО на фоні гіпокінезії ЖМ проявляється

симпатикотонією в 77,8% випадків, тоді як значне переважання у бік ваготонії визначено у 83,3% пацієнтів з гіпотонусом СФО на фоні гіпокінезії ЖМ.

ХРОНІЧНИЙ УСКЛАДНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТ В СОНОГРАФІЧНОМУ ВІДОБРАЖЕННІ

Гравіровська Н.Г., Буренко А.М.

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

Мета. Визначити найбільш характерні ультразвукові ознаки хронічного ускладненого панкреатиту.

Матеріали і методи. Обстежено 77 хворих із застосуванням формалізованого протоколу, що включав 65 показників, з яких виділені найбільш значущі, у тому числі дані зсувнохвильової еластометрії. Дослідження проводилося на апараті ULTIMA PA (РАДМІР).

Результати та обговорення. Розміри підшлункової залози (ПЗ) були незначно збільшені в порівнянні з контролем, частіше за рахунок голівки, контури були нерівними, чіткими, структурна одиниця збільшена, що створювало грубо-зернистий малюнок з наявністю тілець фіброзу. Ехогенність паренхіми ПЗ була підвищена у 85,7% обстежених, змішана та знижена ехогенність визначалися лише в поодиноких випадках у пацієнтів з незрілими кістами. Порожнинні утворення, тобто кісти різного ступеня зрілості визначалися у 68,8% обстежених, найчастіше вони розташовувалися в області голівки, хвоста ПЗ та/або сальникової сумки, розмір їх в середньому дорівнював (131,37±80,64) см², в одному випадку досягав 1,7 л. Середній діаметр головного панкреатичного протоку був достовірно збільшений порівняно з контролем, при цьому його вірогідне розширення спостерігалось у 17,0% пацієнтів при наявності зрілої кісти голівки, а у 6,4% випадків було обумовлено фіброзом паренхіми і супроводжувалося утворенням локальних розширень. Діаметр холодоху був у середньому також достовірно більше, ніж у контролі, розширення було пов'язано зі збільшенням голівки ПЗ при локалізації в ній об'ємного утворення. За даними зсувнохвильової еластометрії жорсткість ПЗ була підвищена в порівнянні з контролем в 1,6 рази.

Висновки. Для ускладненого хронічного панкреатиту характерне розширення протокової системи, грубозерниста структура, нерівність контурів, підвищення жорсткості, кальцінати паренхіми та конкременти в протоках, наявність порожнинних утворень, у т.ч. позапанкреатичних.

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Петрова К.В., Стойкевич М.В., Кленіна І.А., Сорочан О.В.

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

Мета. Визначити вміст метаболітів оксиду азоту (NOx) у сироватці крові та виявити його особливості у пацієнтів на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЖК).

Матеріали і методи. Обстежено 40 пацієнтів на ХЗЖК (загальна група) віком від 18 до 60 років (середній вік 37,4±1,94), в тому числі 30 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК), 10 – на хворобу Крона (ХК). Визначення рівня NOx у сироватці крові проводили за Метельською В.А. Контрольну групу склали 20 здорових осіб.

Результати та обговорення. Аналіз вмісту NOx у сироватці крові показав його достовірне зниження в порівнянні з контролем у 60% пацієнтів на ХЗЖК. При цьому кількість пацієнтів зі зниженим вмістом NO_x практично не відрізнялась як при НВК так і при ХК та становила 62,7% та 55,2% відповідно. Середньостатистичні значення NOx вірогідно відрізнялись від групи контролю (41,65±5,55) мкмоль/л та були зменшені у загальній групі пацієнтів у 1,6 рази до 26,62±2,37 мкмоль/л, (p<0,01); при НВК – в 1,5 раза до (27,01±2,71) мкмоль/л, (p<0,01) та при ХК – в 1,7 рази до (24,34±1,70) мкмоль/л, (p<0,001). Раніше нами було показано, що існує прямий кореляційний зв'язок між зниженим вмістом фосфоліпідів та NOx у сироватці крові пацієнтів на ХЗЖК, що дозволяє припустити зниження його синтезу за рахунок недостатньої кількості ліпідного субстрату при дисбалансі у фосфоліпідному спектрі клітинних мембран, саме фосфоліпіди є джерелом синтезу ненасиченої жирної арахідонової кислоти та лужної амінокислоти L-аргініну із яких утворюється NOx.

Висновки. Дані свідчать про переважне зменшення рівня NOx у сироватці крові пацієнтів на ХЗЖК, що може бути пов'язане зі зменшенням його синтезу, яке відбувається при тяжких та хронічних захворюваннях і відповідає стадії загального виснаження організму.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ І СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

Бабій С.О., Завгородня Н.Ю.

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

Мета. Вивчити особливості ліпідного спектру крові і типу дисліпопротеїнемії (ДЛП) при стеатозі печінки у дітей, поєднаним з функціональними розладами біліарного тракту (ФРБТ).

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувала 31 дитина віком від 10 до 17 років, яких, в залежності від функціонального стану жовчного міхура і наявності стеатозу, було розподілено на 4 групи: група 1-8 дітей з нормокінезією жовчного міхура (ЖМ) без стеатозу (обрано у якості групи порівняння); група 2-6 дітей з нормокінезією ЖМ і стеатозом; група 3-11 дітей з гіпокінезією ЖМ без стеатозу; група 4-6 дітей з гіпокінезією ЖМ зі стеатозом. Функцію ЖМ оцінювали за результатами ультразвукового дослідження з жовчогінним сніданком. Діагностику стеатозу печінки проводили за допомогою апарату «FibroScan502Touch» (Франція). Ступінь жирової дистрофії печінки визначали за показником контрольованого параметру ультразвукового затухання (CAP). В крові досліджували рівень загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів високої щільності, холестерин ліпопротеїдів низької щільності, холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності. Для статистичного аналізу даних використовували порівняння середніх значень змінних за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента) за умов нормального розподілу даних ознак.

Результати та обговорення. У дітей 1 і 2 групи виявлено ізольовану гіперхолестеринемію з ДЛП Іа типу і комбіновану гіперліпідемію з ДЛП ІІв типу, що становило 32% і 27% від загальної кількості обстежених, відповідно. У 32% всіх обстежених виявлено гіперхолестеринемію з ДЛП Іа типу, майже всі вони мали гіпокінезію ЖМ.

Висновки. Порухення процесів жовчовиведення має вплив на формування змін ліпідного спектру.

ЦИТОКІНИ СИРОВАТКИ КРОВІ ТА КІСТОЗНОГО ВМІСТУ У ХВОРИХ З КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Татарчук О.М., Кудрявцева В.Є., Шевченко Б.Ф., Вінник Н.В.

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

Мета. Визначити рівень цитокінів сироватки крові та у вмісті кістозних утворень підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали і методи. Обстежено 29 хворих з кістозними утвореннями ПЗ, які знаходились у відділенні хірургії органів травлення інституту. Хворі розподілені на дві групи: I групу склали 12 пацієнтів з псевдокістами ПЗ, II групу – 6 пацієнтів з кістозними пухлинами ПЗ. Вміст TGF-β1, IL-6, IL-10, TNF-α визначали імуноферментним методом.

Результати та обговорення. Встановлено, що кількість прозапального IL-6 в кістозному вмісті була достовірно підвищена в 13,4 рази у I групі та в 2,8 рази у II групі (p<0,05), в порівнянні з рівнем сироватки крові. Рівень TGF-β1 в кістозному вмісті був достовірно нижче в 22,3 рази хворих I групи та в 75,3 рази – II групи (p<0,05), в порівнянні з рівнем сироватки крові. У I групі рівень TNF-α в кістозному вмісті був вище в 3,2 рази, у II групи – нижче в 1,2 рази ніж в сироватці крові цих хворих. Рівень IL-10 в кістозному вмісті у I групи був в 1,9 рази вище, тоді як у II групи – нижче в 7,5 рази в порівнянні з рівнем сироватки крові. При псевдокістах ПЗ встановлено кореляційний зв'язок між підвищенням рівня TNF-α в кістозному вмісті та у сироватці крові (r=+0,71; p<0,01). При кістозних пухлинах ПЗ встановлено кореляційний зв'язок між зниженням рівня TNF-α в кістозному вмісті та у сироватці крові (r=+0,81; p<0,01).

Висновки. Вивчення рівня цитокінів сироватки крові та вмісту кістозного утворення дозволяє оцінити активність запалення та встановити природу кістозного утворення ПЗ.

ХАРАКТЕРИСТИКА НУКЛЕІНОВИХ КИСЛОТ В КРОВІ ПАЦІЄНТІВ З АТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ

Мосійчук Л.М., Петішко О.П.

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

Мета. Вивчити роль нуклеїнових кислот (НК) у поступовому розвитку змін, які характеризують преанцерозні стани слизової оболонки шлунка (СО Ш).

Матеріали і методи. Обстежено 59 хворих, з яких у 29 – морфологічно була встановлена атрофія СО (I група), у 20 – на тлі атрофії виявлена метаплазія (II група), у 10 – дисплазія (III група). Групу порівняння (ГП) склали 10 осіб з

неатрофічним гастритом. Визначення вмісту НК (РНК і ДНК) у крові хворих проводили за методом В.Н. Ореховича.

Результати та обговорення. Встановлено, що підвищення середнього рівня РНК до 2,93 г/л (в 2,2 рази) в порівнянні з середньогруповим значенням відмічено у 12,5% хворих ГП, до 2,56 г/л (2,6 рази) у 30,7% хворих I групи, більш значне підвищення до 5,75 г/л (у 2,7 рази) спостерігалось у 15% хворих II групи. Зниження рівня РНК виявлено у 50,0% хворих ГП групи, 46,1% – I групи, 55,0% – II і 50,0% у хворих II групи, відповідно, до 0,84 г/л (в 1,6 рази), до 0,85 г/л (в 1,9 рази), до 1,18 г/л (в 1,8 рази) і до 1,18 г/л (в 1,5 рази). У складі ДНК також суттєвої різниці між групами не відмічено – середні цифри склали: (8,27±0,28) мг/мл; (7,35±0,36) мг/мл; (7,90±0,52) мг/мл; (7,83±0,65) мг/мл у ГП I, II та III групах, відповідно. У хворих ГП як підвищення так і зниження рівня ДНК відмічено лише у 12,5%. В інших групах зміни у вмісті ДНК виявлені у більшій кількості хворих: у 30,7% хворих з атрофічним гастритом, у 34,6% хворих з метаплазією і 37,5% хворих з дисплазією рівень ДНК підвищений в порівнянні з середньогруповими значеннями, відповідно, до 9,44 г/л, 10,68 г/л і 9,89 г/л, що вище в 1,3; 1,1 та 1,3 рази. Зниження її вмісту відмічено у 34,6%, 45,0% і 50,0% хворих до 6,31 г/л (1,1 рази), до 5,85 г/л (в 1,3 рази) і до 6,27 г/л (в 1,2 рази), відповідно, у хворих I, II та III.

Висновки. Міжгрупове порівняння рівня НК в крові хворих в залежності від морфо-функціонального стану СО шлунка не виявило достовірної різниці, однак в порівнянні з контролем зміни їх рівня були вірогідними.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНОГО З СИНДРОМОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ, У ДІТЕЙ

Завгородня Н.Ю., Лук'яненко О.Ю.

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

Мета. Виявити клініко-лабораторні особливості стеатозу печінки у дітей при поєднанні з синдромом надмірного бактеріального росту (СНБР).

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 28 дітей з патологією шлунково-кишкового тракту. Визначення наявності й ступеня стеатозу печінки проводилось за допомогою апарату «FibroScan 502 touch» з дослідженням контрольованого параметру ультразвукового затухання (CAP). Діагностика СНБР відбувалась шляхом проведення водневого дихального тесту (ВДТ) з глюкозою. За даними ВДТ та показником САР пацієнтів розподілено на 4 групи: 1 групу склали 4 дитини з наявністю СНБР та стеатозом печінки (11%), 2 групу склали 2 дитини з СНБР та без стеатозу печінки (5,9%), 3 група була представлена 14 пацієнтами без стеатозу печінки та СНБР (41%), 4 групу склали 8 пацієнтів із стеатозом печінки без СНБР (23,5%).

Результати та обговорення. При аналізі антропометричних даних встановлено, що середні показники ваги, обводу талії, ІМТ були вищими у 1 групі, але значущість відмінностей не була достатньою. Частота виявлення проявів диспептичного синдрому (діарея, закреп) була достовірно вищою у 1 групі. Частота виявлення СНБР була вищою й складала 33,3 % у групі хворих з стеатозом печінки, 12,5 % у групі хворих без стеатозу. СНБР переважно виявлявся в групі S₂ (75,0%) (p<0,05). У 50% пацієнтів в СНБР виявлено стеатоз 3 ступеня на відміну від хворих без СНБР, у яких був виявлений стеатоз 1 та 2 ступенів. У 83% хворих з СНБР виявлено зростання КА в 1,8 рази порівняно з нормою. Хворі з СНБР характеризувались достовірно вищими показниками НОМА-IR, порівняно з хворими без СНБР, що значно перевищували нормативні значення.

Висновки. Наявність СНБР обтяжує перебіг стеатозу печінки у дітей, що призводить до прогресування структурних змін печінки, а також порушень ліпідного та вуглеводного обміну.

ХАРАКТЕРИСТИКА БІКАРБОНАТІВ ТА ГЛІКОПРОТЕІНОВОГО КОМПОНЕНТУ КІСТОЗНОГО ВМІСТУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОХОДЖЕННЯ

Галінський О.О., Макачук В.А., Пролом Н.В.

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

Мета. Визначення рівня бікарбонатів та глікопротеїнового (ГП) компоненту у кістозному вмісті підшлункової залози (ПЗ) за походженням.

Матеріали і методи. Оперовано 12 пацієнтів з кістозним утворенням ПЗ. В залежності від походження кіст ПЗ пацієнти були розподілені на 2 групи: I – псевдокісти (ПК) ПЗ; II – кістозні пухлини ПЗ. В кістозному вмісті визначали концентрацію бікарбонатів, сумарний вміст ГП та його складових (сіалових кислот (СК), фукоз (Ф) та гексозамінів (ГА)). Порівняння середніх значень змінних проводили за допомогою параметричних методів (критерію t



Стьюдента). Для визначення ступеня взаємозв'язку між двома показниками проводили кореляційний аналіз із визначенням коефіцієнтів кореляції Пірсона – r.

Результати та обговорення. Вміст бікарбонатів у кістозному вмісті ПЗ пацієнтів II групи був на 98% вищим, ніж у I групі (87,18±15,77 проти 172,45±23,63 мекв./л; p<0,01). Рівень ГП та СК не мав вірогідних відмінностей між двома групами, в середньому складав (0,1±0,007) мг/мл та (0,48±0,05) ммоль/л відповідно. Вміст Ф та ГА у пацієнтів II групи був нижчим на 62% (1,05±0,31 проти 2,76±0,54 ммоль/л; p<0,05) та 37% (0,94±0,09 проти 1,50±0,29 ммоль/л; p<0,05) відповідно, в порівнянні з I групою. В I групі виявлена пряма кореляційна залежність між рівнями ГП та ГА (r=0,9; p<0,05), ГА та Ф (r=0,8; p<0,05). В II групі відмічалась пряма кореляційна залежність між рівнями ГП і СК (r=0,6; p<0,05).

Висновки. Вміст бікарбонатів у кістозному вмісті пацієнтів II групи був на 98% вищим (p<0,01), ніж в I групі. В I групі пацієнтів вміст ГП у кістозному вмісті збільшувався в 1,2 рази відносно II групи за рахунок підвищеного вмісту Ф в 2,5 рази та ГА в 1,6 рази (p<0,05). Серед спектру ГП у кістозному вмісті обох груп переважали Ф та ГА.

РІВЕНЬ ЖОВЧНИХ КИСЛОТ У ШЛУНКОВОМУ ВМІСТІ У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГІАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Бабій С.О., Мосійчук Л.М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпропетровськ, Україна

Мета. Оцінити особливості змін спектру жовчних кислот (ЖК) в шлунковому соці у хворих з гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) у поєднанні з дисфункцією сфінктера Оді (СфО).

Матеріал і методи. Дослідження проведено у 92 пацієнтів з ГЕРХ у поєднанні з дисфункцією СфО перед початком лікування. Пацієнт було поділено на три групи в залежності від функціонального стану СфО: 1 – гіпотонус СфО (34 пацієнти); 2 – нормотонус СфО (22 пацієнти); 3 – (36 пацієнтів) – гіпертонус СфО. Концентрацію ЖК в шлунковому вмісті визначали методом Reinhold, Wilson. За допомогою методу тонкошарової хроматографії визначали співвідношення і кількість гліко- і таурокон'югатів холової і дезоксихолевої кислот. Контрольну групу склали 20 практично здорових людей.

Результати та обговорення. Показано значне збільшення вмісту ЖК в шлунковому соці у всіх хворих на ГЕРХ: 1 група – у 80 разів (p<0,001), 2 група – 67,5 разу (p<0,001), 3 група – 85 разів (p<0,001) відносно контрольної групи. Показано, що збільшення загальної кількості ЖК в шлунковому соці залежить від функціонального стану СфО. Як відомо, ЖК, що ретроградно потрапляють в просвіт шлунка та стравоходу, відносяться до низки агресивних агентів і призводять до ушкодження неадаптованої до них СО шлунка. Збільшення частоти та тривалості контакту шлункового соку з високим вмістом ЖК зі СО стравоходу у пацієнтів за умов ГЕРХ сприяє виникненню рефлюкс-езофагіту, що підтверджується прямим кореляційним зв'язком між загальним вмістом ЖК і товщиною базального шару СО стравоходу (r=0,355; p<0,05) та вмістом ЖК і розширенням міжклітинних просторів клітин плоского епітелію стравоходу (r=0,309; p<0,05).

Висновки. У формуванні рефлюкс-езофагіту провідна роль належить ушкоджуючій дії жовчних кислот в результаті дуоденогастрального рефлюксу, зі зростанням концентрації яких в подальшому можливий розвиток атрофічного гастриту.

ПОКАЗНИКИ ПАРАМЕТРУ КОНТРОЛЬОВАНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЗАТУХАННЯ (САР) У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ У НИХ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ

Ягмур В.Б., Лук'яненко О.Ю., Зигало Е.В.

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

Мета. Виявити вплив синдрому надлишкового бактеріального росту на розвиток стеатозу печінки у дітей із функціональними біліарними та інтестинальними розладами.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходились 29 дітей, віком від 5 до 17 років, які згідно даним водневого дихального тесту були розподілені на дві групи. Першу групу (I) склали 7 хворих (5 хлопчиків та 2 дівчинки) з позитивним дихальним тестом, що означало наявність у них синдрому надлишкового бактеріального росту, в другу групу (II) увійшли 22 пацієнтів (13 хлопчиків та 9 дівчинок) з негативним дихальним тестом. Середній вік хворих в I групі склав (11,7±2,5) роки, в II групі – (11,6±3,6) роки. Предметом дослідження було вираженість стеатозу печінки (за даними параметру САР) та ступеня фіброзу, що кількісно відображалось показником LSM у кПА. Вимірювання цих показників проводилось за допомогою апарату «FibroScan-touch 502» (Echosens, Paris, France).

Результати та обговорення. У I групі показник САР склав (248,8±72,2) дб/м, в II – (199,5±56,6) дб/м (p>0,05), показник LSM був (4,8±1,9) кПа та (4,3±1,6) кПа, відповідно (p>0,05). Достовірні відмінності між групами були відсутні, але спостерігалась тенденція до збільшення показників, що характеризують накопичення ліпідів печінкою у пацієнтів I групи. 25% пацієнтів I групи мали першу ступінь жирової дистрофії печінки, у 75% – накопичення ліпідів в стеатозу за даними САР були відсутні.

Висновки. Залежності ступеня фіброзу та жирової дистрофії печінки від наявності синдрому надлишкового бактеріального росту у дітей з функціональними біліарними та інтестинальними розладами не виявлено. Необхідні подальші дослідження з більшою кількістю пацієнтів.

БІОХІМІЧНА ОЦІНКА МАРКЕРІВ ФІБРОЗУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Макарчук В.А., Шевченко Б.Ф., Бабій О.М., Кленіна І.А.

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

Мета. Оцінити біохімічні маркери фіброзу в сироватці крові пацієнтів з хронічним панкреатитом (ХП), ускладненим псевдокістами підшлункової залози (ПЗ).

Матеріал і методи. Дослідження проведено у 46 пацієнтів з ХП, ускладненим незрілими (I група, n=25) та зрілими (II група, n=21) псевдокістами ПЗ. Виразненість процесів фіброзу ПЗ оцінювали за вмістом у сироватці крові оксипроліну вільного (ОПв) та білковозв'язаного (ОПб/з) за М.А. Осадчуком і гексозамінів (ГА) за В.Г. Колбом. Контрольну групу склали 20 відносно здорових осіб. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми пакету аналізу MS Excel. Порівняння середніх значень змінних здійснювали за t критерієм Стьюдента.

Результати та обговорення. Аналіз даних показав, що структурні зміни ПЗ при ХП, ускладненому псевдокістами, супроводжувались вірогідним збільшенням вмісту ОПб/зв у крові пацієнтів I групи на 99% до (270,82±16,59) мкмоль/л (P<0,001), II групи – на 86% до (253,59±17,83) мкмоль/л (P<0,001) відносно контролю (136,04±4,30) мкмоль/л, що характеризує посилені синтез колагену. Про знижену деградацію колагену свідчило зниження у крові пацієнтів обох груп рівня ОПв на 53% до (5,12±0,33 проти 10,90±2,10) мкмоль/л (P<0,01) в I групі та на 42% до (6,32±0,58 проти 10,90±2,10) мкмоль/л (P<0,05) в II групі та ГА на 12% (4,44±0,23 проти 5,04±0,46) г/л (P<0,05) в I групі і на 10% до (4,50±0,23 проти 5,04±0,46) г/л в II групі відносно контролю. Вміст ОПв у I групі на 19% (P<0,05) був нижчим, ніж у II групі.

Висновки. Встановлено, що у I та II групах пацієнтів відбувається активація процесів синтезу колагену в ПЗ на тлі зниженої його деградації. Дані зміни більш виражені у пацієнтів II групи, що свідчить про посилений анаболізм сполучної тканини при формуванні псевдокісти.

ВМІСТ ЗАГАЛЬНОГО ВІТАМІНУ D (D2 + D3) ТА ПОКАЗНИКИ ЖОРСТКОСТІ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ БІЛІАРНИМ ЦИРОЗОМ (ПБЦ) З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ХОЛЕСТАЗУ

Коненко І.С., Ягмур В.Б., Гладун В.М., Зайченко Н.Г., Попок Д.В.

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

Мета. Визначення впливу вираженості холестазу на вміст загального вітаміну D (D2 – ергокальциферолу та D3 – холекальциферолу) в крові та показники жорсткості печінки хворих на ПБЦ.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходились 11 хворих на ПБЦ, які за біохімічними ознаками холестазу були розподілені на дві групи. Першу групу (I) склали 6 пацієнтів, у яких рівень білірубину крові був мінімально підвищеним та склав до 1,5 значень верхньої межі норми (32,2±7,6) мкмоль/л, рівень лужної фосфатази (ЛФ) був підвищеним до 3-х норм – (410,3±47,6) од. В другу групу (II) увійшли 5 хворих, у яких вираженість холестазу була більшою: показники білірубину до 3-х норм – (53,2±7,2) мкмоль/л, ЛФ – до 6 нормальних значень – (620,4±50,7) од. Контрольну групу склали 10 здорових осіб. Вміст вітаміну D визначали у венозній крові імуноферментним методом. Показники жорсткості печінки, а саме швидкість зсувної хвилі вимірювали на ультразвуковому сканері Ultima PA (Радмір, Харків) конвексним датчиком на частотах 2-5 МГц.

Результати та обговорення. Вміст вітаміну D у пацієнтів I групи склав (15,2±3,2) нг/мл, у хворих II групи – (16,5±5,8) нг/мл (p>0,05). Концентрація цього показника в контрольній групі була у середньому (39,5±9,3) нг/мл. Дані контрольної групи не відрізнялись від референтних значень, але були виявлені достовірні відмінності від показників I та II групи (p<0,05). Середні показники жорсткості печінки склали в I групі (19,5±0,3) кПа, в II групі –



(20,6±1,2) кПа. Швидкість зсувної хвилі селезінки, що опосередковано визначає жорсткість її паренхіми, становила в I групі (2,1±0,17) м/с, в II групі – (2,4±0,23) м/с. Дані зсувнохвильової еластографії достовірно між групами не відрізнялись.

Висновки. Показники жорсткості печінки, швидкість зсувної хвилі селезінки, а також вміст загального вітаміну D не залежали від вираженості холестазу у хворих з ПБЦ. Концентрація вітаміну D була достовірно нижчою, ніж у здорових.

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ РЕСУРСІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Степанов Ю.М., Скірда І.Ю., Пантелеєва Т.І., Челкан В.В.

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

Мета. Проаналізувати динаміку використання ендоскопічної техніки для діагностики гастроентерологічних захворювань.

Матеріал і методи. Вивчення проводилось на підставі аналізу матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України за 2005–2014 рр. Для виявлення характеру змін використовувалась темп приросту/зниження.

Результати та обговорення. При вивченні діяльності ендоскопічних відділень (кабінетів) в Україні у 2014 р. встановлено, що абсолютна кількість лікарів-ендоскопістів становила 770 осіб, забезпеченість на 10 тис. населення – 0,18. Упродовж 2014 р. всього в Україні було проведено 1453846 ендоскопічних досліджень при захворюваннях органів травлення, у загальній їх кількості ЕГДС склали 83,1%, дуоденоскопії – 1,1%, колоноскопії – 8,0%. Порівняно з 2005 р. кількість гастроентерологічних ендоскопічних досліджень зросло на 14,2%, у тому числі ЕГДС – на 11,8%, колоноскопії – на 32,8%. У середньому в Україні у 2014 р. кількість ЕГДС на 1 діючий апарат складала 252, що на 76,2% більше, ніж у 2005 р. Середнє число колоноскопій на 1 зайняту посаду лікаря-ендоскопіста у 2014 р. становило 126, що перевищило показник 2005 р. на 88,1%. Найвищі показники колоноскопій в Україні у 2014 р. були виявлені також, як і ЕГДС, у м. Києві (15794 випадки) та Дніпропетровській області (14557). Найбільша їх кількість на 1 діючий апарат була проведена у Херсонській (681) та Полтавській (406) областях. У середньому в Україні у 2014 р. цей показник складав 252, що на 76,2% більше, ніж у 2005 р. За останні 10 років (2005-2014 рр.) спостерігається збільшення числа ендоскопічних апаратів. Зокрема, гастроскопії у 2014 р. було зареєстровано 2039, що на 12,6% більше, ніж у 2005 р. Також зросла кількість колоноскопій, яка складала у 2014 р. 666 апарати проти 571 – у 2005 р. (приріст становив 16,6%).

Висновки. В умовах обмеженого фінансування медичні установи здебільше вичерпали закладений до них потенціал, а медичне обладнання, що в них експлуатується, переважно морально та фізично застаріло.

ФАКТОРИ АГРЕСІЇ ТА ЗАХИСТУ ШЛУНКА У ХВОРИХ З НЕЕРОЗИВНИМ РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТОМ

Руденко А.І., Марчук А.О.

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

Мета. Вивчити особливості функціонального стану слизової оболонки шлунка у хворих з неерозивним рефлюкс-езофагітом (НРЕ), поєднаним з дисфункцією жовчного міхура.

Матеріал і методи. Дослідження проведені у 97 пацієнтів, які були поділені в залежності від рН шлункового соку (ШС) на групи 4 групи: I група 32 пацієнта – з гіперацидною, II – 39 з ацидною, III – 11 з гіпоацидною, IV – 7 з анацидною ШС, V – 20 контрольна. ШС збирали під час езофагогастроскопічного дослідження. В ШС визначали: рН, концентрацію пепсину (П), глікопротеїнів (Г), сіалових кислот (СК), фукози (ФК), гексозаміни, жовчні кислоти.

Результати та обговорення. Встановлено, що у більшості пацієнтів I групи відмічалось збільшення агресивних властивостей ШС, яке проявлялось у зниженні рН ШС та підвищенні рівня П. Тоді як у інших на тлі гіперацидної секреції спостерігається збільшення кількості жовчних кислот в ШС. Останнє може свідчити про стан декомпенсації покровного епітелію антрального відділу шлунку, який втратив свої захисні адаптаційні можливості, а також про порушення механізмів регуляції пілоричного сфінктеру. Разом з тим, у всіх групах фактори захисту змінювались не однаково. В I та IV групі концентрація Г збільшилась в 1,5 рази по відношенню до контролю (p<0,01), тоді як концентрація ФК в ШС знижувалась 1,2 рази (p<0,01) тільки в I групі. Рівень СК в II групі збільшувався у 5,0 разів (p<0,001), а в III та IV групі, навпаки, знижувалась в 3,4 рази (p<0,001).

Висновки. Зроблено припущення, що дисбаланс агресивних та протективних факторів ШС у всіх групах хворих є слідством порушення механізмів регуляції періодичної моторної діяльності верхніх відділів кишково-шлункового тракту.

ПЕРІОДИЧНА ЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ ГАСТРОДУДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ЯДРА МИГДАЛЕПОДІБНОГО КОМПЛЕКСУ ЩУРІВ В УМОВАХ МОДЕЛЮВАННЯ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Галінський О.О., Марчук А.О., Руденко А.І.

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

Мета. Виявити зміни періодичної міоелектричної активності (МЕА) шлунку (Ш) та дванадцятипалої кишки (ДПК) і біоелектричної активності центрального ядра мигдалеподібного комплексу (ЦЯМК) головного мозку (ГМ) щурів, на фоні цирозу печінки (ЦП).

Матеріал і методи. ЦП у щурів (n=12) викликали шляхом хронізації гострого токсичного гепатиту (8 тиж. введення. 0,4 мл/кг ССІ₄). МЕА Ш та ДПК і активність ЦЯМК відводили голчастими електродами, обробку проводили на системі поліграф-комп'ютер, порівнюючи з показниками інтактних тварин. **Результати та обговорення.** Моделювання ЦП викликав зниження МЕА шлунку, за показниками моторного індексу (MI) на 47% (p<0,01), за рахунок зниження амплітуди на 41%(p<0,01) та подовження періоду основного електричного ритму (OEP) на 18% (p<0,05). МЕА ДПК підвищувалась за показниками MI на 20% (p<0,05), за рахунок збільшення амплітуди OEP на 42% (p<0,01), при подовженні періоду 8% (p<0,05). З боку біоелектричної активності ЦЯМК ГМ на фоні загального зростання рівня на 57% (p<0,05) відмічається зниження абсолютної спектральної потужності (АСП) ЦЯМК в діапазонах 3-7Гц на 21% (p<0,05). Відбувалась втрата кореляційних зв'язків між амплітудою OEP Ш та MI ДПК (у нормі -0,52, p<0,05) та з'являються кореляційні зв'язки між АСП в діапазонах 7-12Гц, 12-30Гц та частотою OEP Ш, 0,51(p<0,05) та 0,56(p<0,05) відповідно.

Висновки. Виявлені патогенетичні передумови дуодено-гастрального рефлюксу на фоні моделювання ЦП, про що свідчить зниження МЕА Ш в 1,8 рази(p<0,01), і підвищення МЕА ДПК в 1,2 рази(p<0,05), і втрата узгодженості в періодичній діяльності. Просліджуються перебудови механізмів центральної регуляції періодичної діяльності Ш та ДПК, за рахунок зростання ролі ЦЯМК ГМ.

ПОКАЗНИКИ СИНТЕТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ (СФП) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЖОРСТКОСТІ ЇЇ ПАРЕНХІМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ (ХДЗП), АСОЦІЙОВАНІ З ВІРУСОМ С (НСV)

Діденко В.І., Меланіч С.Л.

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

Мета. Оцінити СФП у хворих на ХДЗП, асоційовані з НСV, в залежності від жорсткості паренхіми печінки (ЖПП).

Матеріал і методи. Обстежено 122 хворих (57 жінок та 65 чоловіків) віком від 20 до 74 (48,3±11,2) років, які були розподілені на 4 групи за показником ЖПП (за даними еластографії). I групу склали 10 хворих на ХДЗП із ЖПП до 5 кПа, що відповідає стадії фіброзу (F) 0-1 за шкалою METAVIR. В II групу включено 43 хворих із ЖПП 5,1-10 кПа, тобто F1-2, в III групу – 38 хворих із ЖПП 10,1-20 кПа, тобто F2-3, в IV групу – 31 пацієнт з ЖПП вище 20,1 кПа, що дорівнює F4 (цироз печінки). Показники СФП оцінювали за рівнем загального білку (ЗБ), альбуміну, протромбінового індексу (ПТІ) та фібриногену (Фг).

Результати та обговорення. Так, у 20,0% хворих I групи СФП характеризувалась зниженням ЗБ в 1,3 рази. В II групі у 18,6% хворих встановлено зниження Фг в 1,7 рази (p<0,001). Гіпопротеїнемія та падіння ПТІ в 1,2 рази спостерігались в 6,7% та 4,7% випадках. Рівень альбуміну в обох групах був у межах норми. В III групі встановлено зниження Фг в 1,9 рази (p<0,001) у 44,7% хворих, що 4,5 рази частіше, ніж в I групі (p<0,001) та в 1,3 рази нижче, ніж в II групі (p<0,05). У 21,1% діагностовано зниження ПТІ в 1,2 рази (p<0,001). Гіпоальбумінемія встановлена у 7,9% хворих. В IV групі зниження Фг в 2 рази (p<0,001) визначалось у 54,8% пацієнтів, що в 5,4 рази частіше за I групу (p<0,001). Падіння ПТІ в 1,2 рази (p<0,001) діагностувалось у 41,9% обстежених, що було в 8,9 рази частіше, ніж в II групі (p<0,001). Гіпоальбумінемія встановлена у 16,1% хворих.

Висновки. Посилення ЖПП у хворих на ХДЗП, асоційовані з НСV, характеризується зростанням частоти та вираженості порушень СФП.

КСАНТОМАТОЗ ШЛУНКА ПРИ АТРОФІЧНОМУ ГАСТРИТІ

Сімонова О.В., Демешкіна Л.В.

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

Мета. Вивчити частоту і значення ксантом шлунка (КСШ) у хворих на атрофічний гастрит (АГ).

Матеріал і методи. Обстежено 101 хворий на АГ (21 чоловік, 80 жінок), середній вік (49,3±1,16) лет). Проведено ендоскопічне та гістологічне



дослідження, статистичний аналіз. В залежності від вираженості морфологічних змін слизової оболонки (СО) хворі були розподілені на 3 групи: I – атрофія СО Ш (n=53), II – атрофія, поєднана з кишковою метаплазією (KM) (n=35), III – атрофія СО Ш, поєднана з дисплазією (n=13). Група порівняння – 21 хворий на неатрофічний гастрит.

Результати та обговорення. Атрофічні ендоскопічні зміни СО антрального відділу Ш спостерігались в 100,0%, тіла Ш – в 51,5%. Частота і вираженість макроскопічних атрофічних змін СО зростали від I до III групи. Зміни рельєфу СОШ (вузлуватість, бугристість), переважно – антрального відділу, було виявлено в 28,7%, частіше в II і III групах. В I і II групах було виявлено ерозивні зміни СО Ш (15,1% і 11,4% відповідно). Поліпи СОШ було виявлено тільки при АГ в 6,9% (p<0,05), з суттєвим переважанням їх частоти в III групі; наявність поліпів корелювала з атрофічними змінами того відділу, де поліп локалізувався (r=0,22, p<0,016). Ксантоми Ш були зафіксовані тільки у хворих на АГ (12,9%, p<0,05). Розміри їх не перевищували 5 мм (від 2 до 5 мм). Частота КШ в I групі склала 7,5%, в II групі – 14,3%, в III групі – 30,8% випадків. В I групі ксантоми локалізувались тільки в антральному відділі, в II і III групах – були розповсюджені по різних відділах Ш.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що посилення вираженості морфологічних змін СО Ш передракової спрямованості у хворих на АГ характеризується збільшенням вираженості макроскопічних змін Ш: зростанням поширеності та інтенсивності атрофії СО Ш, частоти поліпозу Ш, ксантоматозу, змінана рельєфу Ш (вузлуватість, бугристість). А ксантоматоз Ш є важливим діагностичним маркером або сателітом передракових змін СО Ш (атрофії, кишкової метаплазії, дисплазії).

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ВІРУСА ГЕПАТИТУ С: ІНКРУСТАЦІЯ ЛІПІДНИХ КРАПЕЛЬ В ГЕПАТОЦИТАХ

Гайдар Ю.А., Аржанова Г.Ю.

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

Мета. Виявити гістоструктурні особливості прояву вірусу гепатиту С у печінці за допомогою методики напівтонких зрізів.

Матеріали і методи. В дослідженнях використовувався біопсійний матеріал печінки від 50 хворих, які проходили лікування у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»: 33 хворих мали встановлений діагноз захворювання на гепатит асоційований з вірусом С, 17 хворих мали захворювання печінки різної етіології. Біопсійний матеріал фіксували в 1,25% глутаровому альдегіді і постфіксували в 1% OsO₄, 3 сформованих епон-аралдітних блоків отримували напівтонкі зрізи (0,5 мкм), які фарбували толудиноним синім.

Результати та обговорення. При детальному вивченні напівтонких зрізів нашу увагу привернув факт наявності включення невідомої природи в жирових краплях в гепатоцитах. Детальне вивчення даних структур під

електронним мікроскопом показало, що це ліпідні включення з більш високою щільністю. Інкрустація в ліпідних включеннях виявлялась у всіх випадках зі встановленим діагнозом інфікування вірусом гепатиту С і була відсутня при інших патологіях. Результати сучасних робіт вказують на те, що зараження клітини і реплікація вірусу відбувається саме завдяки подібності ліпідних структур вірусу і гепатоцита. Також чи мало робіт присвячені вивченню порушення ліпідного обміну при захворюванні на вірус гепатиту С. Можливо припустити, зв'язок між появою описаних вище щільних ліпідних структур під впливом вірусу.

Висновки. Інкрустація ліпідних включень в гепатоцитах ліпідами вищої щільності є однією із характерних морфологічних ознак ураження печінки вірусом гепатиту С.

ЕНДОСКОПІЧНИЙ СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АКСІАЛЬНИХ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Фещенко С.І., Скирда І.Ю.

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

Мета. Підвищити ефективність ендоскопічної діагностики аксіальних гриж стравохідного отвору діафрагми (АГСОД).

Матеріал і методи. Обстежено 74 хворих з ГЕРХ, у яких ендоскопічно було виявлені ознаки АГСОД середніх і великих розмірів. Ендоскопічні дослідження проводили за допомогою езофагогастродуоденоскопа Pentax FG-29V, рентгенологічним апаратом OPERA T-90 СЕХ. Застосовувався прийом ендоскопічної інверсії. Для визначення грижових воріт АГСОД використовували дихальний тест.

Результати та обговорення. Відсутність дихальної рухливості стравохідного отвору діафрагми (СОД) в області стравохідно-шлункового переходу і поява її в області грижових воріт на інших ділянках шлунка виявлено у 68 (91,8%) хворих. У 6 (8,1%) пацієнтів дихальну рухливість СОД визначити не вдалося через значну релаксацію діафрагми. Скорочення стравоходу виявлено у 72 (97,3%) хворих, у 2 (2,7%) пацієнтів діагностовано вроджений короткий стравохід. Відсутність «другого входу» в порожнину шлунка виявлено у 31 (41,8%) хворого і малопомітний «другий вхід» у порожнину шлунку на рівні СОД встановлено у 43 (58,2%) хворих. При ендоскопії з інверсією визначалася кардіальна складка 3 ступеня – кардіальна складка малопомітна і ендоскоп не охоплений тканинами у 29 (39,2%) хворих, і 4 ступеня – кардіальна складка відсутня у 45 (60,8%) хворих, у яких просвіт стравоходу постійно відкритий, видна слизова оболонка стравоходу. Ознаки рефлюкс-езофагіту виявлені у 47 (63,5%) хворих, СLE «columnar- lined esophagus» у 21 (28,3%) хворих. Всі випадки АГСОД, які виявлені під час ендоскопії, були підтверджені рентгенологічно.

Висновки. Дихальний тест, застосований при ендоскопічному дослідженні, дозволяє з високим ступенем достовірності діагностувати АГПОД.

Доповідачі: Семеняка В.І., Аношина М.Ю., ДУ «ІГТ НАМН України»

Секція IV: Значення діагностики та корекції порушень системи гемостазу в практиці лікарів різних спеціальностей

Тема: Стан системи гемостазу та профілактика тромбозів в акушерській практиці

Доповідач: Вознюк В.П., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Показники системи гемостазу у хворих на лімфопроліферативні новоутворення

Доповідачі: Сергутіна С.Ю., Бурнаєва С.В., Сівкович С.О., Мельник У.І., Старовойт В.В., Сербін І.М., ДУ «ІГТ НАМНУ»

Тема: Фізіолого-біохімічні властивості та видовий склад клінічно значущих грибів роду Candida

Доповідачі: Немировська Л.М., Газя О.І., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Дріжджі роду Candida як збудники кандидозу у хворих на мієлоїдну лейкокімію

Доповідачі: Мельник О.А., Захаренко О.С., Годзь В.О., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Ризики розвитку аспергільозної інфекції у хворих з фебрильною нейтропенією

Доповідачі: Рибальська А.П., Третяк Н.М., Мельник О.А., Захаренко О.С., Кисельова О.А., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Еспресія внутрішньоядерного білка Ki-67 у клітинах крові хворих на мієлодиспластичний синдром з рефрактерною анемією з надлишком бластів I (МДС РАНБ I)

Доповідачі: Стародуб Г.С., Кубарова В.О., Гордієнко А.І., Басова О.В., Третяк Н.М., ДУ «ІГТ НАМН України»

АНАЛІЗ КОМОРБІДНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВАЖКОЮ ФОРМОЮ ГЕМОФІЛІЇ

Авер'янов Є.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Провести оцінку коморбідності у хворих на гемофілію.

Матеріал та методи. Обстежено 50 хворих на важку форму гемофілії А у віці від 18 до 55 років. Для оцінки коморбідності використовували індекс Kaplan-Feinstein. Дана система оцінки коморбідності класифікує усі захворювання та їх ускладнення в залежності від вираженості органних уражень на легкі, середні та важкі. Коморбідність за індексом Kaplan-Feinstein оцінюють за сумою балів.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що артеріальна гіпертензія зустрічалася у 70,0% обстежених, патологія серця – у 54,0%, судин – у 22,0%, нервової системи – у 64,0%, дихальної системи – у 20,0%, сечовивідної системи – у 68,0%, печінки – 98,0%, травної системи – у 48,0%, опорно-рухової системи – у 100,0%, зловживання алкоголем – 0,6%, алкоголізм та залежність від психотропних препаратів – 34,0%, інші патології – 32,0%. Найбільш декомпенсованою системою у хворих на важку форму гемофілії є опорно рухова (загальна сума – 150 балів). Але, зважаючи на вплив інших систем організму на реакції системи гемостазу та ефективність лікування антигемофілії препаратами, необхідно враховувати ступінь ураження усіх систем та відповідним чином корегувати гемостатичну терапію.

Висновок. У хворих на важку форму гемофілії виявлено значний рівень коморбідності з переважанням важких уражень опорно-рухової системи, печінки та серцево-судинної систем, що потребує модуляції лікувальних схем та подальшого вивчення даної проблеми.

ЗНАЧЕННЯ СТРУКТУРНО-МОРФОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТРОМБОЦИТІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ІДІОПАТИЧНОЇ ТРОМБОЦИТОПЕНІЧНОЇ ПУРПУРИ

Шороп Є.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити зміни морфологічних показників тромбоцитів у хворих на ідіопатичну тромбоцитопенічну пурпуру (ІТП) та оцінити їх ефективність як діагностичних критеріїв цього захворювання.

Матеріали і методи. Обстежено периферичну кров (ПК) 56 хворих на ІТП. За допомогою світлової мікроскопії виконано підрахунок тромбоцитогам. Морфометричні показники тромбоцитів визначали на автоматичному гематологічному аналізаторі та методом комп'ютерного аналізу мікрофотографій мазків ПК. Кількість ретикулярних тромбоцитів ПК визначали цитофлуориметричним методом.

Результати та обговорення. У тромбоцитограмі хворих спостерігалось підвищення відносної кількості юних тромбоцитів і форм подразнення, а також зменшення зрілих тромбоцитів. Виявлено збільшення розмірів

тромбоцитів, яке проявлялося в підвищенні середніх об'ємів тромбоцитів ПК (MPV) та їх площ в мазках. На неоднорідності розмірів тромбоцитів за рахунок збільшення кількості великих форм вказували високі значення широти розподілу тромбоцитів за об'ємом (PDW), відсотків вмісту великих тромбоцитів (P-LCR), стандартних відхилень, коефіцієнтів варіації та асиметрії кривих розподілу їх площ. В ПК підвищувалася кількість ретикулярних тромбоцитів. Методом ROC-аналізу встановлено, що найбільш ефективними діагностичними критеріями ІТП є показники неоднорідності тромбоцитів, визначені за допомогою комп'ютерного аналізу, та кількість ретикулярних тромбоцитів ПК.

Висновки. Для тромбоцитів при ІТП характерно збільшення розмірів і морфометричної варіабельності, відносної кількості ретикулярних тромбоцитів, а також юних та форм подразнення в тромбоцитограмі.

Найефективнішим для діагностики ІТП є морфометричне дослідження тромбоцитів в мазках ПК та підрахунок кількості ретикулярних тромбоцитів методом лазерної цитофлуориметрії.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ

Красівська В.В., Сташишин О.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Мета. З'ясувати роль дослідження на наявність вовчакового антикоагулянту (ВА) у діагностиці антифосоліпідного синдрому (АФС).

Матеріали і методи. На наявність ВА було обстежено 1508 пацієнта (у віці 2-69 рр.): 70 хворих з тромбозами різної локалізації, 3 – з геморагічним синдромом, 2 – з ішемічною хворобою серця, 2 – з ішемією мозку, 10 – з аутоімунним захворюванням невідомого генезу, 9 – з тромбоцитопенією, 1404 жінки зі звичним невиношуванням вагітності, 4 – жінки із «біологічною хібнопозитивною реакцією Вассермана», 2 – чоловіки з непліддям. Діагностика ВА полягала у послідовному виконанні трьох етапного комплексу тестів відповідно до міжнародних критеріїв – твердо-фазним імунологічним методом визначали антикардіоліпінові антитіла (aCL), анти-β2-глікопротеїн I антитіла (aB2GPI), загальні антитіла до фосфоліпідів. Агрегацію тромбоцитів вивчали візуальним методом, визначали кількість тромбоцитів.

Результати та обговорення. Серед обстежених АФС було діагностовано у 492 (33,0%) пацієнтів: 286 (58,1%) – жінки зі звичним невиношуванням вагітності, 164 (33,3%) – жінки зі звичним невиношуванням вагітності та тромбоцитопенією або тромбоцитопатією, 14 (2,9%) – хворі з тромбозами, 10 (2,0%) – на системний червоний вовчак, 3 (0,6%) – з гіпопротромбінемічним синдромом, 4 (0,8%) – з тромбоцитопенією, 4 (0,8%) – жінки з «біологічною хібнопозитивною реакцією Вассермана» та/або невиношуванням вагітності, 2 (0,4%) – чоловіки з непліддям. ВА окремо або у комбінації з іншими лабораторними критеріями АФС було виявлено у 419 (85,2%), aCL антитіла – у 7 (1,4%), антитіла до фосфоліпідів загальні – у 11 (2,2%), aB2GPI антитіла – у 13 (2,6%), тромбоцитопенію або тромбоцитопатію – у 168 (34,1%) хворих.

Висновки. ВА виявлено у 85,2% хворих з АФС. Дослідження на наявність ВА є надійним лабораторним критерієм діагностики АФС.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Тарабрін О.А.

Одеський національний медичний університет, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії, м. Одеса, Україна

Мета. Метод низькочастотної п'єзоелектричної тромбоеластографії (НПТЕГ) із застосуванням АРП-01М «Меднорд» є високоінформативним методом операційної діагностики порушень згортання крові. Цей експрес-метод дозволяє протягом години з моменту забору крові отримати характеристику про взаємодію всіх ланок системи згортання.

Матеріали та методи. Дослідження функціонального стану системи гемостазу були виконані в групі з 40 здорових добровольців, 37 хворих посттромбоблебінний синдромом (ПТФС). У групі хворих ПТФС проводилися фонові дослідження гемокоагуляційного статусу і добові динамічні спостереження за змінами функціонального стану гемостазу після введення гепарину, порівняльна оцінка показників АРП-01М «Меднорд» і даних агрегатографії протягом 8 діб до і після одноразового прийому Кардіомагнілу (150 мг). В подальшому проводився кореляційний аналіз з результатами, отриманими з використанням контрольних гемостазіологічних методик.

Результати. Таблиця 1. Кореляція показників АРП-01М «Меднорд» з показниками агрегатограми, когулограми, тромбоеластограми.

ГЕМАТОЛОГІЯ І ТРАНСФУЗІОЛОГІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«НОВІТНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В СУЧАСНІЙ
МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 14:00-18:00

Організатор: ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»
Співорганізатор: ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

ПРОГРАМА

Секція I: Діагностика порушень системи гемостазу

Тема: Аналіз коморбідності у пацієнтів із важкою формою гемофілії

Доповідач: Авер'янов Є.В., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Значення структурно-морфометричних показників тромбоцитів для діагностики ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури

Доповідач: Шороп Є.В., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Лабораторна діагностика антифосфоліпідного синдрому

Доповідач: Красівська В.В., ДУ «ІГТ НАМН України»

Секція II: Лікування хворих із гемостазіопатіями

Тема: Досвід клінічного застосування фактору VIII вітчизняного виробництва. Ефективність та безпека

Доповідачі: Рибаків А.В., Семеняка В.І., ФЗ Биофарма, ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Особливості первинної хірургічної обробки ран у хворих на гемофілію

Доповідач: Асса О.В., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Таргетна терапія тромбофілічних станів

Доповідач: Бурнаєва С.В., ДУ «ІГТ НАМН України»

Секція III: Фармакокінетика та фармакодинаміка лікарських засобів, що впливають на систему гемостазу

Тема: Роль фармакокінетичних досліджень в оптимізації лікування хворих на гемофілію

Доповідач: Сташишин О.В., ДУ «ІГТ НАМН України»

Тема: Моделювання реакцій системи гемостазу у хворих на гемофілію



Показник АРП-01М	Порівнювані величини	Ступінь кореляції
Агрегатограма		
ИКК	Спонтанна агрегація	0,76
R(t ₁)	Спонтанна агрегація	0,59
ИКК	Індуцирована агрегація (адреналін 2,5 мкг/мл),	0,66
Коагулограма		
КТА	ТВ (тромбіновий час), сек	0,78
ВСК (t ₂)	ЧЗК (час згортання крові), хв	0,86
ИКД	АЧТЧ (активованій частиний тромбластиновий час), сек	0,56
МА	Фібриноген, г/л	0,67
ИРЛС	СФА(сумарна фібрinolітична активність)	0,83
Тромбоеластограма		
КТА	Кк (інтенсивність коагуляції)	0,93
ВСК	R(час реакції), хв	0,76
ИКД	R(час реакції), хв	0,64
МА	АМ (максимальна густина згустку), мм	0,86
ИРЛС	ФА (фібрinolітична активність), %	0,74

Висновки:

1. АПК (апаратно-програмний комплекс) АРП-01М «Меднорд» є компактним, зручним і безпечним в роботі коагулологічним аналізатором, що відповідає всім вимогам, що пред'являються медициною до приладів цього класу. Завдяки цим якостям він може бути з успіхом використаний не тільки в умовах клінічних лабораторій, а й біля ліжка хворого, в операційній, в умовах швидкої допомоги.
2. АПК АРП-01М «Меднорд» дозволяє виробляти сумарну оцінку всіх ланок гемокоагуляції і лізису, а також їх взаємодії. Його показники характеризуються об'єктивністю і інформативністю, що підтверджується тісними кореляційними зв'язками з показниками традиційних коагулологічних методик.

ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ФАКТОРУ VIII ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА. ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА

Рибаків А.В.¹, Семеняка В.І.²

¹ФЗ Биофарма, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Провести дослідження з безпеки та ефективності застосування лікарського засобу БіоКлот А при лікуванні гемартрозів у хворих на гемофілію А (ГА).

Матеріал та методи. Досліджувалися медичні картки стаціонарного хворого 25 пацієнтів із гемофілією А важкого ступеня. Усі пацієнти госпіталізувалися протягом 2014-2015 рр. з приводу гострих гемартрозів різної локалізації. Критеріями оцінки ефективності були: рівень досягнення розрахункової активності фактору (у відповідності до типової фармакінетики) за показником активності фактору VIII (АФVIII) (визначався на ранок, наступний за початком лікування), швидкість зменшення болі за візуальною атестаційною шкалою (ВАШ) (0 мм відсутність болю, 100 мм – нестерпний біль). Критеріями оцінки безпеки були показники частоти побічних реакцій (кропив'янка, гіпертермія, біль у сніпні). Доза препарату БіоКлот А становила 25-30 МО/кг маси тіла двічі на добу. Період між введенням препарату та початком оцінки ефективності коливався від 2 до 6 годин. Безпека оцінювалася протягом трьох годин після введення.

Результати та обговорення. АФVIII у всіх випадках відповідала розрахунковій (характерній для даного періоду фармакінетики). На момент оцінки ефективності, вона становила 32,2±4,1 МО/дл. Біль при госпіталізації був на рівні 75,2±12,2 мм, а на момент оцінки – 33,6±6,4 мм. У 2 хворих (8%) відмічали алергічну реакцію (гіпертермія, кропив'янка). У 1 пацієнта (4%) з цих двох розвинувся біль у сніпні. При аналізі тривалості введення препарату виявлено, що він вводився швидше, ніж це рекомендовано інструкцією до цього лікарського засобу.

Висновки.

• Ефективність препарату БіоКлот А є достатньою для лікування гемартрозів.

• Виявлені побічні ефекти можуть бути наслідком неправильного застосування досліджуваного препарату.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ РАН У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ А

Асса О.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Встановити особливості загоєння забійних ран після первинної хірургічної обробки (ПХО) у хворих на гемофілію А.

Матеріал і методи. Було проаналізовано результати лікування забійних ран різної локалізації у 20 хворих на гемофілію А. Пацієнтів було розділено на дві групи. Групу 1 (Г1) склали 10 хворих, яким проводили комплексну гемостатичну терапію із включенням препаратів антифібрinolітичної дії, а групу 2 (Г2) – 10 хворих, яким гемостатичну терапію проводили лише препаратами фактору VIII. Досліджувалася швидкість загоювання ран (доба після ПХО), інтенсивність запального процесу у рані на 3 добу (за атестаційною шкалою (0 – відсутність запалення, 10 – виражене запалення)).

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у пацієнтів Г1 загоювання рани відбувалося швидше (8,2 доби проти 10,5 доби у хворих Г2). На 3 добу активність запалення у Г1 становила 3, а у Г2 – 8. Отримані результати пов'язані із тим, що активний фібрinolіз в рані може стимулювати запалення та порушувати процес загоювання.

Висновки. Застосування препаратів антифібрinolітичної дії в комплексі гемостатичних заходів при проведенні ПХО сприяє покращенню результатів лікування забійних ран у хворих на гемофілію А.

ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ ТРОМБОФІЛІЧНИХ СТАНІВ.

Бурнаєва С.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета дослідження. Оцінити ефективність таргетної терапії хворих з тромбофілічними станами.

Матеріал і методи. Обстежено 80 пацієнтів з тромбофілічними станами у віці від 25 до 65 років при проведенні загальноприйнятих схем антитромботичної терапії та при проведенні індивідуальних схем таргетної терапії. Досліджували показники системи гемостазу: судинно-ромбоцитарної і плазмової ланок, системи фібрinolізу та природних антикоагулянтів. Проаналізовано генетичний поліморфізм генів тромбофілії.

Результати та обговорення результатів. Проаналізовані дані, які отримані при проведенні таргетної терапії пацієнтів з тромботичними ускладненнями, за період спостереження не виникало нових епізодів тромбозу та спостерігалася відсутність маркерів активації системи гемостазу. У групі хворих традиційних схем терапії зареєстровано тромботичні та геморагічні ускладнення, було виявлено підвищення активності системи гемостазу.

Висновки. Доведено більшу ефективність таргетної антиромботичної терапії, яка впливає безпосередньо на фундаментальні молекулярні та патофізіологічні реакції системи гемостазу та основи розвитку тромбофілії, в порівнянні з традиційними схемами лікування.

ФАРМАКОКІНЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ ТА ХВОРОБУ ВІЛЛЕБРАНДА

Стасишин О.В., Красівська В.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузіології НАМН України», м. Львів, Україна

Мета. Вивчити роль фармакокінетичного (ФК) дослідження в оптимізації лікувальної тактики хворих на гемофілію та хворобу Віллебранда (ХВ).

Матеріал і методи. Дослідження виконано у 20 хворих (16 чоловіків, 4 жінки) віком 3-60 років, з них 8 з гемофілією А (ГА), 8 з гемофілією В (ГВ), 4 з ХВ. Кожному з 8 хворих на ГА (11 спостережень) вводили плазмові препарати (ПП) у дозі медіана 17,3 (12,0-38,0) [17,0-25,0] МО/кг. Кожному з 8 хворих на ГВ вводили по черговою рекомбінантний (РП) і ПП ФІХ у дозі медіана 75,1 (71,4-78,6) [74,0-76,9] МО/кг (19 спостережень). Хворим на ХВ вводили ПП ФVIII з вмістом фактора Віллебранда (ФВ) у співвідношенні 1:2 у дозі 80±5 МО/кг. Розраховували наступні ФК показники: тест відновлення (ТВ) та індекс відновлення (I_в), АUC ∞ (площа під кривою «концентрація в плазмі-час від 0 до безконечності), середній час перебування (MRT), кліренс (CL), об'єм розподілу (V), період півжиття (T_{1/2}).

Результати та обговорення. У 5 пацієнтів з ГА I_в коливається в межах 1,5-2,6. У 2 з 3 пацієнтів ФVIII через 0,5 року після введення становив відповідно 0,1% та 0,3% від розрахованого, тому I_в ФVIII був 0,004 та 0,009. При подальшому



дослідженні виявлено інгібітор ФVIII 150 та 132 БО відповідно. У 8 пацієнтів з ГВ I_в від 0,7 до 1,3 (>66%), не виявлено ознак резистентності. В 4 з 8 хворих I_в вищий при введенні ПП, ніж РП. У хворих на ХВ ФК залежать від віку та типу ХВ. Виявлено функціональний характер дефіциту ФVIII. ФК показники: АUC, CL, T_{1/2} ФVIII(IX) залежать, в більшій мірі, від типу гемофілії, тяжкості, віку, а при ГА – групи крові, а в меншій – від типу препарату ФVIII(IX).

Висновки. Внутрішньоіндивідуальні відмінності ФК є меншими, ніж міжіндивідуальні. Дослідження I_в введеного ФVIII(IX) є доступним та високоінформативним тестом для раннього виявлення резистентності до замісної терапії та індивідуальної відповіді на препарат і може бути рекомендований як скринінговий тест для діагностики інгібітору при ГА та ГВ.

МОДЕЛЮВАННЯ РЕАКЦІЙ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ

Семеняка В.І., Аношина М.Ю.

Державна установа «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Встановити зміни активності антитромбіну III (АТIII) при застосуванні препаратів фактору VIII у хворих на гемофілію А (ГА).

Матеріал і методи. Обстежено 18 пацієнтів із важкою формою ГА. Досліджувалися показники активності фактору VIII (АФVIII) та АТIII (ААТIII) до початку профілактичного лікування та під час його проведення після першого, п'ятого, десятого введення профілактичної дози (50 МО/кг маси тіла). У 8 пацієнтів профілактичне лікування було відмінено із-за відсутності препаратів ФVIII, а дослідження виконувалося після завершення лікування.

Результати та обговорення. Встановлено, що ААТIII до початку профілактичного лікування (ФVIII не застосовувався 10 і більше діб) була меншою за нижню межу референтного інтервалу. При застосуванні препаратів ФVIII відбувалася нормалізація АФVIII та поступове підвищення ААТIII. У пацієнтів, яким було відмінено профілактичне лікування, зменшення АФVIII було більш інтенсивним, ніж спад ААТIII. Клінічно це супроводжувалося виникненням спонтанних крововиливів на 3-4 добу після відміни ФVIII.

Якщо розглядати систему гемостазу як модель, в якій взаємодіють прокоагулянтні та антикоагулянтні компоненти, то результатом такої взаємодії має бути формування нейтрального гемостатичного потенціалу. Зменшення активності ФVIII сприяє зменшенню активності тромбіноутворення і, як наслідок, зменшується активність основного інактиватору тромбіну. Активність може відновлюватися при нормалізації прокоагулянтних реакцій внаслідок введення ФVIII. У разі відміни ФVIII, зміни гемостатичного потенціалу у бік гіпокоагуляції швидко не компенсуються і є наслідком і зменшення прокоагулянтних взаємодій, і високої активності антикоагулянтів.

Висновки. При необхідності відміни профілактичного лікування необхідне поступове зменшення дози ФVIII.

СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЗІВ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Вознюк В.П.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити стан системи гемостазу у вагітних в I триместрі та оптимальні заходи щодо профілактики розвитку тромботичних ускладнень.

Матеріал і методи. Обстежено 20 жінок в I триместрі вагітності, в анамнезі у котрих спостерігались викидні на ранніх строках. Контрольну групу склали 20 жінок в I триместрі, у котрих в анамнезі не було жодного епізоду передчасного переривання вагітності. Проводилось дослідження функціональних властивостей тромбоцитів, активності факторів згортання крові, оцінка фібрinolітичної активності крові та фізіологічних антикоагулянтів.

Результати та обговорення. В групі обстежених спостерігалось статистично достовірне зростання активності фактору Віллебранда, факторів VIII, X згортання крові, збільшення (на 40,0% і більше) концентрації фібрinolігену у порівнянні з показниками контрольної групи. Також спостерігалось зниження активності антитромбіну III на 32,0% у порівнянні з контрольними величинами.

За погодженням з лікарями акушерами-гінекологами, призначалась курсова профілактична антиромботична терапія. При наявності високого ризику розвитку тромботичних ускладнень парентерально призначались низькомолекулярні гепарини. При низькому ризику виникнення тромбозів (незначні відхилення показників гемостазіограми) використовувались гепариніоди.

Дослідження параметрів системи гемостазу через два тижня після початку проведення профілактичної антиромботичної терапії показало значне покращення показників активності факторів, що контролювались. У групі високого ризику щодо виникнення тромбозів залишилось три жінки (проти

12 до початку профілактичної терапії).

Висновки. Адекватна оцінка стану системи гемостазу у жінок дозволяє своєчасно проводити профілактичні заходи щодо запобігання виникнення тромботичних ускладнень на ранніх строках вагітності.

ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Сергута С.Ю.¹, Бурнаєва С.В.¹, Сівкович С.О.¹, Мельник У.І.², Старовойт В.В.², Сербін І.М.²

¹ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

²Київська міська клінічна лікарня №9, м. Київ, Україна

Мета. Оцінити показники системи гемостазу у хворих на лімфопрولیферативні новоутворення (ЛПН) на різних етапах лікування.

Матеріал і методи. Дослідження проведено у 16 хворих на ЛПН віком 25-77 рр.: 8 пацієнтів із В-клітинною хронічною лімфоїдною лейкоемією, 7 – із В-клітинною лімфомаю з малих лімфоцитів (ЛМЛ), 1 хвора на Т-клітинну ЛМЛ. Досліджувана група хворих на ЛПН складалася із пацієнтів, яким вперше був установлений діагноз ХЛЛ/ЛМЛ (n=10), і пацієнтів, що отримували попередню хіміотерапію (ХТ), після перерви в лікуванні, перед початком чергового курсу ХТ (n=6). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб віком 23-54 рр. Усім пацієнтам проводилися гемостазіологічні дослідження.

Результати та обговорення. Дослідження у хворих на ЛПН свідчить про широку розбіжність показників. Активованій частковий тромбластиновий час, у 4-х пацієнтів був нижчий за норму, у 2-х первинних хворих – перевищував її. Протромбіновий індекс у 31,3% пацієнтів був підвищений. Фібриноген у 5-х (31,3%) первинних хворих на ЛПН був нижчим за нормальні значення, у 1 хворого після 1-го курсу ХТ дорівнював 4,2 г/л. У 81,3% обстежених хворих фібрinolітична функція крові була збережена. У 2-х випадках (12,5%) спостерігали подовження лізису згустку, в одному – слабе утворення згортка і його швидкий лізис. У 81,3 % пацієнтів кількість тромбоцитів знаходилася в межах норми, функція тромбоцитів у 1/3 хворих була порушена.

Висновки. Дослідження показників системи гемостазу у хворих на ЛПН показало порушення у більшості пацієнтів як з боку плазмової ланки, так і тромбоцитарної складової процесу згортання крові в широких межах: від ознак гіпокоагуляції до схильності до тромбоутворення.

ФІЗІОЛОГО-БІОХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ТА ВИДОВИЙ СКЛАД КЛІНІЧНО ЗНАЧУЩИХ ГРИБІВ РОДУ CANDIDA

Немировська Л.М., Газя О.І.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Наявність дріжджоподібних грибів у носовій порожнині чи зіві пацієнтів є важливим клінічним критерієм, оскільки летальність від кандидемії в онкогематологічних хворих сягає 40-60 %. Основним збудником вважають дріжджі Candidaalbicans, проте збільшення етіологічної ролі інших видів (C. krusei, C. glabrata, C. parasilopsis) обґрунтовує необхідність ретельного культивування, ідентифікації та тестування виділених штамів щодо антифунгальних препаратів. Свідчення зарубіжних авторів про патогенну роль Candidakefug у пацієнтів із гематологічними злякнісними захворюваннями підіймає питання про ефективність антифунгальних препаратів та вплив продуктів функціонального харчування на епідеміологію цих дріжджів.

Мета. Визначити видову належність дріжджів роду Candida, ізольованих з біотопів хворих на лейкоемію мієлоїдного походження.

Матеріал і методи. Об'єкт дослідження - 10 штамів дріжджоподібних грибів роду Candida. Метод ідентифікації – за системою APICandida (BioMerieux, Франція).

Результати та їх обговорення. За культуральними, мікроскопічними та ферментативними ознаками штами дріжджів було віднесено до наступних видів: C. albicans (6), C. krusei (2), C. glabrata (1), C. kefyr (1). Усі штами C. albicans ферментували D-глюкозу, D-галактозу, D-сахарозу; чотири – зброджували D-трегалозу, один – D-рафінозу; всі продукували фермент N-ацетил-β-глюкозамінідазу. Дріжджі C. krusei зброджували тільки D-глюкозу. C. kefyr ферментували D-глюкозу, D-галактозу, D-сахарозу, D- рафінозу, мали фермент β-галактозидазу. C. glabrata ферментували D-глюкозу і D-трегалозу.

Висновок. У онкогематологічних хворих при кандидозних ураженнях, окрім Candidaalbicans, етіологічне значення набувають види Candidanon-albicans, що необхідно враховувати при призначенні антифунгальної терапії.



АНТИТІЛА ДО АНТИГЕНІВ CANDIDA ALBICANS У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА МІЕЛОЇДНІ НЕОПЛАЗІЇ

Мельник О.А., Захаренко О.С., Годзь В.О.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Діагностика кандидозної інфекції включає серологічні тести, зокрема імуноферментний аналіз (ІФА), за яким антитіла до антигенів Candida albicans виявляють у понад 90,0 % пацієнтів у перші 2 тижні від початку хвороби. Кандидоз підтверджується при 4-кратному збільшенні титрів антитіл у період між гострою і реконвалесцентною стадіями захворювання, а 4-кратне зниження титрів у процесі лікування є показником ефективної терапії.

Мета. Визначити протикандидозні антитіла у сироватці крові хворих на гостру (ГМЛ) і хронічну мієлоїдну лейкокемію (ХМЛ).

Матеріали і методи. У зразках сироватки крові 15 хворих на ГМЛ і 4 – на ХМЛ досліджено ІgG-антитіла до антигенів дріжджоподібних грибів Candida albicans методом ІФА.

Результати та обговорення. Протикандидозні антитіла виявлено у 10 хворих на ГМЛ і ХМЛ (показники оптичної густини від 0,297 до 1,151). За методом титрування позитивних зразків сироваток крові у 8 пацієнтів рівень протикандидозних антитіл становив від 1:1600 до 1:12800, що спостерігалось на фоні відсутності грибів у біотопах верхніх дихальних шляхів або незначному рівні колонізації. У 2 хворих із протикандидозними антитілами у титрах 1:1600 та 1:6400 мікробіологічно підтверджено наявність у біотопах носової порожнини й зіву дріжджів у значеннях 10^2 – 10^3 КУО/мл.

Висновки. У 52,6 % хворих на мієлоїдні неоплазії протикандидозні антитіла визначаються у титрах від 1:1600 до 1:12800. Наявність протикандидозних антитіл у сироватці крові хворих на тлі відсутності клінічних проявів кандидозу свідчить про їх анамнестичний характер. Визначення підвищених титрів Іg-G Candida, що супроводжуються клінічними проявами і негативним результатом бактеріологічного висіву може вказувати на невиявлений осередок запалення, що потребує додаткових мікробіологічних та серологічних досліджень.

ДІАГНОСТИКА АСПЕРГІЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ МІЕЛОЇДНУ ЛЕЙКЕМІЮ НА ТЛІ ФЕБРИЛЬНОЇ НЕЙТРОПЕНІЇ

Рибальська А.П., Третяк Н.М., Мельник О.А., Захаренко О.С., Кисельова О.А., Годзь В.О.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. На фоні високодозової хіміотерапії хворих на гостру мієлоїдну лейкокемію (ГМЛ) набуває актуальності діагностика аспергільозної інфекції. Інвазивний аспергільоз (ІА) характеризується розповсюдженням аспергил гематогеменним шляхом з утворенням осередків запалення в різних органах та тканинах. Інфекція характерна для імунокомпрометованих осіб і є захворюванням із показниками летальності від 50 до 100%. Основними збудниками ІА є Aspergillus fumigatus, A.niger, A.flavus. Можливості таких методів діагностики аспергільозу як гістологічні та мікробіологічні дослідження в зв'язку з інвазивністю процедур, низькою чутливістю та пізніми результатами обмежені.

Мета. Визначити наявність Іg G антитіл до грибів роду Aspergillus методом ІФА у хворих на ГМЛ на тлі фебрильної нейтропенії.

Матеріали і методи. Проведено визначення Іg G -антитіл до грибів роду Aspergillus у сироватках крові 15 хворих на ГМЛ методом ІФА.

Результати та обговорення. За результатами дослідження у 53,3 % хворих на ГМЛ були виявлені Іg G антитіла до антигенів Aspergillus spp. За позитивний результат вважали значення показника К (маркера аспергільозної інфекції) >1,1; у разі К <0,91 – результат оцінювали як негативний. Значення коефіцієнту К у межах від 0,91 до 1,09 враховували як результат, що знаходиться у граничній зоні. Концентрація Іg G антитіл до антигенів Aspergillus spp. у зразках сироваток крові 8 хворих коливалась у межах від 1,272 до 4,034, що може свідчити про початок первинного інфекційного процесу або про інфекцію, що було перенесено раніше.

Висновки. Підвищені параметри Іg G антитіл до антигенів Aspergillus spp. у хворих на ГМЛ можуть мати додаткове діагностичне значення, особливо в період тривалої фебрильної нейтропенії.

ЕКСПРЕСІЯ ВНУТРІШНЬОЯДЕРНОГО БІЛКА KI-67 У КЛІТИНАХ КРОВІ ХВОРИХ НА МІЕЛОДИСПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ З РЕФРАКТЕРНОЮ АНЕМІЄЮ З НАДЛИШКОМ БЛАСТІВ І (МДС РАНБ І)

Стародуб Г.С., Кубарова В.О., Гордієнко А.І., Басова О.В., Третяк Н.М.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Встановити динаміку експресії Ki-67 клітинами периферичної крові (п/к) та кісткового мозку (к/м) хворих на МДС РАНБ І в ініціальному періоді та

при отриманні клініко-гематологічної компенсації.

Матеріали та методи. Обстежено 28 хворих на МДС РАНБ І. Із них 16 чоловіків та 123 жінки віком від 51 до 72 років (медіана 68,5 років). Методом проточної лазерної цитометрії визначали експресію Ki-67 пухлинними клітинами п/к та к/м хворих на МДС РАНБ І.

Результати та обговорення. В групі хворих на МДС РАНБ І в ініціальному періоді спостерігалась анемія середнього ступеня тяжкості Hb (78,0±2,6г/л), Ер (2,3±0,2×10¹²/л) у 86% хворих, тромбоцитопенія (36,4±8,5×10⁹/л) у 42% осіб, лейкопенія (2,9±0,6×10⁹/л) у 64% хворих. Відмічалось зменшення сегментоядерних нейтрофілів до (48,6±5,4%), що в 1,5 (р<0,05) разів нижче за норму. У 32% обстежуваних хворих епізодично спостерігалось (1,3±0,05)% бластних клітин в п/к. Експресія Ki-67 антигену спостерігалась у (9,6±1,6%) клітин п/к та у (15,7±1,5) клітин к/м.

В групі хворих, котрі отримали клініко-гематологічну компенсацію, вміст еритроцитів в п/к підвищився в 1,3 рази (р<0,05). Показник тромбоцитів становив (98,5±12,6× 10⁹/л) у 89% хворих, кількість лейкоцитів – (3,4±0,5×10⁹/л) у 93% хворих, бластні клітини в лейкограмі не виявлялись. Клітин, що експресують Ki-67 не спостерігалось. В к/м вміст бластних клітин нормалізувався і становив (3,8±0,8%), відсоток клітин, що експресують Ki-67 зменшився до (8,4±0,9%), тобто у 1,8 рази (р<0,05) у порівнянні з ініціальним періодом.

Висновки. Експресія Ki-67 антигену у клітинах п/к та к/м тісно корелює з відповіддю на терапію і може бути маркером оцінки ефективності лікування при МДС РАНБ І.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ТРАНСФУЗІОЛОГІЯ ТА ГЕМАТОЛОГІЯ: НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-16:00

Організатори: Кафедра гематології та трансфузіології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київський міський центр крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)

ПРОГРАМА

СЕКЦІЯ I: СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СЛУЖБИ КРОВІ

Тема: Перспективи реформування служби крові України відповідно до вимог Європейського Союзу та Ради Європи

Доповідач: *Перегінець Ігор Богданович, Міністерство охорони здоров'я України, заступник міністра охорони здоров'я України, Голова координаційної робочої групи експертів з питань розвитку служби крові України*

Тема: Проміжні результати технічної допомоги службам переливання крові в Україні за проектом Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я, фінансованим Центрами контролю та профілактики захворювань США

Доповідач: *Олександр Волок, Американський міжнародний альянс охорони здоров'я. Директор проекту технічної допомоги службам переливання крові в Україні, Київ, Україна*

Тема: Досвід реорганізації служби крові на регіональному рівні

Доповідач: *Яворський Вадим Володимирович, Харківський обласний центр служби крові*

СЕКЦІЯ II: ПИТАННЯ ЯКОСТІ ТА БІОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ У ВИРОБНИЧІЙ ТА КЛІНІЧНІЙ ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ

Тема: Кріоконсервування еритроцитарного компоненту пуповинної крові людини під захистом комбінації кріопротекторів різного механізму дії

Доповідач: *Калиниченко Тетяна Олександрівна, ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», Київ, Україна*

Тема: Новий підхід до регулювання численності донорських контингентів

Докладчик: *Карпенко Федор Николаевич, ГУ «Республіканський научно-практичний центр трансфузіології і медичних біотехнологій», Минск, Беларусь*

Тема: Принципи отбора донорів для создания запасов цитагемаловирус-негативной плазмы

Докладчик: *Карпенко Федор Николаевич, ГУ «Республіканський научно-практичний центр трансфузіології і медичних біотехнологій», Минск, Беларусь*

Тема: Досвід комунального закладу «Рівненська обласна станція переливання крові» по впровадженню системи контролю якості

Доповідач: *Матюк Олена Юрївна, КЗ «Рівненська обласна станція переливання крові», Рівне, Україна*



Тема: Повышение эффективности заготовки плазмы для клинического применения и фракционирования методом среднеинтенсивного плазмафереза

Докладчик: *Свирновская Эсфирь Лазаревна, ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий», Минск, Беларусь*

Тема: Національний реєстр служби крові України

Доповідач: *Чиркова Катерина Сергіївна, Харківський обласний центр служби крові, Харків, Україна*

Тема: Рівень активності АлТ у серопозитивних донорів на маркери гепатитів В, С в Житомирському обласному центрі крові

Доповідач: *Чугрівєв Анатолій Миколайович, КУ «Житомирський обласний центр крові», Житомир, Україна*

СЕКЦІЯ III: СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ

Майстер-клас: Сучасні вимоги законодавства ЄС в галузі клінічного використання компонентів крові

Доповідач: *Мігель Лозано, Європейський регіональний директор Міжнародної спілки переливання крові (ISBT), Президент Іспанської спілки аферезу. Голова редакційної ради Американської асоціації банків крові (AABB). Відділення гемотерапії та гемостазу клінічного госпітально, Барселона, Іспанія*

Майстер-клас: Доказова база клінічного використання компонентів з еритроцитів, тромбоцитів і плазми на основі клінічних випадків

Доповідач: *Мігель Лозано, Європейський регіональний директор Міжнародної спілки переливання крові (ISBT), Президент Іспанської спілки аферезу. Голова редакційної ради Американської асоціації банків крові (AABB). Відділення гемотерапії та гемостазу клінічного госпітально, Барселона, Іспанія*

Тема: Сучасні аспекти забезпечення імунологічної безпеки гемотрансфузій в умовах кардіохірургічного центру

Доповідач: *Джевадова Ірина Вікторівна, ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», Київ, Україна*

СЕКЦІЯ IV: СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ГЕМАТОЛОГІЇ

Тема: Інформативність показників метаболічної інтоксикації для оцінки ефективності програм антитромботичної профілактики

Доповідач: *Аношина Мілітіна Юрївна, ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», Київ, Україна*

Тема: Молекулярно-цитогенетичні дослідження клітин кісткового мозку в рецидиві В-клітинної хронічної лімфоцитарної лейкокемії/лімфоми з малих лімфоцитів

Доповідач: *Корець Катерина Веніамінівна, ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», Київ, Україна*

Тема: Факторы ризику развития гострой лейкомии у дітей

Доповідач: *Кучер Олена Воллдимирівна, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Спленомегалія в практиці гематолога

Доповідач: *Лисенко Дмитро Андрійович, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна*

Тема: Мієлодиспластичний синдром у осіб, які перенесли гостру променеву хворобу внаслідок Чорнобильської катастрофи (аналіз клінічних випадків)

Доповідач: *Любарєць Тетяна Федорівна, Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України, Київ, Україна*

Майстер-клас: Геморагічні захворювання крові у дітей

Доповідач: *Мороз Галина Іванівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Перинатальні гіпоксичні ушкодження центральної нервової системи і метаболічні порушення у плазмі крові

Доповідач: *Невірковець Анатолій Антонович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Содержание активных форм кислорода в клетках при хроническом лимфоцитарном лейкозе и прогноз заболевания

Докладчик: *Свирновский Аркадий Иосифович, ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий», Минск, Беларусь*

Тема: Лабораторні методи підрахунку тромбоцитів

Доповідач: *Сергієнко Людмила Іванівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

СЕКЦІЯ V: ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІ СТАНИ: НОВЕ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ

Майстер-клас: Сучасні уявлення про метаболізм заліза та патогенез залізодефіцитних станів

Доповідач: *Видиборець Станіслав Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: О деяких патогенетических аспектах залозодифицитных анемий

Доповідач: *Песоцка Людмила Анатоліївна, Алієва Юлія Ігорівна, ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпропетровськ, Україна*

Майстер-клас: Сучасні підходи до діагностики та лікування залізодефіцитних станів

Доповідач: *Сергієнко Олександр Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти П. Л. Шупика, Київ, Україна*

СЕКЦІЯ VI: РОБОЧА НАРАДА ОПОРНОЇ КАФЕДРИ ЗА ФАХОМ «ТРАНСФУЗІОЛОГІЯ» ТА «ГЕМАТОЛОГІЯ» З ПРЕДСТАВНИКАМИ ОДНОПРОФІЛЬНИХ ЗАПРЕД

Тема: Роль самостійної роботи у підготовці лікарів-інтернів

Доповідач: *Бенца Тетяна Михайлівна, Національна медична академія післядипломної освіти П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Сучасна лекція в післядипломній освіті лікарів

Доповідач: *Видиборець Станіслав Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Одне з основних завдань післядипломного навчання лікарів – подальше формування та поглиблення клінічного мислення

Доповідач: *Гайдукова Світлана Миколаївна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Роль викладача в забезпеченні ефективності самостійної роботи лікаря під час занять.

Доповідач: *Гусева Світлана Анатоліївна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Самостійна робота лікаря під час навчання: основні форми керівництва

Доповідач: *Кучер Олена Володимирівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Місце самостійної пізнавальної діяльності лікаря у навчальному процесі

Доповідач: *Мороз Галина Іванівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Проблемні аспекти кураторства в установі післядипломної освіти

Доповідач: *Сергієнко Людмила Іванівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Дистанційне навчання та його переваги

Доповідач: *Сергієнко Олександр Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: Етапи самостійної роботи лікаря при проведенні занять

Доповідач: *Ткаченко Олена Василівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: The types of modern seminars in medical post-graduate education

Доповідач: *Khomenko Iryna, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine*

Тема: Возможная роль нарушений обмена гепарина в патогенезе неврологических нарушений при истинной полицитемии

Докладчик: *Бублий Юлия Станиславовна, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев, Украина*

Тема: Density-specific distribution of erythrocytes in active blood donors

Доповідач: *Derpak Yuri, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine*

Тема: Біохімічні показники у донорів плазмаферезу

Доповідач: *Корж Андрій Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Тема: The influence of genetic factors on the development of different clinical manifestations of toxicity in patients with non-Hodgkin lymphomas

Доповідач: *Salah A. A. Abushanab, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine*

Тема: Галектин-3 как прогностический маркер у пациентов с неходжкинской лимфомой

Докладчик: *Самура Борис Борисович, Запорожский государственный медицинский университет, КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС, Запорожье, Украина*

Тема: Морфометричні зміни еритроцитів у осіб похилого та старечого віку із залізодефіцитною анемією

Доповідач: *Сергієнко Олександр Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*



МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ В РЕЦИДИВІ В-КЛІТИННОЇ ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ/ЛІМФОМИ З МАЛИХ ЛІМФОЦИТІВ

Андрєєва С.В.¹, Корець К.В.^{1,2}, Ружинська О.Е.², Скороход І.М.²

¹ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

²ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити молекулярно-цитогенетичні особливості хромосомних перебудов у клітинах кісткового мозку в рецидиві В-клітинної хронічної лімфоцитарної лейкемії/лімфоми з малих лімфоцитів (В-ХЛЛ/ЛМЛ).

Матеріали та методи. Молекулярно-цитогенетичне (i-FISH) дослідження виконано у 56 пацієнтів у рецидиві В-ХЛЛ/ЛМЛ. Препарати клітин кісткового мозку готували за загальнознаною методикою. Дослідження проводили на інтерфазних ядрах із використанням комерційного набору – Vysis CLL FISH Probe Kit: TP53 (17p13.1), ATM (11q22.3), D13S319 (13q14), 13q34, D12Z3 (CEP12) (Abbott, США).

