



НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

«YOUNG SCIENCE 2.0»

20 ЛИСТОПАДА 2020 РОКУ

м. Київ - 2020

Шановні студенти, інтерни, аспіранти, докторанти
та молоді вчені!

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика – один із перших навчальних та наукових медичних закладів, заснованих на теренах України. Відтоді минуло більше 100 років, сповнених звитяжної праці відомих не тільки в Україні, а й далеко за її межами вчених, лікарів, педагогів. Нині в Академії створено продуктивну, високоефективну систему підготовки нової генерації медичної інтелігенції, формується професійна еліта держави. Саме з цією метою ми вкотре традиційно організуємо науково-практичні конференції для молодих вчених як з всеукраїнською так й з міжнародною участю для обміну досвідом між різними науковими школами та пошуку можливостей для апробації та впровадження результатів наукових досліджень.

Наукове життя не мислиме без молодих науковців, у тому числі студентів та аспірантів, які тільки починають свій шлях на науковій ниві. З одного боку, їх сучасне бачення проблем дозволить винайти оригінальні рішення завдань, які ставить перед собою наука. З другого – формування професійної свідомості науковця або практичного працівника можливе лише за умови набуття навичок наукової діяльності, які, до речі, стануть у нагоді й на практиці.

У збірнику тез за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 2.0» представлені наукові розробки молодих вчених медиків та фармацевтів з України та Європи, результати яких втілені в практичну діяльність охорони здоров'я. У збірнику опубліковані тези за тематиками, які висвітлюють актуальні питання теоретичної, експериментальної, клінічної медицини, а також гуманітарні й організаційні аспекти медичної і фармацевтичної галузей та безпеки медичних технологій.

Бажаю Вам наснаги та нових ідей у науковій діяльності!

З повагою

Ректор
академік НАМН України
професор Вороненко Ю. В.



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

Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 2.0» (м. Київ, 20 листопада 2020 року).

Затверджено і рекомендовано до видання вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (протокол № 11 від 09-10.12.2020).

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

Рецензенти:

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

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

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

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

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

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

**Організаційний комітет не несе відповідальності за зміст тез*

ВПЛИВ АДЕМЕТІОНІНУ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ ТА РІВЕНЬ ПЕНТРАКСИНУ-3 У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ

Александрова Т. М., Бабак О. Я.

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 1

Мета. визначити вплив адеметіоніну на метаболічні показники та рівень пентраксину-3 в плазмі крові у пацієнтів з неалкогольною жирковою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів з НАЖХП (11 чоловіків та 14 жінок, середній вік склав $(38,0 \pm 4,1)$ років. До контрольної групи включені 20 практично здорових осіб. Статистично значущої відмінності за гендерним та віковим розподілом груп не виявлено. Визначення рівня пентраксину-3 в плазмі крові на початок та через 2 місяці лікування адеметіоніном проводили за допомогою імуноферментного методу з використанням набору ELISA.

Результати. На 61-й день від початку використання адеметіоніну встановлена статистично значуща ($p < 0,05$) позитивна динаміка показників цитолізу гепатоцитів (АСТ, АЛТ, ГГТ) у пацієнтів з НАЖХП в порівнянні з показниками до лікування та з контрольною групою ($p < 0,05$). Також було досягнуто зниження рівня показників системного запалення (пентраксин-3, СРБ) та ліпідного профілю (загального холестерину та тригліцеридів) ($p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів з НАЖХП результати застосування адеметіоніну демонструють достовірне зниження рівня пентраксину-3 та покращення метаболічних показників. Призначення адеметіоніну є доцільним методом лікування пацієнтів з НАЖХП в якості патогенетичного лікарського засобу з вираженим цитопротекторним, протизапальним та гіполіпідемічним ефектом.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ЯК ПРЕДИКТОР ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ.

*Абдуллаєва Н. А., Афанасьєв І. В., Борзенко І. Б., Лазуренко В. В.,
Стрюков Д. В.*

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології № 2

В останні роки спостерігаються збільшення випадків цереброваскулярних захворювань у вагітних. Метою роботи стало вивчення наукової літератури щодо визначення предиктора цереброваскулярних порушень (ЦВП). Для досягнення мети був проведений аналіз 50 істочників вітчизняної та заубіжної літератури за останні 5 років, в яких було представлено дані про етіологічні фактори, клінічні випадки ЦВП.

Цереброваскулярна патологія (ЦВП) є однією із самих актуальних проблем у всьому світі у зв'язку з високою смертністю (друге місце після серцево-судинних захворювань), інвалідизацією, втратою працездатності, розвитком деменції і високим ризиком розвитку повторного епізоду порушення мозкового кровообігу. За останні 10 років поширеність даних захворювань в Україні суттєво збільшилась,

особливо хронічних форм недостатності мозкового кровообігу. Ризик цереброваскулярної патології суттєво збільшується у разі тривало існуючої і погано контрольованої артеріальної гіпертензії. Основними органами-мішенями артеріальної гіпертензії (АГ) або обумовленими гіпертензією ураженнями органів-мішеней вважаються серце, кровоносні судини, нирки, сітківка ока та мозок. При цьому очевидним є те, що в патогенезі всіх зазначених уражень органів-мішеней при АГ ключову роль відіграє гіпертензивне ураження артеріального, артеріолярного і мікроциркуляторного русла судин. Ураження судин при АГ є генералізованим і проявляється як порушеннями у системі кровоносних судин у цілому, так і порушеннями в судинних басейнах різних органів – серця, нирок, сітківки ока та мозку. Підвищений артеріальний тиск (АТ) може бути як безпосередньою причиною розвитку гострих мозкових катастроф, так і провокувати хронічне ураження артерій та артеріол, залучення їх до розвитку таких патологічних станів, як атеросклероз, хронічний вазоспазм, спричиняти гіпоперфузію речовини мозку і призводити до хронічного ураження речовини головного мозку, яке може протікати як безсимптомно, так і викликати стійкий неврологічний дефект. Найчастими формами порушення мозкового кровообігу внаслідок прямої дії АГ прийнято вважати мозкові крововиливи (спонтанні субарахноїдальні, внутрішньомозкові), гостру гіпертонічну енцефалопатію. У процесі розвитку цереброваскулярних захворювань важливу роль відіграють не лише рівень (АТ), а й тривалість захворювання на АГ. Крім того, у низці досліджень доведено, що судинно-мозкові катастрофи відбувалися частіше при низьких та нормальних рівнях АТ. Хронічне підвищення АТ викликає стійкі ішемічні ураження речовини головного мозку, до яких зараховують гіпертонічні глибинні (лакунарні) інфаркти головного мозку, рідше корково-підкіркові інфаркти різних розмірів. На хронічну гіпертензію припадає непропорційна кількість материнської та перинатальної захворюваності та смертності, здебільшого через підвищений ризик накладеної преєклампсії. Рівень ускладнень безпосередньо залежить від тяжкості та тривалості підвищеного артеріального тиску. Хронічна гіпертензія - це високий кров'яний тиск, який або передуює вагітності, або діагностується протягом перших 20 тижнів вагітності, або не проходить через 12 тижнів після пологів. Визнано дві категорії тяжкості: легку (до 179 мм рт. Ст. Систолічного та 109 мм рт. Ст.) Та важку (≥ 180 систолічну або 110 діастолічну). Хронічна гіпертензія ускладнює близько 5% усіх вагітностей, а рівень поширеності зростає через затримку виношування дитини. В етіопатогенезі цереброваскулярних захворювань вплив АГ можна поділити на такі етапи: ураження артерій головного мозку великого та середнього калібру (large artery brain disease), що зумовлює посилення атеротромботичних уражень артерій, веде до деструктивних змін з боку атеросклеротичної бляшки та формує тромбоемболі; ураження дрібних артерій та артеріол (small artery brain disease) – веде до формування гіпертонічної мікроангіопатії; ураження структури стінки артерій різних калібрів – призводить до аневризматизації судинної стінки. Виняткову роль у патогенезі серцево-судинних і ниркових ускладнень АГ відіграє прискорений розвиток атеросклерозу, характерний для хворих на АГ, в яких виявляється висока частота атеросклеротичних зміни екстра- та інтрацеребральних артерій. Нині існує велика низка доказів того, що і АГ, і атеросклероз значно прискорюють розвиток

і прогресування одне одного, чим і пояснюється дуже висока частота таких ускладнень, як цереброваскулярні ураження або цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), ішемічна хвороба серця (ІХС). Крововиливи в головний мозок при АГ можуть бути двох видів: унаслідок розриву судини за типом гематоми та через геморагічне просочування. Більшість крововиливів за типом гематоми пов'язані з розривом артерії. У більшості випадків відбувається розрив лентикулостріарної артерії в місці її згину або корково-медулярних артерій, що постачають кров у глибокі відділи мозку. До розриву цих артерій призводять деструктивні зміни міоцитів середньої оболонки стінок цих артерій унаслідок стійкого підвищення АТ. Окрім деструктивних змін з боку стінки, при АГ ці судини більш вразливі до розриву через їх «несприятливу» анатомічну особливість (відходження під прямим кутом, відсутність бічних гілок, значна різниця в діаметрі цих артерій та судин, гілками яких вони є). Інший тип інтрацеребрального крововиливу при АГ – геморагічне просочування, яке виникає на висоті АТ внаслідок діapedезу з дрібних артеріол, вен та судин мікроциркуляторного русла. Приблизно до 96% у структурі цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) у нашій країні належать хронічним порушенням мозкового кровообігу – дисциркуляторним енцефалопатіям (ДЕ). Частка мозкового інсульту становить приблизно 4% усіх форм ЦВЗ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш важливим і поширеним фактором ризику розвитку мозкового інсульту (у 80% хворих). При АГ ураження мозку можуть мати різні клінічні прояви. Це традиційні відомі типи інсульту: ішемічний і геморагічний, транзиторна ішемічна атака (ТІА), гостра гіпертензивна енцефалопатія, а також так звані німі ураження мозку («німі» інсульти, мікрокрововиливи, ураження білої речовини). Майже половина усіх серцево-судинних та цереброваскулярних катастроф виникає в осіб віком до 60 років. Слід наголосити, що АГ та атеросклероз є домінуючими причинами розвитку серцево-судинних катастроф та інсульту. Ризик інсульту безпосередньо пов'язаний з рівнем артеріального тиску (АТ), робить АГ найголовнішим чинником ризику інсульту. У всьому світі близько 65% інсультів виникає через АГ. Також доведено, що лікування АГ майже на 40% зменшує ризик виникнення інсульту. Таким чином артеріальна гіпертензія залишається важливою проблемою як в Україні, так і в усьому світі, яка потребує своєчасного виявлення. АГ – є одним з основних чинників розвитку цереброваскулярних захворювань, особливо у вгінних. Високий кров'яний тиск може бути небезпечним як для матері, так і для плода. Наслідки високого АТ можуть коливатись від легких до важких. Отже терапевтичний підхід до пацієнтів з АГ та цереброваскулярними захворюваннями має бути комплексним, направленим на лікування не тільки АГ, а й супутніх захворювань.

**ВПЛИВ ЕКСТРАКТУ VITEX AGNUS CASTUS ПРИ АУТОІМУННОМУ
ТИРЕОІДИТІ НА ВАЖКІСТЬ ПЕРЕБІГУ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ
КРОВОТЕЧ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**
*EFFECTS OF VITEX AGNUS CASTUS EXTRACT IN AUTOIMMUNE THYROIDITIS
ON THE SEVERE OF ABOMALOMIC UTERINE BLEEDING IN WOMEN OF
REPRODUCTIVE AGE*

Алексеева О. С. (Alekseeva O.S.), Лященко О. А. (Lyashchenko O.A.),

Науковий керівник: проф. к.мед.н. Лазуренко В.В.

Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) основна причина розвитку гіпотиреозу і порушень в репродуктивній системі жінок у вигляді аномальних маткових кровотеч (АМК). Більшість відвідувань жіночою медичних закладів пов'язані з порушенням менструального циклу, а в 25% випадків причиною гінекологічних операцій в об'ємі гістеректомії є АМК. Аутоімунні процеси у ЩЗ спричинюють гормональний дисбаланс матки і потребують ефективних схем лікування.

Мета: визначення ефективності екстракту *Vitex Agnus Castus* у дозі 20 мг/добу на перебіг АМК у жінок з АІТ в залежності від рівня зниження функції ЩЗ.

Матеріали та методи: 90 жінок (18-49 років) з АМК на тлі АІТ у поєднанні з різними рівнями зниження функції ЩЗ, які були поділені на 3 групи: I – жінки з АМК та тлі АІТ, еутиреоз (9 пацієток), II – з АМК на тлі АІТ, субклінічний гіпотиреоз (13 пацієток) і III – з АМК на тлі АІТ, маніфестний (клінічний) гіпотиреоз (21 пацієтка). Ступінь важкості АМК оцінювалась згідно опитувальника SF – 36. До та після закінчення лікування проводилось визначення ТТГ, вільного тироксина (вТ4), сироваткових антитіл до тиреопероксидази (АТ до ТПО). Середній вік склав відповідно 35,0±2,9, 33,7±1,7 і 37,5±2,7 років. У всіх групах констатовані: підвищення титру сироваткових АТ до ТПО. Пацієнтки отримували комплексне лікування з використанням препарату на основі екстракту *Vitex Agnus Castus* у дозі 20 мг/добу, що доповнювалась в III групі терапією L-тироксином.

Результати. Лікувальний ефект відмічений у 72,7%, 80% та 83% хворих I, II та III групах відповідно. В III групі відзначено достовірне зниження середнього рівня АТ до ТПО. Відмічено підвищення середнього рівня вТ4. У всіх групах зафіксовано і відповідне зниження рівня ТТГ. Чотирикратне зменшення об'єму крововтрати зі зниженням загального показника до 26,7%. Кількість випадків з тяжкими АМК констатоване в III групі; мінімальне в I - 8 жінок.

Висновки. АМК частіше виникають у жінок та тлі АІТ з ознаками гіпотиреозу в маніфестній і субклінічних, та збільшується залежно від ступеня гіпотиреозу. Включення препарату на основі екстракту *Vitex Agnus Castus* до стандартних схем підтримує секреторну активність ЩЗ, знижує кількість та тривалість АМК і може бути рекомендований до застосування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ 6-9 РОКІВ

THE EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE ORTHODONTIC TREATMENT IN PATIENTS AGED 6-9 YEARS

Ардикуце В. П.

Науковий керівник – д. мед. н., професор кафедри стоматології Лихота К. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра стоматології

Актуальність теми: Поширеність патології прикусу стрімко зростає за останні десятиліття. Згідно вітчизняних та зарубіжних джерел у кожної 3 дитини з 4 є ознаки неправильного прикусу, що у 60-80% супроводжується зміною нормального росту та розвитку щелепно-лицьової ділянки. Найвагомими факторами на сьогодні прийнято вважати ротовий тип дихання та міофункціональні порушення різного характеру (інфантильне ковтання, смоктання язика та губ, закушування щік, інше), адже саме вони призводять до стійкого дисбалансу сил між зовнішньо- та внутрішньо- ротовим м'язовим комплексом. Язик займає положення між зубами, на дні порожнини рота чи впирається в нижні різці, верхня щелепа таким чином втрачає підтримку. Без протидії язика силі губ та щік, верхня зубна дуга звужується, піднебіння поглиблюється, сповільнюється ріст верхньої щелепи в трьох взаємоперпендикулярних напрямках. Такі зміни середньої третини обличчя провокують зміщення нижньої щелепи донизу та вперед 13-21% або донизу та назад 79-83% (вертикалізація росту).

Мета дослідження: Дослідити вплив міофункціональної терапії та дихальної гімнастики на зміну напрямку краніо-фациально росту.

Матеріали і методи: Нами було обстежено 73 дитини віком від 6 до 9 років. В рамках комплексної діагностики було проведено виготовлення КДМ, зовнішньо- та внутрішньо-ротовий фотопротокол, рентген діагностика (Ортопантомограма), динамометрію губ та аналіз функції зовнішнього дихання за допомогою Capno Trainer. Ми проводили вимірювання ширини зубних дуг за методом Pont (із поправками за Н. Linder, G. Hart) і виявили звуження різного ступеню від 1.37 мм до 6.3 мм. Дані динамометрії в 68.3% вказували на зменшення сили кругового м'язу рота. Проведення капнометрії демонструє збільшення частоти дихання та зменшення рівня CO₂ в 78%. Збільшення показника верхньої індикаторної лінії (N=23мм+вік) вказує на зміну напрямку росту донизу та дозад, що характерно для вертикалізації. При вивченні даних фотометрії прослідковується зміна пропорційності обличчя: зменшення висоти середньої третини обличчя та видовження нижньої третини обличчя, рідше зменшення висоти нижньої третини обличчя. При аналізі профілю обличчя переважали пацієнти зі скошеним або випуклим профілем, що свідчить про погіршення морфо-естетичних характеристик. Пацієнтам було проведено ортодонтичне лікування за допомогою механічно-діючих та функціональних апаратів в поєднанні з міофункціональною терапією та дихальною гімнастикою.

Результати: Пацієнтів було розподілено на дві групи в залежності від обраної методики лікування. Кожна з двох основних груп, в свою чергу, розділилась на 1 та 2 підгрупи. Пацієнтів 1-х підгруп лікували за запропонованою методикою, а 2-х – за загальноприйнятою. Кожні 4-6 місяців від початку лікування була проведена проміжна діагностика, дані якої вказували на нормалізацію ширини і форми зубних рядів, зростання середньостатистичних показників динамометрії від 648гр до 1239гр, покращення осанки та положення голови. Аналіз фотометрії вказує позитивну динаміку росту та розвитку ЩЛД: антеризація положення нижньої щелепи, зменшення супраментальних складок, відсутність “наперстка” в ділянці підборідного м'язу. Згідно даних капнометрії відновлюється ритмічність дихання, зростає рівень CO₂ у видихуваному повітрі.

Висновки. Комплексне раннє ортодонтичне лікування сприяє нормалізації напрямку росту та розвитку ЩЛД. Поєднання стандартних методик лікування із запропонованою дозволяє зменшити термін лікування, досягти більш стабільних результатів. Візуалізація прогресу за допомогою фотометрії та капнометрії додатково мотивує пацієнтів та батьків.

USE OF 4TH GENERATION ELECTROCARDIOGRAPHY FOR EARLY DIAGNOSIS OF CARDIOVASCULAR LESIONS IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Artsymovych Agar

Supervisor: prof. Olena Oshlianska

Shupyk National Medical Academy of Postgradual Education

Pediatric department № 1

Introduction: Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is the most common chronic rheumatic disease in children. In addition to inflammation of the joints, it also causes non-joint lesions, especially cardiovascular (CV) ones. CV injuries takes the first place in the structure of mortality of rheumatic patients. New diagnostic methods may be helpful in finding these lesions before clinical manifestations or even predict their development.

Objectives: to evaluate correlations between the results of electrocardiography (ECG) of the 4th generation and other clinical, laboratory and instrumental parameters in children with JIA.

Methods: 46 patients with JIA (60.9% female, 9.69 ± 0.93 y.o., duration of the disease 1.45 ± 0.51 y.) were examined using 4th generation hardware-software complex ECG “Cardio plus P”. Disease course and activity (JADAS27) were rated. In addition to standard laboratory & instrumental markers such as complete blood count, C-reactive protein, rheumatoid factor, ACCP, ultrasound and x-ray data, the level of immunoglobulins (IG), IL6, TNF α in the serum of patients was determined by ELISA. Allelic polymorphism of the IL6-174CG and TNF-308 GA genes was studied by PCR-method using allele-specific primers. Signal-averaged ECG (obtained by processing several electrocardiographic complexes except atypical) was performed. A correlation analysis of clinical and laboratory parameters was made.

Results: Analysis of clinical manifestations of the disease showed that in the group of children examined, complaints that were caused by disorders of the CVS were almost not observed, only general clinical complaints were noted such as dizziness, temporary tachycardia, light dyspnea after exercise stresses. There were no signs of CVS injury using cardiac ultrasound (US) such as myocarditis, fibrosis, endothelial damage, hypertrophy of left ventricular etc among observed group. Most patients (80%) had slight changes at standart ECG (sinus arrhythmia, incomplete right bundle branch block), 13% among them had shortening of pQ interval. 50% JIA patients had unfavorable course of the disease (UCD), children with GG IL-6 (wild allele) had more favorable course of the JIA (31% had UCD, less than in the CC and GC groups ($p < 0.05$). CC IL-6 allele group had higher frequency of ANA and HLA B27 detection. 10.5% of patients had hepatosplenomegalia, JADAS27 was 9.7 ± 2.04 . Serum level of IL6 was 5.19 ± 2.21 pg/ml, ALT, AST, LDG, cholesterol was between normal ranges. Using the 4th generation ECG showed the presence of significant changes in the myocardium in the majority of patients.

Following indicators of heart rhythm variability and myocardium state evaluation in patients with JIA were deviated most often: stress index was 245.96 ± 44.33 s² (69.56% cases), condition of regulation reserves 61.65 ± 2.77 (86.96%), overall heart rate variability 2279.74 ± 406.36 (65.21%), immediate control of condition of myocardium 51.56 ± 3.91 (95.65%), its reserve 61.04 ± 1.82 (95.65%), T-wave/R-wave ratio lead I was 0.67 ± 0.11 (80%), amplitude-areas index lead I-III from 48.65 ± 2.64 to $61,17 \pm 4,33$ (up to 95.65%), Macruz index 1.39 ± 0.76 (94%), complex indicator of condition of myocardium 56.30 ± 2.57 (95.65%) complex indicator of functional state 66.13 ± 2.41 (65.2%). Previously, the best combination of extended ECG parameters to evaluate activity was found using classification and regression tree algorithm: integral indicator of form ST-T lead II (55.41 ± 5.09), T wave symmetry based on derivatives ratio and on areas of triangles (1.78 ± 0.71 , deviation in 100%) & T amplitude lead II (112.23 ± 71.96 uV, in 86.36%), heart ratio, alpha QRS angle in the frontal plane. Some correlations between these parameters and other data were found: immediate control of the regulation with serum IL6 ($r = -0.73$, $p < 0.05$), and with UCD ($r = -0.53$, $p < 0.05$); heart ratio with ESR ($r = 0.53$, $p < 0.05$), hepatosplenomegalia ($r = 0.57$, $p < 0.05$), cholesterol serum level ($r = 0.58$, $p < 0.05$); integral indicator of form ST-T with serum IgG ($r = -0.55$), IgA ($r = -0.55$); T wave symmetry based on derivatives ratio had correlations with metabolic myocardial changes ($r = -0.68$, $p > 0.1$), IgA ($r = 0.85$, $p > 0.1$), DMARD replacement ($r = 0.51$, $p > 0.1$); T wave symmetry based on areas of triangles with hepatosplenomegalia ($r = 0.67$, $p > 0.05$), US reactive changes of parenchymal organs ($r = -0.96$, $p > 0.1$), IgM, IgA ($r = 0.74$ and 0.98), serum TNF α ($r = -0.59$, $p > 0.1$); T amplitude, lead II with IgG total ($r = -0.72$, $p > 0.1$), TNF α ($r = 0.99$, $p > 0.1$); alpha QRS angle with ALT ($r = -0.72$, $p < 0.05$), cholesterol ($r = 0.49$, $p < 0.05$), NSAIDs ($r = 0.82$, $p < 0.05$); complex indicator of condition of myocardium with cholesterol ($r = -0.62$, $p < 0.05$).

Conclusion: With the help of 4 th generation ECG hardware-software complex the changes in myocardium and latent heart rhythm disorders in children with JIA in observed group were found more frequently and more precisely by evaluating complex indicators than using standard 12channel ECG. Most of registered changes had not had any clinical and instrumental manifestations. Further research may be promising.

**НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ
НА ПРИКЛАДІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
NEW APPROACHES TO THE DIAGNOSTICS OF QUALITY OF LIFE
ASSESSMENT IN THE CASE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

**Баліцька О. П. (Balitska O.P.), Григорук Ю. М. (Hryhoruk Y.N.),
Артемчук М. А. (Artemchuk M.A.)**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра фармації

Актуальність теми. Захворювання серцево-судинної системи залишаються провідною проблемою охорони здоров'я. В Україні вони обіймають перше місце в структурі смертності, поширеності хвороб та інвалідності. Внаслідок наявності АГ ризик виникнення інсульту збільшується у 7 разів, ішемічної хвороби серця (ІХС) – у 4 рази, серцевої недостатності – у 6 разів. Лікування артеріальної гіпертензії характеризується одним з найкращих співвідношень витрат

та ефективності. Втім схеми лікування гіпертензії досі залишають багато невизначеностей щодо їх фармакоекономічної ефективності. Ситуацію ускладнює відсутність переваго-зважувального інструменту (ПЗІ) оцінки якості життя (ЯЖ) для мешканців України, що базується на суспільній перспективі, що й обумовило мету роботи. Першочерговим завданням для оцінки фармакоекономічної ефективності поширених схем фармакотерапії (ФТ) стаціонарних випадків артеріальної гіпертензії (АГ) виникла потреба в отриманні незміщених оцінок ЯЖ хворих впродовж перебування в стаціонарі, для чого був розроблений ПЗІ.

Матеріали і методи. На основі 120 пацієнтів з ГХ науково обґрунтований та розроблений ПЗІ оцінки якості життя хворих на гіпертонічну хворобу. Враховувались різні специфікація та апробувались різні оцінки параметрів моделі інструменту. Використані оцінки якості життя, отримані за методами шансів SG (Standard gamble technique) та VAS (Visual analogue scale) як залежну змінну і атрибути шкал опитувальника EuroQoL як незалежні бінарні змінні. Показано, що інструменти, які базуються на прямих GS та VASHRQL значеннях практично ідентичні за психометричними характеристиками. В основу ПЗІ визначення ЯЖ хворих на АГ покладено опитувальник EuroQoL. Він має 5 атрибутів, кожна з шкал має три категорії. Отже, загальна кількість станів здоров'я, що підлягають пріоритезації, складає $3 \times 3 \times 3 \times 3 \times 3 = 243$ стани. Беручи до уваги, що шкала ЯЖ має значення від 0% до 100%, ми можемо з точністю до 0,5% порівнювати ЯЖ різних станів здоров'я за EuroQoL, що є достатнім для цілей дослідження. Самі шкали (мобільності, самообслуговування, здатності до звичайних видів діяльності, болі, тривожності/депресії) якнайкраще охоплюють переживання і обмеження хворих на АГ. Крім того, шкали ортогональні, тобто не дублюють інформацію одна одної, що уможливорює і значно спрощує розробку моделі регресії, незалежні змінні якої ортогональні. Співставлення моделей з одним та двома фіксованими ефектами проводилось для різних методик прямого визначення ЯЖ, а саме за методами шансів (Standart gamble technique - SG) та візуальної аналогової шкали (The visual analogue scale - VAS).

Результати і висновки. Отже, інструменти, які базуються на прямих GS та VAS значеннях ЯЖ практично ідентичні за психометричними характеристиками, такими як інформативність, консистентність, надійність (репрезентативність), незміщеність параметрів моделей, їх валідність та ефективність (малі помилки першого роду). Проте для стандартного підходу в фармакоекономічному аналізі ми надали перевагу переваго-зважувальному інструменту, ваги якого отримані на основі прямих оцінок ЯЖ значень за GS методом, що базується на теорії шансів. Остання дає змогу найбільш обґрунтовано з концепції утиліт визначати прямі оцінки ЯЖ. Тобто для перетворення категорій (відповідей пацієнтів) атрибутів інструменту EuroQoL в непрямі оцінки ЯЖ буде використовуватись формула:

$$\begin{aligned} GS = & 28.203 + 9.076 * Mob1 + 4.528 * Mob2 + 11.622 * Selfcare1 + 5.022 * \\ & Selfcare2 + 9.442 * Activity1 + 5.001 * Activity2 + 8.625 * Pain1 + 3.734 * Pain2 + 10.771 * \\ & Anxiety1 + 6.053 * Anxiety2 \end{aligned}$$

Mob1- Mob3 – атрибут 1 – 3 категорії мобільності

Selfcare1- Selfcare3 – атрибут 1 – 3 категорії самообслуговування

Activity1- Activity3 – атрибут 1 – 3 категорії звичних видів діяльності
Pain1- Pain3 – атрибут 1 – 3 категорії болю
Anxiety1- Anxiety3 – атрибут 1 – 3 категорії тривожності

Підставляючи відповіді пацієнта з опитувальника в формулу (1-вибраний атрибут; 0-атрибут невібраний), ми знаходимо непряму оцінку якості життя.

**ПЕРИНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕКРОТИЗУЮЧОГО
ЕНТЕРОКОЛІТУ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**
PERINATAL RISK FACTORS OF
NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN PREMATURE BABIES

Аубекерова Ю. Ю. (Yu. Aubekerova)

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

Актуальність У новонароджених найбільш поширеним серед захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є некротизуючий ентероколіт (НЕК). НЕК є поліетіологічним і мультифакторіальним захворюванням, що формується при порушенні балансу між захисними чинниками і факторами агресії у відношенні слизової оболонки кишки, на фоні незрілості тлі незрілості механізмів місцевого захисту та/або гіпоксично-ішемічного ушкодження слизової кишківника, схильне до генералізації з розвитком системної запальної реакції, характеризується високою летальністю та має багатофакторний патогенез і стадійність перебігу. Термін "некротизуючий ентероколіт" був запропонований Н. Rossier і С. Schmid у 1959 році, а з середини 60-х років ХХ століття НЕК визнаний самостійною нозологією.

Вдосконалення інтенсивної терапії новонароджених та виходжування дітей з дуже малою масою тіла при народженні (ДММТ) і дітей з надзвичайно малою масою тіла при народженні (НММТ), які мають найбільший ризик смерті і перинатальної захворюваності серед усіх передчасно народжених дітей, зумовило збільшення виживання дітей з дуже малою масою тіла при народженні (ДММТ) та відповідно зростання захворюваності на НЕК.

Збільшилась кількість дітей, які перенесли інтранатальну гіпоксію, мають ознаки внутрішньоутробного або інтранатального інфікування, а також, дітей, народжених із важкими вродженими вадами розвитку (ВВР) ШКТ або серцево-судинної системи (ССС).