Результати та обговорення. Нормальний розподіл сигналів для всіх зазначених локусів спостерігали у 8 випадках (14,3%). del(13)(q14) та del(17)(p13.1) зареєстровано по 60,7% випадків для кожної аномалії, а del(11)(q22.3) – у 44,6%. Відсоток del(11)(q22.3) та del(17)(p13.1) у два і три рази, відповідно, перевищують дані літератури. Нами виявлено як поодинокі випадки del(13)(q14), del(11)(q22.3), del(17)(p13.1), так і різні їх комбінації із залученням в деяких випадках також трисомії хромосоми 12. Не випадковим було поєднання del(11)(q22.3) та del(17)(p13.1), що становило 30,4%. Окрім того, del(13)(q14) та del(13)(q34), що відносяться до групи сприятливого прогнозу були присутні у клітинах з del(11)(q22.3) і del(17)(p13.1), які пов'язані з несприятливим прогнозом перебігу захворювання (у 27 випадках, 48,2%).

Висновки. Наявність кількісних аномалій хромосоми 12, del(13)(q14), del(13)(q34), del(11)(q22.3) та del(17)(p13.1) в рецидиві В-ХЛЛ/ЛМЛ може свідчити про неефективність проведеної терапії. Багатоступеневий каскад знайдених ускладнень (від однієї до чотирьох аномалій в одному каріотипі) є відображенням одного з шляхів еволюції генних перебудов на фоні ХТ.

РОЛЬ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН (TNF) ТА РОЗЧИННИХ РЕЦЕПТОРІВ, STNFR1 ТА STNFR2, У РЕГУЛЯЦІЇ ЧУТЛИВОСТІ КЛІТИН ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ (ХЛЛ) ДО АПОПТОЗУ

Барілка В.А.¹, Матлан В.Л.², Примак С.В.¹, Шалай О.О.¹, Виговська О.Я.¹

¹ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета. Встановлення ролі TNF, sTNFR1, sTNFR2 у регуляції чутливості клітин ХЛЛ до апоптозу.

Матеріали і методи. Визначали концентрацію TNF, sTNFR1, sTNFR2 у плазмі крові, живильних середовищах (ЖС) мононуклеарів периферичної крові (МНПК) та дослідили цитотоксичну активність природних кілерів (NK) у 70 пацієнтів з ХЛЛ.

Результати і обговорення. Встановлено, що концентрації TNF, sTNFR2 у плазмі крові хворих на ХЛЛ більше, ніж у 8 разів перевищують показники у здорових осіб (p<0,001), в той час як рівень sTNFR1 був лише вдвічі вищим, ніж у контролі (p<0,05). МНПК пацієнтів з ХЛЛ вірогідно більше секретували TNF у ЖС, ніж МНПК здорових осіб, та зберігали виживання впродовж 24-годинної інкубації в умовах автокринного TNF без додавання сироватки. Однак рівень TNF у плазмі і в ЖС МНПК пацієнтів з високим рівнем абсолютним лімфоцитозом (АЛ), $\geq 100 \times 10^9/l$, був вірогідно нижчим, ніж із рівнем АЛ, $9-30 \times 10^9/l$. Концентрація sTNFR2 переважала у плазмі при ХЛЛ, зростаючи водночас із збільшенням АЛ на III-IV ст. хвороби, в той час як концентрація sTNFR1, важливого посередника апоптозу та активатора NK, майже не зазнавала змін. Цитотоксичність NK проти пухлинних клітин була вірогідно нижча, ніж у здорових осіб і статистично знижувалася із наростанням стадії ХЛЛ (p<0,05).

Висновки. Отримані дані, з одного боку, можуть вказувати на клітини ХЛЛ, як потужне джерело секреції TNF, sTNFR1, а з іншого – на ймовірний антиапоптотичний вплив цих протеїнів у клітинах ХЛЛ та супресію цитотоксичної активності NK проти лейкемії. В певному ракурсі, отримані дані можна розцінити як одне із свідчень зниженої реактивної відповіді імунної системи організму на прогресуючу лейкемію, що не виключає апоптозу клітин ХЛЛ у периферичній крові пацієнтів за умов підвищеної локальної концентрації лігандів TNF та зниження секреції розчинних протеїнів sTNFR1.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Аношина М.Ю., Яговдік М.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінити результати антитромботичної профілактики у пацієнтів із підвищеним ризиком тромбоемболії за біохімічними показниками метаболічної інтоксикації (MI): молекул середньої маси (МСМ) та перекисного окислення ліпідів (ПОЛ).

Матеріали та методи. Досліджували сироватку, еритроцити та плазму крові 30 пацієнтів із лабораторними ознаками гіперактивності системи гемостазу, які перебували на лікуванні у відділенні хірургічної гематології та гемостазиології ДУ «ІГТ НАМН». 15 осіб I групи отримували тільки антитромботичні препарати (АП): антикоагулянти прямої і непрямої дії та антиагреганти. 15 осіб II групи, крім АП, додатково одержували препарати метаболічної дії з антиоксидантними та антирадикальними властивостями. Використані біохімічні та статистичні методи дослідження.

Результати та обговорення. Залежно від схеми лікування на фоні вірогідного підвищення активності антиоксидантної системи від 1,8 до 2,2 рази вміст продуктів ПОЛ в еритроцитах хворих обох груп достовірно знижувався від 1,9 до 2,8 рази – при пероксидації нейтральних ліпідів та від 1,3 до 1,6 рази – фосфоліпідів. Подібну тенденцію змін спостерігали і в плазмі крові. У хворих обох груп встановлено вірогідне зменшення концентрації фракцій МСМ: $D_{238} - 1,4$ рази, D_{254} і $D_{280} - 1,3$ рази. Більш суттєве зниження MI було у пацієнтів II групи, проте повної нормалізації показників не виявлено. Встановлено кореляційні взаємозв'язки між маркерами MI та системи гемостазу.

Висновки. Доведена інформативність показників ПОЛ і МСМ як додаткових критеріїв оцінки ефективності антитромботичної профілактики у пацієнтів із підвищеним ризиком тромбоемболії. Обрана тактика з застосуванням препаратів метаболічної дії з антиоксидантними та антирадикальними властивостями сприяє суттєвому зниженню MI.

IMMUNOPATHOLOGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA

Bereziuk O.M., Oliynyk H.A., Havryliuk L.M., Yablonskya O.G., Danyluk I.I., Melnychuk N.M., Bondarchuk S.V., Lysenko D.A.

Vinnitsia National Medical University named after M.I. Pirogov, Vinnitsia regional clinical hospital named after M.I. Pirogov, Vinnitsia, Ukraine

Objective. To investigate the development of immunopathological complications in patients with chronic lymphocytic leukemia (CLL).

Materials and methods. Has been studied 60 patients with CLL. The age of patients ranged from 45 to 85 years. The average age of patients was 68.2 years. There were 36 men and 24 women.

In study it has been used methods for general clinical investigation – physical examination, laboratory methods (complete blood cells, myelogram, biochemical methods, urinalysis, ELISA, PCR) and tools (chest radiography, abdominal ultrasound).

Results and discussion. Immunopathological complications in patients with CLL included infectious, autoimmune and allergic complications.

Infectious complications encountered following: herpes zoster – in 7 (11,67%), reactivation of cytomegaloviral infection – in 2 (3,33%), systemic candidiasis – in 4 (6,67%), pneumonia – in 28 (46,67%), infections of the kidney and urinary tract (pyelonephritis, cystitis, urethritis) – in 14 (23,33%), abscesses after injections – in 2 patients (3,33%). Autoimmune complications: autoimmune hemolytic anemia (AHA) – 9 (15,00%), autoimmune thrombocytopenia – in 5 patients (8,33%). Allergic reactions: urticaria – in 8 (13,33%), insect allergy – in 15 patients (25,00%), angioedema – in 1 patient (1,67%).

There were next main causes of death in patients with CLL: pneumonia – in 18 (54,55%), hemorrhagic complications – in 4 (12,12%), massive gastrointestinal bleeding – in 1 (3,03%) hemorrhagic stroke – in 2 (6,06%), bleeding in the adrenal glands – in 1 (3,03%), AHA – in 6 (18,18%), multiple organ failure – in 4 persons (9,09%).

Conclusions. There were next most common immunopathological complications in patients with CLL-pneumonia, infections of the kidney and lower urinary tract, herpes zoster, AHA, insect allergy and urticaria. Pneumonia and AHA are the most frequent causes of death of patients with CLL.

ETIOLOGICAL FEATURES OF PNEUMONIA IN PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA, TREATMENT APPROACHES

Bereziuk O.M., Oliynyk H.A., Havryliuk L.M., Yablonskya O.G., Danyluk I.I., Melnychuk N.M.

Vinnitsia National Medical University named after M.I. Pirogov, Vinnitsia, Ukraine

Vinnitsia regional clinical hospital named after M.I. Pirogov, Vinnitsia, Ukraine

Objective. To assess the effectiveness of the usage of intravenous immunoglobulin for treatment of pneumonia in patients with CLL.

Materials and Methods. There were examined 40 patients with chronic lymphocytic leukemia. The age of patients ranged from 45 to 78 years old. The average age of patients was 65.3 years. Among the patients there were 22 men and 18 women.

In study have been used general clinical methods of investigation – physical examination, laboratory methods (complete blood count, bone marrow examination, common sputum analysis, cultural investigation of sputum, biochemical investigation) and instrumental methods (radiography of the chest). To assess the reliability of the results difference it was used Student's test.

Patients were divided into two groups: the first line treatment for patients of I group was conducted with a combination of antibiotics (levofloxacin and cefepime), antifungal agent from the group of azoles (fluconazole), patients of II group received similar combination and intravenous immunoglobulin IVIG – «Bioven mono» at a dose of 4 ml/kg. In the case of pneumocystis infection Biseptol was prescribed.

Results and discussion. In case of cultural investigation of sputum mixed microflora was found, it included the following pathogens: S. pneumoniae, H. influenza, M. pneumoniae, E. faecalis, P. vulgaris, P. carinii, C. albicans, B. fragilis. After beginning treatment of pneumonia normalization temperature on third day was observed in 6 patients in first group and 14 patients in second group; reducing the size of the shadow on chest radiographs on fifth day was observed respectively in 8 and 18 patients, absent of bacterial growth on fifth day in 7 and 13 patients respectively.

Conclusions. The development of pneumonia in patients with CLL was induced by mixed gram-positive, gram-negative, atypical, anaerobic infection, fungal invasion. Treatment of pneumonia in patients with CLL advisable conduct with the using of intravenous immunoglobulin at a dose of 4 ml/kg.

АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ ПРИ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ ВИРАЗКОВОМУ КОЛІТІ

Бондарчук С.В., Поліщук В.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Мета. Вивчити частоту і особливості анемії при неспецифічному виразковому коліті (НВК).

Матеріали і методи. Обстежено 40 пацієнтів (20 чоловіків і 20 жінок), віком від 21 до 38 років. Тривалість хвороби – від вперше виявленої до 18 років.

Результати та обговорення. У чоловіків анемія спостерігалась у 67%, гемоглобін $112 \pm 1,6$ г/л, MCV $74 \pm 0,15$ фл, MCH $2 \pm 0,11$ пг, феритин $22,3 \pm 0,12$ нг/мл, залізо сироватки (ЗС) $9,2 \pm 0,1$ мкмоль/л. У жінок анемія визначалась у 100%, гемоглобін $96 \pm 1,5$ г/л, MCV $70,1 \pm 0,13$ фл, MCH $17,3 \pm 0,11$ пг, феритин $18,8 \pm 0,15$ нг/мл, ЗС $6,6 \pm 0,6$ мкмоль/л. Протягом першого року анемія виявлена в 75%, гемоглобін $111 \pm 1,2$ г/л, MCV $70,5 \pm 0,16$ фл, MCH $20,3 \pm 0,15$ пг, феритин $16,0 \pm 0,12$ нг/мл, ЗС $7,5 \pm 0,2$ мкмоль/л. При тривалості хвороби до 5 років анемія була у 78% хворих, гемоглобін $103 \pm 1,7$ г/л, MCV $73,8 \pm 0,15$ фл, MCH $22,7 \pm 0,11$ пг, феритин сироватки $21,3 \pm 0,14$ нг/мл, ЗС $12 \pm 1,5$ мкмоль/л. При тривалості НВК більше 5 років анемія становила 75%, гемоглобін $107 \pm 2,0$ г/л, MCV $74,2 \pm 0,12$ фл, MCH $24,2 \pm 0,11$ пг, феритин $23,6 \pm 0,11$ нг/мл, ЗС $10,9 \pm 0,2$ мкмоль/л. У хворих із субтотальним і тотальним ураженням товстої кишки частота анемії – 100%, гемоглобін – $101 \pm 1,3$ г/л, MCV $71,7 \pm 0,11$ фл, MCH $18,6 \pm 0,12$ пг, феритин $24,1 \pm 0,13$ нг/мл, ЗС $7,8 \pm 0,2$ мкмоль/л; з проктосигмоїдитом – 33%, гемоглобін $127 \pm 1,5$ г/л MCV $82,8 \pm 0,13$ фл, MCH $28,1 \pm 0,12$ пг, феритин $32,7 \pm 0,15$ нг/мл, ЗС $0,1$ мкмоль/л; з лівобічним колітом – 71%, гемоглобін $103 \pm 2,1$ г/л, MCV $78,1 \pm 0,11$ фл, MCH $25,9 \pm 0,12$ пг.

Висновки. Частота розвитку і тяжкість анемічного синдрому при НВК вище у жінок. Із стажем НВК до року анемія спостерігається з частотою 75%. Із збільшенням терміну хвороби частота анемії не зменшується, але збільшується її тяжкість. У осіб з тотальним ураженням кишечника анемічний синдром виникає у 100% випадків. Для лівобічних уражень частота анемії зменшується пропорційно поширеності процесу.

THE COMPLEX BIOCHEMICAL STUDY OF THE CONTENT OF BIOGENIC AMINES AND HEPARIN IN BLOOD PLASMA IN PATIENTS WITH ACUTE LEUCOSIS DURING INTENSIVE CHEMOTHERAPY

Borisenko Ye., Vydyborets S.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Objective. To define the clinical significance of free histamine, free serotonin and free heparin in blood plasma in patients with acute leucosis during intensive chemotherapy.

Materials and Methods. The method is presented of simultaneous fractional determination of biological amines – histamine and serotonin – in preliminarily dried biostrate specimens. The method described includes some extraction procedures with optimal controlled pH values necessary for isolating histamine and serotonin, producing fluorofors in accordance with orthoptaldialdehyde and ninhydrin, the subsequent fluorometric estimation of their levels being performed. The method of electroforetic determination of heparin in biological specimens is a described allowing. The study included 63 patients aged 20 to 71 years (median 42 years) who received intensive chemotherapy that was referred as to grade IV hematological shifts, biochemical parameters. The condition was assessed using the APACHE II scale and organ dysfunctions were evaluated by SOFA scale. The presence of absence of the systemic inflammatory response syndrome was determined.

Results. The study revealed an increase of free histamine, free serotonin and free heparin in blood plasma levels along with significant changes in laboratory indices. The level of free histamine, free serotonin and free heparin in blood plasma directly correlates with the severity of the disease, by using the APACHE II scale and the degree of the SOFA scale organ dysfunctions. Multivariate analysis was used to define a role of the elevated level of free histamine and free serotonin, free heparin in blood plasma as an additional indicator of a poor prognosis.

ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА ГЕПАРИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ

Бублій Ю.С.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев, Украина

Актуальность. Истинная полицитемия (ИП) – заболевание из группы миелопролиферативных неоплазий, для клинических проявлений которого свойственны склонность к кровоточивости и тромбообразованию.

Цель. Изучить содержание свободного гепарина в плазме крови пациентов с ИП и определить частоту общемозговых симптомов при этом заболевании.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента с ИП (18 мужчин и 14 женщин). Средний возраст обследованных лиц составил $57,2 \pm 1,2$ года. Вторую (II) группу наблюдения составили 52 пациента, обследованные в связи с подозрением на миелопролиферативные заболевания крови, но после тщательного клинико-гематологического обследования такие заболевания у них были исключены, а состояние периферической крови было расценено как абсолютный эритроцитоз, обусловленный наличием тех или иных соматических заболеваний. Среди обследованных больных были 30 мужчин и 22 женщины. Средний возраст пациентов II группы составил $55,7 \pm 3,6$ лет. Контрольную группу составили 35 практически здоровых лиц аналогичного возраста.

Количественное определение содержания свободной фракции гепарина проводили методом электрофоретического анализа по методике Б. В. Михайличенко, С. В. Выдыборца (2000).

Результаты и обсуждение. У больных ИП наблюдается разбалансирование обмена свободного гепарина, что проявляется увеличением его содержания в плазме крови. Обсуждаются возможные механизмы возникновения выявленных нарушений. Изложены данные о физиологической роли гепарина. Показано, что его действие заключается не только в регуляции гемостаза, а и в контроле ангиогенеза, иммунных реакциях, регуляции жирового и углеводного обмена, антибактериальной, антивирусной и противовоспалительной активности.

НОВИЙ РОЗЧИН ДЛЯ РЕСУСПЕНДУВАННЯ ЕРИТРОЦИТІВ

Винарчик М.Й., Качмарик Д.Л., Панас О.М., Дорошенко Л.Г., Івасик В.В., Брагінець О.Г., Новак В.Л., Кондрацький Б.О.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Мета. Обґрунтувати створення нового розчину для ресуспендування еритроцитів, консервованих при позитивній температурі.

Матеріали і методи. Використано комплекс фізико-хімічних, біохімічних та морфологічних методів дослідження, які дозволили дати оцінку



морфофункціональній повноцінності еритроцитів у процесі зберігання при позитивній температурі.

Результати та обговорення. Було розроблено пропис, технологію виготовлення та методи лабораторного контролю розчину для ресуспендування еритроцитів – Сахарофосфоксил. До складу розчину входять: сахароза, ксилітол, аденін, натрію хлорид, натрій фосфорнокислий двозаміщений, натрію гідроксид двозаміщений, вода для ін'єкцій.

Показано, що в еритроцитах, ресуспендованих Сахарофосфоксилом, чітко простежується поетапне підвищення концентрації неорганічного фосфору, що може свідчити про дезінтеграцію фосфоровмісних клітинних систем. У той же час, було виявлено поетапне зниження рівнів аденозинтрифосфорної кислоти (АТФ) і АТФ-залежних систем еритроцита, зокрема 2,3-дифосфогліцерата (2,3-ДФГ). Отримані результати свідчать про статистично недовірену різницю в рівні АТФ на 28-й день зберігання еритроцитів порівняно з початковим. За цим показником придатність еритроцитів для переливання відповідає встановленим нормативним документам. Також виявлено суттєве зниження рівня 2,3-ДФГ, причому, динаміка змін близька до динаміки АТФ. На 21-й день дослідження рівень 2,3-ДФГ становив близько 50% від початкового, а на 28-й день – 30%.

Висновки. Отже, на 21-й день зберігання за вмістом АТФ та 2,3-ДФГ розчин для ресуспендування еритроцитів Сахарофосфоксил забезпечує морфофункціональну повноцінність еритроцитів на рівні, прийнятому міжнародними критеріями для переливання реципієнту.

ПРОЕКТ ЗМІЦНЕННЯ СЛУЖБ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ В УКРАЇНІ

Стенлі Дж.¹, Юркевич І.¹, Волок О.¹, Подольчак Н. В.², Вітек Ч.²

¹Американський міжнародний альянс охорони здоров'я, Вашингтон, США,

²Центри контролю та профілактики захворювань Департаменту охорони здоров'я США (CDC) Україна, м. Київ, Україна

Мета. В рамках Надзвичайного плану Президента США із боротьби зі СНІДом (PEPFAR), Центри контролю та профілактики захворювань Департаменту охорони здоров'я США (CDC) і Американський міжнародний альянс охорони здоров'я (АМАОЗ) тісно співпрацюють з Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) та іншими зацікавленими сторонами в Україні для зміцнення служби крові (СК).

Матеріали і методи. Відповідно до меморандуму АМАОЗ з МОЗ України, проект продовжує співпрацю з наступними демонстраційними закладами СК: Київський міський центр крові, НДСЛ «ОХМАТДИТ», обласні центри крові Київської, Житомирської, Львівської, Рівненської та Одеської областей, відділення трансфузіології Житомирської, Рівненської обласних клінічних лікарень, відділення трансфузіології Львівської міської лікарні швидкої допомоги та Одеської обласної дитячої лікарні.

Результати та обговорення. Продовжується навчання у принципів менеджменту якості у СК з урахуванням рекомендацій Європейської комісії щодо гармонізації європейських вимог та стандартів щодо СК в Україні, серед яких впровадження системи якості є пріоритетним. Плани на майбутнє передбачають зміцнення поточної роботи в кожному демонстраційному закладі, надання допомоги МОЗ з розробки клінічних рекомендацій з переливання крові, заснованих на засадах доказової медицини, та зміцнення зв'язків СК з центрами служби протидії ВІЛ/СНІД з метою ідентифікації, взяття на облік та включення в лікувальний процес ВІЛ-позитивних осіб серед донорів крові. Також проект співпрацює з координаційною робочою групою експертів МОЗ України з питань розвитку служби крові, активно залучає європейських фахівців з клінічної трансфузіології, лабораторної діагностики, нормативного забезпечення та стратегічного розвитку галузі.

Висновки. Метою CDC та АМАОЗ є співпраця зі СК в Україні для зміцнення поточних робочих процесів, тим самим підвищуючи безпеку і наявність крові та її компонентів для всіх, кому вони можуть знадобитися.

ВИЗНАЧЕННЯ МУТАЦІЙ CALR ПРИ ХРОНІЧНИХ МІЕЛОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРУВАННЯХ

Вороняк М.І.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

В останні роки досягнуто значних успіхів у розшифровці молекулярно-генетичних механізмів Рн-негативних мієлопроліферативних неоплазій. Відкриття мутації V617F у гені JAK2 в 2005 р. стало значним кроком у розумінні біологічних і клінічних особливостей таких захворювань. Така мутація виявляється в більшості пацієнтів зі справжньою поліцитемією (СП) та значної частини з есенціальною тромбоцитемією (ЕТ) та ідіопатичним мієлофіброзом (ІМФ).

Не так давно з'явилися дані про діагностичну значимість соматичних

мутацій у 9 екзоні гена CALR, що кодує білок кальретикулін. Мутації в гені кальретикуліна другі за частотою при Рн-негативних мієлопроліферативних захворюваннях після мутації Jak2 V617F. Ці мутації не виявляються у пацієнтів зі СП, що значно покращує діагностику ЕТ і ІМФ. Більшу частину мутацій становлять мутації 9 екзону: 1й тип – 52-нуклеотидна делеція і 2й тип – 5-нуклеотидна вставка (53% і 32% тієї, що зустрічається відповідно). Мутації 1-го типу значно частіше зустрічаються при ІМФ, ніж при ЕТ.

У пацієнтів, з мутацією CALR був нижчий ризик тромбозів і більш висока виживаність у порівнянні з пацієнтами з мутованим геном JAK2. Інші автори також виявили вкрай високу частоту мутації гена CALR у пацієнтів з МПЗ. Важливо, що ні в одному випадку захворювань не мієлоїдної природи мутації в цьому гені не виявлялися. Хоча в даний час мутації гена CALR не включені в діагностичні критерії, проте, при підозрі на МПЗ за відсутності мутації JAK2 визначення мутації гена CALR може виявитися корисним.

Висновки. Отже, використання в діагностичному алгоритмі додаткового молекулярно-генетичного тестування на виявлення мутацій у гені кальретикуліна дозволяє підтвердити клональний характер захворювання і при цьому виключити наявність СП.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ГИПОХРОМНЫХ И НОРМОХРОМНЫХ АНЕМИЙ У РАНЕНЫХ

Гончаров Я.П.¹, Петруша О.О.¹, Савченко Я.Б.¹, Гусева С.А.², Орлов В.Н.¹, Семибратова Т.М.¹

¹Национальный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ» МО Украины,

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель. Изучение особенностей диагностики гипо- и нормохромных анемий у раненных мужчин военнослужащих в период 2014–2015 гг.

Материалы и методы. Раненные были разделены по локализации огнестрельного ранения: изолированные ранения конечностей (n=63), изолированные ранения грудной клетки (n=3), изолированные ранения брюшной полости (n=3), сочетанные ранения (n=39). Контрольную группу составили 29 пациентов мужского пола с уровнем Hb=162,52±1,81 г/л. По степени тяжести состояния пациенты были разделены на группы: легкой степени (n=37, Hb=121,59±3,88 г/л), средней степени (n=49, Hb=102,06±2,72 г/л), тяжелой степени (n=22, Hb=96,45±5,85 г/л). Определяли уровень гемоглобина Hb, количество эритроцитов, MCV, MCH на автоматическом гемализаторе, кроме того, исследовали уровень ферритина (Фн) и сывороточного железа (СЖ).

Результаты. Выявлена достоверная (p < 0,001) зависимость уровня Hb от степени тяжести состояния. По результатам однофакторного дисперсионного анализа сила влияния фактора степени тяжести состояния на уровень Hb составила 49,99% (SSeffect 11482,48±53197,19; MSeffect 5741,24±504,64, критерий=11,33). Зависимость уровня Hb от локализации ранения оказалась достоверно не значимой (p > 0,05).

Частота выявления основных морфологических видов анемии у раненных: микроцитарная гипохромная n=2 (1-я группа Hb=126,0±36,0 г/л), нормоцитарная гипохромная n=38 (2-я группа Hb=109,89±4,17 г/л), нормоцитарная нормохромная n=68 (3-я группа Hb=105,79±2,83 г/л).

Уровни СЖ и Фн в 1-й группе оказались сниженными, и составили: 2,1±3,88 ммоль/л и 7,6±2,3 мкг/л. Во 2-й группе уровень СЖ и Фн были соответственно: 13,2±0,4 ммоль/л и 42,3±3,6 мкг/л. У раненных 3-й группы и уровень СЖ и Фн были в пределах нормы (22,4±3,2 ммоль/л и 124,0±5,2 мкг/л).

ПРОТОКОЛ-МЕТОДИКА АППАРАТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИММУННОГО ОТВЕТА У НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Гусак Л. В.

КУ «Криворожская станция переливания крови» ДОС», Кривой Рог, Украина

В Украине процедуры плазмафереза (Пф) преимущественно проводятся с использованием технологии базового центрифугирования. Для эффективной процедуры плазменной фильтрации используется полупроницаемая мембрана.

Показания к процедуре Пф определены рекомендациями Американской Ассоциации Экстракорпоральных Методов. Чаще всего Пф используется с целью элиминации иммунных комплексов.

Аппаратура Autopheresis-C использует оригинальный комплект расходных материалов Plasmacell-C (Baxter/Fenwal), с защитным приспособлением MasterGuard. Мембранный фильтр с размером пор 0,2 микрона, дает возможность быстрого и высокоэффективного разделения клеток крови и

плазмы, используя меньшую поверхность мембраны (площадью 70 см²) при рабочем объеме 7 мл. Пропускная способность в/в линии центрального и периферического доступов составляет 100–150 мл/мин (мануальный Пф – 50-70 мл/мин). Для проведения аппаратного Пф используются мембраны халлофайбер или пластинчатые мембраны. С профилактической целью рекомендуется введение магнезии. При весе пациента менее 20 кг, система для проведения Пф пропитывается не физиологическим раствором, а кровью при заборе. Скорость возврата эритроцитов у детей не должна превышать 1,5 мл/кг/мин, у взрослых –70 мл/мин.

Процедура Пф сопряжена с риском возникновения ряда осложнений. Гипокальциемия купируется введением препаратов кальция и магния. При возникновении гипотермии необходимо проводить согревание во время процедуры. При возникновении реакции на введение свежемороженой плазмы с заместительной целью необходимо профилактическое введение дифенилгидрамина, гидрокортизона и/или эпинефрина. Для предотвращения гипотонии вследствие дефицита ОЦК следует вводить растворы замещения. Для предупреждения развития тромбоцитопении и гипопфибриногенемии, особенно вследствие использования раствора альбумина с заместительной целью, необходимо контролировать показатели крови и гемостаза. Правильная и своевременная профилактика может снизить процент грубых осложнений и летальность во время и после процедур Пф.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИБОМУСТИНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ (ХЛЛ)

Гусева С.А.¹, Гончаров Я.П.², Орлов В.Н.², Петруша О.О.²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика,

²Национальный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ» МО Украины, Киев, Украина

Цель. Изучение эффективности и токсичности рибомустина у пациентов В-ХЛЛ.

Материал и методы. Изучили 7 пациентов В-ХЛЛ в возрасте от 65 лет до 76 лет. Длительность заболевания колебалась от 7 до 12 мес. Диагноз заболевания устанавливали согласно стандартным критериям со стадированием по Rai (Binet): 5 пациентов – III (C) стадия, 2 пациентов – IV (C) стадия.

Клинической особенностью данной категории пациентов были увеличение всех групп лимфатических узлов, спленомегалия; лейкоцитоз (45,0–256,0×10⁹/л). Ранее все пациенты не получали химиотерапии. У всех пациентов выявлена сопутствующая возрастная патология, преимущественно сердечно-сосудистой системы.

Рибомустин назначали по 100 мг/м² в виде 30-минутной инфузии 1-й и 2-й дни каждого 28-дневного цикла (до 6 циклов). Всего проведено от четырех (n=3) до шести (n=4) курсов терапии. Эффективность терапии оценивали согласно критериям Национального института рака США.

Результаты и обсуждение. У пяти пациентов достигнута полная и частичная ремиссия, у двух – отмечена стабилизация процесса. Уменьшение размеров лимфатических узлов, селезенки, количества лейкоцитов и лимфоцитов, симптомов интоксикации (В-симптомы) крови отмечены у всех пациентов уже после первого курса терапии.

Терапию все пациенты перенесли без развития токсических осложнений: не отмечено развития инфекционных осложнений. Только у 2-х пациентов после 3-го курса терапии снижение количества нейтрофилов было показанием для назначения колониестимулирующего фактора.

Наблюдение за пациентами после проведенной терапии показало, что в течение 18 мес. у 5 из 7 человек сохранялась клинико-гематологическая стабилизация заболевания. Наблюдение за пациентами продолжается.

Выводы. Результаты наблюдений свидетельствуют о высокой эффективности и минимальной миелосупрессии при использовании рибомустина в стандартных дозах у пациентов с В-ХЛЛ пожилого возраста.

НОВІ ПІДХОДИ У ТЕХНОЛОГІЯХ ФРАКЦІОНУВАННЯ ПЛАЗМИ КРОВІ

Даниш О.Й., Дульцева Н.А., Мадич С.Є., Шурко Н.О., Даниш Т.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Вступ. При одержанні факторів протромбінового комплексу запропонована нами технологія включає наступні основні етапи: спиртове фракціонування плазми крові за Коном, сольвент-детергентна та тіоціанатна антивірусні обробки, переосадження поліетиленгліколем 4000, осадження білків протромбінового комплексу на цитраті барію, висолювання сульфатом амонію, діалізу або гель-фільтрація, активація (при необхідності), іонообмінна та афінна хроматографії, ліофілізація готових продуктів. Лімітуючим фактором даної технології є етапи висолювання білків, які потребують наступного знезолення (діалізу чи гель-фільтрації), необхідного перед проведенням

етапу активації чи біоспецифічної хроматографії.

Мета. Одержати нові кремнеземні сорбенти з гідрофобними властивостями та вивчити можливість їх використання у технології фракціонування білків плазми крові.

Матеріали і методи. Для синтезу сорбентів використовували Діасорб амінопропіловий з розміром пор 250–1500 Å. Лігандами, які прив'язували до матриці, служили: бутильні, октильні та фенільні залишки.

Результати та обговорення. Всього синтезовано три види сорбентів з розмірами пор 250, 500, 750, 1000 та 1500 Å. Вивчені їх фізико-хімічні властивості. Гідрофобна взаємодія посилюється за наявності буферів з високою іонною силою, що робить її відмінним етапом очищення після осаження білків сульфатом амонію або після їх елюювання при високій концентрації солі з хроматографічного сорбенту. Гідрофобна хроматографія добре підходить для проміжних етапів у схемі очищення.

Висновки. Застосування етапу гідрофобної хроматографії замість знезолення з використанням синтезованих нами відповідних макропористих кремнеземних сорбентів дозволить суттєво зменшити втрати біологічної активності досліджуваного ферменту в процесі виконання технології.

DENSITY-SPECIFIC DISTRIBUTION OF ERYTHROCYTES IN ACTIVE BLOOD DONORS

Derpak J.J.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Objective. To study density-specific distribution of erythrocytes (DSDE) in 38 blood donors.

Materials and Methods. DSDE was determined in blood donors by fractionation of the whole blood in hematocritic capillaries in the presence of mixtures of dimethyl- and dibutylphthalates with known density.

Results and discussion. Parameters are proposed which characterize DSDE changes typical: mean erythrocyte density (MED) – mean density of total erythrocytic population; light fraction of erythrocytes (LEF) – % of the cells with density less than 1,086 g/ml (hypochromic cells and reticulocytes); dense fraction of erythrocytes (DEF) – % of cells with density over 1,112 g/ml (hyperchromic cells forming as a result of erythrocyte dehydration). DSDE is determined by proportion of erythropoiesis and sequestration of erythrocytes.

Conclusions. Informative value of DSDE parameters makes them effective for diagnostic screening in blood donors.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНОГО ПРЕПАРАТУ «КСИЛАТ» ДЛЯ НОРМАЛІЗАЦІЇ АКТИВНОСТІ АМІНОТРАНСФЕРА З ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПРОКСИМАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

Дзись Б.Р.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Вступ. Комплексний інфузійний препарат поліфункціональної дії Ксилат створено і розроблено в ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України». Основними фармакологічно діючими речовинами є п'ятиатомний спирт – ксилітол та залужуючий засіб сповільненої дії натрію ацетат.

Мета. Вивчити вплив внутрішньовенних інфузій препарату Ксилат на активність аланінамінотрансферази (АлАт) й аспартатамінотрансферази (АсАт) плазми крові пацієнтів із раком кардіального відділу шлунка (РКВШ) після проксимальної резекції шлунка (ПРШ) у ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. У 25 хворих на РКВШ після ПРШ досліджували активність ферментів – АлАт і АсАт плазми крові перед інфузіями і через 5 днів після введення препарату в ранньому післяопераційному періоді. Ксилат вводили внутрішньовенно, крапельно, протягом 5 днів зі швидкістю 40–50 крапл./хв. у добовій дозі 800,0 мл.

Результати та обговорення. У результаті проведених досліджень виявлено, що в ранньому післяопераційному періоді в перші дні після операцій у хворих на РКВШ після ПРШ спостерігаються зміни ферментів, які супроводжуються зростанням активності АлАт та АсАт плазми крові. Для корекції активності АТ плазми крові хворих після ПРШ вводили внутрішньовенно Ксилат відразу після операцій. Після багаторазових, протягом п'яти днів, внутрішньовенних інфузій Ксилату виявлено істотне зниження активності АлАт та АсАт у плазмі крові оперованих хворих. Отже, багаторазові внутрішньовенні інфузії Ксилату призводять до нормалізації активності АТ плазми крові у хворих після ПРШ у ранньому післяопераційному періоді.

Висновки. У хворих на РКВШ після ПРШ у перші дні після операції виявлено зростання активності АТ плазми крові. Багаторазові внутрішньовенні інфузії Ксилату нормалізують активність АлАт і АсАт у плазмі крові хворих після



ПРШ в ранньому післяопераційному періоді. Інфузійний препарат Ксилат рекомендується до широкого медичного застосування у хворих після ПРШ особливо у ранньому післяопераційному періоді.

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТУ «СОРБІЛАКТ» ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ СУБОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

Дзісь Б.Р., Примак С.В., Комдрацький Б.О., Новак В.Л., Євстахевич І.Й., Фещич Т.Г., Дзісь Р.П., Дзісів М.П., Карпович Є.П., Чабан В.Є.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Вступ. Інфузійний комплексний препарат поліфункціональної дії Сорбілакт розроблено в ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України».

Мета. Вивчити енергетичну дію внутрішньовенних інфузій препарату Сорбілакт у пацієнтів після субтотальної резекції шлунка (СРШ) у ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. Клінічне застосування Сорбілакту проведено у 25 пацієнтів із раком антрального відділу шлунка (РАВШ) після СРШ у ранньому післяопераційному періоді. Сорбілакт вводили внутрішньовенно відразу після операції, крапельно зі швидкістю 30–40 крап./хв. протягом 5-ти днів у дозі 800 мл/доба. Для вивчення енергетичної дії уведеного препарату Сорбілакт в оперованих хворих застосований метод визначення показника інкремент сечовини крові – різниця концентрації сечовини у крові до і після інфузії препарату. Концентрацію сечовини у плазмі крові визначали перед операціями, перед інфузіями у перший день після операцій, і на 6-у добу після інфузій Сорбілакту.

Результати та обговорення. Оперовані хворі поділені на дві групи. У перший день після операції перед інфузіями в обох групах хворих спостерігалось збільшення концентрації сечовини крові внаслідок підвищеного катаболізму ендогенних білків для компенсації збільшених енергетичних витрат оперованого організму спричинених операційною травмою, а отже і збільшенням утворення азотистих продуктів, що і виявляється у підвищенні концентрації сечовини крові. Основній групі (25 хворих) після СРШ починаючи з першого дня раннього післяопераційного періоду щоденно, протягом 5-ти днів внутрішньовенно вводили Сорбілакт у поєднанні з 5% розчином глюкози. При повторних дослідженнях на 6-й день після інфузій виявлено статистично вірогідне зниження концентрації сечовини у плазмі крові. Інкремент сечовини крові набував від'ємного характеру (P < 0,05). Істотне зниження концентрації сечовини крові та її різниці свідчить про те, що менше ендогенних білків витрачається для енергетичної мети, а калорійні потреби оперованого організму покриваються за рахунок інтенсивного засвоєння препарату Сорбілакт, що знижує катаболізм ендогенних білків з меншим утворенням азотистих продуктів, що і проявляється у зниженні концентрації сечовини крові та її різниці. Контрольній групі (20 хворих) за однакових умов вводили 5% розчин глюкози. Кількість уведеного розчину глюкози відповідав кількості застосованому в основній групі. При повторних дослідженнях на 6-й день після інфузій у контрольній групі хворих спостерігалася тенденція до зростання концентрації сечовини плазми крові. Інкремент сечовини крові набував додатного характеру. Отже, в результаті проведених досліджень виявлено, що в хворих на РАВШ після СРШ, які отримували інфузійну терапію із Сорбілакту спостерігалася істотне зниження концентрації сечовини у плазмі крові, а показник інкремент сечовини отримував від'ємне значення. Отримані дані свідчать про значне зменшення витрат ендогенних білків для підтримання енергетичного гомеостазу в оперованих хворих у ранньому післяопераційному періоді.

Висновки. Внутрішньовенні інфузії препарату Сорбілакт за даними показника інкременту сечовини плазми крові в онкологічних хворих після СРШ в ранньому післяопераційному періоді проявляють виражену енергетичну дію, яка зумовлена присутністю енергетичного сорбітолу в складі препарату Сорбілакт, калорійність якого становить 656 ккал (2736 кДж) на 800,0 мл.

КРІОКОНСЕРВУВАННЯ ЕРИТРОЦИТАРНОГО КОМПОНЕНТУ ПУПОВИННОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ ПІД ЗАХИСТОМ КОМБІНАЦІЇ КРІОПРОТЕКТОРІВ РІЗНОГО МЕХАНІЗМУ ДІЇ

Калиниченко Т.О., Аношина М.Ю., Алгазінова М.К., Парубець Л.І.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Вивчити ефективність застосування кріопротекторів внутрішньоклітинної та обволікаючої дії, а також їх сумішей при кріоконсервуванні еритроцитарного завису з пуповинної крові (ПК) та розробити технологію її низькотемпературного зберігання.

Матеріали і методи. Швидко заморожування еритроцитів ПК до

температури мінус 196°C здійснювали під захистом внутрішньоклітинних (диметилсульфоксид – ДМСО, гліцерин) та обволікаючого (низькомолекулярний полімер – полівінілпіролідон – ПВП) кріопротекторів, а також їх сумішей. Використані морфологічні, біохімічні, статистичні методи дослідження.

Результати та обговорення. Еритроцитарні компоненти ПК мають перспективу застосування у ранньому дитячому віці, виходячи з її інфекційної та біологічної безпеки. Найбільшим недоліком розповсюджених методів кріоконсервування еритроцитів вважається трудомісткість і тривалість процесів додавання кріопротекторів та їх видалення. Використання комбінації речовин, що відрізняються заздатністю молекул проникати в клітину, та зниження їх дієвих концентрацій – перспективний шлях вирішення проблеми. При застосуванні комбінації 10% ПВП і 5% ДМСО встановлена найбільша збереженість еритроцитів. Отримані показники значно (p < 0,001) перевищили результати інших груп. Це пояснюється доповненням та зрівноваженням дії внутрішньоклітинного та непроникаючого кріопротекторів, послабленням осмотичного стресу при заморожуванні.

Висновки. Комбінація кріопротекторів різного механізму дії ПВП та ДМСО у низькій концентрації є ефективним способом захисту еритроцитів ПК при швидкому заморожуванні до температури рідкого азоту мінус 196°C. Розроблена технологія дозволяє значно зменшити трудомісткість процедур підготовки до кріоконсервування та відмивання при розморожуванні.

РЕИНФУЗИЯ КРОВИ ИЗ СЕРОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель. Изучить результаты реинфузии крови (РК) из серозных полостей. **Материал и методы.** Проанализированы истории болезней 32 пациентов, которым выполнена РК в клинике хирургии и анестезиологии. Мужчин было 25 (78,1%), женщин – 7 (21,9%). Возраст 12-56 лет. Из них у 12 (37,5%) пострадавших диагностирована закрытая травма живота, повреждения органов (селезенка – 7, печень – 5), у 9 (28,1%) – колото-резаные раны органов (печень – 3, печень и правая почка – 1, селезенка – 2, желудок – 1, тонкий кишечник и большой сальник – 1, нижняя надчревная артерия и большой сальник – 1), у 6 (18,8%) – колото-резаные раны органов грудной полости (средняя доля легкого – 2 и нижняя доля – 2, межреберная артерия – 1, внутригрудная артерия – 1), у 1 (3,1%) – ранение нижней доли легкого и печени, у 4 (12,5%) – разрыв кисты яичника. В состоянии шока II степени были 7 (25,9%) пациентов, III степени – 16 (59,3%), IV степени – 4 (14,8%). В диагностике наиболее эффективна лапароскопия.

Результаты и обсуждение. Малая кровопотеря (0,5 л) была у 2 (6,2%) пациентов, средняя (0,5–1 л) – у 8 (25%), большая (1–2 л) – у 12 (37,5%) и массивная (2–3,5 л) – у 10 (31,3%) (Брюсов П. Г., 1998). РК в первые 3 часа после начала кровотечения была осуществлена 22 (68,7%) пострадавшим, 4–6 часов – 4 (12,5%), 14–19 часов – 2 (6,3%). Объем РК 300–2000 мл. РК эффективный метод выведения из шока, исключено переливание донорской крови у 14 (43,8%) пациентов.

Противопоказания к РК: нахождение крови в полостях более 24 часов, видимое содержание полых органов, гемолиз, перитонит.

Умерли 4 (12,5%) пострадавших (шок – 2, диссеминированное свертывание – 1, черепно-мозговая травма – 1).

Выводы. Необходимо строго соблюдать показания и противопоказания к РК. Технология является эффективным методом борьбы с шоком. Использование РК сократило использование донорской крови.

ОСОБЕННОСТИ РЕИНФУЗИИ КРОВИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Капшитарь А.В., Капшитарь А.А.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель. Выявить особенности реинфузии крови (РК) у пострадавших с закрытой травмой печени.

Материал и методы. РК выполнена 34 пациентам с закрытой травмой печени (ЗТП). Мужчин было 26 (76,5%), женщин – 8 (23,5%). Возраст 21-58 лет. ЗТП при дорожной травме получена у 21 (61,8%) лица, кататравме – у 7 (20,6%), быту – у 6 (17,6%). В шоке и острым алкогольным отравлении находились 28 (82,4%) пострадавших. Показанием к РК считали кровопотерю более 0,5 л до 6 часов. Абсолютные противопоказания: гемолиз, перитонит, видимое содержимое полых органов.

Результаты и обсуждение. Повреждения печени с другими абдоминальными органами выявлены у 25 (73,5%) пациентов. Средняя степень кровопотери (0,5-1,0 л) выявлена у 20 (58,8%) пострадавших, большая (1,0-2,0 л) – у 3 (8,8%)



и массивная (> 2 л) – у 11 (32,4%) (Брюсов П.Г., 1998). Не имея дорогостоящего аппарата «Cell Saver» (USA) в стерильных условиях, собранную ковшом кровь, фильтровали через 6 слоёв марли, добавляя стабилизатор гепарин (0,5 мл гепарина на 500 мл аутокрови) или глюцигр (100 мл глюцигра на 500 мл аутокрови) и возвращали пациенту внутривенно через фильтры. При визуальном отсутствии содержимого полых органов использовали 8 слоёв марли, добавляли в собранную кровь антибиотик с последующим его в/в введением. После РК показатели Eг и Hb у 23 (67,7%) пострадавших соответствовали первоначальному, а у 11 (22,4%) – были ниже нормы на 21%, из них у 7 (20,6%) – при их дальнейшем снижении коррекция осуществлена донорской эритроцитарной массой.

Выводы. При ЗТП реинфузия крови показана при гемоперитонеуме более 0,5 л. и находящаяся в брюшной полости до 6 часов. Методика усложняется при повреждении полых органов без их видимого содержимого.

НОВЫЙ ПОДХОД К РЕГУЛИРОВАНИЮ ЧИСЛЕННОСТИ ДОНОРСКИХ КОНТИНГЕНТОВ

Карпенко Ф.Н., Потапнев М.П., Никанчик Т.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий», г. Минск, Беларусь

Цель. На основании изучения уровня и структуры отводов от донаций в группах доноров, сдающих цельную кровь, плазму и тромбоциты, разработать алгоритм поддержания стабильности донорских контингентов.

Материалы и методы. Для анализа количества и структуры отводов от донаций доноров различных групп использованы данные, полученные в Республиканском научно-практическом центре трансфузиологии и медицинских биотехнологий в период с 2008 по 2011 гг. Объем выборки составил 72923, 99328, 67294 доноров цельной крови в стационарных и выездных условиях, доноров плазмы и тромбоцитов, заготовленных методом афереза, соответственно.

Результаты и обсуждение. В группе доноров цельной крови прослежен достоверно (p < 0.0001) более высокий уровень отводов от донаций (15,6%) по сравнению с донорами афереза плазмы и тромбоцитов (8,3% и 3,5%, соответственно). В структуре отводов доноров цельной крови преобладало снижение уровня гемоглобина в гемограмме, тогда как у доноров афереза плазмы и тромбоцитов доминировали отклонения от стандартных значений других гематологических показателей (содержание лейкоцитов, тромбоцитов, изменения в лейкоцитарной формуле). Постоянные отводы, вызванные соматической патологией, чаще встречались у доноров цельной крови по сравнению с донорами компонентов крови. Уровень отводов доноров цельной крови в выездных условиях был достоверно выше по сравнению с донорами цельной крови в стационаре вследствие большей встречаемости как временных, так и постоянных отводов.

Выводы. Полученные статистически достоверные данные являются прогнозными показателями потребности в обновлении контингента доноров цельной крови за счет привлечения первичных доноров и перераспределения регулярных доноров для пополнения групп доноров афереза плазмы и тромбоцитов.

РОЛЬ СОМАТИЧНИХ МУТАЦІЙ У ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ МІЕЛОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ХМПЗ)

Кокорус М.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

ХМПЗ – результат злоякісної трансформації плюрипотентної клітини з наступною клональною проліферацією клітин однієї чи кількох гілок мієлопоєзу зі збереженням термінальної диференціації. Поділяються на Ph-позитивні (хронічна мієлоїдна лейкемія – характеризується наявністю химерного гену BCR-ABL, який кодує синтез цитоплазматичної тирозинкінази) та Ph-негативні (Ph). Справжня поліцитемія (СП), есенціальна тромбоцитемія (ЕТ), ідіопатичний мієлофіброз (ІМ) та некласифіковані ХМПЗ – найбільш поширені Ph ХМПЗ. У 90% хворих СП та 50-60% хворих ЕТ та ІМ виявляється мутація JAK2V617F. Рівень експресії гену JAK2V617F впливає на фенотип ХМПЗ: вищий рівень відповідає СП та фібротичній стадії ІМ, тоді як менше 50% JAK2V617F у більшості випадків корелює з ЕТ та префібротичною стадією ІМ. Також до «ключових» у розвитку ХМПЗ належать і такі соматичні мутації як JAK2 екзон 12, MPL екзон 10, CALR екзон 9. Тільки у 2% пацієнтів зі СП та в 10% ЕТ і ІМ не виявлено ніяких відомих на сьогоднішній час мутацій і їх виділено у групу – потрійні негативні ХМПЗ (ПН). Мутації рецептора тромбопоєтину MPL (W515L/K) виявляють у 5-11% пацієнтів з ІМ та в 9% – з ЕТ без мутації JAK2V617F, та ніколи не діагностують при СП. Соматичні мутації в гені калретікуліну (CALR) виявляють у 50-60% хворих з ЕТ та ІМ, у яких відсутні JAK2V617F і MPLW515K/L. При цьому CALR позитивні пацієнти мають значно

кращі прогнози в порівнянні з пацієнтами без цієї мутації. А пацієнти з ПН (відсутність мутації JAK2V617F, MPLW515K/L і мутації гену CALR) належать до групи з низьким виживанням.

Висновок. Отже, визначення типу мутацій при ХМПЗ з допомогою молекулярно-генетичних методів має важливе значення для постановки діагнозу та прогнозування перебігу захворювань.

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ДОНОРІВ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ

Корж А.В.

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

Мета. Вивчити біохімічні показники донорів при проведенні автоматичного та мануального плазмаферезу.

Матеріали і методи. Донорам обох статей, віком від 20 до 58 років проводили автоматичний плазмаферез (76 осіб) на апараті AUTOPHERESIS-C фірми Baxter (США) та мануальний плазмаферез (33 особи). Інтервали між донациями складалі 7, 14, 21, 28 та 45 дб. Функціональний стан печінки та нирок оцінювали уніфікованими методами за показниками тимолової проби, загального білку та його фракцій, β -ліпопротеїдів, холестерину, білірубину та його фракцій, сечовини, креатинину, а також за активністю ферментів аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ), лужної фосфатази (ЛФ), гама-глутамілтрансферази (ГГТ).

Результати. Аналіз біохімічних показників показав, що за середньостатистичними даними автоматичний плазмаферез, проведений з інтервалом між донациями 7 дб (5 циклів, 27 донаций), 14 дб (3 цикли, 19 донаций), 21 доба (2 цикли, 8 донаций), 28 дб (2 цикли, 9 донаций) та 45 дб (3 донаций) не викликає суттєвих негативних змін в організмі донорів. Досліджені в динаміці біохімічні показники були в межах, що регламентовані діючими інструкціями, і не відрізнялися від аналогічних контрольної групи. При інтервалі між донациями тривалістю 7 дб на 1 циклі автоматичного плазмаферезу від 3,03% до 7,46% донорів показали підвищення (від 5 до 9 од. SH) рівня тимолової проби, 1,51% – активності АлАТ (від 0,8 до 1,5 мкмоль/мл/год). Зниження показників загального білку відмічено у 8,96-16,67% обстежених. На кінець V циклу кількість донорів зі зниженим рівнем загального білку (нижче за межу фізіологічної норми) становила 66,67%. При інтервалі між донациями 21, 28 та 45 дб відсоток донорів зі зниженим вмістом загального білку та підвищеною тимоловою пробю коливався від 2,78% до 3,33%.

Висновок. Дослідження стану біохімічних зрушень у регулярних донорів плазмаферезу потребує подальшого вивчення.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНИХ ТА РЕЦИДИВНИХ ФОРМ МНОЖИННОЇ МІЕЛОМИ (ММ)

Костик Х.Я.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Серед лімфоїдних неоплазій епідеміологія множинної мієломи (ММ) як в Україні, так і у всьому світі характеризується тенденцією до збільшення. За даними ВООЗ ММ становить біля 1,0% від усіх новоутворень та близько 10,0% злоякісних хвороб крові. У 2014 році в Україні цей показник у структурі злоякісних хвороб крові кровотворної та лімфоїдної системи становив 12,0%. Захворюваність на ММ на 100 тис. населення при цьому була 1,92, а поширеність 9,46 (в абсолютних числах відповідно 608 та 2993 випадків).

Не зважаючи на застосування сучасних вартісних методів високодозової хіміотерапії (ВХТ) з трансплантацією стовбурових гемопоетичних клітин (ТСК) або програми першої лінії, у 60–70% пацієнтів хвороба починає прогресувати і виникає потреба у пошуку іншої лікувальної тактики. Розширення знань з механізмів розвитку ММ стали передумовою розробки нових підходів до лікування цього захворювання. До препаратів, які здатні впливати на окремі патогенетичні ланки ММ належать, перш за все, інгібітор протеасому бортезоміб, який має принципово нову протиупухлинну дію через механізми активації каспази 9 та процеси апоптозу і прямим цитотоксичним виволом на мікрооточення, а також пригніченням нуклеарного фактору каппа-бі, що й зумовлює його унікальну антимієломну активність. Ще однією опцією для ефективного лікування рефрактерних та рецидивних форм ММ стало розуміння патогенезу і ролі в ньому клітинного оточення, що дозволило відкрити нову сторінку в її лікуванні – застосування інгібіторів ангіогенезу, одним з яких є талідомід та його похідні (леналідомід). Ці препарати дають можливість відмовитися від цитостатичних засобів у вперше діагностованих хворих (при відсутності генетичних транслокацій), або досягти потенціювання цитотоксичного ефекту у пацієнтів з резистентністю до традиційних методів лікування. Терапія 2 лінії повинна включати окрім хіміопрепаратів, засоби, що дозволяють зменшити явища остеопорозу, ліквідувати анемічний та зняти больовий синдром.



ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ГЕМАТОЛОГИИ

Курик М.В.¹, Песоцкая Л.А.², Лакиза Т.В.²

¹Институт физики, Украинский институт экологии человека, г. Киев, Украина

²У «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина

Цель. Изучить возможности некоторых физических методов исследований в гематологии.

Материалы и методы. Исследовали изменение полевой структуры лекарственных препаратов при взаимодействии с кровью пациентов с разными по патогенезу анемиями. На предметное стекло с мазками крови 2-х пациентов наносили капли лекарственных препаратов (витамин В₁₂, инсулин). Получали изображения мазков крови в поляризованном (скрещенные поляризаторы, увеличение линейное 150) и неполяризованном (увеличение линейное, порядка 700) свете. На приборе «РЕК 1» изучали корону излучений вокруг пальцев рук пациентов в поле высокой частоты на рентгеновской пленке. Анализировали общее энергонаполнение, признаки астенизации, эмоциональной лабильности, интоксикации, воспаления, энергоблоков в органах и системах, дегенеративный тип излучения. Получали кирлиановское изображение мазков крови пациентов с анемией разного генеза. Проводили математическую и компьютерную обработку (гистограмма короны свечения, профиль яркости, спектры мощностей).

Результаты и обсуждение. Полученные изображения капель крови в поляризованном свете с разными лекарственными препаратами у пациентов с железодефицитной анемией и множественной миеломой, с резвившейся гипергликемией, соответствуют патогенезу заболеваний. Результаты кирлианогамм крови и пальцев рук пациентов с анемией разной этиологии отличались.

Выводы. Предварительные результаты заслуживают внимания и требуют дальнейших исследований, в том числе для выявления риска злокачественности течения анемии, индивидуализации назначения лекарственных препаратов.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ЛЕЙКЕМИИ У ДЕТЕЙ

Кучер Е.В.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

Развитие лейкоэмического процесса у детей, а также особенности клинических проявлений онкогематологических заболеваний, ассоциируются с генетическими факторами организма, в связи с чем актуальными являются исследования по выявлению генетических маркеров острой лейкемии у детей, расширению спектра изучаемых генетических характеристик.

Известно, что характерной чертой хромосомного дисбаланса является множественность пороков развития, затрагивающих различные органы и системы (стигмы дизэмбриогенеза). Единичные врожденные морфогенетические варианты встречаются у практически здоровых детей, однако, наличие множественных микроаномалий развития свидетельствует об общей генетической отягощенности индивидуума.

Факторами риска развития острой лейкемии у детей являются отягощенность родословной онкологической патологией, конституциональные особенности ребенка (большая масса при рождении, лимфоидная гиперплазия со стороны носоглоточного кольца), возраст матери старше 35 лет, патологическое течение беременности и родов, а также профессиональные вредности родителей и злоупотребление курением. Частота и характер стигм дизэмбриогенеза являются ассоциативным маркером острой лейкемии у детей. При проведении скрининговых мероприятий по выявлению у детей предрасположенности к развитию лейкоэмического процесса, наряду с иммуногенетическими, дерматоглифическими характеристиками, наличием первичных неслучайных хромосомных аномалий целесообразно учитывать результаты количественного и качественного анализа стигм дизэмбриогенеза, генеалогического скрининга, особенности течения беременности и родов у матерей, их возраст на момент рождения ребенка, вредности производства родителей и их вредные привычки, а также данные анамнеза ребенка, что будет способствовать созданию мер, направленных на предотвращение реализации генетической предрасположенности в болезнь.

МОДЕЛЮВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ ПОСТГЕМОРАГІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Лановенко І. І., Гащук Г. П.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Розробка експериментальної моделі залізодефіцитної анемії (ЗДА) для проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень та скринінгу фармакологічних засобів.

Матеріали і методи. В дослідках на щурах відпрацьовували моделювання ЗДА за допомогою вилучення заліза з організму. Визначали показники гемограми, периферичного еритроциту, обміну заліза, мієлограми та еритроблагострамі. **Результати та обговорення.** Розроблено патогенетичну модель ЗДА постгеморагічного генезу шляхом утворення дозованих крововтрат у щурів – ексфузії крові. Досліди проводили під місцевою анестезією; кров вилучали через прокол або після катетеризації системної артерії або вени – в кількості 20% об'єму циркулюючої крові (ОЦК – 2 мл/100 г маси тіла) – 5-6 разів, через добу. У тварин утворювалась ЗДА середнього ступеня важкості: вміст сироваткового заліза становив (5,40±1,02) мкмоль/мл – менше норми в 3,26 разів; вміст феритину зменшувався на 37,31% і становив (2,19±0,24) нг/мл (P<0,001); вміст Hb зменшувався в 1,43 рази, кількість Ер – в 1,32 рази (P<0,001). Визначено типові порушення кістково мозкового кровотворення. Розвивалась гемодилуція. Анемія ідентифікується як гіпохромна, мікроцитарна, гіпорегенераторна. Залізодефіцит та редукція Hb ускладнюються інтенсивним утворенням дериватів Hb (MtHb, SHb та ін.), зниженням концентрації 2,3-ДФГ, підвищенням ригідності еритроцитів. Це призводить до порушень кисневотранспортної функції крові. Модель ЗДА постгеморагічного генезу є репрезентативною та зберігає належні показники, тобто працездатність, до двох місяців.

Висновки. Розроблена на щурах модель ЗДА постгеморагічного генезу характеризується високою чутливістю, відтворюваністю і працездатністю, легко піддається стандартизації та забезпечує отримання надійних результатів експериментальних досліджень.

СПЛЕНМЕГАЛІЯ: РАЦІОНАЛЬНА ТАКТИКА В ПРАКТИЦІ ГЕМАТОЛОГА

Лисенко Д.А.¹, Олійник Г.А.², Бондарчук С.В.¹, Гаврилюк Л.М.², Данилюк І.І.², Мельничук Н.М.², Яворонська Є.Г.²

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

²Обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Мета. Провести аналіз клініко-лабораторних даних хворих із спленомегалією (СМ), які були направлені на консультацію до гематолога.

Матеріали і методи. Проведено аналіз клініко-лабораторних даних 52 осіб, які були направлені на консультацію до гематолога із діагнозом: «Спленомегалія невстановленого генезу» за період 2010–2015 рр. Усім проводили комплексну клініко-лабораторну діагностику відповідно до рівня надання медичної допомоги на третинному рівні. При необхідності проводили консультації суміжних спеціалістів.

Результати та обговорення. Більшість пацієнтів (50 із 52), були направлені до гематолога після випадкового виявлення СМ при ультразвуковому обстеженні сімейним лікарем або дільничним терапевтом. Лише 2 пацієнти виявили СМ самостійно і в подальшому у них був встановлений діагноз ідіопатичного мієлофіброзу та хронічного мієлолейкозу. При подальшому обстеженні у більшості пацієнтів (42 особи), було виключено захворювання системи кровотворення. У 29 з 42 осіб верифіковані захворювання печінки із подальшим наглядом у гастроентеролога або інфекціоніста. У 13 осіб при обстеженні не виявлено достовірної причини СМ, при подальшому нагляді динаміка збільшення розмірів селезінки у них відсутня. Серед 10 пацієнтів у яких СМ була ознакою гематологічного захворювання, переважали хронічні мієлопроліферативні захворювання (8 осіб) із типовими змінами в аналізах крові, та проводилась верифікація цитогенетичними методами. У 2 пацієнтів СМ була ознакою хронічного лімфопрліферативного захворювання.

Висновки. СМ у більшості випадків не є ознакою захворювань системи кровотворення, але потребує прицільного обстеження із вирішенням питання про раціональну діагностично-лікувальну тактику. Більш виражена СМ асоціюється із хронічними мієлопроліферативними захворюваннями.

МІЄЛОДИСПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ ПРОМЕНЕВУ ХВОРОБУ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ (АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ)

Любарець Т.Ф., Коваленко О.М., Базика Д.А., Бебешко В.Г., Вілінська М.А., Білий Д.О., Ілленко І.М.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Проаналізувати особливості перебігу мієлодиспластичного синдрому (МДС) у осіб, які перенесли гостру променеву хворобу (ГПХ) внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС).

Матеріали і методи. Проаналізовано три випадки МДС у осіб, які перенесли ГПХ внаслідок аварії на ЧАЕС. Варіанти МДС було встановлено відповідно до FAB-класифікації (French-American-Britain classification, 1982) та класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2001): у пацієнта Д. (ГПХ III ст.) – рефрактерна анемія (РА), у пацієнта С. (ГПХ I ст.) – рефрактерна анемія з кільцевими сидеробластами (РАКС), у пацієнта Б. (ГПХ III ст.) –



некласифікований МДС (Н-МДС). Для верифікації доз опромінення в динаміці спостереження проведено визначення частоти цитогенетичних радіогенних маркерів (дицентричних та кільцевих хромосом) в рівномірно забарвлених метафазах лімфоцитів периферичної крові (ЛПК) після стандартного 48-місячного культивування клітин.

Результати та обговорення. Представлена динаміка клінічного перебігу МДС: проаналізовано морфологічні, імунологічні, цитохімічні особливості субстратних клітин, ефективність терапії та тривалість захворювання, яка у випадку РА склала 4 міс. (суттєво нижча від середньостатистичної); у пацієнта з Н-МДС (переважало ураження мегакаріоцитарного паростка гемопоезу) – 47 міс.; у хворого з РАКС (на тлі гіпопластичного стану кровотворення з швидким прогресуванням протягом останніх 4-х місяців) – 84 міс.

Висновки. Враховуючи значні дози опромінення, які було верифіковано класичним методом біологічної дозиметрії, у пацієнтів з ГПХ мав місце вторинний МДС.

ГІДРОФОБНА ХРОМАТОГРАФІЯ У ТЕХНОЛОГІЯХ ФРАКЦІОНУВАННЯ ПЛАЗМИ КРОВІ

Мадич С.Є., Дульцева Н.А., Даниш О.Й.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Вступ. Сепарація з використанням гідрофобної хроматографії (НІС) базується на оборотній взаємодії між білком і гідрофобним лігандом, зв'язаним з хроматографічною матрицею. У порівнянні з хроматографією з оберненою фазою, щільність ліганда на матриці значно нижча і дозволяє дотримуватися м'яких умов елювання, що допомагає зберегти біологічну активність досліджуваної макромолекули.

Мета. Дослідити застосування НІС у технологіях фракціонування плазми крові.

Матеріали і методи. Макропористі кремнеземні гідрофобні сорбенти синтезовані в нашій лабораторії.

Результати та обговорення. Під час НІС, білок зв'язується з сорбентом у буфері з високою іонною силою. Елювання, зазвичай, виконується за рахунок зменшення концентрації солі, схидачно чи з використанням градієнта.

Білки у водному розчині мають різні поверхневі залишки та піддаються впливу розчинників, залежно від структури. Ці залишки можуть бути гідрофільними (можуть нести заряд), або гідрофобними за рахунок таких амінокислот, як фенілаланін, тирозин і триптофан.

У присутності гідрофобних поверхонь (певних сорбентів) білки можуть асоціюватися з цими поверхнями (не випадати в осад). Це становить основу для НІС. Хроматографічні матриці, що містять гідрофобні групи, зв'язують білки з водних розчинів у різній мірі залежно від білкових структур і ряду факторів, включаючи концентрації солей, рН, температури, органічних розчинників.

Висновки. НІС підходить для всіх етапів процесу очищення факторів зсідання II, VII, IX, X. Приклади застосування включають препаративне виділення, доочищення моноклональних антитіл, видалення фрагментованих форм з нативних білків та видалення вірусів. Це дозволяє суттєво зменшити втрати біологічної активності досліджуваного ферменту і не потребує великих фінансових затрат.

ДОСВІД КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ «РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА СТАНЦІЯ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ» ПО ВПРОВАДЖЕННЮ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ

Михальчук Л.М., Матюк О.Ю.

КЗ «Рівненська обласна станція переливання крові», м. Рівне, Україна

Мета. Участь у підтримці здоров'я населення шляхом забезпечення пацієнтів лікувальних закладів компонентами і препаратами крові, які відповідають нормативним вимогам.

Результати та обговорення. Система якості в закладі забезпечує базу для визначення, впровадження та моніторингу основних процесів роботи в галузі трансфузійної медицини. Заходи щодо поліпшення спрямовані на найбільш пріоритетні ділянки, визначені на основі оцінювання ризиків. Ефективність ужитих заходів визначено за допомогою внутрішнього аудиту відповідної ділянки. Програма аудиту враховує статус та важливість процесів, технічних та управлінських аспектів, що підлягають аудиту, а також результати попередніх аудитів.

Висновок. Дана система якості забезпечує в закладі: виготовлення якісних та безпечних компонентів і препаратів крові, точне встановлення вимог щодо донорів, обладнання, матеріалів, документації, процесів виготовлення компонентів та препаратів крові, постійне покращення і підтримання якості шляхом планування системи якості з одночасним проведенням аудитів

і аналізу всіх аспектів роботи закладу, забезпечення достатнього рівня навчання персоналу для підтримки та поліпшення якості.

ПЕРИНАТАЛЬНІ ГІПОКСИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ І МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПЛАЗМІ КРОВІ

Невірковець А.А.

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

Вступ. Пстамін (ГН) і серотонін (СН) – провідні гормони як контактної, так і дистантної дії. Роль останніх в патогенезі перинатальних гіпоксичних уражень ЦНС до кінця не вивчена.

Мета. Провести комплексну оцінку вмісту вільного ГН і СН у плазмі крові новонароджених з перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС та простежити динаміку змін їх вмісту при лікуванні.

Матеріали і методи. Обстежено 33 новонароджених з перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС (15 хлопчиків та 18 дівчаток). Контрольну групу склали 17 здорових новонароджених (9 хлопчиків та 8 дівчаток) аналогічного віку. Вміст вільної фракції ГН і СН у плазмі крові визначали флюориметричним методом. Вміст ГН і СН у плазмі крові обстежених контрольної групи становив відповідно 1,21±0,31 нмоль/г і 0,61±0,05 нмоль/г. У новонароджених з перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС спостерігали достовірне підвищення вмісту вільного ГН і СН у плазмі крові, порівняно із здоровими (р < 0,001). Після проведеного лікування вміст ГН і СН достовірно зменшувався (р < 0,001), але не нормалізувався (р < 0,01). Достовірної різниці вмісту вільного ГН і СН в плазмі крові залежно від статі обстежених нами не виявлено (р < 0,1).

Висновки. Отже, у новонароджених з перинатальним гіпоксичним ураженням ЦНС спостерігається суттєве порушення вмісту вільного ГН і СН у плазмі крові, яке достовірно нормалізується у процесі лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ГОШЕ

Новак В.Л., Костик Х.Я.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Хвороба Гоше (ХГ) – це аутосомно-рецесивне лізосомне захворювання, яке розвивається із-за дефіциту ферменту β-глюкоцереб्रोзидази, внаслідок мутації в гені GBA (1q21), що призводить до прогресуючого накопичення глюкоцереброзидів у лізосомах макрофагів. Заповнені ліпідами макрофаги (клітини Гоше) накопичуються у кістковому мозку, селезінці і як результат – вісцеральні та гематологічні прояви, зміни у кістках. До ранніх ознак та симптомів ХГ першого типу належать спленомегалія в поєднанні з анемією та тромбоцитопенією, геморагічні прояви (кровотечі з носа, ясен, петехії гематоми), постійна втома, біль у кістках. Клінічна картина захворювання характеризується 3-ма типами: не невропатичний (найчастіше серед дорослих), невропатичний (діти до 6 місяців), ювенільний. Критерії виключення ХГ: спленомегалія внаслідок портальної гіпертензії при цирозі; гематологічні злоякісні хвороби з підтвердженням діагнозом; гемоглобінопатії, інші гемолітичні анемії. Основні методи діагностики ХГ – визначення активності ферменту β-глюкоцереброзидази у лейкоцитах, тест сухих плям крові, молекулярно-генетичний аналіз, пренатальна діагностика. Для лікування ХГ застосовують ферментозамісну терапію. Після початку лікування значно зменшуються органомегалія, частота кровотеч, переломів, зростає кількість тромбоцитів, підвищується мінеральна щільність кісток, покращується якість життя пацієнтів. До профілактичних заходів ХГ належать медико-генетичне консультування сімей та пренатальна діагностика, яка надає можливість визначити на ранніх етапах активність β-глюкоцереброзидази ще в оболонці плоду і кровотворних клітинах його пуповини. При своєчасному встановленні діагнозу та ранньому застосуванню ферментозамісної терапії лікування хворих результативне.

ПРОБЛЕМИ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ КОМПОНЕНТІВ ТА ПРЕПАРАТІВ КРОВІ

Новак В.Л., Миськів І.М., Примак С.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Донорська кров є одним з важливих стратегічних ресурсів країни. Стратегія достатніх запасів компонентів та препаратів крові. Забезпечення інфекційної безпеки трансфузій є важливою складовою національної незалежності та безпеки України. Одна з найбільш серйозних проблем служби крові – це інфекційна безпека компонентів крові та препаратів плазми крові. Ризик передачі збудників ВІЛ, гепатитів В, С, сифілісу в Україні надзвичайно високий.



Поширеність гемотрансфузійних інфекцій, в тому числі ВІЛ, серед потенційних донорів (особи, які виявили бажання стати донорами) України понад 10 разів вища ніж у Європейському регіоні. Так, у 2014 році поширеність ВІЛ 1/2 (серед потенційних донорів) на 100 тис. донорів становила 89,4 (всього 589 випадків), гепатиту В 658,4 випадки (0,7%), гепатиту С 1224,4 випадки (1,2%), сифілісу 649,9 випадків (0,6%) – 0,08% від загальної кількості кроводач. Аналіз рівня інфікування серед кадрових (платних) донорів та донорів резерву (безоплатні) свідчать про значно вище інфікування серед донорів резерву. Якщо серед кадрових донорів відсоток інфікованих ВІЛ 1/2 становив 0,02%, то серед донорів резерву 0,09%. Така ж закономірність спостерігається і з гепатитом В (0,3% проти 0,7%), гепатитом С (0,4% проти 1,3%), сифілісом (0,2% проти 0,7%). Необхідно врахувати, що при наявності однієї донорської інфікованого донора заготовлюється мінімум 2 основні компоненти крові – еритроцитна маса та плазма, тобто потенційно існує ризик можливого інфікування 2-х реципієнтів. Отже, у зв'язку з епідеміологією в Україні з метою запобігання поширеності небезпечних трансмісивних інфекцій серед населення пріоритетним є впровадження сучасних ефективних методів скринінгу донорської крові (імунохемілюмінисцентного, полімеразної ланцюгової реакції) в роботу установ і закладів служби крові.

О НЕКОТОРЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ

Песоцкая Л.А., Алиева Ю.И.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина

Цель. Изучение взаимосвязей между основными клинико-лабораторными данными у больных железодефицитной анемией у пациентов с различными патогенезами.

Материалы и методы. Обследовали две группы взрослых пациентов с железодефицитной анемией. В первую группу вошло 32 человека с хроническими кровопотерями неопухолевого происхождения, во вторую – 34 человека с хронической гастроэнтерологической патологией без выявленных кровопотерь. Проводили общие клинические и лабораторные методы обследования больных в условиях терапевтического стационара. Лечение проводилось в течение 2-х недель по соответствующим протоколам приказов МЗ Украины. При оценке результатов был использован метод корреляционного анализа и статистическая обработка данных с подсчетом критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Субъективное улучшение состояния больных начинается уже через несколько дней после назначения препаратов железа еще до наступления ретикулоцитарного криза, чаще в группе пациентов с кровопотерями. Прирост уровня гемоглобина наблюдался преимущественно к концу пребывания в стационаре, особенно у пациентов с гастроэнтерологической патологией. Иногда прирост гемоглобина происходил внезапно, скачкообразно. Индивидуальные колебания могли быть связаны с выраженностью анемии и степенью истощения запасов железа, а также с сохраняющейся или не полностью устраненной причиной ЖДА (хронические кровопотери и др.). Были получены некоторые отличия в корреляционных взаимосвязях между показателями в сравняваемых группах, как и в их средних величинах.

Выводы. Полученные результаты отражают многофакторность патогенетического развития железодефицитных анемий, выделены показатели, имеющие прогностическое значение для течения заболевания и ответа на проводимую терапию, что имеет практическое значение.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНОГО ПРЕПАРАТУ «РЕОСОРБІЛАКТ» ДЛЯ НОРМАЛІЗАЦІЇ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПЛАЗМІ КРОВІ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ СТРАВОХОДУ

Примак С.В., Дзісь Б.Р., Кондрацький Б.О., Новак В.Л., Фецич Т.Г., Євстахевич І.Й., Дзісь Р.П., Дзісів М.П., Карпович Є.П., Івасик В.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Вступ. У ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» створено інфузійний комплексний препарат поліфункціональної дії Реосорбілакт. Основні діючі речовини препарату – сорбітол і залужнюючий компонент сповільненої дії натрію лактат.

Мета. Вивчити вплив в/в інфузій препарату Реосорбілакт на біохімічні показники плазми крові пацієнтів з раком стравоходу (РС) після резекції стравоходу в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. Дослідження біохімічних показників у плазмі крові пацієнтів з РС після резекції стравоходу проводили в перші дні після операції, перед інфузіями і через 5 днів після введення Реосорбілакту. Препарат

вводили в/в крапельно зі швидкістю 40-50 крап./хв., у добовій дозі 1000,0 мл. Повільне введення до 50 крап./хв. сприяло кращому засвоєнню препарату і підвищувало ефективність інфузійної терапії.

Результати та обговорення. Виявлено, що в перші дні після операції спостерігаються зміни біохімічних показників плазми крові, які супроводжуються підвищенням вмістом глюкози, концентрації сечовини і креатиніну та зниженням загального білка плазми крові оперованих хворих у ранньому післяопераційному періоді. Для корекції біохімічних показників плазми крові пацієнтам вводили в/в Реосорбілакт відразу після операції. Після багаторазових, протягом п'яти днів, в/в інфузій препарату виявлено істотне зниження вмісту глюкози, концентрації сечовини і креатиніну та підвищення загального білка у плазмі крові оперованих пацієнтів. Отже, багаторазові в/в інфузії препарату призводять до нормалізації біохімічних показників плазми крові пацієнтів після резекції стравоходу в ранньому післяопераційному періоді.

Висновки. У пацієнтів із РС після резекції стравоходу в перші дні після операції виявлено підвищений вміст глюкози, концентрації сечовини і креатиніну та зниження загального білка у плазмі крові оперованих хворих. Багаторазові в/в інфузії препарату Реосорбілакт нормалізують біохімічні показники у плазмі крові пацієнтів після резекції стравоходу в ранньому післяопераційному періоді. Інфузійний препарат Реосорбілакт рекомендується до широкого медичного застосування у пацієнтів після резекції стравоходу особливо в ранньому післяопераційному періоді.

ГАЛЕКТИН-3 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР У ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ

Самура Б.Б.

Запорожский государственный медицинский университет, КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС, г. Запорожье, Украина

Цель. Выявление прогностической значимости галектина-3 у пациентов с контролируемой неходжкинской лимфомой.

Материалы и методы. В исследование были включены 82 пациента с полной или частичной ремиссией неходжкинской лимфомы. Период наблюдения составил 12 месяцев. Уровень галектина-3 и N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида в плазме крови определяли с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение. Было зафиксировано 53 кардиоваскулярных события у 21 пациента (25,6%): 5 смертей, 24 кардиальных аритмий, 8 ишемических событий, 3 инсульта, 9 случаев хронической сердечной недостаточности, 6 госпитализаций, связанных с кардиоваскулярными причинами. Медиана циркулирующего галектина-3 у пациентов без кардиоваскулярных событий составила 5,37 нг/мл (95% ДИ – 2,90-7,85 нг/мл), у пациентов с кардиоваскулярными событиями – 13,97 нг/мл (95% ДИ=7,2-20,11 нг/мл) (p=0,03). Анализ показал, что циркулирующий галектин-3 прямо связан с E/Em (r=0,45, p=0,045), сахарным диабетом II типа (r=0,38, p=0,01). Множественный логистический регрессионный анализ выявил независимую значимость циркулирующего галектина-3 для прогноза кардиоваскулярных событий на протяжении 12 месяцев (коэффициент регрессии=1,11; 95% ДИ=1,05-1,25; p=0,005).

Уровни галектина-3, N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида, скорость клубочковой фильтрации, фракция выброса левого желудочка оставались статистически значимыми предикторами кардиоваскулярных событий, в то же время наличие сахарного диабета II типа, артериальной гипертензии, ожирения, не показали прогностической значимости.

Выводы. Среди пациентов с документированной неходжкинской лимфомой повышение циркулирующего галектина-3 ассоциируется с возникновением кардиоваскулярных событий на протяжении 1 года.

THE INFLUENCE OF GENETIC FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF DIFFERENT CLINICAL MANIFESTATIONS OF TOXICITY IN PATIENTS WITH NON-HODGKIN LYMPHOMAS

Salah A.A. Abushanab

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Objective. To determine the influence of CYP2D6*4 (G1934A) and CYP2C19*2 (G681A) genes polymorphism on the risk of different toxicity in patients with non-Hodgkin lymphomas to assess their long-term use as a prognostic marker.

Results. The association of the inheritance dominant model in CYP2D6*4 gene with an increased risk of toxic effects during courses of chemotherapy was found in investigated patients. The risk of toxic effects increased 5 times in patients with 1934GA and 1934AA genotypes of CYP2D6*4 gene are almost, and 1934GG



genotype for that gene reduced the risk of toxic effects. Unfavourable polymorphic variants of CYP2D6*4 gene have been associated with a 5-fold increased risk of haematological toxicity and widespread genomic polymorphic variant of this gene 1934GG reduced the risk of this toxic effects. The combination of 1934GG + 681GG genotypes in the CYP2D6*4 and CYP2C19*2 genes significantly reduced the risk of hematological toxicities have surveyed patients, and the combination of 1934GA + 681GG genotypes on these genes increased the risk almost 9 times.

Conclusions. Analysis of the CYP2D6*4 gene polymorphism can be recommended in clinical practice for predicting hematological toxicity. Further studies of toxic effects risk, taking into account concomitant therapy, modifications which may also influence on the toxic effects risk due to regulatory actions on cytochrome oxidase genes, are necessary.

ПРИНЦИПЫ ОТБОРА ДОНОРОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЗАПАСОВ ЦИТАМЕГАЛОВИРУС-НЕГАТИВНОЙ ПЛАЗМЫ

Свирновская Э.Л.¹, Карпенко Ф.Н.¹, Пешняк Ж.В.¹, Климович О.В.², Маевская О.Л.¹

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий»,

²Городской центр трансфузиологии учреждения здравоохранения «б-я городская клиническая больница», г. Минск, Беларусь

Цель. Определить механизм отбора цитомегаловирус (ЦМВ)-серонегативных доноров для создания запасов плазмы с помощью среднеинтенсивной схемы плазмафереза.

Материалы и методы. Проведено иммуноферментное исследование крови 1053 доноров на наличие антител класса иммуноглобулина G к ЦМВ. На основании анализа потребности клинической практики (трансплантология, онкогематология, неонатология) рассчитан ежегодный объем заготовки этого компонента крови.

Результаты и обсуждение. Актуальность проблемы создания запасов ЦМВ-негативной плазмы связана с широким распространением среди населения носительства ЦМВ (от 40% до 90% в популяции), который передается при трансфузиях инфицированной донорской крови пациенту и приводит к тяжелым осложнениям у иммунокомпрометированных реципиентов. Нами установлено, что 18,9% доноров являются ЦМВ-серонегативными (199 из 1053 обследованных), однако накопление этой спецификации плазмы для клинического применения должно проводиться с учетом обязательной лейкодеплеции и от доноров мужчин с целью профилактики возможных трансфузионных реакций и осложнений. На основании анализа демографических и гендерных характеристик количество потенциальных доноров существенно снизилось и составило 7,8% от общего числа обследованных.

Выводы. Проведенный анализ численности потенциальных ЦМВ-серонегативных доноров даёт основания для включения их в программу среднеинтенсивного плазмафереза (30 донаций в год). Рассчитано, что для получения 100 л ЦМВ-негативной плазмы (годовая потребность) необходимо формирование группы доноров из 5-6 человек.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАГОТОВКИ ПЛАЗМЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ И ФРАКЦИОНИРОВАНИЯ МЕТОДОМ СРЕДНЕИНТЕНСИВНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА

Свирновская Э.Л., Пасюков В.В., Клестова Т.В., Никанчик Т.А., Новик А.В., Новак Л.А., Свирновский А.И.

ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий», г. Минск, Беларусь

Цель. Разработать новую технологию получения донорской плазмы методом автоматического плазмафереза с потенциалом увеличения общего объема её заготовки.

Материалы и методы. Сформированы исследуемые группы доноров (36 человек) для проведения среднеинтенсивных плазмаферезов и контрольная группа сравнения (28 доноров). Использованы гематологические, биохимические и иммунологические методы исследования крови доноров, проведен анализ клинических наблюдений, статистический анализ полученных данных.

Результаты и обсуждение. Разработан алгоритм донаций плазмы методом автоматического афереза по схеме умеренной интенсивности (10 процедур в цикле с интервалами 7 дней между процедурами и 4-6 недель между циклами), что позволяет обеспечить увеличение среднегодового объема заготовки плазмы от одного донора в среднем на 30% и, таким образом, интенсифицировать получение различных спецификаций плазмы для удовлетворения потребностей клинической практики в плазме для переливания и в лекарственных средствах, произведенных методом фракционирования плазмы. С помощью анализа значений исследуемых

показателей крови установлено отсутствие негативного влияния процедур регулярного изъятия плазмы крови на гомеостаз организма доноров, включая изоммунных доноров. Разработаны методы расчета и создания запасов плазмы различных спецификаций (плазмы доноров-мужчин, редких групп крови, цитомегаловирус-негативной, др.).

Выводы. Предложенный алгоритм донаций плазмы методом автоматического афереза по схеме умеренной интенсивности позволит увеличить количество плазмы – сырья для производства необходимых организациям здравоохранения плазматических препаратов, а также повысить качество и безопасность плазмы для клинического использования.

СОДЕРЖАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА В КЛЕТКАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЦИТАРНОМ ЛЕЙКОЗЕ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Свирновский А.И.¹, Тамашевский А.В.², Слобожанина Е.И.², Смирнова Л.А.³, Пасюков В.В.¹, Тарас И.Б.¹, Федуро Н.А.¹, Сергиевич О.В.¹, Цвирко Д.Г.³, Колбаско Л.В.³

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий»,

²Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси, ³9-ая городская клиническая больница, г. Минск, Беларусь

Цель. Установление связи между содержанием активных форм кислорода (АФК) в клетках при хроническом лимфоцитарном лейкозе (ХЛЛ) и статусом пациентов.

Материалы и методы. Измерение уровня накопления внутриклеточных свободнорадикальных соединений проводили с использованием флуоресцентного зонда 2',7'-дихлородигидрофлуоресцеин диацетата и метода проточной цитофлуориметрии. Состояние пациентов оценивали по общепринятым для ХЛЛ рекомендациям.

Результаты и обсуждение. Базальный уровень свободных радикалов в клетках при ХЛЛ повышен и характеризуется значительной гетерогенностью. Ответ клеток на цитостатические препараты *ex vivo* заметно варьирует. Исходили из представления о двойственной роли АФК в физиологии и патологии клетки, так как низкий уровень АФК защищает клетку от апоптоза путем активации антиоксидантных механизмов, в то время как нарастание концентрации АФК приводит к индукции оксидативного стресса в клетках и преодолению лекарственной резистентности опухолевых клеток либо к гибели нормальных клеток (развитие полиорганного синдрома). Установлено, что исход заболевания может быть связан с содержанием АФК в клетках. Так, в группе пациентов с ХЛЛ с летальным исходом содержание этого показателя более чем в три раза превышает уровень АФК по сравнению с пациентами в стадии неполной клинико-гематологической ремиссии или клинико-гематологической стабилизации.

Выводы. Лекарственные средства обладают способностью индуцировать увеличение содержания АФК в клетках при ХЛЛ и их гибель. Вместе с тем, очень высокое содержание АФК ассоциируется с неблагоприятным исходом заболевания.

ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ПІДРАХУНКУ ТРОМБОЦИТІВ

Сергієнко Л.І.

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

Вступ. Тромбоцити – це клітини крові, які забезпечують первинний гемостаз. Оцінити функції тромбоцитів допомагають їх кількісний вміст, морфологічна характеристика, час кровотечі, здатність до адгезії і агрегації.

Основна частина. Підрахунок кількості тромбоцитів у крові здійснюється переважно трьома методами: в лічильній камері з використанням фазово-контрастного пристрою, у пофарбованих мазках крові по Фонію і за допомогою гематологічних аналізаторів.

Використання гематологічних аналізаторів істотно полегшує підрахунок тромбоцитів, підвищує точність і прискорює процедуру підрахунку. За допомогою сучасних гематологічних аналізаторів можливо отримати наступні тромбоцитарні параметри: PLT (platelet) – кількість тромбоцитів ($\times 10^9/\text{л}$); MPV (mean platelet volume), фл – середній об'єм тромбоцитів; PDW (platelet distribution width),% – ширина розподілу тромбоцитів за об'ємом; PCT (plateletcrit),% – тромбокрит; IPF (immature platelet fraction),% – фракція незрілих тромбоцитів; MPC (mean platelet component) – середній тромбоцитарний компонент; тромбоцитарна гістограма.

Гематологічні аналізатори дозволяють не тільки автоматизувати процес підрахунку тромбоцитів, підвищити продуктивність праці в лабораторіях, поліпшити якість і точність вимірювання, але й отримати додаткові, високоінформативні характеристики тромбоцитарної ланки. При аналізі тромбоцитарних параметрів слід враховувати можливі причини помилкових



результатів. У цих випадках рекомендується проводити підрахунок кількості тромбоцитів в камері Горяєва або в мазках крові по Фонію. А при виявленні патологічної тромбоцитарної гістограми слід аналізувати пофарбований мазок крові. Тільки в цьому випадку можна професійно прокоментувати і при необхідності допомогти лікарям-клініцистам в інтерпретації отриманих результатів.

Висновки. Вивчення, знання і правильне застосування методів лабораторної діагностики для оцінки функцій тромбоцитів є важливим моментом, як для лікарів-лаборантів, так і для лікарів-клініцистів, які займаються патологією тромбоцитарного ланки.

МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ ЕРИТРОЦИТІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Сергієнко О.В.

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

Вступ. Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – захворювання, яке супроводжується суттєвими змінами еритропоезу, якісними і кількісними змінами еритроцитів (Ер), порушенням функціонування органів і систем. При цьому в доступній літературі ми не зустріли даних щодо морфометричних змін Ер у пацієнтів похилого та старечого віку із ЗДА.

Мета. Провести морфометричний аналіз Ер периферичної крові у пацієнтів похилого та старечого віку із ЗДА та виявити їх зміни, специфічні для даної категорії осіб.

Матеріал і методи. Обстежено 28 осіб похилого та старечого віку та 51 пацієнт аналогічного віку з діагнозом ЗДА, який верифікували на підставі характерної клінічної картини, параметрів периферичної крові та показників метаболізму заліза.

Статистичний аналіз даних: перевірка нормальності розподілу кількісних ознак за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова, перевірка гіпотез щодо рівності генеральних середніх незалежних вибірок за допомогою непараметричного аналізу середніх Уїтні-Манна. Критичне значення рівня значимості приймалося рівним 5%.

Результати. У осіб похилого і старечого віку із ЗДА, порівняно із здоровими особами, виявлено достовірні зміни з боку морфометричних показників (RBC – 3,19±0,14±0,05×10¹²/л, MCV – 80,11±0,74 фл, MCH – 27,71±0,43 пг, MCHC – 34,61±0,04 г/дл, RDW – 14,25±0,21%), та параметрів цитометрії (середній діаметр еритроцита – 6,21±0,12 мкм³, частка мікро- і шизоцитів – 30,39±0,63 фл, анізоцитоз – 17,33±0,12%, частка дискоцитів – 54,29±0,15%, частка аномальних форм – 45,71±0,14%).

Висновки. ЗДА у осіб похилого та старечого віку супроводжується достовірними змінами морфометричних характеристик Ер, що проявляється зменшенням частки дискоцитів, збільшенням частки ехіноцитів і не зворотно змінених передгемолізованих форм. Виявлені зміни відображають вікові особливості гемопоезу і, зокрема, еритропоезу, а також свідчать про глибокі патофізіологічні порушення у таких пацієнтах.

ПЕРЕВАГА ДОНОРСЬКОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В ЗАГОТІВЛІ СВІЖОЗАМОРОЖЕНОЇ ПЛАЗМИ ДЛЯ КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ

Сердюк А.А., Дяченко Т.П., Муленко Н.Г.

Дніпропетровська обласна станція переливання крові, Дніпродзержинська філія, м. Дніпродзержинськ, Україна

Мета. Заготівля якісної та безпечної плазми свіжозамороженої (ПСЗ) з лікувальною метою.

Матеріали і методи. Методи мануального та автоматичного донорського плазмаферезу (ПФ), 2 апарати автоматичного ПФ фірми Baxter «Автоферезіс-С», витратні матеріали.

Результати та обговорення. Карантинізацію ПСЗ в закладі розпочато з 2001 р., коли термін її карантинного зберігання становив 3 міс. Внаслідок переважання заготівлі ПСЗ методом мануального ПФ на карантин закладали плазму отриману від донорів, яких повторно обстежували як під час карантинізації так і по закінченню її терміну. Отже обсяги заготовленої ПСЗ яка пройшла карантинізацію становив приблизно 40%. Карантинізовану ПСЗ видавали переважно в пологові будинки, дитячі лікарні, акушерсько-гінекологічні відділення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) міста і області. Після впровадження наказу МОЗ України №385 від 01.08.2005 «Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів», на карантин почали закладати всю заготовлену ПСЗ після первинної вибіркової. Для збільшення обсягів карантинізованої ПСЗ і зниження ризику передавання гемотрансмісивних

інфекцій та впровадження у закладі в 2008 р. автоматичного ПФ прийнято рішення надати перевагу заготівлі плазми методом ПФ (мануального та автоматичного), що дало можливість залучити активних донорів, які здавали плазму із встановленими нтералами. Кількість постійних донорів ПФ поступово збільшилась до 60% від загальної кількості донорів, обсяги ПСЗ, заготовленої методом ПФ, збільшились до 75% від загальної її кількості. Завдяки зростанню у закладі кількості активних донорів ПФ, відповідно зріс відсоток карантинізованої двічі обстеженої ПСЗ. З 2009 р. на переливання в ЗОЗ видається тільки карантинізована двічі обстежена плазма.

Висновки. Пріоритетним для клінічного використання є плазма заготовлена методом донорського ПФ. Переваги такого методу заготівлі плазми – залучення постійних активних донорів, забезпечення високих параметрів її якості та забезпечення інфекційної безпеки.

ПЕРЕВАГА АВТОМАТИЧНОГО ДОНОРСЬКОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В ЗАГОТІВЛІ СВІЖОЗАМОРОЖЕНОЇ ПЛАЗМИ ДЛЯ ВИРОБНИЦТВА КРІОПРЕЦИПІТАТУ ЗАМОРОЖЕНОГО

Сердюк А. А., Дяченко Т. П., Муленко Н. Г.

Дніпропетровська обласна станція переливання крові, Дніпродзержинська філія, м. Дніпродзержинськ, Україна

Мета. Заготівля якісного і безпечного компонента крові «Кріопреципітат заморожений» з лікувальною метою.

Матеріали і методи. Метод автоматичного донорського плазмаферезу (АПФ), 2 апарати АПФ фірми Baxter «Автоферезіс-С», витратні матеріали до апарату АПФ «Автоферезіс-С».

Результати та обговорення. Заготівля плазми для виробництва кріопреципітату замороженого методом АПФ в закладі проводиться з 2008 р. Заготівля плазми свіжозамороженої (ПСЗ) проводиться виключно від донорів плазми методом АПФ в об'ємі не менше 300 мл в дозі. ПСЗ заготовлена від одного донора у кількості 600 мл переводиться в полімерні трансферні гемаконтейнери типу 2×300 мл., по 300 мл. у кожний. ПСЗ заготовлена таким способом має найвищі показники контролю якості та дає можливість отримати максимальну кількість осаду кріоглобулінів у порівнянні із ПСЗ заготовленою з дози крові чи методом мануального плазмаферезу. Отже від одного донора виготовляються 2 дози кріопреципітату, а враховуючи те, що 85% донорів плазми – це активні донори, виробляється карантинізований, двічі обстежений компонент крові.

Висновки. Досвід заготівлі ПСЗ для виготовлення кріопреципітату замороженого за наведеним методом свідчить про досягнення високих показників параметрів контролю якості даного компонента, що вкрай важливо при лікуванні станів, які супроводжуються зниженням концентрації VIII фактору згортання крові.

ВПРОВАДЖЕННЯ У РОБОТУ ВЗК СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ДСТУ ISO 9001:2009

Сердюк А.А., Кацак В.М., Гурістримба Н.І.

КЗ «Дніпропетровська обласна станція переливання крові», м. Дніпропетровськ, Україна

Мета. Забезпечення хворих якісними та безпечними компонентами крові.

Матеріали та методи. Донорська кров та її компоненти; методики заготівлі донорської крові, проведення плазмаферезу і фракціонування крові на компоненти.

Результати та обговорення. Відповідно до чинного законодавства у КЗ «Дніпропетровська обласна станція переливання крові» запроваджуються заходи для формування, встановлення та дотримання системи забезпечення якості. Відпрацьована система контролю якості: визначені параметри контролю компонентів і препаратів крові, затверджено методики проведення досліджень. В 2015 р. розроблено методики системи управління якістю відповідно вимог міжнародного стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Система управління якістю. Вимоги». Розроблена політика, цілі закладу у сфері якості, настанова щодо якості, задокументовані стандартизовані методики по заготівлі крові та її компонентів, а також коригувальні та запобіжні дії. Поставлено основні завдання у сфері якості: постійне впровадження в практику діяльності інноваційних виробничих технологій; підвищення результативності діяльності, враховуючи інтереси донорів, реципієнтів та трудового колективу; проведення постійного моніторингу задоволеності донорів та результатів застосування компонентів крові в лікувальних закладах; підвищення кваліфікації персоналу шляхом його регулярної підготовки, перепідготовки та навчання.

Висновок. Розроблена та впроваджена система забезпечує якість та безпечність донорської крові та її компонентів, як у виробничий так і клінічний трансфузіології.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КРІОКОНСЕРВОВАНИХ ЕРИТРОЦИТІВ, ЯК СТРАТЕГІЧНОГО ЗАПАСУ, ПІД ЧАС НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ В ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ (АТО)

Сердюк А.А., Гурістримба Н.І., Посуцько К.Л.

КЗ «Дніпропетровська обласна станція переливання крові», м. Дніпропетровськ, Україна

Мета. Повноцінне та безперерійне забезпечення потреби хворих та постраждалих в зоні АТО еритроцитвмісними компонентами крові.

Матеріали та методи. Метод кріоконсервування еритроцитів при ультранизких температурах (мінус 196°С) у рідкому азоті; кріобладнання для зберігання еритроцитів у замороженому стані; розчини для заморожування та виготовлення розморожених відмитих еритроцитів.

Результати та обговорення. В структурі КЗ «Дніпропетровська обласна станція переливання крові» відділення кріоконсервування клітин крові (еритроцитів) функціонує з 1972 р., коли було закуплено і встановлено обладнання («Біокомплекс-6602»), яке дозволило зберігати еритроцити у рідкому азоті, при температурі мінус 196°С на протязі 5 років. У перший рік роботи було заморожено 473 дози еритроцитів, розморожено, відмито і видано у лікувальні заклади 107 доз. З того часу кріоконсервовані еритроцити стали суттєвою допомогою у забезпеченні хворих еритроцитами, особливо рідких груп крові у надзвичайних ситуаціях. Неоціненну роль у забезпеченні стратегічних запасів еритроцитвмісних компонентів крові, відіграло збереження методики кріоконсервування еритроцитів. У період проведення АТО на сході України (2014–2015 рр.) заморожено 166 доз (20,8 л), розморожено і видано для лікувальних цілей 218 доз (54,5 л) еритроцитів, що дозволило надати допомогу 109 постраждалим. На даний час, як стратегічний запас, у кріобанку зберігається 150 доз (18,8 л) еритроцитів.

Висновок. Методика кріоконсервування компонентів крові (еритроцитів) має велике значення у забезпеченні хворих, особливо у разі одночасного масового надходження постраждалих при надзвичайних ситуаціях (техногенні катастрофи, природні катаклізми, військові дії).

СПІВПРАЦЯ КЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСНА СТАНЦІЯ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ»З ВОЛОНТЕРАМИ ВМГО «АСОЦІАЦІЯ МОЛОДИХ ДОНОРІВ УКРАЇНИ» ПО ЗАЛУЧЕННЮ НАСЕЛЕННЯ ОБЛАСТІ ДО ДОНОРСТВА

Сердюк А.А., Сутугіна І.Є., Іванова В.Є.

КЗ «Дніпропетровська обласна станція переливання крові», м. Дніпропетровськ, Україна

Мета. Збільшити кількість донорів для безперервного забезпечення лікувальних закладів кров'ю та її компонентами.

Матеріали і методи. Аналіз даних внутрішньої документації закладу та волонтерів.

Результати та обговорення. Активність донорів крові та її компонентів зростає з кожним роком. Особливої актуальності посилення донорського руху набуло важливим воно в зв'язку з подіями на сході України. Активну участь у залученні добровільних безоплатних донорів бере ВМГО «Асоціація молодих донорів України» (АМДУ), заснована в 2007 році, що має представництво в Дніпропетровську з 2012 року. Основний проект АМДУ – система рекрутингу донорів «donor.ua». У перші роки роботи АМДУ надавало допомогу в залученні донорів крові для дітей з онкологічною патологією, а на даний час надає допомогу усім особам, що потребують переливань компонентів крові. Станцією переливання крові, спільно з волонтерами АМДУ за роки взаємодії було проведено 24 донорських акції (в т. ч. з кількістю донорів, що здали кров, від 40 до 390 донорів одночасно (в період проведення АТО), налагоджені схеми взаємодії з адміністрацією міста і області, ВНЗ, школами. У 2015 році – 12 організованих акцій, з них 6 – виїзні в лікарню імені І. І.Мечникова. У рамках акцій центру крові, проведених спільно з АМДУ та лікарню імені І. І.Мечникова здали кров 1122 донори. Створено сайт КЗ «Дніпропетровська обласна станція переливання крові», в закладі почали проводити екскурсії для школярів, запроваджено проект «Середа – день донора». У серпні 2015 року проведено круглий стіл на тему донорства крові у рамках Всеукраїнського волонтерського форуму «ГромадаФЕСТ».

Висновок. Взаємодія волонтерів, громадських організацій та закладів служби крові має неоцінену роль у активізації, вихованню донорських кадрів серед населення, особливо молоді.

ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ У ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ ТРИЧІ НЕГАТИВНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Сивак Л.А., Майданевич Н.М., Лялькін С.А., Аскольський А.В., Кліманов М.Ю., Касан Н.В., Верьовкіна Н.О.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Відомо, що розвиток геморагічного синдрому на фоні цитостатичної тромбоцитопенії є загрозливим для життя пацієнта ускладненням, що не дозволяє провести заплановане хіміотерапевтичне лікування вчасно і в стандартних дозах.

Мета. Оцінити розвиток тромбоцитопенії та її вплив на проведення стандартної хіміотерапії у пацієнтів з метастатичним тричі негативним раком грудної залози.

Матеріали і методи. Проведено дослідження розвитку тромбоцитопенії у 56 пацієнтів з метастатичним тричі негативним раком грудної залози, віком від 39 до 67 років, що отримали поліхіміотерапію (ПХТ) за схемою CAP (1 група – 27 осіб), або за схемою TC (2 група – 29 осіб). Загальний аналіз крові визначали перед кожним курсом ПХТ, на 7-й та на 14-й день. Ступінь тромбоцитопенії визначали за шкалою токсичності СТС (Common Toxicity Criteria) NCI.

Результати. Всі пацієнтки перед початком лікування мали нормальні показники кількості тромбоцитів. В 1-й групі хворих: тромбоцитопенію I та II ступеня виявлено у 4 пацієнток на 7-й день I курсу ПХТ; у 6 хворих на 7-й день та у 2 – на 14-й день III курсу; у 9 хворих на 7-й день IV курсу, на 14-й день – тромбоцитопенія I ступеню була діагностована у однієї пацієнтки. Після V курсу лікування у 2 хворих визначили тромбоцитопенію I ступеню на 7 день, після VI-го – у 2 пацієнтів I ступеню на 7 день і у 2 – на 14 день. У пацієнтів 2-ї групи визначили тромбоцитопенію I ступеню: на 7-й день II курсу ПХТ, на 14-й день III курсу, на 7 день IV та на 7-14 дні VI курсу ПХТ. Геморагічний синдром не спостерігали в жодному випадку. Тромбоцитопенія спостерігалась у 20% пацієнтів з генотипом C/T та у 3% з генотипом C/C гену MTRF.

Висновки. У пацієнтів з метастатичним раком грудної залози, що отримали лікування за схемами CAP та TC, визначено помірну ступінь (I та II) тромбоцитопенії, що не потребувало призначення додаткового лікування. Кількість тромбоцитів нормалізувалась на 21-й день ПХТ та дозволила продовжувати хіміотерапію вчасно, без редукції дози цитостатичних препаратів.

СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО «МИНОРНОМУ» АНТИГЕНУ СИСТЕМЫ РЕЗУС

Токарев Д.С., Сердюк А.А., Рудина Л.И., Юнтунен А.М.

КУ «Днепропетровский специализированный клинический медицинский центр матери и ребёнка имени профессора Руднева М.Ф.» ДОС»,

КУ «Днепропетровская областная станция переливания крови», г. Днепропетровск, Украина

Цель. Профилактика развития гемолитической болезни новорожденных.

Материалы и методы. Данные истории болезни и результаты лабораторных исследований.

Результаты. Ребёнок К. поступил в отделение патологии новорожденных лечебного учреждения области в возрасте трёх суток в связи с синдромом желтухи, гастроинтестинальными и неврологическими расстройствами, появившимися в конце первых суток. Из анамнеза: ребёнок с массой 3250 г, группа крови O(II) Rh-положительная, от доношенной беременности, вторых родов матери с группой крови A(II) Rh-положительная. С момента поступления у ребёнка отмечалось прогрессирующее признание анемии, желтушности кожных покровов. Отмечались колебания содержания билирубина от 210 до 366 ммоль/л за счёт непрямой фракции, снижение гемоглобина до 102 г/л, снижение осмотической резистентности электролитов, морфология эритроцитов не изменена. Эти данные позволили заподозрить гемолитический характер желтухи. Изосерологическое исследование крови матери и ребёнка проводилось с использованием микротипирующей системы Dia-Med и моноклональных тест-реагентов. Было установлено: сыворотка крови ребёнка тёмно-оливкового цвета, группа крови O(II) CcDe, прямая реакция Кумбса положительная (+++) (ID Card Dia Clon ABO/Rh, DAT для новорожденных). Кровь матери A(II) CDe, в сыворотке крови обнаружены антиэритроцитарные антитела в титре 1:32 в реакции конглютинации с 10% желатином. Специфичность антител анти hr'(c) определена с помощью фенотипированных эритроцитов ID Dia Clon I-II-III и ID Card Liss Coombs. Исследование сыворотки крови матери с эритроцитами ребёнка в реакции конглютинации с 10% желатином подтвердило наличие антител, направленных против антигена ребёнка.

Вывод. Приведённый случай демонстрирует клиническое значение «минорных» аллоантител в развитии гемолитической болезни новорожденных, необходимость более широкого иммуногематологического мониторинга беременных и новорожденных.



ПОРУШЕННЯ СИГНАЛЬНОГО ШЛЯХУ NOTCH ПРИ ГОСТРІЙ ЛІМФОБЛАСТНІЙ ЛЕЙКЕМІЇ (ГЛЛ)

Худзій С.С.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Активізація транскрипційної функції трансмембранних білків родини Notch відіграє ключову роль в процесах ембріогенезу та регуляції специфічного диференціювання. Аберантна активація білків Notch забезпечує виникнення і/або прогресію злоякісних новоутворень різного гістогенезу.

В клітинах людини експресується 4 види рецепторів родини Notch (Notch1–4). Виявлення перебудови гену Notch1 при дослідженні Т-клітинної ГЛЛ (Т-ГЛЛ) стало першим доказом того, що сигнали від рецепторів Notch беруть участь в онкогенезі. Порушення в цьому сигнальному каскаді зустрічаються близько в 10–20% усіх випадків ГЛЛ. Для даного захворювання характерна специфічна хромосомна транслокація t(7;9)(q34;q34.4), що призводить до утворення химерного білка Notch1/TCRβ, що імітує NICD. Ця транслокація зустрічається відносно рідко (1% випадків Т-ГЛЛ). Найбільш характерними є мутації в HD-домени, що забезпечують ліганд-незалежну активацію, або в PEST-домени, що збільшують час життя NICD, але в більшості випадків цього захворювання виявляються різні точкові мутації, що також активують Notch-регульовані сигнальні каскади.

Дослідження генетичних програм, контрольованих онкогенним Notch1 при Т-ГЛЛ, виявили, що більшість з них пришвидшують проліферацію клітин за рахунок активації як генів, що кодують циклін D1 і c-Myc, так і анаболічних внутрішньоклітинних каскадів. Крім того, NICD активує антиапоптотичний сигнальний каскад PI3K-AKT-mTOR і в попередників Т-клітин, і в неопластичних Т-клітинах. Цей шлях передачі сигналу активується у відповідь на фактори росту, а його антагоністом є пухлинний супресор PTEN, експресія якого негативно регулюється транскрипційним фактором Hes1, безпосереднім ефектором Notch1. Отже, активація PI3K за допомогою Notch частково пояснює його участь в пригніченні апоптозу та стимуляції росту трансформованих клітин.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БОРТЕЗОМІБУ В ЛІКУВАННІ МНОЖИННОЇ МІЕЛОМИ

Цяпка О.М., Лещук О.В., Дзись І.Є., Лукавецький Л.М., Котлярчук К.Б., Сімонова М.І., Бойко О.І., Пеленьо Н.В., Корольчук О.С., Масляк З.В., Новак В.Л.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Мета. Множинна міелома (ММ) залишається невиліковним захворюванням, однак на даний час розроблено цілу низку препаратів патогенетичної дії: інгібітори протеосом, імуномодулятори, моноклональні антитіла, які, впливаючи на окремі патогенетичні ланки хвороби, докорінно змінюють лікувальну тактику при ММ. В Україні зареєстровано лише два з рутинно застосовуваних за кордоном препаратів (галідомід та бортезоміб).

Матеріали і методи. Проведено дослідження перебігу та відповіді на лікування у 55 пацієнтів з ММ (26 жінок та 31 чоловіка) віком від 32 до 75 років, та у двох хворих (обидві жінки) з плазмобластною лейкомією. Діагноз ММ встановлено на підставі загальноприйнятих критеріїв діагностики, рекомендованими міжнародною робочою групою з множинної міеломи. Оцінку відповіді на лікування проводили відповідно до критеріїв EBMT та IMWG.

Результати та обговорення. Пацієнти цієї групи були молодшими порівняно з даними літератури: середній вік чоловіків становив (54,8±3,8) року і жінок – (49,3±1,7) року, причому наймолодші із пацієнток на час діагностики хвороби було 32 роки. Можливо ця особливість вікового розподілу хворих у нашому дослідженні була наслідком певного відбору пацієнтів, оскільки бортезоміб відповідно до протоколів лікування клініки, призначали хворим, що були кандидатами на високодозову хіміотерапію з наступною трансплантацією стовбурових гемопоетичних клітин. Проте безсумнівним фактом є значне «помолодшання» ММ загалом, оскільки вік майже у 20% осіб на час діагностики був менше 45 років. Співвідношення чоловіків та жінок було практично однаковим – 1:1,1.

У 28 хворих бортезоміб застосовано в першій лінії терапії, а у 27 – препарат застосовувався у зв'язку з прогресією хвороби внаслідок рецидиву або рефрактерності до попередньої терапії. У більшості пацієнтів застосовували схему лікування VCD (бортезоміб, циклофосфамід, дексаметазон).

У процесі лікування бортезомібом у більшості пацієнтів спостерігалась позитивна динаміка клінічних проявів хвороби. Повну ремісію досягнуто у 41,7% хворих, дуже добру часткову відповідь – у 15,0% і часткову відповідь – у 26,7% випадках застосування бортезоміб-вісмісних режимів. Отже, сумарна відповідь на лікування становила 83,4%, що, загалом, відповідає літературним

данним. Стабілізацію/прогресування процесу спостерігали у 13,3% хворих. Оскільки частина пацієнтів (28 осіб) отримувала бортезоміб у першій лінії, а інша (27 осіб) – у зв'язку з рефрактерністю або рецидивом хвороби, нами проведено порівняльний аналіз відповіді на терапію та показників виживання в обох групах хворих.

Загальна ефективність лікування була високою, сумарна відповідь на лікування (повна+дуже добра, часткова+часткова) осіб, що отримували бортезоміб у першій лінії, становила 86,1%, та 85,7% в осіб, яким бортезоміб застосовувався після невдалої попередньої терапії.

Висновки. Отже, застосування бортезомібу як у першій лінії, так і в якості другої та наступних ліній терапії показало його високу ефективність при відсутній гематологічній токсичності. З побічних ефектів спостерігали герпетичну інфекцію та явища полінейропатії, які, однак, не перевищували 1 ст. за шкалою токсичності. Крім того в одного пацієнта зафіксовано парез кишківника і це в одному – колапоїдні стани.

РІВЕНЬ АКТИВНОСТІ АЛАНІНАМІНОТРАНСФЕРАЗИ У СЕРОПОЗИТИВНИХ ДОНОРІВ НА МАРКЕРИ ГЕПАТИТІВ В, С В ЖИТОМИРСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ КРОВІ

Чугрів А.М.

КУ «Житомирський обласний центр крові», м. Житомир, Україна

Визначення активності аланінамінотрансферази (АЛТ) при дослідженні донорів застосовується як сурогатний маркер патологічних змін в печінці, в тому числі при гострих гепатитах. У 2013 році питома вага в структурі браку донорської крові в Україні становила 25,5% та 9,6% в Житомирській області.

Мета. Встановити наявність кореляційного зв'язку між рівнем активності АЛТ та кількістю серопозитивних результатів на гепатити В і С.

Матеріал і методи. Статистичний аналіз результатів обстеження 83571 донацій за період 2005–2014 рр. Коефіцієнт кореляції Пірсона обрховано за допомогою програми для роботи з електронними таблицями Microsoft Excel. **Результати.** Діагностовано 1311 серопозитивних (1,6%) або 1568,7 на 100 тис. донацій, які за рівнем АЛТ розділені на три групи: до 0,68 мкмоль/(годхмл); від 0,69 до 1,36 мкмоль/(годхмл); вище 1,36 мкмоль/(годхмл).

Серед позитивних донорів на антитіла до HCV чисельність першої групи склала 82,0%, серед позитивних на HBsAg – 90%. Найвищі показники коефіцієнту кореляції Пірсона встановлені у групах серопозитивних результатів на антиген гепатиту В і антитіла до гепатиту С в групах з показниками до 0,68 мкмоль/(годхмл), відповідно 0,974 та 0,914.

Висновок. Результати проведеного аналізу свідчать про недоцільність використання показника АЛТ в якості сурогатного маркера інфікування гепатитами при обстеженні донорів крові та її компонентів.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ ЛІМФОМИ З МАЛИХ ЛІМФОЦИТІВ (SLL)

Шалай О.О., Барілка В.А., Матлан В.Л., Лукавецький Л.М., Логінський В.Є.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Мета. Визначити діагностичну цінність клінічних ознак, морфологічної та імунофенотипової характеристики субстратних клітин при SLL.

Матеріали і методи. Діагноз SLL встановлено відповідно до класифікації ВООЗ у 54 пацієнтів (20 жінок та 34 чоловіків – 1:1,7) віком від 26 до 85 років (медіана 67 років), на основі результатів клінічного обстеження, морфологічних та імунофенотипових досліджень.

Результати та обговорення. I–II стадію хвороби (Ann Arbor) спостерігали у 9%, III–IV стадію – у 91% осіб. Нодальна локалізація пухлинного процесу характеризувалася ураженням периферичних лімфовузлів (80% хворих), абдомінальних лімфовузлів (37%), середостіння (9%), мигдаликів (6%). Спленомегалію констатовано у 52% хворих. Кістковий мозок залучений у пухлинний процес у перебігу хвороби у 43% пацієнтів. Екстранодальні ураження виявлено у 33% пацієнтів, найчастіше серозних порожнин (13%), причому в 13% пацієнтів спостерігали два і більше екстранодальні вогнища. У гемограми виявлено анемію у 33%, тромбоцитопенію – у 17%, у 43% хворих – лейкоцитоз та лімфоцитоз (лейкемізація процесу в перебігу хвороби). При гістологічному дослідженні кісткового мозку (к/м) у 43% пацієнтів виявлено інфільтрати з дозрілих лімфоцитів або лімфоїдних клітин, гіперпластичний стернальний пунктат. У решті досліджених хворих відсоток лімфоцитів к/м не перевищував 30%. Гістологічне дослідження пухлинних уражень показало характерний тип інфільтрації лімфоцитами. Імуногісто(cito)логічні дослідження проведено для визначення природи пухлинних клітин. Діагностовано зрілий В-клітинний характер злоякісної проліферації на підставі відсутності CD34, експресії В-лінійних маркерів CD19 + /CD20 + /CD23 + /CD79a + /slg+ з клональним розподілом легких



ланцюгів, низького відсотку клітин, що взаємодіяли з Т-клітинними МКАТ. SLL властива наявність таких клітин на час діагностики хвороби у залучених тканинах, що й спостерігали у представлених хворих. Особливу увагу звертали на наявність поверхневих маркерів CD5, CD10, а також CD23, CD38. Відповідно до міжнародного прогностичного індексу (PI) визначено групи низького, низького/проміжного, проміжного/високого та високого ризику. У групу низького ризику з добрим прогнозом віднесено 29% пацієнтів з SLL. У групу низького/проміжного ризику увійшли 24% хворих. Високий відсоток пацієнтів проміжного/високого ризику – 43%. До групи високого ризику увійшло тільки 4% випадків SLL.

Висновки. Вирішальне значення для діагностики SLL має кваліфіковане гістологічне та імунофенотипове дослідження пухлинного субстрату. Імунофенотипове дослідження дозволяє у більшості випадків встановити діагноз на основі виявлення моноклональної популяції В-клітин з фенотипом CD5+ /CD10– /CD23+. Встановлено, що при SLL, відповідно до показників міжнародного прогностичного індексу, переважають хворі з проміжним/високим ризиком.

АФІННА ХРОМАТОГРАФІЯ ФАКТОРА VIII ЗСІДАННЯ КРОВІ З ВИКОРИСТАННЯМ ТРІАЗИНОВИХ БАРВНИКІВ В ЯКОСТІ ЛІГАНДІВ

Шурко Н.О., Даниш Т.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Вступ. Хлортріазинові барвники, що використовуються для очищення білків і ферментів, можуть бути легко прикріплені до різних полімерних носіїв через аміно- чи гідроксильні групи. Їхна структура подібна до різних специфічних природних молекул (явище біоімітації). Технології з використанням біомітуючих барвників відрізняються від імуноафінної або хелат-металевої афінної хроматографії. Цей метод часто називають «псевдо-афінним». Барвниками притаманні переваги у порівнянні з біологічними лігандами, з точки зору собівартості, легкості іммобілізації, безпеки, стабільності та адсорбційної здатності.

Мета. Дослідити сорбцію фактора VIII (FVIII) з різними макропористими сорбентами з використанням барвників в якості лігандів та підібрати оптимальні умови для проведення афінної хроматографії.

Матеріали і методи. Як початковий матеріал використали препарат «Кріопреципітат». Синтез сорбентів проводили методикою «із включенням солі». Для синтезу використали Діасорб амінопропіловий з розміром пор 750 Å та 16 різних барвників тріазинового типу. Активність FVIII визначали уніфікованим одностадійним методом; концентрацію білка визначали методом Бредфорда.

Результати та обговорення. У ході дослідження встановлено, що FVIII не сорбувався жодним із 16-ти сорбентів. Проте, за рахунок зв'язування домішкових білків, питома активність досліджуваного FVIII зростає на порядок (так звана негативна хроматографія). Найкраще сорбували домішкові білки сорбенти з наступними лігандами: Procion blue HB, Procion gelb M4R, Procion blue MXR, Активний яскраво-блакитний К, Активний алий 4 ЖТ.

Висновки. Дослідження сорбції синтезованих сорбентів продемонструвало їх придатність для швидкого та ефективного виділення FVIII.

ТЕХНОЛОГІЯ ОЧИЩЕННЯ ФАКТОРА VIII ЗГОРТАННЯ КРОВІ

Шурко Н. О., Даниш Т. В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів, Україна

Вступ. Процес очищення білків системи згортання доволі складний, оскільки більшість факторів присутні в плазмі у слідових кількостях та чутливі до протеолітичної деградації. Перші системи білкового поділу були засновані на хімічних або фізичних засобах преципітації з наступним уведення етапу хроматографії. Афінна хроматографія з барвником – процедура очищення білка на основі високої спорідненості іммобілізованих барвників до їх сайтів зв'язування.

Мета. Розробити метод отримання фактора VIII (FVIII) з препарату «Кріопреципітат» у поєднанні класичних методів осадження білків з методом афінної хроматографії з барвником.

Матеріали і методи. Активність FVIII визначали уніфікованим одностадійним коагулологічним методом. Синтез сорбентів з іммобілізованими тріазиновими барвниками проводили методикою «із включенням солі»; концентрацію білка визначали методом Бредфорда.

Результати. Нами розроблено спосіб очищення FVIII методом негативної афінної хроматографії на кремнеземних носіях. Суть запропонованого методу полягає в поетапному осадженні білків протромбінового комплексу з цитратом барію та їх сорбції на гідроксиді алюмінію, відділенням фібриногену, фібринектину та інших соєвих ліпопротеїнів на ПЕГ-4000 та застосуванні двох

послідовних хроматографій (іонообмінної на DEAE-Sepharose та негативної афінної хроматографії на сорбенті Diosorb-Procion blu MXR). В результаті проведених етапів ми досягли 100-кратного очищення (активність FVIII зросла з 0,087±0,008 МО/мг білка до 8,526±0,016 МО/мг білка).

Висновки. Поєднання методу попереднього фракціонування препарату «Кріопреципітат» з розробленим нами методом негативної афінної хроматографії на макропористих сорбентах суттєво підвищує ступінь очищення отриманого зразка.

ШЛЯХИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ

Яворський В.В.^{1,2}, Малигон О.І.^{1,2}, Богданчикова О.А.^{1,3}

¹Харківський обласний центр служби крові,

²Харківська медична академія післядипломної освіти,

³Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета. Визначення шляхів реорганізації служби крові України для створення компоненти державної системи надання медичної допомоги, здатної забезпечити пацієнтів якісними і безпечними продуктами крові у необхідній кількості.

Матеріали і методи. Основні джерела інформації: облікова документація Харківського обласного центру служби крові (ХОЦСК), галузева статистична звітна форма 39-здоров, нормативні та законодавчі акти України, ЄС та ВООЗ стосовно функціонування центрів служби крові, що прямо або побічно регламентують діяльність, пов'язану з заготівлею та переробкою крові та її компонентів.

Результати та обговорення. ХОЦСК був одним з перших установ служби крові України, що запровадила централізацію виробничих процесів у регіоні. Досягнуто 100% переробки і тестування заготовленої консервованої донорської крові у ХОЦСК, відповідність виготовлених компонентів всім вимогам показників якості та повне забезпечення потреб закладів охорони здоров'я у компонентах крові. Поряд з цим, реорганізація сфери на регіональному рівні висвітлює нагальні питання, що вимагають вирішення на державному рівні. На сьогодні служба крові позбавлена єдиного контролю та системного керівництва на рівні держави, що унеможливило управління запасами трансфузійних засобів. Відсутність єдиного донорського реєстру в Україні та недостатня комп'ютеризація установ служби крові – суттєво впливає на забезпечення інфекційної безпеки на рівні держави. Фінансування галузі за остаточною принципом зумовило зношення матеріально технічного оснащення установ служби крові. Відкритим залишається питання кваліфікованих кадрів як у сфері виробничої, так і клінічної трансфузіології.

Висновки. Широкомасштабні зміни, яких потребує Служба крові України, неможливі без вдосконалення нормативної та законодавчої бази, розробки сучасних стандартів в трансфузіології, формування централізованой інфраструктури управління галуззю.

НАЦІОНАЛЬНИЙ РЕЄСТР СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ

Яворський В.В., Чиркова К.С.

Харківський обласний центр служби крові, м. Харків, Україна

Мета. Підвищення інфекційної безпеки продуктів крові, унікальна ідентифікація донорів в межах країни, автоматизація збору, ведення статистичної звітності служби крові (СК) на національному рівні, спрощення механізму надання пільг донорам.

Матеріали і методи. Системний аналіз, процесно-орієнтований підхід. **Результати та обговорення.** Розвиток сфери інформаційних технологій у галузі охорони здоров'я роблять актуальним питання створення електронного реєстру донорів та осіб, які мають відсторонення від донорства – Національний реєстр (НР), для підтримки спільної діяльності закладів СК (ЗСК) різних областей та інформаційного супроводу процесів у закладах. Створення НР регламентовано Положенням про Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267 як одне із завдань МОЗ у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням. Складність забезпечення НР полягає в тому, що в ЗСК функціонують інформаційні системи (ІС) з різними форматами та наборами даних і ступенем автоматизації, які не взаємодіють між собою. Вирішення цієї проблеми полягає у створенні універсального модулю, що дозволить інтегрувати різні ІС СК. Для цього необхідно визначення стандартного набору даних, формату цих даних та структури запитів для унікальної ідентифікації особи та здійснення обміну між різними ІС, а також ступеню оперативності та актуальності даних. Така інтеграція дозволить у мінімальні строки отримати НР та сприятиме вирішенню питання оцінки існуючих ІС на предмет пошуку оптимальної ІС СК в перспективі.

Висновки. Організація інформаційної взаємодії ЗСК потребує оцінки ступеня готовності впроваджених ІС в ЗСК до зовнішньої взаємодії, а також



оцінки витрат ресурсів, часу на модернізацію. Вирішення поставлених питань потребує створення групи експертів з питань інтеграції даних на національному рівні, а також наявності відповідного складу фахівців з інформаційних технологій безпосередньо включеного в штатний розклад ЗСК.

РОЛЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Бенца Т.М.

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

Підготовка лікаря-інтерна здійснюється з формуванням системи теоретичних знань, навичок і умінь для успішної його професійної діяльності. Самостійна робота як форма навчання повинна органічно поєднуватися з іншими, загальноприйнятими формами підготовки. Основу підготовки интерна як спеціаліста становить самостійна курація хворих. Робочий день починається із звіту чергових інтернів з обговоренням стану важких хворих. Далі інтерни проводять обхід хворих, відведених на курацію. Оглядаючи пацієнтів, лікарі-інтерни розвивають вміння виявляти ознаки та симптоми, які потім згруповують в окремі синдроми. Діагностичний аналіз завершується постановкою попереднього діагнозу. Лікарі-інтерни закріплюють практичні навички та вміння здійснювати правильну оцінку результатів допоміжних (лабораторних, інструментальних) методів обстеження хворого. Заключний діагноз формується після оцінки всіх виявлених у процесі обстеження симптомів. Далі інтерни складають план лікування конкретного хворого. Викладач оцінює правильність дій інтернів, проводить їх корекцію.

У процесі навчання лікарі-інтерни готують реферати та доповіді для лікарських тематичних конференцій. Позааудиторна самостійна робота формує навички професійної самоосвіти. Розвивається самостійне мислення, вміння аналізувати прочитану літературу, робити свої висновки. Для полегшення орієнтації у виборі літератури та в основних питаннях під час самопідготовки, на кафедрі розроблено список літератури та методичні рекомендації до кожної теми. Обов'язкова умова написання реферативного огляду – використання тільки новітньої літератури, що сприяє поглибленню теоретичних знань інтернів. Підготовлені реферати зачитуються на заняттях з наступним обговоренням, дискусією.

Таким чином, самостійна робота сприяє підвищенню ефективності підготовки фахівців, які навчаються приймати конкретне рішення в конкретній клінічній ситуації.

MODERN LECTURE IN MEDICAL POST-GRADUATE EDUCATION

Vydyborets S.V., Gaidukova S.N., Khomenko I.M.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Lectures occupy one of the dominant places in occupational education. They are the principal source of new information. Modern lecture changes as a result of a significant increase in the rate of accumulating new scientific data, growth of psycho-emotional informational tension in students' life, increased growth rate of updating professional technology. Interactive lecture allows combination of directive role of the teacher and high students' activity using modern interactive technologies. Teaching the program material is carried out by enhancing students' knowledge, both retrospective based on interdisciplinary connections and gained that are received by students during lectures and independent thinking. Efficiency of assimilating the material is a considerably enhanced by the introduction of multimedia technology, the advantage of which is simultaneous use of multiple channels of students' perception, activation of the visual channel, the ability to create dynamic, visual-based learning materials, three-dimensional visualization of learning objects and more. Information mobility, the possibility of copying and distributing improve the quality of learning. The main criteria of efficiency of educational and psychological lectures are igniting students' interest and motivation, expressing emotional responses through surprise, paradoxicality, feeling the example, cognitive need of further independent search, impetus for professional development of doctor under the influence of professional teacher. A small number of slides and short but informative phrases should be used in multimedia presentation of lectures. Careful preliminary preparation to the lecture, the use of different types of lectures including elements of improvisation can substantially improve the presentation of lecture material, and, consequently, the quality of post-graduate education of physicians.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИКЛАДАННЯ ГРАФІЧНОГО ДИЗАЙНУ ДЛЯ ВЕБ

Видиборець М.С.

Інститут аеронавігації Національного авіаційного університету, Науковий центр «Перспектива», м. Київ, Україна

В професійній освіті лекція посідає одне з чільних місць. Лекції є основним джерелом нової інформації. Сучасна лекція змінюється в результаті значного збільшення темпів накопичення нових наукових знань, росту

психо-інформаційного навантаження слухачів, зростанню темпів оновлення професійних технологій.

Інтерактивна лекція дозволяє сумістити управлінську роль викладача з високою активністю слухачів на основі використання сучасних інтерактивних технологій. Викладання програмного матеріалу здійснюється шляхом активізації знань слухачів як ретроспективних, побудованих на основі міждисциплінарних знань, так і нових, що слухач отримує під час лекції від викладача і самостійного мислення.

Ефективність засвоєння курсу значно підвищується за рахунок застосування мультимедійних технологій, перевагами яких є одночасне використання декількох каналів сприйняття слухачів – активізація візуального каналу, можливості створення динамічних наглядних навчальних матеріалів, трьохвимірної візуалізації навчальних об'єктів і так далі. Мобільність інформації, можливість копіювання і розмноження інформації покращують якість засвоєння матеріалу.

Головними критеріями педагогічної і психологічної ефективності лекції є наступні: активізація у слухачів зацікавленості і мотивації, прояв емоційної реакції через подив, парадоксальність, виникнення пізнавальної потреби в подальшому самостійному пошуку, поштовх у професійному розвитку особистості під впливом спеціаліста викладача.

Мультимедійна презентація лекцій проводиться при мінімальній кількості слайдів із максимальною короткістю фраз і їх інформативністю. Ретельна попередня підготовка до лекції, використання різних її типів, із включенням елементів імпровізації може суттєво покращити презентацію лекційного матеріалу, а, відповідно, і якість навчання.

ОДНЕ З ОСНОВНИХ ЗАВДАНЬ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ – ПОДАЛЬШЕ ФОРМУВАННЯ ТА ПОГЛИБЛЕННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ

Гайдукова С.М., Видиборець С.В., Хоменко І.М.

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

Під клінічним мисленням розуміють творчий процес діяльності лікаря із накопичення, обробки та тлумачення інформації про пацієнта, що за кульмінаційний момент має прийняття відповідального рішення щодо обстеження, проведення діагностики та диференційної діагностики, складання плану лікування, реабілітації, первинної та вторинної профілактики хвороби. Формування клінічного мислення є найскладнішим і найвідповідальнішим завданням професійної підготовки лікарів.

Клінічне мислення в процесі діагностико-лікувальної роботи лікаря поділяють на п'ять основних етапів. Це збирання інформації щодо стану органів і їх систем у пацієнта, його повнота залежить від досвіду та набутих знань при попередньому навчанні. Наступним етапом є оцінка стану органів і їх систем у пацієнта, що залежить від обсягу і повноти зібраної інформації, здатності лікаря абстрактно мислити, виділяти основні синдроми тощо. Третім етапом є складання яви про етіологію, патогенез окремих змін у органах та системах, здатність правильно оцінювати їхній взаємозв'язок та взаємозалежність, що дозволяє правильно оцінити фазу патологічного процесу, його перебіг. Четвертий етап полягає у діагностиці нозологічної форми, визначенні варіанту перебігу та призначенні лікування. П'ятий етап – перевірка правильності встановлення діагнозу, що досягається за допомогою ретельного самоаналізу проведеної диференційної діагностики та консультації із колегами або лікарями-консультантами. Важливою передумовою успішного поглиблення клінічного мислення є достатній базовий рівень знань лікарів.

РОЛЬ ВИКЛАДАЧА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ

Гусєва С.А., Кучер О.В., Мороз Г.І.

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

На ефективність самостійної роботи лікаря під час навчання значною мірою впливає керівництво нею викладача, яке охоплює планування самостійної роботи лікарів, формування в них потреб і мотивів до активної, творчої самостійної роботи, навчання лікарів основам самостійної роботи, контроль за виконанням навчальних завдань. Ефективним способом формування у лікарів під час навчання потреб і мотивів до самостійної роботи є розвиток пізнавального інтересу до предмета, який вивчається, процесу оволодіння ним. Діяльність, що має у своїй основі глибокий інтерес не лише до результату, а й до її процесуальних компонентів, найпродуктивніша, адже саме від неї людина має найбільше задоволення. Лікар у цьому разі сам знаходить час для предмета, зрозуміло, що викликати інтерес до змісту складових навчальної дисципліни повинен викладач.

Самостійна робота сприяє формуванню і удосконаленню у лікарів під час навчання інтелектуальних якостей, які потім з успіхом будуть застосовуватися на практиці. Вона виховує у лікарів стійкі навички постійного поповнення



своїх знань, самоосвіти, сприяє розвитку працелюбності, організованості й ініціативи, випробує базові знання, перевіряє волю, дисциплінованість і т. д. Під час самостійної роботи лікарі вивчають, конспектують літературні періоджерела, за потребою повторно перечитують їх окремі розділи, звертаються до відповідних довідників та словників. Все це сприяє глибокому осмисленню навчального матеріалу, виробляє у лікарів цілеспрямованість у здобутті знань, самостійність мислення.

Організація і методика самостійної роботи лікарів під час навчання мають бути підпорядковані певним вимогам. Насамперед, це розвиток мотиваційної установи у лікарів. Умовою будь-якої цілеспрямованої діяльності є установка – готовність до певної активності, виникнення якої безпосередньо залежить від наявності в людини потреби і від об'єктивної ситуації задоволення цієї потреби. Установка відчутно впливає на характер і результати діяльності лікарів під час навчання, сприяє підвищенню ефективності дій, активізує мислення, пам'ять, робить сприйняття точнішим, увагу більш зосередженою та спрямованою на об'єкт пізнання. Лікар повинен виробити в собі внутрішню потребу у постійній самостійній роботі.

СИСТЕМАТИЧНІСТЬ, БЕЗПЕРЕРВНІСТЬ І ПОСЛІДОВНІСТЬ – ЯК ОЗНАКИ ЕФЕКТИВНОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СЛУХАЧА ПІД ЧАС НАВЧАННЯ

Михайличенко Б.В., Невірковець А.А., Кучер О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Однією із вимог до організації проведення самостійної роботи є систематичність і безперервність. Тривала перерва у роботі з навчальним матеріалом негативно впливає на засвоєння знань, спричинює втрату логічного зв'язку з раніше вивченим. Відсутність систематичності самостійної роботи унеможливує досягнення високих результатів у навчанні, тому лікар повинен звикнути працювати над навчальним матеріалом постійно, навіть після закінчення курсів.

Послідовність у самостійній роботі забезпечує чітку упорядкованість, черговість етапів роботи. Не закінчивши вивчення однієї теми чи монографії, не доцільно братися за іншу. Розкиданість і безсистемність читання породжують поверховість знань, унеможливають тривале запам'ятовування прочитаного. При читанні конспекту лекцій, монографії, підручника, навчального посібника не повинно залишатися нічого незасвоєного. Має значення і правильне планування самостійної роботи, раціональне використання часу. Чіткий план допоможе раціонально структурувати самостійну роботу, зосередитися на найсуттєвіших питаннях. Успіху сприятиме використання відповідних методів, способів і прийомів роботи. Часто лікарі працюють із книгою неправильно – читають текст і відразу занотують, намагаючись запам'ятати прочитане. За такого підходу ігноруються найважливіший елемент самостійної роботи – глибоке осмислення матеріалу. Це призводить до поверхневого засвоєння прочитаного, і до труднощів у практичному його застосуванні. Формується шкідлива звичка не думати, а запам'ятовувати, що також негативно впливає на результати.

МІСЦЕ САМОСТІЙНОЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

Мороз Г.І., Гартовська І.Р., Ременник О.І.

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

Одним із головних завдань для викладачів післядипломного навчання лікарів є розвиток пізнавальної активності слухачів циклів спеціалізації, передатестаційних, тематичного вдосконалення, стажування, виховання у них вимогливості до себе, бажання і потреби працювати творчо, постійно поповнювати і вдосконалювати теоретичні знання і практичні навички. Вміння самостійно засвоювати і творчо застосовувати знання на практиці є важливим показником загальної і професійної підготовки лікаря. Важливість правильно організованої, ефективної самостійної роботи лікарів актуалізують наступні чинники: обсяг інформації, який весь час збільшується (за наявними даними, обсяг інформації в системі Internet подвоюється кожні 100 днів, тобто щорічно у 7,3 разів), змушує викладачів кафедр орієнтувати лікарів-слухачів циклів на самостійне вивчення частини навчального матеріалу за збереження за собою установчої функції та функції контролю; переконаність у тому, що самостійна робота сприяє розвитку творчого ставлення до знань, спонукає лікарів до поглибленого вивчення теорії, допомагає застосовувати її для вирішення практичних завдань; недостатнє володіння практичними лікарями необхідними прийомами і навичками раціональної організації розумової праці; усвідомлення того, що самостійна робота в процесі навчання формує вміння самостійно здобувати знання, що необхідно не лише під час навчання, а й у подальшій практичній діяльності лікаря. Як показує педагогічний досвід, необхідний подальший розвиток не лише змісту, а й методики організації самостійної пізнавальної діяльності лікаря, опанування ним нових пізнавальних технологій і засобів.

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ КУРАТОРСТВА В УСТАНОВІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Сергієнко Л.І.

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

Кураторство в умовах установи післядипломної освіти відіграє важливу роль у навчально-виховному процесі, зокрема у згуртуванні колективу групи лікарів-інтернів, їх вихованні і розвитку. Куратор взаємодіє з лікарями-інтернами як наставник, організатор, вихователь і консультант. Куратор повинен спрямовувати виховну роботу групи, розвивати у лікарів-інтернів активність, самостійність, ініціативу, почуття відповідальності та зацікавленості в навчанні. Результатом діяльності куратора є набуття молодим спеціалістом соціального досвіду поведінки, формування свідомості фахівця. Куратор реалізує низку важливих функцій: діагностичну, прогностичну, посередницьку, охоронно-захисну, превентивну, евристичну. Діяльність куратора за своїм змістом має високу соціальну значущість і посідає одне з чільних місць у формуванні свідомості і духовної культури слухачів. Означене дозволяє розв'язувати низку проблем (педагогічних, організаційних, методичних тощо), які можуть виникати у слухачів. Серед них важливе місце посідає вирішення психологічних проблем як окремих слухачів так і груп слухачів.

Результативність роботи куратора обумовлена індивідуально-психологічними якостями його особистості, насамперед її відповідальністю. Низький рівень відповідальності спричиняє формальність у роботі куратора як представника групи лікарів-інтернів. В результаті цього лікарі-інтерни залишаються наодинці з власними проблемами, в групі виникають конфлікти та негативний морально-психологічний клімат. Звідси виникає потреба суттєву увагу приділяти питанням вивчення індивідуальної відповідальності куратора та шляхів її формування. На жаль, наразі проблема кураторства не становить предмет глибокої зацікавленості дослідників, що негативно відображається на ефективності роботи куратора групи лікарів-інтернів. Зокрема, відсутній алгоритм дій навчально-виховної діяльності куратора, не розроблена модель діяльності куратора, відсутні чіткі критерії та показники оцінки ефективності діяльності кураторів.

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Сергієнко Л.І., Сергієнко О.В.

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

Дистанційне навчання (ДН) – сукупність сучасних технологій, що забезпечують доставку інформації інтерактивному режимі за допомогою використання інформаційно-комунікаційних технологій від тих, хто навчає (викладачів), до тих, хто навчається (слухачів). Основні принципи ДН – інтерактивна взаємодія у процесі роботи, надання слухачам можливості самостійного освоєння досліджуваного матеріалу, а також консультативний супровід у процесі дослідницької діяльності. ДН надає змогу навчатися на відстані, за допомогою диспутів експертів з кількох країн, за відсутності викладача. Для ДН характерні гнучкість, актуальність, економічна ефективність, можливість одночасного використання значного обсягу навчальної інформації будь-якою кількістю слухачів, інтерактивність, більші можливості контролю якості навчання, відсутність фізичних перешкод для здобуття освіти.

Для забезпечення ДН використовують мережеву, телевізійну і кейс-технології. Мережева технологія полягає у використанні засобів віддаленого доступу для одержання потрібної навчальної інформації, проведення індивідуальних консультацій з викладачами, контролю знань. Ця технологія значно ефективніша за традиційну, тому що вона орієнтується на індивідуалізацію навчання. Телевізійна технологія дозволяє одночасно охопити процесом навчання значну кількість слухачів. Кейс-технологія полягає у видачі повного набору навчально-методичних матеріалів із кожної дисципліни. Інформація подається як у вигляді книжок, методичних розробок, так і на CD-дискетах, аудіо- та відеокасетах, у вигляді мультимедійних програм.

У порівнянні з традиційними технологіями навчання технологія ДН має більш інформативний характер. Внутрішня мотивація слухачів до навчання зростає з використанням комбінованої технології (традиційної та дистанційної). Означене поживає навчання завдяки застосуванню мультимедійних ефектів, доступності до більшого обсягу матеріалу завдяки бібліотекам мереж, можливості здобуття вищих результатів рейтингу за допомогою системи самоконтролю та можливості роз'яснення незрозумілих тем як викладачем, так і слухачами (проведення відеоконференцій, електронних обговорень тощо).



ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ТА ЙОГО ПЕРЕВАГИ

Сергієнко О.В.

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

Наслідком об'єктивного процесу інформатизації суспільства та освіти є поява дистанційного навчання (ДН) як найбільш перспективної, гуманістичної, інтегральної форми освіти, орієнтованої на індивідуалізацію навчання. Передумовами розвитку ДН стали бурхливий розвиток інформаційних технологій, поступове і неперервне зниження вартості послуг на підключення та використання глобальної мережі Internet, її ресурсів та сервісів, суттєве поглиблення процесів впровадження інформаційних технологій в освітню практику, а також значне поширення засобів комп'ютерної техніки серед населення. Завдяки таким засобам ДН як дискусійні форуми, електронні обговорення засвоєного матеріалу, списки розсилання, створюється нове навчальне середовище, в якому слухачі почувають себе невід'ємною частиною колективу, що різко збільшує мотивацію до навчання. Порівняно із традиційними формами навчання ДН має ряд істотних переваг. Гнучкість ДН полягає в можливості викладення матеріалу курсу з урахуванням підготовки і здібностей слухачів, що досягається створенням альтернативних сайтів для одержання більш детальної або додаткової інформації з незрозумілих тем, а також низки питань-підказок тощо. ДН надає можливість впровадження новітніх педагогічних, психологічних, методичних підходів до надання матеріалу. ДН має більшу економічну ефективність внаслідок значної дешевизни, завдяки ефективному використанню навчальних приміщень, полегшеному коригуванню електронних навчальних матеріалів та множинного доступу до них. ДН надає можливість одночасного використання значного обсягу навчальної інформації будь-якою кількістю слухачів. ДН надає можливість активного спілкування між слухачами групи і викладачем, що значно підвищує мотивацію до навчання, рівень засвоєння матеріалу. Крім того, ДН надає більш можливості контролю якості навчання (проведення дискусій, чатів, і використання самоконтролю, і відсутність психологічних бар'єрів). Не менш важлива відсутність фізичних перешкод для здобуття освіти – різні курси можна вивчати в різних навчальних закладах світу.

THE TYPES OF MODERN SEMINARS IN MEDICAL POST-GRADUATE EDUCATION

Khomenko I. M., Remennik O. I., Vydyborets S. V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Seminars occupy one of the dominant places in occupational education. They are the principal source of new information. Modern seminars changes as a result of a significant increase in the rate of accumulating new scientific data, growth of psycho-emotional informational tension in students' life, increased growth rate of updating professional technology. Interactive seminars allows combination of directive role of the teacher and high students' activity using modern interactive technologies. Teaching the program material is carried out by enhancing students' knowledge, both retrospective based on interdisciplinary connections and gained that are received by students during seminars and independent thinking. Efficiency of assimilating the material is a considerably enhanced by the introduction of multimedia technology, the advantage of which is simultaneous use of multiple channels of students' perception, activation of the visual channel, the ability to create dynamic, visual-based learning materials, three-dimensional visualization of learning objects and more. The main criteria of efficiency of educational and psychological seminars are igniting students' interest and motivation, expressing emotional responses through surprise, paradoxicality, feeling the example, cognitive need of further independent search, impetus for professional development of doctor under the influence of professional teacher.

ЕТАПИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЗАНЯТЬ

Ткаченко О.В., Стецюк Р.А., Мороз Г.Л.

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

Самостійна робота – це навчальна діяльність лікаря під час навчання, спрямована на вивчення і оволодіння матеріалом навчального предмета без безпосередньої участі викладача. Самостійна робота з виконання навчального завдання охоплює три етапи.

1. Підготовка лікаря до виконання завдання, теоретичне, психологічне, організаційно-методичне і матеріально-технічне забезпечення самостійної роботи. Теоретична готовність лікаря полягає у його інтелектуальній підготовленості, тобто у здатності застосувати свої знання для виконання завдання. Практична готовність полягає у здатності оптимально планувати самостійну роботу, вміло використовувати концепт лекцій, підручники, посібники, комп'ютер, розумові операції (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікацію тощо). Психологічна готовність лікаря передбачає, насамперед, наявність у нього мотивів до виконання конкретного завдання.

2. Безпосереднє виконання навчального завдання. Це найважливіший і найвідповідальніший етап самостійної роботи лікаря, що навчається. Оскільки навчальне завдання найчастіше постає у навчально-пізнавальній формі, то в процесі його виконання беруть участь усі процеси, які забезпечують пізнавальну активність: відчуття, сприйняття, увага, пам'ять, мислення, увага тощо. На ефективність виконання завдання впливають такі особистісні якості, як цілеспрямованість, наполегливість, відповідальність тощо.

3. Аналіз виконаного завдання. Є завершальним етапом самостійної роботи. Під час аналізу лікар оцінює (шляхом самоконтролю, іноді – взаємоконтролю) якість і час виконання завдання, ефективність використаних у процесі самостійної роботи методів і засобів.

САМОСТІЙНА РОБОТА ЛІКАРЯ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ: ОСНОВНІ ФОРМИ КЕРІВНИЦТВА

Кучер О.В., Невірковець А.А., Михайличенко Б.В.

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

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

Основними формами керівництва самостійною роботою лікарів є визначення програмних вимог до вивчення дисципліни, орієнтування лікарів у переліку літератури, організація спеціальних занять з методики вивчення наукової та навчальної літератури, прийомів конспектування, підготовка навчально-методичної літератури, рекомендацій, пам'яток тощо. Удосконалення у лікарів навичок самостійної роботи з навчальним матеріалом, науковою і навчально-методичною літературою належить до першочергових завдань післядипломної підготовки лікарів. Разом з цим у лікарів виховується організованість, системність, діловитість, зосередженість, без чого не обійтись у практичній діяльності.

За великого навчального навантаження, дефіциту часу важливе значення для лікаря під час навчання має раціональне планування самостійної роботи. План допомагає правильно розподіляти, економно використовувати свій час. Обґрунтування в ньому обсягу, змісту, послідовності роботи впродовж певного часу надає самостійній роботі цілеспрямованості творчого характеру. Економії часу сприяють знання основ комп'ютерної грамотності, бібліографії, системи забезпечення обов'язковою літературою, вміння працювати з нею.

САМОСТІЙНА РОБОТА ЛІКАРЯ ЯК ОДИН ІЗ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

Ткаченко О.В., Гайдукова С.М., Стецюк Р.А.

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

Від організації самостійної роботи багато в чому залежать результати навчання лікарів та їх наступна практична діяльність. Самостійна робота лікарів під час навчання є дуже широким поняттям, у тлумаченні якого сформувалися різні підходи, що зумовлено відмінностями в розумінні суті означеного явища. Нерідко самостійну роботу розглядають як окремий вид навчальних занять поряд з лекцією, семінаром, практичним заняттям тощо. При цьому її суттєвими ознаками вважають обов'язковість проведення заняття у відведений розпорядком занять час, роботу без безпосередньої участі викладача, але за обов'язковою його контролю. За іншою точкою зору, самостійна робота передбачає всю активну розумову діяльність лікарів у навчальному процесі і є внутрішньою основою зв'язку різних видів і форм знань між собою. Вважаючи самостійну роботу основним методом засвоєння знань, прихильники цього підходу стверджують, що вона охоплює пізнавальну діяльність, яку здійснюють лікарі-слухачі циклу підвищення кваліфікації чи спеціалізації не лише позааудиторно, а й на лекціях, семінарських заняттях, індивідуальних співбесідах із викладачами, залаїках, іспитах тощо. Тобто, самостійна робота, згідно з таким баченням, охоплює всі види і форми навчального процесу.

За своєю суттю самостійна робота є активною розумовою діяльністю лікаря-слухача циклу підвищення кваліфікації чи спеціалізації, пов'язаною з виконанням навчального завдання. Наявність завдання і цільової установки на його виконання вважають характерними ознаками самостійної роботи. Завдання, які доводиться вирішувати лікарю в навчальній діяльності, стосуються таких її сфер: засвоєння матеріалу теми, яка розглядається на лекції (робота з конспектом лекції, рекомендованою навчальною літературою); конспектування фундаментальних робіт відповідно до програми навчальної дисципліни; розв'язування завдань, проведення лабораторних робіт, експериментів, дослідів тощо; підготовка рефератів, контрольних завдань, фіксованих виступів (доповідей) на семінарських заняттях, клінічних розборах, патологоанатомічних конференціях тощо. Усі перераховані елементи навчального процесу є самостійною роботою, оскільки лікарів під час навчання здійснюють їх певною мірою індивідуально, в поза аудиторний час.

ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СТАН ТА ОСНОВНІ ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В УКРАЇНІ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-14:20

Організатор: ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Ступінчаста ентросорбція в комплексному лікуванні алергодерматозів

Доповідачі: Кутасевич Я.Ф., Олійник І.О., Мангушева В.Ю.

Тема: Основні задачі шкірно-венерологічної служби на сучасному етапі

Доповідач: Степаненко В.І.

Тема: Інфекційні дерматози. Перспективи лікування

Доповідач: Волкславська В.М.

Тема: Дерматологія «катастроф»

Доповідач: Літус О.І.

Тема: Термінологічні критерії, як оцінка підходу до лікування хронічних дерматозів

Доповідач: Калюжна Л.Д.

Тема: Особливості менеджменту епітеліальних преанцерозів шкіри

Доповідач: Ошвишова О.О.

Тема: Аналіз поліморфізму генів TLR як патогенетичних чинників акне

Доповідач: Петренко А.В.

Тема: Урогенітальний хламідіоз та мікоплазмоз – новітні підходи до лікування

Доповідачі: Мавров Г.І., Іващенко Л.В., Щербакова Ю.В.

Тема: Інфекції, що передаються статевим шляхом в Україні

Доповідач: Гутнев О.Л.

Тема: Профілактика та лікування ускладнень урогенітального мікоплазмозу

Доповідачі: Унучко С.В., Осінська Т.В., Губенко Т.В.

Тема: Особливості сифілітичної інфекції на сучасному етапі

Доповідачі: Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М.

Тема: Особливості вірусної патології у осіб уразливих груп населення

Доповідач: Щербакова Ю.В.

Тема: Сучасні особливості мікробіоцинозу урогенітального тракту у хворих з трихомонадною інфекцією

Доповідачі: Джораєва С.К., Щербакова Ю.В.

Тема: Акне: труднощі та особливості терапії

Доповідач: Бронова І.М.

Тема: Діагностика сифілісу: проблеми та перспективи

Доповідач: Кутова В.В., Білоконь О.М.

Тема: Громадська дерматовенерологія – сучасний підхід до організації дерматовенерологічної служби

Доповідач: Короленко В.В., лікар-дерматовенеролог, доцент НМУ ім. О.О.Богомольця, віце-президент Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів

Тема: Надання дерматовенерологічної допомоги в м. Києві

Доповідачі: Корнієнко В.В., Хиліньський М.М.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДУ ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ I602S ТОЛ-ПОДІБНОГО РЕЦЕПТОРУ 1 (TLR1)

Білозоров О.П., Частій Т.В., Мілютіна О.Й.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Визначення поліморфізму I602S TLR1 за С.М. Johnson et al. (2007) проводиться методом поліморфізму рестрикційних фрагментів після утворення амплікону довжиною 1300 нп. При синтезі фрагменту ДНК такої довжини збільшується частота негативних результатів ампліфікації. У зв'язку з цим метою дослідження була модифікація метода для зменшення довжини амплікону, який піддається рестрикції.

Мета. Оптимізація методу визначення поліморфізму I602S TLR1 за рахунок використання нових праймерів для ампліфікації.

Матеріали і методи. Ампліфікацію проводили за стандартними умовами на апараті «Терцик», амплікон піддавали рестрикції PstI протягом ночі, аналіз продуктів рестрикції проводили електрофорезом в агарозі. Проведено дослідження 70 зразків, отриманих у хворих на дерматози та контрольних осіб.

Результати та їх обговорення. Аналіз послідовності ДНК та підбір праймерів було проведено по базах даних NCBI, особлива увага була приділена забезпеченню високої специфічності праймерів, враховуючи значну подібність послідовностей генів TLR1 TLR6. При застосуванні

розробленої системи праймерів синтезується амплікон довжиною 954 нп. Якщо його послідовність кодує серин в 602 положенні TLR1, при рестрикції утворюються фрагменти довжиною 790 нп та 154 нп. У випадку кодування в цьому ж положенні ізолейцину довжина амплікону не змінюється. Застосування оптимізованого методу показало його високу ефективність.

Висновки. Оптимізована методика визначення поліморфізму I602S TLR1 за рахунок впровадження нової системи праймерів, це забезпечує довжини амплікону і спрощує проведення ПЛР.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИХОВАНИХ ФОРМ СИФІЛІСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М., Кутова В.В., Мужичук В.В., Щербакова Ю.В., Безрученко О.А.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Збільшення кількості прихованих форм сифілісу за останнє десятиріччя потребує вивчення клініко-епідеміологічних особливостей прихованого сифілісу для подальшого впровадження нових адекватних протиепідемічних заходів.

Мета дослідження. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості прихованого сифілісу в сучасних умовах.

Матеріали і методи. В основну групу дослідження було включено 43 пацієнта з прихованими формами сифілісу, віком від 22 до 74 років. Всім хворим проводилося: реакцію мікропреципітації, реакцію прямої гемаглютинації, реакцію імунофлюоресценції та імуноферментний аналіз.

Отримані результати. Група складалася з 13 чоловіків і 30 жінок. Середній вік чоловіків – 37,1 рік, жінок – 39,7 років. По соціальному походженню пацієнти розподілялися: працюючих пацієнтів 88,3% (38 чоловік), не працювали 11,6% пацієнтів (5 пацієнтів). Серед хворих, що перебували в шлюбі було 62,8% пацієнтів. Причому більшість склали жінки 70,0%. На долю хворих, що не перебувають в шлюбі доводиться досить високий відсоток – 37,1% (чоловіків – 53,7%, жінки – 26,9%). Серед осіб, що мешкають поза браком, розлучених, одвоїлих більшість складають чоловіки. Серед одвоїлих пацієнтів виявлені тільки жінки – 2,3%. Практично усі хворі були виявлені в медичних установах різного профілю (у соматичних стаціонарах, при васерманізації вагітних в жіночих консультаціях, при проведенні профілактичних медоглядів). Серед соматичних захворювань, великий відсоток складають хвороби серцево-судинної системи та центральної нервової системи, що характерно для тривалого перебування бліді трепонеми в організмі.

Висновки. Таким чином, хворі на прихований сифіліс потребують обов'язкового консультування у суміжних спеціалістів.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ТА ГЛУТАТІОНОВОЇ ЛАНКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З М. GENITALIUM

Бондаренко Г.М., Губенко Т.В., Унучко С.В., Осінська Т.В., Федорович Т.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Вивчення рівнів протизапальних цитокінів і показників глутатіонові ланки антиоксидантної системи у хворих з *Micoplasma genitalium*.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 85 хворих на урогенітальний мікоплазмоз, у яких за допомогою методу полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) була виявлена *M. genitalium*.

Результати та їх обговорення. Було встановлено, що у пацієнтів з урогенітальним мікоплазмозом відзначалося статистично підвищення рівня протизапальних цитокінів: інтерлейкіну-1β – в 3,1 рази, фактору некрозу пухлин-α – в 2,3 рази, інтерферону-γ – в 3,3 рази, які свідчать про активацію імунної відповіді при *M. Genitalium*. При вивченні показників рівня відновленого глутатіону (ВГ) в еритроцитах було виявлено його зниження у 44,1% хворих. Ці дані свідчать про недостатність клітинних запасів ВГ. Визначення сульфгідрильних груп (SH-груп) у крові хворих на мікоплазмоз показало у 73,5% хворих зниження вмісту SH-груп, що вказує на наявність компенсаторних можливостей неферментативної антиоксидантної системи хворих. Вивчення активності глутатіонзалежних ферментів у плазмі крові та еритроцитах показало, що активність глутатіонредуктази у плазмі крові, і в еритроцитах хворих була достовірно зниженою – в 1,33 і 1,5 рази відповідно (p<0,05). Порушення глутатіонові ланки антиоксидантної системи крові були обумовлені збільшенням утворення активних форм кисню.



Висновки. У хворих на урогенітальний мікоплазмоз при вивченні рівнів прозапальних цитокинів і показників глутатионової ланки антиоксидантної системи встановлено підвищення захисних імунних реакцій та зниження активності системи глутатону.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГОСТРЕНЬ АКНЕ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ОТРИМУВАЛИ РІЗНІ ВИДИ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Бронова І.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета. Вивчити особливості загострень акне у пацієнтів, що отримували різні види патогенетичної терапії.

Матеріали та методи. В групу дослідження увійшли 30 пацієнтів, страдаючих на акне середнього і тяжкого ступеню важкості, що мали значне поліпшення після проведеної терапії.

Пацієнти були поділені на три групи: перша група (10 пацієнтів) отримувала системно антибіотики та зовнішню терапію; друга група (10 пацієнтів) – отримувала системно і антибіотики ретиноїди в поєднанні з зовнішньою терапією; третя група (10 пацієнтів) отримувала системно ретиноїди та емоменти зовнішню. Оцінювалися строки від виникнення стійкої ремісії та до початку загострення, а також кількість в кожній групі.

Результати дослідження. Отримані результати дозволили встановити, що загострення акне мало місце у всіх трьох групах дослідження. В першій групі було зафіксовано загострення дерматозу у всіх хворих: його наступ відмічався по різним даним у строки від 1 до 4 місяців. У другій та третій групі загострення були відсутні 5-12 місяців. Звертає на себе увагу в ході дослідження факт сезонності, який мав місце в другій та третій групі. Більшість пацієнтів у цих групах у період загострення звертались за допомогою частіше в холодну пору року (кінець осені, початок зими). Той же фактор сезонності не мав актуальності при виникненні загострень акне в першій групі, так як воно виникало у пацієнтів і в інші сезони (3 пацієнти – холодна пора року, 7 пацієнтів – теплі місяці).

Висновки. Отримані результати звертають увагу на важливість оптимального об'єму патогенетичної терапії, який має вплив одночасно на різні ланки патогенезу акне, що в свою чергу, є основною умовою подовження періоду клінічної ремісії.

РОЗРОБКА НАПІВГНІЗДОВОЇ ПЛР ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДНК ГРИБІВ З ПАНГРИБКОВИМИ ПРАЙМЕРАМИ

Частій Т.В., Мілютіна О.Й., Білозоров О.П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

При використанні полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з пангрибковими праймерами було виявлено, що цей метод менш чутливий, ніж специфічна ПЛР на ДНК *Trichophyton rubrum*.

Мета. Розробка високочутливої системи визначення ДНК грибів з пангрибковими праймерами.

Матеріали та методи. Для підвищення чутливості ПЛР діагностики з пангрибковими праймерами було застосовано метод напівгніздової (seminested) ПЛР, з використанням в першому раунді праймерів ITS5 та ITS4, а в другому раунді – праймерів ITS3 та ITS4. Тест-систему використовували для діагностики оніхомікозів. ДНК збудників виділяли з клінічного матеріалу (зішкряби зі шкіри та нігтьові пластини), а позитивні контролю – з культур грибів (*Candida spp.*, *Malassezia spp.* та *T. rubrum*). Ампліфікацію проводили на апараті «Терцик», а детекцію продуктів ампліфікації – електрофорезом в агарозі з візуальним аналізом на транслюмінаторі. Дослідження проведено на 30 зразках, отриманих у хворих.

Результати та їх обговорення. Використання додаткового раунду значно підвищує чутливість системи. При її використанні виявлялося додатково 13% позитивних зразків. Необхідно відзначити, що висока чутливість розробленої напівгніздової системи значно підвищує вірогідність хибно позитивних результатів в результаті випадкового попадання у зразок грибів з навколишнього середовища, а також контамінації продуктами ампліфікації. Це вимагає прискіпливого дотримання умов отримання зразків для дослідження, які повністю виключають таку можливість, а також профілактики контамінації. При виконанні цих умов розроблена система може знайти широке застосування для діагностики грибкової інфекції різноманітної локалізації.

Висновки. Розроблено високочутливу напівгніздову ПЛР систему для виявлення ДНК грибів з пангрибковими праймерами, яка може знайти широке застосування для діагностики захворювань, викликаних грибковою інфекцією.

ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ ЦЕНОЗІВ КИШЕЧНИКА ТА ШКІРИ У ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ

Кутасевич Я.Ф., Маштакова І.О., Джораєва С.К., Мангушева В.Ю.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Вивчити зміни у біоті кишечника та шкіри у хворих на алергодерматози як інформативних маркерів неспецифічної резистентності.

Матеріали та методи. Бактеріологічне обстеження кишечника та шкіри 20 пацієнтів з алергодерматозами.

Результати дослідження. Встановлено порушення мікробіоценозу кишечника у всіх хворих: дисбактеріоз I ступеня було виявлено у 10,6 %, II – у 52,6 %, III – у 36,8 %. Найчастіше виявлялося зниження біфідобактерій та лактобактерій – у 31,6 % та 10,5 % відповідно, вміст у кишечнику нормальної кишкової палички – у 15,8 %. У 84,2 % хворих було виявлено зростання кількості умовно-патогенних бактерій (*H. alvei*, *K. pneumoniae*, *Proteus spp.*, *E. aerogenes*), на тлі цих змін у якісному складі: у 31,6 % обстежених виявлялась кишкова паличка з гемолітичними властивостями, частота виявлення грибів роду *Candida* і *S. aureus* – 73,7 % та 10,5 % обстежених. При дослідженні шкіри у 25,0 % хворих було виявлено *S. aureus*; встановлено високу чутливість даних штамів до ванкомицину (100 %), гентаміцину, фузидину (по 90,5 %), ципрофлоксацину (85,7 %), азитроміцину (66,7 %); середню – до доксицикліну, левоміцетину та лінкомицину (38,1 %, 42,8 % та 57,1 % відповідно); та високу резистентність до пеніциліну (80,9 %). Питома вага MRSA за результатами визначення резистентності до оксациліну склала 42,8 %.

Висновки. Порушення колонізаційної резистентності кишечника та шкіри, пов'язане зі зміною складу постійної мікрофлори, сприяє колонізації патогенними та умовно-патогенними бактеріями, що проводить до формування дисбіозу та обтяженню перебігу алергодерматозу. Отримані результати є показником неспецифічної резистентності організму при дії ендо- та екзогенних факторів.

ДИНАМІКА ВИЯВЛЕННЯ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВЕНЕРОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

Джораєва С.К., Гончаренко В.В., Щоголева О.В., Усік І.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Провести порівняльний аналіз виявлення збудників хламідіозів та маркерів хламідійної інфекції серед хворих з різними видами патологій.

Матеріали і методи. У рамках виконання наукової тематика загальна кількість обстежених у 2014 році склала 152, у 2015 році – 180. За нозологічними формами виділено: уретрити та уретропростатити – 155, ендocerвіцити -116, безпліддя -28, суглобова патологія – 33. Діагностика хламідійної інфекції здійснювалась за методом прямої імунофлюоресценції (ПІФ) на діагностичних наборах «РекомбіСлайдХламідія» (Росія), антигена до *C. trachomatis* виявляли у імуноферментному аналізі (ІФА) з використанням вітчизняних наборів.

Результати та їх обговорення. Аналіз отриманих даних демонструє достатньо високу розповсюдженість хламідіозу серед людей репродуктивного віку. Слід відзначити зменшення відсотків виявлення хламідій серед хворих з уретритами (38,4±5,2% проти 59,2±7,3% рік тому). Серед жінок з ендocerвіцитами відсоток виявлення був порівняно спільно: 21,7±6,1% у минулому році проти 16,4±4,9% у нинішньому. При інших нозологіях виявлено достатньо високі проценти, але внаслідок малої кількості обстежених результати статистично невірогідні. Таким чином, за методом ПІФ хламідії виявлено у 33,3±3,7% проти 42,9±4,4% у минулому році. За результатами ІФА імуноглобуліни класу G були знайдені у 33,9±4,3% усіх обстежених проти 38,5±6,0% у минулому році, лише у групі обстежених чоловіків з уретритами, спостерігалось невелике зменшення відсотку виявлення антитіл.

Висновки. Таким чином, продемонстровано зменшення виявлення хламідійної інфекції у порівнянні з минулим роком, що відповідає світовій тенденції. Але у зв'язку з тим, що відсоток виявлення збудника у первинних хворих залишається на рівні 33,3±3,7 %, актуальність даної інфекції не викликає сумнівів.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПЛИВУ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, ЇХ МЕТАБОЛІТІВ ТА ЛІКІВ НА ГЕПАТОБІЛІАРНУ СИСТЕМУ

Губенко Т.В., Унучко С.В., Осінська Т.В., Федорович Т.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Вивчення біохімічних показників функції печінки при терапії інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Матеріали та методи. У дослідженні брало участь 35 хворих (17 пацієнтів



зі змішаною трихомонадно-хламідійною інфекцією, 11 з урогенітальним трихомонозом, 4 пацієнта з урогенітальним мікоплазмозом, 3 хворих з урогенітальним хламідіозом), з них 16 чоловіків і 19 жінок у віці 35,1 ± 4,7. У дослідженні здійснювали моніторинг біохімічних показників крові: аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ), загального білірубину, лужної фосфатази (ЩФ), γ-глутамілтрансферази (γ-ГТФ), загального біліру (Об), активності холінестерази (ХЕ). Дослідження даних показників проводилося перед та в кінці курсу терапії. Статистичну обробку виконували з використанням програм Microsoft Office Excel і пакету Statistica версії 6.0. Достовірність відмінностей визначали за непарним t-критерієм Стьюдента.

Результати та їх обговорення. У хворих визначалося підвищення показників, що відображають ступінь цитолізу гепатоцитів-АсАТ-0,961±0,25, АлАТ-1,21±0,11 (P<0,05). Відхилення в показниках пов'язані з хронічним перебігом ІПСШ, а так само токсичним впливом лікарських засобів. Вплив різноманітних інфекційних метаболітів (антигенів, антитіл, та ін.) призводить до виражених запальних змін в тканинах печінки. Маркери холестази – лужна фосфатаза, холінестерази і γ-глутамілтрансферази, і показники синтетичної функції печінки менш схильні реагувати на масивну антибіотикотерапію.

Висновки. Встановлено токсичний вплив ІПСШ, їх метаболітів, лікарської терапії на функцію гепатоцитів. Біохімічні показники (маркери цитолізу), вказують на порушення з боку гепатобіліарної системи при хронічному, персистуючому перебігу сечостатевої інфекції.

ДЕЯКІ ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВИЯВЛЕННЮ СИФІЛІСУ

Волкoславська В.М., Гутнев О.Л.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Удосконалення надання дерматовенерологічної допомоги хворим в закладах різного рівня на сучасному етапі.

Методи дослідження. Статистичні, епідеміологічні.