Актуально важливим є вивчення чинників анте- та інтранатального періоду передчасних пологів, що впливають на захворюваність ПД. Порушення мікробіому є умовою патогенізації автофлори на фоні зниженої антиінфекційної резистентності організму. Мультифакторність формування, синтропізм і поліморфізм, що супроводжують перебіг НЕК, анатомо-фізіологічні і функціональні особливості новонароджених, в значній мірі ускладнює вивчення значимості ролі окремих перинатальних факторів ризику (ПФР) розвитку захворювання, що потребує їх виявлення та систематизування, недооцінка антенатальних факторів ризику та недостійність даних про вплив перебігу вагітності

пологів, медикаментозної терапії, яку отримувала вагітна, враховуючи, що захворюваність найбільш поширена серед ПД.

Метою є огляд сучасної літератури для визначення факторів ризику НЕК, для подальшого вивчення проблеми мультидисциплінарно. Етіологія НЕК є мультифакторною та остаточно невизначеною, профілактика та лікування в кожному конкретному випадку є проблемним. Визначення перинатальних факторів ризику для оптимізації профілактики діагностики і лікування є дуже важливим, зменшення захворюваності й смертності від НЕК є зменшення кількості передчасних пологів.

Дослідження перинатальних факторів ризиків невиношування вагітності, яке було проведено В.О. Бенюк, О.А. Диндар, О.О. Бала в 2011р в м.Києві виявило, що серед обстежених вагітних 81,7% страждали екстрагенітальними захворюваннями, серед яких превалювала патологія ССС – $19,67 \pm 5,54\%$, інфекційних захворювань сечостатевого шляху – $16,76 \pm 3,24\%$ та респіраторного тракту – $33,61 \pm 4,58\%$, патологія гепатобіліарної системи, і ендокринної системи, до $7,39 \pm 1,06\%$ у вагітних з невиношуванням. Перебіг першої половини вагітності був обтяжений в $46,7 \pm 5,3\%$ жінок із передчасними пологами. Фактори, що створюють фізіологічну незрілість ШКТ у глибоко недоношених дітей (Bates MD, Balistregi WF, 2002) Незрілість моторики: слабкість координації смоктання і ковтання; недостатність нижнього стравохідного сфінктера; повільна евакуація зі шлунка, недостатність координації моторики ШКТ. Недостатні травлення і абсорбція: низька секреція шлунка; низька продукція пепсиногену; низька абсорбція жирів: малий синтез жовчних кислот; малий струм жовчі; мале утворення міцел; мала липолітична активність. Неповне розщеплення білків їжі. Низька активність лактази. Низька локальна секреція імуноглобулінів і низька локальна імунна відповідь. Низький рівень клітинної проліферації і міграції в стінках ШКТ.

Значна кількість досліджень які були проведені за останні 50 років з приводу НЕК залишила більше питань ніж відповідей. Деякі дослідження показали високу асоціацію частоти НЕК і раннього початку (на першому тижні життя) ентерального годування глибоко недоношених дітей, а також підвищеної кількості жиру і білка в сумішах для вигодовування. Надалі, щоправда, з'ясувалося, що справа швидше в інтенсивності збільшення ентерального навантаження (25 мл/кг/доб. і більше), а грудне вигодовування є фактором який зменшує захворюваність на НЕК серед новонароджених, перинатальна асфіксія, поліцитемія, артеріальна гіпотензія, при ентеральному харчуванні НЕК розвивається частіше, відсутність IgA в молочній суміші (Гомелля, 1998).

Значимими є такі фактори ризику НЕК як низька вага при народженні, затримка внутрішньоутробного розвитку, незрілість шлунково-кишкового тракту, незрілість біохімічного бар'єру, зниження вісцерального кровотоку є важливим, але не визначним чинником, затримка колонізації кишечника після народження, зниження мікробного різноманіття і більш високий ризик колонізації патогенними бактеріями, аномальна структура бактеріальної колонізації може бути пов'язана з тривалим емпіричним використанням антибіотиків широкого спектру дії, із затримкою або перериванням ентерального годування, а також впливом мультирезистентної госпітальної флори. Важливе значення має інфекційний фактор: при перитоніті в результаті локальної перфорації кишечника в культурах

переважають *Candida spp.* і коагулазонегативні стафілококи; при перитоніті на тлі НЕК частіше виділяються ентеробактерії.

Ризик прямого осмотичного ушкодження слизової кишечника, зміни вісцерального кровотоку при годуванні і збільшення ризику ішемічного пошкодження в регіонах з порушеною перфузією, сприяння бактеріальному росту залишків неперетравленої їжі в просвіті кишечника при незрілості моторики і травлення, медикаменти (вітамін Е, індометацин, блокатори гістамін-2-рецепторів можуть сприяти розвитку НЕК. Переливання консервованої крові викликає трансфузійно-залежний НЕК, материнська гіпертонічна хвороба під час вагітності, відшарування плаценти, використання пуповинних катетерів, лікування гіпотензії та відкритої артеріальної протоки, потреба у ШВЛ, наявність вроджених аномалій генетична схильність рівень доказовості та кореляція проведених досліджень неоднозначна.

Висновок. Необхідні подальші дослідження встановити профілактичні та організаційні заходи, специфічні для немовлят з ризиком розвитку кардіогенного НЕК. Значна кількість сучасних досліджень щодо застосування пробіотиків і пребіотиків для профілактики та зменшення ризику НЕК, але яких саме пробіотиків і за якою схемою лікування досі не визначено.

Сучасних рандомізованих досліджень які б включали дослідження всіх перинальних факторів з боку вагітної і новонароджених не проводилось Тому дослідження ПФР НЕК є актуальною проблемою сьогодення.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ
ПРЕПАРАТОМ «КВЕРТИН» ЗА УМОВ ВПЛИВУ БЛОКСОПЛІМЕРІВ НА
ОСНОВІ ОКСИПРОПІЛЕНУ ТА ЕТИЛЕНУ НА ОРГАНІЗМ ЩУРІВ
*STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF CORRECTION OF CARBOHYDRATE
METABOLISM WITH THE DRUG "QUARTIN" UNDER THE INFLUENCE
OF BLOCK-COPOLYMERS ON THE BASIS OF OXYPROPYLENE AND ETHYLENE
ON THE ORGANISM OF RATS***

Безродна А. І. (A. Bezrodnaya)

Науковий керівник: д.мед.н., проф. О.А. Наконечна
Харківський національний медичний університет
Кафедра біологічної хімії

Актуальність. У проблемі дослідження впливу блоксополімерів (БП) на основі оксипропілену та етилену на показники функціонального стану печінки щурів заслуговує особливої уваги моніторинг показників вуглеводного обміну. Оскільки доля участі вуглеводів у загальному енергетичному балансі (глікоген, глюкоза) перевищує майже у півтора рази долю білків, тому саме вони відіграють в організмі дуже важливу роль у забезпеченні життєдіяльності. Основними моніторинговими показниками обміну вуглеводів є глюкоза та її метаболіти пірвіноградна кислота (піруват), молочна кислота (лактат). Піруват є одним з центральних метаболітів вуглеводного обміну та основних субстратів глюконеогенезу.

Кверцетин – це флавоноїд, який є діючою речовиною препарату «Квертин», має у складі фенол-бензо(γ)піронну структуру та складаються з двох бензольних

кілець, які поєднані гетероциклічним пірановим або піроновим кільцем. Завдяки великій кількості гідроксильних груп і кон'югованих π - орбиталей, може бути донором електронів або водню, зв'язуючи таким чином H_2O_2 і окислюючи супероксид-аніон (аніон перекису), що обумовлює виражені антиоксидантні властивості. Кверцетин є найбільш розповсюдженим і широко вивченим флавоноїдом, який присутній у різних джерелах їжі, включаючи фрукти, овочі, горіхи, вино та насіння та має різні біологічні властивості.

Мета дослідження – визначити ефективність корекції препаратом «Квертин» показників вуглеводного обміну щурів за умови дії блоксополімерів на основі окису етилену та пропілену.

Матеріали і методи. Експеримент виконано на 130 статевозрілих білих щурах популяції WAG обох статей з використанням хімічно чистих речовин з регламентованими характеристиками: поліетиленгліколь-400(ПЕГ-400); етиленгліколь (ЕГ) та пропіленгліколь (ППГ). Тварин піддавали пероральній затравці за допомогою металевого зонду водноними розчинами БП щоденно вранці натщесерце у дозі 1/10 та 1/100 DL_{50} діб. Спосіб корекції порушень основних метаболічних процесів кверцетином здійснювався водним розчином препарату «Квертин» (Борщагівський ХФЗ, Україна) протягом 2-х тижнів, починаючи з 31 до 45 доби експерименту. Дозу препарату «Квертин» розраховували по Ю. Р. Риболовлеву, Р. С. Риболовлеву згідно констант біологічної активності для савців з розрахунку 25 мг кверцетину на 1 кг маси тіла тварини внутрішньошлунково на 1 % розчині крохмалю 1 раз на добу. Доза, шляхи введення, тривалість введення біофлавоноїда запозичена з даних наукової літератури при проведенні експериментальних досліджень на тваринах та не викликала загибелі щурів. По закінченню експерименту на 45 добу тварин знеживлювали методом цервікальної дислокації (Елизарова О. Н., 1971). У дослідженні були використані сироватка крові. Для одержання сироватки крові пробірки з кров'ю термостатували протягом 20 хвилин з наступним центрифугуванням протягом 10 хвилин при 1500 об/хв. (Кондрахін І. П., 2004). У сироватці крові визначали вміст глюкози глюкозооксидазним методом (Barham D., 1972), лактату - ензиматичним колориметричним методом (Камишніков В. С., 2009).

Результати дослідження. Встановлено, що досліджувані БП в процесі підгострого експерименту в дозах 1/10 і 1/100 DL_{50} викликають зниження в крові організму дослідних груп щурів вмісту глюкози, лактату, пірувату у порівнянні з досліджуваними показниками у щурів контрольної групи, що вказує на зниження обмінних процесів та проявом патологічних змін структурно-функціонального стану печінки, оскільки гіпоглікемія та порушення інших ланок обміну речовин нерозривно пов'язані з гепатопатологією. Найбільш суттєві зміни оціночних показників вуглеводного обміну спостерігалися у тварин дослідних груп, які піддавалися токсифікації етиленгліколем у дозі 1/10 DL_{50} . Встановлено, що за результатами оцінки ефективності корекції вміст показників вуглеводного обміну в крові щурів групи «після корекції» мав позитивну динаміку. Визначено, що корекція препаратом «Квертин» за умови впливу досліджуваних БП у дозі 1/10

та 1/100 ДЛ₅₀ в середньому підвищує вміст глюкози на 22,23 % і 27,34 %, вміст лактату - на 36,29 % і 24,11 %, вміст пірувату - на 43,38 % і 39,81 % відповідно.

Висновки. Доведено ефективність використання лікарського препарату «Квертин» для корекції порушень вуглеводного обміну щурів на фоні токсифікації блоксополімерами у дозі 1/10 та 1/100 ДЛ₅₀. Вплив даного препарату призводить до покращення енергетичних запасів організму, що підтверджується підвищенням вмісту глюкози та кінцевих метаболітів гліколізу – лактату та пірувату.

ПРОБЛЕМА МОРАЛЬНОГО РЕЛЯТИВІЗМУ В БІОЕТИЦІ

Березіна В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Кафедри філософії

У сучасному культурно неоднорідному глобальному суспільстві звичним явищем є співіснування і активна взаємодія як на побутовому рівні, так і на рівні офіційних ідеологій різних країн різних систем цінностей. Йдеться про проблему морального релятивізму (від лат. *relativus* — відносний). Вона може вести до таких негативних наслідків як деморалізація суспільства, тобто нівелювання цінностей взагалі як чогось суб'єктивного і несуттєвого, і технологізація моралі, тобто відчуження теорії від практики морального вибору, як наслідок, дегуманізація практики. Позитивним наслідком можна назвати лібералізацію і проблематизацію культури.

У медицині пошуком рішень проблеми морального релятивізму займається передусім біоетика. Класичним є рішення Бічампа – Чілдреса. Це теорія автономії лікаря і автономії пацієнта, визнання пацієнта суб'єктом, який має справу з суб'єктом-лікарем. Тобто ідеологія рівності незалежних індивідів, яка передбачає діалог між різними зацікавленими сторонами. Кінцевою метою є вибір інструментально раціональних засобів, які дозволяють реалізувати пріоритети суб'єкта-пацієнта. Суб'єкт у такій ідеології розглядається як джерело морального авторитету, тобто його автономія фактично є передумовою моралі. Це етична концепція, яка відображає систему західних цінностей з її індивідуалістичним світоглядом. Е. Ушаков пише: «Звичайно, цей принцип культурно обумовлений, і в інших культурах така цінна на заході повага до автономії може не грати таку важливу роль (або навіть взагалі ніякої)» .

Принцип автономії на практиці реалізується через правило інформованої добровільної згоди на медичне втручання, яка є «золотим стандартом» західної медицини. Добровільна згода на втручання означає часткову передачу пацієнту медичного знання, яким лікар більше не володіє одноосібно. Стосунки комерціалізуються і набувають вигляду контракту між споживачем пацієнтом і постачальником медичних послуг лікарем. Пацієнт і лікар ділять знання між собою, сфери відповідальності розмежовуються більш чітко. Так нормативно закріплюється незалежність один від одного (право на невтручання ззовні) і вимога користуватися власним розумом (право на самовизначення). Головними розробниками цих значень поняття автономії є Мілль і Кант. Моральність тут тісно пов'язана зі здатністю мислити абстрактно, тобто з теоретичним розумом. Саме на вищому ступені морального розвитку «з'являється орієнтація в загальних для

всіх принципах, передусім справедливості – людина стає здатною до дискурсу, вона може застосовувати методи обґрунтування норм, перевіряти принципи».

Багато сучасних вчених і мислителів критикують абстрактну мораль справедливості, натомість висловлюють ідею визнати обмеженість розуму і вказують на актуалізацію переходу до культурологічної інтерпретації біоетики. Альтернативним рішенням проблеми морального релятивізму в сучасній біоетиці є, з одного боку, практичний розум в дискурсивному просторі біоетики, який ще називається в західній філософській традиції фронезис або практична мудрість, і, з другого боку, етика турботи, яка надає важливе значення Іншому і приєднання до нього. Тут моральність людини асоціюється з якістю стосунку, з етичною настановою незнання і відкритості до Іншого, до нового, діалогічного обміну думками. Наприклад, в теорії Енгельгардта є ідея про те, що «...індивід, який вільно визначає свою моральну позицію, є не теоретичною цінністю, а емпіричною умовою біоетики» Таким чином, відкидається ідея знання наперед і поза контекстом, що є правильним, що ні, а автономія розуміється максимально конкретно.