Результати та обговорення. В останні роки в Україні відмічається помірне зниження захворюваності сифілісом але спостерігається збільшення пізніх (A52), інших та неуточнених форм сифілісу (A53). За отриманими даними до дерматовенеролога самостійно звернулось по медичну допомогу в Чернівецькій області 46,4% хворих, в Рівненській – 20,6%, в Харківській – 17,1%, в Тернопільській – 16,0% хворих на сифіліс. Цей показник свідчить про рівень обізнаності населення про інфекції, що передаються статевим шляхом. Важливу роль в виявленні сифілісу відіграють скринінгові серологічні обстеження соматичних хворих. Так, за даними 2013 р. відсоток виявлених хворих на сифіліс при цьому в соматичних стаціонарах був в Рівненській області – 42,0%, в Харківській – 37,5%, в Тернопільській – 34,5% та в Чернівецькій – 18,3%. При обстеженні на сифіліс вагітних було виявлено в Рівненській області 18,6% хворих, в Чернівецькій – 3,9% та в Тернопільській і Харківській – 3,7% відповідно. Покращання потребує протиепідемічна робота у вогнищах захворювання.

Висновки. Необхідно налагоджувати міждисциплінарні зв'язки з метою покращання реєстрації сифілісу. Своєчасно отримувати інформацію про хворих на сифіліс з приватних медичних закладів. Забезпечення високої якості санітарної освіти з використанням засобів масової інформації.

ВИВЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ЛІПОСОМАЛЬНОГО АМФОТЕРИЦИНУ

Іванова Н.М., Олійник І.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Тривале застосування високих терапевтичних доз антимікотиків та антибіотиків впливає на організм через токсичність речовин, що застосовуються, наприклад, Амфотерицину В.

Мета. Розробка одержання ліпосомального амфотерицину на основі використання природних ліпідів, визначення його мінімально інгібуючої концентрації, порівняння з розчином Амфотерицину В.

Матеріали та методи. Одержання ліпосомліпосоми одержували методом випарювання ліпідів на вакуумному ротаційному випарювателі з наступним суспендуванням у розчині Амфотерицину В та озвучуванням на диспергаторі УЗДН-А. Озвучування ліпосом проводили при охолодженні до 2-4 С.

Визначення розміру ліпосом: Розмір ліпосом визначали методом турбодиметрії по виміру оптичної щільності досліджуваної ліпідної суспензії в діапазоні хвиль 450-700 нм. Визначення мінімально інгібуючої концентрації Амфотерицину В проводили мікротітраційним способом.

Результати та їх обговорення. При одержанні ліпосомальної форми Амфотерицину був використаний яєчний лецитин, тому що лецитин підвищує пластичність мембран кліток. У результаті визначення мінімально інгібуючої концентрації було встановлено, що ліпосомальний Амфотерицин В був більш

ефективний у відношенні планктонних грибів *Candida. albicans*, чим субстрат Амфотерицину В. Мінімально інгібуюча концентрація Амфотерицину В в ліпосомальній формі зменшувалася у 8 разів в порівнянні з розчином Амфотерицину В. З погляду на його токсичність, зменшення його терапевтичної дози є актуальним.

Висновки. Отримані дані показують, що використання ліпосомальних антимікотиків є більш ефективним щодо грибів і свідчать про можливість їхнього використання в лікуванні шкірних форм дерматомікозів.

КЛІНІКА І ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ХВОРИХ НА УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ХЛАМІДІОЗНА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Мавров Г.І., Івашенко Л.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Вивчення клініки і епідеміології у хворих на урогенітальний хламідіоз. **Матеріали та методи.** Дослідження проведені у 148 хворих на урогенітальний хламідіоз (88 – жінки (59,5%), 60 – чоловіки (40,5%) у віці від 18 до 54 років.

Результати та їх обговорення. Серед хворих на УГХ домінував віковий період 25-35 років, до складу якого входило 65 (43,9%) пацієнтів, у віці 18-24 років – 34 (23,0%), 36-42 роки – 32 (21,6%), 43-54 роки – 17 (11,5%). Підгрупа хворих з торпідним перебігом складала 95 (64,2%) осіб, з асимптомним перебігом – 39 (26,4%), і підгострим – 14 (9,5%). Більшість були соціально-адаптованими – мали постійну роботу або навчання 138 (93,2±2,1%), були одружені 86 (58,1±4,1%). На випадковий незахищений статевий контакт указувало 89 (60,1%) осіб, а 73 (49,3%) пацієнти мали венеричні захворювання в минулому. Частіше хворі мали скарги на болі внизу живота, а також на наявність виділень і дизуричні прояви, ендocerвіцити, сальпінгофорити, ерозія шийки матки в жінок. У чоловіків спостерігався простатит, уретрит, епідидиміт. Було виявлено змішану інфекцію у 129 [(87,2±2,7%): трихомонаду – 73 (49,3±4,1%), уреоплазму – 41 (27,7±3,7%), поєднання трьох збудників: хламідії + уреоплазми + трихомонади – виявлялося у 12 [(8,1±2,2%)] обстежених, умовно-патогенну флору (*Staphylococcus (S. epidermidis, S. saprophyticus, S. warneri), Enterococcus spp., Enterobacteriaceae (E. coli, P. mirabilis + vulgaris)*) – відзначалася у 15 [(10,1±2,5%)] хламідійна моноінфекція складала 19 [(12,8±2,7%)] випадків.

Висновки. З проведеного клініко-епідеміологічного аналізу пацієнтів видно, що спектр проявів захворювання був досить широким і розрізнявся у жінок і чоловіків, а також мав більш розповсюджений характер інфікування у цілому благополучних осіб.

СЕРОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СИФІЛІСА: СУЧАСНИЙ КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД

Кутова В.В., Білокоп О.М., Нікітенко І.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Наказом Міністерства охорони здоров'я України №997 від 22.11.2014 Про затвердження Методичних рекомендацій «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу» в лабораторну практику був введений новий серологічний комплекс. Комплекс який використовувався в нашій країні декілька десятиліть для серодіагностики сифілісу реакція зв'язування комплекменту з кардіоліпіновим (РЗКк) та трепонемним антигеном (РЗКт) повинна бути виведена з практичного використання.

Мета. Порівняльна оцінка серологічних методів діагностики при постановці діагнозу сифіліс.

Матеріали та методи. В дослідженні використані серологічні методи: реакція мікропреципітації РМП, реакція швидких плазмових реакцій РПР(РР), РЗКк, РЗКт, імунохроматографічний метод ІХГ, реакція пасивної гемаглютинації РПГА, реакція імунофлуоресценції РІФ-абс, РІФ-200, імуноферментний метод ІФА, сироватка крові від хворих.

Результати дослідження. Згідно вищезазначеного Наказу, для скринінгових обстежень населення на сифіліс слід використовувати РМП або її модифікацію РПР(РР), замість РЗКк.

При дослідженні 284 сироватки крові від хворих з різними формами сифілісу, отримані порівняльні результати постановки ІХГ, РПГА, ІФА, РІФ-абс, РІФ-200 в поєднанні з РМП або РПР(РР) та з РЗКк, РЗКт. Встановлено, що неаперечно перевагою є співвикористання ІФА або РПГА або ІХГ або РІФ-абс, РІФ-200 з РМП або РПР(РР) як варіант адекватної заміни загальноприйнятого КСР (РЗКк, РЗКт).

Висновки. Закладені в такому поєднанні використання серологічних та імунологічних методів дослідження дає можливість отримання водночас і скринінгу, і підтвердження діагнозу, а також напівкількісного аналізу антитіл, що особливо важливо при контролі за ефективністю терапії.



МІКОЗИ ТА ОНІХОМІКОЗИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

П'ятикоп І.О., Мангушева В.Ю., Матюшенко В.П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Вивчити клінічні особливості мікозів і оніхомікозів у хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Обстежено 58 хворих з діагнозом мікоз стоп і оніхомікоз, віком від 39 до 68 років. Серед досліджуваних хворих жінки склали 57,8%, чоловіки – 42,2%. Пацієнти були розподілені на 2 групи – основну і групу порівняння.

Результати та їх обговорення. До основної групи увійшли 29 пацієнтів з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості, мікозом стоп і оніхомікозами. Мікоз стоп частіше проявлявся у вигляді інтертригінозної форми у 21 (72%) пацієнта в поєднанні з тотальним і субтотальним ураженням нігтьових пластинок – 18 (62%) обстежуваних. У 11 (38%) пацієнтів цієї групи грибокво ураження шкіри поєднувалося з екзематозним процесом, ускладненим вторинною інфекцією.

У 7 (24%) пацієнтів виявили прояви кандидозної інфекції з локалізацією у великих складках шкіри, міжпальцевих складках кистей.

Групу порівняння склали 29 хворих на мікоз стоп з оніхомікозом, але були відсутні ознаки хронічної венозної недостатності. У хворих даної групи переважала сквамозна форма грибового ураження – 15 (51%), часто в поєднанні з дистально-латеральною формою оніхомікозу – у 14 (48%) осіб. Ускладнення вторинною інфекцією і екзематизацією відзначалося у 5 (17%) пацієнтів.

Висновки. Серед клінічних форм мікозів стоп у осіб, які страждають на хронічну венозну недостатність, переважала інтертригінозна форма, яка зустрічалася у 72% обстежуваних. Більш ніж у половині (62% пацієнтів) визначалося тотальне ураження нігтьових пластин, включаючи зону росту. Ускладнення вторинною інфекцією і екзематизацією виявлялося у 38% обстежуваних. Хронічна венозна недостатність ускладнює перебіг мікотичної інфекції.

ОЦІНКА СТАНУ СИСТЕМИ ЗГОРТАННЯ КРОВІ У ХВОРИХ НА ТЯЖКІ ФОРМИ ПСОРИАЗУ

Кондакова Г.К., Олійник І.О., Маштакова І.О., Гаврилюк О.А., Левченко О.О., Семко Г.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Оцінити деякі показники згортальної системи крові хворих на псоріаз із різним ступенем тяжкості захворювання.

Матеріали та методи. Обстежено 99 хворих на псоріаз та 20 здорових осіб. ІА група – хворі на артропатичний псоріаз із вираженими шкірними проявами, ІБ група – хворі на артропатичний псоріаз з мінімальними шкірними проявами, ІВ група – хворі з поширеним тяжким ураженням шкіри, але без ураження кістково-суглобового апарату, ІІ група – хворі на вульгарний псоріаз. Проводилося визначення фібриногену – ваговим методом [48], активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ), розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК), протромбінового індексу – за стандартними уніфікованими методиками (набори «Технологія-Стандарт»).

Результати та обговорення. Відмічено підвищений протромбіновий індекс у всіх групах хворих, який коливався залежно від тяжкості захворювання: при тяжких формах псоріазу РФМК був підвищений на 16,5 %, а у хворих на звичайний псоріаз – на 6 %. Рівень фібриногену у хворих ІА групи був підвищений на 48,87 %, ІБ групи – на 28,3 %, ІВ групи – на 25,72 %, ІІ групи – на рівні контрольних значень. У всіх хворих на псоріаз спостерігалось недостовірне скорочення АЧТЧ.

Висновки. При загостренні псоріазу відмічається розвиток дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, як відповіді на системне імунне запалення. Цей процес значно залежить від ступеня тяжкості захворювання. При більш тяжких та виражених проявах псоріазу спостерігалася внутрішньосудинна активація прокоагулянтної ланки системи гемостазу, про що свідчить надлишкове утворення РФМК.

ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ, ЩО ПОКАРЩУЄ СТРУКТУРУ НІГТЬОВОЇ ПЛАСТИНКИ ТА ПРИСКОРЮЄ ЇЇ ВІДРОСТАННЯ

Олійник І.О., П'ятикоп І.О., Матюшенко В.П., Попова Р.К., Чеховська Г.С.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Підвищення ефективності лікування хворих на оніхомікози за рахунок

використання системних антимікотиків і препарату «Волвіт», що поліпшує структуру нігтьової пластинки і прискорює її відростання.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 40 пацієнтів з оніхомікозами кистей і стоп віком від 34 до 75 років. Пацієнти були розподілені на дві групи. Основну групу склали 30 осіб, що отримували комплексне лікування, яке включало системний антимікотик і препарат «Волвіт». Препарат «Волвіт» застосовувався по 5 мг 1 раз на добу перед їжею протягом всього курсу лікування системним антимікотиком. У контрольну групу увійшли 10 осіб, які отримували терапію системним антимікотиком.

Результати та обговорення. Після 16 тижнів спостереження у контрольній групі показник приросту відростання нігтьових пластин склав 0,42 ± 0,03 см, а в основній групі – 0,98 ± 0,03 см, тобто був більшим у 2,3 разу. Клінічна ремісія та елімінація грибів у хворих основної групи відзначена у більшості пацієнтів на 12-му тижні – 19 осіб (63,3%) і на 10-му тижні – 9 осіб (30,0%). У хворих контрольної групи клінічна ремісія та елімінація грибів спостерігалася у 50 % хворих на 12-й і 16-й тиждень. Прискорення процесу відростання здорового нігтя відбувається за рахунок участі біотину у створенні кератину і його стимуляції синтезу колагену, тому що він є джерелом сірки, а також транспортує її в шкіру та її придатки, і таким чином позитивно впливає на структуру нігтів, що забезпечує скорочення термінів настання ремісії.

Висновки. Розроблений комплекс дозволяє: у більш короткі терміни домогтися клінічної ремісії з елімінацією збудника; поліпшити структуру нігтьових пластин та значно прискорити швидкість її відростання.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОЗНАК РЕЗИСТЕНТНОСТІ TREPONEMA PALLIDUM ДО МАКРОЛІДІВ

Сокол О.А., Мілютіна О.Й.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Ефективна антибактеріальна терапія є ключовим компонентом у лікуванні сифілісу. Не зважаючи на багаторічний успішний досвід застосування пеніциліну, існує необхідність у використанні інших класів антибіотиків. В якості препаратів групи резерву для лікування сифілісу можна відзначити макроліди – антибіотики, основу хімічної структури яких становить макроциклічне лактонне кільце. В літературі зустрічаються дані, які свідчать про те, що у T.pallidum досить часто розвивається резистентність до макролідів. Зазначене може істотно обмежити використання цих препаратів, які бувають необхідними у хворих з ознаками підвищеної чутливості до антибіотиків пеніцилінового ряду, які є основними препаратами, що використовуються для лікування сифілісу.

Мета. Дослідження ознак резистентності T.pallidum до макролідів на підставі рестрикційного аналізу гену 23S rPHK T.pallidum.

Матеріали та методи. Дослідження ознак резистентності T.pallidum до макролідів проводили на підставі рестрикційного аналізу гену 23S rPHK T.pallidum. Для проведення гніздового варіанту ПЛР до ділянок обох генів 23S rPHK T.pallidum в клінічних зразках в першому раунді ампліфікації використовували 2 пари праймерів, які дають амплікони розміром 1593 н.п. Для проведення ПЛР в другому раунді ампліфікації використовували пару праймерів, які дають амплікон розміром 628 н.п. Для проведення рестрикції використовували ендонуклеазу рестрикції MbolI. В якості контролю використовували штамп Нікольса та маркери молекулярної маси. Для проведення досліджень використовували 14 клінічних зразків, які були отримані від хворих з різними формами сифілісу.

Результати та їх обговорення. В результаті вивчення молекулярних маркерів резистентності T.pallidum до макролідів в представленому дослідженні нуклеотидних замінів в гені 23S rPHK T.pallidum виявлено не було. **Висновки.** Враховуючи важливість контролю за чутливістю до антибіотиків штамів T.pallidum, що циркулюють в Україні, можна вважати необхідним продовження дослідження наявності у них маркерів резистентності.

ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ, ЩО АСОЦІЙОВАНІ З ПАРАЗИТАРНИМИ ІНВАЗІЯМИ

Солошенко Е.М., Ярмач Т.П., Шевченко З.М., Стулій О.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

В останні роки з'явилися публікації, в яких розглядаються паразитарні інвазії як чинники, завдяки яким провокується і підтримується хронічний перебіг дерматозів.

Мета. Виявлення антитіл до паразитарних інвазій у хворих на поширені дерматози.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 83 хворих на поширені дерматози у віці від 3 до 75 років. Контрольну групу склали 39 практично здорових осіб. Антитіла до антигенів гельмінтів опісторхису, ехінококу,



токсокари, трихінели виявляли за допомогою ІФА «Гельмінти-Ат-МБА» Тов. «МедБіоАльянс» Україна; антитіла до аскарид – «Vitrotest Anti-Ascaris lumbricoides» ТОВ «ІВК» Рамінтек» Україна; антитіла до лямблій – «Vitrotest Anti – Lamblia Giardia» ТОВ «ІВК» Рамінтек» Україна.

Результати та обговорення. Аналіз проведених досліджень свідчив, що антитіла до паразитарного комплексу виявлено у 49 (59,0%) хворих, при цьому до аскарид – у 24 хворих (28,9%), до лямблій – у 11 хворих (13,25%), до токсокари і ехінококів по 8 хворих (9,6%), до опісторхису – у 6 хворих (7,2%), до трихінел – у 2 хворих (2,4%). До 1 гельмінту антитіла зареєстровані у 42 (50,6 %) хворих, до 2 і більше гельмінтів – у 7 (8,4%) хворих. Найчастіше антитіла до гельмінтів виявлялись у хворих на екзему – у 14 (16,9%), кропивницю – у 11 (13,3%), вугреву хворобу – у 10 (12,0%), алергічний дерматит – у 10 (12,0%). **Висновки.** Часте виявлення антитіл до паразитарного комплексу (59,0%) у хворих на поширені дерматози, зокрема у хворих на екзему (16,9%), кропивницю (13,3%), вугреву хворобу та алергічний дерматит (12,0%), свідчить про необхідність обов'язкового обстеження на паразитарні інвазії усіх хворих на поширені дерматози, проведення консультації паразитолога з подальшим призначенням відповідних терапевтичних та профілактичних заходів.

ЩОДО МЕХАНІЗМІВ ІНДУКЦІЇ АПАПОЗУ У ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ПСОРИАЗ

Солошенко Е.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Згідно однієї із версій головним в патогенезі псоріазу є порушення взаємодії Т-клітин та створених кератиноцитів, коли збільшується кількість активно проліферуючих кератиноцитів, апоптична загибель котрих дуже знижена і як слідство - розвиток гіперпроліферації кератиноцитів, що обумовлює появу на шкірі папул.

Мета. Дослідження фактору апоптозу і виявлення механізмів його індукції.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилось 137 хворих на псоріаз, з яких у 16 – була стаціонарна стадія, а у 121 – прогресивна стадія псоріазу. Інтенсивність фактору апоптозу і вміст ендотеліну-1 досліджували за допомогою імуноферментних тест-систем фірми Biomedica (Австрія), фактор некрозу пухлин в сироватці крові – тест-системою виробництва ВАТ «Протеїновий контур» (Росія). Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакетів прикладних програм STATISTIKA 6,0.

Результати та обговорення. Аналіз проведених досліджень свідчив, що у хворих на прогресивну стадію псоріазу виявлено вірогідне підвищення інтенсивності фактору апоптозу, в той час як у хворих на стаціонарну стадію цей показник вірогідно не відрізнявся від відповідного показника практично здорових осіб. При дослідженні ендотеліну-1 і фактору некрозу пухлин виявлено вірогідне їх підвищення незалежно від стадії перебігу псоріазу, що може свідчити про їх роль в індукції апоптозу.

Висновки. Одночасне підвищення вмісту ендотеліну-1, фактору некрозу пухлин на фоні інтенсифікації фактору апоптозу дозволяє припустити їх вплив на передавання апоптичного сигналу, а саме – на активацію каспаз і на процеси, які відбуваються в мітохондріях та ядрах клітин.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АТИПОВИХ ФОРМ МІКОЗІВ ШКІРИ

Кутасевич Я.Ф., Стулій О.М., Частій Т.В., Матюшенко В.П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Вивчити особливості діагностики атипичних форм мікозів шкіри. **Матеріали та методи.** Обстежено 23 хворих, віком від 22 до 76 років (чоловіків – 10, середній вік – 54,2±3,4 року; жінок – 13, середній вік – 56,2±3,2 роки) з давністю захворювання понад 8 років. 2,6% хворих мали атипичні форми, які у минулому отримували лікування з приводу кератодермії, атопічного дерматиту, епідермодерміту. Для підвищення чутливості ПЛР діагностики з пангрибковими праймерами було застосовано метод гніздної («nested») ампліфікації, з використанням другого туру ампліфікації за

» ПРОДОВЖЕННЯ



ПЕДІАТРІЯ

КРУГЛИЙ СТИЛ «ПРОБЛЕМИ ХВОРОБ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 13:30-15:30

Організатори: ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», Асоціація педіатрів України

ПРОГРАМА

Координатори: Омельченко Л.І., Починок Т.В.
Відкриття круглого столу проф. Омельченко Л.І.

Тема: Недиференційована дисплазія сполучної тканини: проблеми здорової і хворої дитини

Доповідач: *д.м.н., професор Омельченко Л.І.*

Тема: Синдром ДСТ у практиці лікаря генетика

Доповідач: *к.м.н. Михайлець Л.П.*

Тема: Метаболічні особливості у дітей з дисплазією сполучної тканини

Доповідач: *д.м.н., професор Починок Т.В.*

Тема: Особливості імунної відповіді у дітей з ДСТ

Доповідач: *д.м.н. Ошляньська О.А., Вовк В.М.*

Тема: Зміни серцево-судинної системи у дітей з дисплазією сполучної тканини

Доповідач: *д.м.н. Ошляньська О.А., Гиндич Ю.Ю.*

Тема: Гастроентерологічна патологія у дітей з ДСТ: клінічні прояви і лікування

Доповідач: *д.м.н. Муквіч О.М., Лавренчук О.В.*

Тема: Особливості харчування дітей з дисплазіями сполучної тканини

Доповідач: *к.м.н. Бельська О.А.*

ОЦІНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЯМИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Бельська О.А., Петренко Л.Б., Мацкевич Г.М.

**ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»,
відділення хвороб сполучної тканини у дітей, м. Київ, Україна**

Мета. Метою дослідження була оцінка нутритивного (трофологічного) статусу дітей з проявами дисплазії сполучної тканини (ДСТ), які лікувалися у відділенні хвороб сполучної тканини у дітей.

Матеріали і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження дітей з ДСТ. Оцінювався стан харчування способом анкетування за допомогою Міні-шкали (Mini Nutrition Assessment – MNA), адаптованої для дітей, визначався індекс маси тіла (ІМТ) – індекс Кетле, коефіцієнт трофологічного статусу (КТС), а також рівень загальногемоглобіну, альбуміну, лептину в крові.

Результати та обговорення. Було встановлено, що у 28% дітей з ДСТ відсутні будь які порушення трофологічного статусу. Це були діти з переважно легкими та середньої тяжкості проявами ДСТ, які, як правило, не мали ніякої супутньої соматичної патології, середній вік був 4,7 років. В 43,5% випадків констатована помірна ступінь трофологічної недостатності. В цій групі були діти з легким та тяжким перебігом ДСТ, котрі мали супутню, частіше функціональну гастроентерологічну патологію в вигляді функціональної диспепсії, дисфункції біліарного тракту та сфінктеру Одді за панкреатичним типом. Вогнища хронічної інфекції були у кожній четвертій дитини цієї групи, середній вік дітей склав 7,2 роки. Тяжка ступінь трофологічної недостатності була виявлена в 36% дітей з ДСТ, яка клінічно маніфестувала сухістю шкіри, проявами хейліту, ангулярного стоматиту, майже відсутністю підшкірно-жирової клітковини, ламкістю волосся, нігтів, ІМТ у цих дітей був менше 17, КТС від 14 і більше. Середній вік в цій групі пацієнтів – 13,9 років. У кожній дитини з важкими порушеннями нутритивного статусу реєструвались різноманітні прояви вегетативної дисфункції, супутня органічна гастроентерологічна патологія, декілька вогнищ хронічної інфекції (хронічний тонзиліт, карієс зубів та ін.). У дітей з тяжкими порушеннями трофологічного статусу констатована тенденція до гіпоглікемії (середній рівень глюкози крові натщесерд 3,4±0,21 ммоль/л) та зниження рівню лептину (3,5±0,44 нг/мл при нормі від 2,2-27,6 нг/мл для хлопців, 2,2-38,0 нг/мл для дівчат).

Висновки. Результати дослідження свідчать, що діти з середньою важкістю та тяжким перебігом ДСТ, із супутньою органічною патологією шлунково-кишкового тракту мають потребу в корекції нутритивного статусу із включенням в харчовий раціон лікувальних поживних сумішей з високою енергетичною цінністю для профілактики прогресування трофологічної недостатності та метаболічних змін в організмі.

МЕТАБОЛІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Починок Т.В.

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

Мета: вивчити особливості обміну речовин у дітей з дисплазією сполучної тканини (ДСТ).

Матеріали і методи. Обстежено 422 дитини з ДСТ: 120 – віком 3-6 років, 150 – 7-11 років, 152 – 12-18 років. 90 дітей без ДСТ склали контрольну групу: 30 – віком 3-6 років, 30 – 7-11 років, 30 – 12-18 років. Лабораторні дослідження: вивчення ліпідного, мінерального обмінів, показників згортання крові, оксидативного стресу.

Результати та обговорення. Виявлено, що у дітей з ДСТ 7-11 років та 12-18 років є зміни показників ліпідного обміну: підвищення концентрації тригліцеридів, ЛПНЩ та ЛПДНЩ, індексу атерогенності, зниження ЛПВЩ, які з віком зростали. В жирнокислотному спектрі сироватки крові дітей підліткового віку виявлено зменшення Σ нас. жирних кислот (ЖК) за рахунок зниження концентрації пальмітинової та стеаринової жирних кислот. Спостерігалось, також, підвищення Σ ненас. ЖК у дітей з ДСТ у сироватці венозної крові та Σ ПНЖК за рахунок зростання концентрації ліноленової та арахідонової ЖК. У дітей раннього шкільного віку та підліткового з ДСТ виявлена активація процесів перекисного окислення ліпідів, а у дітей пубертатного віку ще і перекисного окислення білків, порушення в системі антиоксидантного захисту (збільшення рівня супероксиддисмутазу і плазмі крові та зниження рівнів каталази у плазмі крові та мембранах еритроцитів). Крім того, у дітей з ДСТ раннього шкільного віку відмічається підвищена активація систем зсідання крові та фібринолізу за даними концентрацій розчинного фібрину та D-димеру, що в 3,5 та 2 рази більша за таку у дітей без ДСТ. Дослідження мінерального обміну показало зниження в плазмі крові дітей з ДСТ основних біоелементів, що обумовлюють нормальну структуру та функцію сполучної тканини (магнію, кальцію, неорганічного фосфору, цинку, міді, селену).

Висновки. Проведені дослідження вказують на те, що діти з ДСТ мають певні метаболічні особливості, які поглиблюються з віком і можуть виступати підґрунтям формування диспластикоасоційованої патології.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ТА ІМУНОПОСЕРЕДКОВАНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Ошляньська О.А., Вовк В.Н.

**ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»,
м. Київ, Україна**

Зростає розповсюдженість дисплазій сполучної тканини (ДСТ) в дитячій популяції, проте їх вкладу у формування загальної захворюваності залишається не уточненим.

Мета. Оцінити особливості захворюваності у дітей з недиференційованими ДСТ у співставленні з порушеннями імунної відповіді.

Методи дослідження. Аналіз особливостей вторинної соматичної патології та захворюваності на гостру інфекційну патологію проведений ретроспективно за даними амбулаторних оглядів дітей з ДСТ та опитувань батьків. Вивчений стан клітинного імунітету (триколірна проточна цитометрія), гуморального імунітету (вміст імуноглобулінів (Ig) в крові та слині за Manchini G, вміст автоантитіл), НСТ-тест.

Результати роботи. Клінічні ознаки ДСТ спостерігались у 37,9% дітей, симптомокомплекс – у 24,7%. Виявлені взаємозв'язки між наявністю ДСТ та патологією опорно-рухового апарату ($r=0,7$), загальною захворюваністю на хронічну соматичну патологію ($r=0,71$). Максимальна частота захворювань шлунково-кишкового тракту та органів дихання відмічена при Марфаноїдному фенотипі ($p<0,05$) у 10-14 р. Хвороби з автоімунним механізмом розвитку реєструвались у 12,1% дітей з ДСТ (частіше, ніж без ДСТ), більше при Елерсо-подібному фенотипі ($p<0,05$), захворюваність на алергічну патологію не відрізнялась від загально-популяційних даних. Вміст провідних субпопуляцій лімфоцитів в крові дітей з ДСТ не відрізнявся від здорових. У 11% відмічена сукупність гуморальних та клітинних маркерів активації автоімунної відповіді. У третини – зменшення вмісту IgA в слині на тлі зростання вмісту сироваткового IgA. Спостережене в більшості зростання спонтанного НСТ-тесту (15,1±1,6 %) зі зниженням функціонального резерву,

у 22,8% –зниження НСТ-тесту, зростання активності фагоцитозу, циркуляція автоантитіл. Зазначені порушення свідчать про незавершеність фагоцитозу і запізнення дозрівання місцевої імунної відповіді, що призводить до більшого ($p<0,1$) ступеню колонізації ротоглотки, сприяє персистенції патогенів і хронізації запальних процесів при ДСТ: в анамнезі рецидивні інфекції шкіри, дихальних шляхів, сечовивідної системи, персистенція герпетичних інфекцій, повторні паразитарні інвазії, гнійні лімфаденіти та парапроктити. Діти з ДСТ втричі частіше ($p<0,01$), ніж діти без ДСТ, спостерігались як часто хворюючі, частіше не була завершена планова вакцинація та відмічена недостатня ефективність додаткової вакцинопрофілактики. Таким чином серед дітей з ДСТ можна виділити дві групи дітей зі змінами імунного статусу: в одній групі їх показники мають риси автоімунітету, другій – імунної недостатності.

ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЯМИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Ошляньська О.А., Гиндич Ю.Ю.

**ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»,
м. Київ, Україна**

Дисплазії сполучної тканини (ДСТ) є важливою проблемою педіатрії у зв'язку зі значною частотою уражень серцево-судинної системи.

Мета. Оцінити частоту і характер уражень серця та судин у дітей з недиференційованими ДСТ.

Методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз змін з боку серцево-судинної системи в обстежених 378 дітей з ДСТ. Дітям виконані ЕхоКГ, ЕКГ за загальноприйнятою методикою, КІГ, РВГ та удосконалене інструментальне дослідження серця – ЕКГ у фазовому просторі.

Результати роботи. Частота виявлення всіх захворювань серцево-судинної системи при ДСТ зростала з віком (14,5% у дітей 3-10 р., 26,13% у підлітків). У 17,68% відмічені функціональні порушення з боку серцево-судинної системи, обумовлені вегетативною дисфункцією. В двох третин дітей з ДСТ виявлені скарги та/чи об'єктивні зміни, що свідчать про судинні порушення. Мікроаномалії розвитку серця реєструвалися у 63% пацієнтів. У 62,2% випадків β_1 (співвідношення першої похідної зісходного та висхідного фрагментів зубця Т усередненого кардіокомплексу I відведення ЕКГ) перевищував показник у дітей без ДСТ, зміни β_1 при ДСТ реєструвались на 20% частіше, ніж порушення реполяризації при стандартній ЕКГ. Виявлені взаємозв'язки між β_1 та ШОЕ ($r=+0,64$), подовженням часу згортання крові ($r=+0,62$), вмістом гама-глобулінів у сироватці крові ($r=+0,6$), концентрацією гемоглобіну ($r=-0,61$). При ДСТ з хронічним тонзилітом β_1 був вищий ($p<0,05$), що обґрунтовує доцільність активної його санації. Більше, ніж у здорових дітей, зростання показника β_1 після проведення проби Руфьє свідчило про зниження толерантності до фізичного навантаження дітей з ДСТ, максимальні зміни відмічені при наявності інтеркурентних захворювань ($p=0,021$), тому оцінка ЕКГ в фазовому просторі може бути підґрунтям при вирішенні питання про обсяг фізичних навантажень. Наявність вегетативної дисфункції та призначення засобів з кардіотрофічними властивостями не впливали на показники ЕКГ в фазовому просторі, тому механізми розвитку виявлених судинних порушень при ДСТ потребують подальшого вивчення.

НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ: ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОЇ І ХВОРОЇ ДИТИНИ

Омельченко Л.І.

**ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»,
відділення хвороб сполучної тканини у дітей, м. Київ, Україна**

Значна поширеність недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) серед дитячого населення, виражений її клінічний поліморфізм і поліорганистність стигм дизембріогенезу обумовлюють надзвичайну актуальність проблеми впливу НДСТ на якість життя здорової дитини та процеси формування і клінічний перебіг хронічної соматичної патології у дитячому віці.

Мета. Вивчення частоти і спектру клінічних проявів НДСТ та особливостей функціональних змін і структури хронічної соматичної патології у дітей шкільного віку.

Матеріали та методи дослідження. В роботі використано мета аналіз результатів комплексних скринінгових оглядів 1887 школярів 1-11 класів м. Києва та Київської області з НДСТ та історій хвороб дітей, що лікувались у дитячому клініко-діагностичному відділенні інституту в 2001-2014 рр.

Результати дослідження. За результатами обстеження НДСТ виявлена у 37,9%

дітей, постійно мешкаючих в Київській області, з них у 81,1% спостерігався гіпермобільний синдром, гіпереластозшкіри – у 97,7%, порушення постави – у 93,4%. У київських школярів НДСТ діагностована у 57,6% дітей, з них гіпермобільний синдром – у 86,9%, гіпереластоз – у 64,7%, порушення постави – у 90,5%, плоскостопість – у 43,4%. У всіх школярів із НДСТ мала місце висока стигматизація – у середньому 7,9 стигми у кожній дитини. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між поширеністю НДСТ і частотою реєстрації порушень серцево-судинної та нервової систем, опорно-рухового апарату, органів травлення, зору, частотою стоматологічних захворювань у дітей. За даними аналізу історій хвороб пацієнтів НДСТ виявлена у 12,7% дітей із системними хворобами сполучної тканини, з них у 18,3% дітей з ЮРА. У 100% пацієнтів виявлені ознаки мікроаномалії розвитку різних органів і систем. Супутні хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (езофагіт, гастроуденіт, біліарна дисфункція, холецистохолангіт, гепатит, коліт, панкреатит) мали місце у всіх дітей з НДСТ. Патологія серцево-судинної системи частіше проявлялась функціональними розладами, що у 66,6% виникали на тлі аномалій клапанно-хордального апарату серця. У значній частини дітей (87%) виявлено превалювання гіперсимпатикотонічної вегетативної реактивності. У переважній більшості (90%) обстежених виявлені неврологічні розлади у вигляді анте-вегетативного синдрому, цефалгій, поліневралгічного синдрому, соматоформної дисфункції.

Висновки. Отримані результати свідчать про необхідність своєчасного виявлення синдрому НДСТ у дітей, проведення їм профілактики диспластико залежної хронічної соматичної патології та доповнення протоколу медичного супроводу здорових дітей положенням щодо моніторингу за станом здоров'я, фізичної та медикаментозної реабілітації цього контингенту дітей в різні вікові періоди.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЮРА НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Ніколаєнко В.Б.

**ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»,
м. Київ, Україна**

Мета. Визначити особливості перебігу ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Матеріали і методи. Проведено аналіз 60 історій хвороб дітей з ЮРА, з них – 30 пацієнтів з ЮРА на тлі НДСТ, що знаходилися на лікуванні в клініко-діагностичному відділенні інституту в 2005-2015 рр. Вивчалися дані клінічного, лабораторно-інструментального обстеження, показники кальцій-фосфорного обміну – загальний, іонізований і білокзв'язаний кальцій сироватки крові; вміст в сироватці крові маркерів метаболізму сполучної тканини (СТ) – глікозаміноглікани (ГАГ), вільний і пептидний оксипролін (ОПР); екскреція кальцію й оксипроліну з сечею. Наявність остеопенічного синдрому підтверджували даними рентгенографії, ультразвукової денситометрії.

Результати дослідження. У пацієнтів з ЮРА на тлі НДСТ, суглобовий синдром характеризувався більш частим моно- та олігоартикулярним ураженням (у 46,6%), підгострим перебігом з переважанням ексудативного компоненту над проліферативним. Наявність НДСТ виявлена у всіх пацієнтів з повільнопрогресуючим перебігом поліартриту з формуванням згинальних контрактур дрібних суглобів кистей рук та ураженням променевоzap'ясткових суглобів, а також у 45,5% пацієнтів з важким перебігом суглобово-вісцеральної форми ЮРА. У 86,7% обстежених дітей інструментально підтверджена наявність остеопенічного синдрому, з них – у 100% пацієнтів з НДСТ. Компресійні переломи хребців на тлі застосування високих доз глюкокортикоїдів діагностовано у 2 пацієнтів з ЮРА на тлі НДСТ. При ЮРА на тлі НДСТ виявлено більш значне зниження в сироватці крові кальцію, зв'язаного з білком [(0,65±0,03) ммоль/л проти (0,57±0,02) ммоль/л у пацієнтів без ознак НДСТ], підвищення екскреції кальцію із сечею. Підвищення вмісту маркерів СТ – ГАГ і ОПР виявлено тільки у хворих з НДСТ та мінімальною активністю запального процесу - найбільш високі значення вмісту сумарного ОПР крові, а також ОПР і ГАГ сечі визначено у 3 хворих з НДСТ та повільнопрогресуючим перебігом поліартрулярного варіанту ЮРА. **Висновки.** Наявність НДСТ у пацієнта з ЮРА визначає більш сприятливий прогноз у відношенні олігоартритів, але асоційована з підвищенням частоти підгострого, торпідного перебігу поліартритів, важкого перебігу системної форми ЮРА, розвитком остеопенічного синдрому і більш частим виникнення переломів хребців. Обґрунтовано доцільність включення в терапію дітей з ЮРА на тлі НДСТ вітамін-Д-кальцієвих комплексів, а також лікарських засобів, що поліпшують метаболізм сполучної тканини (препарати карнітину, лецитину, вітаміну С, рібоксину, АТФ).



СТАН МУКОЦИЛІАРНОГО БАР'ЕРУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНИТАХ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Муквіч О.М.¹, Лавренчук О.В.², Тищенко В.К., Стрижак С.К., Михайлец Л.П.

¹ Державна Установа «Інститут ПАГ НАМН України», відділення хвороб сполучної тканини у дітей, м. Київ, Україна

² КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1» Шевченківського району м. Києва

З кожним роком зростає частота гастроентерологічної патології у дітей, серед якої особливе місце займають хронічні гастродуоденіти (ХГД). Захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ), як органу, що містить найбільшу кількість колагену, набувають особливого характеру (від доброякісних субклінічних форм до поліорганної і полісистемної патології з прогредієнтним перебігом) при поєднанні з мезенхімальною недостатністю. Порушення синтезу окремих компонентів екстрацелюлярного матриксу сполучної тканини обумовлюють зниження її стабільності, стійкості та міцності, що, опосередковано, визначає зміни процесів слизоутворення, репарації мукозальної оболонки шлунка та збільшує ризик формування ерозивних, виразкових процесів у такій категорії дітей.

Мета. Дослідити особливості клінічного перебігу ХГД, стан мукоциліарного бар'єру у дітей з ДСТ на підставі проведення клініко-інструментальних, біохімічних досліджень.

Матеріали і методи. Обстежено 127 дітей з ДСТ, з них 94 з поєднаною патологією ХГД і ДСТ (основна група) та 33 здорові дитини (контроль). Діагноз ДСТ верифікований відповідно критеріїв Т. Мілковської-Дімітрової, Л. Абакумової. Проведені клініко-інструментальні обстеження (ендоскопія, ультразвукові, гідросонографія). Слизопродукуюча функція вивчалась за вмістом в копрофільтратах та слині сіалових кислот (СК) методом Уоррена, фукоз и (метіллентоз) – методом Діше, гексозамінів – реакцією з орзином, білок вимірювали за допомогою кількісного метода О. Lowry.

Результати та обговорення. Отримані результати свідчили, що у 76% дітей основної групи ХГД поєднувались з килами, дивертикулами стравоходу, діафрагми, різних відділів кишечника, аномалією форми і розташування шлунка, дванадцятипалої кишки і жовчного міхура, доліхосігмою, спланхноптозом. Практично у всіх дітей (90,3%) визначали гастроєзофагальний та/або дуоденогастральний рефлекс, у 65,6% – недостатність кардії. Провідними клінічними симптомами у дітей основної групи були больовий, диспепсичний, синдром неспецифічної інтоксикації, вираженість яких мала зворотну залежність від ступеня дисплазії. У дітей з ХГД встановлені зміни слизових компонентів захисного бар'єру. Найбільш схильні до змін були СК як найбільш мобільні структури гелю. Концентрації загальних СК (12,73±2,09) ацетилнейрамінової кислоти/мг білку копрофільтрату, ГАГ (0,827±0,08) мкМ знижена порівняно з групою контролю (p<0,05) та має зворотну залежність від ступеню дисплазії (r=-0,7). При цьому підвищується концентрація вільних, олігозв'язаних СК і гексозамінів, що є продуктами розпаду полімерних структур слизу. Найвищі концентрації фукози (3,146±0,67) мкМ рамнози/мг білку копрофільтрату відмічались у дітей з тяжким ступенем дисплазії, що збільшувало ризик ерозивних процесів у цієї категорії дітей.

Висновки. Встановлено, що у дітей з ознаками ДСТ гастродуоденіти перебігають нетипово, зі стертою клінічною симптоматикою, схильністю до торпідного перебігу та ранньою хронізацією процесу. Важливу патогенетичну роль в цих процесах мають зміни структури слизу, які характеризуються розпадом полімерних структур, пошкодженням слизової оболонки, в результаті чого збільшується вірогідність важких деструктивних змін тканин, що може бути причиною більш важкого перебігу захворювання у цієї категорії дітей.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї, В ЯКІЙ НАРОДИЛАСЬ ДИТИНА З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Бушко Н.І.

Закарпатський обласний центр комплексної реабілітації «Дорога життя», відділення раннього втручання, м. Ужгород, Україна

Мета. Зміцнити соціальні ресурси сім'ї, реалізуючи різні напрямки роботи з сім'єю та створюючи необхідні та важливі умови для повноцінної соціалізації сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами.

Матеріали і методи. Психологічний супровід сім'ї, що виховує дитину з особливими потребами з використанням методів системної сімейної психотерапії, групова та індивідуальна робота з дітьми та батьками.

Результати та обговорення. Система психологічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами, включає наступні напрямки: діагностика розвитку, заняття з дитиною та батьками за індивідуальним планом розвитку, група «Братики-сестрички» із залученням здорових сиблінгів, групи взаємопідтримки «Батьки для батьків», консультації, тренінги, міні-лекції триденні виїзні семінари для сімей. Нами розроблено програми триденних виїзних тематичних семінарів для батьків. Динаміка групової роботи на цих семінарах відрізняється інтенсивністю, глибинністю у розумінні емоційних переживань. Група є закритою, тому кожний учасник почуває себе прийнятим, користується довірою і довіряє сам, відчуває опіку і допомогу. Емоційний зв'язок учасників групи дозволяє їм ідентифікувати себе з іншими та використовувати це при оцінці власних почуттів та поведінки.

Висновки. Психоемоційний стан батьків, якість стосунків та психологічний клімат в родині, не завжди стає предметом втручання спеціалістів. Аналіз роботи та дослідження показують прямо пропорційну залежність впливу психоемоційного стану та мікроклімату в сім'ї на розвиток дитини. Різні форми роботи з сім'єю допомагають батькам справитися з процесом прийняття дитини такою, якою вона є та легше адаптуватися до нової реальності життя.

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ ТА ДОДАТКОВОЇ КОМУНІКАЦІЇ В ПРОГРАМІ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

Кривоногова О.В., Фомічова В.А.¹, Наконечна О.В.²

¹ Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

² КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», м. Одеса, Україна

Мета. Головною метою втручання був розвиток комунікативних вмінь, а також навичок взаємодії, гри та самообслуговування в дитини з розладом аутистичного спектру (РАС).

Матеріали і методи. Було проведено бесіду з батьками, спостереження за поведінкою дитини, проведення тестів CARS та RCDI. З метою розвитку комунікативних вмінь використовували візуальні (жести) та графічні (картки PECS) символи.

Результати та обговорення. Програма розвитку дитини з РАС була заснована на основних принципах раннього втручання. Було виявлено затримку розвитку у всіх сферах функціонування (соціальної, самообслуговування, крупної та тонкої моторики, мовлення, розуміння мовлення). Спостерігались аутоагресія, хаотичні рухи, зацікненість на одному предметі або діяльності, складність переключення уваги, відсутність експресивного мовлення, ехолоалія. Програма втручання складалась з двох частин. Перша була спрямована на розвиток компетентності батьків: розуміння сигналів дитини, розвиток спільної уваги, вміння структурувати простір та діяльність. Другою частиною програми було навчання дитини навичкам альтернативної комунікації. Через 3 місяці хлопець демонстрував позитивні зміни на рівні комунікації: за допомогою жестів навчився вітатися та прощатися, розуміти короткі вербальні інструкції до завдань, встановлював спільну увагу, ініціював та відповідав на комунікативне втручання.

Висновки. Використання засобів альтернативної та додаткової комунікації в рамках програми раннього втручання для дитини з РАС є функціональним ресурсом, розширює можливості в сфері соціальної взаємодії, дозволяє підвищити рівень незалежності дитини в комунікативному процесі та в області пізнання світу.

ВИЯВЛЕННЯ ТА ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Кукуруза Г.В., Циліорик С.М., Пересипкіна Т.В.¹, Дубініна Т.Ю.²

¹ ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН», м. Харків, Україна

² Міністерство охорони здоров'я України

Мета. Валідізація методик ASQ3 та ASQ:SE для скринінг оцінки розвитку дітей від 2 до 36 місяців.

Матеріали і методи. Опитувальники ASQ3 та ASQ:SE, які дозволяють провести скринінг оцінку моторного, когнітивного, мовленнєвого та соціально-емоційного розвитку дітей від 2 до 36 місяців.

Результати та обговорення. Своєчасне виявлення дітей, які мають порушення в розвитку, є першим та дуже важливим кроком в створенні програм раннього втручання та організації ефективної системи комплексної міждисциплінарної допомоги цим дітям. Серед найбільш сучасних та інформативних методик скринінг оцінки розвитку є ASQ3 та ASQ:SE. Скринінг



– це простий, швидкий, доступний, масовий та надійний метод обстеження для виявлення дітей, які потребують більш точної оцінки та діагностичних процедур. В ході дослідження було здійснено офіційний переклад методики ASQ3, ASQ:SE, який передбачав процедуру прямого та зворотного перекладу. Збір інформації для валідізації опитувальників та отримання нормативних показників проведено у чотирьох областях України – Харківській, Львівській, Одеській та Закарпатській.

Висновки. Використання методик скринінг оцінки та моніторингу розвитку дітей перших трьох років життя дозволить своєчасно виявляти та надавати допомогу дітям з ризиком формування порушень психічного розвитку, попереджувати формування в них стійких порушень розвитку та інвалідізація.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕНЕДЖМЕНТУ ПРОБЛЕМ ГОДУВАННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Міщук Т.М.

Навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів, Україна

Мета. Представлення сучасних підходів до менеджменту нутритивних проблем у дітей групи ризику та при порушеннях розвитку

Матеріали і методи. Технологічний прогрес останніх десятиліть забезпечив виживання багатьох немовлят, які раніше були приречені на загибель.

Часто такі діти, на фоні серйозних медичних діагнозів, стикаються зі складними проблемами набуття поетапних навичок прийому їжі. І це може стосуватися як порушень скоординованості орально-сенсорного механізму ковтання, так і розвитку нормальних стереотипів харчування. Робота міждисциплінарної (лікар, фізичний терапевт, логопед, психолог) команди з дитиною, яка має розлади прийому їжі та нутритивного статусу, та її сім'єю в межах послуги Раннього Втручання – це сучасний спосіб надання адекватної допомоги при таких проблемах. При цьому фахівцям важливо володіти як вузькоспеціалізованими знаннями, так і навичками командної роботи.

Результати та обговорення. Ознайомлення із сучасними підходами при вирішенні проблем нутритивного статусу і/чи розладів прийому їжі та їх впровадження дозволяє здійснити різнопланову діагностику та розробити індивідуальний план допомоги дитині та її батькам.

Висновки. Доказано, адекватна нутритивна підтримка дітей із порушеннями розвитку здатна нормалізувати ріст, вагу дитини, покращити здоров'я і якість життя, знизити частоту госпіталізацій, зменшити роздратованість, спастичність, гастроєзовагальний рефлюкс і частоту аспірацій, підвищити сприйнятливості та прогрес у розвитку, покращити загоєння ран. Такий сучасний міждисциплінарний сімейно центрований підхід у роботі потребує широкої імплементації у щоденну практику допомоги дітям групи ризику та дітям з порушеннями розвитку.

НЕВРОЛОГІЯ

СЕМІНАР «СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ»

МАЙСТЕР-КЛАС «КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИХ НЕВРОЛОГІЧНИХ СИНДРОМІВ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 15:30-18:00

Організатор: Кафедра неврології №2 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

ПРОГРАМА

Тема: Сучасні аспекти диференційної діагностики в неврологічній практиці
Доповідач: професор, д.м.н. Ткаченко О.В., зав. кафедрою неврології №2 НМАПО ім. П.Л. Шупика

Тема: Своєчасна діагностика і лікування розсіяного склерозу на різних етапах надання медичної допомоги (до обговорення уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги)

Доповідач: професор, д.м.н. Соколова Л.І. зав. кафедрою неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Тема: Вік, інсульт, деменція

Доповідач: професор, д.м.н. Шкробот С.І. зав. кафедрою неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського

Тема: Особливості перебігу та сучасні підходи до діагностики полінейропатій, які пов'язані з патологією ендокринних органів

Доповідач: доцент, к.м.н. Оржешковський В.В., доцент кафедри неврології №2 НМАПО ім. П.Л. Шупика

Тема: Клініко-неврологічні синдроми в діагностиці лаймбореліозу

Доповідач: доцент, к.мед.н. Новікова О.В., доцент кафедри неврології №2 НМАПО ім. П.Л. Шупика

Тема: Початкові прояви хронічної ішемії мозку

Доповідач: к.мед.н. Трищинська М.А., доцент кафедри неврології №1 НМАПО ім. П.Л. Шупика

МАЙСТЕР-КЛАС: Клініко-лабораторна діагностика паранеопластичних неврологічних синдромів

Проводять: професор, д.мед.н. Ткаченко О.В., зав. кафедрою неврології №2 НМАПО ім. П.Л. Шупика, доцент, к.мед.н. Цьоха І.О., доцент кафедри неврології №2 НМАПО ім. П.Л. Шупика

Розсіяний склероз (РС) – гетерогенне захворювання, на яке страждають більше 2,5 млн. людей у світі. За останні роки поширеність цього захворювання зросла, що пояснюється, з одного боку, більшою тривалістю життя пацієнтів, а з іншого – збільшенням кількості хворих з діагностованим захворюванням на ранніх етапах. У пацієнтів різні прогностичні чинники захворювання, але в цілому РС погано прогнозоване захворювання. Надзвичайно важливим для подальшого прогнозу є своєчасне виявлення хвороби на її початку.

Є обґрунтовані дані, що діагностування РС на початкових стадіях і раннє призначення адекватного патогенетичного лікування дозволяє запобігти виникненню загострень і сповільнює прогресування й інвалідизацію хворих. Лікар загальної практики – сімейний лікар на підставі скарг і загального огляду пацієнта повинен запідозрити можливий РС і забезпечити своєчасну консультацію невропатолога поліклініки, разом з яким сприяти швидкому і повноцінному обстеженню хворого з подальшим направленням пацієнта до спеціалізованого центру з вивчення РС. Ранні ознаки РС, на які необхідно звернути увагу, є втрата або погіршення зору в одному оці разом із болісними рухами очного яблука; подвоєння в очах; прогресуючі порушення чутливості та/або слабкість кінцівок; проблеми з підтриманням рівноваги, нестійкість або незграбність; патологічні відчуття, що поширюються по спині у напрямку зверху вниз, іноді з переходом на кінцівки, при нахилі голови вперед (симптом Лермітта). Потрібно також з'ясувати наявність подібних або інших типів для РС епізодів у минулому.

Перш ніж спрямувати пацієнта, в якого підозрюється РС, до невролога, слід виключити альтернативні діагнози на підставі додаткового обстеження: загальний аналіз крові, визначення маркерів запалення, С-реактивного білка; визначення показників функції печінки, нирок; рівень кальцію; рівень глюкози; визначення показників функції щитоподібної залози; рівень вітаміну В12; серологічні тести на наявність ВІЛ.

Лікар-невропатолог поліклініки направляє пацієнта на МРТ головного або спинного мозку (залежно від симптоматики), бажано з використанням контрастної речовини. Рекоменується використовувати МРТ потужністю не менш, як 1 Тесла. За результатами МРТ вирішується питання про направлення пацієнта до спеціалізованого медичного центру з вивчення РС – закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) третинної медичної допомоги для остаточного визначення діагнозу і розробки тактики лікування.



Сучасний підхід до терапії РС включає симптоматичне лікування, лікування гострих рецидивів та прийом лікарських засобів, які модифікують перебіг захворювання. Симптоматичне лікування застосовується для зменшення вираженості симптомів та ускладнень, обумовлених захворюванням, таких як підвищена втомлюваність, спастичність, атаксія, порушення ходи, слабкість, розлади фізіологічних відправлень тощо.

У випадку загострення хворий з діагностованим РС повинен бути направлений на стаціонарне лікування до ЗОЗ вторинної або третинної медичної допомоги якнайшвидше, але не пізніше як за 14 днів, або, за необхідності, в терміновому порядку. Ефективність пульс-терапії кортикостероїдними препаратами, яку застосовують в таких випадках, зменшується відповідно до збільшення часу до початку лікування.

Лікування, спрямоване на зміну перебігу захворювання, включає імунomodulators (бета-інтерферони, глатірамеру ацетат), моноклональні антитіла, аналоги сфінгозину (фінголімод) та цитостатичні препарати.

Після призначеного лікування у спеціалізованому медичному центрі з вивчення РС хворий повертається додому для продовження лікування в амбулаторних умовах під наглядом лікарів поліклінічної ланки – сімейної практики і невропатолога. Медична допомога пацієнтам з РС має надаватися з використанням скоординованого мультидисциплінарного підходу. До ведення пацієнта мають бути залучені спеціалісти, які найкраще задовольняють потреби людей з РС та які мають досвід лікування РС: консультують неврологи; фізіотерапевти та трудотерапевти; логопеди, психологи, дієтологи, працівники соціальних служб; лікарі загальної практики.

Виконання діагностично-лікувальних алгоритмів на всіх етапах надання медичної допомоги хворим на РС дозволить забезпечити своєчасну діагностику і проведення необхідного лікування, а також зменшити інвалідизацію і покращити якість життя таких пацієнтів.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Ткаченко О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра неврології №2, м. Київ, Україна

Мета. Аналіз і узагальнення сучасних науково-практичних засад деяких аспектів диференційної діагностики в неврологічній практиці.

Матеріал і методи дослідження. Базуючись на даних літератури і результатах власних досліджень проаналізовано особливості клініко-неврологічних характеристик перебігу судинних, інфекційних, пухлинних і паранеопластичних захворювань нервової системи, зокрема аналіз співвідношення типових характеристик і тих, що зазнали трансформації. Досліджено їх діагностичну значущість з урахуванням патоморфозу та даних кореляційних співставлень з результатами параклінічних досліджень зокрема лабораторних і нейровізуальних.

Результати і обговорення. Загалом при неврологічній патології різного генезу типові клініко-неврологічні характеристики здебільшого збережені, але варіанти клінічних проявів урізноманітнилися та почастишали ті, що менш типові або нетипові. Наприклад, звернуло на себе увагу збільшення кількості випадків геморагічних інсультів, клінічні прояви яких є більш характерними для ішемічного характеру процесу. Деякі зміни клініко-неврологічних характеристик, які частішають і набувають риси сталості можна розглядати як прояв патоморфозу, що відбувається під впливом численних факторів, і має бути врахованим при проведенні диференційної діагностики.

Висновок. Попри розширення діагностичних можливостей, постійне удосконалення лабораторної і інструментальної діагностики, зважаючи на процес патоморфозу неврологічних захворювань диференційна діагностика при неврологічній патології залишається складною. Диференційна діагностика має базуватися як на даних клініко-неврологічного, лабораторного і інструментального обстеження і аналізу результатів їх співставлення, так і враховувати процес патоморфозу, а також адаптаційно-компенсаторні можливості організму, що впливають на клінічні прояви і перебіг захворювань.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПОЛІНЕЙРОПАТІЙ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ПАТОЛОГІЄЮ ЕНДОКРИННИХ ОРГАНІВ

Оржешковський В.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра неврології №2, м. Київ, Україна

Мета. Вивчення клініко-параклінічних особливостей перебігу та оптимізація діагностичного алгоритму полінейропатій, які пов'язані з патологією ендокринних органів.

Матеріали і методи. Проведено клініко-неврологічне, лабораторне та нейро-фізіологічне дослідження 129 хворих (90 жінок та 39 чоловіків) з полінейропатіями, що пов'язані з патологією ендокринних органів (цукровий діабет та порушення толерантності до глюкози, патологія щитоподібної залози).

Результати та обговорення. За результатами проведених досліджень були визначені клініко-параклінічні особливості перебігу (скарги, зміни неврологічного статусу, стану вегетативного забезпечення, електроміографічний та лабораторний паттерн) патогенетично різних варіантів уражень периферичної нервової системи при патології щитоподібної залози (аутоімунного та дисметаболічного при гіпотиреозі), а також при різних типах цукрового діабету та порушень толерантності до глюкози. З метою оптимізації діагностичного алгоритму визначення етіологічного фактору та провідного патогенетичного варіанту ураження периферичної нервової системи були окреслені клінічні, електроміографічні та лабораторні показники, які мали б значення для вирішення цієї задачі та визначений кореляційний зв'язок між цими показниками в групах хворих, що визначав характерний клініко-параклінічний паттерн окремих груп.

Висновки. Визначення провідного патогенетичного варіанту ураження периферичної нервової системи при найбільш розповсюджених етіологічних ендокринних (цукровий діабет та порушення толерантності до глюкози, патологія щитоподібної залози) чинників полінейропатії є необхідним для успішного лікування. Для вирішення цієї задачі необхідно включення до діагностичного алгоритму аналізу деяких значущих клінічних, електроміографічних та лабораторних показників.

КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ В ДІАГНОСТИЦІ ЛАЙМБОРЕЛІОЗУ

Новікова О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра неврології №2, м. Київ, Україна

Мета. Вивчення клінічних форм, неврологічних синдромів, та диференційно-діагностичних рис при Лайм-бореліозі (ЛБ).

Тенденція до збільшення чисельності на захворюваність нейроінфекціями зберігається впродовж останніх двох десятиріч. Палітра етіологічних чинників, що спричинюють хвороби людей також зростає. Окремим питанням щодо ураження нервової системи за останні 5-8 років виступає ключовий бореліоз – (ЛБ) збудником якого є *Borrelia burgdorferi*. Відмічається значне зростання захворюваності на ЛБ як в країнах Східної та Центральної Європи так і в Україні (від 4,5-до 5,9 на 100 тис. населення з тенденцією до щорічного збільшення). Клініцистів хвилює поліморфність ураження нервової системи, що має певні особливості та віковий діапазон звернень до невролога – від раннього дитячого до старечого.

Матеріал і методи. Проведено клініко-неврологічне та лабораторне дослідження 23 хворих з ураженням нервової системи при Лайм-бореліозі.

Результати та обговорення. Клінічні форми, що нами спостерігались у 23 пацієнтів (5 із них заперечували присмокування кліща в анамнезі) віком від 7 до 75 років мали таку картину: гострий перебіг з ураженням черепних нервів – 4 (у 3 із них з менінгеальним синдромом), ретробульбарний неврит-2, менінгоенцефаліт -3, енцефаліт-3 (із них у двох пацієнтів дебютував сихомоторним збудженням). Хронічний перебіг ЛБ має клініко-неврологічні синдроми, що відповідали полірадикулонейропатії-2, арахноенцефаліту-2, енцефаломієліту-5, енцефаломієлополірадикулонейропатії-2. При хронічних формах ЛБ досить частим синдромом є екстрапірамідний. Не дивлячись на наявність багаточисельних методів лабораторного дослідження, а також даних МРТ головного мозку підтвердити етіологічну роль саме борелій при даній патології досить складно. Як видно з наведеного, особливістю клініко-неврологічних проявів при ЛБ є широкий діапазон неврологічних синдромів, які притаманні більш «звичним» на перший погляд захворюванням нервової системи і це призводить до клінічних неврологічних помилок.

Висновки. З нашої точки зору найбільш суттєвим та непростим питанням при ЛБ є диференційна діагностика з цілим рядом уражень нервової системи іншої природи. Це такі захворювання, як РС, РЕМ, ОРЕМ, БАС, синдром БАС, паркінсонізм та полінейропатії іншого генезу. Запізнена діагностика та лікування цього захворювання призводить не тільки до різних ускладнень та формування хронічного перебігу, але й часом до смерті пацієнта.

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ І ПАРАКЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ КІНЦІВОК

Ткаченко О.В., Палінська В.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра неврології №2, м. Київ, Україна

Мета. Дослідження клінічних і параклінічних показників стану нервової системи у пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок для

удосконалення діагностики.

Матеріали і методи. Нами проведено клінічне і параклінічне обстеження 45 пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок, які знаходилися на лікуванні в Головному клінічному військовому госпіталі Міністерства оборони України. Всі пацієнти були чоловічої статі молодого і середнього віку. Комплекс обстеження включав: дослідження неврологічного статусу, нейропсихологічне тестування, електронейроміографію (з реєстрацією М-відповіді, швидкості проведення імпульсів по рухових волокнах), рентгенографію, лабораторні дослідження показників крові. Обстеження проводились в терміни від 2 до 60 днів після отриманого поранення.

Результати та обговорення. Було досліджено клініко-неврологічну реалізацію пошкоджень структур нервової системи при вогнепальних пораненнях верхніх і нижніх кінцівок та уточнено її механізми. Враховували багатоваріантність патогенетичних механізмів ураження структур нервової системи при вогнепальних пораненнях кінцівок, зокрема те, що можливо пошкодження власне нервів та нервових сплетін з порушенням їх анатомічної цілісності, з частковим аксональним переривом та без порушення цілісності осевих циліндрів, а також порушення функціонування утворень нервово-м'язового апарату, тобто виникнення нейроцитозису, аксонотоміозису, нейропраксії та вторинних нервово-м'язових розладів.

Висновок. Клініко-неврологічна реалізація ушкоджень периферичних структур при вогнепальних пораненнях кінцівок має як спільні характеристики, так і певну поліморфність, що обумовлено різноманітністю варіантів ушкоджень та багатоваріантністю патогенетичних механізмів.

ПОЧАТКОВІ ПРОЯВИ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ МОЗКУ

Головченко Ю.І., Тріщинська М.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра неврології №1, м. Київ, Україна

Мета. Вивчення стану цереброваскулярної реактивності (ЦВР) у пацієнтів з початковими проявами хронічної ішемії мозку (ХІМ) в залежності від ступеня структурного ураження головного мозку.

Матеріали і методи. Було обстежено 173 особи (44 чоловіки та 129 жінок) середнього віку 50,0±0,45 років, з початковими проявами ХІМ. Особи з судинними факторами ризику (СФР) та відповідними клінічними проявами та без ознак ураження головного мозку ймовірно судинного генезу за даними нейровізуалізації були розподілені у групу 1. У випадку наявності змін на МРТ головного мозку ймовірно судинного генезу не важкого ступеня (дрібні (3-15мм) поодинокі вогнища у білій речовині півкуль ймовірно судинного походження, криблюри, локальний лейкоареоз) без ознак церебральної атрофії пацієнтів було віднесено у групу 2А, у групу 2Б – хворі з ознаками не важкої крікової атрофії і/або розширення бокових шлуночків (зменшення маси мозку).

Всім пацієнтам проводилися загально-клінічні, клініко-неврологічні, клініко-інструментальні та клініко-лабораторні обстеження. Для оцінки функціональної спроможності міогенного механізму ЦВР використовували ортостатичну і антиортостатичну проби. Для оцінки функціональної спроможності метаболічного механізму ауторегуляції застосовували проба із затримкою дихання та проба із гіпервентиляцією. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою програми SPSS 20,0. Значення рівня істотності різниці становив $p < 0,05$ або $p < 0,017$ при попарному порівнянні трьох груп.

Результати та їх обговорення. Нами була проведена оцінка функціональної спроможності метаболічного та міогенного механізму ауторегуляції кровотоку у каротидному басейні. Дані порівняння пацієнтів груп за показниками ЦВР у відповідь на ФНТ метаболічного та міогенного характеру вазодилаторної та вазоконстрикторної спрямованості у каротидному басейні за даними критерію Краскала Уолліса статистично значущо відрізнялися ($p < 0,05$).

По мірі збільшення ступеня ураження головного мозку у пацієнтів з початковими проявами ХІМ спостерігалися нижчі показники індексу реактивності (ІР) в межах ауторегуляторного діапазону і найбільш наближені значення до нижньої його границі (на межі із зривом ауторегуляції). А саме, для проби із затримкою дихання медіана (Q_1-Q_3) ІР в групі 1 склала 1,33 (1,27-1,39), в групі 2А – 1,25 (1,19-1,3), та в групі 2Б – 1,17 (1,13-1,19). Для проби із гіпервентиляцією медіана (Q_1-Q_3) ІР в групі 1 склала 1,35 (1,32-1,46), в групі 2А – 1,29 (1,22-1,35), та в групі 2Б – 1,2 (1,15-1,24). В той же час, ІР у осіб без змін на МРТ (група 1) максимально наближалися та майже досягали верхньої межі діапазону ауторегуляції на межі із посиленою позитивною реакцією.

Аналіз даних ЦВР під впливом вазодилаторних та вазоконстрикторних міогених стимулів показав, що ІР знаходилися в межах ауторегуляторного діапазону, що свідчить про мінімальне напруження ауторегуляторних механізмів. А саме, для антиортостатичної проби $Me (Q_1-Q_3)$ ІР в групі 1 склала 1,45 (1,39-1,58), в групі 2А – 1,35 (1,30-1,40) та в групі 2Б – 1,25 (1,21-1,30). Для ортостатичної проби медіана (Q_1-Q_3) ІР в групі 1 склала 1,55 (1,46-1,65), в

групі 2А – 1,41 (1,37-1,48) та в групі 2Б – 1,28 (1,24-1,35). Видно, що відповідь на вазоконстрикторні міогенні стимули (ортостатична проба) була більше виражена, ніж на вазодилаторні тести (антиортостатична проба).

Висновки. Близькість до меж діапазону ауторегуляції у осіб з різним ступенем ураження головного мозку при початкових проявах ХІМ може свідчити про клініко-діагностичну та прогностичну значимість і розповсюдженість напруження механізмів ауторегуляції мозкового кровотоку у відповідь на метаболічні стимули.

ДО ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦІЄНТОК З ФЕРТИЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Кононець О.М., Ткаченко О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра неврології №2, м. Київ, Україна

Мета. Аналіз і уточнення основних засад неврологічного і нейропсихологічного обстеження у пацієнок з фертильною дисфункцією.

Матеріали та методи. Базуючись на даних літератури і клінічному досвіді досліджено і проаналізовано методологічні підходи до обстеження пацієнок з фертильною дисфункцією. Зокрема розроблено теоретичну основу визначення оптимального обсягу неврологічних, нейропсихологічних, клініко-лабораторних і нейровізуальних досліджень в комплексному обстеженні зазначеного контингенту.

Результати та обговорення. Проблема репродуктивного здоров'я людини не тільки не втрачає свого значення, а стає все більш актуальною. Вона є і медичною, і науково-практичною і соціальною. Проблема фертильних дисфункцій, зокрема багатofакторного процесу жіночого безпліддя передбачає необхідність системного діагностичного підходу. Звичайно, що серед завдань діагностичного процесу при цьому є необхідність виявлення чи виключення органічного генезу безпліддя, зокрема маткового, перитонеального, імунологічного, ендокринного, при запальних та післязапальних процесах в статевих органах тощо. Поряд з цим, зважаючи на патоморфоз багатьох патологічних процесів, який відбувається в останні десятиліття, актуальним є дослідження стану нервової системи, а саме її клінічних і параклінічних характеристик, у пацієнок з фертильними дисфункціями. Важливим є визначення характеристик неврологічного статусу (включаючи показники вегетативного забезпечення), нейропсихологічних характеристик (включаючи конституційну та ситуаційну тривожність, депресивні розлади, стан когнітивної сфери, оцінку особистісних характеристик), нейровізуальну картину структур головного мозку (зокрема структур лімбічно-ретикулярного комплексу, гіпоталамо-гіпофізарної системи), а також їх кореляційні зв'язки з нейрогормональними та гормональними показниками.

Висновок. Дослідження неврологічних, нейропсихологічних та нейровізуальних характеристик в комплексному обстеженні пацієнок з безпліддям має методологічне обумовлення і може виявитись прогностично інформативним.

ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИХ СИНДРОМІВ

Цьоха І.О., Ткаченко О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра неврології №2, м. Київ, Україна

Мета. Аналіз питань діагностики неврологічних паранеопластичних синдромів.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано інформацію з літературних джерел та результати власних клінічних спостережень неврологічних паранеопластичних синдромів, зокрема щодо діагностичної значущості клініко-неврологічних, інструментальних і лабораторних методів обстеження при неврологічних паранеопластичних синдромах.

Результати та обговорення. Актуальність питань діагностики паранеопластичних синдромів взагалі і їх ранньої діагностики зокрема пов'язана з тим, що клініка неврологічних паранеопластичних уражень може виявитись першим проявом пухлинного процесу. Варто враховувати, що при цьому неврологічні прояви не є специфічними, подекуди вони мінімально виражені, їх клінічна картина може включати дисоціації. Клінічну картину можуть формувати не тільки неврологічні зміни але і паранеопластичні зміни інших органів і систем. Поряд з цим, лабораторні дані не завжди відображають наявність паранеопластичного синдрому і можуть бути відстроченими у часі. Зважаючи на це обстеження при підозрі не паранеопластичний генез неврологічної патології має бути комплексним і включати як лабораторне обстеження зокрема задля виявлення певних маркерів, так і обгрунтоване інструментальне обстеження зокрема нейровізуальне (КТ, МРТ, в тому числі скринінгові і з використанням контрастних речовин) тощо.



Висновок. Діагностичний процес при паранеопластичних ураженнях нервової системи має бути комплексним та системним. Потрібно уточнювати дебют та динаміку клінічних проявів, в тому числі з боку інших органів і систем, їх взаємний вплив, результати лабораторного та інструментального скринінгу, за необхідності з подальшим поглибленим обстеженням для виявлення пухлинного процесу. Варто враховувати коморбідність, а також адаптаційно-компенсаторні можливості організму, що впливають на клінічні прояви і перебіг захворювань.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СИНДРОМУ КЕРНСА-СЕЙРА У ДІТЕЙ

Стецюк Р.А., Пянтковська Н.С.

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

Мета. Вивчення клініко-параклінічних характеристик перебігу та оптимізація діагностичної тактики при синдромі Кернса-Сейра у дітей.
Матеріали і методи. Було проведено клініко-параклінічне дослідження 11 дітей (6 дівчаток та 5 хлопчиків) з синдромом Кернса-Сейра.
Результати та обговорення. При неврологічному обстеженні було виявлено, що в усіх пацієнтів захворювання починалося з симетричного птозу з послідовним приєднанням повільно прогресуючої зовнішньої

офтальмоплегії. У всіх дітей було виявлено міопатичні ознаки. Гіпомімія спостерігалася у 4 дівчаток та 3 хлопчиків. Сухожилкові рефлекси були знижені у 5 дівчат та 5 хлопчиків, а у 1 дівчинки сухожилкові рефлекси були відсутні. Атаксія спостерігалася у 5 дівчаток та 3 хлопчиків. При офтальмологічному обстеженні у всіх хворих на очному дні спостерігалася пігментна грануляція. У 5 дівчат та 5 хлопчиків діагностовано погіршення гостроти зору. За даними магнітно-резонансної томографії у 9 дітей відмічалася атрофія кори головного мозку, а у 2 дітей – кальцифікати базальних гангліїв. При проведенні електронейроміографії спостерігалися стереотипові зміни у вигляді різко зниженої амплітуди осциляцій майже до повної відсутності біоелектричної активності у 9 дітей, а у 2 дітей спостерігалася спонтанна дизритмічна низьковольтна активність з амплітудою, що не перевищувала 5-15 мкВ. За даними електрокардіографії неповна блокада ніжок пучка Гіса спостерігалася у 9 дітей, а у 2 – повна атріовентрикулярна блокада. При біохімічному обстеженні сироватки крові у всіх пацієнтів виявлено підвищення концентрації лактата. При гістологічному дослідженні скелетних м'язів було виявлено «рвані» червоні волокна.
Висновки. Застосування комплексного клініко-параклінічного підходу для обстеження пацієнтів з першими проявами птозу дозволить покращити ранню діагностику синдрому Кернса-Сейра.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ У СУЧАСНОМУ СВІТІ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 14:40-18:00

Організатор: ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

ПРОГРАМА

Секція епідеміології, діагностики і профілактики інфекційних хвороб
Головуючі: д.м.н., професор **Задорожна В.І.**, д.м.н. **Сергеева Т.А.**
Тема: Емерджентні вірусні інфекції та ризик їх розповсюдження
Доповідач: *Задорожна В.І.*
Тема: Епідеміологічні аспекти соціально значимих інфекцій
Доповідач: *Сергеева Т.А., Крулов Ю.В., Максименко О.В., Марциновська В.А., Кислих О.М.*
Тема: Проблеми вакцинопрофілактики в Україні
Доповідачі: *Маричев І.Л., Чудна Л.М., Процап О.І.*
Тема: Токсокароз – паразитарний зооноз
Доповідачі: *Шагінян В.Р., Данько О.П., Сопіль Г.В., Дяченко О.О.*
Тема: Сучасна противовірусна терапія пацієнтів з хронічним гепатитом С при третьому генотипі
Доповідач: *Федорченко С.В.*
Тема: Характеристика епідеміологічного сезонного грипу 2015-2016 років
Доповідачі: *Міроненко А.П., Голубка О.С., Радченко Л.В., Смутько О.Ю., Фесенко А.Ю., Хмельницька Г.С., Бабій С.В., Онищенко О.В.*
Тема: Роль метало бета – лактамаз серед множиннорезистентних Грам – негативних неферментуючих бактерій
Доповідачі: *Покас О.В., Малежик І.О.*
Тема: Особливості захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної та не уточненої локалізації серед населення по адміністративним регіонам України
Доповідачі: *Трихліб В.І., Ткачук С.І., Майданюк В.П., Оперчук Н.І.*

Секція лікування інфекційних хвороб

Головуючі: д.м.н., професор **Руденко А.О.**, д.м.н. **Матяш В.І.**
Тема: Імунотропна терапія при герпесвірусних ураженнях нервової системи
Доповідачі: *Руденко А.О., Муравська Л.В., Пархомиць Б.А., Дьяченко П.А., Юхименко О.О., Луценко В.Ю.*
Тема: Характеристика генома штамів V.Cholerae 01/NON 01 за основними генами патогенності
Доповідачі: *Петренко О.В., Алексеенко В.В., Хайтович О.Б.*



ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРУВАННЯМИ, ЩО ПЕРЕБІГАЮТЬ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ В ПЕРІОДІ РЕМИСІЇ.

Самарін Д.В.¹, Тарасова І.А.²

¹Приватний вищий навчальний заклад Київський медичний університет Української асоціації народної медицини, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінка показників зовнішнього дихання у дітей з гострими респіраторними захворюваннями, що перебігають з бронхообструктивним синдромом в періоді ремісії.
Матеріали і методи. Була проведена спірометрія 32 дітям віком від 6 до 14 років на спірометрів Спіролаб MIR II у дітей в яких раніше спостерігалися прояви бронхообструктивного синдрому на тлі ГРЗ.
Результати та обговорення. Встановлено, що якщо у всіх дітей при проведенні вихідного дослідження ознаки бронхообструкції були відсутні. В той же час після інгаляції 2-агоністу (сальбутамол) у 14 осіб (43,75%) визначався суттєвий приріст показників, що вказує на наявність в цих дітей прихованого бронхоспазму.
Висновки. Таким чином відсутність клінічних проявів у дітей з гострими респіраторними захворюваннями, що перебігають з бронхообструктивним синдромом в періоді ремісії не завжди відповідає відсутності бронхообструктивних змін.

ВИВЧЕННЯ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ У ВОДІ ЗБУДНИКІВ КЛЕБСІЕЛЬОЗІВ

Вишнякова Г.В., Лисенко З.А.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Відомо, що механізм передачі інфекції тісно пов'язаний зі здатністю збудників зберігатися у зовнішньому середовищі. Встановлення термінів збереження бактерій у зовнішньому середовищі, умов, при яких вони здатні переживати та розмножуватись, а також ступеню стійкості (або чутливості) їх до дії різноманітних факторів має велике практичне значення, перш за все для наукового обґрунтування заходів, що направлені на переривання шляхів передачі збудника інфекції.

Мета. Дослідити життєздатність клебсіел, збудників ГКІ у прісній та морській воді при трьох варіантах температурних режимів: +24°C; +4°C; -4°C.

Матеріали та методи. Досліджували 36 штамів клебсіел, які знаходяться на зберіганні у музеї патогенних для людини мікроорганізмів ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського НАМН України». Вивчення здатності до виживання клебсіел проводили у прісній та морській воді при трьох варіантах температурних режимів: +24°C; +4°C; -4°C.

Результати та обговорення. Як показали проведені дослідження найбільша загибель мікробних клітин спостерігалася у перші дві доби культивування. На термін виживання впливає доза мікробних клітин. На термін виживання впливає висівна доза мікробних клітин, так при концентрації 100 000 та менше в 1 мл, клебсіели виділялись до 2 діб, при концентрації 300-500 млн. на 1 мл – до 20-ти тижнів та більше. За отриманими даними клебсіели здатні до виживання у прісній воді при температурі -4°C до 13 тижнів та у морській воді лише до 4-х тижнів; при температурі +4°C – деякі штами виділялись протягом 22 тижнів з морської води та до 24 тижнів з прісної; при температурі +24°C – виділялись протягом 20 тижнів з морської води та до 22 тижнів з прісної.

Висновки. Життєздатність клебсіел у прісній та морській воді залежить від вихідної кількості бактеріальних клітин, температури та біологічних властивостей досліджених штамів.

ТОКСОКАРОЗ – ПАРАЗИТАРНИЙ ЗООНОЗ

Шагінян В.Р., Данько О.П., Сопіль Г.В., Дяченко О.О.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначення значимості проблеми токсикарозу в Україні.
Матеріали і методи. Аналіз літературних джерел та даних офіційної статистики.
Результати та обговорення. Токсокароз – тяжка паразитарна інвазія людини, що викликається міграцією личинок кишкових нематод домашніх м'ясоїдних тварин. Паразитоз в основному поширений серед собак і кішок. В останні роки, в зв'язку з прогресуючим зростанням чисельності собак і котів, їх бездоглядним утриманням, масивністю забруднення довкілля інвазованим матеріалом – фекаліями, токсикароз став значною медико-соціальною проблемою в Україні. У м. Києві ураженість токсикарами собак склала 21,9%, цуценят – 87,4%, кішок – 9,5%. Серопозитивність дітей 4-10

Тема: Баланс про- і протизапальних цитокінів у слині дітей з рецидивуючим обструктивним бронхітом в період ремісії
Доповідач: *Юхименко О.О.*
Тема: Біологічна безпека медичного туризму
Доповідачі: *Рақша-Слюсарева О.А., Слюсарев О.А., Слюсарева М.А., Чаусова З.В.*
Тема: Особливості показників зовнішнього дихання у дітей з гострими респіраторними захворюваннями, що перебігають з бронхообструктивним синдромом в періоді ремісії
Доповідачі: *Самарін Д.В., Тарасова І.А.*
Загальна дискусія
Стендові доповіді:
1.Значення Епштейн – Бар вірусу, як фактору , що модифікує перебіг гострих фарингітів у дітей
Самарін Д.В., Дмитрієвський П.О., Юхименко О.О.
2.Поширення в Україні штамів Acinetobacter spp. – продуцентів метало – бета – лактамаз
Покас О.В., Малежик І.О.

БАЛАНС ПРО- І ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У СЛИНІ ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ В ПЕРІОДІ РЕМИСІЇ

Юхименко О.О.¹

¹ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінка балансу про- і протизапальних цитокінів у слині дітей з рецидивуючим обструктивним бронхітом (РОБ) в періоді ремісії
Матеріали і методи. Було проведено дослідження умісту інтерлейкінів 6 і 10 у слині 32 дітей віком від 1 до 14 років з інфекційно-асоційованим РОБ в стадії ремісії та 30 практично здорових дітей відповідного віку імуноферментним методом.
Результати та обговорення. Показано, що не зважаючи на відсутність клінічних проявів, в дітей з РОБ визначаються імунопатологічні зміни, що полягають у підвищенні умісту інтерлейкіну 6 та зниженню рівню інтерлейкіну 10 у слині. Це відповідає посиленню активності прозапальної ланки імунітету в поєднанні з порушенням функціонування стримуючих механізмів.
Висновки. Виявлені порушення розширюють наші уявлення про патогенез РОБ, зокрема існує необхідність що до удосконалення підходів до проти рецидивної терапії дітям з РОБ під час ремісії.

років досягає 10,1%. В Україні за період 2003-2014 років було зареєстровано 2484 випадки токсикарозу, з них – 1062 серед дітей та 1422 – серед дорослих. Серед хворих переважали жінки (62,2%). Найбільш ураженою віковою групою були діти до 18 років (62,2%) та дорослі 19-30 років (18,9%). Більшість заражень припадає на літньо-осінній період, коли кількість яєць у ґрунті і контакт з ним максимальні, а температура і вологість ґрунту сприятливі для їх розвитку.

Основні фактори передачі збудника забруднені яйцями токсикар ґрунт, продукти харчування (зелень, овочі, ягоди), вода, шерсть тварин, немиті руки. Можливо зараження при вживанні в їжу недостатньо термічно обробленого м'яса.

У людини токсикари паразитують тільки на стадії личинок, тому хвора людина не є джерелом інвазії.

Токсокароз характеризується важким, тривалим і рецидивуючим перебігом, що пов'язано з періодичним відновленням міграції личинок токсикар. В органах (легені, печінка, підшлункова залоза, м'язи, очі, головний мозок та інші) личинки можуть зберігати життєздатність до 10 років. Клінічно розрізняють вісцеральний і очний токсикароз

Висновки. Природно-кліматичні умови, зростанням чисельності собак і котів, особливо бездомних, сприяють поширенню токсикарозу у більшості областей України. Необхідно підвищувати обізнаність лікарів та населення.

ІМУНОТРОПНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГЕРПЕСВІРУСНИХ УРАЖЕННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Руденко А.О., Муравська Л.В., Пархомиць Б.А., Дьяченко П.А., Юхименко О.О., Луценко В.Ю.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Лікування герпесвірусних інфекцій залишається дотепер складною проблемою. Тривалий хронічний процес призводить до негативної імунної перебудови організму. Спостерігається розвиток вторинної імунної недостатності, пригнічення реакцій клітинного імунітету, зниження неспецифічного захисту організму, що виражається у зниженій здатності лейкоцитів синтезувати α- та γ-інтерферони (ІФН), гіпоімунглобулінемії, сенсibiliзації до вірусних антигенів.