ОГЛЯД РЕКОМЕНДАЦІЙ SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN 2020 *REVIEW OF SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN 2020 RECOMMENDATIONS*

Болюк М. В. (M. Boliuk) Галушко О. А. (O. Halushko)

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

Щодня кількість пацієнтів з COVID-19 невпинно зростає. З метою визначення показань, складу та особливостей проведення рідинної підтримки (РП) у хворих на COVID-19 проведено аналіз рекомендації викладених в Керівництві по веденню критично-хворих дорослих пацієнтів з COVID-19, оприлюдненому Рухом виживання при сепсисі (Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)).

Обговорення. Показаннями для проведення РП при COVID-19 є: нестабільність гемодинаміки, гіповолемічний і кардіогенний шок, ураження серця та супутні захворювання (особливо діабет та серцево-судинні захворювання). Для гострої ресуситації дорослих з COVID-19 та шоком, рекомендується використовувати не колоїди, а буферизовані та збалансовані кристалоїди. Щодо використання колоїдів, то рекомендації розділилися наступним чином: декстрини, желатини і розчини гідроксиетильованих крохмалів при COVID-19 не рекомендуються; альбумін може застосовуватися за спеціальними показаннями (наприклад, тяжка гіпоальбумінемія), але не рекомендований для рутинної і початкової ресуситації; переливання плазми реконвалесцентів видається перспективним методом, який може забезпечити пасивний імунітет від специфічних до SARS-CoV2 антитіл, але поки що через брак доказів не рекомендується для рутинного застосування. Щодо визначення об'єму РП, то для гострої ресуситації дорослих з COVID-19 та шоком, пропонують використовувати консервативну стратегію введення рідини. Зокрема, у мета-аналізі 11 рандомізованих клінічних досліджень (n = 2051 пацієнт), було показано, що хворі з РДС або сепсисом, що отримували рідину згідно консервативної

стратегії, мали меншу тривалість штучної вентиляції та коротший період перебування у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ), ніж пацієнти, яким проводили ліберальну стратегію рідини. При гарячці у хворих на COVID-19 пропонується використовувати парацетамол. У тяжких випадках розчин парацетамолу можна вводити внутрішньовенно в дозі до 4 г на добу. Контроль температури не знижує ризик смерті, тривалість перебування у ВІТ, але ефективний для зниження температури тіла і пов'язаних симптомів (головний біль, запаморочення, слабкість), що є важливим для підвищення комфорту пацієнтів.

Висновки. У лікуванні хворих на COVID-19 велике значення має застосування раціональної і збалансованої рідинної підтримки. Програму інфузії слід розраховувати не тільки з огляду на гемодинамічні ефекти, але й з урахуванням якості життя і максимального підвищення комфорту пацієнтів.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

ANALYSIS OF DIABETIC PATIENTS CLINICAL CHARACTERISTICS IN CASE OF ACUTE CORONARY SYNDROME

Болюк М. В. (M. Boliuk) Галушко О. А. (O. Halushko),

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

У пацієнтів з цукровим діабетом та ураженням органів мішеней 10-річний ризик серцево-судинної події >10 %, у решти пацієнтів з діабетом ризик виникнення серцево-судинних ускладнень теж високий і становить 5-10 %. Відповідно, анестезіологам, як в операційній, так і поза нею, доводиться працювати зі все більшим числом пацієнтів з поєднаною патологією (цукровим діабетом та ішемічною хворобою серця).

Мета. Визначити клінічні особливості пацієнтів з гострим коронарним синдромом та супутнім цукровим діабетом.

Матеріал і методи: для дослідження відібрано 20 медичних карт пацієнтів ДУ «Інститут серця МОЗ України». Критеріями включення в дослідження були: гострий коронарний синдром; цукровий діабет, тип 2. Критерії невключення – кардіогенний шок, тяжкі невиліковні супутні захворювання. В межах дослідження ретроспективно оцінювали наступні характеристики: вік, стать, ускладнення, супутню патологію, анамнез, дані огляду, результати лабораторних досліджень та ступінь пошкодження коронарних артерій. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням програмного пакету MS Excel.

Результати. Серед пацієнтів переважали чоловіки (n=16, 80 %) віком 60,62±9,28 років. Більшість пацієнтів мали надлишкову масу тіла (30 %) та ожиріння I ступеню (35 %). Пацієнтів з інфарктом міокарда було більше (n=14, 70 %), ніж із нестабільною стенокардією (n=6, 30 %). У структурі супутньої патології переважала гіпертонічна хвороба різних стадій та ступеню (n=14, 70 %). 95 % пацієнтів мали ознаки серцевої недостатності різного ступеню, серед них в 1 (5 %) пацієнта спостерігалася знижена функція лівого шлуночка.

Гіперглікемію на момент госпіталізації виявлено у 13 пацієнтів (65 %). Найвищий зафіксований рівень глюкози крові – 18,3 ммоль/л. Ознаки гіперкоагуляції зі зростанням рівня протромбінового індексу, зниженням протромбінового часу відзначалися у 5 % пацієнтів. Середнє значення тропоніну I становило – $13,15 \pm 23,81$ нг/мл. Під час діагностичної коронарографії мультисудинне ураження виявлено у 60 % пацієнтів.

Висновки. На підставі проведеного аналізу можна попередньо виділити наступні клінічні особливості у пацієнтів з гострим коронарним синдромом та супутнім цукровим діабетом: чоловіча стать, вік старший 60 років, надлишкова маса тіла чи ожиріння, супутня артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, багатосудинне ушкодження, епізоди гіперглікемії. Для більш детальних висновків необхідне продовження дослідження зі збільшенням розміру вибірки.

СУЧАСНІ МЕТОДИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

Боюка О. Ю., Матюха Л. Ф.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги

Актуальність. На сьогоднішній день актуальність теми серцево-судинних захворювань (ССЗ) обумовлена значною поширеністю як в Україні, так і в усьому світі. Цим захворюванням страждає 22,3% усього населення нашої планети (2017 рік). В Україні захворювання системи кровообігу стоять на першому місці і випереджають навіть онкологічні хвороби (68% у структурі смертності, Центр статистики МОЗ України). За інформацією Українського центру суспільних даних у 2018 році від хвороб системи кровообігу померло 387029 українців, з них 201292 – від атеросклеротичних ускладнень. Тенденція до зростання захворюваності на ССЗ прослідковується не лише в Україні, а в усьому світі, особливо в країнах з високим рівнем розвитку. Особливістю є те, що в останні десятиліття спостерігається значне зниження вікового цензу початку захворювання. Це пов'язано насамперед з наявністю таких факторів ризику як гіподинамія, неправильна харчова поведінка, куріння, артеріальна гіпертензія, ожиріння, метаболічні порушення, а також наявності стеатозу або неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Такі супутні патології як дисліпідемія, ожиріння і НАЖХП значно прискорюють розвиток ускладнень серцево-судинних захворювань, в тому числі ішемічної хвороби серця (ІХС), і сприяють розвитку серцевої недостатності (СН). Розвиток серцево-судинних захворювань у індивіда з наявністю факторів серцево-судинного ризику тривалий, але безперервно прогресуючий процес. На жаль, такі пацієнти звертаються уже при наявності клінічних симптомів ССЗ, а нерідко і серцевої недостатності. Зважаючи на це, сімейний лікар повинен проводити вчасну скринінгову діагностику у клінічно безсимптомних пацієнтів різних вікових груп, які мають фактори серцево-судинного ризику або відносного серцево-судинного ризику.

Мета: поширити серед сімейних лікарів інформацію стосовно ранньої діагностики серцево-судинних захворювань на первинній ланці медичної допомоги.

Обговорення: для діагностики захворювань серцево-судинної системи існує широкий спектр лабораторних та інструментальних методів дослідження. Лабораторні методи дозволяють виявити порушення ліпідного обміну – дисліпідемії - зміни у ліпідограмі, які сприяють розвитку атеросклеротичного процесу, вуглеводного обміну – підвищення рівня глюкози, а також індексу НОМА і глікозильованого гемоглобіну – маркерів інсулінорезистентності і цукрового діабету, системного запалення, яке сприяє ендотеліальній дисфункції – сечової кислоти та С-реактивного протеїну, а також оцінити функціональний стан щитоподібної залози (тиреотропний гормон), печінки (печінкові проби біохімічного дослідження) – ключових органів у формуванні факторів ризику, які пов'язані з порушенням обміну речовин. Визначення натрійуретичного пептиду - NTproBNP дозволяє виявити і оцінити наявність серцевої недостатності. NTproBNP – пептид, який синтезується міоендокринними клітинами передсердь у відповідь на збільшення об'єму крові, що надходить до серця і спричинює розтягування стінок передсердь. Печінкові проби біохімічного аналізу (аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, лужна фосфатаза, гамаглутамінтранспептидаза, білірубін і фракції) – показують активність стеатозу печінки або НАЖХП. До інструментальних методів діагностики серцево-судинних захворювань відносять УЗД органів черевної порожнини – метод дослідження, який дозволяє оцінити структурні зміни печінки, а саме - вираженості стеатозу і НАЖХП; ехокардіографію, спрямовану на дослідження морфологічних і функціональних змін серця і його клапанного апарату, а саме – лівого шлуночка (товщина стінки, фракція викиду, зміни клапанів), УЗД судин шії – для оцінки наявності атеросклеротичних змін методом визначення товщини комплексу інтима-медіа у каротидних артеріях. Ультразвукове дослідження брахіоцефальних артерій - це неінвазивний метод дослідження, який поєднує високу інформативність і низьку затратність для отримання попередньої інформації про ступінь ураження судин, характер кровотоку і стан оточуючих тканин.

Висновки: значна поширеність серцево-судинних захворювань, а також наявність уже в молодому працездатному віці факторів ризику ССЗ – це серйозна медична та соціально-економічна проблема, яка потребує вирішення шляхом профілактики перш за все на первинному рівні медичної допомоги. На сьогодні в Україні відсутні скринінгові програми для ранньої діагностики ССЗ у молодих людей без клінічних проявів на первинній ланці. Сімейний лікар у своїй практиці може виявляти пацієнтів з наявними факторами ризику, застосовуючи широкий спектр лабораторних та інструментальних методів діагностики.

ПАТОГЕНЕЗ РОЗВИТКУ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Бордонос К.С.

Куратор : професор М'ясоєдов Станіслав Дмитрович

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра онкології

Вступ. Рак яєчників є однією з найбільш летальних пухлин, для якої властивим є специфічний патогенез залежно від морфологічного типу пухлини. Шанси на виживання можна покращити шляхом скринінгу. Але на

сьогоднішній день, на жаль, жодне рандомізоване дослідження не продемонструвало зниження смертності. Ми вважаємо, що однією з головних причин цього є те, що патогенезу розвитку раку яєчників є недостатньо вивчений.

Мета: розширене вивчення сучасних методів патогенезу, профілактики, скринінгу задля діагностування данного новоутворення на ранніх стадіях.

Матеріали та методи. Здійснений систематичний пошук в електронній базі даних літератури Medline щодо патогенезу та профілактики раку яєчників.

рацій; процедури другого погляду; та паліативна хірургія розглядаються. Також обговорюються показання до збереження фертильності та малоінвазивної хірургії, а також сучасні рекомендації з профілактичної хірургії у носіїв мутацій з високим ризиком

Хірургічна тактика лікування передбачає оцінку групи ризику та фертильної здатності жінки. Для жінок з високим ризиком розвитку рака яєчника найбільш дієвим засобом профілактики розвитку раку яєчника є двостороння сальпінгектомія. На даний час проводяться циторедуктивні, паліативні оперативні втручання.

Висновки Згідно даних NCCN, ESMO план профілактичного скринінгу не є достатньо розробленим. Але щорічні профілактичні огляди в гінеколога, трасвагінальне ультразвукове дослідження органів малого тазу, визначення онкомаркери СА 125 грають важливу роль в діагностиці раку яєчників на ранній стадії. Мутації, що властиві для пухлини типу I, не виявляються у пухлинах типу II. Ці знання допоможуть сформулювати нові підходи до ранньої діагностики та нові методи лікування. Нова модель патогенезу сформована на основі патологічних та молекулярно-генетичних досліджень. Знання патогенезу різних типів раку яєчників також потенційно може призвести до більш цілеспрямованих терапевтичних втручань. Очевидно, що морфологічне різноманіття, властиве пухлинами яєчників, вказує на те, що в процесі канцерогенезу різних за морфологією пухлин активуються різні механізми розвитку атипії. У міру поглиблення наших знань про канцерогенез яєчників будуть відкриті додаткові молекулярно-генетичні шляхи. У майбутньому важливим буде з'ясувати та охарактеризувати додаткові молекулярно-генетичні шляхи, щоб адаптувати підходи до раннього виявлення та лікування.

MEDICINES AND DIETARY SUPPLEMENTS AS IMPORTANT FACTORS IN THE TREATMENT OF PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Biloklytska Galyna, Viala Svitlana

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Department Therapeutic Dentistry

In recent decades, Ukraine has seen an increase in the incidence of periodontitis among people of working age - bleeding gums, damaged and lost teeth, annoying bad breath. Of course, it is important for G. Biloklytska and K. Gorgol to know the anatomy and physiology of periodontium, its development and functions, clinic and diagnosis of periodontal diseases and methods of treatment. However, these researchers pay considerable attention to the prevention

of periodontal disease and oral hygiene. This is especially true for people with diabetes. Among them, only 20% have no changes in the vascular walls of the periodontium, which increases the risk of gum disease. At patients with periodontitis the microcirculation in small vessels of a periodontium worsens, that is - transportation of oxygen and nutrients is broken, removal of final products of a metabolism becomes complicated. The ECSC / EASD clinical guidelines state that in diabetes, prediabetes and cardiovascular diseases it is necessary to use vitamins and trace elements that contribute to the treatment and prevention of such pathology in patients with diabetes as periodontitis. The market of relevant medicines (89%) and dietary supplements (11%) in the country is developed: you can buy them in pharmacies, supermarkets, order through Internet services. According to the results of sales in 2019, the total volume of the mineral additives segment amounted to 10.8 million packages (or UAH 809 million). Mineral supplements, registered as dietary supplements, make up 11% of the segment in packaging and 13% in money. The segment of mineral supplements registered as medicines has been declining in packaging (since 2013), but is constantly growing in money. The segment of dietary supplements tends to grow steadily in packaging (since 2014), and is also growing in money. The most popular medicines and dietary supplements are those based on calcium (36% in the group of dietary supplements, 22% in the segment of medicines) and magnesium (42% in the segment of medicines and 12.26% in the segment of dietary supplements). Decreased content of such a trace element as magnesium in the human body, according to G. Biloklytska and A. Kopchak, causes changes in the hard tissues of the teeth. Selenium (23%) was among the top three most popular mineral supplements in the segment of dietary supplements, while it took the sixth place in the segment of medicines. The same is the case with zinc-based supplements, which account for about 9% of the mineral supplement segment and less than one percent of the medicines segment. Iron supplements are more widely represented in the segment of mineral supplements (11.6%), and in the segment of dietary supplements 2.7 times less (4.3%). In general, the range of mineral supplements registered as dietary is diverse, and includes medicines that are not represented in the segment of medicines (silicon, copper, silicon, sulfur, chromium, etc.). We have found that the proportion of dietary supplements that contain calcium is noticeably increasing. Positive dynamics is observed with dietary supplements containing magnesium, selenium and zinc. Copper - one of the vital trace elements that regulates blood sugar, is involved in the production of thyroid hormones (thyroxine) and others. Copper-based dietary supplements are not presented in the segment of medicines. But in 2019, the Ukrainian segment of dietary supplements was represented by only one relevant brand - COPPER ACTIVE (composition: copper asparagine, iron fumarate, vitamin B9, vitamin C). Last year, the sale of products of another Ukrainian brand was started - SULFUR ACTIVE FROM ELITE PHARM (composition: 30 mg of sulfur, vitamins B1, B2, B6, E). Sulfur has antimicrobial properties, suppresses inflammation (especially in the oral cavity

during gingivitis and periodontitis), has antiparasitic properties, strengthens the immune system and more. Selenium from the Ukrainian manufacturer ELIT-PHARM has the largest share among dietary supplements. The Ukrainian pharmaceutical market is saturated with both medicines and mineral dietary supplements. Sales of dietary supplements are growing. The range is diverse. However, the range of mineral supplements available in pharmacies should be expanded. At the same time, dentistry needs new combined tools, especially when it comes to periodontal disease in diabetics.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ FEATURES OF COVID-19 IN ONCOLOGICAL PATIENTS

*Дуда О. К. (O. Duda), Вега А. Р. (A. Vega),
Манжелєєва І. В., (I. Manzhelieieva), Коцюбайло Л. П. (L. Kotsyubaylo),
Чібісов Л. П. (L. Chibisov)*

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

Актуальність. У грудні 2019 року новий штам коронавірусів, який отримав назву *severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2)*, був виділений з кількох пацієнтів із *COronaVirus Disease 2019 (COVID-19)*. Клінічні особливості пацієнтів з COVID-19 вказують на те, що зараження SARS-CoV-2 викликає важкі, а іноді і фатальні випадки інфекції, з розвитком гострого ураження легень та частою потребою в проведенні інтенсивної терапії та оксигенотерапії. Відомо, що імунна відповідь при COVID-19 включає всі компоненти імунної системи, які в сукупності відповідають за елімінацію вірусів та звільнення організму від інфекції. Особливості імунологічних механізмів при COVID-19 потребує більш поглибленого вивчення для визначення нових підходів до лікування та профілактики захворювання.

Мета дослідження: визначити особливості перебігу COVID-19 у пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Матеріали і методи. У даному дослідженні проаналізовано клініко-лабораторні дані 10 пацієнтів, які були госпіталізовані в КНП «КМКЛН№4» з діагнозом COVID-19 та наявною супутньою онкологічною патологією (дослідна група). В якості контрольної групи ми відібрали 11 онкологічних хворих без COVID-19. Діагноз був підтверджений методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) зі зворотною транскрипцією в режимі реального часу. Матеріалом для дослідження слугували мазки з слизової оболонки носоглотки та/або ротоглотки, мокротиння. Статистична обробка даних проводилася за допомогою пакета програм Statistica 6.0.

Результати дослідження. Серед 21 учасника дослідження 9 (42,9%) було чоловіків, а жінок відповідно - 12 (57,1 %). Всі хворі дослідної групи при аналізі зображень, отриманих при комп'ютерній томографії органів грудної порожнини, мали патологічні зміни легень: двосторонні зміни за типом «матового скла» та субсегментарні зони високої щільності. Лабораторне обстеження показало значне збільшення С-реактивного білка у пацієнтів з COVID-19 (152,5 проти 76,5,

$p = 0,0029$). Підвищення рівня прокальцитоніну, як правило, було пов'язано з більш високим ризиком смерті (тест Фішера $p = 0,16$). Т-клітини відіграють фундаментальну роль у зараженні SARS-CoV-2. Основним маркером, асоційованим з цією хворобою, є лімфопенія з різко зниженою кількістю CD4 і CD8 Т-клітин у середньоважких та важких випадках COVID-19. Попередні дослідження показали переважне виснаження Т-клітин CD8, що може корелювати з тяжкістю захворювання.

Висновок. Дані отримані в ході нашого дослідження продемонстрували, що COVID-19 у онкологічних пацієнтів пов'язана з CD4 Т-клітинною лімфопенією з індукцією запальної Т-клітинної відповіді, а також, із значним підвищенням рівнів С-реактивного білка та зниженням концентрації альбуміну. Варто зазначити, що наведені результати є попередніми і потребують подальшого вивчення.

**ПРОГНОЗУВАННЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19
В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ НА ОСНОВІ ІДЕНТИФІКАЦІЇ
ПАРАМЕТРІВ У SIR-МОДЕЛЯХ**
FORECASTING OF COVID-19 PANDEMIC IN TERNOPIL REGION ON THE
BASIS OF PARAMETER IDENTIFICATION IN SIR-MODELS

Вегера І. А. (I. Vehera), Сверстюк А. С. (A. Sverstiuk)

Науковий керівник: доктор техн. наук, проф. В. П. Марценюк

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

Кафедра медичної інформатики

Актуальність. Протягом 2020 року в суспільстві спостерігається стрімке розповсюдження пандемії, яка спричинена вірусом COVID-19. Тому надзвичайно актуальним є проведення швидкого аналізу та прогнозування епідемічної ситуації з прийняттям адекватних рішень по мобілізації та управлінню усіма наявними засобами протидії з метою виявлення, локалізації та ліквідації епідемічних осередків COVID-19 з мінімізації соціальних наслідків. У цих умовах особливого значення набувають випереджувальні наукові дослідження з аналізу і прогнозування вірогідних сценаріїв розвитку пандемії COVID-19

Матеріали і методи. Вхідними даними для аналізу та прогнозування розповсюдження пандемії COVID-19 служили показники ДУ "Тернопільський обласний лабораторний центр МОЗ України". Аналіз і прогнозування розповсюдження цієї пандемії у Тернопільській області здійснено на основі SIR-моделі в пакеті R.

Результати. Отримано результати експериментальних досліджень кількості прогнозованих випадків інфікування та осіб, які одужали, з використанням SIR-моделі розповсюдження пандемії COVID-19 на основі лінійних і нелінійних диференціальних рівнянь на 60, 100 та 1000 днів.

Висновки. Проведено дослідження впливу розміру популяції на досягнення максимального значення кількості інфікованих осіб (піку епідемії). Пік пандемії COVID-19 в Тернопільській області, на підставі інформації, яка надана ДУ "Тернопільський обласний лабораторний центр МОЗ України" на період з 01.03. по 5.05.2020 р., мав би настати на 85-у добу, тобто приблизно 16.05.2020 р.,

згідно з прогнозуванням пандемії COVID-19 на основі SIR-моделі з використанням нелінійних диференціальних рівнянь, а насправді припав на 06.05.2020 р. Абсолютна похибка прогнозування піку пандемії COVID-19 в Тернопільській області на основі SIR-моделі з використанням нелінійних диференціальних рівнянь становить 10 днів, що пояснюється введенням своєчасних та ефективних заходів Центром громадського здоров'я МОЗ України та ДУ "Тернопільський обласний лабораторний центр МОЗ України".

ВПЛИВ ВІРУСІВ ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ **INFLUENCE OF VIRUSES IN HYPERPLASTIC ENDOMETRIAL PROCESSES**

Верещачіна Т.В. (T. Vereshchahina), Сопель В. В. (V. Sopol),

Ониськів Б. О. (B. Onyskiv), Бегош Б. М. (B. Behosh)

Науковий керівник доктор медичних наук, професор А.В. Бойчук.

Тернопільський НМУ імені І.Я. Горбачевського

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

акушерства та гінекології

Актуальність. За даними наукової літератури гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) складають 15-40% усієї гінекологічної патології. Вивчення результатів наукових досліджень, на нашу думку, вказує на доцільність подальшого вивчення проблеми ролі вірусної інфекції як етіопатогенетичного чинника у виникненні ГПЕ, а також дослідження спектру вірусного інфікування та ролі окремих вірусів у виникненні та рецидивуванні ГПЕ.

Мета дослідження. Розширення можливості прогнозування перебігу та перспектив превентивного лікування рецидивів при ГПЕ.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 60 пацієнток гінекологічного відділення КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2», які звертались за медичною допомогою впродовж 2017-2019 рр. з приводу гіперпластичних процесів ендометрія у репродуктивному віці. Після повного видалення патологічно зміненої тканини ендометрія за допомогою гістероскопії, проводилось його гістологічне дослідження із підтвердженням діагнозом ГПЕ відповідно до класифікації патології ендометрія ВООЗ (2014р.). Усі діагностичні та лікувальні маніпуляції проводились відповідно до протокола схваленого комітетом з біоетики (№53/03.06.2019).

Результати дослідження. При гістологічному дослідженні різних видів гіперплазій ендометрію у 74% випадків ($p < 0,05$) був виявлений плоскоклітинний компонент (ознаки метаплазії). Зважаючи на те, що цитоплазматична вакуолізація епітелію часто характерна для койлоцитів, які формуються під впливом вірусу в ектоцервікальному епітелії, ми провели літературний пошук різних проявів гіперплазії ендометрія і намагались встановити наявність вірусних елементів ураження у хворих на різні види гіперплазії. Стало відомо, що віруси беруть участь у патогенезі гіперплазії ендометрію. Цілком ймовірно, що вони існують в епітеліоцитах не тільки як «пасажир», а також як етіологічний чинник.

Висновки. У жінок дітородного віку з ГПЕ виявлена типова для ураження вірусом морфологічна зміна ендометрію – мультинуклеація, багато ядерність та койлоцитотична атипія. Наявність інфекційних патогенів в ендометрії пацієнток

з ГПЕ можна розцінити як один з можливих тригерів розвитку гіперпластичних процесів.

EVALUATION OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE HYPOTHYROIDISM AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Gavrylenko V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Kyiv City Clinical Endocrinological Center

Objective: to evaluate the effectiveness of comprehensive treatment of patients with postoperative hypothyroidism (PH) and non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD).

Materials and methods: 40 patients (including 20 men, 20 women) aged 42 ± 6 years with PH and NAFLD were examined. Patients were divided into 2 groups: 1 - main (n = 20) and 2 - control (n = 20). Prior to the study and after 1 month, the level of total cholesterol (TH), triglycerides (TG), low-density lipoprotein (LDL), alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) was determined. Patients in both groups were prescribed levothyroxine sodium (125 - 175 μg / day). Additionally, the 1st group of patients received Arginine hydrochloride 42 mg / ml according to the scheme 200 ml / day - 15 days, the next 15 days L-arginine aspartate 200 mg / ml 5 ml / day. And the control group received only levothyroxine sodium.

Results: The level of TH in 1 group decreased from 7.1 ± 0.8 to 6.7 ± 0.4 mmol / l, and in 2 - from 7.2 ± 0.7 to 6.97 ± 0.35 mmol / l. In the 1st group TG decreased from 3.9 ± 0.4 mmol / l to 3.5 ± 0.3 mmol / l, and in the 2nd - from 3.8 ± 0.5 mmol / l to 3.7 ± 0.1 mmol / l. LDL in group 1 decreased from 5.9 ± 1.4 to 5.5 ± 1.2 mmol / l, in the 2nd - from 5.8 ± 1.3 to 5.7 ± 1.4 mmol / l. The level of ALT in group 1 decreased from 47.5 ± 1.82 to 40.1 ± 1.73 IU / l, the level of AST decreased from 41.3 ± 1.52 to 39.8 ± 1.33 IU / l, in no changes in AST and ALT levels were observed in the control group.

Conclusions: comprehensive treatment of patients with PH and NAFLD contributed to the improvement of liver transaminases (reduction of AST, ALT), as well as the normalization of the lipid profile (reduction of TC, TG and LDL).

РІВЕНЬ ГЛІКОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ, ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

LEVEL OF GLYCATED HEMOGLOBIN IN PATIENTS WITH COMORBID COURSE OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS, OBESITY AND CHRONIC PANCREATITIS

Гевко У. П. (U Hevko), Максів Х. Я. (K Maksiv), Марущак М. І. (M Marushchak)

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського

Кафедра функціональної і лабораторної діагностики

Цукровий діабет 2 типу (ЦД2) є складною проблемою охорони здоров'я, яка останні кілька десятиліть викликає занепокоєння міжнародного рівня. Причин

наростаючої епідемії ЦД2 багато, включаючи старіння населення, стрімкий економічний розвиток, урбанізацію, неправильні харчові звички та малорухливий спосіб життя. Хоча генетична архітектура може частково визначити розвиток ЦД2, головними рушіями глобальної епідемії ЦД2 залишаються вище перелічені чинники. Науково доведено, що 86 % дорослих осіб з ЦД2 мають зайву вагу або страждають ожирінням, з них 52 % мають ожиріння та 8,1% - морбідне ожиріння. Слід враховувати, що основна функціональна діяльність із забезпечення вуглеводного і жирового обмінів припадає на печінку і підшлункову залозу, які відіграють ключову роль у розвитку інсулінорезистентності та дисліпідемії. Тому, метою нашого дослідження було проаналізувати рівень глікемії у хворих на коморбідний перебіг ЦД2, ожиріння та хронічного панкреатиту за показником глікованого гемоглобіну (HbA1c). У дослідження було включено 579 хворих на ЦД2, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні у 2018-2019 рр. Верифікація ЦД2 базувалась на рекомендаціях Американської діабетичної асоціації (2019), хронічного панкреатиту (ХП) на Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічний панкреатит» та рекомендаціях American Pancreatic Association. Індекс маси тіла розраховували за формулою: маса тіла (кг) / зріст (м²). Дані інтерпретували відповідно до рекомендацій ВООЗ. Концентрацію глюкози визначали за допомогою стандартного набору на автоматичному біохімічному аналізаторі фірми COBAS INTEGRA® 400 (Roche Diagnostics).

Зважаючи на неправильний розподіл кількісних характеристик, їх описову статистику здійснювали у вигляді розрахунку медіани (Me) та нижнього (Lq) та верхнього (Uq) кватилей. Дослідження показників вуглеводного обміну у хворих на ЦД2 різних груп вказує на вірогідну різницю рівня HbA1c при проведенні аналізу рангових варіацій Крускала-Уолісса. При цьому, рівень HbA1c у пацієнтів із ЦД2 з нормальною масою тіла без ХП (1 група) становив 8,55 (7,20; 10,30) %, відповідно із ЦД2 з нормальною масою тіла із супутнім ХП (2 група) - 9,80 (8,47; 11,80) %, із ЦД2 з надмірною масою тіла без ХП (3 група) - 8,40 (7,50; 9,90) %, із ЦД2 з надмірною масою тіла із супутнім ХП (4 група) - 9,30 (8,05; 10,57) %, із ЦД2 з ожирінням без ХП (5 група) - 8,43 (7,20; 9,70) % та із ЦД2 з ожирінням із супутнім ХП (6 група) - 8,30 (7,30; 9,50)%. При множинному порівнянні рівня HbA1c між досліджуваними групами даний показник вірогідно відрізнявся у пацієнтів 2 і 3 (p=0,021), 2 і 5 (p=0,003) та 2 і 6 (p=0,008) груп з найвищим значенням у хворих на поєднаний перебіг ЦД2 та ХП. Високий рівень HbA1c при коморбідному перебігу ЦД2 і ХП можна пояснити тісним взаємозв'язком між високим рівнем глюкози та запаленням, посилення якого спостерігається у хворих на ХП.