Мета. Вивчення показників імунного статусу у хворих на герпесвірусні ураження нервової системи при застосуванні в комплексній терапії Галавіту.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 17 хворих з герпесвірусними ураженнями нервової системи. Чоловіків – 5, жінок – 12. Середній вік – 38 ± 13,1 років. Встановлені діагнози: арахноїдит – 3, арахноенцефаліт – 8, енцефаломієлополі-нейропатія – 2, РЕМ – 2, енцефаліт, менінгоенцефаліт – по 1. За залученням в патологічний процес етіологічного чиннику переважали вірус Епштейна-Барр (58,8%), вірус герпесу людини 7-го типу (47,1%) та цитомегаловірус (41,2%), при цьому асоціації герпесвірусів встановлені у 52,9% хворих. Базисна терапія включала противірусні препарати,нейропротектори, симптоматичні засоби. В якості імуномодулятора був використаний Галавіт за наступною схемою: внутрішньом'язево по 2 мл кожену добу на протязі 10 днів. Галавіт являє собою похідне амінофталгдрозіа (5-аміно-1,2,3,4-тетрагідрофталазін-1,4-діона натрієва сіль). Галавіт має імуномодулюючу і протизапальну дію. Його основні фармакологічні ефекти, виявлені при проведенні доклінічних випробувань, обумовлені здатністю впливати на функціонально-метаболічну активність макрофагів.

Результати і обговорення. З метою клінічної оцінки ефективності Галавіту проаналізована динаміка основних клінічних та неврологічних ознак на фоні лікування. Встановлено, що на 9-10 день лікування спостерігалось поліпшення самопочуття, зникнення або зменшення більшості скарг.

При вивченні впливу терапії на динаміку імунологічних показників були визначені зміни в основних показниках імунітету до початку лікування. Це зниження загальної кількості лімфоцитів CD3⁺ до 55,9±2,1% при нормі 60,5±4,5%, CD4⁺ до 28,1±1,8% при нормі 30,0±5,0%, CD8⁺ до 21,0±1,4% при нормі 24,0±2,0%, імунорегуляторного індексу CD4⁺/CD8⁺ до 0,98±0,4 при нормі 1,3±0,1, CD20⁺ до 7,7±0,8% при нормі 9,0±1,0%, підвищення ЦІК до 130,4±6,8 у.о. (норма 75,0±5,0 у.о.). При повторному імунологічному дослідженні виявлено підвищення відносного вмісту Т-лімфоцитів CD3⁺ з 55,9±2,1% до 60,4±3,2%, CD4⁺ з 28,1±1,8% до 34,2±2,5%, CD8⁺ з 21,0±1,4% до 25,6±1,3% та імунорегуляторного індексу з 0,98±0,4% до 1,24±0,5%. Виявлена також тенденція до зниження рівня ЦІК з 130,4±6,8 у.о. до 115,0±4,1 у.о. та наближення до норми CD20⁺– 8,4±0,5%. Доведена добра переносимість Галавіту.

Висновки. Включення Галавіту до комплексної терапії герпесвірусних уражень нервової системи сприяє зменшенню суб'єктивних та об'єктивних симптомів хвороби. Позитивна динаміка клінічного перебігу на тлі призначення хворим Галавіту супроводжується нормалізацією основних показників клітинної ланки системи імунітету.



БІОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ

Ракша-Слюсарова О.А.¹ Слюсарев О.А.² Слюсарова М.О.², Чаусова З.В.³

¹ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України, м. Київ, Україна

²Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, м. Краматорськ, Україна

³ПВНЗ«Київський університет Української асоціації народної медицини», м. Київ, Україна

Мета. Оцінка біологічної безпечності медичного туризму у сьогоднішньому суспільстві.

Методи та результати. Когнітивний та бібліосемантичний **Результати та обговорення.** Форма оздоровчого туризму, метою якого є медичні заходи організаційно та економічно відрізняється від інших форм туризму, у зв'язку з чим, вона виділена окремо й визначається як медичний туризм.

У теперішній час доставка туристів у найвіддаленіші точки земної кулі, завдяки розвитку транспортних засобів, зокрема, авіації, відбувається за лічені години. У результаті швидкого переміщення, турист найчастіше потрапляє у нові незвичайні для нього клімато-географічні умови без належної підготовки адаптаційних систем організму. Під впливом змінених факторів навколишнього середовища може відбуватись напруження, перенапруження й зрив цих систем. Різка зміна звичного довкілля веде до ймовірного виникнення не лише психоемоційного навантаження, пов'язаного зі звичайними для людини психогенними факторами в період підготовки до туropolіздки, туристичних формальностей, а й до розвитку недостатності системи імунітету. При зниженні опірності організму, він стає легкодоступним для проникнення патогенних мікроорганізмів й розвитку відповідної хвороби. Це особливо небезпечно у медичному туризмі, який охоплює завідомо хворих осіб, у яких ризик додаткових інфекційних захворювань значно підвищується. При цьому, завдяки швидкості переміщення й легкості досягнення будь-якої клімато-географічної точки, при використанні сучасних засобів переміщення, медичний є одним із засобів швидкого розповсюдження інфекційних хвороб й витоку у суспільство нових інфекційних агентів, що є загрозою біобезпеки довкілля.

Висновки. Забезпечення туристичної безпеки є однією з актуальних завдань, що входять до необхідних складових туризму й мають розроблятися не лише міжнародними структурами управління в туризмі, але й органами охорони здоров'я.

ПОШИРЕННЯ В УКРАЇНІ ШТАМІВ ACINETOBACTER SPP. – ПРОДУЦЕНТІВ МЕТАЛО-БЕТА-ЛАКТАМАЗ

Покас О.В., Мележик І.О.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», Київ, Україна

Мета. Визначити розповсюдженість штамів Acinetobacter spp. продуцентів метало-бета-лактамаз (MβL) серед множиннорезистентних до антибіотиків неферментуючих Грам-негативних бактерій (НФГНБ), виділених у госпіталізованих пацієнтів.

Матеріали і методи. Досліджено 744 множинностійких штамів умовно-патогенних мікроорганізмів, виділених у пацієнтів з хірургічних стаціонарів з різних регіонів України, в період 2010-2015 р. з яких представники Acinetobacter spp склали 11,1%. Ідентифікацію проводили з використанням API 20 NE або аналізатора «VITEK 2» (BioMerieux, Франція). Чутливість до антибіотиків визначали диск-дифузійним методом на середовищі Мюллер-Хінтона. Продукцію MβL визначали методом подвійних дисків за синергізмом імipенему та меропенему з ЕДТА.

Результати та обговорення. Встановлено, що частка НФГНБ серед досліджених штамів в 2010-2012 рр. складала 45,1%, а в 2013-2015 рр. 39,0%. З них штамів Acinetobacter spp. виявлено в 14,3% та 50,0% випадках відповідно. Кількість штамів Acinetobacter spp– продуцентів MβL за останні 6 років є стабільно високою (48,5% в 2010-2012 та 56,0% в 2013-2015 р). В той же час, якщо в 2010-2012 р. серед продуцентів MβL 62,5±12,2% та 31,2±3,82% штамів зберігали чутливість до імipенему та меропенему, то в 2013-2015 р. чутливість знизилась до 8,3±5,21% та 3,8±3,66%, відповідно, що свідчить про набуття Acinetobacter spp. додаткових механізмів резистентності. Найбільш ймовірно, відбувається міжвидовий та міжродовий обмін генів карбапенемаз інших типів, характерних як для інших НФГНБ, так і для ентенобактерій. Серед MβL-продукуючих Acinetobacter spp. не виявлено чутливих штамів до ципрофлоксацину, цефтазидиму, цефепіму. Найбільш ефективним антибіотиком був нетілміцин – 64,3±9,0% (p<0,05).

Висновки. Отже, надзвичайно важливою на сьогодні потребує розширення спектру фено- та генотипових методів скринінгу механізмів резистентності А. baumannii з метою швидкого виявлення штамів-продуцентів карбапенемаз та вживання своєчасних заходів для профілактики їх поширення на території України

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНОМА ШТАМІВ V.CHOLERAЕ O1/ NON O1 ЗА ОСНОВНИМИ ГЕНАМИ ПАТОГЕННОСТІ

Петренко О.В., Алексєнко В.В., Хайтович О.Б.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб

ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Провести молекулярно-генетичний аналіз за основними генами патогенності генома штамів V.cholerae O1/non O1, виділених від людей в різні роки в Україні.

Матеріали і методи. Для дослідження взято 104 штами V.cholerae O1: 69 штамів, виділених від людей при спалахах холери в Україні та 35 штамів, виділених у міжспалаховий період; 100 штамів V.cholerae non O1, виділених від людей у 2011-2013 роках. Молекулярно-генетичні властивості вивчали за допомогою методу ПЛР з виявленням генів - ctxA, ace, zot, rstR, rstC, rtxC, tcrpAE, toxR, mshA, wbeT, wbfR, harA, Hly.

Результати досліджень. Проведені молекулярно-генетичні дослідження показали, що 69 штамів V.cholerae O1 мають в своєму геномі основні гени патогенності, крім гену wbfR. В той же час у 7 штамів не було виявлено по декілька генів. Найчастіше не виявлялась пара генів rstR та rstC, що фіксувалось у 5 (7,5%) штамів. У 2 (2,9%) штамів не був виявлений ген tcrpAE. Холерні вібріони можуть втрачати деякі гени без шкоди для свого існування. У геномі штамів V.cholerae O1, виділених у міжспалаховий період не було виявлено генів ctxA, ace, zot, rstR, rstC, rtxC, tcrpAE, wbfR, проте у 100% виявлено гени rtxC, toxR, harA, Hly. У геномі 9 (25,7%) штамів не виявлено гену wbeT, а у 19 (54,3%) штамів не виявлено гену mshA.

Молекулярно-генетичні дослідження генома штамів V.cholerae non O1 показали, що у 100% штамів виявляються гени rtxC і Hly, у 95% штамів гени toxR і harA, у 15% виявлено ген mshA. Всі інші гени патогенності в геномі штамів V.cholerae non O1 були відсутні.

Висновки. Порівняльна характеристика генома штамів V.cholerae O1/non O1 за основними генами патогенності показала, що лише штами, які несуть у своєму геномі основні гени патогенності здатні проявляти вірулентні властивості і викликати клінічні прояви холери.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГРИП ТА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ В М. КІРОВОГРАДІ (2010-2014РР.)

Оперчук Н.І.¹, Задорожна В.І.²

¹ДУ «Кіровоградський обласний лабораторний центр Державної санітарно-епідеміологічної служби України», м. Кіровоград, Україна

²ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб

ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Аналіз захворюваності на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) у м. Кіровограді з урахуванням етіології збудників (2010-2014 рр.).

Матеріали і методи. Статистичні звіти (форми №2,№40), демографічні показники Державної служби статистики України. Методи полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та флуоресцюючих антитіл (МФА).

Результати та обговорення. Динаміка захворюваності на грип та ГРВІ в м. Кіровограді характеризувалася нестабільними рівнями (ГРВІ:2010-30217,1 на 100 тис. населення;2011-25611,3;2012-22709,3;2013-24197,3;2014–27435,6;грип:2010-415,6;2011-403,6;2012-165,9;2013-105,4;2014-253,2). Діти до 17 років хворіли в 69,5%. Дітей 0-4 років серед усіх хворих 33% і 47% серед хворих до 17 років. Госпіталізовано 14893 осіб(4,7%), дітей 0-4 років-44,1%. Летальних випадків-12.(2010р.-9;2011р.-3).МФА досліджено 4764 проби(49,9% позитивних:аденовіруси – 44,8%;віруси парагрипу – 20,6%;респіраторно-синцитіальний вірус – 20,5%;віруси грипу А(Н3N2) – 10,6%;В – 2,5%;А(Н1N1) pdm09– 1%),ПЛР обстежено 365 осіб (36,7% позитивних:А(Н1N1)pdm09-70,1%;А(Н3N2)– 14,1%;В – 11,9%;А–3,7%).

Висновки. У період провідного значення в епідемічному процесі вірусу А(Н1N1)pdm09 зберігався його високий патогенний потенціал, про що свідчить показник летальності в 2010 р. Загальне число хворих і госпіталізованих, той факт, що діти залишаються однією з основних груп ризику, свідчать про медичне і соціальне значення грипу як в певному адміністративному регіоні, так і в масштабах країни. Це обумовлює необхідність широкого впровадження імунізаційної профілактики грипу, що є пріоритетним напрямком у розвинутих країнах світу.

МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ У ХВОРИХ НА НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ТА РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА

Поточилова В.В.

Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Мета. Вивчити характер мікробного забруднення оперативного середовища у хворих на некротичний панкреатит, визначити чутливість мікроорганізмів до антибактеріальних та хіміотерапевтичних препаратів з метою підбору



раціональної антибактеріальної терапії.

Матеріали і методи. Бактеріологічні, статистичні.

Результати та обговорення. Результати дослідження інтерпретували у відповідності до наказу МОЗ України № 167 від 05.04.2007р. Продукцію β-лактамаз розширеного спектру дії (БЛРС) визначали методом «подвійних дисків» (Ейдельштейн М.В. 2001) Рівні захворюваності ВЛІ, за офіційними даними, в Чехословаччині знаходиться на рівні 16,3%, США – 0,5%-1%, Бельгії – 2,9% на 100% пацієнтів.

За результатами досліджень були виділені наступні штами Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, Ps. Aeruginosa, A. baumannii, Enterobacter cloacae, Enterobacter aerogenes, E. Coli, Kl. Pneumoniae, S. Aureus.

Висновки. Виявлена домінуюча мікрофлора та закономірність стійкості мікроорганізмів до цефалоспоринів 3-4 покоління. У карбапенем розвинена 100% стійкість до Enterococcus spp, Kl. pneumonia, E. coli, A. baumannii.

У зв'язку з вищезазначеним необхідно здійснювати контроль за обгрунтованістю використання антибіотиків відповідно до клінічних протоколів, що включають ванкоміцин, цефалоспорины третього покоління та протинаеробні антибіотики для боротьби з VRE, цефалоспорины третього покоління для боротьби з бета-лактамазами розширеного спектра (ESBL), а також хінолони та карбапенемами. Для запобігання виникнення резистентності, полірезистентності.

СТАН ІМУНІТЕТУ ДО КРАСНУХИ У ВАГІТНИХ У М. КИЄВІ

Маричев І.Л., Чудна Л.М., Процап О.І.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб

ім. Л.В.Громашевського, НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначення стану специфічного імунітету до збудника краснухи у вагітних в м. Києві.

Матеріали та методи. Серологічні дослідження по визначенню специфічних імуноглобулінів класу G та M проводили на комерційних тест-системах методом імуноферментного аналізу згідно з інструкцією.

Результати та обговорення. За період з 2013 по 2015 роки було серологічно досліджено 428 сироваток крові від групи вагітних жінок, які планово обстежувались на TORCH-комплекс: у 2013 році – 189 жінок, у 2014 – 117, у 2015 – 122 жінки. Визначення рівня специфічних антитіл класу G до вірусу краснухи є важливим при плануванні вагітності та при її перебігу, оскільки вірусу властива тератогенна дія на плід. Були виявлені антитіла до вірусу краснухи у 86.77% (164) випадків у 2013 році, у 93.3% (108) – у 2014 році та 89.3% (108) випадків у 2015 році. У 2013 році – у 13.23% (25) вагітних жінок, у 2014 – у 6.7% (9) і у 2015 році – у 11.4% (14) не були виявлені антитіла до вірусу краснухи, тобто вони були «серонегативними», що викликає занепокоєння, так як це може свідчити про потенційну небезпеку інфікування плоду під час вагітності і ці жінки повинні бути віднесені до групи ризику. Проходила також обстеження група вагітних жінок, що перебувала в контакті з хворими на краснуху або з підозрою на захворювання: у 2013 році – 23 жінки, у 2014 році – 12 жінок. Згідно даних серологічних досліджень, маркерів первинного інфікування – імуноглобулінів класу M, у вагітних жінок виявлено не було. У сироватці крові цієї групи жінок були визначені лише імуноглобуліни класу G. **Висновки.** Дані серологічних досліджень до збудника краснухи у жінок дітородного віку корелюють з даними аналізу епідситуації по цій інфекції і вказують на те, що проблема керування дитячих інфекцій залишається актуальною у зв'язку із зміщення захворюваності краснухою на старші вікові групи. Низький рівень охоплення щепленнями проти краснухи за останні роки в Україні дає можливість прогнозувати подальше збільшення захворюваності на краснуху серед дорослих і можливість внутрішньоутробного інфікування при вагітності.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІТРИАНУ ВІСПУ В УКРАЇНІ

Задорожна В.І., Чудна Л.М., Маричев І.Л.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб

ім. Л.В. Громашевського, НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Аналіз епідситуації з вітряної віспи в Україні.

Матеріали та методи. Bulletin of the World Health Organization, Weekly epidemiological record, Статистичні форми МОЗ України.

Результати та обговорення. Особливо небезпечна вітряна віспа для новонароджених дітей, чиї матері захворіли на вітряну віспу протягом останнього тижня до пологів або самі діти були інфіковані в перші тижні після народження. У таких дітей вітряна віспа може закінчитися повною інвалідністю або навіть летально (біля 5% випадків). Показник госпіталізації дорослих з вітряною віспою, ускладненою пневмонією, становить 27, енцефалітами – 3,3 на 10 тис. випадків. У дітей енцефаліти виникають з частотою 1,7 на 100 тис. хворих. За період з 1970 р. до 2014 р. поступовий підйом захворюваності на вітряну віспу спостерігався протягом 17 років (1970-1987 рр.), який змінився повільним зниженням, що тривало 13 років (1988-2001 рр.). З 2002 р. знову почався поступовий підйом захворюваності, який триває і зараз. До 2013 р. в

порівнянні з 2010 р. захворюваність зросла у всіх вікових групах приблизно в 2 рази. Аналізуючи вище наведені дані, можна припустити, що циклічність перебігу вітряної віспи становить 13-17 років. Такий значний проміжок часу між циклічними підйомами захворюваності скоріше за все можна пояснити постійним високим рівнем захворюваності, що не забезпечує швидкого накопичення критичної кількості сприйнятливих осіб, необхідної для наступного підйому захворюваності. Найбільше зростання захворюваності на вітряну віспу по Україні відбулося в віковій групі 10-14 років (на 14,17%), найменше у дітей віком до 1 року (7,45%). Проте навіть рівень захворюваності серед дітей до 1 року 844,53 на 100 тис. – в 2013 р. є високим для цієї вікової групи. Саме діти раннього віку найбільш важко переносять вітряну віспу і ускладнення, які можуть виникнути. Спостерігаються лімфаденіти, бешиха, абсцеси і навіть флегмона.

Висновки. У глобальній програмі ВООЗ з імунізації визначено, що контролю над розповсюдженням вірусу Varicella zoster можна досягти лише впровадженням профілактичної вакцинації. В Україні вакцинація проти вітряної віспи лише рекомендована за станом здоров'я і незначний обсяг вакцинації не може впливати в цілому на рівень захворюваності в Україні.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГОСТРІ ІНФЕКЦІЇ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ МНОЖИНОЇ ТА НЕУТОЧНЕНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПО АДМІНІСТРАТИВНИМ РЕГІОНАМ УКРАЇНИ

Трихліб В.І.¹, Задорожна В.І.², Ткачук С.І.³, Майданюк В.П.⁴, Оперчук Н.І.⁵

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут епідеміології і інфекційних хвороб

ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

³Центральний військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

⁴Центральний військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса, Україна

⁵ДУ Кіровоградський обласний лабораторний центр

Держсанепідслужби України, м. Кіровоград, Україна

Мета. Провести порівняльний аналіз рівнів захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (ОІВДП) множинної або не уточненої локалізації серед дорослого населення по адміністративним регіонам України та встановити особливості захворюваності.

Матеріали та методи. Проведено аналіз захворюваності ПВДП множинної або не уточненої локалізації з використанням річних форм звітності № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» за 2005-2014 рр. Дані щодо захворюваності на грип в даному дослідженні не аналізувалися. Статистична обробка даних проводилася за допомогою пакета Statistica 10 корпорації StatSoft. З урахуванням малої вибірки при аналізі різних показників були використані: Median, квартилі Q25 - Q75, min-max.

Результати та обговорення. Найвищі рівні захворюваності серед всього населення України за останні 10 років (на 100 тис. населення) були у: м. Києві (в середньому 27006), Київській (25404), Дніпропетровській (20994,5), Запорізькій (19470,15), Полтавській (18988), Луганській (18789,56), Чернігівській (18985,1), Донецькій (17488,4) та Львівській (17107,16) областях. Найнижчим рівнем захворюваності був у Харківській (8031,8) та Тернопільській (10319,17) областях. З урахуванням коливань рівня захворюваності, коли їх показники знаходились в межах від 25 % до 75 % захворюваності, в цих областях ці показники були в наступних межах: у Києві – від 25251,8 до 28223,8, Київській обл. – від 21474,8 до 27534,7, Дніпропетровській – від 20188,8 до 21371,01, Запорізькій – від 18842,28 до 21199,1, Луганській – від 17692,7 до 20101,59, Полтавській – від 17613,8 до 20425,2. Тобто коливання рівня захворюваності в цих областях переважно було по роках до 3000 на 100 тис., більше всього в Київській обл. – до 6000 на 100 тис. Це свідчить про наявність ряду факторів, які з року в рік постійно діють та сприяють найвищому рівню захворюваності. Коливання рівня захворюваності від min до max за останні 10 років було більше в наступних областях та населених пунктах: в Києві – від 2448,35 до 31830,03 на 100тис., Луганській – від 4621,1 до 21599,42 на 100 тис., Донецькій – від 6519,34 до 19850,4 на 100 тис., Чернівецькій – від 12741,62 до 23275,9 на 100 тис., Івано-Франківській – від 11929,63 до 21184,64 на 100 тис., Київській – від 20151,7 до 28338,25 на 100 тис., Вінницькій – від 14998,5 до 21604,4 на 100 тис. Тобто в цих областях в значній мірі діють змінні фактори, які можуть сприяти значному підвищенню захворюваності в області. В інших областях коливання за цей період було не таким значним. Більш сприятливою була ситуація як з рівнем захворювання, так і з коливаннями по рокам на ці інфекції в Харківській та Закарпатській областях.

Висновки. Найбільш сприятливою ситуацією по рівню захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної етіології загалом є в Закарпатській, Житомирській, Кіровоградській, Рівненській областях. Найменший рівень захворюваності протягом року був в Тернопільській, Харківській, Закарпатській областях. Але в них також найбільший рівень захворюваності був в лютому-березні, мінімальний – в червні-серпні.



ЗНАЧЕННЯ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСУ ЯК ФАКТОРУ ЩО МОДИФІКУЄ ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ ФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ

Самарін Д.В.¹ Дмитрівський П.О.¹ Юхименко О.О.

¹ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України»

Мета. Оцінка значення Епштейн-Барр вірусу (EBV) як фактору, що модифікує перебіг гострих фарингітів у дітей.

Матеріали і методи. Було проведено дослідження реплікації EBV методом ПЛР у носоглотці у 30 дітей віком від 5 до 14 років з гострими фарингітами.

Результати та обговорення. Показано, що частота виявлення реплікації EBV залежить від важкості перебігу гострого фарингіту. Найбільш ймовірною причиною цього є вплив активної реплікації EBV на місцевий імунітет, що відповідно сприяє порушенню відповіді на бактерії-збудники гострого фарингіту.

Висновки. Виявлений взаємозв'язок між активною реплікацією EBV та важким перебігом гострого фарингіту розширюють наші уявлення про взаємозв'язок між бактеріальними збудниками гострих інфекційних захворювань та персистуючими інфекціями. Необхідне подальше вивчення особливостей патогенезу вірусно-бактеріальних мікст-інфекцій.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕПТОМЕНИНГИТАХ

Матяш В.И., Токунова Т.Л., Борцов С.П., Березина Л.В., Панасюк Е.Л., Говорова Д.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», г. Київ, Україна

Медицинский центр инфекционных поражений нервной системы

Озонирование 200 мл физиологического раствора проводилось в отделении на аппарате ОЗОН УМ 80 (Украина, Харьков) в режиме 20 -25 мг/л.

Препарат был использован у 52 больных леptoменингоэнцефалитом на фоне выраженных проявлений неврологической симптоматики, наличия очагов в головном мозге, ликвородинамических нарушений. Этиология заболевания: простой герпес, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барр. Лечение пациентов в течение первых 3-4-х недель проводилось по традиционным протоколам МОЗ Украины в стационарах неврологического профиля. У всех пациентов существенного улучшения не отмечалось, и они на 3-5-й неделе лечения переводились в Центр института.

Озонированный раствор натрия хлорида вводился внутривенно в объеме 200 мл 1 раз в сутки ежедневно 7-10 дней. Количество применяемых препаратов (сосудистых, церебропротективных, глюкокортикоидов) уменьшалось на 20-30%.

Терапевтический эффект оценивался после проведенного курса терапии на 8-10-й дни лечения. У 32 (61,4%) больных наметилась положительная динамика течения заболевания: умеренное уменьшение выраженности неврологической патологической симптоматики; очаговых поражений (парезов, параличей, парестезий), астеновегетативных, ликвородинамических проявлений. Побочных явлений от озонотерапии не отмечалось. Таким образом, озонотерапия может применяться в клинической практике лечения лептоменингоэнцефалитов.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ВНЕГОСПІТАЛЬНІ ПНЕВМОНІЇ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У НАВЧАЛЬНОМУ ЦЕНТРІ

Трихліб В.І.¹, Ткачук С.І.², Майданюк В.П.³

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Центральний військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

³Центральний військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса, Україна

Мета. Встановити особливості захворюваності на внегоспітальні пневмонії у військовослужбовців у навчальному центрі одного з регіонів протягом останніх років.

Матеріали та методи. Проведено аналіз захворюваності та історій хвороб хворих військовослужбовців на внегоспітальну пневмонію. Статистична обробка даних проводилася за допомогою пакета Statistica 10 корпорації StatSoft.

Результати та обговорення. З аналізу захворюваності військовослужбовців строкової служби в 2014-2015 рр., які знаходились в навчальному центрі, серед хвороб 10-го класу Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) перше місце займали ГРЗ (70%), друге місце – гострі тонзиліти (22%), третє місце – пневмонії (8%). Рівень захворюваності на ці інфекції в цій групі, що були призвані восени 2014 р., в першому півріччі 2015 р. знаходився в діапазоні від 0 до 174,43±18,97%, в той час як в аналогічний період 2014

р. – в діапазоні від 0 до 24,69±7,76%. Найбільший рівень захворюваності спостерігався протягом перших 5 тижнів року та з 17 по 22 тиждень.

Захворюваність на ГРЗ у першій половині 2015 р. коливалась від 0 до 157,14±18,2%, в аналогічний період 2014 р. знаходилась в діапазоні від 0 до 24,7±7,8%. Рівень захворюваності на пневмонії військовослужбовців строкової служби в першому півріччі 2015 р. знаходився в діапазоні від 0 до 14,52±5,98%, в аналогічний період 2014 р. – в діапазоні від 0 до 3,09±2,8%.

З аналізу сезонності захворюваності на пневмонію серед військовослужбовців строкової служби у 2008-2010 рр. підвищення кількості госпіталізованих також спостерігалось у березні, червні-липні, грудні, в той же час у 2010 р. більше всього було госпіталізовано в період з червня по липень (навіть більше, ніж в інші місяці).

Висновки. Підвищення захворюваності на ГРЗ у військовослужбовців обумовлено як прибуттям молодого поповнення, так і сезонними факторами. Умови проживання в областях мають вплив на стан імунітету призовників, що в подальшому впливає як на рівень захворюваності, так і на ускладнений перебіг. В останні роки рівень захворюваності на ГРЗ, пневмонію може бути вище в теплу пору року, ніж в холодну, що потребує додаткових заходів на встановлення вірогідних збудників цих захворювань та заходи профілактики. При призові на військову службу більше уваги слід приділяти профілактиці інфекційних захворювань серед військовослужбовців з групи ризику (призваних з Київської, Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Чернігівської, Вінницької областей). Відсоток часто хворіючих в останні роки серед призовників – близько 14%.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТА ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТАХ

Матяш В.И., Борцов С.П., Березина Л.В., Панасюк Е.Л., Говорова Д.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», г. Київ, Україна

Медицинский центр инфекционных поражений нервной системы

Приготовление гипохлорита натрия проводилось в отделении на аппарате ДЕО-01 Феникс-АМП (Украина, Харьков) 600мг/л из раствора 0,9% натрия хлорида в флаконах по 400мл.

Препарат был использован у 18 больных затяжным течением герпетических менингоэнцефалитов на фоне прогрессирования клинической симптоматики несмотря на проводимую до этого этиопатогенетическую терапию. Лечение пациентов в течение первого месяца проводилось по традиционным протоколам МОЗ Украины. У всех пациентов отсутствовал эффект от проводимой терапии, и они на 2-м месяце лечения переводились в Центр института.

Гипохлорит натрия вводился внутривенно в течение 4-х часов в объеме 400мл 1 раз в сутки ежедневно 5 – 7 дней через центральный катетер. Уменьшалось количество вводимых парентерально препаратов (сосудистых, противовоспалительных, глюкокортикоидов, противомикробных).

Терапевтический эффект оценивался на 5-7-й дни лечения. У 14 (77,77%) отмечались: умеренное уменьшение выраженности неврологической патологической симптоматики; очаговых поражений (парезов, параличей, парестезий), астеновегетативных, ликвородинамических проявлений. Побочных явлений от озонотерапии не отмечалось.

Таким образом, гипохлорит натрия может применяться в клинической практике лечения затяжных форм герпетических менингоэнцефалитов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ РОТОГЛОТКИ

Матяш В.И., Борцов С.П., Березина Л.В., Панасюк Е.Л., Говорова Д.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», г. Київ, Україна

Медицинский центр инфекционных поражений нервной системы

Приготовление гипохлорита натрия проводилось в отделении на аппарате ДЕО-01 Феникс-АМП (Украина, Харьков) 300мг/л из раствора 0,9% натрия хлорида в флаконах по 400мл.

Препарат применен для санации верхних дыхательных путей у 25 больных при катаральных респираторных заболеваниях на высоте патологического процесса – 2-7-й дни заболевания. Препарат использовался в виде монотерапии. Полоскание горла проводилось по 50 мл 4-6 раз в сутки.

Терапевтический эффект оценивался на 3-й день терапии. У 92,0% больных нивелировались локальный отек, гиперемия, парестезии, уменьшались подчелюстные и шейные лимфоузлы.

Побочные эффекты от проводимой терапии не отмечались.

То применение препарата гипохлорита натрия в виде монотерапии позволяет провести высокоэффективное лечение острых респираторных заболеваний у 92,0% пациентов.



ТЕРАПІЯ

УКРАЇНСЬКА КАРДІОЛОГІЧНА ШКОЛА ІМ. М.Д. СТРАЖЕСКА «СТРЕС ТА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: НАЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ УКРАЇНИ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-16:00

Організатори: Національна академія медичних наук України, Асоціація кардіологів України, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»

ПРОГРАМА ПЕРШЕ ЗАСІДАННЯ

Тема: Кардіометаболічний ризик в умовах стресових ситуацій та шляхи його подолання

Доповідач: проф. О.І. Мітченко

Тема: Раціональна комбінована терапія – основа сучасного лікування артеріальної гіпертензії

Доповідач: проф. Ю.М. Сіренко

Дискусія: Як ми можемо поліпшити диференційну діагностику і підвищити якість лікування хворих на артеріальну гіпертензію в Україні?

Доповідач: проф. Є.П. Свіщенко

Тема: Практичні аспекти ведення хворих з високим ризиком артеріального і венозного тромбоемболізму в невідкладній кардіології

Доповідач: член-кор. НАМНУ, проф. О.М. Пархоменко, д.м.н. О.І. Іркін

Тема: Фібриляція передсердь та стрес

Доповідач: проф. О.С. Сичов

Тема: АГ при цукровому діабеті

Доповідач: проф. Ю.М. Сіренко

ДРУГЕ ЗАСІДАННЯ

Тема: Сучасні принципи медикаментозного лікування хворих на стабільну ІХС

Доповідач: проф. М.І. Лутай

Тема: Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST – адаптована клінічна настанова, заснована на доказах

Доповідач: проф. В.О. Шумаков

Тема: Сучасні стандарти реперфузійної терапії STEMI пацієнтів. Основні завдання «Регіональної Реперфузійної Мережі»

Доповідач: проф. М.Ю. Соколов

Тема: Фармакологічне лікування хронічної серцевої недостатності

Доповідач: проф. Л.Г. Воронков

Тема: Діагностика та лікування перикардиту: нові рекомендації 2015 року

Доповідач: проф. О.Г. Несукай

Тема: Сучасні підходи до лікування та профілактики емболічних ускладнень в кардіології

Доповідач: д.м.н. С.М. Кожухов

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

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-16:00

Організатор: Кафедра терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

ПРОГРАМА

МАЙСТЕР-КЛАС: Сучасні рекомендації діагностики, лікування та профілактики ускладнень у хворих на цукровий діабет 2 типу на тлі доказової медицини

Доповідач: проф. Швець Н.І., НМАПО імені П. Л. Шупика

Тема: Оцінка кардіопротекторної дії препаратів сульфонілсечовини у хворих на цукровий діабет 2 типу

Доповідач: проф. Чопей І.В., ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України, директор Інституту сімейної медицини, віце-президент Асоціації сімейних лікарів України

МАЙСТЕР-КЛАС: Принципи інсулінотерапії у хворих на цукровий діабет

Доповідач: проф. Бенца Т.М., НМАПО імені П. Л. Шупика

Тема: Клінічний досвід інсулінотерапії хворих на цукровий діабет 2 типу

Доповідачі: Замолотова К.О., Семенюк С.Б., Київський міський клінічний ендокринологічний центр

Тема: Післяопераційні когнітивні дисфункції: цілеспрямована профілактика та корекція

Доповідач: чл.-кор. НАН та НАМН України, проф. Новицька-Усенко Л.В., ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Тема: Фітотерапія хворих на цукровий діабет

Доповідач: академік АНВО, проф. Заремба Є.Х., Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Тема: Особливості ведення хворих негоспітальною пневмонією на фоні цукрового діабету

Доповідач: проф. Чухрієнко Н.Д., ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Тема: Сучасні підходи до лікування кашлю

Доповідач: проф. Бенца Т.М., НМАПО імені П. Л. Шупика

Тема: Нецукровий діабет: сучасний стан проблеми

Доповідач: доц. Пастухова О.А., НМАПО імені П. Л. Шупика

Тема: Сучасні підходи до лікування хронічних дифузних захворювань печінки у хворих на цукровий діабет

Доповідач: проф. Скрипник І.М., ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України

Тема: Сучасні перспективи мікробіотної терапії

Доповідач: ас.Сизенко Г.К., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

МАЙСТЕР-КЛАС: Діагностика та лікування зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози

Доповідач: доц. Гдаль В.А., НМАПО імені П. Л. Шупика

Тема: Анемія хронічного захворювання

Доповідач: Петруша О.О., Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України

МАЙСТЕР-КЛАС: Сучасні аспекти в лікуванні та профілактиці діабетичної хвороби нирок

Доповідач: асис. Климчук Л.Ф., НМАПО імені П. Л. Шупика

Тема: Особливості діагностики, клінічного перебігу та лікування кардіоміопатії ендокринного генезу

Доповідач: ас. Цимбалюк І.Л., НМАПО імені П. Л. Шупика

МІСЦЕ КВЕРЦЕТИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Швець Н.І., Пастухова О.А.

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

Мета. Дослідити безпосередньо протективні можливості кверцетину в комплексній терапії хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) і цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 49 хворих на ЕАГ II ст. у поєднанні з ЦД 2 типу. Середній вік пацієнтів склав 56,1±0,6 років, з них 20 (40,8%) чоловіків і 29 (59,2%) жінок. Тривалість захворювання на ЕАГ становила в середньому 8,9±0,4 років, на ЦД 2 типу – 6,1±0,5 років. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи, в якості базисної терапії призначено раміприл 5-10 мг/добу у поєднанні з амлодіпіном 5-10 мг/добу та цукрознижувальні препарати (метформін, гліклазид або їх комбінація). Хворим групи 2 (n=35) додатково призначався корвітин 0,5 г внутрішньовенно крапельно щодня протягом 10 діб з переходом на пероральний прийом кверцетину в гранулах по 2 г 2 рази/добу протягом 3 місяців.

Результати та обговорення. Застосування кверцетину сприяло достовірному покращенню систолічної (ФВ збільшилась на 8,3% проти 4,6% в групі 1, p<0,05) і діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) (Ем/Ам збільшилось на 53,9% проти 36,1% в групі 1, p<0,05), зменшенню розміру ЛП (на 10,9% проти 9,0% в групі 1, p<0,05) та зворотному розвитку ЛШ (ІММ ЛШ знизився на 21,1% проти 16,6% в групі 1, p<0,05). Додаткове призначення кверцетину також призводило до стабільного зниження ЧСС (на 53,3%, p<0,05), достовірного зменшення кількості екстрасистол, а також більш суттєво підвищувало часові і спектральні показники варіабельності серцевого ритму, ніж застосування тільки базисної терапії. Одночасно відмічалось зменшення мікроальбумінурії (МАУ) на 43,8% (p<0,05).

Висновки. Кверцетин доцільно застосовувати у пацієнтів з ЕАГ у поєднанні з ЦД 2 типу і МАУ для підвищення кардіо- і нефропротекторної ефективності базисної терапії.

КОМПЛЕКСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Бенца Т.М.¹, Замолотова К.О.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Київський городской клінічний ендокринологічний центр, г. Київ, Україна

Мета. Підвищення ефективності лікування неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2).

Методи. Обстежено 27 хворих на ЦД2 віком 52-67 років, з них 15 жінок і 12



чоловіків. Проводилось загально-клінічне дослідження, вивчалися показники ліпідного спектру крові, глікемічний профіль, глікозильований гемоглобін. Стан органів черевної порожнини досліджували на ультразвуковому сканері En Visor C. Для корекції гіперглікемії пацієнти дотримувались дієти, приймали метформін 2000 мг/добу, саксагліптин 5 мг/добу. До комплексного лікування включали гепатопротектор L-орнітин-L-аспартат (в/в крапельно по 10 мл 10 днів, а потім всередину по 1 пакету гранулята 3 рази на день протягом 4 тижнів).

Результати дослідження. У всіх обстежених хворих виявлені абдомінальне ожиріння (АО): індекс маси тіла 34,5±0,9 кг/м², співвідношення ОТ/ОС 1,03±0,05; гіперглікемія, артеріальна гіпертензія та порушення ліпідного обміну (гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія, підвищення рівня холестерину (ХС) ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) та зниження – ліпопротеїнів високої щільності), підвищення активності АЛТ, АСТ (в 4-5 разів), лужної фосфатази (в 2 рази). При УЗД визначались гепатомегалія у 70% пацієнтів, ділянки підвищеної ехогенності, «яскрава печінка», нечіткість судинного малюнка. На фоні комплексного лікування відмічалось вірогідне зниження рівня трансаміназ та загального ХС на 23,6% від початкових значень (в основному за рахунок ЛПНЩ та тригліцеридів). Побічних явищ не відмічалось.

Висновки. АО, дисліпідемія у хворих на ЦД2 асоціюються з НАСГ. Виявлені при УЗД зміни печінки дозволяють зорієнтувати лікаря на призначення цілеспрямованої і ефективної для пацієнта терапії. Включення гепатопротектора L-орнітин-L-аспартату до комплексного лікування призводило до зменшення проявів клінічної симптоматики, покращення функції печінки.

ЗОВНІШНЬО-СЕКРЕТОРНА НЕДОСТАТНІСТЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ ФЕРМЕНТНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Гдаль В.А.

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

Мета. Вивчити результати лікування хворих із зовнішньо-секреторною недостатністю підшлункової залози у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 1 та 2 типів, при застосуванні ферментного препарату панкреатин у мінімікросферах.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 39 хворих, середній вік яких складав 45 років, із зовнішньо-секреторною недостатністю підшлункової залози у пацієнтів з ЦД при застосуванні ферментного препарату панкреатин у мінімікросферах. У 19 хворих мав місце важкий перебіг ЦД, 16 – середньої тяжкості, у 4 спостерігався легкий перебіг захворювання. У всіх пацієнтів за допомогою визначення фекальної еластази-1 діагностувалась зовнішньо-секреторна недостатність підшлункової залози. Усім пацієнтам у залежності від ступеня зовнішньо-секреторної недостатності призначався ферментний препарат панкреатин у мінімікросферах у разовій дозі від 10000 до 50000 ОД ліпази під час їди, тривалістю 21 день.

Результати. У всіх пацієнтів покращилась зовнішньо-секреторна функція підшлункової залози: зменшилась диспептичні прояви, зменшилась кількість випорожнень і збільшилась вага тіла.

Висновок. Таким чином, пацієнтів з ЦД 1 і 2 типів необхідно тестувати на зовнішньо-секреторну недостатність підшлункової залози і при її наявності призначати ферментні препарати панкреатину у мінімікросферах для замісної терапії.

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПРОБЛЕМИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ІНТЕРНІВ-ТЕРАПЕВТІВ

Бенца Т.М.

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

Цукровий діабет (ЦД) належить до найбільш поширених метаболічних захворювань людини, яке характеризується ураженням різних органів і систем організму, що визначає багатокомпонентну по життєву терапію. Кількість хворих у світі стрімко збільшується і ЦД набуває загрозливих масштабів неінфекційної епідемії. Актуальність проблеми полягає не тільки в значному поширенні хвороби, але й у швидкому розвитку ускладнень, які спричиняють інвалідність і смерть хворих.

З метою вдосконалення практичної підготовки інтернів-терапевтів, підвищення їхнього ступеня готовності до самостійної лікарської діяльності у навчальному процесі при викладанні проблеми ЦД застосовуються кілька видів занять. На клінічній лекції розглядаються найбільш складні теоретичні питання ЦД, які потребують глибокого та логічного викладення. На семінарських заняттях велика увага приділяється подальшому

детальному обговоренню усіх теоретичних питань з конкретної проблеми: диференціальній діагностиці, нетиповому перебігу хвороби, протоколам лікування сучасними медикаментозними засобами. Лікар-інтерн повинен уміти діагностувати діабетичні коми, які потребують надання невідкладної медичної допомоги, і здійснювати заходи для порятунку життя пацієнта. Клінічний розбір хворого на ЦД – одна з активних форм навчання, наближена до практичної діяльності лікаря. Інтерн повинен правильно і своєчасно поставити діагноз, вміти обґрунтувати його, оцінити характер перебігу захворювання, призначити обстеження, дати клінічну інтерпретацію аналізів крові та сечі, глікемічного профілю, добової втрати цукру з сечею, глікозильованого гемоглобіну, біохімічних показників крові, ЕКГ. Лікування призначають з деталізацією дієти, у залежності від типу ЦД застосовують інсулін і/або цукрознижуючі препарати. Саме клінічні обговорення стану і самостійна курація хворих є найбільш корисними формами навчання в інтернатурі.

НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ: ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ КАРТИНИ

Чопей І.В., Фейса С.В., Чубірко К.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета. Дослідити клінічно-лабораторні особливості неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у хворих на метаболічний синдром (МС).

Матеріали і методи. Обстежено 82 хворих на НАСГ та МС віком 24-70 років, з них 63 чоловіки (76,83%). Лабораторне обстеження включало: загальні аналізи крові та сечі, глікемічний профіль, глікозильований гемоглобін, білірубін, загальний білок та протеїнограма, трансамінази, лужну фосфатазу, гамма-глутамілтранспептидазу, креатинін, сечовину, ліпідограму.

Результати та обговорення. У хворих реєструвались такі клінічні синдроми: астенічний – 100%, диспепсичний – 80,49%, абдомінально-більовий – 68,29%, гепатомегалія – 95,12%, жовтяниця – 39,02%, геморагії – 6,1%, портальна гіпертензія – 15,85%. У 64,63% були ознаки холестазу, у 79,27% – цитолізу, у 91,46% – мезенхімально-запальний синдром, у 78,05% – гіпер- та дисліпідемія, в 81,71% – гіперглікемія.

Серед чоловіків абдомінальне ожиріння і дисліпідемія відмічалися в 79,27% осіб, артеріальна гіпертензія (АГ) – в 46%, уже на початкових стадіях ожиріння в них була висока активність АСТ, причому важкість НАСГ наростала із збільшенням маси тіла. У жінок навіть при ожирінні 2-3 ст. біохімічні показники вуглеводного та ліпідного обміну (крім загального холестерину) були в нормі. Серед жінок дисліпідемія виявлена лише в 26,3%, АГ – в 36,84%, порушення вуглеводного обміну – в 42,1% випадків.

У 68,25% чоловіків було зниження лібідо, у 47,62% – алопеція, у 17,46% –гінекомастія. Жінки з НАСГ вказували на ранню аменорею (15,79%), неплідність (10,53%), атрофію молочних залоз (21,05%). Розвиток цих ознак може бути зумовлений порушенням метаболізму статевих гормонів у печінці: накопичення або зменшення інактивації естрогенів, біогенних амінів, порушенням функції гіпофізу.

Висновки. Для НАСГ за МС характерними є клінічні прояви, які супроводжуються типовими ознаками цитолізу, холестазу та мезенхімально-запального синдрому. Клініко-лабораторна картина НАСГ характеризується стертістю проявів та статевими відмінностями.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ «НЕЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ» НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»

Пастухова О.А.

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

Оптимізація навчального процесу на етапі післядипломної освіти відповідно вимог до підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Внутрішні хвороби» є актуальною. При проведенні семінарського заняття на тему «Нецукровий діабет» у вступному слові викладач визначає мету, завдання та порядок проведення. Згодом проводиться базисний тестовий контроль знань. Після цього інтерни доповідають етіологію, патогенез, клінічну картину, діагностичні алгоритми, етапи диференціальної діагностики та сучасні підходи до лікування нецукрового діабету (НД). Порівнюються характеристики різних препаратів десмопресину для лікування центральної форми НД. Розглядаються також особливості ведення пацієнтів з іншими типами НД. Усі інтерни активно залучаються до дискусії.

Важливе значення надається формуванню готовності до прийняття самостійного найбільш адекватного рішення в складній діагностичній ситуації, розвитку продуктивного клінічного мислення, творчих здібностей, самоконтролю, вмінню доводити свою точку зору. Для цього лікарі-інтерни

отримують завдання скласти ситуаційні задачі та написати приклади історії хвороби за темою заняття. Для раціонального формування знань застосовуються як традиційні засоби (підручники, посібники, методичні рекомендації, тощо), так й інноваційні методи, що передбачають більш широке використання Інтернету.

Наприкінці семінару проводиться заключний тестовий контроль знань. У заключному слові викладач підсумовує результати заняття, вказує на типові помилки та оцінює знання інтернів.

Висновки. Оптимізація навчання лікарів-інтернів передбачає концептуальну єдність змісту, форм і методів навчання; проблемно-орієнтований, розвиваючий характер викладання, індивідуалізацію і диференціацію навчального процесу, адекватний контроль засвоєння теоретичних знань і практичних навиків, втілення у освітній процес інноваційних методів навчання.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Замолотова К.О., Семенюк С.Б.

Киевский городской клинический эндокринологический центр, г. Киев, Украина

Контроль уровня глюкозы является ключевым фактором в лечении пациентов сахарным диабетом (СД) 2 типа. Несмотря на наличие большого арсенала сахароснижающих препаратов, больные часто пребывают в состоянии декомпенсации. Одно из ключевых мест в коррекции гипергликемии занимает инсулинотерапия. Адекватная инсулинотерапия в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами приводит к нормализации уровня глюкозы крови, что значительно замедляет прогрессирование осложненной заболевания.

Цель. На основании динамического наблюдения за пациентами с СД 2 типа тяжелого течения в условиях стационара оценить клиническую эффективность различных вариантов сахароснижающей терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение года находились 120 пациентов с диагнозом: Сахарный диабет, тип 2, тяжелое течение. Они получали либо комбинацию пероральных сахароснижающих препаратов, либо пероральные сахароснижающие препараты в сочетании с инсулином. Пациенты I группы находились на двухкомпонентной терапии: получали метформин (М) + препарат сульфонилмочевины либо тиазолидиндион, либо ингибитор дипептидилпептидазы-4, либо ингибитор H3KTT2. Пациенты II группы получали трехкомпонентную терапию: М+ другой сахароснижающий препарат + инсулин базальный (Фармасулин HNP). Пациенты III группы находились на комбинированной терапии и получали М+ инсулин комбинированный (Фармасулин Н 30/70). Все пациенты посещали «школу социальной адаптации пациентов на сахарный диабет».

Результаты. Установлено, что наиболее эффективная коррекция гипергликемии достигалась у пациентов II и III групп (находящихся на трехкомпонентной или комбинированной терапии). За период стационарного лечения быстро было достигнуто состояние компенсации.

Выводы. У пациентов с СД 2 типа тяжелого течения в состоянии декомпенсации раннее начало инсулинотерапии в сочетании с М (а при необходимости с другим сахароснижающим препаратом) позволяет добиться высокоэффективной коррекции гипергликемии, что приводит к значительному замедлению прогрессирования осложненной заболевания.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ У ПАЦІЄНТІВ З НАЖХП ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ПРИЙОМУ СИТАГЛІПТИНУ ТА ОМЕГА-3 ПНЖК

Івачевська В.В., Чопей І.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета. Оцінити зміну показників ліпідограми у пацієнтів із неалкогольного жиrowою хворобою печінки (НАЖХП) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 55 пацієнтів з НАЖХП та ЦД 2 типу. Пацієнтів поділили на дві підгрупи. Хворі групи Іа (n=28) отримували, крім терапії метформіном (М), ситагліптин 100 мг/д та омега-3 ПНЖК 1000 мг/д. Пацієнти Іб групи (n=27) приймали тільки М по 500–1000 мг/д в залежності від компенсації ЦД 2 типу. Пацієнтам проводились комплексне клінічне обстеження та визначення показників ліпідограми.

Результати та обговорення. Середній показник загального холестерину (ХС) у пацієнтів Іа групи через 6 місяців зменшився на 5,55% ± 1,21%, а через 12 міс – на 7,95% ± 0,85% (p<0,01). Середній показник ЛПВЩ хворих Іа групи через 6 міс збільшився на 5,04% ± 0,68%, через 12 міс на 18,49% ± 2,32% (p<0,05). Рівень ЛПНЩ зменшився на 8,1% ± 1,48% через 6 міс та на 13,71% ± 2,31% через 12 міс (p=0,038). Середній показник тригліцеридів через 6 міс зменшився на 11,97% ± 2,54%, а через 12 міс – на 34,19% ± 4,27%

(p<0,05). В групі Іа відмічається покращення коефіцієнта атерогенності, а саме: на початку дослідження цей показник був в межах помірного ризику атеросклерозу, через 6 міс лікування коефіцієнт атерогенності зменшився на 12,71% ± 2,59%, а через 12 міс лікування зменшився на 28,53% ± 5,23% та опинився в межах норми (p<0,05). Серед пацієнтів Іб групи не виявлено статистично достовірних змін середніх показників ліпідограми, окрім збільшення середнього показника ХС: на 5,66% ± 1,52% через 6 міс та на 8,48% ± 2,41% через 12 міс (p<0,05).

Висновки. Застосування ситагліптину та омега-3 ПНЖК у пацієнтів з НАЖХП та ЦД 2 типу достовірно покращує показники ліпідограми та знижує коефіцієнт атерогенності.

ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ХВОРИХ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Заремба-Федчишин О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета. Оцінити серцево-судинний ризик (ССР) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) шляхом оптимізації медикаментозної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 62 хворих із вперше діагностованим РА, віком 53,32±7,74рр, тривалістю захворювання 5,72±2,62рр. Умови включення у дослідження: «+» РФ, відсутність супутньої патології та систематичного вживання медикаментів. Створено 2 групи: перша (n=30) – отримувала загальноприйнятту терапію (ЗТ), згідно стандартів лікування РА (EULAR, ACR, 2010) та диклофенак по 150 мг/д; друга група (n=32) – ЗТ та мелоксикам по 15 мг/д. Оцінку результатів проводили двічі: 1-й та 30-й день. Аналізували: ССР (шкала Рейнольдса), показники ліпідограми та СРБ, середні значення АТ (САТ).

Результати та обговорення. У процесі обстеження встановлено, що САТ до лікування - 138/85 мм рт.ст, після ЗТ (без застосування гіпотензивних препаратів), відмічене зниження – 130/82, у другій групі до 126/79. У всіх хворих спостерігали дисліпідемію (при задовільних показниках ЛПВЩ) – значне підвищення рівня загального холестерину (ЗХ) та ЛПНЩ, що потребувало призначення аторвастатину (20 мг). Призначення ЗТ сприяло зниженню ЗХ на 32,4% (4,68±0,97 ммоль/л) у хворих із ЗТ+диклофенак та на 44,7% (4,01±1,61) при ЗТ+мелоксикам, у порівнянні із даними до лікування 6,92±1,24 і 7,25±2,12, відповідно. Зниження СРБ (I група) спостерігалось більше, ніж вдвічі з 16,5±4,83мг/л до 6,92±2,43, а у другій – майже в чотири рази з 17,93±3,98 до 4,52±1,96. Сумарний результат шкали Рейнольдса через місяць лікування: у групі із застосуванням мелоксикаму – 2,31 проти 3,42 (ЗТ+диклофенак), при первинному визначенні – 7,43 та 7,89, відповідно.

Висновки. Застосування шкали Рейнольдса – є достатньо чутливим і специфічним інструментом прогнозування та оцінки серцево-судинного ризику у хворих на РА, а застосування мелоксикаму сприяло більш вираженій терапевтичній ефективності на відміну від диклофенаку.

ОПТИМІЗАЦІЯ ХАРЧОВОЇ ЦІННОСТІ ПРОДУКТІВ ЇЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-АКТИВНИМИ КОМПОНЕНТАМИ ЯК ОСНОВА ДІЄТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ЛЮДИНИ

Михайличенко Б.В.

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

Харчові продукти займають найвагоміше місце в забезпеченні здоров'я людини, оскільки містять цілий комплекс функціонально-активних компонентів, що важливі для життєдіяльності людини. Дієтичне харчування вважають за важливу складову загально-терапевтичного комплексу та особливо під час хвороби.

Під час виготовлення харчів з різних джерел, кінцеві продукти мають меншу поживність, оскільки на етапах виробництва втрачаються їхні поживні речовини – хімічні елементи, вітаміни, органічні кислоти, амінокислоти, які необхідні як в повсякденному житті людини, так і для її виужання. Відомо, що дисбаланс хімічних елементів призводить до розвитку багатьох хвороб. Хімічні елементи мають і лікувальні, і профілактичні властивості, нормалізують обмінні процеси. На здоров'я людини впливають також вітаміни, амінокислоти, органічні кислоти.

Мета. Для поліпшення якостей та біологічної цінності харчових і дієтичних продуктів розробити активну мінерально-органічну збагачувальну добавку. **Результати та їх обговорення.** Нами розроблено мінерально-органічну збагачувальну добавку (патенти України № 25560, 30121), в якій мінеральна і органічна складові містять елементи сировини для виробництва самих продуктів. Важливим є те, що хімічні елементи, які утворюють мінеральну складову збагачувальної добавки, отримані із самої сировини і знаходяться у природному співвідношенні між собою та у біотичних дозах. Органічна



складова також відноситься до звичайних компонентів харчового продукту, наприклад, органічні лимонна, яблучна, янтарна кислоти, вітаміни, амінокислоти. Збагачені такою добавкою продукти є більш дієтичними та мають більшу корисність для організму. Використання таких збагачених продуктів харчування, безумовно, є корисним для забезпечення здоров'я людини та його видужання при хворобі.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ XXI СТОРІЧЧЯ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатор: ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Надлишкова вага і ожиріння – фактори ризику хронічних неінфекційних захворювань

Доповідач: *Фадєєнко Г.Д., д.м.н., проф.*

Тема: Профілактика ожиріння як мультисистемного захворювання: досягнення та перспективи

Доповідач: *Колеснікова О.В., д.м.н., с.н.с.*

Тема: Профілактика загрозливих життю аритмій: від теорії до практики

Доповідач: *Копиця М.П., д.м.н., Заслужений лікар України*

Тема: Артеріальна гіпертензія і профілактична медицина: сучасні уявлення, перспективи та стан проблеми в Україні

Доповідач: *Коваль С.М., д.м.н., проф.*

Тема: Профілактика побічної дії нестероїдних протизапальних препаратів в клінічній практиці

Доповідач: *Рудик Ю.С., д.м.н.*

Тема: Патогенетична терапія нефролітіазу

Доповідач: *Топчий І.І., д.м.н., проф.*

Тема: Методи немедикаментозної корекції синдрому обструктивного апноє/гіпопноє сну

Доповідач: *Крахмалова О.О., д.м.н., с.н.с.*

Тема: Профілактика серцево-судинних захворювань при цукровому діабеті

Доповідач: *Серік С.А., д.м.н., с.н.с.*

Тема: Принципи немедикаментозної профілактики захворювань серцево-судинної системи

Доповідач: *Ісаєва Г.С., д.м.н.*

Тема: Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба та гіпертонічна хвороба: спільні ланки патогенезу

Доповідач: *Гридінев О.Є., к.м.н., с.н.с.*

СЕМІНАР «НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІК-ЗАЛЕЖНОЇ ПАТОЛОГІЇ»

19-20 квітня 2016 року • Час проведення: 16:30-18:00

Організатор: ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»

ПРОГРАМА

I секція

Тема: Місце геріатрії в системі реформування медичної допомоги в Україні

Доповідач: *Чайковська В.В.*

Тема: Артеріальна гіпертензія та профілактика її ускладнень в похилому та старечому віці

Доповідач: *Єна Л.М.*

Тема: Первинна та вторинна профілактика інсультів

Доповідачі: *Кузнєцова С.М., Шульженко Д.В.*

Тема: Профілактика когнітивних порушень у людей похилого віку

Доповідачі: *Бачинська Н.Ю., Холін В.О.*

Тема: Дефіцит вітаміну D в Україні: епідеміологія, діагностика, профілактика, лікування

Доповідачі: *Поворознюк В.В., Балацька Н.І.*

Тема: Сучасні можливості індивідуалізованого вибору препаратів для лікування ХСН в осіб літнього віку

Доповідач: *Жарінова В.Ю.*

II секція

Тема: Модифікація способу життя і застосування геропротекторних засобів в профілактиці вік-залежної патології

Доповідач: *Шатило В.Б.*

Тема: Використання функціональних продуктів як засіб профілактики вік-

залежної патології

Доповідачі: *Гавалко Ю.В., Синєк Л.Л.*

Тема: Вплив вік-залежних захворювань на працездатність людини

Доповідачі: *Поляков О.А., Томаревська О.С.*

Тема: Формування стану здоров'я людини в старшому віці під впливом факторів довкілля та способу життя (комплексна оцінка)

Доповідач: *Прокопенко Н.О.*

Тема: Нова метрика здоров'я як науковий і економічний інструмент формування політики суспільної охорони здоров'я

Доповідач: *Фойт Н.А.*

ВПЛИВ ВІК-ЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ЛЮДИНИ

Поляков О.А., Томаревська О.С.

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета: Виявлення впливу захворювань на працездатність, що залежать від віку людини.

Матеріали і методи. Було досліджено 120 осіб пенсійного віку на виробничстві і в умовах лабораторії. Використовували фізіолого-ергометричні методи оцінки працездатності людини. Проведено кореляційно-кластерний аналіз отриманих даних щодо темпу старіння людини. Проаналізовано в обстежених наявність вік-залежних захворювань.

Результати та обговорення. Результати кластерного аналізу показали в вікових групах відмінності закономірностей притаманних особам віком 75-89 років, де календарний вік формує окрему ієрархічну гілку, на відміну від групи людей віком 60-74 років, де календарний вік має споріднений кластер залишкової працездатності, стажу роботи і кількості років навчання ця тенденція сильніша і залишається навіть при аналізі об'єднаної вікової групи людей 60-89 років. Отримано достовірний прямий кореляційний зв'язок функціонального і календарного віку в загальній вибірці осіб старше 60 років, але в групі після 75 років спостерігається недостовірність сили зв'язку. Виявлено загальний вплив на працездатність людини у віці 60-89 років наявності вікових змін мозкового кровообігу 2,12%, серцевої недостатності 2,71%, стенокардії напруги 3,29%, аритмії 5,03%, індекс маси тіла 5,44%, підвищення артеріального тиску 6,72%. Спостерігається виражене прискорення темпу функціонального старіння в осіб старечого віку ніж в осіб похилого віку незалежно від переважаючої розумової або фізичної професійної діяльності. Темп старіння достовірно відображається також на результатах психофізіологічного дослідження. Для осіб старечого віку притаманно збільшення сили зв'язків темпу старіння з показниками зорової і слухової пам'яті.

Висновки. Фізіологічні можливості, залишкової працездатності людини у віці 60-89 років, що забезпечують 47,54 % відносно молодих осіб, достовірно обумовлені прискореним старінням, а також факторами здоров'я та вік-залежних чинників 12,74 %.

ФОРМУВАННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В СТАРШОМУ ВІЦІ ПІД ВПЛИВОМ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ТА СПОСБУ ЖИТТЯ (КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА)

Прокопенко Н.О.

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. З'ясувати закономірні зміни стану здоров'я людини під впливом сполученої дії факторів навколишнього середовища, способу життя і віку.

Матеріали і методи. Опитано 1700 чоловіків і жінок у віці 50-80 років. Програма опитування включала соціально-демографічний, виробничо-трудоий, соціально-гігієнічний, медико-соціальний, соціально-психологічний блоки. Психофізіологічне тестування пройшли 200 осіб у віці 20-100 років.

Результати та обговорення. На захворюваність опитаних осіб значно вплинув соціально-гігієнічний фактор. Причому, якщо за характером харчування між чоловіками і жінками достовірних розбіжностей не спостерігається, то за шкідливими звичками у чоловіків внесок у загальну патологію вірогідно більше, ніж у жінок. До факторів, що істотно вплинули на здоров'я чоловіків, відносяться виробничі умови і характер роботи, на здоров'я жінок – житлово-побутові умови і матеріальне становище. Внесок вікового компонента в патологію в чоловіків і в жінок практично однаковий, те ж відноситься і до зони проживання. Отримано вікові зміни показників серцево-судинної, нервово-м'язової і дихальної систем. Показано, що динаміка змін показника серцево-судинної системи (ССС) має виражений коливальний характер, як у чоловіків, так і в жінок. Максимальний темп зниження діяльності СССР у чоловіків спостерігається у віці 50-59 років, у жінок – у 60-69 років.



Висновки. Отримані докази прямого і опосередкованого причинного зв'язку в системі «довкілля – здоров'я людини» дають підстави для наукового обґрунтування дійових заходів первинної медичної і соціальної профілактики, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людини. Система оцінки стану здоров'я людини повинна включати комплексну діагностику стану серцево-судинної, нервово-м'язової і дихальної систем, рівня адаптаційних і резервних можливостей організму, психоемоційного статусу в їх взаємозв'язку з індивідуально діючими на людину факторами навколишнього середовища, особливостями способу життя і професійної діяльності.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «БРОНХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10.00-14.00

Організатор: ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Сучасне бронхологічне відділення – вимоги: лікарі, персонал, обладнання, апаратура

Доповідач: *к.м.н. Шпак О.І.*

Тема: Технічні аспекти підготовки та проведення бронхофіброскопії під місцевою анестезією та під седацією

Доповідачі: *к.м.н. Шпак О.І., Демідова Р.С.*

Тема: Бронхологічна діагностика та лікування неспецифічних захворювань легенів

Доповідач: *к.м.н. Венгерова О.О.*

Тема: Бронхологічні методи лікування деструктивних захворювань легенів

Доповідач: *Бичковський В.Б.*

Тема: Бронхологічна діагностика периферичних утворень легенів

Доповідач: *Новицький О.В.*

Тема: Туберкульоз бронхів. Бронхологічна діагностика і тактика лікування

Доповідач: *Рандюк О.Б.*

Тема: Патоморфологічна діагностика біопсій, отриманих при проведенні фібробронхоскопії. Сучасні підходи та можливості

Доповідачі: *д.м.н. Ліскіна І.В., к.м.н. Загаба Л.М., Яцина М.Ф.*

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ВІТЧИЗНЯНІ ІНЖЕНЕРНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10.00-16.00

Організатори: Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут», Факультет біомедичної інженерії, Громадська організація «Всеукраїнська асоціація біомедичних інженерів і технологів»

ПРОГРАМА

Тема: Теоретичні засади квантової медицини у світлі робіт Р. Пенроуза і С. Хамерофа

Доповідач: *Максименко В.Б.*

Тема: Фототерапія – універсальна технологія гармонізації гомеостазу

Доповідач: *Тітенко Т.М.*

Тема: Дослідження можливостей впровадження термографічної діагностики в медичну практику у військово-польових умовах

Доповідачі: *Мироненко С.О., Дунаєвський В.І., Котовський В.Й., Тимофєєв В.І., Назарчук С.С.*

Тема: Термографія відкритого серця – перший досвід, проблеми і перспективи

Доповідачі: *Шликов В.В., Данилова В.А.*

Тема: Методологія та практика розробки когерентних та некогерентних хірургічних апаратів

Доповідачі: *Худецький І.Ю., Кривуун І.В.*

Тема: Медичний лазерний пристрій для діагностики і лікування покоління

Доповідачі: *Шкадаревич А.П., Назаренко П.Н., Таранов В.В.*

Тема: Оптична експрес-метрія конденсованих середовищ

Доповідач: *Таранов В.В.*

Тема: Сучасні лазерні пристрої для діагностики і лікування патологічних станів серцево-судинної системи

Доповідачі: *Богомолов М.Ф., Огородник Є.А., Каньшина Г.П.*

Тема: Лазери в офтальмології

Доповідач: *Роцин А.*

Тема: Офтальмологічний лазерний лікувально-діагностичний комплекс для

дослідження оклюзії судин сітківки

Доповідачі: *Богомолов М.Ф., Чикирїсова К.О.*

Тема: Сучасні технології інтраокулярної корекції зору в офтальмохірургії

Доповідач: *Прядко А.*

Тема: Сучасні можливості контактної корекції аномалій рефракції

Доповідач: *Шкрибляк І.*

Тема: Перспективи підготовки оптометристів на базі НТУУ «КПІ»

Доповідач: *Соломін А.*

Тема: Завдання ГО «Всеукраїнська асоціація біомедичних інженерів і технологів» на сучасному етапі

Доповідач: *Максименко В.Б.*

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ НЕЛІНІЙНОЇ ДИНАМІКИ ДЛЯ АНАЛІЗУ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПО ДАНИМ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМИ

Білошицька О.К.^{1,2}, Настенко Є.А.^{1,2}

¹ Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут», Факультет біомедичної інженерії

² Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМНУ, м. Київ, Україна

Мета. Діагностика, прогноз та оцінка ефективності лікування хворих епілепсією значною мірою залежать від інформації, яку отримуємо під час електроенцефалографії (далі – ЕЕГ). Але метод ЕЕГ менш характерний для виявлення епілептичних вогнищ та визначення їх локалізації.

Матеріали і методи. Проведено аналіз різноманітних методик, що дозволяють виявити епіактивність в інтеріктальний період, зокрема, визначити пароксизмальну активність та розділяти сигнали на епілептичні на неепілептичні.

Результати та обговорення. Спектральний аналіз та перетворення Фур'є дають лише усереднені показники для досліджуваного сигналу. Вейвлет-аналіз не дозволяє відрізнити епілептичну активність від артефактів різної природи. Метод візуального аналізу не дозволяє точно визначити початок епілептичної активності.

Кожна функціональна проба, що проводилася при реєстрації ЕЕГ-сигналу, була розділена на відрізки, які подібні на епілептичну активність та на нормальну графіку. Для кожного з 16 відведень було обчислено показник Херста, побудовано фазові портрети системи. Отримані результати показали, що методи нелінійної динаміки здатні підтвердити чи спростувати наявність епілептичної активності.

Висновки. ЕЕГ відображає поведінку складної динамічної системи з хаотичним характером сигналів, тому застосування лінійних методів аналізу ЕЕГ є малоефективним. Під час реєстрації спалахів епілептичної активності на ЕЕГ відмічається зниження складності сигналу, що призводить до зниження хаосу в сигналі. Тому для оцінки таких змін застосовуються методи нелінійної динаміки та теорія хаосу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПО ДАНИМ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕОРІЇ ІНФОРМАЦІЇ

Білошицька О.К.^{1,2}, Волинська С.В.², Собко А.В.¹, Салівон О.Ю.¹, Діденко М.С.¹

¹ Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут», Факультет біомедичної інженерії

² Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити електричну активність нервової мережі головного мозку за допомогою нелінійних характеристик системи на основі електроенцефалограми (далі – ЕЕГ).

Матеріали і методи. Проведено аналіз методів, що характеризують хаотичну систему з точки зору прогнозування роботи системи. **Результати та обговорення.** Важливою особливістю ЕЕГ є її спонтанний характер та автономність. Діяльність мозку може бути описана в рамках дисипативних систем. Мозок працює в нелінійному, хаотичному режимі, тому ЕЕГ можна розглядати як результат динамічної системи мозку у відповідь на вплив зовнішнього та внутрішнього середовищ.

Отримані дані ЕЕГ-сигналів (156 клінічних випадки) було розділено на 3 групи: вогнищеві ураження (наприклад, епілепсія), системні ураження (наприклад, цереброваскулярні хвороби) та норма. Дані по трьом групам були досліджені, разом з лікарями зроблено заключення про функціональні та морфологічні особливості динаміки ЕЕГ, про наявність та вираженість церебральних патологій.

Площина стохастичного гомеостазу ЕЕГ (згідно теорії Р. Юсупова) відображає такі властивості мозкової активності, як складність та варіабельність (амплітуда).



Для завчасного визначення початку епілептичних нападів можна використовувати такі динамічні зміни: показник Херста, логістичне відображення, розмірність вкладення аттрактора, кореляційна розмірність, старший показник Ляпунова, кореляційна ентропія.

Висновки. Спрогнозований початок епілептичного нападу, його тривалість та закінчення дадуть змогу лікарям контролювати форму захворювання.

МЕТОД КОНТУРУВАННЯ ТЕРМОГРАФІЧНОГО ЗОБРАЖЕННЯ

Данілова В.А., Шликов В.В.

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут», м. Київ, Україна

Мета. Розробити метод контурування термографічного зображення, який дозволяє оцінити нерівномірність розподілу температури на поверхні.

Матеріали і методи. Метод контурування ґрунтується на одній з базових властивостей цифрового сигналу – розривності функції яскравості. Найбільш загальним способом пошуку розривів є обробка зображення за допомогою фільтра-маски, перехідна функція якого являє собою квадратну матрицю, що відповідає зазначеній групі пікселів виділеного зображення. Визначення області з найбільшою температурою охолодження визначається для контуру зображення термограми, який має нульовий рівень найбільшої однорівневої функції і передбачає реалізацію його розростання в представленні еволюції нульової рівень-функції. Процес контурування заснований на простому переміщенні маски фільтра від точки до точки зображення. В кожній точці зображення (x, y) відгук фільтра обчислюється з використанням заданих зв'язків. При виявленні перепаду яскравості використовуються дискретні аналоги похідних першого і другого порядку. Перша похідна однорівневої функції f(x) визначається як різниця значень сусідніх елементів. Друга похідна визначається як різниця сусідніх значень першої похідної.

Результати та обговорення. В результаті можна спостерігати за ініціалізацією розростання кожного контуру – до прогрітого від охолодженого і до охолодженого від більш прогрітого, а також суміщення лінії контурування на зображенні в градаціях сірого. Застосування методу контурування термографічного зображення дозволяє отримати візуальну деталізацію виділеного контуру міокарду.

Висновки. Запропонований метод контурування термографічного зображення дозволяє оцінити нерівномірність розподілу температури на поверхні міокарду і в автоматичному режимі визначити локальні області з екстремальними значеннями температури.

МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ ЗАХИСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО БРОНЕЗАХИСТУ

Соломін А.В., Лучицький Р.Ю.

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут» м. Київ, Україна

Мета. Розрахунок пулестійкості засобів індивідуального бронезахисту.

Матеріали і методи. Методика розрахунку проводиться за допомогою математичного моделювання взаємодії ударника з перешкодою, який показує деформацію ударника та перешкоди в результаті їх взаємодії. Застосування математичного моделювання є основним інструментом, що дозволяє визначити вплив фізико-механічних властивостей засобів бронезахисту на їх захисну здатність. Також дана методика не виключає проведення фізичних експериментів з використанням стендів для оцінки ударного навантаження на організм. Для визначення якості структури обраних елементів захисту використовується ультраструменева діагностика. Поєднання даних експериментів дозволять отримати більш точні результати скоротивши фінансові витрати.

Результати та обговорення. Найефективнішим методом визначення захисних властивостей засобів бронезахисту шляхом математичного моделювання є використання методу скінченних елементів. Для моделювання всіх фізичних процесів які проходять в матеріалі в ході взаємодії на початковому етапі описується поведінка моделі при впливі динамічного навантаження, далі проводиться моделювання поведінки обраного матеріалу та на завершальному етапі описується поведінка обраного матеріалу в момент руйнування. Використання даної моделі дозволяє провести детальний аналіз факторів які впливають на бронепробиття та дає можливість сформувати критерії оцінки витривалості ударних навантажень на засоби індивідуального бронезахисту.

Висновки. Проведені дослідження дозволили сформувати методику розрахунку захисних властивостей, що може слугувати вихідними даними при розробці системи медико-технічних вимог до засобів індивідуального бронезахисту.

КОМПЛЕКСНА МЕТОДИКА ПСИХОФІЗИЧНОЇ РЕБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДЦП

Пономарьова Є.Є., Попадюха Ю.А.

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут», Факультет біомедичної інженерії Кафедра біобезпеки і здоров'я людини, м. Київ, Україна

Мета. Розробити та випробувати методику психофізичної реабілітації з використанням функціональної музичної терапії для дітей, хворих на ДЦП, просту у використанні, що не потребує спеціального обладнання та може використовуватись батьками під час самостійних занять з дітьми вдома. Виявити її вплив під час занять для створення програми психофізичної реабілітації на основі музикотерапії.

Матеріали і методи. У роботі використано методи теоретичного дослідження, аналіз та узагальнення спеціальної літератури, даних Internet, анкетування, спостереження, застосування існуючого практичного досвіду. У дослідженні брали участь 10 дітей віком 11-17 років, які навчаються в школі «Надія». Попередньо були проведені обов'язкові процедури діагностики за положенням відповідного уніфікованого клінічного протоколу.

Результати та обговорення. Використовуючи вправи в положенні лежачи для дітей зі спастичним парапарезом і тетрапарезом, на фоні функціональної музичної терапії отримано попередні данні впливу на психофізіологічний стан дитини, хворої на ДЦП. Зроблено висновки щодо впливу певних функціональних складових музичних творів.

Висновки. Діти, які брали участь у заняттях, стали почувати себе краще за оцінку реабілітолога та суб'єктивною оцінку дитини. Емоційний стан дітей став більш піднесений після кожного заняття. Функціональна музична терапія, а саме використання музики І.С. Баха відволікає і розслабляє дитину, М.Д. Джексона – позитивно впливає на сконцентрованість, музика В.А. Моцарта покращує гармонізацію між реабілітологом і дитиною та навколишнім середовищем, звуки тибетських співучих чаш допомагають розслабити спазмовані м'язи дитини, хворої на ДЦП.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ БІОЛОГІЧНИХ ЗАМІННИКІВ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ

Максименко В.Б.^{1,2}, Гльоза М.Ю.^{1,2}

¹ Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут»

² Державна установа «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», м.Київ, Україна

Мета. Дослідити переваги використання моделей біопротезів клапанів з біологічного матеріалу.

Матеріали і методи. На основі літературних джерел проведено аналіз існуючих переваг та недоліків використання біоклапанів серця.

Результати та обговорення. Матеріал для виготовлення біоклапанів пройшов довгий шлях від використання власних тканин людини (широка фасція стегна, аутоперикард) до стерилізованого перикарду коня, свині чи бика. Часте використання біопротезів пов'язано з недоліками механічних клапанів: тромбоемболічними ускладненнями, необхідністю пожиттєвого прийому антикоагулянтів, протезним ендокардитом і гострими дисфункціями. Біологічні замітники клапанів, навпаки, формують структуру кровотоку, близьку до фізіологічної, мають низьку тромбогенність, дозволяють уникнути прийому антикоагулянтної терапії. Серед недоліків виготовлення каркасних біоклапанів можна виділити порушення природної геометрії, що сприяє утворенню згинальних деформацій і напружень, що в свою чергу може призвести до розвитку кальцифікації і дегенерації тканини біопротезу. Доступні для клінічного використання біоклапани серця представляють собою нежиттєздатні структури, у яких відсутній потенціал росту і репарація тканин. Це накладає суттєві обмеження для їх використання особливо у дітей при корекції клапанної патології. Слід виділити важливість та складність процесу стерилізації перикарду для біопротезу, а також підбір характеристик хімічного агента що використовується.

Висновки. Розробка і застосування біологічних заміників клапанів серця (біоклапанів) нараховує півстолітню історію. На даний момент біопротези отримують все ширше застосування завдяки постійному удосконаленню і зменшенню недоліків.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ ОКСИГЕНАЦІЇ ГЕМОГЛОБІНУ

Терещук О.П., Коржов В.І.

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут», факультет біомедичної інженерії, м. Київ, Україна

Мета. Проаналізувати процес приєднання молекули кисню до гемоглобіну та дослідити, які чинники впливають на процес оксигенації.

Матеріали і методи. За допомогою аналітичного методу дослідження було проаналізовано молекули гемоглобіну та кисню.

Результати та обговорення. Гемоглобін являє собою складний білок, до складу якого входять негативний глобін та гем. При поєднанні цих двох сполук виникає ферогемоглобін, який зв'язується з киснем. Таким чином відбувається процес оксигенації, в результаті чого виникає оксигемоглобін. Важливою характеристикою гемоглобіну є те, що порфірини заліза здатні до реакції окислювання, тому оксигенація відбувається лабільним способом. Зв'язування кисню з гемом супроводжується розривом сольових зв'язків, що утворенні кінцевими карбоксильними групами субодиниць. Оскільки при подальшому зв'язуванні потрібно якнайменше число розриву сольових зв'язків, то зв'язування наступних молекул проходить полегшеним способом. Форма приєднання кисню до гемоглобіну має вигляд тетраметра, від якого залежить здатність гемоглобіну зв'язувати.

Висновки. Отже, для гемоглобіну характерна кінетика кооперативного зв'язування, завдяки якій він здатен зв'язувати максимальну кількість кисню.

КОНФЕРЕНЦІЯ «ТРАНСФЕР МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

21 квітня 2016 року • Час проведення:12.30-15.30

Організатор: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРОГРАМА

Вступне слово Проректора з наукової роботи проф. Черенько Т.М.

Тема: Радіонуклідні дослідження нирок і сечовивідних шляхів у дітей при міхурово-сечоводному рефлюксі

Доповідачі: Ткаченко М.М., Романенко Г.О., НМУ ім. О.О. Богомольця, кафедра радіології та радіаційної медицини

Тема: Стан метаболічних змін ліпідів у сироватці крові пасивних та активних курців

Доповідачі: Пікас О.Б., Пікас Г.Б., Брюзгіна Т.С. НМУ ім. О.О. Богомольця

Тема: Особливості надання терапевтичної та ендокринологічної допомоги наркозалежним хворим

Доповідачі: Пінський Л.Л., Хайтович М.В., Овчаренко М.О., Радченко Т.М., Малкіна О.Г., НМУ ім. О.О. Богомольця, ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Тема: Спектр вищих жирних кислот плазми крові та ротової рідини у дітей з функціональним розладом біліарного тракту і дефіцитом заліза

Доповідачі: Назорна К.І. Кафедра педіатрії післядипломної освіти

Тема: Засади здорового способу життя у підлітків

Доповідач: Таринська О.Л. Кафедра педіатрії № 3

Тема: Інноваційні підходи у діагностиці транзиторної лактазної недостатності у дітей грудного віку

Доповідач: Іовіца Т.В. Кафедра педіатрії післядипломної освіти

Тема: Діагностика остеопенічних станів у дітей з хронічним гастродуоденітом

Доповідачі: Марушко Ю.В., Волоха Т.І., Асонов А.О., НМУ ім. О.О. Богомольця, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Тема: Показники добових профілів артеріального тиску у дітей з артеріальною гіпотензією

Доповідачі: Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Хомич О.В., НМУ ім. О.О. Богомольця, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Тема: Експериментальні дослідження електросварки в судинистій хірургії

Доповідачі: Черняк В.А., Ланкин Ю.Н., Музыченко П.Ф., Невмержицкий В.О. НМУ ім. А.А. Богомольця, Інститут електросварки ім. Э.О. Патона НАН України

Тема: Корекція анемії у пацієнтів з переломами довгих кісток кінцівок при тяжкій поєднаній травмі

Доповідачі: Дубров С.О., Лянскорунський В.М.

Тема: Перспективи застосування біполярного електроскальпеля в клінічній практиці

Доповідачі: Музиченко П.Ф., Черняк В.А., Кобзарь А.Б., Семенов В.Р., Первак І.Л., Хворостяна Н.Т., Дорошенко С.В., Глущенко Р.М., Прокопець К.О., Селіванов С.С.

Тема: Переваги системи для накісткового остеосинтезу «МЕТОСТ»

Доповідачі: Музиченко П.Ф., Кобзарь А.Б., Первак І.Л., Хворостяна Н.Т., Дорошенко С.В., Прокопець К.А.

Тема: Персоніфікований підхід до призначення метаболічних кардіопротекторів хворим на гострий інфаркт міокарда зі стійкою елевацією сегмента ST

Доповідачі: Яременко О.Б., Іорданова Н.Х., Дудка П.Ф.

Тема: Порівняльна оцінка антиоксидантної активності інгібіторів ангіотензину II та метаболітопротних кардіопротекторів за умов IN VITRO та IN SILICO

Доповідачі: Хайтович М.В., Ситник І.М., Черновол П.А.

Тема: Диференційна діагностика захворювань слинних залоз із використанням УЗД та ДГ у дітей

Доповідач: Шафета О.Б

Тема: Ендоназальна дакріоцисторіностомія в лікуванні непрохідності слізозових шляхів органа зору

Доповідачі: Деева Ю.В., Гребень Н.К., Кобзар П.А.

Тема: Клиника, диагностика и лечение пульсирующего экзофтальма (каротидно-кавернозного соустья)

Доповідачі: Витовская О.П., Рыжова И.П.

Тема: Хирургическое лечение острой мезентериальной ишемии резекцией кишечника с тромбэмболэктомией мезентериальных сосудов

Доповідачі: Шепетько Е.Н., Гармаш Д.А., Курбанов А.К., Марченко В.О., Козак Ю.С.

Тема: Застосування інтубаційного зонда вдосконаленої конструкції для шинування тонкого кишечника

Доповідачі: Мішалов В.Г., Бик П.Л., Лещинин І.М.

Тема: Турбомаг – інноваційна CDM-технологія в медицині

Доповідачі: Моїсєєнко В.О., Міхньов О.В., Никула Т.Д.

Тема: Малотравматичні ампутації для збереження опорної функції стопи у хворих на невроішемічну форму синдрому діабетічної стопи

Доповідач: Приступок М.О

Тема: Десятирічний досвід застосування остеосцинтиграфії у хворих на остеоартроз при ендопротезуванні кульшових суглобів

Доповідачі: Ткаченко М.М., Король П.О.

Тема: Інструмент для інтраопераційного моделювання дуги-пластини при лікуванні ліycopодібно́ї деформації грудної клітки

Доповідачі: Левицький А.Ф.1, Кривченя Д.Ю.1, Прутула В.П.1, Бебешко О.В.2, Кузик А.С.3, Хуссейні С.Ф.1, Карабенюк О.В.1, Розозинський В.О.1

Тема: Нові наноматеріали медичного призначення: параметри токсичності та безпечні умови використання

Доповідачі: Яворовський О.П., Рагуля А.В.1, Солоха Н.В., Карлова О.О., Бружно Р.П.

Тема: Методологічні аспекти викладання навчальної дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій»

Доповідачі: Добрянський Д.В., Дудка П.Ф., Ільницький Р.І., Тарченко І.П.

Тема: Характер скарг у дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю при патології постави

Доповідачі: Хайтович М.В., Афанасьєва І.О., Мітюрєва І.О.

Тема: Проблемы безопасности анестезии у детей

Доповідачі: Довбня Ю.В., Ярославская С.Н., Водяницкий С.Л., Самойлова Н.А., Павленко В.И.