Висновок. Поєднаний перебіг ЦД2 та ХП характеризується найвищим значенням глікованого гемоглобіну.

THE ROLE OF PSYCHOEDUCATION IN THE TREATMENT OF COMORBID INSOMNIA OF PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Herasymiuk I.

Supervisor: doctor of medical sciences, professor O. Venger
Higher State Educational Establishment of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"
Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology

Psychoeducation may be defined as the education of a person with a mental disorder regarding the symptoms, treatments, and prognosis of that illness. Observational studies suggest that insomnia might be associated with an increased risk of depression with inconsistent results. This study aimed at conducting an analysis and observation of patients to evaluate the effectiveness of psychoeducation in such a cohort of patients. The efficacy of psychoeducational interventions as a means of helping people with recurrent depressive disorder when added to standard care, compared with the efficacy of standard care alone, was measured using pathopsychological examination and interventions that offer psychoeducational information about disorders and feedback to individuals based on screening tests. Participants were 45 adults (age $M \pm SD = 46.6 \pm 12.6$, 73.0% female) with insomnia and MDD who received antidepressant pharmacotherapy and were randomized to session of psychoeducation for insomnia or control conditions over 4 weeks with 6 months follow-ups. Depression and insomnia severity were assessed at baseline, biweekly during treatment, and 4 months thereafter. Sleep effort and beliefs about sleep were also assessed. Growth mixture modeling revealed three trajectories: Partial-Responders (68.9%) had moderate symptom reduction during early treatment (p value $< .001$) and maintained mild depression during follow-ups. Initial-Responders (17.6%) had marked symptom reduction during treatment (p values $< .001$) and low depression severity at posttreatment, but increased severity over follow-up (p value $< .001$). Optimal-Responders (13.5%) achieved most gains during early treatment (p value $< .001$), continued to improve (p value $< .01$) and maintained minimal depression during follow-ups. The classes did not differ significantly on baseline measures or treatment received, but differed on insomnia-related measures after treatment began (p values $< .05$): Optimal-Responders consistently endorsed the lowest insomnia severity, sleep effort, and unhelpful beliefs about sleep. Insomnia and major depressive disorders often co-occur, and such comorbidity has been associated with poorer outcomes for both conditions. Three depression symptom trajectories were observed among patients with comorbid insomnia and MDD. Results show a small, but significant, effect on depression.

ОЦІНКА ВИРАЗНОСТІ СПОНТАННОЇ БОЛЬОВОЇ РЕАКЦІЇ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ КРІОКОНСЕРВОВАНОГО ЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ТА ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ У ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

EVALUATION OF THE SEVERITY OF SPONTANEOUS PAIN RESPONSE TO THE USE OF CRYOPRESERVED PLACENTA EXTRACT AND DICLOFENAC SODIUM IN RATS WITH EXPERIMENTAL RHEUMATOID ARTHRITIS

Гладких Ф. В. (F. Hladkykh), Михайлова І. П. (I. Mykhailova),

Манченко А. О. (A. Manchenko)

Науковий керівник: к. мед. н., старший дослідник Чиж М. О.
Інститут проблем кріобіології і кріомедицини Національної академії наук України
Відділ експериментальної кріомедицини

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я 40,0 % звернень планового порядку та до 50,0 % звернень при невідкладних станах пов'язані із різними больовими синдромами. При цьому основними засобами в лікуванні больових синдромів до сьогоднішнього дня залишаються нестероїдні протизапальні препарати (НПЗЗ) [Топчий Н.В., 2014]. Тим не менш, чисельні клінічні дослідження свідчать про наявність у останніх низки побічних ефектів, насамперед, підвищення ризику виникнення шлунково-кишкових кровотеч та інфаркту міокарда [Попов О.С. та ін., 2017; McGettigan P. Et al., 2011].

Мета дослідження: охарактеризувати вплив кріоконсервованого екстракту плаценти (КЕП) на аналгетичну активність диклофенаку натрію (Д-На) за інтенсивністю спонтанної больової реакції у щурів з ад'ювантним артритом (АА).

Матеріали і методи. Дослідження проведено на 28 щурах-самцях, розділених на 4 групи: I – інтактні щури (n=7), II (контроль) – щури (n=7) без лікування, III – щури (n=7), ліковані Д-На (8,0 мг/кг, внутрішньошлунково (в/шл)), IV – щури (n=7), ліковані Д-На (8,0 мг/кг, в/шл) та КЕП (0,16 мл/кг, внутрішньом'язово (в/м)). АА у щурів моделювали субплантарним введенням повного ад'юванту Фрейнда («0» день). Лікування АА проводили з 14 по 28 день. Д-На («Диклофенак», ПрАТ "Хімфармзавод «Червона зірка»", ТОВ "Фармацевтична компанія «Здоров'я»", Україна) вводили кожен день. КЕП («Кріоцелл-кріоекстракт плаценти», ДП «МНЦ кріобіології і кріомедицини НАН, НАМН та МОЗ України», Україна) вводили в/м з інтервалом 2 дні (усього 5 ін'єкцій), відповідно на 14, 17, 20, 23 та 26 дні. Інтенсивність спонтанної больової реакції визначали за допомогою приладу «Тестер інвалідності» (*Incapacitance Tester MkV*, «Linton Instrumentation», Великобританія) з подальшим розрахунком індексу інвалідності [Попов О.С. та ін., 2017; McDougall J.J., 2006]. Аналгетичну активність визначали за здатністю досліджуваних засобів зменшувати інтенсивність спонтанної больової реакції у тварин, що виявлялось збільшенням індексу інвалідності.

Результати дослідження. Дослідження показало, що на 14 добу експерименту у щурів контрольної групи (АА без лікування) відмічалось статистично вірогідне ($p = 0,009$) зниження інтенсивності спонтанної больової реакції на 38,7 % відносно вихідних показників та індекс інвалідності становив $0,291 \pm 0,007$, що обумовлено розвитком запального процесу, індукованого введенням ад'юванту Фрейнда. Монотерапія Д-На щурів з АА призвела до статистично вірогідного ($p = 0,01$) збільшення на 28 добу експерименту індексу інвалідності на 40,0 % відносно показників на 14 добу, що узгоджувалось зі зниженням активності запального процесу. Комбіноване застосування Д-На та КЕП призвело до ще більшого зростання індексу інвалідності у щурів з АА на 28 добу експерименту, відповідно на 51,9 % ($p = 0,009$) відносно показників на 14 добу, що практично співставлялось з показниками інтактних тварин.

Висновки. Комбіноване застосування Д-На та КЕП супроводжується виразнішою на 10,7 % аналгетичною дією порівняно з монотерапією Д-На АА у щурів. Це може вказувати на підвищення аналгетивної активності досліджуваного НПЗЗ на тлі застосування КЕП.

СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ РЕТИНОПАТІЮ ПРИ ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

**THE STATE OF CELL IMMUNITY IN INSULIN-DEPENDENT
DIABETIC PATIENTS WITH DIABETIC RETINOPATHY**

Гореча М. Ю. (M. Horecha)

Науковий керівник д.мед.н., проф. Лаповець Л. Є.
Національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра клінічної лабораторної діагностики

Актуальність теми: Світова статистика останніх років свідчить про стрімкий ріст захворюваності на цукровий діабет серед населення. У зв'язку із цим, діабетична ретинопатія, основне ускладнення цукрового діабету з боку органу зору, займає одне з провідних місць серед відомих причин зниження зору та сліпоти, а число випадків втрати зору в результаті цього ускладнення зберігає стійку тенденцію до постійного зростання.

Метою роботи було вивчення стану клітинного імунітету у інсулін залежних хворих із діабетичною ретинопатією.

Матеріали та методи дослідження: Проведено клініко-лабораторне обстеження 60 інсулін залежних хворих на діабетичну ретинопатію. Середній вік хворих становив від 20 до 55 років. Отримані лабораторні показники порівнювали з контрольною групою, в яка ввійшли 20 практично здорових осіб. У всіх обстежених осіб визначали кількість лейкоцитів (L), підраховували лейкоцитарну формулу (загальноприйнятими методами), вміст популяцій і субпопуляцій лімфоцитів з використанням моноклональних антитіл до CD3⁺ (Т-лімфоцити), CD4⁺ (Т-хелпери), CD8⁺ (Т-цитотоксичні/супресори), CD19⁺ (В-лімфоцити), CD23⁺ (активовані В-лімфоцити), CD25⁺ (активовані Т-лімфоцити), CD56⁺ (NK-клітини) в реакції непрямой імунофлюоресценції з антитілами міченими флюоресцеїнізотіоціанатом (ФІТЦ). Фенотипування лімфоцитів периферичної крові проводилось методом непрямого імунофлюоресцентного визначення за допомогою моноклональних антитіл виробництва Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р. Е. Кавецького, Україна. Підрахунок популяцій та субпопуляцій лімфоцитів проводили за допомогою люмінесцентного мікроскопу з фазавоконтрастною приставкою (Люмам-8).

Результати дослідження. В результаті наших досліджень ми виявили активацію Т-системи імунітету, що проявлялась у збільшенні популяції Т-цитотоксичних лімфоцитів у 1,9 раза вище рівня у здорових осіб. Рівень активованих Т-лімфоцитів був у 2,8 раза вищим за показник норми. Ми відмітили також виражену активацію В-ланки імунітету. Так рівень В-лімфоцитів у обстежених нами хворих був в 1,8 раза вище норми (0,66±0,03 проти 0,37±0,02).

Вміст активованих В-лімфоцитів був у 4 рази вищим за норму. Зростав у групі нами обстежених хворих і рівень NK-клітин (в 4,6 рази вище ніж у групі контролю).

Висновки. Отже, для імунного статусу інсулін залежних хворих із діабетичною ретинопатією характерні реакції гіперчутливості IV типу та виражена активація гуморальної ланки імунітету.

**СТРУКТУРНА ПЕРЕБУДОВА СУДИН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО
РУСЛА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В УМОВАХ
ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОГО ОБТУРАЦІЙНОГО ХОЛЕСТАЗУ
STRUCTURAL RECONSTRUCTION OF MICROCIRCULATOR VESSELS
ROAD OF THE DUODENUM IN THE CONDITIONS OF EXPERIMENTAL
OBTURIAL CHOLESTASIS**

*Грабчак С. О. (S.O. Grabchak), Беденюк А. Д. (A.D. Bedenyuk),
Смачило І. І. (I.I. Smachylo)*

Науковий керівник: д.м.н., проф. Беденюк А.Д.

Тернопільський НМУ імені І. Я Горбачевського

Кафедра хірургії № 1 з урологією та малоінвазивною хірургією

Актуальність. Обтураційний холестаз є тяжким ускладненням захворювань органів гепатопанкреатобіліарної системи і часто зустрічається у клінічній практиці. Поширеність даної патології, труднощі її діагностики, лікування та профілактики, незадоволеність клініцистів результатами лікування поглиблюють актуальність вказаної проблеми. Варто зазначити, що невирішеними при цьому залишається ціла низка питань. Обтураційний холестаз супроводжується вираженими структурними змінами судинного русла органів і тканин. При цьому судинні розлади є ранніми і мають характерні морфологічні ознаки. Судини гемомікроциркуляторного русла, де проходить транскапілярний обмін, відіграють важлива роль не лише у трофічному забезпеченні тканин та клітин органів, так і у патоморфогенезі їх ушкоджень. На нашу думку дана патологія досліджена недостатньо і потребує більш детального дослідження.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей структурної перебудови судин гемомікроциркуляторного русла дванадцятипалої кишки в різні строки обтураційного холестазау.

Матеріали та методи. В експерименті використано 16 статевозрілих свиней-самців в'єтнамської породи, які були поділені на 4 групи. 1 група складала 6 практично здорових свиней, яким здійснювали лапаротомії, 2–3 тварини, у яких забирали матеріал для дослідження через 3 доби механічної жовтяниці, 3 – 3 свині з 7 добовою механічною жовтяницею, 4–4 тварини з 28-денним обтураційним холестазом. Механічну жовтяницю моделювали за запропонованим нами способом (Гнатюк М. С. 2013). Всі оперативні втручання проводили в умовах тіопенталонатрієвого наркозу та з дотриманням правил асептики та антисептики. Евтаназію дослідних тварин проводили кровопусканням в умовах вказаного вище наркозу. Гемомікроциркуляторне русло дванадцятипалої кишки вивчали за допомогою ін'єкції її судин туш-желатиною сумішшю. Туш-желатинову суміш вводили через черевну аорту. Через 3–4 години після заповнення кровоносного русла дванадцятипалої кишки вказаною вище сумішшю проводили забір її шматочків, які

фіксували у 10,0% розчині нейтрального формаліну протягом 2 тижнів. На заморожуючому мікротомі виготовляли зрізи товщиною 30–40 мкм, які зневоднювали в етилових спиртах зростаючої концентрації, просвітлювали у метиленовому ефірі саліцилової кислоти і поміщали в полістирол. Виготовлені за такою методикою мікропрепарати вивчали за допомогою бінокулярного мікроскопа МБР-3 при різних збільшеннях. Із частини спостережень із заповненими судинами туш-желатиновою сумішшю виготовляли гістологічні мікропрепарати, забарвлені гематоксином-еозином. Морфометрично визначали діаметри артеріол, передкапілярних артеріол, гемокапілярів, закапілярних венул, венул, щільність судин гемомікроциркуляторного русла на 1 мм² дванадцятипалої кишки дослідних тварин. Кількісні показники обробляли статистично.

Результати. Отримані нами морфометричні показники досліджуваних судин свідчили, що обтураційний холестаз призводить до вираженої структурної перебудови судин мікро та гемоциркуляторного русла дванадцятипалої кишки. При цьому слід зазначити, що мікросудини приносної та обмінної ланок звужуються, а виносної частини мікрогемоциркуляторного русла – виражено розширюються. Виражене розширення закапілярних венул та венул призводило до венозного повнокров'я, яке обумовлювало набряк у судинних стінках та в перивазальній стромі, що підтримувало та посилювало стан гіпоксії. Останнє сприяло збільшенню набряку і призводило до дистрофічних, некробіотичних змін клітин та тканин. Мікроскопічно венозні мікросудини гемомікроциркуляторного русла звивисті, розширені, з нерівномірним просвітом, повнокровні. У даних судинах місцями спостерігали стази, тромбози, діapedезні крововиливи. Відмічались у стінці дванадцятипалої кишки також осередки із зменшенням кількості мікросудин та безсудинні зони. Гістологічно у стінці дванадцятипалої кишки виявилися виражені судинні розлади, набряк строми, вогнища дистрофічно і некробіотично змінених епітеліоцитів і ендотеліоцитів, осередки інфільтрації, проліферація ендотеліоцитів. Останнє підтверджувало наявність гіпоксії. У деяких судинах спостерігались вогнища фібриноїдного набухання та некроз, що свідчило про їхнє виражене пошкодження.

Висновки. Обтураційний холестаз призводить до структурної перебудови судин мікрогемоциркуляторного русла дванадцятипалої кишки, яка характеризується вираженим звуженням приносної (артеріол, передкапілярних артеріол) та розширенням закапілярних венул і венул, венозним повнокров'ям, гіпоксією, дистрофією, некробіозом клітин і тканин. Вираженість структурної перебудови судин мікро та гемоциркуляторного русла дванадцятипалої кишки прямо пропорційно до тривалості обтураційного холестазу.

BEST TARGET GROUP OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER AND LIVER METASTASIS FOR SIMULTANEOUS SURGERY

Grytsenko S.

Тернопільський національний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України
Кафедра хірургії №1 з урологією та малоінвазивною хірургією
ім. Л. Я. Ковальчука

Introduction: Approximately 25% of patients with colorectal cancer (CRC) at the time of primary diagnosis already have synchronous liver metastasis (LM), which is the most common organ (60%) for distant metastasis of CRC. Surgery is cornerstone in radical treatment of such patients; however, it depends not only on it. Despite the lack of randomized studies, successful result depends on not only surgical treatment but also on location and the biology of the tumor.

Aims & Methods: The aim of this study is to identify best target group of patients with colorectal cancer and liver metastasis for simultaneous surgery. Overall, 14 patients (9 male and 5 female) with CRC and LM were included in this study who underwent radical simultaneous colorectal and liver resection. Primary tumors were localized in right colon (n=3 patients) versus left colon (n= 11 patients). All colorectal resections were performed with D3 lymphadenectomy and CME or TME respectively, median quantity of removal lymph nodes was $18,42 \pm 1,54$ (range 12-31). Positive lymph nodes were revealed in 7 (50 %) patients (N1 – 3 patients and N2 – 4 patients). Parenchymal-sparing hepatectomy (PSH) was performed in 13 (92,9 %) patients versus anatomical resection (left hemihepatectomy) only in 1 (7,1 %) patient. Majority of liver metastasis were localized in left lobe (n=9 patients) versus right lobe (n=5 patients). Neoadjuvant chemotherapy was administered only in 3 (21,4 %) patients. Adjuvant chemotherapy received all patients (FOLFOX / XELOX). During retrospective analysis of overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) we divided patients in two subgroups: site of primary tumor and lymph node status.

Results: There were no significant postoperative complications and 30-day mortality. All liver resection was performed with R0 margin status and were done by using the clamp crushing method (*Kelly-clasia*). At surgery, the median intraoperative blood loss was 251mL (range 30-1100 mL). The median surgery duration was 206 minutes (range 160-330min). ASA score: 1 – 3 (21,4%) patients, 2 – 8 (57,1 %) patients, 3- 2 (14,3 %) patients, 4 - 1 (7,1 %) patients. Median OS and DFS of patients with right side colon cancer was 17,3(p = 0,003) and 9,2 months (p=0,26) respectively. Median OS and DFS of patients with N+ status was $24,3 \pm 4,8$ (p =0,003) and 13 months (p=0,0004) respectively (all patients have already died, range 4 – 44 months). All patients with N0 status are still alive with no sign of disease recurrence. The longest period of DFS is approximately 85 months which is still observing in 3 patients (range of observation 17 – 85 months).

Conclusion: Simultaneous colon resection and PSH is aggressive, excusable and cost-effective surgical approach in radical treatment of CRCLM which does not compromise oncological outcomes. There was no evidence of increasing of complication rate. The group of patients with right sided colon cancer and those with N+ status had significant worse prognosis with poor OS and DFS. Such options as left-sided colon cancer, PSH, superficial and unilobar metastasis and good general status without severe comorbidities are the best target group of patients to perform resection of CRC and LM in one step.

**СТРАТЕГІЯ ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ
ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
STRATEGY FOR EFFECTIVE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS
OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY**

Дембіцький А.Р. (A. Dembitskyi)

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Саволюк С.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра хірургії та судинної хірургії

Актуальність. Варикозна хвороба нижніх кінцівок є однією із найбільш розповсюджених хірургічних захворювань. Важливе місце у структурі даної патології займають ускладненні форми у вигляді ХВН С5-С6 клінічних класів. У 2017 році, в Україні причиною первинної інвалідності у 30,8% випадків стало хронічне захворювання вен нижніх кінцівок (ХЗВНК).

Мета дослідження. Порівняти результати ефективності розробленого комплексу передопераційної підготовки у пацієнтів із ХВН С5-С6 клінічних класів.

Матеріали та методи. Проведено оцінку та лікування 36 пацієнтів із ХВН С5-С6 клінічних класів. У I групі, що склала 16 пацієнтів, проводилася передопераційна оцінка зони інтересу за системою TIME з оцінкою стану ранової поверхні, наявності ранової інфекції, характеру та кількості ексудату та стану країв виразки. Застосовувалася комбінація сучасних ранових покриттів та введенням PRP (Platelet-rich plasma, плазма збагачена тромбоцитами) із послідуочим виконанням малоінвазивних оперативних втручань. До II групи увійшли 20 пацієнтів, яким проводилася стандартна передопераційна підготовка із використанням комбінації мазей левоміколь, діоксизомь, метилурацил, перев'язки з розчином бетадину, бинтування нижніх кінцівок еластичними бинтами та виконання стріпінгу стовбура ВПВ чи МПВ.

Результати дослідження. В результаті якісного динамічного спостереження за процесами у рані, застосування технології PRP та вчасної зміни типів ранових покриттів – гіперосмолярних, гідколоїдних пов'язок “Hydrocoll”, альгінатів “Sorbalgon”, “HydroClean plus” та пов'язок на поліуратановій основі “Suspur-derm” (Hartmann) вдалося зменшити термін передопераційної підготовки пацієнтів із трофічними виразками до $(8,1 \pm 4,9)$ доби у порівнянні із результатами у II групі $(15,9 \pm 4,2)$ доби. Що дозволило провести повноцінне оперативне втручання із застосуванням технології ендовенозного електрозварювання (ЕВЕЗ) у комбінації із ехоконтрольованою склерооблітерацією.

Висновки. Застосування запропонованої тактики передопераційної підготовки хворих із ХВН С5-С6 клінічних класів, дозволяє об'єктивно краще оцінити регенеративно-запальні процеси у рані та підібрати адекватні ранові покриття. Застосування PRP значно прискорює крайову епітелізацію та стимулює процеси грануляції у рані. Запропонований комплексний підхід до лікування ускладнених форм ХВН С5-С6 дозволяє значно скоротити передопераційну підготовку хворих.

CHARACTERISTICS OF THE ORAL MICROFLORA OF PATIENTS WITH PERI-IMPLANTITIS

Demkovych A.

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University
Prosthetic Dentistry Department

Relevance: One of the key roles in the development of periimplantitis is played by microorganisms of the oral cavity, which form colonies on the surface of the implant after its installation, and periodontal pockets serve as a reservoir of pathogenic bacteria. The study of the microbial composition on implants diagnosed with peri-implantitis will help to improve methods of treatment of this disease.

The aim. Identify the most common pathogens of the oral cavity as one of the risk factors for peri-implantitis, based on the analysis of literature data.

Discussion. Aerobic microflora was most often found in cultures of material taken from the peri-implantation zone of patients and associations with anaerobes (11.1% of cases) were found less often. As part of the aerobic flora, gram-positive microorganisms were found in 84.4%, gram-negative – in 5.6%. Among the isolated aerobic microorganisms in the associations dominated by streptococcal infection. Moreover, in 44.4% of cases there was the formation of 3-4 component associations of opportunistic pathogens. A wide range of aerobes is presented in descending order of the following bacteria: *Streptococcus intermedius* (94.4%), *Peptostreptococcus micros* (77.8%), *Staphylococcus* spp. (44.4%), *Enterobacter* spp. (16.7%), *Acinetobacter* spp. (11.1%). Anaerobic bacteria in patients with dental mucositis were rare (16.7%). Using a molecular genetic method of research in the material taken from the peri-implant pocket of patients with dental peri-implantitis, a mixed infection was detected, characterized by a great variety due to anaerobes (63.3% of patients) and gram-negative aerobic flora (36.7% of cases). The infection was represented by the following periodontal pathogens: *Bacteroides forsythus* (55.6% of cases), *Porphyromonas gingivalis* (50.0%), *Fusobacterium nucleatum* (44.4%), *A. Actinomycetemcomitans* (38.9%), *Prevotella intermedia* (38,9%). Their association with fungi of the genus *Candida* spp. detected in 44.4%, *Enterobacter* spp. (38.9%), *Streptococcus intermedius* (13.2%), *Peptostreptococcus micros* (13.2%) and *Staphylococcus aureus* (28.5%) cases.

Conclusion. Based on the analysis of literature sources, we can conclude that in modern dentistry for the diagnosis of peri-implants requires microbiological studies to identify the main pathogens of this inflammatory process. Microbiological diagnosis allows obtaining the necessary information for the choice of drug and method of systemic therapy with antibiotics, as well as to monitor and evaluate the effectiveness of the selected method of antibacterial therapy.

ДИВЕРТИКУЛЯРНА ХВОРОБА ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ДРУГОГО ТИПУ DIVERTICULAR COLON DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Дуня Ю.З. (Yu. Dunya)

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

Актуальність: дивертикульоз як і цукровий діабет є частим захворюванням. Дивертикули товстої кишки виявляються у кожної третьої людини похилого віку в розвинених країнах і у 20% уражених пацієнтів все таки наявна клінічна симптоматика. Існує думка, що дієта з низьким вмістом харчових волокон та наявність цукрового діабету другого типу, із необхідністю вживати метформіну,

призводить до зміни кишкового мікробіому та розвитку дивертикулітів. Механізми, які патогенетично пов'язують цукровий діабет з розвитком дивертикулярної хвороби кишечника (ДХК) ще достатньо не вивчений.

Мета і завдання дослідження: метою цього дослідження було вивчення розповсюдженості та особливостей перебігу дивертикулярної хвороби у пацієнтів з цукровим діабетом другого типу в українській популяції, а також аналіз ефективності застосування комбінованої терапії з використанням харчових волокон та рифаксиміну у цих пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження: під нашим спостереженням було 140 хворих з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2). Вік пацієнтів складав від 39 до 69 років (середній вік $53,1 \pm 5,2$ років), серед хворих було 84 жінки (60%) та 56 чоловіків (40%). Контрольну групу становили 67 хворих з ДХК без ЦД 2. Пацієнтам, які пред'являли скарги на абдомінальний біль, метеоризм, порушення випорожнення, абдомінальний дискомфорт проводили водневий дихальний тест з лактулозою для встановлення синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) та колоноскопію.

Отримані результати: пацієнтам з ЦД 2, у яких була виявлена ДХК, та хворим контрольної групи при наявності скарг призначали рифаксимін у дозі 1200 мг на добу протягом 14 днів. Після цього їм призначали дієту із збільшенням харчових волокон, та рифаксимін у дозі 800 мг на добу перші 7 днів кожного місяця. Спостереження за пацієнтами велося продовж 6 місяців, хворим було рекомендовано вести щоденник контролю випорожнень, загального стану та абдомінального болю.

Дивертикулярна хвороба кишечника у пацієнтів з ЦД 2 зустрічається з частотою подібної до загальної популяції. ДХК при ЦД 2 корелює з віком та зустрічається переважно у хворих старше за 55 років, як у чоловіків, так і у жінок. Найчастіше дивертикули локалізуються у лівій половині товстого кишечника. Скарги на абдомінальний біль та порушення випорожнення у цих хворих поєднуються з СНБР, який у пацієнтів з ДХК та ЦД 2 є більш інтенсивним.

Висновки: для лікування ДХК при ЦД 2 доцільно використовувати повторні курси рифаксиміну 1200 мг на добу продовж двох тижнів. При проведенні підтримуючого лікування, можливо, доцільно збільшувати тривалість прийому рифаксиміну в дозі 800 мг на добу з 7 до 10 перших днів місяця у поєднанні з дієтою збагаченою харчовими волокнами.

ВПЛИВ ФІТОКОМПОЗИЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ ЦИТОЛІЗУ ТА ХОЛЕСТАЗУ ЗА УМОВИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

THE INFLUENCE OF PHYTOCOMPOSITION ON INDICATORS OF CYTOLYSIS AND CHOLESTASIS IN THE CONDITIONS OF EXPERIMENTAL TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Дуб А.І. (Dub A. I.)

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

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків

Актуальність: Щороку чисельність хворих із цукровим діабетом (ЦД) невпинно зростає, а разом з цим і поширеність його ускладнень. Ще до встановлення діагнозу, інсулінорезистентність та стан хронічної гіперглікемії сприяють розвитку печінкових змін. У 60-80 % людей з ожирінням та ЦД зустрічаються неалкогольні стеатогепатити, яким характерна наявність у тканин печінки жирової дистрофії та запально-некротичних змін. Зважаючи на це, розробка нових безпечних та ефективних рослинних препаратів для корекції ЦД та його ускладнень є надзвичайно важливим питанням сьогодення.

Нами була розроблена фітокомпозиція (ФК), що містить сухі екстракти листя шовковиці білої (ЕШ) (*Morus alba* L.), стулок квасолі звичайної (*Phaseolus vulgaris* L.), пагонів чорниці звичайної (*Vaccinium myrtillus* L.), попередніми дослідженнями якої підтвержено її гіпоглікемічну та гіполіпідемічну активність.

Метою роботи було оцінити вплив нової фітокомпозиції на процеси цитолізу клітинних мембран та розвиток холестазу за умови експериментального ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: Експеримент проводили на статевозрілих щурах самцях, яких розподіляли на 5 груп, серед яких – інтактний контроль (ІК), контрольна патологія (КП), дві референс-групи та дослідна група, яка отримувала ФК у дозуванні 100 мг/кг (із розрахунку ЕШ), яке було експериментально визначено у попередніх дослідженнях. Як референс-препарати використовували - настій «Арфазетину» (12 мл/кг) та суспензію метформіну (150 мг/кг). ЦД моделювали шляхом одноразового інтраперитонеального введення стрептозотоцину (65 мг/кг) із попереднім введенням нікотинаміду (230 мг/кг). Евтаназію тварин здійснювали під тіопенталовим наркозом та визначали активність аспартатамінотрансферази (АсАТ), аланінамінотрансферази (АлАТ) та лужної фосфатази (ЛФ).

Результати дослідження: Встановлено достовірне зростання активності амінотрансфераз та ЛФ у групі КП відносно ІК, що може бути свідченням розвитку цитолізу клітинних мембран гепатоцитів та холестазу. У дослідній групі тварин, які отримували ФК, активність досліджуваних ензимів знижувалась та перевищувала ефект референс-препаратів, а саме – активність АсАТ – знижувалась на 8,9 %, АлАТ – на 15,3 %, ЛФ – на 14,5 % відносно групи КП.

Висновки: Отримані результати доводять перспективність подальших досліджень розробленої фітокомпозиції для профілактики та комплексного лікування цукрового діабету 2 типу та його ускладнень.

НЕЙРОПАТИЧНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ФОКУСІ КОМОРБІДНОСТІ

Дубинецька В.

Науковий керівник: д-р мед. наук, доц. Чуприна Г.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Кафедра неврології і рефлексотерапії

Актуальність теми. В структурі неврологічних ускладнень цукрового діабету (ЦД) частка діабетичної полінейропатії (ДП) складає близько 70% (Melton L.J., Dusk P.J., 1987). Нейропатичний біль відзначається в 11-24% хворих з ДП, що залежить від типу та “стажу” ЦД (Дмитрієв Д.В., Прудіус П.Г.