Тема: Инновационные подходы к лечению тяжелой травмы у детей

Доповідачі: Ярославская С.Н., Левицкий А.Ф., Карабенюк А.В., Бебешко А.В., Мухалал А.Е.

Тема: Регионарные методы анестезии у детей в хирургии и травматологии

Доповідачі: Ярославская С.Н., Моисеев О.Л., Водяницкий С.Л., Копыл Л.Г., Храпак М.О., Головатюк М.В., Варивода М.В.

Тема: Особенности работы сестры – анестезистки в детской специализированной больнице

Доповідачі: Осетрова Т.Е., Водяницкий С.Л., Ярославская С.Н., Стецюк Е.В., Пивоварчук С.И., Веньовцева-Моринець Ю.Ю.

Тема: Психология детской травмы

Доповідачі: Ярославская С.Н., Аноприенко Е.В., Филипенко Е.Б.

Тема: Проблемные вопросы паллиативной медицинской помощи у детей

Доповідачі: Антонова А.В., Ярославская С.Н., Лабодина М.В.

Тема: Хирургическая тактика и особенности анестезиологического обеспечения опухолевидных образований шеи

Доповідачі: Кисель Н.П., Кисель Д.О., Ярославская С.Н.

РАДІОНУКЛІДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ПРИ МІХУРОВО-СЕЧОВОДНОМУ РЕФЛЮКСІ

Ткаченко М.М., Романенко Г.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра радіології та радіаційної медицини, м. Київ, Україна

Питання діагностики і оцінки ступеня міхурово-сечоводного рефлюксу (МСР) у окремої дитини, прогнозу і оцінки ефективності лікування досі залишаються суперечливими. Враховуючи переваги радіонуклідних методів дослідження нирок, більше уваги приділяють динамічній реносцинтиграфії (ДРСЦ) і непрямій радіонуклідній цистографії (НРЦГ), які дають можливість одночасно оцінити функціональний і анатомічний стан нирок та сечовивідних шляхів, діагностувати МСР і визначити його ступінь.

Мета дослідження. Підвищити ефективність ранньої діагностики МСР у



дітей, розробити та впровадити методику комплексного сцинтиграфічного обстеження з використанням радіофармацевтичних препаратів (РФП) різного механізму елімінації та фіксації в нирках.

Матеріали і методи. Були проаналізовані результати досліджень 336 дітей (вік 5-16 років) з ^{99m}Tc-діетилентриамінопентаацетом, ^{99m}Tc-меркаптоацетилтригліцином і ^{99m}Tc-етилендицистеїном на гамма-камері ОФЕКТ-1 з комп'ютерним забезпеченням «SpectWork» (Україна), із вродженими аномаліями розвитку (агенезія, гіпоплазія нирок, L-подібна нирка, дистопія та ін.), до та після лікування МСР, з нейрогенним сечовим міхуром, піелонефритом.

Результати та їх обговорення. МСР було діагностовано у 126 дітей (37,5%). З них МСР I ступеня діагностовано у 52 (41,3%), II ступеня – у 48 (38,1%), III ступеня – у 19 (15,1%) та IV ступеня – у 7 дітей (5,5%).

Висновки. Враховуючи основні принципи променевої діагностики (точна діагностика, мінімальний негативний вплив на організм дитини, мінімальна собівартість дослідження) цілком виправдане використання радіонуклідних методів для діагностики МСР при обстеженні дітей, що мають в анамнезі інфекцію сечових шляхів, хронічний піелонефрит, нейрогенний сечовий міхур, аномалії розвитку сечовивідної системи та ін. Даний метод необхідно включати в комплекс обстеження дітей як з підозрою на МСР, так і при динамічному спостереженні за пацієнтами з вже виявленим МСР.

СТАН МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН ЛІПІДІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ПАСИВНИХ ТА АКТИВНИХ КУРЦІВ

Пікас О.Б., Пікас Г.Б., Брюзгіна Т.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета. Вивчити та оцінити стан метаболічних змін ліпідів сироватки крові у здорових осіб-курців.

Матеріали і методи. Обстежено 24 (26,4% із 91) здорові особи (пасивні курці – I група), 32 (35,1% із 91) здорові особи (активні курці – II група) та 35 (38,5% із 91) здорових осіб (не курці – III група, контрольна). Метаболічні зміни ліпідів вивчали за складом жирних кислот (ЖК) у сироватці крові на газорідному хроматографі серії «Цвет-500». Оцінку складу ЖК ліпідів проводили за методом нормування площ (шляхом визначення піків метилових похідних ЖК і їх частки у %).

Результати та їх обговорення. У сироватці крові осіб I та II груп виявлена міристинова (C14:0) і маргаринова (C17:0) ЖК, чого не спостерігалось у контрольній групі (III). Кількість міристинової ЖК (C14:0) становила (12,0±1,0)% в осіб I групи і (12,6±0,7)% – II групи та свідчила про ендокринні зміни в організмі. Поява маргаринової ЖК (C17:0) обумовлена присутністю бактеріальної інфекції в організмі людини, що суттєвіше виражено в осіб II групи – (1,2±0,2)%. У I групі – (0,7±0,05)%. Кількість пальмітинової (C16:0) та стеаринової (C18:0) ЖК у пасивних та активних курців вірогідно зменшувалась, p<0,05. У I групі кількість пальмітинової ЖК (C16:0) становила (32,4±1,8) %, у II – (32,6±1,7)% (при (41,9±0,9)% у III групі), що свідчило про деструктивні зміни лецитинової фракції фосфоліпідів крові. Рівень стеаринової ЖК (C18:0) дорівнював (8,2±1,0) % у I групі і (8,8±0,9)% у II групі (при (15,1±1,3) % у III групі). В обох групах у сироватці крові зростає рівень лінолевої ЖК (C18:2) (до (19,3±1,5)% в осіб I групи та до (25,5±1,8)% – II групи, p<0,05) порівняно з III групою, де рівень її становив (16,0±1,4)%.

Висновки. Активне й пасивне куріння суттєво впливає на склад ЖК ліпідів у сироватці крові: з'являються міристинова (C14:0) і маргаринова (C17:0) ЖК, зменшується рівень пальмітинової (C16:0) і стеаринової (C18:0) ЖК та зростає кількість лінолевої ЖК (C18:2).

ЗОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАРКОЗАЛЕЖНИМ ХВОРИМ

Пінський Л.Л., Хайтович М.В., 'Овчаренко М.О., 'Радченко Т.М., 'Малкіна О.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 'ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Мета. Визначити значущі терапевтичну та ендокринологічну патологію у розвитку псевдоабстинентного синдрому у наркозалежних хворих.

Матеріали і методи. Було проведено клініко-лабораторне обстеження 169 наркозалежних хворих, з яких 123 пацієнти мали сполучний перебіг опіоїдної залежності (ОЗ) та хронічного вірусного гепатиту С (ХГС), 91 коморбідний аутоімунний тиреоїдит Хашимото (АІТ). Розвиток псевдо-абстинентного синдрому (ПАС) відмічався у 58 пацієнтів.

Результати та їх обговорення. Значущими факторами у прогнозуванні

розвитку ПАС є реактивація ХГС із високим рівнем цитолізу гепатоцитів, прогресування АІТ із розвитком гіпотиреозу, які супроводжуються клінічними симптомами, схожими із абстинентним синдромом. Без адекватної корекції цієї соматичної патології у наркозалежних хворих відбувається рецидив вживання наркотиків у 60,9% випадках. Нами розроблені фармакологічні напрями лікування хворих на ОЗ та ХГС і АІТ, технології профілактики розвитку ПАС при наявності коморбідної соматичної патології. Підготовлені методичні матеріали для проведення 5-денного циклу тематичного вдосконалення для наркологів, терапевтів, сімейних лікарів та ендокринологів щодо лікарського моніторингу хворих на опіоїдну залежність та надання спеціалізованої гепатологічної та ендокринологічної допомоги, що суттєво покращує якість надання медичної допомоги та попереджує нові рецидиви вживання психоактивних речовин у наркозалежних хворих.

Висновки. З метою попередження розвитку псевдоабстинентного синдрому у хворих на опіоїдну залежність доцільно використання прогностичного алгоритму та призначення комплексу лікувальних препаратів, які компенсують реактивацію ХГС та гіпотиреоїдний стан при АІТ. З вказаними технологіями лікарі мають змогу ознайомитись на циклі тематичного вдосконалення «Особливості надання терапевтичної та ендокринологічної допомоги наркозалежним хворим».

СПЕКТР ВИЩИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ РОЗЛАДОМ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ І ДЕФІЦИТОМ ЗАЛІЗА

Нагорна К.І.

Кафедра педіатрії післядипломної освіти

Мета. Вивчити особливості спектру вищих жирних кислот(ЖК) плазми крові та ротової рідини у дітей з ФРБТ в поєднанні з дефіцитом заліза(ДЗ).

Матеріали і методи. Проведено газохроматографічне дослідження спектру ЖК плазми венозної крові та ротової рідини 68 дітям з ФРБТ у стадії загострення, 15 з яких мали супутню залізодефіцитну анемію I ступеня, 38 - латентний ДЗ.

Результати та їх обговорення. Встановлено однонаправлені зміни спектру ЖК плазми крові та слини у дітей з ФРБТ порівняно з показниками здорових дітей того ж віку. Сума насичених ЖК плазми крові становила 58,8±1,8% у дітей з ФРБТ і ДЗ; 56,2±1,6% у дітей з ФРБТ та 52,0±2,0% у здорових дітей. Сума насичених ЖК слини складала 64,9±1,6%; 58,6±1,4% та 47,9±1,2% в групах відповідно.

У дітей з ФРБТ і ДЗ в порівнянні з дітьми з ФРБТ виявлено підвищення пентадеканової і стеаринової ЖК, зниження арахідонової ЖК в плазмі крові, а також підвищення міристинової і стеаринової, зниження ліноленової і арахідонової кислот в слині.

Висновки. 1. Виявлені зміни вказують на більш виражені порушення метаболізму ЖК у дітей ФРБТ і ДЗ в порівнянні з хворими на ФРБТ.

2. Підвищення насиченості ліпідного спектру плазми крові та ротової рідини у дітей з ФРБТ і ДЗ вказує на підвищений рівень перекисного окислення ліпідів у цих дітей в порівнянні з хворими на ФРБТ та здоровими дітьми.

ЗАСАДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПІДЛІТКІВ

Таринська О.Л.

Кафедра педіатрії № 3

Мета. Дослідити фактори, що впливають на спосіб життя у підлітків. Матеріали і методи. Обстежено 159 студентів медичних факультетів Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця на час початку обстеження віком 17-18 років. Проаналізовано результати анкетування студентів щодо характеру харчування, наявності скарг та хронічних захворювань, а також вивчений рівень мікроелементів у волосі рентгенофлуоресцентним методом на апараті «Elvax-med».

Результати та їх обговорення. Дані анкетування показали, що переважали скарги на втомлюваність – 86,44% студентів, роздратованість 72,88%, головний біль – 71,18% обстежених. Зміна характеру апетиту відмічена у 40,68% обстежених. Гастроентерологічні скарги мали 61,02% студентів. Зміни відмічені на шкірі – у 64,41% студентів, волосся – у 47,46%, нігтів - у 44,07% обстежених. У 45,76% студентів мав місце множинний карієс. Дані анкетування студентів щодо характеру харчування - лише 58% студентів щоденно вживають м'ясо та овочі, 76% - фрукти та соки, 65% студентів не вживають або рідко вживають молоко і 70%- сир. Проте більше 70% студентів щодня вживають шоколад та цукерки і майже 30% - газовані напої. Відзначається також порушення режиму харчування, фізичного навантаження, сну, перевтома. Встановлено, що у волосі студентів есенціальні елементи в 48,83% випадках були нижчі нижнього умовного рівня, 5,08% перевищували

верхній умовний рівень, і тільки 46,09% визначень вкладалися в умовний нормальний інтервал.

Висновки. В Україні в умовах соціально-демографічної кризи питання збереження здоров'я молодого покоління, зокрема студентського віку, перетворилося на предмет особливої уваги. Основними причинами такого становища називають недостатню міжгалузеву інтегрованість профілактичних заходів, вплив агресивних чинників довкілля та нездоровий спосіб життя та харчування, якими характеризується сучасне студентське середовище.

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ У ДІАГНОСТИЦІ ТРАНЗИТОРНОЇ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Іовіца Т.В.

Кафедра педіатрії післядипломної освіти

Мета. Удосконалити діагностику транзиторної лактазної недостатності у дітей грудного віку за допомогою водневого дихального тесту з навантаженням харчовою лактозою.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилась 241 дитина першого півріччя життя з транзиторною лактазною недостатністю. Всі діти знаходилися на грудному годуванні. Діагноз транзиторна лактазна недостатність виставлений на підставі клінічної симптоматики. Всім дітям проведений водневий дихальний тест з навантаженням харчовою лактозою. Позитивним вважається тест при збільшенні рівня водню ≥ 20 ppm.

Результати та їх обговорення. Аналіз результатів водневого дихального тесту показав різне підвищення рівня водню у видихаємому повітрі у обстежених дітей після навантаження лактозою. Транзиторна лактазна недостатність була виявлена у 241 (78,7%) обстежених дітей. Надлишковий лактозо-залежний бактеріальний ріст у кишечнику спостерігався у 30 (9,8%) дітей. Та у 31 (10,1%) обстежених був негативний водневий дихальний тест. У 80,1% дітей з транзиторною лактазною недостатністю було виявлено різні ступені збільшення рівня водню на видиху. Із них найчастіше у 34,4% дітей зустрічається підвищення рівня водню у межах $\geq 20 < 30$ ppm. Майже у однакової кількості дітей 22,8% та 25,3% рівень водню складав $> 30 < 40$ ppm та $> 40 < 50$ ppm. І тільки у поодиноких пацієнтів 2,5% та 0,8% рівень водню перевищував $> 60 < 70$ ppm.

Висновки. 1. Водневий дихальний тест інноваційний, неінвазивний та зручний метод діагностики транзиторної лактазної недостатності, яка у 78,7% є причиною розвитку кишкових кольок у дітей першого півріччя життя.

2. Тест може бути використаний у дітей грудного віку для діагностики транзиторної лактазної недостатності та визначення ступенів її проявів.

ДІАГНОСТИКА ОСТЕОПЕНІЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

Марушко Ю.В., Волоха Т.І., Асонов А.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Мета. Визначити частоту остеопенічного синдрому та порушення кальцієвого обміну у дітей з хронічним гастродуоденітом (ХГД) для розробки методів корекції остеопенії.

Матеріали і методи. Проведено ультразвукову денситометрію на дистальному відділі променевої кістки 82 дітям з хронічним гастродуоденітом віком від 7 до 17 років. Проведено дослідження вмісту кальцію в прикореневій зоні волосся за допомогою рентгенофлуоресцентної спектрометрії на апараті у 32 дітей з хронічним гастродуоденітом.

Результати та їх обговорення. В залежності від стану кісткової тканини за даними ультразвукової денситометрії діти були розподілені на дві групи спостереження: основна – 28 дітей з остеопенічним синдромом (34,1%), і група порівняння – 54 дитини з нормальним станом кісткової тканини (65,9%). За віком і статтю групи достовірно не відрізнялися між собою.

При дослідженні вмісту кальцію в прикореневій зоні волосся у 32 дітей з ХГД виявлено, що дефіцит кальцію в волосі достовірно частіше спостерігався серед дітей основної групи – у 77,8% пацієнтів, ніж серед дітей групи порівняння – у 42,8%.

Висновки. 1. Дефіцит кальцію у волосі дітей з хронічним гастродуоденітом та остеопенічним синдромом зустрічався достовірно частіше, ніж у дітей з хронічним гастродуоденітом і нормальним станом кісткової тканини.

2. Отримані дані вказують на необхідність подальшого обстеження дітей з хронічним гастродуоденітом для розробки методів корекції остеопенічного синдрому та дефіциту кальцію.

ПОКАЗНИКИ ДОБОВИХ ПРОФІЛІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТЕНЗІЄЮ

Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Хомич О.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Мета. Дослідити особливості показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) у дітей з артеріальною гіпотензією (АГТ).

Матеріали і методи. Проведений ДМАТ у 27 дітей, 14 з яких мали АГТ та 13 практично здорових дітей у віці 9-17 років. Діагноз АГТ встановлювався за даними ДМАТ при добовому індексі гіпотензії більше 25%. Всім пацієнтам було проведено повне загальноклінічне обстеження, зібрані скарги, дані анамнезу життя та хвороби і проведений тест самооцінки функціонального стану (САН).

Результати та їх обговорення. Діти з АГТ мали менший рівень показників САТ, ДАТ та індексу гіпертензії САТ (p<0,05), проте мали високий рівень індексу гіпотензії САТ і індексу гіпотензії ДАТ (p<0,05) порівняно з контрольною групою. В клінічній картині переважали скарги астено-невротичного характеру, такі як дратівливість, метеочутливість, тривожність, зниження фізичної та розумової активності. За результатами тесту САН у дітей з АГТ рівень показників самопочуття був меншим (p<0,05) порівняно з контрольною групою.

Висновки. 1. Рівень показників індексу гіпотензії САТ і індексу гіпотензії ДАТ були достовірно вищими у дітей з АГТ в порівнянні з контрольною групою.

2. За показниками тесту САН діти з АГТ мали знижений рівень самопочуття (p<0,05).

3. Отримані дані вказують на необхідність подальшого обстеження дітей з АГТ для проведення відповідних лікувальних заходів.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЛЕКТРОСВАРКИ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Черняк В.А., Ланкин Ю.Н., Музыченко П.Ф., Невмержицкий В.О.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Институт электросварки имени Э.О. Патона НАН Украины, г. Киев, Украина

Цель. Опыт применения электрохирургии для резки тканей и гемостаза насчитывает около ста лет. За истекший период были предложены и применялись различные, как правило, однополюсные устройства и аппаратура, облегчающая работу хирурга, сокращающая время операции и значительно уменьшающая кровопотерю во время оперативного вмешательства.

На протяжении последних 15 – 20 лет, усилиями сотрудников Института электросварки имени Е.О. Патона НАН Украины, совместно с сотрудниками Института трансплантологии и экспериментальной хирургии имени А.А. Шалимова, был создан аппарат для биполярной электросварки. В технике сваркой называют процесс получения неразъемного соединения материалов, чаще всего металлов. В медицине термин «сварка» в настоящее время употребляется для обозначения как процесса получения неразъемного соединения двух первоначально разделенных частей тканей, так и для перекрытия (sealing) полых органов, таких как сосуды, кишки и т.п.

Материалы, методы и обсуждение. Процесс высокочастотной сварки мягких биологических тканей биполярным инструментом феноменологически и технически ничем не отличается от контактной точечной сварки металлов. В обоих случаях свариваемый материал помещается между электродами, сжимается с некоторым усилием и через него пропускается электрический ток. В результате внутри свариваемого материала выделяется энергия, пропорциональная квадрату тока и электрическому сопротивлению материала.

При высокочастотной сварке биологических тканей определяющим является их нагрев. Поэтому знание температуры ткани в формируемом сварном соединении при исследовании всех аспектов сварки чрезвычайно важно. Однако, трудности измерения температуры сварного соединения в процессе сварки привели к тому, что этот вопрос практически не изучен. Нам известна лишь несколько публикаций, где приведены экспериментальные кривые изменения температуры альбумина и стенки артерии во время нагрева высокочастотным электрическим током [1, 3, 10] с довольно большими колебаниями показателей – от 50 до 120°C. Скорость коагуляции содержащиеся в ткани белков, существенно зависит от температуры: чем она выше, тем быстрее белки коагулируют в результате чего происходит соединение сжатых стенок сосуда, что исключает кровотечение.

В настоящее время для электросварки наиболее часто используются пинцеты и зажимы. В тех случаях, когда хирургу трудно контролировать давление, ориентируясь только на силу пальцев, удерживающих инструмент,



пинцети должны быть оснащены специальными приспособлениями. Следует подчеркнуть, что стабилизация давления имеет существенное значение. Поскольку у ткани сосудов малая упругость, то чем больше сила, с которой электроды сжимают ткань, тем меньше нагреваемый объем, что так или иначе отражается на прочности электрошва. При избыточном сжатии, неминуем электрической пробой свариваемых слоев, и наоборот, при недостаточном сжатии, нагреваемый объем чрезмерно велик.

Биполярную коагуляцию часто используют для герметизации сосудов диаметром до 1,5 мм.

Герметизированный биполярной коагуляцией сосуд выдерживает без потери герметичности давление, значительно превосходящее артериальное. Наши первые исследования показали, что при определенных условиях благодаря биполярной коагуляции можно соединять не только стенки тонкого сосуда, но и множество других слоев различных органов и тканей. Однако предостало выяснить, что требуется для того, чтобы биполярную коагуляцию можно было использовать для соединения тканей в месте разреза взамен традиционного соединения с помощью ниток или металлических скобок. При этом необходимо было обеспечить надежность соединения органов или тканей, гарантирующего их функционирование в раннем послеоперационном периоде и скорейшее восстановление функций оперированного органа.

Многочисленные экспериментальные исследования показали, что надежность соединения органов и тканей зависит от многих факторов, в частности, формы кривой тока высок частоты, формы кривой термического цикла, абсолютных значений частоты, температуры нагрева свариваемых участков ткани и сжимающих их электродов, удельного давления электродов на мягкие ткани, продолжительности нагрева ткани, ее физических свойств и др. Надежное соединение тканей возможно только при благоприятном сочетании перечисленных факторов.

Для того чтобы восстановление физиологических функций оперированного органа или ткани протекло достаточно быстро и не влекуло за собой осложнений, термическое воздействие должно быть, с одной стороны, минимальным, с другой — достаточным для получения надежного соединения. Этим соответственно, кроме всего прочего, и отличается процесс сварки от традиционного процесса биполярной коагуляции, при котором перегрев ткани в месте расположения электродов или неадекватное его осуществление может привести к потере жизнеспособности ткани. Важно также, чтобы сварочное оборудование и сварочный инструментарий были простыми и удобными для хирурга, не отвлекали его внимание и не приводили к потере времени на его регулирование и наладку.

Выводы. Подытоживая проведенные экспериментальные исследования и учитывая имеющийся наш опыт (3 патента) мы находимся на пороге решения электросварки магистральных сосудов.

КОРЕКЦІЯ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК ПРИ ТЯЖКІЙ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМИ

Дубров С.О., Лянскорунський В.М.

Мета. Оцінка ефективності застосування препарату Fe 3+ окисного сахарату у пацієнтів з постгеморагічною анемією.

Матеріали і методи. Дослідження проводились у ВАІТ КМКЛ №17 м. Києва в період з січня по листопад 2015 року.

Критерії включення в дослідження були наступні:

- вік хворого від 18 до 75 років;

- гостра постгеморагічна анемія внаслідок поєднаної травми;

- тяжка поєднана травма (за шкалою ISS ≥ 186);

- рівень Hb на момент включення в дослідження ≥ 60 г/л ≤ 70 г/л;

- згода хворого або законних представників на участь в дослідженні;

В дослідження включено 8 пацієнтів з діагнозом тяжкої поєднаної травми з множинними переломами кінцівок, у яких в ранньому післяопераційному періоді була лабораторно підтверджена анемія.

Пацієнтам виконувались інфузії Fe 3+ окисного сахарату (Венофер) на 1, 3, 5 добу.

Під час проведення дослідження гемотрансфузії хворим не проводились.

Результати та їх обговорення. В дослідження включено 8 пацієнтів, з них 6 чоловіків (75%), 2 жінок (25%). Середній вік хворих становив $36,0 \pm 9,8$ років. Тяжкість травми за шкалою ISS склала $32,5 \pm 4,9$ б., за AРАСНЕ-II – $12,3 \pm 1,8$ б.

Середня доза Fe 3+ окисного сахарату, що вводилась пацієнтам складала в день включення в дослідження 300,0 мг, на 3 добу – 262,5 мг, на 5 добу – 200,0 мг. Динаміка показників Hb крові: 1 доба – $64,9 \pm 2,4$ г/л, 3 доба $71,5 \pm 1,6$ г/л, 5 доба $76,5 \pm 1,6$ г/л, 7 доба (контроль) $82,0 \pm 1,8$ г/л. В жодному випадку застосування препарату не зареєстровано ускладнень.

Висновки. Застосування препарату Fe 3+ окисного сахарату (Венофер) є ефективним та безпечним препаратом для корекції гострої постгеморагічної анемії у хворих з тяжкою поєднаною травмою.

ПЕРСПЕКТИВИ ПРИМЕНЕННЯ БИПОЛЯРНОГО ЕЛЕКТРОСКАЛЬПЕЛЯ В КЛІНІЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Музиченко П.Ф., Черняк В.А., Кобзарь А.Б., Семенов В.Р., Первак І.Л., Хворостяна Н.Т., Дорошенко С.В., Глущенко Р.М., Прокопець К.О., Селіванов С.С.

Мета роботи та матеріали і методи. Серед захворювань опорно-рухового апарату остеоартроз («деформуючий артроз» - патологія суглобів, яка зумовлена дегенеративно-дистрофічними процесами, які викликані процесом старіння організму) - займає перше місце і становить біля 35%. Дегенеративно-дистрофічні пошкодження суглобів уражають людей найпрацездатнішого періоду життя і досягають свого апогею у людей старшого та похилого віку. Хворіють частіше жінки, особливо після менопаузи, коли в швидких темпах починається розвиток остеопорозу.

Уже в 2 – 3 стадії розвитку остеоартрозу у хворих болі в суглобах стають нестерпними, із-за втрати конгруентності суглобових елементів, і єдиним ефективним способом відновлення втраченої функції кінцівки, на даний час є ендопротезування. Згідно статистичних даних різних держав щороку ендопротезування необхідно для 500 – 1000 хворих на 1 міл.населення. Наприклад у дев'яти мільонній Швеції щороку проводиться 10 000 операцій тотальної заміни суглобів, уражених остеоартрозом, а в США щороку таких операцій проводиться більше, ніж півмільйону.

Приведена статистика вказує, що в Україні потреба на виконання таких операцій хворим на остеоартроз складає 25 – 40 тисяч щороку. Ендопротезування є складною маніпуляцією, яка вимагає високого рівня кваліфікації лікаря а для хворого – це 1,5 – 2 години перебування під наркозом для знеболювання операції, яка супроводжується значною крововтратою, що обумовлено особливостями кровопостачання даних ділянок.

Зменшення травматичності та тривалості оперативних втручань в травматології-ортопедії, є актуальною проблемою і одним із нагальних питань наукового пошуку багатьох ортопедів, що займаються ендопротезуванням. Під час такої об'ємної та досить тяжкої операції, як ендопротезування, 50% робочого часу витрачається на гемостаз та перев'язування судин, що значно збільшує час, необхідний для оперативного втручання. Застосування електроварювання дає можливість забезпечення гемостазу при проведенні оперативних втручань не завдаючи істотного деструктивного впливу на живі тканини пацієнта. Паралельно, на відміну від коагуляційних методів, дає можливість здійснювати з'єднання тканин.

Висновок. Враховуючи вище вказане, не викликає сумнівів актуальність даної роботи, оскільки впровадження надійних способів гемостазу дозволить значно зменшити об'єм крововтрати, а відповідно тривалість оперативного втручання та строки післяопераційної реабілітації, і тим самим приведе до поліпшення результатів лікування.

ПРЕИМУЩЕСТВА СИСТЕМЫ ДЛЯ НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА «МЕТОСТ»

Музиченко П.Ф., Кобзарь А.Б., Первак І.Л., Хворостяна Н.Т., Дорошенко С.В., Прокопець К.А.

Цель. Показать результаты разработки и 30-летнего опыта оперативного лечения переломов всех сегментов длинны трубчатых костей с применением фиксаторов системы «МЕТОСТ».

Материалы и методы. В настоящее время назрел вопрос проведения стандартизации инструментария, который выпускается отечественной промышленностью с обязательным гостированием данных изделий по типу существующих ГОСТ-ов в технике. Подавляющее количество костных фиксаторов, которые применяются как у нас в стране, так и за рубежом имеют форму сектора круга из-за чего по всей поверхности прилегания к костной ткани образуется пролежень кости под фиксатором, что зачастую является причиной рефрактуры после удаления фиксатора. В последние годы стали применяться фиксаторы с ограниченным контактом. Однако это не избавляет фиксаторы от выше описанного недостатка и наряду с этим сама конструкция теряет прочностные характеристики. Возможности межфрагментарной компрессии ограничены т.к. она создается за счет скольжения головки винта по краю отверстия, выполненного в виде трапеции. Основным критерием при подборе фиксаторов типа АО является количество винтов, расстояние между которыми составляет 16мм. Хотя по законам механики не количество винтов определяет жесткость конструкции – «металл-кость», а соотношение длины сегмента и длины фиксатора. Все выше изложенное показывает, что даже достаточно хорошо продуманная система для остеосинтеза, каковой является системы типа АО нуждается в совершенствовании. При конструировании нашего фиксатора, получившего название «МЕТОСТ» (металлоостеосинтез), мы постарались избавиться от недостатков аналогов, благодаря комплексу предварительных экспериментальных исследований на стендах, в эксперименте, а также механо-математического моделирования.



Конструктивными особенностями нашего фиксатора является – форма, выполненная в виде швеллера, благодаря чему обеспечиваются высокие прочностные характеристики (в 1,5 – 2 раза превосходящие фиксаторы, имеющие форму сектора круга), кроме того, наш фиксатор контактирует с подлежащей костью в 2-х или 3-х точках, чем сводится до минимума площадь пролежня костной ткани. Благодаря ребрам жесткости происходит «саморепонирование» костных фрагментов поврежденного сегмента. При поперечных и косопоперечных переломах межфрагментарная компрессия обеспечивается за счет манипуляций с эксцентриковым механизмом, закрепленным на корпусе фиксатора. Компрессионно-дистракционные свойства компрессирующего узла позволяют использовать фиксаторы системы «МЕТОСТ» как при острой травме, так и при оперативном лечении ложных суставов.

Механо-математические испытания проводились нами в Институте механики, проблем прочноти, теоретической теплофизики, электродинамики, проблем лиття НАН Украины.

Отдаленные результаты применения фиксаторов системы «МЕТОСТ» мы изучили на 2590 пациентах при остеосинтезе переломах всех сегментов верхней и нижней конечностей, также при оперативном лечении ложных суставов. Полученные результаты весьма обнадеживающие: отличные результаты-91%, удовлетворительные - 10,4, не удовлетворительные - 0,5%. **Выводы.** 1. При остеосинтезе фиксаторами системы «МЕТОСТ» идет консолидация переломов и ложных суставов в оптимальные сроки. 2. Медико-социальная реабилитация при применении фиксаторов системы «МЕТОСТ» сокращается на 10-15%. 3. При изучении отдаленных результатов количество плохих исходов нами сведен до минимума(0,5%). 4. Назрела необходимость введения стандартизации при определении показаний для оперативного лечения поврежденных и заболеланий опорно-двигательного аппарата.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ КОРЕЛЯЦІЇ ПРИ АКЦІАЛЬНОМУ ТА ПЕРИФЕРИЧНОМУ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Яременко О.Б., Федьков Д.Л., Шинькарук Ю.Л.

Мета. Оцінити активність захворювання та кореляцію між клініко-лабораторними показниками та запальними змінами сакроілеальних суглобів (CIC) за даними магніто-резонансної томографії (МРТ) у хворих із серонегативними спондилоартритами (СпА).

Матеріали і методи. Обстежено 67 хворих (68,7% чоловіків) зі СпА (23 – з центральною (цСпА) та 44 - з периферичною (пСпА) формами). Середній вік – 36,6+10,7 років. Оцінювали лабораторні маркери запалення (С-реактивний білок (СРБ), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)), інтегральні індекси активності захворювання (BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score)) та MPT SPARCC (Spondyloarthritis Research Consortium of Canada) індекс CIC (n=32).

Результати та їх обговорення. ASDAS-СРБ, ASDAS-ШОЕ та BASDAI були вірогідно вищими у хворих із пСпА порівняно з хворими з цСпА: $3,32 \pm 1,05$ проти $2,72 \pm 0,83$, $3,29 \pm 1,01$ проти $2,66 \pm 0,75$ та $5,12 \pm 2,02$ проти $4,07 \pm 1,4$ відповідно.

У всіх хворих із СпА виявлено позитивну кореляцію BASFI з ШОЕ (r=0,388, p=0,01) та СРБ (r=0,357, p=0,003), але BASDAI - лише з СРБ (r=0,428, p=0,001). Клінічна активність та функціональні індекси добре корелювали між собою: ASDAS-СРБ та ASDAS-ШОЕ з BASDAI та BASFI (r від 0,502 до 0,745, p=0,001), та BASDAI з BASFI (r=0,426, p=0,015).

У хворих з цСпА ASDAS-ШОЕ корелював з ШОЕ (r=0,620, p=0,002) та СРБ (r=0,516, p=0,012), а ASDAS-СРБ - лише з СРБ (r=0,785, p=0,001). Усі клінічні індекси у пацієнтів з пСпА корелювали з ШОЕ та СРБ (r від 0,302 до 0,779). SPARCC індекс CIC корелював з СРБ (r=0,358, p=0,004) у всіх хворих зі СпА, з СРБ (r=0,496, p=0,036) у хворих з цСпА та з BASFI (r=0,556, p=0,039) у хворих з пСпА.

Висновки. Хворі з пСпА мають вищу активність захворювання (за ASDAS-СРБ, ASDAS-ШОЕ) порівняно з хворими з цСпА. SPARCC MPT індекс корелює лише з рівнем СРБ у всіх хворих зі СпА та з функціональним статусом (BASFI) у хворих з пСпА.

ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРИЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІЧНИХ КАРДІОПРОТЕКТОРІВ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗІ СТІЙКОЮ ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Яременко О.Б., Іорданова Н.Х., Дудка П.Ф.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета. Оцінити залежність ефективності метаболічних кардіопротекторів (МК) від вихідного амінокислотного складу плазми крові (АСП) у хворих на

гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (ПМелST). Матеріали і методи. Обстежено 116 хворих на ПМелST. Після рандомізації хворим в I групі призначали водорозчинну форму кварцетину (Кн), в II – 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинат (ЕМОС), в III - стандартне лікування. Ефективність терапії оцінювали за динамікою індексу регіональної скоротливості лівого шлуночка (ДІРСЛШ) впродовж 10 діб методом ехокардіографії. Показник ДІРСЛШ $\geq 0,0625$ був маркером позитивної відповіді на лікування («відповідачі»). Хворі з ДІРСЛШ $< 0,0625$ сформували групу «невідповідачів». АСП досліджували в день госпіталізації методом рідинно-колонкової хроматографії.

Результати та їх обговорення. Додавання МК при лікуванні ПМелST супроводжувалось зменшенням ІРСЛШ у 61%-71% хворих, що в 1,7 рази частіше порівняно з хворими, які отримували стандартну терапію. Багатофакторний логістичний регресійний аналіз та ROC аналіз показали, що співвідношення фенілаланін/тирозин (Phe/Tyr) корелювало з результатом лікування в I групі незалежно від інших чинників (BШ=0,30; p=0,014). Значення Phe/Tyr $\leq 2,06$ характеризувалось чутливістю 81,8% та специфічністю 71,4% щодо прогнозування позитивного ефекту від призначення Кн. В II групі ефективність лікування залежала від співвідношення гомоцистеїн/метіонін (Hcy/Met) незалежно від інших чинників (BШ=0,22; p=0,002). Значення Hcy/Met $\leq 0,33$ було високочутливим (77,3%) та високоспецифічним (77,8%) щодо прогнозування позитивної ефекту від призначення ЕМОС.

Висновки. Ефективність МК значною мірою залежить від АСП, насамперед тих амінокислот, які задіяні в процеси реалізації метаболічної дії препаратів. Позитивний ефект від призначення Кн асоціюється з меншим вихідним Phe/Tyr ($\leq 2,1$), а призначення ЕМОС є доцільним у хворих з меншим вихідним Hcy/Met ($\leq 0,33$).

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ ІІ ТА МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ КАРДІОПРОТЕКТОРІВ ЗА УМОВ IN VITRO ТА IN SILICO

Хайтович М.В., Ситник І.М., Черновол П.А.

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації, НДІ експериментальної та клінічної медицини, м. Київ

Мета. Порівняльна оцінка антиоксидантної активності (АОА) інгібіторів АТ ІІ (лозартану, валсартану) та метаболітопронних кардіопротекторів (ацетилцистеїну, тіотриазоліну) in vitro та визначення залежності структура – антиоксидантна активність інгібіторів АТ ІІ з використанням електронних дескрипторів in silico.

Матеріали і методи. Визначення АОА проводили методом спектрофотометрії за ступенем інгібування супероксид-радикалу, що утворюється у модельній системі in vitro при аутоокисненні адреналіну в адренохром у лужному середовищі. Значення квантово-хімічних параметрів молекулярних структур ЛЗ розраховували з використанням напівемпіричного методу РМ3.

Результати та їх обговорення. Метаболітні кардіопротектори ацетилцистеїн та тіотриазолін виявляють АОА у широкому діапазоні концентрацій, 10-9 - 10-3 моль/л. Найбільшу АОА (79 %) має ацетилцистеїн у концентрації 10-6 моль/л, перевершуючи таку тіотриазоліну. З двох досліджених препаратів групи блокаторів рецепторів АТ ІІ (валсартан, лозартан) тільки лозартан характеризується наявністю АОА, яка становить 22,51 % та 25,07 % за концентрацій 10-6 та 10-3 моль/л відповідно. Квантово-хімічними розрахунками підтверджено, що лозартан за рахунок гідроксиметильного бічного ланцюга має властивості швидко захоплювати вільні радикали та віддавати протон водню із найменшою затратою енергії, що і пояснює його вищу АОА порівняно з валсартаном.

Висновки. Отримані результати у подальшому можуть бути використані для пошуку та прогнозування АОА серед нових похідних сартану, визначення механізмів кардіопротекторної дії блокаторів АТ ІІ in vivo та можливості комбінованого застосування останніх з препаратами метаболітного типу дії для підвищення ефективності фармакотерапії серцево-судинних захворювань.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УЗД ТА ДГ У ДІТЕЙ

Шафета О.Б.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Мета. Вивчення інформативності методів УЗД та ДГ при захворюваннях привушних слинних залоз (ПЗЗ) у дітей.

Матеріали і методи. Досліджено на УЗД та ДГ привушні слинні залози у 18 дітей віком від 5 місяців до 11 років з захворюваннями ПЗЗ, які лікувалися в клініці кафедри.



Результати та їх обговорення. ПСЗ у 7 дітей із бактеріальним паротитом на УЗД представлені збільшенням розмірів залози, неоднорідною структурою, з гіпоехогенними ділянками зливного характеру, ехоплотність знижена; ДГ вказує на збільшення васкуляризації паренхіми залози та швидкості кровотоку, в цілому без привідних судин, що є ознакою запального характеру. ПСЗ у 5 пацієнтів із паротитом Герценберга УЗД виявляє лімфовузли гіпоехогенної структури овальної чи округлої форми зі збереженою структурою на фоні незміненої паренхіми залози; ДГ показало незначне підвищення швидкості кровотоку. ПСЗ у 6 дітей із судинними мальформаціями на УЗД представлені порожнинами пониженої ехогенності, округлої або овальної форми. На ДГ чітко визначається привідні судини зі збільшеною швидкістю кровотоку. У всіх дітей УЗД та ДГ використовувалися як контроль ефективності лікування захворювань ПСЗ.

Висновки. 1. Найбільш ефективним для встановлення кінцевого діагнозу бактеріального паротиту є використання УЗД та ДГ, паротиту Герценберга – УЗД, а судинним мальформацій – ДГ. 2. УЗД та ДГ ПСЗ при їх захворювань використовувалися в якості контролю ефективності лікарської тактики та перебігу періоду ремісії.

ЕНДОНАЗАЛЬНА ДАКРІОЦИСТОРИНОСТІЯ В ЛІКУВАННІ НЕПРОХІДНОСТІ СЛЬОЗОВИХ ШЛЯХІВ ОРГАНА ЗОРУ

Деева Ю.В., Гребень Н.К., Кобзар П.А.

Мета. Вивчення методу ендоназальної дакріоцисторіностомії в лікуванні непрохідності сльозових шляхів органа зору. **Матеріали і методи.** У 10 хворих з порушенням прохідності сльозових шляхів проведено оперативне втручання – ендоназальна дакріоцисторіностомія з імплантацією штучних дренажів в сльозових каналцях ока, з них 4 – чоловіки, 6 – жінок. В віці від 37 до 53 років.

Результати та їх обговорення. У хворих з непрохідністю сльозових шляхів, після проведення діагностичних проб та рентгенологічного дослідження з контрастом, проводилось оперативне втручання. При ендоназальному доступі проводилось видалення сльозової оболонки, кісткового фрагменту в ділянці проєкції сльозного міхура, вводили через сльозову точку та верхній, нижній сльозові каналці дренаж, фіксували його в порожнині носа. В післяопераційному періоді проводили 2-3 промивання сльозових шляхів, призначали протизапальні краплі «Тобрадекс» 3-4 р на добу. Такий малоінвазивний метод втручання дозволяє швидко отримати результат, знизити сльозотечу, зберегти косметичний ефект. Термін спостереження 6 місяців.

Висновки. Реабілітація та лікування хворих з порушенням прохідності сльозових шляхів складний та безперервний процес. Застосування ендоназальної дакріоцисторіностомії з використанням дренажу дозволяє отримати стійкий ефект лікування, відновити прохідність сльозових шляхів, зникнення сльозотечі у хворих.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ РЕЗЕКЦИЕЙ КИШЕЧНИКА С ТРОМБЭМБОЛЭКТОМИЕЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Шепетько Е.Н., Гармаш Д.А., Курбанов А.К., Марченко В.О., Козак Ю.С.

Цель. Оптимизация тактики хирургического лечения острой мезентериальной ишемии сравнением результатов применения резекции кишечника при его инфаркте и сочетанием резекции кишечника с тромбэмболэктомией из брыжеечных сосудов.

Материалы и методы. Из 143 пациентов (мужчин - 61 (42,7%), женщин - 82 (57,3%)) у 100 (70%) из них диагноз острой мезентериальной ишемии был установлен прижизненно, причём 50 пациентов оперированы.

Результаты и обсуждение. Объем пораженного кишечника в 134 (93%) случаях охватывал бассейн верхней брыжеечной артерии. Гангрена тонкого кишечника наблюдалась у 67,1% пациентов, гангрена тонкой кишки и правой половины ободочной – у 26,6%, левой половины ободочной кишки - 5,6%, а гангрена сигмовидной и верхнеампулярного отдела прямой кишки – 0,7%. Изолированные резекции кишечника предприняты у 41 пациента (летальность – 65,9%), а резекции кишечника, дополненная тромбэмболэктомией брыжеечных сосудов, - у 9 больных (летальность – 33,3%). Тромбэмболэктомия из верхней брыжеечной артерии выполнена у 6 пациентов, из верхней брыжеечной вены - у 2, из нижней брыжеечной артерии – у 1.

Вывод. Сочетанные операции (резекция кишечника с тромбэмболэктомией брыжеечных сосудов) при острой мезентериальной ишемии в два раза снижают послеоперационную летальность в сравнении с изолированными резекциями кишечника (p=0,15).

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТУБАЦІЙНОГО ЗОНДА ВДОСКОНАЛЕНОЇ КОНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ШИНУВАННЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА.

Мішалов В.Г., Бик П.Л., Лецишин І.М.

Мета. Вивчення ефективності застосування інтубаційного зонда вдосконаленої конструкції для профілактики синдрому інтермітуючої злукової кишкової обструкції та злукової кишкової непрохідності.

Матеріали і методи. Для профілактики злукової непрохідності тонкого кишечника, нами було вдосконалено конструкцію інтубаційного зонда який відрізняється тим, що має додаткове ребро жорсткості, створене сталюю струною в каналі роздувної манжети та подовжену дистальну частину без перфоративних отворів, призначену для розміщення в товстій кишці. Даний зонд був застосований для шинування кишечника у 9 пацієнтів основної групи з тотальним злуковим процесом (PAI ≥ 206). Стандартний інтубаційний зонд для шинування кишечника був використаний у 12 пацієнтів контрольної групи з аналогічним злуковим процесом. Тривалість стояння зонда в обох групах становила від 7 до 12 діб.

Результати та їх обговорення. У 3 пацієнтів контрольної групи відмічалась міграція зонда в проксимальному напрямі, внаслідок чого він перегинався під гострим кутом і переставав функціонувати та був видалений раніше необхідного терміну. У основній групі в усіх пацієнтів зонд функціонував задовільно на протязі всього часу. Клінічні прояви синдрому інтермітуючої злукової кишкової обструкції протягом 1 року після операції відмічались в 1 пацієнта основної групи та в 5 контрольної. З приводу рецидиву гострої злукової кишкової непрохідності був прооперований 1 хворий контрольної групи.

Висновок. Інтубаційний зонд вдосконаленої конструкції забезпечує надійне шинування кишечника не перегинається під гострим кутом завдяки додатковому ребру жорсткості та краще запобігає проявам синдрому інтермітуючої злукової кишкової обструкції і злукової кишкової непрохідності.

ТУРБОМАГ – ІННОВАЦІЙНА CDM-ТЕХНОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Мойсеєнко В.О., Міхньов О.В., Никула Т.Д.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Інститут клінічної медицини, м. Київ

Мета. Вивчити ефективність застосування апарата «Турбомаг» при діабетичній полінейропатії.

Матеріали і методи. У медичному центрі «Інститут клінічної медицини» за авторською методикою створений і успішно працює апарат фізіотерапевтичного впливу «Турбомаг». В основі роботи апарату – CDM-технологія, яка полягає у впливі комбінованими трьохмірними магнітними полями на енергетичний каркас організму.

Результати та їх обговорення. Авторами накопичений досвід лікування хворих з полінейропатіями на тлі цукрового діабету (25 хворих). Курс лікування складав 10-15 сеансів; тривалість 1-го сеансу – 60 хв. Частота та інтервали лікування визначаються лікарем індивідуально. До критеріїв виключення належали: ураження великих волокон нервів, втрата рівноваги; зміни в суглобах стопи і гомілковостопних суглобах, деформації пальців або стоп. На тлі адекватного глікемічного контролю спостерігався регрес клінічних проявів (зниження або втрата здатності визначати температуру; поколювання, відчуття печіння; нічного болю; оніміння і втрата чутливості; почуття мерзлякуватості і похолодання в кінцівках; набряклість, сухість, лущення, почервоініння підшовної частини стопи). Ефект був стійким у пацієнтів з нещодавно виявленою діабетичною полінейропатією. На час завершення CDM – фізіотерапевтичного лікування частота клінічних проявів була вірогідно нижчою в групі інтенсивної терапії, ніж у групі стандартного лікування: 15,1 і 23,0% відповідно. Після проведених курсів лікування магнітотерапевтичним апаратом «Турбомаг» у 24 хворих покращилися показники стану здоров'я (зменшилися або зникли парестезії кінцівок, спостерігалася тенденція до зниження рівня цукру та глікованого Нb крові). **Висновки.** Отже, комплексне лікування діабетичної полінейропатії з включенням фізіотерапевтичних CDM-процедур сприяє досягненню вираженого позитивного ефекту за рахунок нормалізації обмінних процесів у всіх органах і системах людини.

МАЛОТРАВМАТИЧНІ АМПУТАЦІЇ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ОПОРНОЇ ФУНКЦІЇ СТОПИ У ХВОРИХ НА НЕВРОШЕМІЧНУ ФОРМУ СИНДРОМА ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Приступлюк М.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Мета. Робота спрямована на удосконалення хірургічної техніки виконання операції, спрямованих на поліпшення та прискорення загоювання рани, зі збереженням опорної здатності стопи.

Матеріали і методи. Здійснені хірургічні втручання у 31 хворого на ЦД, ускладненого синдромом діабетичної стопи невропатичної та



невроішемічної форм. Група спостереження складалась із 11 чоловіків та 20 жінок. Контрольна група була представлена 30 пацієнтами. У всіх хворих відмічалась трофічні виразки на пресорній поверхні стопи за класифікацією Вагнера 2б і 3б ступеню, виразки були інфікованими та поширювались до кісток.

Результати та їх обговорення. У хворих основної групи на другому дні післяопераційного періоду зникає біль у рані; набряк на стопі значно зменшується на також на другу добу після накладання апаратної пов'язки (VAC-T) ознаки набряку на стопі та гомілці зникають на третю добу. На 8-16 день відбувається повне очищення рани з активною епітелізацією у ній. Після зняття апарату у всіх пацієнтів не виявлено жодних ускладнень, рани чисті, активна грануляція та епітелізація. Активні грануляції в рані підтверджені мікроскопією препарату з тканин рани. У препараті із грануляційної тканини відмічений активний ріст судин в тканині. При бактеріологічному дослідженні росту мікроорганізмів з посіву рани не виявлено. Жодному хворому не було потреби у повторних хірургічних втручаннях. Тривалість перебування хворих основної групи у стаціонарі до пластичного закриття ранового дефекту складала в середньому 15,50±1,12 днів.

Висновки. Виконання хірургічної операції запропонованим методом виключає необхідність високих ампутацій у хворих із СДС. При лікуванні гнійно-септичних ускладнень на стопі у хворих із СДС з використанням вакуум-терапії відповідає потреба етапних операцій на стопі. Комплексне хірургічне лікування гнійних ускладнень на стопі з використанням вакуум-терапії сприяє прискоренню очищення рани, в середньому у 2 рази та зменшенню тривалості хірургічного лікування у 1,8–2,1 рази.

ДЕСЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ОСТЕОСЦИНТИГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

Ткаченко М.М., Король П.О.

Мета. На основі ретроспективних даних за 2005 – 2015 роки вивчити значення методу остеосцинтиграфії при ендопротезуванні кульшових суглобів у хворих на деформуючий остеоартроз.

Матеріали і методи. В період з 2005 по 2015 рік методом остеосцинтиграфії було обстежено 574 пацієнта на деформуючий остеоартроз кульшових суглобів (365 жінок та 209 чоловіків) віком від 31 до 75 років (середній вік 49,7 ± 7,8; медіана 49 років). Остеосцинтиграфія проводилась на односторонній сцинтиляційній гама-камері в статичному режимі після внутрішньовенного введення 99m-Tc-пірофосфату активністю 550-770 МБк.

Результати та їх обговорення. За результатами роботи встановлено, що передопераційна остеосцинтиграфія, згідно з «концепцією кількісних остеосцинтиграфічних параметрів операбельності», розроблених на базі лабораторії радіонуклідної діагностики Київської міської клінічної лікарні № 12 сумісно з кафедрою радіології НМУ імені О.О. Богомольця, дозволяє здійснювати диференціальний відбір хворих для ендопротезування в залежності від ступеня гіперфіксації радіофармапрепарату в компонентах ураженого кульшового суглобу.

В зв'язку з цим, в період з 2005 по 2015 роки, кількість хворих на остеоартроз, які потребують проведення ревізного ендопротезування кульшових суглобів, вірогідно знизилось на 25% (p < 0,05)

В 2013 році на базі Київського міського центру ендопротезування, статичну остеосцинтиграфію було включено в програму протоколу обов'язкового діагностичного скринінгу при ендопротезуванні кульшових суглобів.

Висновки. Передопераційна остеосцинтиграфія допомагає вірогідно знизити кількість ревізійних ендопротезувань та ризик післяопераційних ускладнень. Остеосцинтиграфію необхідно включати в програму протоколу обов'язкового діагностичного скринінгу при ендопротезуванні кульшових суглобів.

ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ДУГИ-ПЛАСТИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Левицький А.Ф.¹, Кривченя Д.Ю.¹, Питула В.П.¹, Бебешко О.В.², Кузик А.С.², Хуссейні С.Ф.¹, Карабенюк О.В.¹, Рогозинський В.О.¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

²Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Мета роботи. Розробити та впровадити в практику ключ для інтраопераційного моделювання дуги-пластини при лікуванні лійкоподібної деформації грудної клітки (ЛДГК).

Матеріали та методи. У клініці дитячої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця з 2001 до 2015 року проведено 123 операції – корекції ЛДГК у дітей з використанням дуги-пластини. В усіх пацієнтів під час операції використовували розроблений нами ключ для інтраопераційного моделювання дуги-пластини.

Результати та їх обговорення. Остаточну моделюють до потрібної форми підготовлену раніше металеву дугу-пластину. Для цього в одному із трьох поперечних пазів ключа для інтраопераційного моделювання дуги-пластини фіксують пластину на необхідному рівні в поперечному положенні (перпендикулярно лінії дуги-пластини) і виконують моделювання пластини цим інструментом в необхідному напрямку. Дугу пластину фіксують у тих пазах, ширина яких відповідає товщині вибраної пластини. При необхідності виконання більш прицезійного моделювання дуги-пластини, одночасно використовують два інструменти, провівши дугу-пластину через один із поперечних пазів. В такому випадку один інструмент є упорним, а іншим виконують моделювання. При випадковому скручуванні дуги-пластини цими ключами можна скорегувати даний недолік. В такому випадку, зафіксувавши дугу-пластину в поперечних пазах протилежноствановлених інструментів, ліквідують деформацію дуги-пластини розкручуванням. При необхідності моделювання кінців дуги-пластини, останні фіксують в повздовньому положенні одного із трьох поперечних пазів або в верхньому повздовньому пази запропонованого ключа і виконують необхідне догинання або розгинання. **Висновок.** Завдяки розробці ключа для інтраопераційного моделювання дуги-пластини досягається максимально вдале моделювання дуги-пластини, що дозволяє ефективно зафіксувати її до бокових м'язів стінки грудної клітки в поперечних розтинах без наступних зміщень, чим забезпечується успішне лікування ЛДГК.

НОВІ НАНОМАТЕРІАЛИ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ: ПАРАМЕТРИ ТОКСИЧНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНІ УМОВИ ВИКОРИСТАННЯ

Яворовський О.П., Рагуля А.В., Солоха Н.В., Карлова О.О., Брухно Р.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Інститут проблем матеріалознавства імені І.М. Францевича

Мета. Вивчення гігієнічних і токсикологічних властивостей нанопорошків тугоплавких сполук металів які можуть використовуватися для виготовлення виробів медичного призначення, запобігання можливого негативного впливу на здоров'я операторів.

Матеріали і методи: нанопорошки нітриду титану та діоксиду цирконію синтезовані в Інституті проблем матеріалознавства імені І.М. Францевича; робочі місця операторів синтезу – гігієнічні методи обстеження; оператори, зайняті у виробництві нанопорошків – загально-клінічне обстеження: ультразвукова діагностика, біохімічне дослідження крові (глюкоза, загальний білок, холестерин, активність ферментів аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартатамінотрансферази (АСТ)) та імунологічне дослідження - вимірювання концентрації цитокінів (ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-4, TNF-α) в супернатантах мононуклеарних клітин; лабораторні тварини (щурі, миші, кролі); визначення LD 50, подразнюючої дії на слизову ока та шкіру кроля, інтратрахеальне введення в органи дихання.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у виробництві нанопорошків TiN та ZrO2 провідним чинником виступає забруднення повітря робочої зони пиловими частками як ультрамікроскопічними, так і нанодіапазону. За даними якісного і кількісного аналізу наночастинок у відібраних пробах повітря на робочому місці оператора визначені їх масова концентрація в кубометрі повітря та сумарна площа поверхні, які відповідно становили 5,35 мгк/м3 та 1,33×108 нм2/см3.

Електронномікроскопічно, аночастинки TiN та ZrO2 мають розміри – 26 нм та 12 нм відповідно, округлу форму, здатні до утворення конгломератів.

Показано, що при внутрішньоочеревинному та внутрішньолуночковому введенні, TiN та ZrO2 лабораторним мишам та щурам - дози 5000, 10000, 15000 мг/кг – не викликали загибелі; дія на слизову ока кролика – слабо-пдрозражняюча, подразнення шкіри – не виявлено. Нанопорошки за ГОСТ 12.1.007. – 76 «Классификация и общие требования безопасности» відносяться до ІV класу небезпечності - малонебезпечні.

При інтратрахеальному введенні нанопорошку нітриду титану виявлено потовщення міхальвеолярних перетинок та морфологічні ознаки бронхіту впродовж перших семи діб; локальне та дифузне розростання колагенових волокон, що призводить до розвитку пневмосклерозу - через 12 місяців.

Клініко-лабораторне обстеження операторів виявило: зміни з боку гепатобіліарної системи (підвищення активності АлаТ 0,30±0,002 мкмоль/л; АСаТ 0,26±0,017 мкмоль/л, зниження коефіцієнта де Рітса - 0,84), гіперхолестеринемію - 6,64±0,52 мкмоль/л, гіперглікемію - 6,68±0,82 ммоль/л, структурні зміни комплексу інтима-медіа зовнішньої та внутрішньої сонних артерій при товщині 0,69±0,05 мм та 0,63±0,03 мм відповідно. Встановлено підвищення функціональної активності клітин моноцитарно-макрофагального ряду за продукцією прозапальних цитокінів ІЛ-1, ІЛ-6, TNF-α 73,8±15,9 пкг/мл, 57,7±14,9 пкг/мл та 78,4±9,8 пкг/мл (p < 0,01) та продукцію ІЛ-4 29,5±8,1 пкг/мл у обстежених осіб, що свідчить про наявність запального процесу і алергічну дію.

Висновки: 1. Специфічним і потенційно небезпечним гігієнічним чинником у технологіях одержання нанокompatитних порошків є можливість надходження ультрамікроскопічного та нанопилу в повітря робочої зони. 2. За ступенем гострої токсичності досліджені нанопорошки відносять до



ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В СІМЕЙНУ МЕДИЦИНУ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатор: Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Інститут сімейної медицини
Співорганізатор: Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»

ПРОГРАМА

Вітальне слово: Ректора НМАПО імені П.Л. Шупика, академіка НАМН України, професора Вороненко Ю.В.

Основна доповідь: Стан та перспективи кадрового забезпечення сімейної медицини

Доповідач: проф. Шекера О.Г. Директор Інституту сімейної медицини

Тема: Корпоратизація медичних працівників первинної ланки медичної допомоги – шлях до самоврядування

Доповідач: проф. Матюха Л.Ф. Кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги

Тема: Перспективи українського молодіжного руху сімейних лікарів

Доповідач: доцент Ткаченко В.І. Кафедра сімейної медицини

Тема: Мережа клінік Doctor Sam: Інтегрований підхід в сімейній медицині

Доповідач: Скомороха О.С. Мережа клінік Doctor Sam

Тема: Особливості перебігу та лікування артеріальної гіпертензії у поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця у хворих з гостро езофагеальною рефлексною хворобою

Доповідачі: проф. Приходько В.Ю., Морєва Д.Ю., проф. Стаднюк Л.А. Кафедра терапії і геріатрії

Тема: Залежність ефективності антигіпертензивної терапії від рівня тиреотропного гормону у хворих з артеріальною гіпертензією

Доповідачі: проф. Приходько В. Ю., Кононенко О. А., проф. Стаднюк Л.А. Кафедра терапії і геріатрії

Тема: Туберкульоз у медичних працівників – актуальна медико-соціальна проблема

Доповідач: проф. Зайков С.В. Кафедра фтизіатрії і пульмонології

Тема: Особливості клінічної картини грипу у дорослих в умовах сьогодення
Доповідачі: проф. Дуда О.К., Коцюбайло Л.П., Окружнов М.В., Бойко В.О., Сухов Ю.О., Голуб А.П., Ралець Н.В., Дудар Д.М., Богданова К.О. Кафедра інфекційних хвороб

Тема: Сучасний підхід в лікуванні захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей

Доповідач: доцент Козачук В.Г. Кафедра педіатрії № 2

Тема: Особливості корекції невротичних станів нейроплантом у пацієнтів з депресивними розладами у практиці сімейного лікаря

Доповідачі: проф. Матвієць Л.Г., Никифорок В.А. Кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги

Тема: Чинники ризику та анти ризику повторної реалізації суспільно небезпечних діянь хворими на шизофренію

Доповідачі: проф. Мішиєв В.Д., проф. Гриневич Є.Г., Кушнір А.М. Кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології

Тема: Мультидисциплінарні аспекти роботи сімейних лікарів при наданні паліативної допомоги пацієнтам вдома

Доповідачі: доцент Царенко А.В., член-кореспондент НАМН, проф. Губський Ю.І. Кафедра паліативної та хоспісної медицини

Тема: Головний біль в практиці сімейного лікаря

Доповідач: доцент Чуприна Г.М. Кафедра неврології і рефлексотерапії

Тема: Перспективи розвитку екстреної медичної допомоги в Україні

Доповідач: проф. Рошчин Г.Г. Кафедра медицини катастроф та військової медичної підготовки

Тема: Застосування бактеріофагів в комплексному лікуванні хворих на некротичний панкреатит

Доповідачі: проф. Кебало А.Б., Гордовський В.А. Кафедра хірургії та проктології

Тема: Диференціальна діагностика ювенільних артритів у дітей в практиці сімейного лікаря

Доповідачі: проф. Бережний В.В., проф. Марушко Т.В., Герман Е.Б., проф. Гляделова Н.П. Кафедра педіатрії № 2

Тема: Сучасні підходи до інсулінотерапії у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу

Доповідач: Сахарова Ю.В. Кафедра діабетології

Тема: Профілактика синдрому діабетичної стопи в практиці сімейного лікаря

Доповідач: доцент Ткаченко В.І. Кафедра сімейної медицини

малонебезпечних - IV клас, (DL 50 > 5000 мг/кг), які не виявляють подразнення слизової ока та шкіри кролика. При інтратрахеальному введенні нанонітриду титану піддослідним тваринам через 12 місяців в їх легенях виявляються ознаки пневмосклерозу. 3. У операторів виявлено ознаки хронічного гепатиту за підвищенням активності вмісту трансаміназ АЛат і АСаТ у осіб відповідно у 2 і 1.5 рази на фоні зниження рівня показника де Рітіса, ураження судин за даними ультразвукової діагностики, а імунологічні дослідження підтверджують токсико-алергічну природу цих змін. Результати проведених досліджень покладені в основу затвердженого МОЗ України Інформаційного листа № 253-2015 від 21.09.2015 р. «Рання діагностика клінічних проявів у стані судин та гепатобіліарній системі операторів нанотехнологічного виробництва».

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «МЕДИЦИНА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ»

Добрянський Д.В., Дудка П.Ф., Ільницький Р.І., Тарченко І.П.

Мета. Важливим аспектом навчання студентів медиків є виховна мета - розвиток почуття патріотизму та усвідомлення своєї відповідальності перед суспільством. Формування у майбутніх лікарів готовності до активних і виважених дій під час надзвичайних ситуацій як у мирний так і воєнний час щодо надання домедичної (першої медичної) допомоги постраждалим. Матеріали і методи. В процесі навчання дуже важливо використовувати сучасні технології та інтерактивні методи викладання, закласти основи теоретичних знань і практичних навичок з організації та проведення лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів при надзвичайних ситуаціях, а також, перш за все, з надання першої медичної допомоги.

Результати та їх обговорення. Вивчення дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій» передбачає ознайомлення студентів з основними принципами надання невідкладної медичної допомоги на місці катастрофи, а також розуміння ними, що своєчасне і якісне надання медичної допомоги підвищує шанс щодо збереження здоров'я і, часом, життя постраждалих, а прийняття правильних рішень організації ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій і проведення первинного медичного сортування забезпечує в цілому ефективність лікування.

Із застосуванням сучасних навчальних технологій центром педагогічного процесу стає студент, який сам активно вибудовує свій навчальний процес, використовуючи різноманітні засоби отримання інформації. Отже, важливою функцією викладача є його вміння сприяти ефективному засвоєнню інформації, осмисленню здобутих знань та важливості набуття практичних навичок.

Висновок. Підготовка студентів в медичних вузах України з медицини надзвичайних ситуацій є пріоритетною, незалежно від спеціалізації майбутнього лікаря. Для успішного засвоєння дисципліни, перш за все практичних навичок, необхідно відповідне матеріально – технічне забезпечення занять і застосування інтерактивних методів під час навчання.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ ІІ ТА МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ КАРДІОПРОТЕКТОРІВ ЗА УМОВ IN VITRO ТА IN SILICO

Ситник І.М., Хайтович М.В., Черновол П.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

НДІ експериментальної та клінічної медицини

Мета. Порівняльна оцінка антиоксидантної активності (АОА) інгібіторів АТ ІІ (лозартану, валсартану) та метаболітоотропних кардіопротекторів (ацетилцистеїну, тіотриазоліну) in vitro та визначення залежності структури – антиоксидантна активність інгібіторів АТ ІІ з використанням електронних дескрипторів in silico.

Матеріали і методи. Визначення АОА проводили методом спектрофотометрії за ступенем інгібування супероксид-радикалу, що утворюється у модельній системі in vitro при аутоокисненні адреналіну в адренохром у лужному середовищі. Значення квантово-хімічних параметрів молекулярних структур ЛЗ розраховували з використанням напівемпіричного методу РМЗ.

Результати та їх обговорення. Метаболітні кардіопротектори ацетилцистеїну та тіотриазоліну виявляють АОА у широкому діапазоні концентрацій, 10-9 - 10-3 моль/л. Найбільшу АОА (79 %) має ацетилцистеїн у концентрації 10-6 моль/л, перевершуючи таку тіотриазоліну. З двох досліджених препаратів групи блокаторів рецепторів АТ ІІ (валсартан, лозартан) тільки лозартан характеризується наявністю АОА, яка становить 22,51 % та 25,07 % за концентрацій 10-6 та 10-3 моль/л відповідно. Квантово-хімічними

розрахунками підтверджено, що лозартан за рахунок гідроксиметильного бічного ланцюга має властивості швидко захоплювати вільні радикали та віддавати протон водню із найменшою затратою енергії, що і пояснює його вищу АОА порівняно з валсартаном.

Висновки. Отримані результати у подальшому можуть бути використані для пошуку та прогнозування АОА серед нових похідних сартану, визначення механізмів кардіопротекторної дії блокаторів АТ ІІ in vivo та можливості комбінованого застосування останніх з препаратами метаболітного типу дії для підвищення ефективності фармакотерапії серцево-судинних захворювань.

ХАРАКТЕР СКАРГ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНОСТЮ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПОСТАВИ

Хайтович М.В., Афанасьєва І.О., Мітюряєва І.О.

Мета. Проаналізувати характер скарг у дітей з вегетативними дисфункціями при патології постави.

Матеріали і методи. Обстежено 169 хворих з патологією постави у віці від 8 до 15 років. Спостереження проводилися на базі стаціонарного відділення Київського міського центру вегетативних дисфункцій у дітей. Було виділено три клінічні групи: 1 група - діти з функціональними порушеннями постави - 32 людини (18,9%), 2 група - діти з органічним порушенням постави - 103 людини (60,9%). Контрольну групу склали 34 дитини (20,2%), у яких виявлені різні форми вегетативних дисфункцій при збереженій фізіологічній поставі.

Результати та їх обговорення. Пароксизмальна вегетативна недостатність у вигляді генералізованих ваго-інсулярних кризів відзначалася в 2,5 рази частіше у дітей з шийно-грудним сколіозом і тільки при деформації хребта 1-2 ступеня (r = -0,75). Симпато-адреналові кризи відзначалися у пацієнтів з комбінованою формою сколіозу і у 40% дітей з кіфосколіотичною хворобою 3-4 ступеня (r = 0,26). Локальні прояви пароксизмальної вегетативної недостатності у вигляді краніоцеребрального синдрому відзначалися лише у дітей з деформацією хребта 1-2 ступеня (r = -0,73) і в 2 рази частіше при сколіозі шийно-грудного відділу.

Висновки. Генералізована пароксизмальна вегетативна недостатність пов'язана з перенавантаженням симпатичної ланки вегетативної нервової системи та зниженням адаптаційних процесів. Локальна пароксизмальна вегетативна недостатність обумовлена залученням до процесу симпатичного сплетення, розташованого навколо хребтової артерії, і негативним впливом на артерію, яка живить стовбур мозку і гіпоталамус.

ЗАСТОСУВАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ NT-PROBNP В ДІАГНОСТИЦІ АДАПТАЦІЙНИХ ЗМІН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Гищак Т.В.

Мета. Дослідити рівень NT-proBNP в сироватці крові у дітей з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) і його прогностичну значимість щодо розвитку дисфункції міокарду.

Матеріали і методи. В дослідженні приймало участь 71 дитина віком 9-17 років (53 дитини з ПАГ і 18 - з нормальним артеріальним тиском). Всім дітям проведено загально-клінічне обстеження, ДМАТ, ЕХОКГ, визначення рівня NT-proBNP в сироватці крові методом ІФА.

Результати. Виявлено підвищений рівень NT-proBNP у дітей із стабільною ПАГ (при стабільній ПАГ ІІ ст. - 31,23±9,32 fmol/ml; при стабільній ПАГ І ст. - 59,48±20,73 fmol/ml) і знижений – у дітей із лабільною ПАГ (5,98 fmol/ml) порівняно з контрольною групою (12,48±2,18 fmol/ml). У 4-х дітей із стабільною ПАГ рівень NT-proBNP перевищував 100 fmol/ml. Всі вони були особами чоловічої статі, мали високі масо-ростові показники і тривалий гіпертензивний анамнез.

Рівень NT-proBNP при стабільній гіпертензії корелював із середньодобовим САТ (r=+0,40, p<0,01) і показниками варіабельності АТ (r=+0,36, p<0,05) згідно даних ДМАТ, з масою тіла (r=+0,56, p<0,01) і з ТЗСЛШ за даними ЕХОКГ (r=+0,38, p<0,05).

Значення ФВ лівого шлуночка менше 55% спостерігалися у 9,7±5,3% дітей із стабільною ПАГ і у 4,5±4,4% дітей із лабільною ПАГ. Але тільки у одній дитині діагностовано систолічну дисфункцію (ФВ – 47%, NT-proBNP - 311,9 fmol/ml). У інших рівень NT-proBNP не перевищував 28 fmol/ml і ФВ знаходилась в межах 49-55%.

Висновки. 1. Стабільна ПАГ у дітей характеризується підвищеною активністю гормональних адаптивних систем серця (NT-proBNP в сироватці крові вище 28 fmol/ml) і пов'язана з формуванням концентричного ремоделювання і концентричної гіпертрофії серцевого м'язу. 2. Систолічна дисфункція міокарду у дітей з ПАГ зустрічається рідко і супроводжується підвищенням рівня NT-proBNP вище 300 fmol/ml. 3. Лабільна ПАГ характеризується низьким рівнем NT-proBNP, що вказує на недостатні компенсаторні механізми у цієї категорії дітей.



у приміщеннях, котрі потребують капітального ремонту. Питома вага амбулаторій, які оснащені медичним обладнанням, інструментами та інвентарем, відповідно до таблиця оснащення, складає лише 14,8%, автоматизованими робочими місцями – 11,5%, автомобілями – 43,9%. Слід окремо зазначити, що 14% головних лікарів Центрів первинної медичної допомоги не мають підготовки з організації охорони здоров'я, а половина заступників головних лікарів не мають спеціалізації із загальної практики сімейної медицини.

Отже, первинна медична допомога в Україні потребує суттєвого покращення матеріально-технічної бази, підвищення рівня оснащеності, достатнього забезпечення автотранспортом, створення ефективних фінансових та матеріальних стимулів для сімейних лікарів, особливо молодих спеціалістів. Серед питань, які потребують вирішення у найближчому майбутньому – це автономізація закладів охорони здоров'я і пов'язана з цим розробка та впровадження, ефективні показники якості первинної медичної допомоги, створення пулу сучасних управлінців для закладів первинної медичної допомоги. Також важливим питанням зостається реформування закладів первинної медичної допомоги у зв'язку з адміністративно-територіальною реформою та створенням нових об'єднаних громад.

Таким чином, первинна медична допомога на засадах загальної практики сімейної медицини залишається однією з найважливіших ланок медичної допомоги в Україні, а реформи в ній мають найбільш тісний зв'язок з процесами трансформації, що проходять зараз у нашій країні.

ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ И ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ ПСИХОЗ ПО ДАННЫМ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Ю.А. Блажевич

ТМО «Психиатрия» в г. Киеве, Украина

Целью исследования было изучение частоты рецидивов после первого приступа психоза, а также динамики клинической картины заболевания при последующих приступах. Изучалась связь указанных проявлений в зависимости от нозологической принадлежности заболевания, степени эффективности терапии на момент окончания курса стационарного лечения первого психотического эпизода, а также в зависимости от соблюдения пациентом комплаенса (выполнения рекомендаций по поддерживающей терапии).

Клинико-катамнестическое исследование проводилось на базе Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве при первом и последующих поступлении пациентов на стационарное лечение, а также по данным медицинской документации других психиатрических отделений, включая амбулаторные учреждения. Длительность катамнеза – до пяти лет. Использовались следующие методы исследования: клиническо-психопатологический, клинико-анамнестический, катамнестический, психопатологический (ММРІ, тест Люшера, методика «Исключение лишнего», «Пиктограмма» шкала Гамильтона, таблица Шульце, др.), параклинический (ЭЭГ, КТ, МРТ), математико-статистические методы (корреляционный и факторный анализы).

Исследовано 202 случая первого психотического эпизода: 104 случая у мужчин, 98 – у женщин. Средний возраст на момент первого психотического эпизода у мужчин составлял 27,2 года, у женщин – 31,6 года.

Установлено наличие аффективной симптоматики при первом психотическом эпизоде в 82% случаев у женщин и в 78% - у мужчин. Почти одинаково часто у пациентов обоих полов (соответственно, 18% женщин и 17,5% мужчин) на этапе дебюта заболевания расстройства аффекта были ведущими проявлениями заболевания, маскирующие расстройства восприятия и мышления. Следует отметить, что число пациентов, завершивших полный курс стационарного лечения при первом эпизоде психоза, составил 76%. Нон-комплаенс в течении 3 месяцев и более достиг среди пациентов с психозами всех типов более половины случаев (68%). Наиболее высоким он был в группе пациентов с преобладанием маниакальной либо маниформной симптоматики – 94%, при собственно психотических нарушениях (галлюцинаторно-параноидная симптоматика) – 55%, в случаях превалирования депрессивной симптоматики нон-комплаенс составил 24%. Лица женского пола следовали рекомендациям врачей приблизительно в четверти случаев добросовестнее.

Полученные данные дают дополнительный клинический материал о структуре психоза и его динамике на современном этапе, а также о частоте рецидивов и их связи с приемом поддерживающей терапии. Разработаны эффективные методы психофармакотерапии первого психотического эпизода; разработаны программы первичной и вторичной профилактики рецидивов.



ПРОФИЛАКТИКА НЕДОНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ТЯЖКОЮ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Давидова Ю.В., Огородник А.О., Мокрик А.М., Лиманська А.Ю., Бутенко Л.П.

ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Актуальність. За останні десять років існує тенденція до збільшення частоти гестаційної гіпертензії у жінок, що обумовлено, в тому числі, і зростанням частоти аутоімунної патології серед жінок репродуктивного віку. Згідно статистичних даних 2015 року у світі 30 млн. передчасних пологов, пов'язаних з неможливістю отримати контроль над підвищеним рівнем артеріального тиску.

Мета. Обґрунтувати та впровадити патогенетично обумовлений комплекс профілактичних та лікувальних заходів для зниження частоти необхідності дострокового пологорозрішення.

Матеріали і методи. У відділенні акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ПАГ НАМНУ» під наглядом знаходилось 300 вагітних з тяжкою екстрагенітальною патологією, серед них 60 жінок з аутоімунною патологією (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак), 60 жінок з вродженими вадами серця та серцевою недостатністю, 130 жінок з гіпертензивними захворюваннями, що передували вагітності, 50 жінок з первинним антифосфоліпідним синдромом та вродженою тромбофілією.

Створено систему заходів, яка враховує індивідуальні ризики прогресування основного захворювання, високу вірогідність розвитку поєданого пізнього гестозу, а також результати запровадженого у відділенні методу прогнозування розвитку гестаційних гіпертензивних розладів в першому триместрі за даними співвідношення про- та антиангіогенних біомаркерів (VEGF/ sFlt1). Розроблена патогенетично обґрунтована система заходів, спрямована на зниження впливу стресових факторів (психопрофілактична підготовка з медичним психологом), застосування засобів, що знижують збудливість міометрію (утрожестан), профілактику висхідної інфекції (гінодек), профілактику тромбоемболічних ускладнень (базуючись на шкалі Schoebek 2011 р. (клексан)).

Результати та їх обговорення. Застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволило уникнути народження дітей до 28 тижнів, знизити частоту народження дітей в терміні від 28 до 34 тижнів на 10%, в терміні 34-37 тижнів до 19,4% в групах жінок, де ризик дострокового розродження є найвищим. В сучасних умовах таке зниження частоти передчасних пологів значно зменшує матеріальне навантаження на заклад охорони здоров'я та дозволяє знизити показники малюкової захворюваності та смертності.

НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ МАТКИ

Скрипченко Н.Я., Тиха В.Г., Павлова О.М.

ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Актуальність проблеми. Невиношування вагітності у жінок з доброякісними пухлинами матки полягає в тому, що кількість жінок фертильного віку, які мають це захворювання, становить 30%, а серед вагітних зустрічається у 10%. Якщо врахувати, що перебіг вагітності у жінок з доброякісними пухлинами матки, нерідко, має серйозні ускладнення (у 75% випадків – загроза переривання вагітності, серед інших - плацентарна дисфункція, пізній гестоз), то стає очевидним, що такі вагітні мають потребу в найпильнішій увазі з огляду ведення даної вагітності і збереження репродуктивної функції надалі.

Мета. Шляхом удосконалення прегравідарної підготовки, діагностики та лікувальної тактики до вагітності та в ранні терміни вагітності у жінок з доброякісними пухлинами матки знизити частоту ускладнень перебігу вагітності, зменшити кількість репродуктивних втрат, покращити показники фертильного здоров'я таких жінок.

Матеріали і методи. Загально - клінічні, біохімічні, гормональні, мікробіологічні, інструментальні, психологічні.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що перебіг вагітності з ранніх термінів у жінок з доброякісними пухлинами матки залежить від гормонального статусу жінки, величини та місця локалізації пухлини, контамінації статевих шляхів патогенною мікрофлорою та психоемоційного статусу жінки.

Висновки. Індивідуалізований підхід до лікування невіношування вагітності у жінок з доброякісними пухлинами матки дозволив знизити кількість ускладнень перебігу вагітності, репродуктивних втрат на ранніх та пізніх термінах вагітності, покращити перебіг пологів, післяпологового періоду та реабілітацію репродуктивного здоров'я у таких жінок.

ОСОБЛИВОСТІ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ТА ПСИХО-СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ РОЗВИТКУ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В НЕСТАБІЛЬНИХ УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Воробія І.І., Скрипченко Н.Я., Ткаченко В.Б.

ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Актуальність проблеми. Невиношування вагітності полягає у соціально-економічній (необхідність попередження дитячої інвалідизації та смертності, їх впливу на родинні відносини, матеріальні наслідки для сім'ї, та держави, зменшення кількості нервово-психічних порушень у малюків), науковій (встановлення нових шляхів патогенезу та визначення факторів, що впливають на експресію генів і спричиняють розлади в системі нейро-імунно-гормональної регуляції), та практичній площині (удосконалення системи прегравідарної підготовки та лікування під час вагітності).

Мета. Шляхом удосконалення прегравідарного прогнозування перинатальних втрат та лікувальної тактики до та в ранні терміни вагітності, покращити показники репродуктивного здоров'я матері та нервово-психічного здоров'я немовлят у жінок з невіношуванням вагітності.

Методи. Загальноклінічні, молекулярно-генетичні, гормональні, біохімічні, мікробіологічні, психологічні, інструментальні, математичні.

Результати. Встановлено, що перебіг вагітності з ранніх термінів корелює з особливостями індивідуального психоемоційного реагування жінки, внаслідок чого формується тропотропна та ерготропна складові функціонального стану вегетативної нервової системи, які діють в межах молекулярно-генетичного профілю в умовах соціального впливу, військових, інформаційних ті ін. негативних впливів.

Результати проведених досліджень показали, яким чином внаслідок психо-соціальних умов сьогодення формується вплив стресогенних навантажень на характер нейро-імунно-ендокринних взаємовідносин, що задіяні у патогенезі передчасного переривання вагітності в різні терміни.

Висновки. Новітні програми персоналізованого лікування з використанням молекулярно-генетичних методів діагностики дозволили знизити кількість випадків передчасного відшарування плаценти, плацентарної дисфункції з судинним компонентом, показників реалізації утробного інфікування новонароджених, смертність недоношених новонароджених, та в 100% випадків попередити дуже ранні передчасні пологи та тяжку прееклампсію.

РАННІ РЕПРОДУКТИВНІ ВТРАТИ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ, МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ

Вовк І.Б., Корнацька А.Г., Трохимович О.В., Кондратюк В.К., Біль І.А.

ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Знизити частоту ранніх репродуктивних втрат шляхом оптимізації діагностичних та лікувально-профілактичних заходів з урахуванням патогенетичних аспектів.

Матеріали та методи. У дослідження включено 310 вагітних жінок в термінах гестації 5-12 тижнів вагітності: 200 жінок із загрозовим викиднем, 80 жінок із викиднем, що не відбувся, 30 жінок із нормальним перебігом вагітності. Проведено комплексне обстеження: клініко-лабораторне, ультразвукове, доплерометричне, гормональне і генетичне дослідження (гени рецептора прогестерону (PRG), рецептора естрогенів (ESR1), гена множинної резистентності до ліків (MDR 1)).

Результати досліджень. Для ранніх репродуктивних втрат характерна багатфакторність етіологічних факторів та їх поєднання: інфекційно-запальний фактор – 58,8%, гормональні порушення – 29,4%; анатомічний фактор – 17,7%; генетичні порушення – 16,7%. Встановлено, що ускладнений перебіг вагітності асоціювався з порушенням маткової гемодинаміки, свідченням чого є достовірне підвищення систоло-дістолічного співвідношення та пульсового індексу в маткових і спіральних артеріях. Це вказує на патологічне зростання судинного опору внаслідок їх недостатньої гестаційної перебудови і порушення процесу цитотрофобластичної інвазії.

У жінок із викиднем, що не відбувся, спостерігалось достовірне зниження сироваткових концентрацій естрадіолу (1,68±0,69 нмоль/л) і прогестерону (48,6±16,7 нмоль/л), в порівнянні з відповідним показником у жінок із загрозовим викиднем і фізіологічним перебігом вагітності (р <0,05).

В групі жінок з ранніми репродуктивними втратами частота генотипа T1/T2 по гену PGR склала – 52,4 %, а генотипу 3435TT по гену MDR1 – 38,1%, що було достовірно більше ніж у жінок групи порівняння – 27,5% і 11,8%, відповідно, (р <0,05). Для поліморфних варіантів гена ESR1 не було виявлено достовірних відмінностей у розподілі генотипів в групах обстежених жінок.

Переривання вагітності в термінах 5-12 тижнів асоціювалось з наявністю у жінок генотипів T1/T2 по гену PGR і 3435TT по гену MDR1, а при наявності

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, НЕОНАТОЛОГІЯ

III НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ВИСОКОГО РИЗИКУ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 15:00-18:00

Організатор: Кафедра акушерства і гінекології №2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

ПРОГРАМА

Тема: Хірургічна патологія у вагітних

Доповідач: д.м.н., проф. Гнатко О.П. НМУ ім. О.О. Богомольця, зав. кафедри акушерства і гінекології №2

Тема: Досвід лікування вагітних з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини

Доповідач: д.м.н., проф. Стець Я.М. НМУ ім. О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії №2

Випадки з практики. Рідкісні випадки в хірургічній практиці лікування вагітних з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини

Доповідач: ас. Черененко В.М. НМУ ім. О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії №2

Тема: Вагітність і пухлини придатків

Доповідач: к.м.н., доц. Чубатий А.І. НМУ ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №2

Тема: Основні принципи антибіотикотерапії сепсису

Доповідач: к.м.н., Харченко Л.А., засл. лікар України, директор УМЦІТС

КРУГЛИЙ СТІЛ «СУЧАСНІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 15:30-17:30

Організатори: ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології НАМН України», Асоціація педіатрів України

ПРОГРАМА

Координатор: член-кор. НАМН України, професор Татарчук Т.Ф.

Тема: Профілактика недоношування вагітності у жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією

Доповідачі: д.м.н. Давидова Ю.В., к.м.н. Огородник А.О., к.м.н. Мокрик А.М., к.м.н. Лиманська А.Ю., Бутенко Л.П.

Тема: Особливості молекулярно-генетичних та психо-соціальних аспектів розвитку невіношування вагітності в нестабільних умовах сьогодення

Доповідачі: д.м.н. Воробія І.І., д.м.н. Скрипченко Н.Я., к.м.н. Ткаченко В.Б.

Тема: Невиношування вагітності у жінок з доброякісними пухлинами матки

Доповідачі: д.м.н.Скрипченко Н.Я., Тиха В.Г., Павлова О.М.

Тема: Ранні репродуктивні втрати: патогенетичні аспекти, методи корекції

Доповідачі: д.м.н. Вовк І.Б., проф., д.м.н. Корнацька А.Г., д.м.н. Трохимович О.В., д.м.н. Кондратюк В.К., Біль І.А.

Тема: Сучасний погляд на проблему істміко-цервікальної недостатності

Доповідачі: д.м.н. Жабченко І.А., Олешко В.Ф., к.м.н. Бондаренко О.М., к.м.н. Коваленко Т.М.

Тема: Невиношування вагітності у пацієнок з міомою матки, шляхи вирішення проблеми

Доповідачі: член-кор. НАМН України, проф. Татарчук Т.Ф., д.м.н. Косей Н.В., Редько Н.О.



генотипу T1/T1 по гену PGR і 3435CC по гену MDR1 ризик переривання вагітності зменшувався втричі, що вказувало на протективний ефект даного генотипу.

Обґрунтовано доцільність диференційованого підходу до вибору оптимального гормонального препарату. При наявності у пацієнок генотипу T1/T2 по гену PGR і 3435TT по гену MDR1 з метою корекції прогестеронової недостатності оптимальним є інтравагінальне застосування мікронізованого прогестерону в дозі 200-300 мг на добу.

При встановленні генотипів T1/T2 по гену PGR і 3435TT по гену MDR1 найбільш прийнятним і ефективним є інтравагінальне використання мікронізованого прогестерону для лікування загрозованої викидня ранніх термінів гестації, завдяки підвищенню біодоступності прогестерону, що сприяє успішному завершенню вагітності у 95% жінок і дозволяє в 2,8 рази зменшити частоту ранніх репродуктивних втрат.

Висновки. Дане дослідження підтвердило наявність генетичної детермінованості гормональних порушень і ранніх репродуктивних втрат. Обґрунтовано доцільність диференційованого підходу до вибору оптимального гормонального препарату для лікування загрозованої викидня з урахуванням генетичних особливостей жінок.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Жабченко І.А., Олешко В.Ф., Бондаренко О.М., Коваленко Т.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Істміко-цервікальна недостатність – це патологічний стан при вагітності, якому притаманна неспроможність циркуляторної мускулатури ділянки внутрішнього в'язки шийки матки. Остання призводить до втрати перешийком і шийкою матки обтураційної функції, що в кінцевому результаті викликає безболісне прогресуюче розкриття шийки і втрату вагітності.

За даними ДУ «ІПАГ НАМН України», частота цієї патології в загальній популяції жінок активного репродуктивного віку останніми роками неухильно зростає, що призводить до зростання частоти екстремально ранніх передчасних пологів і, як наслідок, збільшення перинатальної захворюваності та смертності. Так, проведений нами ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок з істміко-цервікальною недостатністю за 2010-2015 роки свідчить про збільшення на 3% питомої ваги таких вагітних в загальній популяції породіль. Привертає до себе увагу факт якісної зміни факторів ризику щодо розвитку обтураційної неспроможності шийки матки у досліджуваних жінок. Сьогодні ІЦН достатньо часто зустрічається як у першо-, так і у повторновагітних жінок (23,8% і 47,6% відповідно), що підвищує значення прогестеронової недостатності, недиференційованої дисплазії сполучної тканини і пов'язаних з нею порушень процесів мінерального обміну та відновлення колагену в генезі обтураційної неспроможності шийки матки при вагітності. Про зростання ролі сполучнотканинної дисплазії в генезі обтураційної недостатності шийки матки свідчить також збільшення цієї патології у жінок з серцево-судинними захворюваннями (29,4%), міопією (30,1%), захворюваннями жовчовивідних шляхів та шлунково-кишкового тракту (21,4%), що також є проявом дисплазії сполучної тканини.

Водночас, не викликає сумнівів роль інфекційно-запального фактору в генезі переривання вагітності при порушенні обтураційної спроможності шийки матки. Так, питома вага жінок із запальними захворюваннями жіночих статевих органів серед досліджуваних вагітних сягає 53,2% у 2015 і не має тенденції до зниження. Найбільш характерною є локалізація запального процесу у нижніх відділах жіночої статевої сфери, а для піхвового пейзажу у таких жінок притаманна асоціація мікроорганізмів. Пролонгування вагітності в умовах імуносупресії сприяє загостренню інфекційно-запальних процесів, що призводить до зростання захворюваності на вагініти (43,7%), розвитку багатоводдя (9,5%) та плацентарної дисфункції (12,7%). Однією з особливостей перебігу вагітності у досліджуваних жінок є переважання загрозованих пізніх самовільних абортів і рецидивуючий перебіг загрози переривання вагітності, які були притаманними відповідно для кожної четвертої і кожної третьої вагітної з обтураційними порушеннями шийки матки.

Безумовно, комплексний вплив цих факторів призводить до передчасних та патологічних пологів, рівень яких не має тенденції до зниження у таких жінок. Таким чином, істміко-цервікальна недостатність залишається одним з провідних факторів ризику невиношування і недоношування вагітності, а рутинна методика ведення вагітності у таких жінок потребує удосконалення з урахуванням нових даних щодо патогенезу цієї патології.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «МЕДИЧНИЙ ДОГЛЯД ЗА НОВОНАРОДЖЕНОЮ ДИТИНОЮ: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД(ДЛЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПЕДІАТРІВ, НЕОНАТОЛОГІВ) МАЙСТЕР-КЛАС

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатор: Кафедра неонатології НМАПО ім. П. Л. Шупика

ПРОГРАМА

Тема: Мультидисциплінарний підхід до медичної допомоги новонародженим

Доповідачі: Шунько Є.Є., Лакша О.Т.

Тема: Догляд за здоровою дитиною при народженні і вдома

Доповідачі: Костюк О.О., Сюрха Ю.П.

Тема: Особливості перебігу постнеонатального періоду

передчаснонароджених дітей. Особливості вигодовування

передчаснонароджених і хворих новонароджених

Доповідачі: Белова О.О., Сіренко О.І., Сидоренко І.В.

Тема: Профілактика апное та синдрому раптової дитячої смерті у дітей групи високого ризику

Доповідачі: Кончаковська Т.В., Костюкова Д.М.

Тема: Жовтяниця новонароджених

Доповідачі: Лакша О.Т., Пясецька Н.М.

Тема: Догляд за шкірою новонароджених

Доповідачі: Воробійова О.В., Краснова Ю.Ю.

Майстер-клас «Комунікація лікаря з батьками новонародженої дитини»

Краснов В.В., Костюк О.І., Ангелова С.О., Руденко Ю.В. – психологічний компонент;

Шунько Є.Є., Краснова Ю.Ю., Кончаковська Т.В., Лакша О.Т., Костюк О.О. – клінічний компонент

ДОГЛЯД ЗА ЗДОРОВОЮ ДИТИНОЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ І ВДОМА

Костюк О.О., Сюрха Ю.П.

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

В умовах динамічного розвитку сучасних перинатальних технологій, коли неонатологія стала наукою інтенсивного спостереження за немовлятами, поняття фізіології періоду новонародженості, здавалось, втратило актуальність. Але не слід забувати, що саме природній початок життя формує засади майбутнього здоров'я людини.

Лікарям-неонатологам на етапі пологового стаціонару найчастіше доводиться вирішувати такі основні питання та ризики, як:

- Правильне прикладання до грудей, грудне вигодовування
- Первинна втрата ваги та її відновлення
- Стан пупкового залишку
- Стан шкіри, перехідні стани
- Жовтяниця
- Дотримання теплового ланцюжка
- Гігієна новонародженого
- Заходи, націлені на профілактику: щеплення, скринінги, вітамін К1.

При цьому найчастішими загрозовими для життя проблемами, які виникають у новонародженого в пологовому стаціонарі, є апное, судоми, дихальні розлади, інфекції. Під час догляду за новонародженим вдома педіатри і сімейні лікарі вирішують такі питання:

- Підтримка грудного вигодовування
- Догляд за шкірою, попірлості
- Туалет носа, набряк, корки, риніт
- Догляд за очима, дакріоцистит
- Кишкові кольки
- Закрепи або послаблення випорожнень
- Зригування і блювота
- Гімнастика новонародженого, масаж, прогулянки
- Профілактика рахіту та пізньої геморагічної хвороби
- Дотримання календаря профілактичних щеплень

Основними загрозовими симптомами на цьому етапі слід вважати судоми, зневоднення, інфекційні та запальні захворювання та помилки догляду.

КОМУНІКАЦІЯ ЛІКАРЯ З БАТЬКАМИ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Краснов В.В., Костюк О.І., Ангелова С.О., Руденко Ю.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права, м. Київ, Україна

У батьків новонароджених дітей часто спостерігається підвищена тривожність



(занепокоєння за життя, здоров'я, догляд та харчування малюка), особливо, якщо це перша дитина.

Дитячий лікар традиційно працює в парадигмі «здоров'я-норма», «наявність-відсутність загроз», «симптом-діагноз» і не враховує стан батьків. Така взаємодія часто є причиною виникнення непорозуміння між батьками і лікарем.

Для вирішення означених проблем психологи пропонують застосовувати методики, засновані на:

- взаємопорозумінні з пацієнтом (відмова лікаря від своєї позиції і запозичення позиції батьків, що дає можливість зрозуміти ситуацію, в якій вони знаходяться),

- підвищенні емпатії по відношенню до батьків (лікар навчається принципам безоціночного прийняття позиції батьків),

- роботі з тривогию (лікар допомагає батькам вивести приховані чинники тривоги на усвідомлений рівень і почати працювати з ними),

- «перенастроюванні» пацієнта (лікар «перемікає» пацієнта з режиму емоцій в режим раціонального планування та розуміння проблем, розуміння ситуації з дитиною).

Технології: ведення рольових ігор; моделювання ситуацій; формування уявлення про типові проблеми батьків у ситуаціях хвороби дітей, про стереотипні патерни поведінки батьків і дітей; навчання лікаря техніці «віддзеркалювання» емоцій, почуттів і змісту бесіди.

Вважаємо, що ці теми повинні бути включені в програми формування компетенцій інтернатури та резидентури. Частина тем і технік може бути включена в програми «Школи майбутніх батьків».

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТНЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ПЕРЕДЧАСНОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ. ОСОБЛИВОСТІ ВИГОДОВУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОНАРОДЖЕНИХ І ХВОРИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Белова О.О., Сіренко О.І., Сидоренко І.В.

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

Діти, народжені передчасно, мають певні морфологічні особливості, які визначають їх функціональні можливості і подальший розвиток. Їх незрілість, відсутність депонованих заліза, бурого жиру, вітамінів, мікроелементів та інших потрібних під час активного розвитку поживних речовин, значно ускладнює фізіологічний перебіг періоду адаптації до позаутробного життя. Після народження такої дитини майже неможливо створити такі умови розвитку і харчування, якими малюк володів внутрішньо утробно. Всі зусилля лікарів направлені на те, щоб створити умови, максимально наближені до утробної матері, як: температурний і атмосферний режим, тиша і темрява, материнський догляд, звуки і запахи, позиції і рух.

Але найскладнішим, і досі до кінця не вирішеним, є питання харчування передчасно народжених дітей. Незрілість кишечника, його ферментних систем, імунітету та мікробіоценозу ускладнюють можливість засвоювати потрібну (підвищену) кількість їжі ентерально, тривале парентеральне харчування значно збільшує метаболічні і інфекційні ризики, а без достатньої кількості поживних речовин зростання і розвиток дитини з малою вагою припиняється і запускаються процеси катаболізму.

Сучасна тактика ведення таких дітей направлена на раннє трофічне годування молозивом і грудним молоком з подальшим інтенсивним збільшенням об'єму та якомога ранішим переходом до повного ентерального харчування з використанням материнського молока, вітамінно-мінеральних збагачувачів та високоенергетичних сумішей з підвищеним вмістом та покращеним засвоєнням білків, розроблених спеціально для недоношених дітей.

ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Воробійова О.В., Краснова Ю.Ю.

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

Шкіра відіграє дуже важливу роль для людини, вона не тільки захищає організм, але і допомагає йому нормально дихати, підтримує температурний баланс тіла. Шкіра у немовлят дуже відрізняється від шкіри дорослої людини, тому їй потрібно приділяти особливу увагу. Шкіра немовлят в кілька разів м'якше і ніжніше, що робить її більш вразливою. Вона зазнає певних змін, які безпосередньо пов'язані із зростанням малюка, а також змінами в його житті, зокрема переходом від внутрішньоутробного до постнатального життя та розвитку. Шкіра новонароджених дітей має тонкий незрілий роговий шар, судинна система розвинена набагато більше, відрізняється особливою сухістю, часто виявляються різні подразнення і почервоніння. Шкіра новонароджених дітей нездатна адекватно відповідати на різкі перепади температури, що природно призводить або до переохолодження або перегрівання. Ці особливості шкіри немовлят зумовлюють більшу

вразливість при дії несприятливих факторів.

Таким чином, здоров'я шкіри залежить від її цілісності. Це означає, що метою догляду за шкірою з перших днів життя є збереження епідермального бар'єру за рахунок зменшення подразнення шкіри. Здорова шкіра не вимагає особливого догляду, та тільки при виявленні найменших патологічних ознак необхідно її лікувати.

При недотриманні гігієнічного догляду, порушення цілісності шкіри внаслідок бактеріальної інвазії можуть виникати клінічні прояви ураження шкіри, що потребують медичного спостереження та лікування. Крім того, у новонароджених уразливим щодо бактеріальної інфекції є пуповинний залишок з високим ризиком розвитку катарального або гнійного омфаліту.

Для лікування бактеріальних уражень шкіри та омфаліту у немовлят застосовують антибактеріальні препарати місцевої дії, безпечні та рекомендовані для використання у новонароджених та дітей перших років життя.

ПРОФІЛАКТИКА АПНОЕ ТА СИНДРОМУ РАПТОВОЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТІ У ДІТЕЙ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Кончаковська Т.В.¹, Костюкова Д.М.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, кафедра неонатології, м. Київ, Україна
²НДСЛ «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна

Синдром раптової дитячої смерті (СРДС) визнається як несподівана смерть немовляти, причина якої не визначена патологоанатомічним дослідженням, анамнезом, прижиттєвими клінічними ознаками та аналізом ситуації, в якій настала смерть дитини. СРДС є основною причиною малюкової смертності у віці від 1 тижня до 1 року.

В доповіді надана сучасна інформація щодо профілактики СРДС в дитячій практиці, запропоновані стандартизовані протоколи методології для розпізнавання малюкового апное, які дозволять сімейним лікарям і педіатрам лікувати порушення сну у немовлят та дітей і попереджувати СРДС. Надано відомості щодо нормального розвитку механізмів сну і дихального контролю. Рекомендації з проведення моніторингу та обстеження дітей з групи високого ризику по розвитку малюкового апное та епізодів, загрозованих життям, включають клінічне спостереження, проведення електрофізіологічної діагностики в умовах НДСЛ «ОХМАТДИТ» та респіраторний і кардіо-респіраторний моніторинг апное вдома.

ЖОВТЯНИЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Лакша О.Т., Пясецька Н.М.

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

Неонатальна жовтяниця – особливий стан в житті новонародженого, який характеризується жовтим забарвленням шкіри, викликаним підвищеним вмістом білірубину. Тимчасове підвищення рівня білірубину в сироватці крові спостерігається в усіх новонароджених, жовтяниця розвивається в половині випадків.

Фізіологічна жовтяниця зумовлена особливостями розвитку та метаболізму дитини в ранній період життя, тимчасовою незрілістю ферментних систем печінки, проявляється на 3 добу життя дитини і не потребує лікування. Але білірубінемія може бути і симптомом інших захворювань, а за певних обставин білірубін може долати гемато-енцефалічний бар'єр і викликати пошкодження базальних гангліїв, що призводить до незворотнього ураження центральної нервової системи (ядерної жовтяниці).

Тому важливо проводити моніторинг за рівнем загального білірубину та його фракцій і при потребі застосовувати додаткові втручання. Рання жовтяниця (з'являється в перші 24 години життя) – завжди ознака патології, як і пізня жовтяниця, яка з'являється після 7 днів життя, вони потребують ретельного обстеження дитини.

Розвитку жовтяниці сприяють стани, що викликають посилене руйнування гемоглобіну (крововиливи, кефалогематома, гемолітична хвороба, вроджені гемолітичні анемії, дефіцит глюкозо-6-фосфат дегідрогенази). Обтяжуючими факторами є передчасне народження, перинатальні інфекції, дистрес плоду, недостатнє харчування, гіпобільбунемія. Чіткого розмежування між фізіологічною і патологічною жовтяницею не існує, фізіологічна жовтяниця може переходити в патологічну. У всіх новонароджених з жовтяницею потрібно визначити рівень білірубину крові, що можна зробити під час забору крові на скринінг в рододіагностичному закладі. В подальшому контроль проводять шляхом фотометричного вимірювання концентрації білірубину в шкірі мультиспектральним приладом транскутанно. Для оцінки етапності появи жовтяниці та кореляції з рівнем білірубину в сироватці крові доцільно використовувати модифіковану шкалу Крамера.



Всім новонародженим, у яких жовтяниця переходить встановлене порогове значення відповідно віку (згідно існуючих таблиць та шкал), має проводитися фототерапія. Світлові промені певної довжини хвилі руйнують подвійні зв'язки некон'югованого білірубину, що призводить до утворення водорозчинного люмірубину. Останній може виводитися печінкою з жовтю та нирками – з сечею.

При правильному та своєчасному проведенні діагностики і лікуванні жовтяниці новонароджених прогноз є сприятливим для життя.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ

Шунько Є.Є., Лакша О.Т.

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

На сучасному рівні розвитку охорони здоров'я якість медичних послуг ґрунтується на системі державного забезпечення медичною допомогою вагітних, роділь та новонароджених, наявності національних медичних стандартів, клінічних протоколів та можливостей їх виконання, належному матеріально-технічному забезпеченні закладів охорони здоров'я матері та дитини, забезпеченні та професійній підготовці медичних кадрів, безперервному післядипломному навчанні медичного персоналу.

Стан здоров'я та розвитку новонародженого визначають репродуктивне здоров'я жінки, своєчасність діагностики порушень розвитку внутрішньоутробної дитини, рівень та доступність надання медичної допомоги, впровадження сучасних перинатальних технологій та медичного спостереження з забезпеченням мультидисциплінарного підходу.

Мультидисциплінарний підхід включає залучення фахівців відповідного профілю для визначення тактики ведення вагітності, пологів, лікування та подальшого медичного спостереження за станом здоров'я та розвитку дитини. На рівні родопомічних закладів та перинатальних центрів – це перинатальні консиліуми, консультації профільних фахівців. На рівні обласних (міських) дитячих лікарень та НДСЛ «ОХМАТДИТ» – це забезпечення багатопрофільної високоспеціалізованої допомоги з залученням лікарів дитячих неврологів, офтальмологів, хірургів, нейрохірургів, оториноларингологів, генетиків, психологів та інших.

Медичне спостереження за немовлятами на амбулаторно-поліклінічному рівні включає оцінку стану здоров'я та розвитку, визначення медико-соціальних ризиків, своєчасне направлення дитини на консультацію до фахівців відповідного профілю, спільне визначення тактики медичного догляду за немовлятами з перинатальною патологією та передчасно народженими дітьми.

Мультидисциплінарний підхід використовується при розробці клінічних настанов та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що дозволяє забезпечити якість та доступність медичної допомоги, участь представників громадських організацій та пацієнтів при визначенні потреб та запобіганні ризиків.

Завдяки мультидисциплінарному підходу до забезпечення медичної допомоги новонародженим відбувається ефективне спостереження за вагітними жінками груп ризику, своєчасна пренатальна діагностика аномалій розвитку плоду або інших перинатальних порушень, проводиться своєчасне скерування цих жінок в обласні центри охорони здоров'я матері та дитини або перинатальні центри з визначенням тактики медичної допомоги дітям та подальшого спостереження за станом здоров'я та розвитку немовлят в медичних закладах амбулаторно-поліклінічної допомоги.

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 09:45-12:30

Організатори: ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України», Товариство офтальмологів України

ПРОГРАМА

Тема: Вітректомія при посттравматичному ендоефтальміті

Доповідачі: д.м.н. Красновид Т.А., Грубник Н.П.

Тема: Сучасні підходи до лікування внутрішньоочних пухлин

Доповідачі: д.м.н. Малецький А.П.

Тема: Ендокринна офтальмопатія, можливі підходи до лікування

Доповідачі: д.м.н. Полякова С.І.

Тема: Нейроофтальмологічні аспекти косоокості

Доповідачі: д.м.н. Бойчук І.М.

Тема: Клінічне та експериментальне обґрунтування застосування високочастотної електрозварки біологічних тканин для ретинопекції

Доповідачі: д.м.н., проф., член-кор. НАМН України Пасечнікова Н.В., д.м.н., проф. Науменко В.О., к.м.н. Уманець М.М., Назаретян Р.Е.

Тема: Ефективність низько інтенсивного лазерного випромінювання у пацієнтів з дегенерацією макули та заднього полюсу

Доповідачі: д.м.н. Король А.Р., к.м.н. Гузун О.В.

ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ТА ДИТЯЧОЇ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 14:00-18:00

Організатори: Кафедра оториноларингології, аудіології та фоніатрії і кафедра оториноларингології НМАПО ім. П. Л. Шупика, Асоціація дитячих оториноларингологів України

ПРОГРАМА

Модератори: проф. Косаковський А.Л., проф. Шкорботун В.О.

Тема: Мукоциліарний кліренс ринобронхіальної системи

Доповідачі: Косаковський А.Л.

Тема: Фронтотомія в лікуванні хірургічної патології лобної пазухи

Доповідачі: Шкорботун В.О.

Тема: Ендоскопічна гайморотомія, особливості методики з врахуванням результатів аналізу комп'ютерної томографії пацієнтів після синусліфтингу

Доповідачі: Шкорботун Я.В., Лях К.В.

Тема: Особливості діагностики та лікування серединних кіст ший

Доповідачі: Лакіза С.О., Самойленко С.С.

Тема: Сучасні аспекти застосування біокерамічних матеріалів в хірургічному лікуванні хворих на хронічний гнійний середній отит

Доповідачі: Пелешенко О.О., Кривша В.В.

Тема: Стан місцевого імунітету у хворих на рак гортані I – III ст. серединної локалізації, після проведення хордектомії з використанням електротермоадгезії

Доповідачі: Абізов Р.А., Онищенко Ю.І.

Тема: Особливості клінічного обстеження верхніх дихальних шляхів у хворих після тотальної ларингектомії з метою комплексної оцінки їх фізіологічного стану у ранній та пізній післяопераційній періоді

Доповідачі: Абізов Р.А., Павлішин Ю.Д.

Тема: Обґрунтування використання електротермоадгезії при лікуванні природженого гортанного стридору

Доповідачі: Косаковський А.Л., Косаківська І.А.

Тема: Особливості стану лімфоепітеліальних структур глотки у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу

Доповідачі: Лайко А.А., Мітюряєва І.О., Гавриленко Ю.В.

Тема: Лікування алергічного риніту у підлітків

Доповідачі: Лайко А.А., Шух Л.А., Сегал В.В.

Тема: Ускладнення риносинувітів в дитячому віці (вибрані питання)

Доповідачі: Синяченко В.В.

УРОЛОГІЯ

МАЙСТЕР-КЛАСИ «ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ», «ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНИЙ ХВОРОБИ НИРОК І ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатор: Кафедра нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П. Л. Шупика

НАУКОВИЙ СИМПОЗИУМ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИТЯЧОЇ УРОЛОГІЇ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-14:00

Організатори: ДУ «Інститут урології НАМН України», Асоціація урологів України

ПРОГРАМА

Головуючі: проф. Петербургський В.Ф., проф. Наконечний А.Й.

Тема: Використання лапароскопічної методики для діагностики та лікування непальпуючого яєчка у дітей

Доповідачі: Калишук О.А., Петербургський В.Ф. (Київ)

Тема: Сучасні методи хірургічного лікування нервово-м'язової дисфункції сечового міхура у дітей

Доповідачі: Данилов О.А., Шевчук Д.В. (Житомир)

Тема: Новітні технології в хірургічному лікуванні сечо-кам'яної хвороби у дітей

Доповідачі: Шевчук Д.В., Русак П.С., Вишнінський І.М. (Житомир)

Тема: Природжені вади розвитку органів сечовивідної системи асоційовані з недиференційованою дисплазією сполучної тканини у дітей

Доповідачі: Кенс К.А. (Львів)

Тема: Ефективність ендовезикальної корекції міхурово-сечовідного рефлексу

Доповідачі: Наконечний Р.А., Наконечний А.Й. (Львів)

Тема: Наш досвід оперативної нефроурології

Доповідачі: Дворакевич А.О., Переяслов А.А., Поцюрко А.Р., Гримак І.Я., Іваськевич Д.З., Гужа Б.І. (Львів)

Тема: Наш досвід ендоскопічної корекції міхурово-сечовідного рефлюкса у дітей

Доповідачі: Іринчин А.В., Пастернак І.І., Сокольник С.О. (Чернівці)

Тема: Хірургічне лікування абдомінального крипторхізму у дітей

Доповідачі: Доценко Ю.Р., Зіняк Б.М., Баб'як Б.Д. (Івано-Франківськ)

Тема: Аналіз результатів лікування дистальних форм гіпоспадії

Доповідачі: Мірошник П.В., Назаров Д. (Черкаси, Вінниця)

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Возіанов С.О.¹, Черниченко О.А.¹, Сакало А.В.¹, Мрачковський В.В.², Кондратенко А.В.², Яковлев П.Г.², Жильчук Ю.В.¹, Ключин Д.М.³

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна

²Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ, Україна

³КНУ ім. Т.Г. Шевченка, факультет кібернетики, м. Київ, Україна

Рентгенівська остеоденситометрія (РО), що визнана ВООЗ як «золотий стандарт» діагностики остеопорозу, оцінює мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ), візуалізуючи поперековий відділ хребта та проксимальний відділ стегна, куди часто метастазує рак передміхурової залози (РПЗ). Це означає, що ДХА може давати важливу інформацію щодо кісткових метастазів, для якої не впроваджені діагностичні критерії.

Мета. Визначити ролі денситометрії у візуалізації окремих кісткових структур поперекового відділу хребта або проксимального відділу стегна з підвищеною МЩКТ у комплексній діагностиці кісткових метастазів РПЗ.

Матеріали та методи. 22 первинним пацієнтам з ініціальним значенням ПСА_≥20 нг/мл та гістологічно підтвердженим діагнозом аденокарциноми передміхурової залози за допомогою остеосцинтиграфії (ОСГ) візуалізували поодинокі вогнища підвищеного накопичення радіофармпрепарата (≥150%) в поперековому відділі хребта (n=18) або у проксимальному відділі стегна (n=4). У зв'язку з чим проводили визначення стандартного квадратичного відхилення (s) Т-критерію МЩКТ хребців поперекового відділу хребта або проксимального відділу стегна для побудови моделі ймовірності діагностики метастатичного ураження за допомогою рентгенографії, ОСГ та МРТ. Специфічність, чутливість та діагностичну точність моделі діагностики метастатичного ураження поперекового відділу хребта та проксимального відділу стегна оцінювали шляхом ROC-аналізу та логістичної регресії.

Статистичну значущість визначали за допомогою критерію Вальда і Лагранжа. Прогностичну якість моделі – за допомогою показника АUC.

Результати і обговорення. На МРТ патологічні зміни, характерні для метастатичного ураження поперекового відділу хребта або проксимального відділу стегна, були виявлені у 15 пацієнтів у кісткових структурах підвищеної МЩКТ та гіперфіксації РФП (14 хворих – поперековий відділ хребта, 1 хворий – проксимальний метафіз правого стегна). За результатами оглядової рентгенографії поперекового відділу хребта та проксимального відділу стегна зазначення на підозрілі ділянки метастатичного характеру у поперековому відділі хребта та проксимальному відділі стегна встановлено у 13 з 22 хворих. За результатами ОСГ у 17 хворих патологічні зміни в кістках досліджуваних ділянок (хребці поперекового відділу хребта, проксимальні відділи стегон) розцінено як метастази. На основі показника «s» розроблена математична модель логістичної регресії з використанням методу ROC-аналізу і показника АUC для кожного окремого методу діагностики (рентгенографія, ОСГ та МРТ). Ймовірність метастазів для рентгенографії = 1/(1+exp(-(52,476-27,404*s))), де s – середнє квадратичне відхилення Т-критерію МЩКТ для кожного окремого хворого. Точність моделі для рентгенографії: наявність метастазів правильно діагностується в 92,31%, відсутність метастазів – в 100,0%. Загальна точність моделі дорівнює 95,45% (p=0,239). Ймовірність метастазів для ОСГ = 1/(1+exp(-(11,76-7,27*s))). Наявність метастазів на скінтиграмах правильно діагностується в 94,12%, відсутність метастазів – в 80,0%. Загальна точність моделі дорівнює 90,91% (p=0,121).

Ймовірність метастазів для МРТ = 1/(1+exp (-(-5,337-3,377*s))). Точність моделі: наявність метастазів правильно діагностується в 93,7%, відсутність метастазів – 83,3%. Загальна точність моделі дорівнює 95,45% (p_{Вальда} =0,043), що відповідає статистичній достовірності.

Висновки. 1. Чутливість запропонованої моделі діагностики кісткових метастазів поперекового відділу хребта або проксимального відділу стегна для МРТ з урахуванням МЩКТ та гіперфіксації РФП ≥150% уражених кісткових структур дорівнювала 93,7%, специфічність 83,3% (p_{Вальда} = 0,043; AUC=0,885).

2. Модель визначення ймовірності метастатичного ураження поперекового відділу хребта та проксимального відділу стегна для МРТ з врахуванням середнього квадратичного відхилення Т-критерію МЩКТ на рентгенівській остеоденситометрії може сприяти диференційній діагностиці між кістковими метастазами РПЗ та доброякісно-запальними захворюваннями кісткової системи.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КАНАЛЬЦІВ НИРКИ У ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТІАЗ (НЛ) ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНОХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ (ЕУХЛ)

Возіанов С.О., Мигаль Л.Я., Нікуліна Г.Г., Черненко В.В., Черненко Д.В., Желтовська Н.І.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Як відомо, в Україні на НЛ хворіє близько 1% дорослого населення. Щорічно реєструють зростання біля 2% кількості первинних хворих, що перебувають на обліку. Остаточні результати лікування цієї поширеної урологічної патології не можна визнати цілком задовільними. НЛ призводить до розладу уро-і гемодинаміки та, як наслідок – до розвитку ішемічних ушкоджень паренхіми нирки. Найбільш розповсюдженим неінвазивним методом лікування хворих на НЛ є ЕУХЛ. Одним із критеріїв оцінки функціонального стану паренхіми нирок, зокрема тубулярного відділу, є зміни активності ензимів сечі, зокрема N-ацетил-β-D-глюкозамінідази (НАГ), особливо її термостабільного ізоензиму НАГ В, що має більш виражені реноспецифічні властивості.

Мета. Оцінка ефективності відновлення функціонального стану каналців нирки у хворих на НЛ після застосування ЕУХЛ за рівнем змін активності НАГ В в сечі хворих на НЛ.

Матеріали і методи. Обстежено 51 хворого віком від 20 до 65 років з верифікованим діагнозом – односторонній НЛ та 30 практично здорових осіб (група контролю). Активність НАГ В сечі визначали до лікування ЕУХЛ та через три доби після відходження останнього фрагменту конкременту, остаточного припинення гематурії та інших наслідків втручання.

Результати та обговорення. Встановлено, що, якщо активність НАГ В сечі після застосування ЕУХЛ досягає величин контролю, відновлення функціонального стану каналців нирки оцінюють як ефективне, якщо активність ензиму зменшується, але при цьому не досягає меж нормальних величин, – як частково ефективне, якщо активність ензиму відносно даних до лікування не змінюється, відновлення функціонального стану каналців нирки оцінюють як неефективне.



Висновки. Отримані результати свідчать про можливість використання рівнів активності ізоензиму НАГ В (має виражені реноспецифічні властивості) у хворих на однобічний НЛ щодо оцінки ефективності відновлення функціонального стану каналців нирки після застосування ЕУХЛ та визначення на цій підставі подальшого обсягу лікувальних заходів.

АНТИОКСИДАНТНІ ЕФЕКТИ САХАРАТУ ЗАЛІЗА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК (ХХН) УГД СТАДІЇ З АНЕМІЄЮ

Дудар І.О., Король Л.В., Мигаль Л.Я., Гончар Ю.І., Попова О.С., Малашевська Н.М.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Однією з причин прогресування ХХН є порушення балансу оксидантних та антиоксидантних (О/А) реакцій у бік надлишкового утворення ліпідних пероксидів, тобто має місце розвиток оксидативного стресу (ОС). На сьогодні, лікування анемії, розповсюдженість якої у пацієнтів із ХХН V ГД стадією складає майже 80%, потребує обов'язкового застосування препаратів заліза, серед яких Сахарат заліза за ефективністю та безпечністю набуває особливого значення.

Мета. оцінити ефективність корекції Сахаратом заліза О/А статусу у хворих на ХХН V ГД стадії з анемією шляхом визначення у сироватці хворих до та після курсу лікування індексу ОС (ІОС).

Матеріали і методи. Обстежено 18 пацієнтів віком від 24 до 65 років з верифікованим діагнозом – ХХН V ГД стадії, залізодefіцитна анемія до (1 група) та після лікування Сахаратом заліза (2 група), також обстежено 30 практично здорових осіб (група контролю). У сироватці крові пацієнтів 1-ї та 2-ї груп визначали вміст малонового діальдегіду (МДА), церулоплазміну (ЦП), трансферину (Тр) та SH-груп. На підставі цих показників за формулою розраховували ІОС.

Результати. Встановлено, що І-ша та 2-га група хворих характеризуються вірогідним підвищенням величин ІОС порівняно з контролем ($p < 0,01-0,001$). У той же час, у пацієнтів 2-ї групи рівень ІОС статистично значно зменшився порівняно з аналогічним показником у хворих з І-ї групи (більше, ніж у 2 рази, $p < 0,02$), хоча і залишився вищим за показник контролю, що свідчить про позитивний вплив Сахарата заліза на стан О/А балансу у цих хворих, що обумовлено вірогідним зменшенням вмісту МДА у 2-ї групі хворих порівняно з 1-ю групою ($p < 0,02$) та вірогідним підвищенням вмісту Тр, ЦП та SH-груп у 0,5-ї групі пацієнтів порівняно з аналогічними показниками з І-ї групи ($p < 0,02 - 0,02$).

Висновки. Визначення ІОС до та після лікування препаратом Сахарат заліза хворих на ХХН V ГД стадії з анемією, дозволить своєчасно оцінити стан О/А балансу сироватки крові у цих пацієнтів та поліпшити на цій підставі ефективність їх лікування.

ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Гродзінський В.І.

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Мета. Гострий, в тому числі необструктивний пієлонефрит (ГНП) є найбільш загрозливим в плані ураження функції нирки з відомими можливими ускладненнями. Виходячи із гендерних його особливостей, категорія жінок репродуктивного віку (ЖРВ) найбільш уразлива. Для прийняття вірного рішення щодо тактики ведення хворих і вибору виду спеціалізованої допомоги важливою є можливість передбачення перебіг захворювання. Останнє ґрунтується на факторах ризику. Таким чином, актуальним є питання – вивчення пре дикторів, обґрунтування та розробка способу вибору виду спеціалізованої допомоги ЖРВ, хворим на ГНП, що й обрано за мету дослідження.

Матеріали і методи. Відомий медико-соціальної принцип до упередження розвитку захворювання, вибору адекватної спеціалізованої допомоги з позиції персоналізованого підходу полягає в оцінці факторів ризику. Для їх виявлення проведено аналітико-синтетичний, компаративний аналіз даних 183 історій хвороби ЖРВ, госпіталізованих з приводу ГНП в урологічні відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. В результаті встановлено 26 факторів, що мали 104 ознаки, які уточнюють змістовність перших. Після статистичного опрацювання за допомогою кореляційного аналізу показника відношення шансів (ОР) були відібрані найінформативніші. Для остаточного прийняття рішення щодо сили їх вірогідного несприятливого впливу на перебіг ГНП розраховувався нормативно-інтенсивний показник (НІП).

Результати та обговорення. За факторіальною, результативною спрямованістю виявлено фактори ризику і сформовано в шість груп:

соціальна, клінічні прояви, причини, передумови, результати обстеження, організаційні. Вони склали прогностичну карту оцінки стану хворих на ГНП ЖРВ, що стала об'єктивним інструментом для прийняття рішень при виборі виду спеціалізованої допомоги (амбулаторної, стаціонарної). За результатами математичного аналізу обрахована мінімальна і максимальна вірогідність несприятливого перебігу ГНП, проміжок між якими відноситься до категорії підвищеної уваги. Алгоритм прийняття рішень стосовно вибору місця лікування ГНП у ЖРВ надзвичайно простий завдяки запропонованому способу розподілу їх на групи. Застосування його на практиці забезпечує не тільки раціональне використання спеціалізованого ліжкового фонду за рахунок чіткого відбору до такого виду допомоги, але й, завдяки моніторингові величин сумарного показника, клінічно обґрунтованим стає визначення його тривалості в стаціонарі. Крім того, за цих умов зменшується навантаження на лікаря-уролога поліклініки, оскільки до нагляду за хворим залучається сімейний лікар.

Висновки. Запропонована прогностична карта оцінки стану ЖРВ, хворих на ГНП, за якою визначаються три групи ризику. Об'єктивізована можливість визначення оптимального терміну стаціонарного лікування ГНП у ЖРВ за моніторингом сумарного показника наявних ознак у співвідношенні величини із межовими значеннями визначених трьох груп.

АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСТІ А-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ (ПД)

Король Л.В., Степанова Н.М., Мигаль Л.Я., Аблогіна О.В., Малашевська Н.М., Попова О.С.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Оксидативний стрес (ОС) та хронічне запалення є важливими складовими, що визначають якість лікування та життя хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) загалом та пацієнтів, які отримують ниркову замісну терапію (НЗТ) методом ПД, зокрема.

Мета. Оцінка антиоксидантної ефективності α -ліпоєвої кислоти у пацієнтів на ПД з врахуванням стану системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ).

Матеріали і методи. Обстежено 20 хворих (17 чоловіків та 3 жінок) у віці від 32 до 67 років (у середньому $49,7 \pm 12,7$) на ХХН V стадії, які лікувалися постійним амбулаторним ПД за стандартною прескрипцією не менше 3 місяців та 30 умовно-здорових осіб (група контролю) аналогічного віку та статі. Пацієнтів, які перенесли перитоніт за останні 3 місяці, у дослідження не включали. α -ліпоєву кислоту призначали парентерально у дозі 600мг протягом 2-х тижнів з наступним переведенням на пероральний прийом у дозі 600мг/д протягом наступних 6 тижнів. До та після лікування визначали вміст малонового діальдегіду у сироватці крові (МДАс) та еритроцитах, активність АОЗ оцінювали за вмістом білків-антиоксидантів церулоплазміну (ЦП) та трансферину (Тр) та вмісту SH-груп у сироватці крові і загальної пероксидазної активності (ЗПА) в еритроцитах.

Результати та обговорення. Отримані результати (позитивне зниження рівнів МДА у сироватці крові ($p=0,02$), збільшення вмісту ЦП вище показників умовно-здорових осіб та показників хворих до лікування ($p < 0,0001$), вірогідне підвищення вмісту SH-груп ($p=0,04$), ЗПА ($p=0,009$) та вмісту Тр ($p=0,002$) після лікування чітко продемонстрували виражену позитивну динаміку показників ПОЛ/АОЗ під впливом використання α -ліпоєвої кислоти.

Висновки. Таким чином, використання α -ліпоєвої кислоти суттєво знижує активність оксидативних процесів та вірогідно відновлює активність показників АОЗ, що, в свою чергу, зменшує негативний вплив ОС на організм хворих на ХХН V стадії, які лікуються методом ПД, тобто α -ліпоєву кислоту доцільно використовувати для даної категорії хворих.

МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕФРОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТУ bFGF ПРИ ІШЕМІЇ НИРКИ

Базалицька С.В., Недельчев В.С., Салинко Ю.О., Нікітаєв С.В., Пирогов В.О., Романенко А.М.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Експериментальним шляхом дослідити вплив фактора росту фібробластів на стан кровообігу нирки при її ішемії.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 24 експериментальні кролі, у яких була створена однобічна ішемія верхнього полюсу лівої нирки шляхом накладання кетгуттової лігатури. Препарат bFGF вводився у дозі 5 мкг в ішемізовану тканину нирки під час операції або через шкіру у різні терміни ішемії. Кролів виводили з експерименту через 1-8 місяців. Контрольним матеріалом були нирки 12 кролів, у яких була створена експериментальна однобічна ішемія верхнього полюсу лівої нирки відповідних періодів ішемії, котрим препарат bFGF не вводився. Морфологічно досліджували обидві нирки кожної тварини. Для гістологічного дослідження матеріал



фіксували у 10 % забуференому формаліні і заливали у парафін. Парафінові зрізи забарвлювали гематоксилін-еозинном та за Ван-Гізоном та вивчали в світловому мікроскопі «Olympus». Паралельно проводилось електронно мікроскопічне дослідження.

Результати та обговорення. Виокремлено три послідовні етапи розвитку морфологічних змін тканини нирки: зворотних змін (ішемія протягом 1-2 місяців), початкових склеротичних змін (ішемія протягом 4 місяців) і незворотних змін (ішемія протягом 6-8 місяців). Введення досліджуваного препарату bFGF супроводжувалось посиленням кровообігу в нирці та явищами неоангіогенезу. Введення досліджуваного препарату FGF в одному випадку не супроводжувалось неопластичними змінами клітин.

Висновки. Ефект від посилення кровопостачання органу залежить переважно від морфологічного стану нирки на момент введення препарату. Найбільш ефективним є застосування препарату bFGF в ранні строки ішемії, до розвитку незворотних склеротичних змін в нирці.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕРЕФЛЕКСИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ (ЗА ЕНЗИМО-ЦИТОКИНОВИМИ КРИТЕРІЯМИ)

Нікуліна Г.Г., Мигаль Л.Я., Калініна Н.А., Перербургський В.Ф., Головкевич В.В., Каліщук О.А., Сербіна І.Є.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Незважаючи на суттєвий прогрес у хірургічному лікуванні порушень уродинаміки верхніх сечових шляхів (ВШШ), підвищення ефективності лікування нерефлексивного мегауретера (НРМУ) у дітей молодшого віку залишається одним із найпроблематичніших у плані покращення функції нирки. Важливе значення у патогенезі ушкодження тубулоінтерстицію паренхіми нирки у дітей з НРМУ надається гіпоксії, яка стимулює як активацію лізосомних гідролаз, зокрема N-ацетил- β -D-глюкозамінідази (НАГ) та β -галактозидази (β -Гал) – індикаторів функціонального стану транслярного нефротелію, так і виробку цитокінів, зокрема профіброгенного трансформуючого фактору росту $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) та фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α).

Мета. Вивчення особливостей змін рівнів активності НАГ і β -Гал та вмісту TGF- $\beta 1$ і ФНП- α у сечі дітей молодшого віку після хірургічної корекції НРМУ.

Матеріали і методи. Активність НАГ, β -Гал та вміст ТФР- $\beta 1$, ФНП- α визначали у сечі 32 дітей з НРМУ віком від 1 місяця до 2 років через 12 місяців після етапної корекції уродинаміки. Контроль – 25 практично здорових дітей аналогічного віку.

Результати та обговорення. Через рік після відновлення уродинаміки активність НАГ сечі до рівня групи контролю зменшилася у 23 (71,8%) дітей у середньому на $51,7 \pm 6,3\%$, активність β -Гал сечі – у 18 (56,2%) хворих у середньому на $45,5 \pm 8,1\%$; у 28,2% хворих активність НАГ та у 43,8% хворих активність β -Гал сечі залишилася без змін або навіть підвищилася. У той же час суттєво знижена вмісту ТФР- $\beta 1$ та ФНП- α констатовано, у 8 (25%) та відповідно у 12 (37,5%) хворих; у решти хворих (75% та 62,5% відповідно) суттєвого зниження не зареєстровано.

Висновки. В 30-40% випадків після відновлення уродинаміки зберігаються порушення функції тубулярного апарату паренхіми нирки (за даними рівнів активності НАГ та β -гал), а у 60-70% хворих діагностують ознаки тубулоінтерстиціального фіброзу (за вмістом ТФР- $\beta 1$ та ФНП- α), що доцільно враховувати при виділенні серед пацієнтів групи ризику з розвитку нефросклерозу для проведення ренопротекції.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛОГО СТАНУ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ І ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ НЕЙРОГЕННІЙ ПАТОЛОГІЇ

Пирогов В.О.¹, Захараш М.П.², Захараш Ю.М.², Севастьянова Н.А.¹, Чабанов П.В.¹, Луцки А.П.²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна
²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Вивчити особливості етіології та патогенезу поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

Матеріали і методи. Сечовий міхур і пряма кишка виконують однотипні функції (адаптації, евакуації, замикання), які забезпечуються однотипними рефлексами. Нормальний мікційний та дефекаційний цикли не можливі без адекватного сінергічного скорочення та розслаблення м'язів тазового дна. Об'єктом дослідження були 110 хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки. З них 57 (51,1%) жінок (від 21 до 63 років та 53 (15,2%) чоловіків (від 22 до 59 років). Всі хворі пройшли комплексне обстеження з використанням як

загальноприйнятими, так і спеціальними методами діагностики – електроміографії та уро-колодинамічного дослідження. Чоловіки та жінки були поділені на чотири основні групи залежно від стану тонусу детрузора.

Результати та обговорення. Встановлено, що патогенетичними ланками нейрогенних порушень у пацієнтів I групи являлися зниження біоелектричної активності усіх нервово-м'язових структур. Звертає на себе увагу той факт, що відсоток зниження біоелектричної активності за даними ЕМГ був більше, ніж зниження середньої швидкості сечовиділення по даним УФМ, що вірогідніше за все пояснюється тим, що ЕМГ оцінює стан окремих структур нервово-м'язового апарату сечового міхура та товстої кишки, УФМ-показники відображають сумарну активність вищеперерахованих структур та їх замикального апарату. У пацієнтів II групи підвищення тонусу нервово-м'язових структур по гіперкінетичному типу при невеликих об'ємах сечі та калових мас були патогенетичним механізмом нейрогенних розладів нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки. Патогенетичними ланками нейрогенної патології нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки у пацієнтів III являлись відносно підвищений тонус нервово-м'язових структур по гіпокінетичному типу. У пацієнтів змішаної IV групи як показники електроміографії та урокодинаміки, так і клінічні особливості були різноманітні з перевагою рис тої чи іншої групи.

Висновки. Електроміографічні та уродинамічні обстеження дозволили отримати об'єктивну інформацію про функціональний стан нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки, а також встановити патофізіологічні механізми, що лежать в основі виникнення та розвитку симптомів поєднаної нейрогенної дисфункції.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ПОЕДНАНИХ НЕЙРОГЕНИХ РОЗЛАДІВ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ І НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ТОВСТОЇ КИШКИ

Пирогов В.О.¹, Захараш М.П.², Захараш Ю.М.², Севастьянова Н.А.¹, Чабанов П.В.¹, Луцки А.П.²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна
²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Підвищити рівень діагностики хворих з поєднаною нейрогенною патологією нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки. **Матеріали і методи.** Для виключення органічних захворювань нирок, сечовивідних шляхів, шлунково-кишкового тракту та центральної нервової системи у 110 хворих, що страждають нейрогенною патологією нижніх відділів сечовивідної системи і дистальних відділів товстої кишки, були всебічно досліджені урологічно, неврологічно, гастроентерологічно, рентгенологічно, електроміографічно, уро-колодинамічно.

Результати та обговорення. На підставі отриманих даних розроблено алгоритм діагностики поєднаних нейрогенних розладів нижніх відділів сечовивідної системи і нижніх відділів товстої кишки.

- Скарги – почасти сечовипускання малими порціями, неутримання та нетримання сечі, нічне нетримання сечі, утруднене сечовипускання, рідке сечовипускання великими порціями, відчуття неповного випорожнення сечового міхура; порушення позиву на дефекацію, запори, проноси, дискінезії, метеоризм, нетримання і неутримання калу і газів, каломазаніє.
- Ведення щоденника сечовипускання (відмічається кількість сечовипускань, об'єм випитої рідини, об'єм сечовипускання, наявність утрудненого сечовипускання, наявність імперативних покликів, епізодів неутримання сечі) та щоденника суб'єктивної оцінки тяжкості симптомів дисфункції нижніх відділів шлунково-кишкового тракту (визначається наявність або відсутність потреби сильно напружуватися для здійснення акту дефекації, відчуття неповного випорожнення прямої кишки, втрата калу, нетримання газу, імперативний поклик до акту дефекації).
- Анамнестичні дані для визначення етіологічних факторів, що призводять до розвитку поєднаної нейрогенної патології.
- Клінічне обстеження.
- УЗД нирок, передміхурової залози, сечового міхура з дослідженням залишкової сечі, що дозволяє оцінювати стан нирок та сечового міхура, передміхурові залози у чоловіків.
- Ренгенологічні дослідження (оглядова рентгенографія, екскреторна урографія, цистографія, мікційна цистографія) дозволяють визначити стан хребта, функцію та стан верхніх і нижніх сечових шляхів.
- Урологічне, гастроентерологічне та неврологічне обстеження для виключення органічних та запальних захворювань нирок, сечовивідних шляхів, нижніх відділів товстої кишки та центральної нервової системи.
- Електроміографія та уро-колодинамічне дослідження для виявлення функціонального стану нижніх відділів сечовивідної системи і нижніх відділів товстої кишки.



Висновки. Отримані дані дозволили розробити та оптимізувати методи лікування нейрогенної патології нижніх сечовивідних шляхів і дистальних відділів товстої кишки.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-А І ОКСИДУ АЗОТУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА СІМ'ЯНИЙ ПЛАЗМІ З КІЛЬКІСТЮ ЛІМФОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ТА СПЕРМАТОЗОЇДІВ, ЩО ЕКСПРЕСУЮТЬ МАРКЕРИ АПОПТОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПРОСТАТИТОМ/СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Горпинченко І.І., Порошина Т.В., Нуріманов К.Р., Савченко В.С., Драннік Г.М.

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Клінічна оцінка апоптозу при клініко-імунологічному обстеженні хворих на хронічний простатит/синдромом хронічного тазового болю (CP/ CPPS) набуває великого значення, оскільки його порушення є складовою формування інфертильного стану. Апоптоз є домінуючим процесом сперматогенезу. За оцінками спеціалістів, в нормі до 75% потенційної кількості зрілих сперматозоїдів гине шляхом апоптозу в тканинах яєчка (Naz R. K., et al., 2006). Критичну роль в регулюванні апоптозу відіграють молекули, що належать до систем Bcl-2 / Bax і Fas (CD95) / Fas-ліганд (L). З'ясовано, що рівень експресії Fas(CD95)/FasL є однією з ключових в регуляції апоптозу зародкової клітини яєчка; експресію Fas (CD95) знайдено на апоптотичних сперматоцитах, сперматидях та клітинах Сертолі (Kim S.K., et al., 2007). Вивчення апоптозу сперматозоїдів еякуляту показало присутність на них маркерів активації каспаз та активації Fas-системи (Fas-рецептор (CD95) / Fas-ліганд (Saïd T. M. et al., 2004). Літературні дані щодо присутності Fas (CD95) рецептора на сперматозоїдах еякуляту досить протилежні.

Мета роботи полягала у визначенні взаємозв'язку концентрації фактору некрозу пухлин (TNF- α), оксиду азоту (NO) в сироватці крові та сім'яній плазмі з кількістю лімфоцитів периферичної крові та сперматозоїдів еякуляту, що експресують маркери апоптозу. Участь у дослідженні брали 23 пацієнтів з CP/ CPPS і 8 практично здорових чоловіків контрольної групи. Статистичну обробку даних проводили за стандартними пакетами програм статистичного аналізу (Statgraphics v.7.0, Statistica for Windows v.5.0).

Результати. За даними імуноферментного аналізу встановлено, що концентрація TNF- α збільшена у 18 з 23 хворих (p<0,05) в сироватці крові та у всіх хворих в сім'яній плазмі (p<0,01).

Враховуючи, що посилений синтез NO клітинами відбувається у відповідь на LPS та запальні цитокіни, важливо, що рівень NO був збільшений в сироватці крові (p<0,05) та в сім'яній плазмі хворих на CP/ CPPS (p<0,05).

Імунофлуоресцентний аналіз показав збільшення CD95+лімфоцитів (34,4 \pm 7,6%; p<0,05) та Bcl-2+лімфоцитів (30,70 \pm 3,24%; p<0,05) в периферичній крові. Важливо, що кількість сперматозоїдів еякуляту, що несуть проапоптотичний маркер CD95+ у хворих на CP/ CPPS також значно збільшена (19,5 \pm 5,5%; p<0,001). Збільшення кількості CD95+сперматозоїдів кореляційно не пов'язано з лейкоцитами сперми (p>0,05), відсотком живих (p>0,05) і мертвих сперматозоїдів (p>0,05). Показники TNF- α і NO в еякуляті за даними кореляційного аналізу не впливають на збільшення кількості CD95+сперматозоїдів.

Відомо, що присутність CD95 на клітинах Сертолі сприяє забезпеченню їх привілейованого імунного статусу, він приймає участь в елімінації CD95+клітин, причетних до запалення (Сухих Г.Т.,1999). Отже, збільшення експресії CD95 рецептора на сперматозоїдах у хворих на CP/ CPPS може бути наслідком порушення функції клітин, функціонально пов'язаних з клітинами сперматогенезу, у тому числі й клітин Сертолі.

З урахуванням даних літератури, вважаємо, що порушення продукції TNF- α та NO у хворих на CP/ CPPS може впливати на апоптоз клітин на системному і локальному рівнях, а активація сперматозоїдів та наступних за цим процесів надмірного чи недостатнього апоптозу є важливою складовою імунопатогенезу CP/ CPPS та потенційно важливою характеристикою чоловічої фертильності.

ЗМІНИ ДЕНСИТОМЕТРИЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ХВОРИХ НА МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГОРМОНОТЕРАПІЇ

Сакало В.С.¹, Черниченко О.А.¹, Сакало А.В.¹, Яковлев П.Г.², Куранов Ю.Ю.², Левчишин І.В.², Жильчук Ю.В.¹, Салій П.М.²

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна
²Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ, Україна

Основним методом лікування раку передміхурової залози (РПЗ) є призначення агоністів ЛГ-РГ або виконання двобічної орхіектомії в комплексі з антиандрогенами. Ускладненням гормонотерапії є зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), що призводить до остеопенії та

остеопорозу. Значно більше остеопоротичних переломів спостерігається у хворих на РПЗ, які отримували андроген-деприваційну терапію (АДТ) (19,4%), ніж у тих, хто не отримував (4,5%, p<0,001). У зв'язку з цим доцільно дослідити побічну дію на МЩКТ деяких препаратів АДТ, що ефективно застосовуються у лікуванні РПЗ.

Мета. Порівняння впливу монотерапії бікалутамідом (у дозі 150 мг/добу), агоністів ЛГ-РГ, двобічної орхіектомії на МЩКТ у хворих на РПЗ.

Матеріали та методи. Для оцінки МЩКТ скелета у хворих на РПЗ використовують можливості рентгенівської остеоденситометрії (РО). Для визначення остеопорозу у чоловіків у віці 50 років і старших методом РО ВООЗ рекомендує використовувати класифікації МЩК на основі Т-критерію вимірювань числа стандартних відхилень МЩК вище або нижче середнього для показників молодих дорослих. Значення Т поперекового відділу хребта, шийки стегна або стегна в цілому менше або дорівнює (-2,5) визначається як остеопороз; значення Т від (-1,0) до (-2,5) – низька кісткова щільність (остеопенія).

Проаналізовано результати обстеження та лікування 70 хворих на РПЗ в стадіях T₁₋₄N₀₋₁M₀. Середній вік пацієнтів склав 63 \pm 12,2 роки. Залежно від схеми АДТ хворі були розподілені на 3 групи: в I групі (20 хворих) в якості АДТ застосували двобічну орхіектомію + флутамід, в II групі (30 осіб) – диферелін + флутамід, в III групі (20 осіб) – бікалутамід у дозі 150 мг/добу. З метою оцінки МЩКТ хворим проводили РО поперекового відділу хребта та проксимальних відділів стегнових кісток та визначення рівня загального тестостерону, естрадіолу сироватки крові перед початком АДТ та через 12 \pm 2,2 місяці.

Результати і обговорення. До початку лікування в I групі у 3 хворих на РПЗ було виявлено зниження МЩК: 2 мали остеопенію і 1 – остеопороз, в II групі – 3 хворих мали остеопенію і 1 – остеопороз і в III групі – 2 мали остеопенію і 1 – остеопороз. Основними клінічними симптомами зниження МЩКТ були м'язово-суглобові болі, біль у хребті, особливо в поперековому відділі і прогресуюче обмеження рухової активності хребта. Прогресуванню порушень МЩКТ відзначено в перших 2 групах, що проявлялося посиленням характерних болів, зниженням показників МЩКТ, появою нових випадків остеопенії та остеопорозу. Через 12 міс кількість хворих з остеопенією в I групі збільшилася з 2 до 10, остеопорозом – до 2 хворих. В I групі порушення МЩКТ визначено у 12 хворих (проти 3 до початку лікування). В II групі кількість хворих з остеопенією збільшилася з 3 до 11, з остеопорозом – без змін (1 хворий). Всього в II групі порушення МЩКТ відмічено у 12 хворих (проти 4 на початку лікування). В III групі кількість хворих з остеопенією зменшилось до 2 пацієнтів, обоє з остеопенією (табл. 1).

Таблиця 1. Порівняльна характеристика змін МЩК у хворих на РПЗ до і після АДТ

Групи	Схема АДТ	Хворі на РПЗ зі зниженням МЩКТ				Вірогідність зміни МЩКТ між групами (p)
		До проведення АДТ		Через 12 \pm 2,2 міс АДТ		
		Абс.	%	Абс.	%	
I	Двобічна орхіектомія+ флутамід	3	4,3	12	17,2	p ₁₂ > 0,05
II	Диферелін	4	5,7	12	17,2	p ₁₂ < 0,05
III	Бікалутамід 150 мг/добу	3	4,3	2	2,9	p ₁₂ < 0,05

З таблиці видно, що АДТ у вигляді хірургічної кастрації та призначення агоністів ЛГ-РГ призводить до зниження МЩКТ і збільшення випадків остеопенії та остеопорозу в однаковій мірі в I і II групах. Позитивні результати отримані в III групі, де спостерігали покращення МЩКТ. Середнє значення сироваткової концентрації тестостерону знизилось на 87 \pm 0,3% в I групі, на 96 \pm 2,4% в II групі і збільшилося на 17 \pm 1,3% в III групі (p<0,05). Концентрація естрадіолу знизилася на 67 \pm 2,9% в I групі, на 77 \pm 2,6% в II групі і збільшилася на 16,3 \pm 1,6% в III групі (p<0,05).

Висновки. 1. Рентгенівська остеоденситометрія – важливий метод діагностики порушення мінеральної щільності кісток у хворих на РПЗ, що отримують андроген-деприваційну терапію.

2. Монотерапія бікалутамідом забезпечує підтримку сталості кісткової тканини у хворих на місцево-поширений РПЗ, на відміну від двобічної орхіектомії та лікування аналогами ЛГ-РЛ.

ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕКОМПЕНСОВАНИХ ФОРМ МЕГАУРЕТЕРУ У ДІТЕЙ

Сербіна І.Є., Нікуліна Г.Г., Петербургський В.Ф., Мигаль Л.Я., Каліщук О.А.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м.Київ, Україна

Актуальність покращення лікування вроджених вад сечоводу у дітей обумовлена тяжкістю наслідків, до яких призводять порушення урто гемодинаміки у цій категорії хворих, що в свою чергу відбувається на функціональному стані паренхіми нирки. Без оперативної корекції мегауретеру (МУ) створюються умови для розвитку нефросклерозу,



артеріальної гіпертензії та хронічної ниркової недостатності. У дітей з декомпенсацією скорочувальної функції сечоводу можливістю радикальної корекції МУ обмежені. Це викликає необхідність етапної корекції зазначеної вади з постійним моніторингом відновлення функції нирки.

Мета: на основі лабораторного неінвазивного методу (аналізу сечі) оцінити ступінь відновлення функціонального стану паренхіми нирки у дітей після оперативного лікування декомпенсованих форм МУ.

Матеріали і методи. В сечі 36 дітей з декомпенсованим МУ визначали активність ензимів тубулярного епітелію γ -глутамілтранспептидази (ГГТ) та нейтральної α -глокозидази (НА). Визначення проводили до оперативної корекції МУ та через 1 рік.

Результати та обговорення. Визначення показників активності ГГТ та НА до операції показало, що у дітей з МУ мають місце 3 типи ензимурії: гіпер-, нормо- та гіпо-ензимурія. При цьому гіперферментурія вказує про значне uszkodження паренхіми нирки, а гіпоензимурія свідчить про розвиток нефросклерозу. Якщо через 1 рік після оперативного відновлення уродинаміки показники активності ГГТ та НА суттєво змінювались в бік фізіологічного рівня – лікування оцінювалось як ефективне. Якщо зміни були незначними або відбувалися в протилежний від фізіологічного рівня бік, лікування оцінювалось як неефективне.

Висновки. Застосування комплексного дослідження активності ГГТ та НА в сечі у дітей з декомпенсованим мегауретером дозволяє об'єктивізувати оцінку функціонального стану паренхіми нирки як до, так і після операції. Моніторинг показників активності реноспецифічних ферментів в сечі дає змогу оптимізувати тактику лікування цих пацієнтів і своєчасно її корегувати.

ПРОГНОЗУВАННЯ ХРОНІЗАЦІЇ ПІЄЛОНЕФРИТУ (ПН) У ЖІНОК (ЗА ІМУНО-БІОХІМІЧНИМИ КРИТЕРІЯМИ)

Степанова Н.М., Дряньська В.Є., Король Л.В., Мигаль Л.Я., Попова О.С.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. На сьогодні однією з найскладніших проблем є хронізація (рецидивування) інфекцій сечової системи, зокрема, ПН – неспецифічного інфекційно-запального ураження чашково-мискової системи нирок. Кожна третя жінка репродуктивного віку має епізод ПН у віці до 24 років, у 30-40% з них визначають повторне інфікування впродовж наступних 6 місяців, у 20-25% з них розвивається рецидивуючий перебіг хвороби. Як відомо, формування рецидивів ПН відбувається за наявності недостатності імунної відповіді та розвитку оксидативного стресу.

Мета. Оцінити можливість визначення трансформуючого фактору росту β (ТФР- β) – одного з найпотужніших просклеротичних цитокінів, та індексу оксидативного стресу (ІОС) – інтегрального показника, що об'єктивно відбиває взаємозв'язок між процесами пероксидації та антиоксидантною відповіддю, як прогностичних показників хронізації ПН.

Матеріали і методи. Вміст ТФР- β та ІОС визначали до початку лікування у сироватці крові 67 жінок (у середньому 36 \pm 7,7 років), хворих на ПН, та 30 практично здорових осіб того ж віку (контроль). Рецидивуючий перебіг

хвороби (більше 3 епізодів за рік) констатовано у 48 жінок (група 1), 19 жінок мали загострення ПН до 2 разів на рік (група 2). Частота рецидивів у 1-й групі становила 6,0 \pm 2,9 років, у 2-й групі – 1,5 \pm 0,5 років (p<0,001).

Результати та обговорення. Встановлено, що рівні ТФР- β та ІОС у хворих з групи 1 вірогідно перевищують аналогічні показники у осіб з групи контролю та у хворих з групи 2 (p< 0,001). Також рівні ТФР- β та ІОС з групи 2 вірогідно перевищують їх значення з групи контролю (p< 0,001). Аналіз ROC кривих визначення рівнів ТФР- β та ІОС у хворих на ПН засвідчив, що при реєстрації рівнів ТФР- β > 2 пкг/мл, а ІОС > 2,5 од., ймовірність розвитку хронізації (рецидивуючого перебігу) ПН прогнозують у 97,6% випадків.

Висновки. Використання визначення ТФР- β та ІОС як прогностичних показників хронізації (рецидивування) ПН дозволить своєчасно призначити адекватну терапію, підвищити її ефективність та знизити частоту рецидивів.

ВПЛИВ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК

Пирогов В.О., Яцина О.І.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. За даними Міжнародного товариства з утримання сечі (International Continence Society) до 42% жінок після 40 і половини за 60 років страждають на стресове нетримання сечі (СНС). Серед осіб старшого віку існує думка, що його прояви – є невідворотною ознакою старіння і не потребує корекції. Це свідчить про відсутність інформованості пацієнток про можливість лікування патології. Схильність її до прогресування негативно відбивається на стані здоров'я, поступово погіршує якість життя. Особливості його прояву є важливою складовою планування та надання спеціалізованої допомоги. Тому, обґрунтованим і актуальним залишається питання вивчення впливу нетримання сечі на якість життя, що і стало метою дослідження.

Матеріали і методи. За 2010 – 2015 рр. в лабораторії нейроурології ДУ «Інститут урології НАМН України» під наглядом перебувало 172 хворих зі стресовим нетриманням сечі у віці 54,6 \pm 3,9 років. З метою вивчення впливу нетримання сечі на загальний стан здоров'я та якість життя здійснювалось анкетування пацієнток за допомогою опитувальника якості життя SF – 36. Контрольну групу склали 75 здорових жінок, подібні за віком і статтю.

Результати та обговорення. За результатами компаративного аналізу анкетування погіршення загального стану здоров'я мало місце у 57,4% пацієнток. Воно проявлялось у вигляді рольового функціонування, що обумовлено фізичним станом – 43,4%, життєвої активності – 44,5%, соціального функціонування – 51,3%, ролевого функціонування, обумовленого емоційним станом – 42,4%. Погіршення загальних показників SF – 36 – «психологічний компонент здоров'я» – 42,4%, а «фізичний компонент здоров'я» – 36,3%.

Висновки. Вплив стресового нетримання сечі на якість життя жінок є багатфакторним, негативно відбивається на працездатному, соціальному та сімейному аспектах, фізичному та психоемоційному їх стані. Розлади сечовипускання при стресовому недержанні сечі мають бути під прискіпливою увагою різних за фахом лікарів, оскільки відноситься до основних факторів, що суттєво погіршують якість життя жінок.

СЕСТРИНСЬКА СПРАВА

УКРАЇНСЬКА ШКОЛА МЕДСЕСТРИНСТВА

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-16:15

Організатори: Компанія LMT; Редакція видавництва «Журнал головної медичної сестри»

ПРОГРАМА

Захист дихальних шляхів у позастаніонарних умовах
На догоспітальному етапі зі станами, що потребують термінового захисту дихальних шляхів стикаються частіше фахівці з медицини невідкладних станів – на виклику бригади екстреної (швидкої) чи невідкладної медичної допомоги. Але ситуація з порушенням прохідності дихальних шляхів може виникнути раптово як у закладі охорони здоров'я, так і поза його межами. В останньому випадку ситуація складніша і потребує термінового втручання. Тому медичні працівники, незалежно від фаху, повинні знати та вміти використовувати засоби для забезпечення прохідності дихальних шляхів.
Проводить: Юрій Марков, к.м.н., доцент кафедри невідкладних станів НМАПО ім. П. Л. Шупика

Безпека для медичних сестер і пацієнтів під час проведення інфузійної терапії

- Методика пункції та катетеризації периферичних вен
- Ускладнення та їх профілактика під час пункції та катетеризації периферичних вен
- Унікальні переваги периферичних канюль компанії «Юрія-Фарм»
- Практичний тренінг на муляжі руки з використанням продукції компанії «Юрія-Фарм»

Проводить: Євген Гржимальський, лікар-анестезіолог Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, канд. мед. наук

Інфекційна безпека в лікувальному закладі

- Інфекції, що пов'язані із наданням медичної допомоги
- Дезінфекційні заходи – невід'ємна частина інфекційного контролю
- Сучасні методи і засоби дезінфекції, їх застосування з урахуванням: - специфіки функціонування закладу охорони здоров'я
- особливостей об'єктів закладу (виробів медичного призначення, апаратури, різноманітних поверхонь тощо), які піддаються дезінфекції
- Захист медпрацівників від професійних заражень

Проводить: Валентина Малюга, лікар-епідеміолог

Небулайзерна терапія у практиці медичної сестри

- Небулайзерна терапія – основні поняття та переваги



- Лікарські засоби, які застосовуються у небулайзері
- Індивідуальні комплекти для небулайзерної терапії – зниження ризику контамінації мікроорганізмами масок та небулайзерних камер
- Догляд за масками, трубками, дезінфекція

Проводить: Софія Жуковська, продакт менеджер компанії «Юрія-Фарм»

I. Системні помилки в практиці гігієни рук в Україні

- Виявлення помилок, їх наслідки
- Засоби усунення

II. Медичні працівники: робота в умовах стресу

- Як запобігти фізіологічним наслідкам стресу
- Комфорт у роботі медичних сестер

Проводить: Людмила Солошонок, к.х.н., науковий консультант ТОВ «НВП «ВІЛАН»

HEALTH BEAUTY: ПЛАСТИЧНА ХІРУРГІЯ, КОМБУСТІОЛОГІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ПОШИРЕНИХ ОПІКІВ ТА РАН РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-15:00

Організатори: Кафедра комбустіології та пластичної хірургії НМАПО ім. П. Л. Шупика, Асоціація комбустіологів України, Громадське об'єднання з лікування ран

ПРОГРАМА

Тема: Стан надання комбустіологічної допомоги населенню України в 2015 році та впровадження інноваційних технологій в практику лікування хворих з опіками та їх наслідками

Доповідач: Козинець Г.П. (Київ)

Тема: Холодова хвороба. Нова класифікація формування та перебігу

Доповідачі: Олійник Г.А., Григор'єва Т.Г., Кім В.М., Цогоєв А.А. (Харків)

Тема: Шляхи оптимізації медичної технічної бази для лікування хворих з поширеними глибокими опіками

Доповідач: Ковальчук А.О. (Тернопіль)

Тема: Технологічні аспекти регенеративної медицини в комбустіології

Доповідачі: Васильєв Р.Г., Зубов Д.О., Родніченко А.Е., Губар О.С., Злацька А.В. (Київ)

Тема: Клінічна ефективність препаратів на гелевій основі у хворих з дермальними опіками

Доповідачі: Козинець Г.П., Циганков В.П., Осадча О.І., Коваленко О.М., Боярська Г.М. (Київ)

Тема: Особливості перебігу поверхневих опіків при застосуванні сучасних ранових покриттів

Доповідачі: Коваленко О.М., Коваленко А.О., Осадча О.І. (Київ)

Тема: Застосування ранового покриття «Тегадерм» для лікування донорських ран у хворих з глибокими термальними опіками

Доповідач: Мунтян С.О., Слесаренко С.В., Бадюл П.О., Нор Н.М., Слесаренко К.С. (Дніпропетровськ)

Тема: Розтягнуті перфорантні клапті в лікуванні після опікових деформацій верхньої кінцівки

Доповідачі: Жернов О.А., Жернов А.О., Кіпрі Мохаммед, Стаскевич С.В. (Київ)

Тема: Пластика дефектів носа щічним клаптом

Доповідачі: Цапенко В.І., Цапенко О.В. (Черкаси)

Тема: Естетичний аспект реконструктивних операцій у хворих з наслідками опіків

Доповідачі: Крисько С.Ю., Бояринова Л.М. (Київ)

Тема: Використання струму низької інтенсивності без зовнішніх джерел в комплексному лікуванні хворих з ранами стоп

Доповідач: Нагайчук В.І. (Вінниця)

Тема: Деградуєчі біологічно-активні конструкційні деталі в хірургії обличчя

Доповідачі: Галатенко Н.А., Рожнова Р.А., Кебуладзе І.М., Маланчук В.О., Остапенко О.О. (Київ)

ЛІКУВАННЯ ВІДМОРОЖЕНЬ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ АПАРАТУ ЛОКАЛЬНОГО НЕГАТИВНОГО ТИСКУ

Андрєєв О.В., Самойленко Г.Є., Андрєєв П.О.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, м.Краматорськ, Україна

Мета. Поліпшити безпосередні та віддалені результати лікування хворих з відмороженнями за рахунок раннього хірургічного лікування в комплексі з локальним застосуванням апарату негативного тиску (VAC-терапія).

Матеріал і методи. Вивчено результати лікування відморожень 58 кінцівок у 29 пацієнтів в дореактивному і ранньому реактивному періодах. Строки звернення 24,5 ± 3,7 годин при відмороженнях рук, і через 28,1 ± 5,2 дня

– ніг. 3 відмороженнями I-II ступеня – 3 хворих, III-IV – 26 хворих. У першій групі (n = 40 кінцівок) виконані декомпресивні некротомічні розрізи, місцево застосовували пов'язки з розчином Димексиду 1: 6. У другій групі (n = 18 кінцівок) на рани після проведення некротомії накладали ізолюючі поролонні пов'язки для використання апарату VAC-терапії.

Результати та обговорення. Використовували апарат «АГАТ-Дніпро» (Україна). Заміну пов'язок проводили кожні 2 доби. Використовували негативний тиск 75-125 мм рт. ст. в середньому 7,1 ± 4,8 доби. Рани I-II ступеня закривали ксенодермоімплантатами. Базальний кровообіг збільшувався після 5-7 хвилин 125 мм рт.ст. постійного негативного тиску, а при імпульсному режимі реакція була від 2 до 5 хвилин. Збільшення темпу формування грануляції складало 19,6% і 10% для імпульсного і постійного режимів. З 55 кінцівок з відмороженнями III-IV ступеня 29 (52,7%) не зажадали усунення. На 18 кінцівках (32,7%) зроблені економні некротомії, що дозволили зберегти функцію. Використання VAC призвело до скорочення термінів демаркації з 18,0 ± 2,3 доби до 8,1 ± 2,7. Ліжко-день знижений до 27,7 ± 3,5 з 34,1 ± 7,8 днів. Ампутовані на рівні стоп, гомілки 8 кінцівок у 6 пацієнтів (14,6%). У першій групі 6 ампутацій у 5 пацієнтів). У 2-й – 1 (5,6%).

Висновки. Застосування VAC є ефективним заходом вже з першої доби після відмороження.

ЛІКУВАННЯ ОСТЕОХОНДРОЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ КЛІТИННИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Грицик В.Ф., Шмельова М.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна,

Медична компанія ілау (ТОВ «А.А.ПАРТНЕРС») м. Київ, Україна

Мета. Дослідити доцільність застосування стовбурових клітин для лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта.

Матеріали та методи. Нами проведено лікування 3 пацієнтів з остеохондрозом поперекового відділу хребта, ускладненого дискогенним нейрокомпресійним синдромом, аутологічними стромальними стовбуровими клітинами.

Вік пацієнтів – від 32 до 68 років. До надходження в клініку всім хворим проводилося комплексне консервативне лікування: анальгетики, спазмолітики, нестероїдні протизапальні засоби, блокади з місцевими анестетиками та стероїдними препаратами. На МРТ виявлено екструзії міжхребцевих дисків розмірами від 6 до 8 мм. Неефективність консервативної терапії, стійкі симптоми подразнення і випадання функцій корінців були показаннями для хірургічного лікування, проте 2 пацієнтів категорично відмовилися.

Клітинний матеріал, що отриманий з жирової клітковини передньої черевної стінки шляхом пункційної аспірації, був масштабований в біотехнологічній лабораторії до 10-20 млн. Клітинна суспензія вводилася паравентральну на боці латералізації екструзії диска, на рівні ураженого сегмента, довгою голкою, заходячи вентрально на 1,5-2 см за поперечний відрізок. Ускладнень під час маніпуляції не спостерігалось. Переносимість клітинного матеріалу задовільна.

Результати. Купірування больової симптоматики наступало на 2-3 тижні після введення стовбурових клітин. Повний регрес неврологічних симптомів випадання функцій корінців – через 1-1,5 міс. Динамічне спостереження над пацієнтами становило від 2 до 10 міс. Одному пацієнту на 3 та 7 міс. після клітинної терапії проводилася контрольна МРТ. Грижеподібне випинання міжхребцевого диска з 8 мм зменшилося до 6 і 2 мм. відповідно.

Висновки. Клітинна терапія остеохондрозу, ускладненого дискогенним нейрокомпресійним синдромом, може бути альтернативою не тільки медикаментозного, а й хірургічного лікування.

Безумовно, необхідно подальше вивчення показань і протипоказань, удосконалення техніки введення, визначення кратності введень і



оптимальних доз клітинного матеріалу.

Ключові слова. Остеохондроз, клітинна терапія, стовбурові клітини.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИКО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТЯЖКО ОБПЕЧЕНИХ ХВОРИХ

Ковальчук А.О.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», кафедра травматології та ортопедії з військово-польовою хірургією, м.Тернопіль, Україна

Мета. Виявити основні тенденції розвитку сучасних методів лікування обширних дефектів шкірної покривів з використанням інноваційного медичного обладнання для отримання донорського шкірного субстрату.

Матеріали і методи. Проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо участі провідних науковців у розвитку хірургічних технологій відновлення втраченого шкірного покриву в обпечених хворих. Для вирішення проблеми ефективного лікування ран у хворих з глибокими опіками великої площі на базі опікового відділення Тернопільської міської клінічної комунальної лікарні швидкої допомоги (ТМКЛШД) розроблено серію медичних виробів під назвою «Електродерматом ДК-717». Інструменти дозволені до використання в медичній практиці наказом МОЗ України №1050 та внесені до Державного реєстру (свідцтво про державну реєстрацію №12203/2012) медичної техніки та виробів медичного призначення від 14.12.2012.

Результати дослідження та їх обговорення. На сьогоднішній день, арсенал відновного лікування опікової травми включає різноманітні напрямки. Однак, найбільш поширеним методом відновлення цілісності шкірного покриву залишається вільна пластика шкіри. Пластичному закриттю опікової рани передують її підготовка, що полягає в очищенні рани від некротичних тканин і формуванні ложа, сприятливого для приживлення трансплантатів. Підготовка опікових ран до аутодермопластики може проводитися в різні терміни і різними методами. У всіх випадках заключним етапом є закриття ранової поверхні шкірним аутодермотрансплантатом.

Революційні зрушення в лікуванні опікової травми відбулись в 1869 році, коли швейцарець J.Reverdin пересадив маленький епідермальний клапоть пацієнта на гранулюючу рану.

Згодом С. Шклярівський (1870), А.С. Яценко (1871), СМ. Янович-Чайський (1871) докладно розробили і вдосконалили пересадку шкіри дрібними шматочками на гранулюючих поверхні ран. А в 1874 році K.Thiersch запропонував пересаджувати аутологічні шкірні трансплантанти шириною 1 см, товщиною 0,3-0,4 мм .

Радикальне покращення можливостей лікування після опікових ран великої площі з'явилося в 1939 році, коли за пропозицією та в співпраці з лікарем E. Radgett інженер G.I. Hood сконструював дерматом – спеціальний інструмент для взяття чітко дозованих по товщині шкірних трансплантатів значної площі.

На сьогоднішній день розроблена велика кількість різноманітного ріжучого інструментарію для трансплантації шкіри з різними механізмами дії, кожен з яких має свої переваги і недоліки. В опікових центрах країн Європи широко застосовуються зворотно-поступальні дерматоми. Прикладом такого інструменту може бути електродерматом Брауна, конструктивною перевагою якого є можливість взяття тонких аутодермотрансплантатів шкіри великої площі, товщиною 0,1 мм.

Цілком очевидно, що вибір типу дерматома для вирішення конкретних завдань і цілей оперативного втручання визначається можливістю отримання різних за товщиною клаптів. Загальний досвід дермопластики свідчить про те, що найкраще приживають тонкі, а гірше – товсті клапті.

Одним із досягнень сучасної дермопластичної хірургії слід вважати застосування сітчастих аутодермотрансплантатів шкіри. Методика передбачає проведення перфорації попередньо зрізаних аутодермотрансплантатів шкіри з допомогою спеціальних перфораторів, що дозволяє збільшити площу трансплантату у співвідношеннях 6:1 та 9:1.

Оригінальну технологію збільшення площі аутопластичного закриття ран з запропонували американські хірурги MeeketWall в 1958 році. Методика передбачала фіксацію ауто трансплантатівна спеціальних пластинах з пробкового дерева та розділення шкірних клаптів на окремі сегменти розміром 3x3 мм. В подальшому ауто трансплантати переносять на попередньо складені поліетиленові серветки при розгортанні яких мікроаутодермотрансплантати віддаються один від одного, це дозволяє збільшити площу донорської шкіри у співвідношенні 1:3, 1:4, 1:6 і 1:9. Запропоновану технологію, на сьогоднішній день, удосконалили винахідники з західної Європи V. Bursenet T. Klign. Для широкого клінічного впровадження запропонованої технології, нідерландська компанія Numecсарозробила високопрофесійне технічне обладнання.

Нові підходи у вирішенні проблеми дефіциту донорських ресурсів шкіри пропонують українські науковці. Так, О.Є. Грязін розробив методику закриття

ранових поверхонь аутомікродермотрансплантатами, іммобілізованими в дермі ксенотрансплантатів. Автором доведена висока продуктивність розробленої технології, яка в 20 разів перевищує ефективність традиційної аутодермопластики. Аналогічний за принципом метод збільшення площі пластичного закриття ран, пропонує В.І. Нагайчук. В основі методики лежить комбінація мікроаутодермопластики з ксенопластикою ран.

У сучасній літературі при викладенні результатів досліджень, пов'язаних з новими підходами до проблеми регенерації дефектів тканин, останнім часом усе частіше застосовують терміни «регенераційна біологія» або «регенераційна медицина», що засвідчує інтерес дослідників до загальнобіологічних і загальнопатологічних аспектів вивчення опікової травми. При цьому важливий напрямок досліджень зорієнтовано на застосування культивованих in vitro кератиноцитів. Так, J. Rheinwald та Н. Green продовжують вивчати ефективність методу культивування кератиноцитів та отримання епітеліальних пластів великої площі, які у тисячі разів перевищують первинний розмір аутологічного матеріалу.

Продовжуються дослідження клінічної ефективності застосування живого еквіваленту шкіри як біологічної конструкції, яка складається з алогенних, аутологічних фібробластів та кератиноцитів, або їх суміші. Живий еквівалент шкіри застосовується при глибоких опіках та при глибоких тримірних дефектах шкірного покриву, а також являється перспективною моделлю для вивчення процесів регенерації і морфогенезу in vitro, особливо тараекції імунної відповіді. До перспективних слід віднести досягнення клітинної і тканинної інженерії, які базуються на використанні культивованих клітин людини. Це дозволяє відновлювати пошкоджені тканини за рахунок імплантації або трансплантації культивованих in vitro клітин із здорових тканин і органів, зокрема фібробластів та кератиноцитів.

Однак, реалізація вище описаних технологій потребує високоартістичних реактивів та спеціалізованого лабораторного обладнання для культивування клітин in vitro і в практичному аспекті є недоступним методом лікування для переважної більшості опікових відділень нашої держави.

Тому, вільна аутодермопластика завдяки відносній своїй простоті та доступності вважається «золотим стандартом» при наданні хірургічної допомоги хворим не тільки з критичними, а й обмеженими термінами ураженнями. Разом з тим, слід відмітити, що в останні роки в дерматоластичній хірургії істотно зросли вимоги до функціональних та естетичних результатів лікування обпечених. Ця обставина спонукає до перегляду й вдосконаленню традиційного підходу при визначенні показань до вільної аутодермопластики глибоких опіків. Не менш важливе прикладне значення має також розробка та впровадження в повсякденну клінічну практику альтернативних, більш ефективних пластичних операцій.

Наявля, сучасні реалії такі, що ті моделі ріжучого інструментарію для трансплантаціїшкіри, які використовують в опікових центрах України, є морально застарілими та фізично зношеними, оскільки вони виготовлені ще в 70–80-ті роки минулого століття. Навіть при своєчасному технічному обслуговуванні даних інструментів існує постійна проблема адекватного підбору ножів, які при повторному використанні працюють неефективно, це пов'язано з впливом фізичних та хімічних факторів стерилізації. Окрім того, застарілі конструкції електродермотомів не відповідають сучасним вимогам хірургічної пластики ран, оскільки ці інструменти не спроможні проводити якісний забір ультратонких трансплантатів шкіри, застосування яких вкрай важливе при лікуванні обпечених хворих з вираженим дефіцитом донорських ресурсів шкіри. Тому, проблема сучасного інструментального забезпечення для хірургів, які займаються опіковими травмами, стоїть надто гостро. Новітні ж зразки відомих зарубіжних брендів, які нині активно використовують наші зарубіжні колеги, високо-вартісні, а відтак практично недоступні для вітчизняної охорони здоров'я.

Для вирішення вище вказаних задач на базі курсу комбустіології ТМКЛШД тривалий час (протягом останніх 7 років) розроблялось спеціалізоване високоточне медичне обладнання.

Таблиця 2. Технічні параметри медичного виробу «Електродерматом ДК-717»

Технічні параметри	Варіанти виконання електродерматому		
	Виконання 00	Виконання 01	Виконання 02
Ширина клаптя шкіри (мм)	70	120	100
Частота обертів шпинделя електроприводу (об/хв)	5000	3000	600
Тривалість циклу роботи (хв)	30	20	20
Габаритні розміри (мм)	295x95x40	245x125x40	300x110x40
Вага (кг)	0,9	1,3	1,3

Серія високотехнологічних інструментів представлена в трьох виконаннях: а) виконання 00 – електродерматом з ріжучою голівкою одноразового використання. Технологія одноразовості дозволяє підвищити рівень епідеміологічної безпеки під час роботи в хірургічному стаціонарі, знижує до



мінімуму ризик внутрішньолікарняного зараження пацієнтів небезпечними інфекціями, зокрема Віл-інфекцією, вірусами гепатиту (В) і (С), а також значно скорочує час підготовки до операції. Технологічні параметри одноразової ріжучої головки дозволяють проводити забір ультратонких трансплантатів шкіри (товщиною 0,06-0,1 мм), застосування яких дозволяє зберегти донорські ресурси шкіри у хворих з глибокими опіками великої площі, що особливо важливо при лікуванні тяжко-обпечених дітей. Однією з переваг дерматома є можливість повторного використання його в ургентних випадках, що забезпечується швидкою заміною одноразової стерильної ріжучої голівки і використанням спеціального стерильного рукава для захисту системи приводу;

в) виконання 01 – електродерматом з лінійною ріжучою головкою багаторазового використання. Інструмент дозволяє проводити забір трансплантатів шкіри з рівними краями шириною 120 мм. Такі трансплантати використовують для пластики дефектів великих розмірів при проведенні пластичних операцій в косметично і функціонально важливих ділянках (пластика дефекту після видалення рубців, пухлин);

с) виконання 02 – дисковий електродерматом з ріжучою головкою багаторазового використання. Вказана модель електродерматома ефективно застосовується при пошаровому видаленні змертвілих тканин при проведенні некректомії. Також, інструмент використовують для отримання трансплантатів шкіри в складно-доступних донорських ділянках.

Ріжуча частина дерматома у 01 та 02 виконаннях підлягає стерилізації шляхом автоклавування. Система локального приводу з блоком акумуляторних батарей є герметичною і витримує хімічну стерилізацію.

Таким чином, вищеописана універсальна серія спеціалізованого медичного обладнання дає можливість вирішити різні задачі хірургічної пластики глибоких дефектів дерми. Інструменти успішно пройшли доклінічні та клінічні випробовування і стали доступними для практикуючих хірургів, комбустіологів, дерматологів.

Висновки. 1. Багатолітній досвід лікування тяжко обпечених створив підґрунтя для утворення нових напрямків у відновній хірургії термічної травми. Разом з цим, переважна більшість методів відновлення втраченого шкірного покриву, які впроваджені в клінічну практику, є взаємодоповнюючими, і тому, застосування відомих традиційних технологій в комбінації з новітніми методами формують сучасну тактику і стратегію лікування опікових ран. 2. Розроблена в Україні серія високотехнологічних інструментів для отримання донорського шкірного субстрату стала базовим обладнанням для вирішення складних завдань хірургічного лікування обпечених у вітчизняній комбустіології.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОВЕРХНЕВИХ ОПІКІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГУБЧАСТИХ РАНОВИХ ПОКРИТТІВ

Коваленко О.М.¹, Коваленко А.О.¹, Осадча О.І.²

¹Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, ²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Підвищити ефективність лікування постраждалих з поверхневими опіками шляхом застосування губчатих ранових покриттів.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 72 хворих віком 3-18 років із загальною площею поверхневих термічних уражень 5-30% поверхні тіла, які знаходилися на лікуванні у Київському центрі термічної травми і пластичної хірургії протягом 2012-2015рр. Всі пацієнти були поділені на дві групи: основна група (40 хворих), лікування ран проводилося у власному вологому середовищі під губчатими рановими покриттями. Контрольна група – 32 хворих, лікування ран яких проводилося традиційним накладанням пов'язок з антисептиками. Перебіг ранового процесу оцінювався по змінам співвідношення різних клітинних елементів у ранових відбитках, строках епітелізації, вимірюванням рН ранового вмісту.

Результати та обговорення. Виявлено достовірні відмінності рН у пацієнтів основної групи. В результаті застосування ранових покриттів на 3,5 добу після травми реакція середовища поверхні опікових ран стала кислою: рН склав 6,6±0,2. Разом з тим, цитологічне дослідження виявило прискорення репаративних процесів. Переважаючи до лікування процеси дегенерації змінилися на запалення і регенерацію, що виражалося у зниженні ступеня деструкції нейтрофілів і підвищенні числа макрофагів.

Висновки. Застосування губчатих ранових покриттів призводить до прискорення змін фаз запалення в ранах, до зміни лужної реакції опікової рани на кислу, що надає стимулюючої дії процесам загоєння. При лікуванні ран у власному вологому середовищі епітелізація з'являється на дві доби раніше (вже на 5,3±0,3добу), розвиток гіпертрофічних рубців зменшується на 32%.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТІВ НА ГЕЛЕВІЙ ОСНОВІ У ХВОРИХ З ОПІКАМИ II-III СТУПЕНЯ

Козинець Г.П.¹, Осадча О.І.², Коваленко О.М.³, Боярська Г.М.², Циганков В.П.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ, Україна

³Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Визначити клінічну ефективність препаратів на гелевій основі в лікуванні хворих з дермальними та глибокими опіками.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати лікування 34 хворих з опіками. У постраждалих були опіки полум'ям або гарячими рідинками на площі від 10 до 40%. Вік хворих в діапазоні від 18 років до 65 років.

Оцінку результатів лікування проводили на основі контролю над перебігом ранового процесу, термін івепітелізації (для опіків II ступеня), та термінів підготовки ран до аутодермопластики після висічення при опіках III ст.

Для оцінки впливу препаратів на перебіг ранового процесу застосовано клінічні, мікробіологічні, цитоморфологічні та імунологічні методи досліджень.

Результати та обговорення. У хворих з опіками II ступеню терміни епітелізації склали в середньому 17,2±1,07 дб. Хворим з глибокими опіками III ступеня проведена хірургічна некректомія ран з послідовним накладанням серветок з гелевими препаратами. У групі порівняння після хірургічної некректомії при застосуванні пов'язок з гіперосмолярними мазями в 50% випадків відзначено утворення ділянок вторинного некрозу, що збільшувало час підготовки гранулюючих ран до аутодермопластики. Аутодермопластика у хворих основної групи була проведена в середньому, на 7,5±1,4 добу, а в групі порівняння на 12,87±1,7 добу після травми.

Висновки. Препарати на гелевій основі оптимізують регенерацію тканин при опіках, найбільш ефективні при місцевому лікуванні хворих з поверхневими опіками II А ступеня та при глибоких опіках дозволяє скоротити строки підготовки ран до пластичного закриття.

РОЗТЯГНУТІ ПЕРФОРАНТНІ КЛАПТИ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПІКОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Жернов О.А.¹, Кітрі Мохаммед¹, Жернов А.О.², Стаскевич С.В.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м.Київ, Україна

²Київська міська клінічна лікарня №2, м.Київ, Україна

Вступ. У зв'язку із збільшенням в останні роки кількості постраждалих, які перенесли глибокі і великі опіки, у відновній хірургії з'явилась проблема, що пов'язана з дефіцитом донорських ресурсів і обмеженням вибору методу хірургічної корекції. Можливості пластики розтягнутими тканинами при оптимальному використанні непошкоджених, а також придатних для пластики рубцево-змінених тканин розширили межі їх застосування в реконструктивно-пластичній хірургії наслідків опікової травми.

Мета. Покращити результати хірургічного лікування хворих з після опіковими деформаціями верхньої кінцівки шляхом використання розтягнутих клаптів з власним кровообігом.

Матеріал та методи. Реконструкція рубцевих деформацій верхньої кінцівки за допомогою розтягування клаптів з власним кровообігом здійснили у 22 пацієнтів. Середній вік пацієнтів складав 18,7 років (від 6,8 до 48,2 років). Осіб жіночої статі було 15, чоловічої – 7. Етіологічним чинником були опіки окропом (13) та полум'ям (9). Деформації існували від 1 до 7 років (у середньому – 2,3 роки). У всіх хворих використовували прямокутні силіконові розширювачі 6х11х3,7 см об'ємом 350 мл. Середній розмір дефекту був 183,5 см² (від 28 до 670 см²). Для пластики пахової ямки (7) та ділянки плечового суглоба (2) розтягували клапоть на зовнішній поверхні плеча на гілці задньої артерії, що огинає плече (9). Для корекції контрактур ліктьового суглоба (7) використовували бічний клапоть плеча на гілках від задньої променевої колатеральної артерії. На передпліччі для пластики дистальної частини сегмента (2), променево-зап'ясткового суглоба (2) й тилу кисті (2) розтягували задній клапоть передпліччя на задній гілці передньої міжкісткової артерії (3) і нижній передньозовнішній клапоть передпліччя на нижніх септо-кутанних гілках променевої артерії (3).

Результати та обговорення. Добрий результат при повному приживленні клаптів та відновленні рухів у суглобах відмічали у 16 (72,7%) хворих. Виникнення підклаптевих сером (4(18,2%)) та некрозу дистального відділу клаптя (2(9,1%)) розцінили як задовільний результат лікування. Віддалені результати вивчені у 14 пацієнтів. Добрий результат мали 11 (78,6%) постраждалих і 3 (21,4%) – задовільний. В останніх випадках виникло



скорочення клаптів з виникненням гіпертрофічних післяопераційних рубців та зменшенням обсягу рухів у суглобах. Попереднє розтягування клаптів, що містять власні живлячі судини, покращує васкуляризацію тканин, які виходять за небезпечні межі кровозабезпечення, збільшує кількість пластичного матеріалу й дозволяє первинно закрити донорський дефект. Таке розтягування тканин дозволяє покращити результати лікування, ніж застосування традиційно розтягнутих клаптів, за рахунок як судинного компонента, так й за рахунок капсули, що утворювалась.

Висновки. Отримання необхідного пластичного матеріалу шляхом розтягування перфорантних клаптів при дефіциті уражених покривів є перспективним методом в реконструктивній хірургії верхньої кінцівки.

ПЛАСТИКА ПОШИРЕНИХ РАН СТОП ОСТРІВЦЕВИМ СУРАЛЬНИМ «МЕГАКЛАПТЕМ» ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРОПЕЛЕР-ТЕХНІКИ

Самойленко Г.Є., Андрєєв О.В.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, м. Краматорськ, Україна

Мета. Поліпшення результатів лікування великих ран із використанням острівцевих клаптів великих розмірів.

Матеріали і методи. «Propeller»-техніка підняття сурального клаптя мало відома, а при традиційній максимальна корисна площа покривних тканин (60-100 см²) не вирішує проблему закриття великих дефектів. У порівняльному аспекті вивчені результати використання традиційної методики підняття сурального клаптя на дистальній ніжці максимально припустимих за літературними даними розмірів (7 операцій – група 1) і «мегаклаптями» із використанням «Propeller»-техніки пластики (4 операції – група 2). Операції проводилися в умовах опікового відділення МЛ №3 Краматорська. Всі хворі – працездатні чоловіки, мали поширені рани стоп після травм, поранень і відморожень.

Результати та обговорення. Суральний острівцевий клапоть піднімали за класичною схемою середньою площею 118,2±5,7 см² (довжина 13,8±2,2 і ширина 8,5±1,7 см). При використанні «Propeller»-техніки формували фасціально-шкіряний клапоть площею 375,7±4,9 см² (довжиною 26,3±3,2 і шириною 12,3±1,4 см). Виділяли судинну ніжку, що включала задню міжм'язову перегородку від 6 см проксимальніше лоджки. Ретроспективно порівняли частоту ускладнень. 10 з 11 клаптів прийнялися. В 1 групі ознаки місцевої інфекції були у 4 (57,2%), у другій групі – у 2 (50,0%). У першій групі у 1 (14,3%) була венозна недостатність клаптя, у 2 (28,6%) розвинувся крайовий некроз, який зажадав додаткової аутодермопластики, а у 1 (14,3%) – тотальний некроз. У другій групі в 2 випадках спостерігали явища крайової ішемії, але в жодному випадку не потрібні були додаткові аутодермопластики, пов'язані з його некрозом.

Висновки. Використання пропелер-техніки мобілізації є ефективним інструментом закриття глибоких складних дефектів стоп.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПЕРФОРАНТНИХ СУДИН ПРИ ВИКОНАННІ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Бадюл П.О., Черидниченко Н.О., Слесаренко К.С.

Дніпропетровський центр термічної травми та пластичної хірургії, клінічна лікарня №2

Актуальність. Поширені і глибокі дефекти шкіри та м'яких тканин є доволі складною проблемою в реконструктивній хірургії. В нашій регіоні актуальність цієї проблеми визначається великою кількістю таких постраждалих, що госпіталізуються за наслідками промислових та бойових травм, опіків та онкологічних захворювань. При цьому пластичне закриття тканевих дефектів локальними перфорантними пропеллер клаптями вже визнано пріоритетним методом, але немає єдиного алгоритму передопераційного обстеження таких хворих для планування та контролю хірургічного лікування.

Мета. Підвищити ефективність оперативних втручань у пацієнтів з глибокими та поширеними дефектами шкіри та м'яких тканин шляхом передопераційної візуалізації перфорантних судин.

Матеріали та методи. За період з 2010 по 2015 роки в Центрі проведено реконструктивно-пластичні операції з використанням перфорантних пропеллер клаптів у 43 пацієнтів з дефектами шкіри та м'яких тканин. Для аналізу ефективності передопераційної візуалізації судин пацієнтів було розділено на дві групи: 1 – група, до якої увійшли 24 пацієнти, яким проводився комплекс діагностичних заходів з КТ ангіографічною візуалізацією судин в донорській ділянці. 2 - група до якої увійшли 19 пацієнтів, у яких діагностика зони формування клаптя обмежувалась аудіо або кольоровим доплером. Комплекс діагностичних заходів з візуалізацією перфорантів включав виконання КТ з ангіографією на томографі Toshiba Aquilion, з використанням

йодовмісної рентгенконтрастної речовини та 3-D реконструкцію з обробкою інформації за допомогою робочої станції Osirix MD, дослідження перфузії покривних тканин за допомогою аудіо доплера «Мінідоп» з датчиком 8МГ.

Результати та обговорення. В усіх випадках глибокі та поширені дефекти було закрито і пацієнти виписані з одужанням. Проведений аналіз результатів діагностики перфорантів у хворих 1 групи показав, що розбіжності між візуалізацією перфорантних судин на передопераційному етапі та фактичною інтроопераційною десекцією не перевищувала 0,5-1,0 см., що дозволило скоротити час операції в середньому на 30%. Порівняльний аналіз результатів між групами показав, що критичні ускладнення з некрозом клаптів, що потребували реоперації, у хворих 2 - групи, було зафіксовано в 16% (3 випадки). У хворих 1 – групи, таких критичних ускладнень не відзначалось. Некритичні ускладнення у вигляді незначного крайового некрозу або венозної недостатності переміщеного пропелер клаптя у хворих 2 – групи було зафіксовано в 26% (5 випадків), в той час як у хворих 1 – групи було зафіксовано лише у 8% (2 випадки). Всі некритичні ускладнення було усунуто консервативно, без повторних втручань.

Висновки. Таким чином, передопераційна візуалізація перфорантних судин при виконанні реконструктивно-пластичних втручань у пацієнтів зі значною втратою шкірного покриву та м'яких тканин дозволяє підвищити ефективність хірургічного лікування.

Оптимізація планування дизайну перфорантного пропеллер клаптя та інтраопераційної десекції живлячої ніжки клаптя дозволяє скоротити час операції та зменшити кількість ускладнень.

ГОМЕОМЕЗОТЕРАПІЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦІВ

Коркунда С.В., Олейник Г.А., Григорьева Т.Г.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

В работе представлены клинические, морфологические и лабораторные результаты лечения патологических рубцов различной этиологии и срока давности с помощью мезотерапии низкодозными препаратами Made и Collagen-Guna в сравнении с традиционными методами лечения. Традиционные методы воздействия на рубцовую ткань в большинстве своем приводят к ее деструкции либо ускорению процессов обратного развития, а, собственно, лечение – т. е. достижение позитивных клинических и морфологических результатов за счет трансформации патологической соединительной ткани в нормотрофическую, нигде не представлено. Изучение возможностей применения биологически безопасных низкодозных препаратов при лечении рубцов различной этиологии и сроков давности сквозь призму прямого воздействия на соединительную ткань представлены в данной работе.

Материалы и методы. Материалом клинических наблюдений были пациенты с патологическими рубцами – келоидными, гипертрофическими и атрофическими, проходившие лечение в Харьковском городском центре термической травмы, реконструктивной и пластической хирургии. Первая группа 30 пациентов (основная) с патологическими рубцами различного срока давности и разной площади, которые получали только мезотерапевтическое лечение антигемотоксическими препаратами Made и Collagen-Guna, вторая группа (15 пациентов) – контрольная, аналогичные пациенты, которые получали стандартную схему лечения. Эффективность лечения оценивалась по клиническим характеристикам рубцовой ткани, субъективной оценке пациентов, лабораторному исследованию крови и гистологическому исследованию рубцовой ткани до начала лечения и по его окончании.

Выводы. Результаты проведенного исследования доказывают высокую клиническую эффективность представленной мезотерапевтической технологии лечения патологических рубцов с помощью низкодозных препаратов Made и Collagen-Guna по сравнению с традиционными методиками лечения:

- Сокращение сроков лечения в основной группе на 93-146 суток (гипертрофические и келоидные рубцы).
- Непосредственное воздействие на процесс формирования рубцовой ткани и направление его в нормотрофическое русло.
- Достижение максимально возможного результата лечения в основной группе при раннем начале терапии.
- Уменьшение себестоимости реабилитации реконвалесцентов.
- Сокращение показаний для дальнейшей консервативной и хирургической реабилитации реконвалесцентов.
- Повышение качества жизни пациентов, оптимизация социальной реабилитации.



ПРИМЕНЕНИЕ ПЛЕНОЧНОГО ПОКРЫТИЯ «ТЕГАДЕРМ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОНОРСКИХ РАН У БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ДЕРМАЛЬНЫМИ ОЖОГАМИ

Мунтян С.А., Слесаренко С.В., Бадюл П.А., Нор Н.Н., Слесаренко К.С.

ДЗ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», кафедра общей хирургии Днепропетровский центр термической травмы и пластической хирургии, г. Днепропетровск, Украина

Цель. Оптимизация заживления донорских ран у больных с глубокими дермальными ожогами путем применения пленочного покрытия «Тегадерм». **Материалы и методы.** Исследования проводились у больных с глубокими дермальными ожогами с общей площадью до 10%, которым производили закрытие ран с помощью пересадки расщепленных перфорированных аутодермотрансплантатов (АДТ). Забор АДТ производился в области бедра или голени с помощью электрического дерматома с одноразовой съёмной головкой, толщиной 0,3-0,4мм и площадью 100-300 см кв. Проведено исследование 45 больных с донорскими ранами, которые находились на лечении в Центре в 2014-2016 годах. Из них: 15 мужчин и 30 женщин в возрасте от 25 до 60 лет. Больные были разделены на две группы: основная – 20 человек, которым применялись пленочные повязки «Тегадерм» и сравнения – 25 больных, которым применялись марлевые повязки с раствором «Бетадин». Анализ проводился на основании изучения: 1) наличия или отсутствия болевого синдрома; 2) характера и количества отделяемого; 3) наличия локальной воспалительной реакции (гиперемия и отек в области ран); 4) сроки эпителизации (дни); 5) исходы заживления.

Результаты. «Тегадерм» представляет собой тонкую пленочную мембрану, покрытую слоем безвредного адгезива. У больных основной группы после забора трансплантата на донорскую рану накладывалась повязка «Тегадерм», которая сверху фиксировалась эластическим бинтом на 24 часа для осуществления гемостаза. После снятия эластического бинта начиналось визуальное наблюдение за раной через пленочное покрытие. В случае накопления отделяемого, производились микропроколы пленки и удаление его с помощью шприца 1 мл. У больных группы сравнения донорские раны покрывались марлевой повязкой с раствором «Бетадин» в разведении 1:2 дистиллированной водой. В послеоперационном периоде повязки орощались раствором «Бетадин» 3-4 раза в сутки с подсушиванием их потоком теплого воздуха. В основной группе в донорских ранах практически отсутствовал болевой синдром, не было выраженной воспалительной реакции вокруг раны, отделяемое из раны было скудным. Полная эпителизация наступала на 8-10 сутки после операции. Осложнений не наблюдалось, а цвет поверхности после заживления малозначительно отличался от окружающих кожных покровов. У больных группы сравнения воспаление донорских ран под сухими повязками, что потребовало повторных болезненных перевязок. Заживление завершалось к 12-15 дню с формированием ярко-красных участков эпителизации.

Выводы. Анализируя применение раневого пленочного покрытия «Тегадерм», можно сделать следующие выводы: 1) Отсутствие болевого синдрома; 2) Сокращение сроков заживления на 4-5 суток; 3) Хороший косметический эффект; 4) Применение «Тегадерм» экономически выгодно, так как значительно сокращается количество необходимых перевязок, уменьшается травматизация кожи и риск контаминации; 5) Использование окклюзионного покрытия для ведения поверхностной хирургической раны позволяет создать благоприятную среду, сохраняет на оптимальном уровне количество и состав раневого экссудата, что способствует ускоренному размножению эпидермальных клеток во влажной среде и сокращению сроков заживления.

ВИКОРИСТАННЯ СТРУМУ НИЗЬКОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ БЕЗ ЗОВНІШНІХ ДЖЕРЕЛ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ СТУПНЕЮ

Нагайчук В.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Вступ. Синдром діабетичної ступні займає ведучу позицію серед ускладнень цукрового діабету та є причиною ампутації нижньої кінцівки у 5,0-8,0 % хворих на цукровий діабет. В більшості своїй, ампутації пов'язані з тяжкістю перебігу ранового процесу, коли фаза очищення рани затягується, а фаза регенерації не наступає. Ускладнений перебіг синдрому діабетичної ступні може привести не тільки до втрати кінцівки, але й до втрати життя. Тому, патогенетично обгрунтоване комплексне лікування не тільки впливає на тривалість загоєння рани, але і визначає результат лікування.

Мета роботи. Вивчити вплив струму низької інтенсивності без зовнішніх

джерел на перебіг ранового процесу у хворих з діабетичною ступнею.

Матеріали та методи. Нами розроблено та запропоновано спосіб електровпливу на головний мозок струмом низької інтенсивності без зовнішніх джерел. При цьому електрод– донор електронів розташовують в лобній ділянці голови, а електроди– акцептори електронів на підшвах. В залежності від енергетичних можливостей організму, в електричному колі виникає електричний струм силою від 20 до 140 мкА. Спостереження проведено на 38 хворих, які були поділені на 2 групи. В основну групу увійшло 18 хворих, які отримували транскраніальну електростимуляцію. Контрольну групу склали 20 хворих, яким транскраніальну електростимуляцію не проводили. Тривалість процедури 12 годин (з 10:00 до 20:00) щоденно.

Лікування. Обговорення. Значні успіхи, досягнуті медициною взагалі та комбустиологією, зокрема, до теперішнього часу, багато в чому визначались розвитком суміжних дисциплін. Сучасний рівень знань не спроможний на значний «ривок» в технології лікування хворих з діабетичною ступнею. Удосконалення тактики і відомих методів лікування дозволяють дещо скоротити тривалість лікування і віддалені наслідки цукрового діабету. Окремо слід відмітити, що післянекротичні рани на фоні цукрового діабету здатні до поширення як в глибину тканин, так і по площі, мають тривалі перебіг, формування грануляцій різко сповільнене, відсутність ознак епітелізації, порушення якості життя пацієнтів, втрата надії на одужання. Все це породжує зміну психоемоціонального настрою пацієнтів з діабетичною ступнею, що відмічається багатьма авторами і відіграє не останню роль в перебігу ранового процесу. На протязі останнього століття була накопичена практика використання способу транскраніальної електротерапії, при якій досягається активація основних регуляторних систем (гіпоталамо-гіпофізарної, надниркової, опіоїдної та інших) шляхом впливу струму низької інтенсивності від зовнішніх джерел на структури головного мозку, що приводить до виходу в системний кровообіг біологічно-активних речовин, які обмежують глибину стрес-реакції, покращують мікроциркуляцію і підвищують адаптацію організму в різноманітних ситуаціях.

Усі пацієнти основної групи відмічали прилив тепла до ступнів, що свідчило про покращення кровотоку. У них спостерігався підвищений настрій, з'являлась надія на одужання, покращувався сон та його якість, зростає апетит, що позитивно впливало на перебіг ранового процесу. Зменшувалась біль, що приводило до зниження потреби в анальгетиках. Відмічалось зниження втоми, покращення трофіки тканин, відновлення чутливості, більш швидке очищення ран від некротичних тканин і їх виповнення грануляціями. Стимулювалась крайова епітелізація, більш сприятливим був перебіг запальних явищ і більш швидкий їх обрив на фоні використання звичайних антибактеріальних препаратів. Знижувались показники глюкози крові, що вимагало корекції цукрознижуючої терапії. Проходила нормалізація показників крові (лейкоцити, гемоглобін, креатинін). В БАК засівах із ран відмічалось підвищення чутливості до широкого спектру антибактеріальних препаратів. Середній л/день хворих основної групи був у 1,4 раза меншим, порівняно з контрольною групою.

Висновки. 1. Використання струму низької інтенсивності без зовнішніх джерел в комплексній терапії хворих з діабетичною ступнею дозволяє покращити клінічний перебіг і зменшити число і тяжкість ускладнень.

2. В основі стимуляції репаративних процесів у рані лежить викид біологічно-активних речовин структурами головного мозку під дією струму низької інтенсивності без зовнішніх джерел, що сприяє виходу хворих із стресового стану, покращенню мікроциркуляції та підвищенню адаптаційних можливостей організму.

Отримані результати у хворих з діабетичною ступнею свідчать про актуальність подальшого вивчення механізму дії струму низької інтенсивності без зовнішніх джерел та широкого впровадження способу в практику лікувальних закладів.

ПОЛІПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ СКАЛЬПОВАНИХ ТА КОМБІНОВАНИХ ПОШКОДЖЕНЬ КІНЦІВОК

Супрун О.С., Григор'єва Т.Г., Олійник Г.А

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра комбустиології, реконструктивної та пластичної хірургії, м. Харків, Україна

Травматичне ушкодження кінцівок займають значне місце у структурі захворювань населення. По даним різних авторів 51,2% скальпованих і комбінованих ушкоджень кінцівок припадає на категорію найбільш працездатноговіку населення і супроводжуються високою часткою розвитку ускладнень (від 26,1% до 54,7%). Відновлення цілісності анатомічних структур ушкоджених кінцівок є актуальною медико-соціальною проблемою та одним із основних завдань хірургічного лікування хворих.

Ціль. Поліпшення результатів лікування хворих з відкритими скальпованими та комбінованими ушкодженнями кінцівок.



Матеріали і методи. На базі КЗОЗ «Харківської міської клінічної лікарні ШНМД ім. проф. А.І. Мещанінова» нами проведено аналіз лікування 134 хворих віком від 18 до 80 років зі скальпованими та комбінованими раньовими дефектами верхніх та нижніх кінцівок за період з 2009 по 2016 р., які були поділені на дві групи – групу дослідження та групу порівняння. У групу порівняння увійшли 94 хворих. З них, з ушкодженням верхніх кінцівок 24 осіб (26%) з переважним ушкодженням кісті (19 осіб), з ушкодженням нижніх кінцівок 70 осіб (74%) з переважним ушкодженням гомілки (47 осіб), жіночої статі 62 (66%), чоловічої статі 32 (34%). У групі порівняння використовували традиційні методи лікування та визначення життєздатності тканин: візуальна оцінка життєздатності тканин, ПХО рани, реплантація скальпованих клаптів, на попереднє місце, аутодермопластика. У групу дослідження увійшли 40 хворих від 18 до 80 років зі скальпованими та комбінованими раньовими дефектами кінцівок пролікованих по запропонованій нами методиці. З них, з ушкодженням верхніх кінцівок 24 осіб (60%) з переважним ушкодженням кісті (16 осіб), з ушкодженням нижніх кінцівок 16 осіб (40%) з переважним ушкодженням гомілки (13 осіб), жіночої статі 28 (70%), чоловічої статі 12 (30%). Строки госпіталізації хворих становили від 20 хв. до 7 дб. Запропонована нами методика полягала у ранньому визначенні життєздатності пошкоджених тканин за допомогою вимірювання імпедансу тканин на різних частотах змінного струму спеціальним біполярним електродом (відправлена заявка на корисну модель), модифікованої проби Більрота із дослідженням

морфофункційного стану еритроцитів, як клаптя, прилеглих тканин, так і його ложа; радикальному ПХО рани з метою визначення об'єму ушкодження, тяжкості травми та тактики подальшого оперативного лікування; виконання одного із видів хірургічного лікування («індійської», «італійської», вільної аутодермопластики, обробки клаптя по Красовітову, гострої дерматензії); активна судинна терапія з урахуванням маси тіла хворого; післяопераційна дозована гіпотермія, антибактеріальна терапія. Усім хворим проводились загальноклінічні методи дослідження.

Результати. При оцінці результатів дослідження особливу увагу приділяли ускладненням, а саме виживаємості клаптів, кількості оперативних втручань на одного хворого, та середньому ліжку-дню. Так, при аналізі групи порівняння відмічалися ускладнення (некроз реплантованих клаптів, крайовий некроз, повне відторгнення трансплантатів) у 65% випадків. Середній ліжка-день у групі порівняння 37 ліжка-днів, а кількість оперативних втручань на одного хворого складала 2,7 втручань. У групі дослідження відсоток ускладнень склав 35%, середній ліжка-день у групі порівняння 26 ліжка-днів, а кількість оперативних втручань на одного хворого складала 1,8 втручань.

Висновки. Таким чином, запропонований нами комплекс дозволив значно поліпшити результати хірургічного лікування постраждалих зі скальпованими та комбінованими ушкодженнями кінцівок, зменшити частоту післяопераційних ускладнень, скоротити кількість оперативних втручань та середній ліжка-день.

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ

СЕМІНАР «GPP. РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В СУСПІЛЬСТВІ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-13:00

Організатори: ТОВ «Стандарти Технології Розвиток», ГО «Всеукраїнська фармацевтична палата»

ПРОГРАМА

Тема: Історичний екскурс, передумови виникнення GPP – Належної Аптечної Практики

Тема: Огляд діючого законодавства та необхідність внесення змін

Тема: Фармацевтичне самоврядування

Тема: Роль фармацевтичного працівника в системі охорони здоров'я та визначення сфери його відповідальності в контексті GPP

Тема: Високі кваліфікаційні вимоги до фармацевтичних працівників – запорака безпеки пацієнта

Доповідач: Клімов Олег Іванович, Голова правління громадської організації «Всеукраїнська фармацевтична палата», організаційний член Міжнародної фармацевтичної федерації (International Pharmaceutical Federation – FIP), академік Української технологічної академії, провізор вищої кваліфікаційної категорії за спеціальністю «Організація і управління фармацією»

СЕМІНАР «АКТУАЛЬНІ РОЗРОБКИ ДУ «ІНСТИТУТ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ТОКСИКОЛОГІЇ НАМНУ», ЩО ПРОПОНУЮТЬСЯ ДО ВИРОБНИЦТВА ТА КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-16:00

Організатор: ДУ «Інститут фармакології і токсикології НАМН України»

ПРОГРАМА

Тема: Сучасні аспекти методології доекспериментального пошуку інноваційних лікарських засобів

Доповідач: д.х.н. Бобкова Л.С.

Тема: Роль грибів у патології людини. Чи потрібні Україні нові антифунгальні засоби

Доповідач: д.м.н. Вринчану Н.О., м.н.с. Дронова М.Л.

Тема: Роль хелатів металів у створенні лікарських засобів

Доповідач: к.х.н. Коначович Н.Ф., д.х.н. Григор'єва Г.С.

МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ

КОНФЕРЕНЦІЯ ПОЛЬСЬКОГО МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ «POLISH MEDICAL CENTRE: НАПРЯМКИ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»

19 квітня 2016 року • Час проведення: 16-30 18-30

Організатори: Польська Туристична Організація, Компанія LMT

КОНФЕРЕНЦІЯ «МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»

20 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-16:00

Організатор: Компанія LMT
Співорганізатори: ГО «Асоціація Лікарів Медичного Туризму», Журнал DoctorGEO & DoctorSPA

ПРОГРАМА

- Розвиток медичного туризму на прикладі країн, законодавчі аспекти
- Канали продажу, програми лояльності
- Сервіс в медичному туризмі. Підготовка кадрів у міжнародному відділі клініки, зона відповідальності медичних сервісних агентів
- Медичний туризм в Україні. Стан ринку, приклади успіху



ГЕНЕТИЧНА ТА РЕГЕНЕРАТИВА МЕДИЦИНА

СЕМІНАР «ІННОВАЦІЙНІ НАПРЯМКИ В ГЕНЕТИЧНІЙ ТА РЕГЕНЕРАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ»

21 квітня 2016 року • Час проведення: 10:00-16:40

Організатор: ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

ПРОГРАМА

Секція «Сучасний стан та перспективи розвитку регенеративної та генетичної медицини»

Тема: Регенеративна та генетична медицина: сучасний стан та перспективи розвитку

Доповідач: Бутенко Г.М., академік НАМН України, чл.кор. НАН України та РАМН, професор, д.мед.н., директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

Тема: Біоінженерія під кутом зору нейрохірургії: сьогодення і виклики майбутнього

Доповідач: Цимбалюк В.І., академік НАМН України, професор, д.мед.н., Президент НАМН України, заступник директора ДУ «Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», Завідувач кафедри нейрохірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Тема: Розробка і впровадження підходів до персоналізованого лікування соціально значущих захворювань з урахуванням фармакогенетичних маркерів

Доповідач: Горovenko Н.Г., чл.кор. НАМН України, професор, д.мед.н., завідувач кафедри медичної генетики НМАПО ім. П.Л. Шупика

Тема: Перспективи застосування генної та стовбурових клітин при цукровому діабеті

Доповідачі: Тронько М.Д., академік НАМН України, професор, д.мед.н., директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», Кордюм В.А., академік НАМН України, чл.кор. НАН України, професор, д.б.н., Інститут молекулярної біології та генетики НАН України

Секція «Регенерація центральної та периферійної нервової системи»

Тема: Методи регенеративної медицини у лікуванні ушкоджень периферичної нервової системи

Доповідач: Чайковський Ю.Б., чл.-кор. НАМН України, професор, д.мед.н., завідувач кафедри гістології та ембріології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Головний науковий співробітник відділу клітинних та тканинних технологій ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

Тема: Вплив імплантації фрагментів гідрогелю NeurogelTM сумісно з клітинними елементами культури нейральних стовбурових клітин на відновлення функцій спинного мозку в експерименті

Доповідач: Медведєв В.В., к.мед.н., доцент кафедри нейрохірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, ДУ «Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Секція «Досвід розробки, проведення клінічних іспитів та застосування клітинних та тканино-інженерних продуктів в Україні»

Тема: Застосування методів регенеративної медицини в лікуванні ушкоджень і захворювань опорно-рухового апарату

Доповідач: Оксимець В.М., д.мед.н., ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України», Медична компанія іlaya®

Тема: Клітинні технології в комбустіології

Доповідач: Козинець Г.П., головний комбустіолог України, професор, д.мед.н., завідувач кафедри комбустіології та пластичної хірургії НМАПО ім. П. Л. Шупика м. Київ, Україна

Тема: Молекулярно-генетичні критерії прогнозування перебігу захворювання й ефективності терапії із застосуванням трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин у хворих на хронічні лімфопрліферативні неоплазії

Доповідач: Мінченко Ж.Н., професор, д.б.н., завідувач лабораторії імуногенетики, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

Тема: Застосування регенеративних технологій в пластичній хірургії та естетичній медицині

Доповідач: Цепколенко В.О., д.мед.н., професор кафедри дерматовенерології НМАПО ім. П. Л. Шупика, Генеральний директор Українського інституту пластичної хірургії та естетичної медицини «Віртус», м. Одеса

Тема: Методика пролотерапії в травматології та ортопедії: історія, сьогодення,

перспективи

Доповідач: Голюк Є.Л., к.мед.н., керівник Науково-практичного центра тканинної та клітинної терапії, ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Тема: Вплив трансплантації мононуклеарних стовбурових клітин пуповинної крові на імунну відповідь у хворих з вираженою серцевою недостатністю

Доповідач: Стасенко А.А., д.б.н., завідувач лабораторії імунології, ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України»

Тема: Результати лікування та клінічні приклади фізіологічного регенеративного лікування неврологічних та соматичних захворювань

Доповідач: Палінська В.І., Міжнародний лікувально-оздоровчо-навчальний центр «Вікторія», м. Львів, Україна

Секція «Біосумісні матеріали для регенеративної медицини»

Тема: Особливості використання біоактивної кераміки у медицині

Доповідач: Ульянич Н.В., Інститут проблем матеріалознавства ім. І.М. Францевича НАН України

Тема: Біоматеріали на основі хітозану для медицини і тканинної інженерії

Доповідач: Калінкевич О.М., к.ф.-м.н., Інститут прикладної фізики НАН України м. Суми

Секція «Експериментальні розробки нових методів регенеративної медицини»

Тема: Отримання культури нейробластоподібних клітин з наднирників неонатальних тварин

Доповідач: Божок Г.А., д.б.н., Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України м. Харків

Тема: Терапевтичний потенціал безклітинних біорегуляторів стовбурових та прогеніторних клітин при загоєнні опіків у щурів

Доповідач: Черкашина Д.В., к.б.н., Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України м. Харків, Україна

Тема: Використання агрегатів нейральних клітин для лікування пошкоджень спинного мозку у щурів

Доповідач: Сукач О.М., д.б.н., Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України м. Харків

ОТРИМАННЯ КУЛЬТУРИ НЕЙРОБЛАСТОПОДІБНИХ КЛІТИН З НАДНИРНИКІВ НЕОНАТАЛЬНИХ ТВАРИН

Плаксіна К.М., Сидоренко О.С., Божок Г.А.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків, Україна

Раніше нами була встановлена можливість отримання в первинній культурі наднирників неонатальних свиней нейробластоподібних клітин. Вони диференціювалися з клітинних сфероїдів (цитосфер), які формувалися на моношарі фібробластоподібних клітин.

Мета. Отримання культури нейробластоподібних клітин без контамінуючих клітинних популяцій.

Матеріали і методи. Клітини отримували з наднирників ферментативним методом, культивували при 37°C та 5%CO₂ в середовищі DMEM/F12 з 10% фетальної телячої сироватки на низькоадгезивній поверхні. На 4, 7, 11, 14, 18, 21 добу цитосфери переносили на адгезивну поверхню. Експресію βIII-тубуліну визначали методом імуноцитохімії, використовували первинні моноклональні анти-βIII-тубулін антитіла миші (1:200) та вторинні поліклональні HiLate Fluor 488-кон'юговані антитіла (1:400).

Результати та обговорення. В низькоадгезивних умовах флотною цитосфери діаметром близько 400 μm утворювалися на 2-3 добу.

При перенесенні цитосфер на 4, 7 та 11 добу культивування вони прикріплювались. Фібробласто- та нейробластоподібні клітини, які виселялися з цитосфер, формували моношар. При перенесенні цитосфер на 4 добу конфлюентність моношару складала 51%, на 7-42%, на 11-1,3%.

При перенесенні цитосфер на 14, 18, 21 добу теж спостерігалось їх прикріплення, але моношар з фібробластоподібних клітин не формувався. При перенесенні цитосфер на 14 добу з них активно виселялись нейробластоподібні клітини. Їх фенотипова приналежність до нервових клітин підтвердилася шляхом забарвлення βIII-тубуліну. З 18 доби активність виселення цих клітин зменшувалась, а на 21 добу вони були відсутні.

Висновки. Культивування цитосфер в умовах низької адгезії протягом 14 дб дає можливість отримання «чистої» культури нейробластоподібних клітин за рахунок елімінації фібробластоподібних клітин.



ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ БЕЗКЛІТИННИХ БІОРЕГУЛЯТОРІВ СТОВБУРОВИХ ТА ПРОГЕНІТОРНИХ КЛІТИН ПРИ ЗАГОЄННІ ОПІКІВ У ЩУРІВ

Черкашина Д.В., Ревенко О.Б., Рогульська О.Ю., Петренко О.Ю.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків, Україна

Мета. Вивчити вплив біорегуляторів стовбурових та прогеніторних клітин (БСПК) у складі кондиційних середовищ (КС), отриманих при культивуванні мезенхімальних стромальних клітин дерми людини, на загоєння опіку у щурів.

Матеріали і методи. Біоптати шкіри людини отримували після письмової згоди проінформованих донорів. Стромальні клітини виділяли та культивували за стандартних умов. КС отримували шляхом заміни на 5-7 пасажі культивування живильного середовища на мінімальне, яке збирали через добу та концентрували. БСПК у дозі 25 або 100мкг білка/г змішували із носієм – гіалуруновою кислотою («Юрія-Фарм», Україна). Глибокий опік у щурів формували за стандартним методом із використанням мідної пластинки (2,5-2,5см, 200°C, 10с). БСПК, носій або «Пантестин-Дарниця» («Дарниця», Україна) наносили через добу після опіку.

Результати та обговорення. «Пантестин-Дарниця» або носій майже не впливали на швидкість зменшення площі опіку, частково гальмували запальні процеси та прискорювали грануляцію та епітелізацію, але не сприяли повноцінному загоєнню на 28-у добу експерименту. БСПК у дозі 100 мкг/г носія не прискорювали загоєння, а навпаки стимулювали запальні та уповільнювали репаративні процеси. Нанесення на рановий дефект 25 мкг БСПК/г носія викликало протилежну реакцію: швидше зменшувалась площа рани та пригнічувалась запальна реакція, що супроводжувалось раннім переходом до процесів проліферації та репарації, сприяючи повноцінному загоєнню рани вже на 21-у добу спостережень.

Висновки. Використання БСПК у складі КС є перспективним підходом для корекції пошкоджень шкіри, однак існує необхідність ретельного вибору оптимальної дози, що може коливатися у залежності від етіології дефекту та фази процесу загоєння.

ВИДІЛЕННЯ І КУЛЬТИВУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНИХ ПРОГЕНІТОРНИХ КЛІТИН З ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ

Васильєв Р.В.^{1,2}, Губар О.С.³, Родніченко А.^{1,2}, Злацька А.В.^{1,2}, Новікова С.М.¹, Зубов Д.О.^{1,2}

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», Київ, Україна

²Біотехнологічна лабораторія іlaya.regeneration, Медична компанія іlaya®, Київ, Україна

³Інститут молекулярної біології і генетики НАН України, Київ, Україна

Одним з найактуальніших завдань регенеративної медицини є створення живих васкуляризованих еквівалентів тканин та органів та лікування ішемічних станів. Ключовим типом клітин для вирішення цих проблем є ендотеліальні клітини.

Мета. Отримати аутологічні культури ендотеліальних прогеніторних клітин (ЕПК) з периферичної крові людини з метою їх подальшого включення до складу тканино-інженерного еквіваленту кістки.

Матеріали і методи. Первинну культуру ЕПК отримували шляхом засіву цільної крові на культуральні флакони, вкриті колагеном, у середовищі EGM-2 (Lonza). Альтернативно, мононуклеари виділяли з цільної крові центрифугуванням у градієнті Ficoll. Тричі відмивали фосфатно-сольовим буфером та засівали за таких же умов. Останній метод давав більшу кількість колоній. Середовище змінювали на 5 добу культивування. Отримані колонії пересівали по досягненні ними розміру >200 клітин. Клітини знімали 0,01 % трипсином в розчині Версену. Культивування проводилось до 3 пасажу. Фенотип кожної культури ЕПК визначали на третьому пасажі методом проточної цитофлуориметрії. Каріотип клітин визначали стандартним методом GTG-banding.

Результати та обговорення. Терапевтичну дозу (10-40 × 10⁶ клітин) отримували на 3-му пасажі. Клітини від усіх донорів мали нормальний каріотип та наступний імунофенотип: CD31⁺CD49f⁺CD73⁺CD105⁺CD146⁺CD166⁺CD45⁻CD90⁺HLA-DR⁻. Від 15 до 50% клітин були CD34⁺. Для перевірки функціональних властивостей отримані ЕПК культивували в тривимірній культурі у Matrigel. Клітини показали здатність до утворення капілярноподібних структур за умов тривимірної культивування. Отримані терапевтичні дози аутологічних ЕПК було використано при виготовленні тканино-інженерних еквівалентів кістки.

Висновки. Було розроблено метод отримання чистої культури ЕПК та підібрані умови їх експансії in vitro. Завдяки своїй здатності утворювати кровеносні судини, ЕПК надзвичайно перспективні для лікування ішемічних станів та створення тканино-інженерних конструкцій.

МЕТОДИКА ПРОЛОТЕРАПІЇ В ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ: ІСТОРІЯ, СЬОГОДЕННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ

Голюк Є.Л.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Встановити актуальність застосування методики пролотерапії у лікуванні пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю з урахуванням історичного аспекту та сучасного стану питання.

Матеріали та методи. Аналіз інформаційних джерел, що стосуються застосування пролотерапії в лікуванні захворювань опорно-рухового апарату на різних етапах її розвитку.

Результати та обговорення. За визначенням у Вікіпедії пролотерапія відноситься до альтернативної медицини та включає методики ін'єкційного застосування пролотерапії в лікуванні захворювань опорно-рухового апарату на різних етапах її розвитку. За останні роки при вивченні позитивних ефектів пролотерапії та встановленні їх взаємозв'язку з впливом факторів росту, методика стала розглядатися як інноваційний напрямок регенеративної медицини. Метод вперше згаданий у літературі ще в 1930 році доктором Earl Gedney, який застосував розчин декстрази для лікування вертеброгенного болю, задовго до появи терміну «регенеративна медицина». В 1990 році для пролотерапії вперше було застосовано збагачену тромбоцитами плазму. Громіздка апаратура дозволяла застосування препарату лише в умовах операційної, але, починаючи з 2000 року, стали доступними центрифуги для застосування і в амбулаторних умовах. В 2003 році Murphy зі співавторами повідомили про покращення регенерації медіального меніску та хрща на тваринній моделі при введенні аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин. Спочатку застосовувалися клітини, виділені з аспірату кісткового мозку, а згодом – жирової тканини. Сьогодні в арсеналі ортопедів-травматологів з'являється все більше препаратів для пролотерапії, але механізми дії їх та результати застосування, як і раніше, потребують вивчення та оцінки.

Висновки. Застосування пролотерапії в травматології та ортопедії відоме ще з початку 20-го століття та є ефективним методом, заснованим на принципах регенеративної медицини, але в той же час аналіз механізму дії методу та результатів лікування потребує застосування доказової медицини.

БІОМАТЕРІАЛИ НА ОСНОВІ ХІТОЗАНУ ДЛЯ МЕДИЦИНИ І ТКАНИННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ

Калінкевич О.В.¹, Калінкевич О.М.¹, Данильченко С.М.¹, Погорєлов М.В.²

¹Інститут прикладної фізики НАН України, м. Суми, Україна

²Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми, Україна

Мета. Створити низку новітніх біоматеріалів на основі біополімеру хітозану та хітозан-неорганічних композитів для біомедичного застосування у якості імплантатів та скаффолдів для культивування клітин.

Матеріали і методи. У нашій роботі для формування скаффолдів був використаний хітозан з молекулярною масою 200 кДа, СД 82% і 500кДа, СД 80,5% (ВAT «Біопрогресс»), CaCl₂, Na₂PO₄, NaOH, CH₃COOH, C₂H₅OH, гліцерин.

Результати та обговорення. Важливим параметром скаффолдів є пориста структура. Ми застосували для формування пор методи ліофілізації, золь-гель методику і формування мультимембранних гідрогелів. Були отримані наступні варіанти матеріалів: хітозанова губка, хітозанові намиста, хітозан армований нанокристалічним гідроксиапатитом і мультимембранний гідрогель. Всі вони (крім гідрогелів) характеризуються наявністю великої кількості пов'язаних між собою пор, що сприяє заселенню клітинами. Введення до складу скаффолда біогенного мінералу гідроксиапатиту підвищило біосумісність і покращило пористість. Використання золь-гель методикою дає можливість уникнути енерговитратної стадії ліофілізації, при цьому функціональні властивості скаффолдів зберігаються. Міжмембранний простір мультимембранного гідрогелю достатній для заселення клітинами. Мультимембранна структура також може бути використана для одночасної доставки в уражений орган кількох несумісних інгредієнтів. Дослідження in vivo продемонстрували біосумісність отриманих матеріалів. Попередні дослідження свідчать про високий потенціал використання створених матеріалів на основі хітозану як гемостатиків.

Висновки. Отримана низка перспективних біоматеріалів на основі хітозану та хітозан-неорганічних композитів.



МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КУЛЬТИВОВАНИХ КЛІТИН, ВИДІЛЕНИХ З НІГТЬОВОГО ОРГАНУ МИШИ

Калмикова О.О.^{1,2}, Устименко А.М.¹, Луценко Т.М.¹, Кирик В.М.¹

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

²ННЦ «Інститут біології» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

Мета. Встановити морфометричні та фенотипічні характеристики культивованих клітин, виділених з нігтьового органу миші.

Матеріали і методи. Культура клітин отримана з області проксимальної нігтьової складки, нігтьового матриксу та оніходермісу мишей лінії FVB. Клітини вирощували на поживному середовищі DMEM із 15% ембріональної бичачої сироватки. Культуру фіксували та фарбували барвником Май-Грюнвальда для морфометричного аналізу, а також моноклональними антитілами проти CD31, CD34, CD44, CD45, CD90, CD117 для аналізу методом проточної цитометрії.

Результати та обговорення. У культурі клітини з нігтьового органу мишей мали переважно веретеноподібну форму з біполярно розташованими відростками, проте зустрічалися добре розпластані клітини полігональної форми без відростків, а також кулясті малопрікріплені клітини. Ядерця у всіх клітин були яскраво виражені, їх кількість становила від 1 до 6 на ядро, в навколоядерному просторі спостерігали еозинофільну зернистість, що свідчить про їх високу функціональну активність. Популяція клітин мала низьке ядерно-цитоплазматичне співвідношення (0,065±0,003) за рахунок збільшеної площі клітини (5949±595 мкм²), оскільки площа ядра була в стандартних межах (239±14 мкм²). На 2-3-му пасажах культури встановлено високий рівень експресії маркера CD90 (>95%) при відсутності експресії CD31, CD34, CD44, CD45, CD117 (<0,5%).

Висновки. За даними морфологічного опису отримана популяція клітин з нігтьового органу мишей є неоднорідною, клітини мають високу синтетичну активність та низьке ядерно-цитоплазматичне співвідношення. За експресією поверхневих маркерів на ранніх пасажах культура проявляє фенотип, не типовий для мезенхімального або гемопоетичного.

ПРАВОВА ОХОРОНА РОЗРОБОК У ГАЛУЗІ РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ, ЗОКРЕМА, ТЕХНОЛОГІЇ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ

Крохін Т.І., Чеботарьов М.Д., Новікова С.М.

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначення перспективного напрямку в розвитку технологій клітинної терапії. Авторами проаналізовані об'єкти права промислової власності – винаходи та корисні моделі, які отримані в Україні за 2008-2015 рр.

Результати та обговорення. За обумовлений період відібрано – 96 патентів. Винаходи та корисні моделі розподілені: способи отримання та виділення СК з різних тканин – 16; способи культивування клітин –7; кріоконсервування –10; способи та сполуки стимуляції диференціювання, збагачення клітин –13; композиції і способи підвищення біосумісності клітин при трансплантації з організмом реципієнта –4; способи та засоби лікування захворювань із використанням СК – 46. Серед відібраних патентів 19 – способи і засоби лікування захворювань на моделях експериментальних тварин. 12 патентів – способи лікування захворювань СК отриманих із матеріалу ембріофетального походження. Це лікування хворих з м'язовою дистрофією Дюшена, хронічною серцевою недостатністю, аутизмом, хронічним вірусним гепатитом С, артеріальною гіпертензією, розсіяним і аміотрофічним склерозом, цукровим діабетом, гнійно-запальними захворюваннями, трофічними виразками чи ранами при діабетичній стопі, хворобою Паркінсона. 6 патентів – способи лікування хворих з використанням аутологічних СК, а саме, кісткового мозку і лімфу та один з СК пуповини. Іноземні заявники з Великобританії, США, Індії, Польщі перевагу в патентуванні винаходів в Україні (відібрано – 8 патентів) надають засобам (композиціям) СК, які виділені із плаценти, жирової тканини, пуповини з переліком широкого спектру захворювань; інгібіторам, стимуляторам проліферації та диференціації.

Висновки. Основаю клітинної терапії є МСК з найдоступніших тканин – плаценти, пуповини, похідні яких складають основу всіх органів та тканин людського організму.

ЦИТОКІНИ ТА ГОРМОНИ ЯК ФАКТОРИ АКТИВАЦІЇ НЕЙРОГЕНЕЗУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Лабунець І.Ф.¹, Мельник Н.О.¹, Родніченко А.Є.¹, Васильєв Р.Г.¹, Римар С.Ю.¹, Утко Н.О.¹, Кузьміна І.А.¹, Коп'як Б.С.², Под'яченко О.В.¹, Сагач В.Ф.², Бутенко Г.М.¹

¹ ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

² Інститут фізіології ім. О.О.Богомольця НАН України, м. Київ, Україна

Мета. Оцінити нейропротекторний вплив мелатоніну і рекомбінантного лейкоїма інгібіторного фактору (LIF) людини на експериментальних моделях нейродегенеративних захворювань.

Матеріали і методи. Розсіяний склероз моделювали на дослих мишах лінії 129/Sv введенням з їжею нейротоксину купризон (щоденно, 3 тижні). Група дослідних мишей, починаючи з7-ої доби отримувала внутрішньоочеревинно по 1 мкг LIF (14 ін'єкцій). Проводили морфометричний аналіз структурних змін нейронів головного і спинного мозку. Дорослим щурам стереотаксично вводили у головний мозок нейротоксин 6-гідроксидофамін (модель геміпаркінсонізму). Після апоморфінового тесту частина тварин із руховою асиметрією отримувала внутрішньоочеревинно щоденно о 18.00 мелатонін по 2,5 мг (18 ін'єкцій). Визначали вміст антиоксидантних ферментів у стріатумі, тимуліну у сироватці крові, частку nestin⁺-клітин у культурі нюхової цибулини. В тесті відкритого поля оцінювали поведінкові реакції.

Результати та їх обговорення. Введення мишам LIF одночасно із купризонем зменшує відсоток патологічно змінених нейронів у корі, мозочку і спинному мозку та сприяє активації синтетичних процесів у нейронах; підвищує знижену рухову і емоційну активність тварин. Ефект LIF зберігається і через 2 міс. Введення мелатоніну щурам із геміпаркінсонізмом підвищує нижній вміст антиоксидантних ферментів у стріатумі, тимуліну в крові, частку nestin⁺-клітин у культурі нюхової цибулини, рухову активність тварин.

Висновки. Результати можуть бути підґрунтям при розробці нових біотехнологічних підходів до терапії нейродегенеративних захворювань.

ВПЛИВ ІМПЛАНТАЦІЇ ФРАГМЕНТІВ ГІДРОГЕЛЮ NEUROGEL™ СУМІСНО З КЛІТИННИМИ ЕЛЕМЕНТАМИ КУЛЬТУРИ НЕЙРАЛЬНИХ СТОББУРОВИХ КЛІТИН НА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ СПИННОГО МОЗКУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Медведєв В.В.^{1,4}, Рибачук О.А.^{1,2}, Кротов В.В.¹, Нестеренко Д.Г.^{1,2}, Савицька Н.О.¹, Лазаренко Ю.А.¹, Войтенко Н.В.¹, Цимбалюк В.І.^{3,4}

¹Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

³ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

⁴Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити ефективність сумісної імплантації фрагментів гідрогелю NeuroGel™ з ксеногенними клітинними елементами культури нейральних стовбурових клітин (НСК) на відновлення функції спинного мозку щурів.

Матеріали і методи. Джерело стовбурових клітин – фетальнийгіпокамп (E-17) миші лінії FVB-Cg-Tg(GFPU)5Nagy/J (GFP-позитивні). Кокультивування з гідрогелем – протягом 10 діб. Передопераційна оцінка імплантанта – імуноцитохімічна верифікація та типування GFP-позитивних клітин. Експериментальні тварини – зрілі щури-самці (Wistar), маса – 200 г, вік – 5,5 міс, група «нейрогель» (n=20), «НСК» (імплантація гідрогелю, сумісно з культурою НСК; n=20). Модель – перетин половини поперечника спинного мозку у нижньогрудному рівні (T₁). Оцінка рухової сфери – шкала Basso-Beattie-Bresnahan (BBB), рівень спастичності – шкала Ashworth.

Результати та їх обговорення. Імплантація фрагментів NeuroGel™, навантажених клітинними елементами культури нейрогенних стовбурових клітин призводить до суттєвого збільшення результативності відновного процесу (8,4±0,9 проти 12,4±0,8 балів BBB; p<0,01, 20-й тиждень спостереження) до рівня крокової локомоції з підтриманням маси тіла паретичною кінцівкою протягом більшої частини локомоторної траєкторії. Прогрес функціонального показника супроводжувався достовірним зниженням рівня спастичності від 1,8±0,2 (група «нейрогель») до 1,1±0,1 (група НСК) балів Ashworth.

Висновок. Імплантація NeuroGel™ в комплексі з ксеногенними клітинними елементами культури НСК суттєво покращує ефективність використання вказаного матриксу при відновному лікуванні травми спинного мозку в експерименті.



ПОТЕНЦІЮВАННЯ ІНДУКЦІЇ ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОББУРОВИХ КЛІТИН ТИМУСУ ПО ОСТЕОГЕННОМУ НАПРЯМКУ

Нікольська В.В., Демченко Д.Л.

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

Контактна взаємодія мультипотентних стромальних клітин (МСК) та гемопоетичних стовбурових клітин (ГСК) впливає на зміни властивостей останніх. Виникає питання, чи має цей вплив взаємонаправлений характер.

Мета. Вивчити вплив контактної взаємодії тимоцитів і клітин кісткового мозку на остеогенне та адипогенне диференціювання МСК тимуса.

Матеріали і методи. МСК отримували з тимуса мишей лінії C57BL методом експлантатів. На відміну від контролю, МСК тимуса перебували добу в контакті з тимоцитами або клітинами кісткового мозку (ККМ), після чого культивувались ще 10 діб у звичайному або диференціювальних середовищах. Ефективність диференціювання оцінювали вимірюючи оптичну щільність екстрагованих алізаринового червоного та масляного червоного.

Результати та їх обговорення. У остеогенному та адипогенному середовищах МСКт ефективно диференціювалися: оптична густина відповідно 0,344±0,013 проти 0,022±0,003 і 0,315±0,013 проти 0,196±0,003; p<0,05. Попередній контакт МСК з тимоцитами забезпечував потенціювання індукції остеогенного диференціювання клітин (0,391±0,019 проти 0,344±0,013; p<0,05), не впливаючи на адипогенний напрямок. Контакт МСКт з ККМ не впливав на інтенсивність їх диференціювання. Отже потенціюючий ефект має лише контактна взаємодія МСК з тимоцитами, що корелює з інтенсивністю формування фібробластолімфоцитарних асоціацій.

Висновки. Отримані результати свідчать, що при взаємодії «МСК – гемопоетичні клітини», вплив може поширюватися і в напрямку від гемопоетичних клітин до МСК, що може мати значення у фізіології та патології імунної системи, особливо при розвитку фібротичних процесів аутоімунної природи.

ПРИСКОРЕННЯ РЕГЕНЕРАЦІЇ УРАЖЕНОЇ ЦИКЛОФОСФАНОМ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ КОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОББУРОВИХ ТА МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН ТИМУСУ

Нікольська В.В., Демченко Д.Л.

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Дослідити вплив котрансплантації мезенхімальних стромальних клітин (МСК) і гемопоетичних стовбурових клітин (ГСК) на особливості відновлення імунної системи при циклофосфановому гемоімунодефіциті.

Матеріали і методи. Досліди проведені на мишах лінії C57BL, яким вводили внутрішньочеревно ЦФ (200 мг/кг) і через 2 години в/в клітини кісткового мозку (ККМ) (10⁶) або МСКт (5×10⁴) та ці клітини одночасно, але в різні ретроорбітальні синуси. Визначали показники крові, тимусу, селезінки, кісткового мозку, фагоцитоз перитонеальних макрофагів, природну цитотоксичну активність, антитілоутворення, реакцію гіперчутливості сповільненого типу. Клітинний цикл та апоптоз визначали методом проточної цитофлуориметрії.

Результати та їх обговорення. Всі типи трансплантованих клітин істотно впливають на регенерацію імунної та кровотворної систем. Клітини проявляють властиву їм дію, яка характеризується певним спектром змін в імунній та кровотворній системах. Характерною дією ККМ можна вважати позитивний вплив на регенерацію червоної крові. МСКт мають виражений позитивний вплив на поглинальну активність макрофагів, бактеріцидність в НСТ-тесті, РБТЛ, природну цитотоксичність і формування АУК. Дія котрансплантації ККМ і МСКт складається ніби з чотирьох частин:стимуляції червоної крові (як при дії ККМ), пригнічення активності РБТЛ,нормалізації рівня антитілоутворення (як при дії МСКт) і стимуляції формування ГСТ, що є рисою, притаманною саме котрансплантації.

Висновки. Вплив котрансплантації ККМ і МСКт не є простою сумациєю дії клітин, а набуває особливостей, притаманних окремим клітинам, а також характеризується появою нових якостей і обумовлений, мабуть, розвитком складних кооперативних процесів у регенеруючому організмі. Сильний, часто вирішальний, вплив на активність клітин надає контактна взаємодія ККМ і МСКт.

РОЗВИТОК АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ПОВТОРЮВАЛЬНИХ СТРЕСОВИХ СТИМУЛАХ

Нікольський І.С., Семенова Я-М.О.

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Дослідити особливості дії помірних повторювальних стресових реакцій на імунну систему мишей.

Матеріали і методи. Визначали показники крові, тимусу, селезінки, кісткового мозку, фагоцитоз перитонеальними макрофагами, природну цитотоксичну активність, антитілоутворення, реакцію гіперчутливості сповільненого типу. Клітинний цикл та апоптоз визначали методом проточної цитофлуориметрії пофарбованих пролідія йодидом клітин.

Результати та їх обговорення. Для відтворення гострих стресових реакцій мишей витримували при +5°C протягом 15 хвилин. Для отримання повторювальних стресів гострий стрес відтворювали чотири рази щодобово. Вплив обох видів стресових реакцій в першу чергу проявлявся загальною токсичністю за суттєвим зниженням маси тіла. При обох видах стресових реакцій, зменшувались тимусні і селезінкові показники, причому значно вираженіше при гострому стресі; також в цьому разі спостерігалось значуще зменшення кількості лімфоцитів в S-фазі і виражена тромбоцитарна реакція. Таким чином, сумачі стресових сигналів при повторювальних стресах не відбувалось. Напроти, зміни в імунній системі при гострому стресі були більшими, ніж при повторювальному. Тому виражені зміни в імунній системі, які відбуваються при одноразовому подразненні, не дозволяють їх віднести до наслідків вихідного режиму тренування; скоріше, це є реакція активації. Але випробуваний алгоритм відтворення повторювальних реакцій в цілому по ефекту можна прирівняти до режиму тренування з поступовим розвитком адаптаційних механізмів.

Висновки. Можна вважати, що подібно до класичної реакції тренування гострий холододовий повторювальний стрес помірної сили або реакція активації може формувати процес адаптаційної перебудови організму.

ВІДМІНА ПОСТЦИКЛОФОСФАНОВОЇ КІСТКОМОЗКОВОЇ МОБІЛІЗАЦІЇ ВІДТВОРЕННЯМ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ

Нікольський І.С., Семенова Я-М.О., Тарануха Л.І., Галицька С.М., Трубецька Н.А.

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

Вплив стресових реакцій на постциклофосфанову регенерацію і кісткомозковою мобілізацію потребує вивчення.

Мета. Дослідити особливості регенерації імунної системи з кісткомозковою мобілізацією при комбінованій дії циклофосфану (ЦФ) та відтворенні гострого або пролонгованого стресів.

Матеріали і методи. Досліди проводили на нелінійних мишах, яким вводили внутрішньочеревно ЦФ (200 мг/кг). Визначали показники крові, тимусу, селезінки, кісткового мозку, фагоцитоз перитонеальними макрофагами, цитотоксичну активність, антитілоутворення, реакцію гіперчутливості сповільненого типу. Клітинний цикл та апоптоз визначали методом проточної цитофлуориметрії пофарбованих пролідія йодидом клітин.

Результати та їх обговорення. Гострий холододовий стрес відтворювали на 7 день після введення ЦФ. Для отримання пролонгованого стресу у мишей, починаючи з 4 дня після введення ЦФ, відтворювали гострий стрес чотири рази з інтервалом у 24 години. На 12-й день після введення ЦФ відновлювалась клітинність кісткового мозку і разом з цим в периферичній крові спостерігався суттєвий лейкоцитоз (11480±1220 проти 7610±950 у контролі), гранулоцитоз, лімфоцитоз, моноцитоз і тромбоцитоз. При комбінації зі стресовими реакціями спостерігалась практично повна відміна мобілізації. При цьому, комбінація стресу і ЦФ призводила до більшого зменшення деяких показників імунної системи (антитілоутворення, клітинність тимусу та селезінки).

Висновки. Відтворення стресових реакцій в період початку відновлення кровотворення, призводить до відміни мобілізації клітин кісткового мозку.

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ НЕЙРАЛЬНИХ СТОББУРОВИХ КЛІТИН ПРИ КОКУЛЬТИВУВАННІ З NEUROGEL™

Рибачук О.А.^{1,2}, Медведєв В.В.^{1,4}, Нестеренко Д.Г.^{1,2}, Савицька Н.О.¹, Лазаренко Ю.А.¹, Войтенко Н.В.¹, Цимбалюк В.І.^{3,4}

¹Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

³ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

⁴Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити фенотипи нейральних стовбурових клітин (НСК) при кокультивуванні з гідрогелем Neurogel™.

Матеріали і методи. У стерильних умовах з гіпокампа 17-денних плодів мишей лінії FVB-Cg-Tg(GFPU)5Nagy/J, трансгенних за GFP, виділяли НСК. Кокультивували НСК з гідрогелем протягом 10 діб. Для ідентифікації НСК та можливого їх диференціювання використовували імуноцитохімічне



забарвлення антитілами до GFAP, olig-2; β -tubulin; Nestin та GFP. В подальшому обробляли сумішшю вторинних Alexa Fluor-555-, Alexa Fluor-488- та Alexa Fluor-647-кон'югованих антитіл. Аналіз імуноцитохімічного забарвлення культури НСК проводили за допомогою конфокального мікроскопа «Olympus Fluoview FV1000».

Результати та їх обговорення. Після проведення імуноцитохімічного дослідження культури НСК при кокультуванні з Neurogel™ було виявлено колокалізацію маркерів GFP/Nestin, GFP/ β -tubulin, GFP/GFAP, GFP/olig-2. Показано, що НСК в присутності даного гідрогелю диференціюються, як в нейронном, так і в гліальному напрямку. В контрольних зразках культури НСК спостерігали в основному недиференційовані клітини та незначну кількість нейронів.

Висновки. Отримані результати дослідження надають додаткову інформацію про можливе застосування імплантатів Neurogel™ сумісно з НСК для імплантації в пошкоджену ділянку спинного чи головного мозку з подальшим можливим забезпеченням умов для регенерації нервових клітин, проростання нервових волокон та відновлення пошкодженого сегмента.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН – ПОХІДНИХ НЕРВОВОГО ГРЕБЕНЯ НА МОДЕЛІ ІШЕМІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГІПОКАМПА *IN VITRO*

Рибачук О.А.^{1,2,3}, Васильєв Р.Г.^{2,3}, Нестеренко Д.Г.^{1,2}, Родніченко А.Є.^{2,3}, Савицька Н.О.¹, Лабунець І.Ф.², Новікова С.М.², Бутенко Г.М.²

¹Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ, Україна
²ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

³Біотехнологічна лабораторія *ila*уа.regeneration, Медична компанія *ila*уа, м. Київ, Україна

Постнатальні мультипотентні стовбурові клітини – похідні нервового гребня (МСК-ПНГ) здатні до диференціації у нейрони та гліальні клітини, секретують ангіогенні та нейротрофічні фактори, внаслідок чого мають перспективи щодо використання для лікування захворювань нервової системи.

Мета. Дослідити терапевтичний потенціал МСК-ПНГ на моделі ішемічного пошкодження гіпокампа *in vitro*.

Матеріали і методи. Виділення та культивування органотипових зрізів гіпокампа мишей лінії FVB; моделювання ішемічного пошкодження – короткотривала киснево-глюкозна депривація (КГД, 10хв); виділення, культивування, фенотипування та трансплантація МСК-ПНГ, отриманих від мишей FVB-GFP; імуногістохімія та конфокальна мікроскопія.

Результати та їх обговорення. Отримані з регіону bulge волосяного фолікулу вібрисів МСК-ПНГ мали характерний імунофенотип (Sox10⁺nestin⁺CD44⁺CD73⁺CD90⁺CD117⁺CD271⁺Sca-1⁺CD45⁺), та здатність до мультилінійної диференціації. На 14-у добу після КГД в зрізах гіпокампа спостерігали загибель пірамідних нейронів зони CA1 гіпокампа (відносна кількість нейронів: контрольні зрізи (n=7) — 454,0±39,3; зрізи після КГД (n=7) — 197,1±22,2) та істотну активацію гліальних клітин. Трансплантація МСК-ПНГ призводила до зменшення рівня активації гліальних клітин та до збереження кількості нейронів зони CA1 (n=23, відносна кількість нейронів на 14-у добу – 468,1±19,2). Трансплантовані на органотипові зрізи гіпокампа МСК-ПНГ зберігали свою життєздатність протягом всього періоду кокультування, розміщувалися в місцях структурного пошкодження тканини гіпокампа, проте не диференціювалися в жоден тип клітин, характерний для ЦНС.

Висновки. Результати дослідження свідчать про значний нейропротекторний ефект від трансплантації МСК-ПНГ, який може бути покладений в основу клітинної терапії ішемічних пошкоджень ЦНС. Проте для розробки та впровадження методів лікування з використанням МСК-ПНГ необхідним є проведення додаткових експериментів з вивчення механізмів їх терапевтичної дії.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КУЛЬТУРИ КЛІТИН НАДНИРНИКІВ У РЕГЕНЕРАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Сидоренко О.С., Божок Г.А., Легач Є.І.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків, Україна

Численні типи клітин наднирників здатні секретувати цілий спектр біологічних речовин, що обумовлює можливість їх використання в якості трансплантату при лікуванні як гормональної надниркової недостатності, так і нейродегенеративних патологій.

Мета. Визначити наявність клітин з різним терапевтичним потенціалом в культурі клітин наднирників новонароджених свиней на різних етапах культивування.

Матеріали і методи. Клітини отримували ферментативним методом та культивували в стандартних умовах (37°C, 5% CO₂, середовище DMEM/

F12 з 10% фетальної телячої сироватки). Рівень кортизолу визначали радіоімунологічним методом, активність β -гидрооксистероїддегідрогенази (β -ГДГ) – гістохімічним методом, забарвлення β III-тубуліну проводили імуноцитохімічним методом.

Результати та їх обговорення. На 2 добу культивування клітин вміст кортизолу в середовищі становив 8,3 нмоль/л, в подальшому він поступово підвищувався, сягаючи максимальних значень на 6 добу (28,3 нмоль/л). Надалі відбувалося зниження вмісту кортизолу до 3,4 нмоль/л на 14 добу культивування, що свідчить про зникнення гормоносекретуючих клітин з культури, або зниження їх активності. Ці результати було підтверджено при визначенні активності β III-ГДГ, що є ключовим ферментом стероїдогенезу. Відносна кількість β III-ГДГ+ клітин поступово знижувалася від 48% на момент отримання клітин до 1,8% на 18 добу культивування. Натомість, вже після 14 доби в культурі з'являлися клітини з нейроноподібною морфологією, які експресували β III-тубулін – один із маркерів клітин нейронального походження.

Висновки. На 6-7 добу культура клітин наднирників виявляє максимальну гормональну активність, а після 14 доби вона насичена нейроноподібними клітинами. Це спостереження може бути корисним при використанні культури клітин наднирників в терапевтичних цілях.

ВИКОРИСТАННЯ АГРЕГАТИВ НЕЙРАЛЬНИХ КЛІТИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ СПИННОГО МОЗКУ У ЩУРІВ

Сукач О.М., Лебединський О.С., Очешко О.В., Петренко О.Ю.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків, Україна

Мета. Вивчення впливу трансплантації кріоконсервованих нейральних клітин (НК) плодів щурів у складі агрегатів та суспензії поодиноких клітин на відновлення рухової активності задніх кінцівок щурів з експериментальним пошкодженням спинного мозку.

Матеріали та методи. НК виділяли ферментативно-механічним методом з тканин головного мозку плодів щурів 15-16 днів гестації. Багатоклітинні агрегати НК формували за умов короткострокового культивування. Кріоконсервування суспензій і агрегатів проводили під захистом 10% ДМСО. Після відігріву і видалення ДМСО НК у складі суспензій або агрегатів трансплантували щурам з моделлю травматичного пошкодження спинного мозку. Для фіксації трансплантованих НК у зоні пошкодження використовували альгінат.

Результати та їх обговорення. Отримані дані продемонстрували, що в агрегати об'єднуються життєздатні стовбурові/прогениторні і слабодиференційовані НК, стійкі до дії пошкоджуючих факторів процедур виділення та кріоконсервування.

Проведені дослідження показали, що трансплантація агрегатів НК приводить до більш ефективного відновлення рухової активності кінцівок експериментальних тварин, а також зменшує інтенсивність формування гліального шраму в області пошкодження в порівнянні з трансплантацією суспензії поодиноких НК. Ці дані вказують на важливу роль клітинного мікрооточення для ефективного виживання і функціонування трансплантованих НК.

Висновки. Кріоконсервовані агрегати нейральних клітин володіють більш високим терапевтичним потенціалом при клітинній терапії травм спинного мозку щурів у порівнянні з кріоконсервованою суспензією поодиноких нейральних клітин, покращуючи структуру формованого гліального шраму і достовірно збільшуючи швидкість відновлення рухливості задніх кінцівок через 180 діб.

ТЕХНОЛОГІЇ РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

Васильєв Р.Г.^{1,2}, Оксимець В.М.², Родніченко А.Є.^{1,2}, Губар О.С.², Злацька А.В.^{1,2}, Оксимець В.В.², Зубов Д.О.^{1,2}

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

²Медична компанія *ila*уа®, м. Київ, Україна

Сучасної альтернативою загальноприйнятому хірургічному лікуванню дефектів кістки є методи регенеративної медицини. Вони полягають в розробці та виробництві тримірного тканинно-інженерного еквіваленту кістки (3D TIEK).

Мета. Дослідити можливість відновлення кісткової тканини за допомогою 3D TIEK.

Матеріали та методи. Для виготовлення 3DTIEK використовували ОПМ у вигляді оброблених без клітинних кісткових блоків та чіпсів. ОПМ засівали аутологічними культивованими ММСК з кісткового мозку (ММСК-КМ), остеопрогеніторними клітинами періосту (ОПКП) та ендотеліальними



прогеніторними клітинами з периферичної крові (ЕПК-ПК). Дефекти кістки до 3 см відновлювали шляхом трансплантації 3D TIEK, що містив ММСК-КМ; до 7 см ММСК-КМ та ЕПК-ПК у співвідношенні 3:1; більше 7 см – ММСК-КМ, ЕПК-ПК та ОПКП у співвідношенні 3:1:1. Перше рентгенологічне дослідження здійснювали через 1,5 місяця після трансплантації 3D TIEK, наступні – кожні три місяці протягом року. У окремих випадках при демонтажі фіксуючих конструкцій була забрана біопсія з ділянки 3D TIEK (3-6 місяців після трансплантації) та проведено її патоморфологічний аналіз.

Результати та їх обговорення. З використанням 3D TIEK було проліковано 25 постраждалих (28 дефектів кістки) з осколковими та кульовими переломами, котрі тривали протягом 4-10 місяців та не були відновлені за допомогою загальноприйнятих методів. Формування нової молодшої кісткової тканини в ділянці трансплантації 3D TIEK рентгенологічно спостерігалось через три місяці, а повне відновлення – через 6-9 місяців. Дані патоморфологічного аналізу виявили активне протікання процесів ре моделювання 3D TIEK: проростання кровоносних судин, формування остеїду з подальшою його заміною зрілою кістковою тканиною.

Висновки. Розробка та впровадження технології трансплантації 3D TIEK дозволила відновити остеорепаративні процеси в рані та цілісність кістки, а також значно знизити реабілітаційний період постраждалих з бойовою комбінованою травмою кінцівок.

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН-ПОХІДНИХ НЕРВОВОГО ГРЕБЕНЯ ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ УШКОДЖЕНОГО ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА

Васильєв Р.Г.^{1,3}, Демидчук А.С.^{1,2}, Родніченко А.Є.^{1,3}, Шамало С.М.², Лабунець І.Ф.¹, Чайковський Ю.Б.^{1,2}, Бутенко Г.М.¹

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

³Біотехнологічна лабораторія *ila*уа.regeneration, Медична компанія *ila*уа, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити вплив трансплантації постнатальних мультипотентних стовбурових клітин–похідних нервового гребеня (МСК-ПНГ) на репаративну регенерацію сідничого нерва.

Матеріали і методи. Ушкодження сідничого нерва (перетин) моделювали на мишах лінії FVB віком 4-6 міс; культуру МСК-ПНГ отримували із регіону bulge волосяного фолікула вібрисів мишей лінії FVB, трансгенних за GFP; трансплантація МСК-ПНГ у фібриновому гелі; гістоморфометричне дослідження імпрегнованих азотокислим сріблом препаратів нерва. Групи мишей: псевдооперовані; травма нерва; травма і трансплантація МСК-ПНГ.

Результати та їх обговорення. Після трансплантації клітин у місце травми спостерігається посилення репаративної регенерації ушкодженого нерва. Підвищується новоутворення кровоносних судин і відновлюється ендоневрій. Загальна кількість нервових волокон у дистальному відрізьку ушкодженого нерва у мишей після трансплантації МСК-ПНГ вище (10522,8±1044,00/мм², p<0,05), ніж у мишей тільки з травмою нерва (8409,5±739,50/мм²), та майже не відрізняється від псевдооперованих тварин (11024±628,1/

мм², p>0,05). Позитивні результати морфометричного дослідження у тварин із трансплантацією МСК-ПНГ підтвердились у поведінкових тестах. Стимулюючий вплив трансплантованих МСК-ПНГ можливо пов'язаний із їх диференціюванням у шванноцити або секрецією трофічних факторів.

Висновки. Трансплантація МСК-ПНГ стимулює процеси репаративної регенерації ушкодженого сідничого нерва і може бути перспективним методом щодо клінічного застосування.

КЛІТИННІ ТЕХНОЛОГІЇ В КОМБУСТІОЛОГІЇ

Васильєв Р.Г.^{1,2}, Родніченко А.Є.^{1,2}, Губар О.С.², Злацька А.В.^{1,2}, Жернов А.А.², Коваленко О.М.⁴, Козинець Г.П.⁴, Зубов Д.О.^{1,2}

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ, Україна

²Біотехнологічна лабораторія *ila*уа.regeneration, Медична компанія *ila*уа®, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня №2, м. Київ, Україна

⁴Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Нами розроблено варіант інноваційного біомедичного продукту – живого дермального еквіваленту (ДЕ), котрий заснований на культивованих алогенних мультипотентних мезенхімальних стромальних клітинах з жирової тканини (ММСК-ЖТ) і тривимірному носії (фібриновому гідрогелі). ДЕ призначений для стимуляції загоєння пошкоджень шкіри. На даний час зареєстровані і проводяться клінічні випробування з використання даного біомедичного продукту в лікуванні опіків і їх наслідків. У межах клінічних випробувань ДЕ був використаний в комплексному лікуванні опіків у 10 постраждалих в зоні АТО.

Мета. Оцінити ефективність використання ДЕ у комплексному лікуванні обпечених хворих.

Матеріали та методи. Для виготовлення ДЕ використовували фібриновий гідрогель, засіяний культивованими алогенними ММСК-ЖТ із розрахунку 10⁶ клітин/мл. Клітини культивували в низькоокисневих умовах (5% O₂, 5% CO₂) та насичуючій вологості 97%. Культури відповідали мінімальним критеріям ММСК (CD90+CD73+CD105+CD34-CD45-) та були здатні до диференціювання в osteo- та адипогенному напрямках. ДЕ застосовували в групі обпечених хворих віком 18-65 років з загальною площею опіку III ст. в першій фазі раневого процесу 20-70%. ДЕ аплікували зверху розщепленого аутолоскуту з перфорацією 1:4 після попередньої підготовки рани та видалення ксенографту або після некректомії. Площа закриття опікової рани за етап з використанням ДЕ не перевищувала 6%.

Результати та їх обговорення. За період 2015-2016 рр. на базі Київської міської клінічної лікарні №2 було проліковано 10 пацієнтів з використанням ДЕ. На 10-11 добу спостерігали повне приживлення аутолоскуту шкіри, що супроводжувалося повною реепітелізацією перфорацій графту в обох варіантах підготовки рани до пластики.

Висновки. Застосування ДЕ підвищує ефективність приживлення трансплантованого розщепленого перфорованого аутолоскуту в обпечених хворих.