та співавтори, 2019). Наявність коморбідності в осіб із ДП знижує якість життя та привертає увагу клініцистів різного профілю.

Мета дослідження. Виявити ступінь вираження та особливості нейропатичного больового синдрому при ДП у фокусі коморбідності.

Матеріали та методи. Проведено клінічний огляд 77 хворих із ДП при ЦД I - 41(53%) та II типу - 36(47%). Вік пацієнтів - 19-69 років, середній вік – 51,97±1,47 роки. Чоловіки становлять 39(51%), жінки – 38(49%). Методи обстеження: клініко-неврологічний, лабораторний, нейрофізіологічний (електронейроміографія), статистичний (MS Excel 2003). Інтенсивність больового синдрому оцінена візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), кількісний характер болю визначено за шкалою Мак-Гіла McGill Pain Questionnaire.

Результати дослідження. У пацієнтів із ДП на фоні ЦД I типу (група I) та ДП на фоні ЦД II типу (група II) середній бал по ВАШ практично однаковий, (3,97±0,26; 3,94±0,34), що відповідає "слабкому болю". Загальний індекс оцінювання болю (Pain Rating Index - PRI) у групі I незначно вищий (33,24±2,40), ніж у групі II (30,97±2,48). Ранговий індекс болю по змішаній субшкалі (Miscellaneous Pain Rating - M) у I групі - 5,63±0,65, у II - 3,86±0,52. Бали по субшкалі сенсорної оцінки болю (Sensory Pain Rating) (S), афективної (Affective Pain Rating - A) та евалюативної (Evaluative Pain Rating - E) в пацієнтів обох груп незначно відрізняються. Індекс кількості вибраних дескрипторів (ІД) серед усіх субшкал складає в I групі – 11,51±0,71, у II групі – 10,69±0,76. В осіб I та II групи серед серцево-судинних захворювань (ССЗ) чільне місце належить артеріальній гіпертензії (АГ) та ішемічній хворобі серця (ІХС) (у структурі деяких осіб із АГ), зокрема 18 (90%); 5 (25%) та 23 (92%); 9 (36%). Серед хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ) переважає панкреатит і холецистит (50%), при ДП на фоні ЦД I типу та хронічний гепатит (50%) при ДП на фоні ЦД II типу. Загалом бали по (PRI) та інших субшкалах, окрім (M), в осіб із ДП та ЦД II типу із ССЗ є вищими, ніж при ЦД I. Найбільша різниця показника в субшкалі (S) - 16,36±1,56. В обстежених із ДП та ЦД I типу із хворобами ШКТ рівень болю вищий, порівняно із особами із ЦД II типу, зокрема по (PRI) - 31,25±8,13, субшкалі (S) - 15±5,03, (M) - 5,25±1,54. ІД становить 11,5±2,90 на протизагагу 9,25±2,01.

Висновки. Особи із ДП при ЦД II типу та ССЗ, також із ДП при ЦД I типу та хворобами ШКТ відмічають підвищений рівень оцінки больового синдрому, що обумовлено інтенсивнішим пошкодженням нервових волокон у першому випадку та змінами глюкозо-інсулінового метаболізму в іншому випадку. Діагностика коморбідності та рівня нейропатичного болю при ЦД дасть змогу пацієнту ретельніше контролювати рівень глікемії для повноцінного функціонування, з мінімальним больовим порогом.

ЗВ'ЯЗКИ ПРОЦЕСІВ КЛІТИННОЇ СМЕРТІ ТА МОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АНЕВРИЗМАЛЬНИЙ СУБАРАХНОЇДАЛЬНИЙ КРОВОВИЛИВ
THE CORRELATIONS BETWEEN CELL DEATH INDICATORS AND BRAIN MORPHOMETRY PARAMETERS IN PATIENTS, WHO HAD ANEURYSMAL SUBARACHNOID HEMORRHAGE

Дуже Х. В., Насалик Р. Б., Шкробот С. І.

Вступ. Ішемічні процеси, мікроциркуляторні зрушення, підвищення внутрічерепного тиску, токсичність субарахноїдальної крові беруть участь у процесах клітинної смерті (Endo H., 2007). Окремі наукові джерела присвячені вивченню явища відтермінованої загибелі клітин та її ролі в перебігу відновного та резидуального періодів аневризмального субарахноїдального крововиливу (аСАК). (Palade C., 2013)

Мета. Дослідити зв'язки між рівнем апоптозу та некрозу та морфометричними даними головного мозку у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аСАК.

Матеріали і методи. Досліджено відсоток лейкоцитів у стадії некрозу (PI+- клітини) та апоптозу (AnV+- клітини) у 82 хворих, які перенесли аСАК. Середній вік хворих становив $(45,93 \pm 1,07)$ років. Для оцінки апоптозу використовували ФІТЦ-мічений анексин V з набору реагентів «ANNEKIN V FITC» («Beckman Coulter»), США. Морфометричні індекси оцінювали за даними КТ (апарат Asteion 4 Toshiba), ширина субарахноїдальний просторів (САП), ширина правого та лівого бокових шлуночків (ПБШ, ЛБШ), максимальний розмір III-го шлуночка (Е), розмір IV шлуночка, біфронтальний індекс (БФІ), бікаудатний індекс (БКІ) індекс центральної частини бокового шлуночка (ЦЧБШ), шлуночковий індекс (ШІ), індекс фронтальних рогів (ІФР), індекс Хакмана (ІХ), індекс Шлатенбрандта-Нюрнберга (ШШН), співвідношення Еванса (СЕ). Обробка результатів проводилась у програмах Microsoft Excel 2011 та Statistica 10. Вищеописані показники також було досліджено у 20 здорових осіб репрезентативної контрольної групи (КГ).

Результати. У обстежуваних хворих отримано достовірно вищий відсоток AnV+- клітин до $(34,26 \pm 1,12)$ % проти $(11,91 \pm 0,34)$ % в КГ. Відсоток PI+ - клітин сягав рівня $(2,39 \pm 0,10)$ % проти $(1,22 \pm 0,13)$ % ($p < 0,01$), тобто ці дані різнились від КГ у 2,88 та 1,96 разів, відповідно. Достовірно різнились від значень контролю ПБШ $(0,90 \pm 0,03)$ проти $(0,56 \pm 0,02)$, ЛБШ $(0,92 \pm 0,03)$ проти $(0,57 \pm 0,02)$, Е $(0,34 \pm 0,01)$, проти $(0,57 \pm 0,02)$, ІФР $(0,56 \pm 0,00)$, проти $(0,44 \pm 0,01)$, БФІ $(0,33 \pm 0,00)$ проти $(0,26 \pm 0,00)$ та індекс Шлатенбрандта- Нюрнберга $(24,31 \pm 0,93)$ проти $(41,77 \pm 1,95)$, 4 шлуночок $(1,30 \pm 0,02)$ проти $(0,88 \pm 0,02)$, співвідношення Еванса $(0,29 \pm 0,00)$ проти $(0,24 \pm 0,00)$, розміри САП $(0,33 \pm 0,02)$ проти $(0,17 \pm 0,02)$. Отримано наступні кореляції: AnV+- клітини/ПШ - ($r = -0,276$, $p = 0,012$); AnV+- клітини/ЛШ - ($r = -0,242$, $p = 0,028$); AnV+- клітини/Е - ($r = -0,276$, $p = 0,012$); AnV+- клітини/четвертий шлуночок - ($r = -0,406$, $p = 0,001$); AnV+- клітини/БФІ - ($r = -0,245$, $p = 0,026$); AnV+- клітини/ШШН - ($r = 0,288$, $p = 0,008$); AnV+- клітини/САП - ($r = -0,264$, $p = 0,017$); AnV+- клітини/СЕ - ($r = -0,286$, $p = 0,009$), PI-клітини/ІФР - ($r = -0,237$, $p = 0,031$).

Висновок. Отже, було встановлено зв'язок раннього та пізнього апоптозу та деяких морфометричних показників, що має важливе діагностичне значення у відновному та резидуальному періодах аСАК.

ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИМПТОМОМ ГАЛІТОЗУ

FEATURES OF INDIVIDUAL ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH GALITOSIS

Дуднікова М. О. (M.Dudnikova)

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра терапевтичної стоматології

Актуальність. Проблема галітозу або стійкого неприємного запаху з рота визнана серйозною медичною і соціальною проблемою й негативно впливає на соціальний статус і особисте життя людини. Галітоз (синоніми – озостомія, стоматодисодія, fetor oris або fetor ex ore) – поліетіологічне захворювання із складною патогенетичною структурою. Умовно, всі причини, що сприяють виникненню галітозу, розділяють на 2 групи – місцеві чинники, пов'язані зі станом порожнини рота та загальні – пов'язані із загальним станом організму. Практично в 80-90 % випадків виникнення неприємного запаху з рота пов'язано з місцевими причинами в порожнині рота, з яких основними є стоматологічні захворювання, незадовільна індивідуальна гігієна порожнини рота (ІГПР). Велику роль при лікуванні інтраорального галітозу відіграє правильний підбір засобів ІГПР, при виборі яких необхідно враховувати, що до їх складу повинні входити препарати, які не маскують, а нейтралізують летючі сірко- та азотвмісні сполуки. До таких речовин відносяться: ефірні масла, хлорофілова, оливкова олія, олія насіння петрушки, препарати м'яти перцевої і інших рослинних препаратів.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування галітозу розробки диференційованих лікувально-профілактичних комплексів з використанням засобів індивідуальної гігієни залежно від клінічної ситуації та оцінити їх ефективність.

Об'єкт дослідження. 65 пацієнтів (25-35 рр.) з галітозом.

Методи дослідження: інтерактивний (анкетування), індексна оцінка стану ІГПР – ОНІ-S, індекс гігієни міжзубних проміжків API за Lange, стан нальоту на язиці – індекс WTC (за К. Yaegaki), інтенсивність галітозу оцінювали на підставі тесту з флосом, стан ясен оцінювали за індексом РМА та SBI.

Результати дослідження. На основі проведеного інтерактивного дослідження, скарг та даних об'єктивного обстеження пацієнтів встановлено, що у 30% пацієнтів з галітозом одночасно виявлено підвищену кровоточивість ясен, у 47% – дисколорит зубів, у 23% – скарги лише на галітоз (індекс WTC = $2,5 \pm 0,2$). Розроблено і апробовано алгоритми лікувально-гігієнічних заходів для усунення галітозу для кожної з груп пацієнтів, що склалися з огляду та лікування у стоматолога, проведення професійної гігієни порожнини рота, корекції засобів ІГПР. Вимоги до засобів індивідуальної гігієни для усунення галітозу: якісно видаляти зубний наліт і сповільнювати його утворення, мати виражені протимікробні, протизапальні, високі дезодоруючі властивості, посилювати природні захисні механізми порожнини рота, не пошкоджувати емаль зубів і бути безпечними для тканин порожнини рота і організму в цілому. Необхідні складові комплексу:

1. Зубна паста з високими очищувальними, освіжаючими, дезодоруючими властивостями.

2. Ополіскувач з дезодоруючими та освіжаючими властивостями, з захистом твердих тканин зуба, антисептичним та протизапальним ефектом.
3. Зубна щітка з очищувачем язика.
4. Засоби інтердентальної гігієни
5. За показаннями – антибактеріальні дентальні гелі, жувальна гумка, ментолові таблетки, льодяники.

В групі пацієнтів з симптомом галітозу оцінка ІГПР виявилася «незадовільна» (API=71%, ОНІ-S=1,8) і діагностовано «легкий ступінь» гінгівіту (РМА=17%). Через 7 днів застосування комплексу результати покращилися майже в 2 рази, скарги на галітоз були відсутні у 85%. Через місяць клінічна ситуація нормалізувалася у всіх обстежуваних, галітоз був відсутній. У пацієнтів, що мали галітоз в поєднанні з дисколоритом зубів, стан гігієни оцінювали як «незадовільний» (API=82%, ОНІ-S=2,5), а індекс РМА відповідав верхній межі «легка ступінь» гінгівіту (25%), що пояснює зміну кольору твердих тканин зубів і наявність галітозу. Через 7 днів 65% відзначили зникнення галітозу, а індекси ОНІ-S і РМА покращилися в 2 рази. До кінця лікування колір зубів покращився на 1-2 бали за шкалою Vita, галітоз не діагностовано. При обстеженні пацієнтів зі скаргами на кровоточивість ясен, виявлено хронічний катаральний гінгівіт легкого ступеню, індекс SBI=46%, індекс WTC=2,1±0,2, а гігієна оцінювалася як «незадовільна». З огляду на ці показники, в гігієнічну програму додатково включено антибактеріальний гель. До кінця лікування виражений антигалітозний ефект відзначили всі пацієнти, кровоточивість зменшилася – SBI=12%, РМА= 9%, гігієнічний стан покращився – API=30%, ОНІ-S=0,5. Проте, зберігалися фактори ризику розвитку захворювань пародонта, тому пацієнтів було направлено для додаткового обстеження для виявлення загальносоматичних захворювань.

Висновки. Галітоз є важливою і актуальною медичною та соціальною проблемою, так як виявлена його висока поширеність у осіб молодого віку (80%). Інтраоральний галітоз знаходиться в прямій кореляційній залежності від стану ІГПР, в тому числі інтердентальної гігієни, наявності нальоту на язичі. Лікувально-профілактичні заходи повинні бути спрямовані не тільки на усунення лише галітозу, але і на відновлення стоматологічного здоров'я пацієнтів. Застосування розроблених комплексів сприяло нормалізації ІГПР у всіх досліджуваних при вираженому антигалітозному ефекті 90-98% з відсутністю подразнюючої дії на стан слизової оболонки порожнини рота. Створення диференційованих лікувально-гігієнічних комплексів з урахуванням конкретної клінічної ситуації виявилися ефективним.

**АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АМБУЛАТОРНИХ
МАЛОІНВАЗИВНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ
ANESTHESIOLOGICAL PROVISION OF AMBULANT MINOINVASIVE
ENDOSCOPIC SURGERY**

Жадан Ю.Г., Середенко В.Г., Сазонова Т.М.
(Zhadan J., Seredenko V., Sazonova T.)

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»
Відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії

Актуальність. Розробка сучасних методів анестезіологічного забезпечення малоінвазивних ендоскопічних операцій та проведення діагностичних маніпуляцій на сьогоднішній день є актуальним напрямком сучасної анестезіології.

Мета дослідження – проаналізувати можливість зменшити аналгетичний компонент анестезіологічного забезпечення під час проведення амбулаторних малоінвазивних ендоскопічних оперативних втручань.

Матеріали і методи. Дослідження проведені у 227 пацієнтів, середній вік $54 + 8,2$ років. Чоловіків 120 (52,9%), жінок 107 (47,1%). Вибір методу анестезії був обумовлений такими особливостями: тривалість операцій чи діагностичної маніпуляції, положення хворого на лівому боці, відсутність вираженої больової стимуляції, труднощі з забезпеченням адекватного газообміну при маніпуляціях на шлунку і стравоході. Пацієнти були розділені на дві групи: I ($n = 101$) - маніпуляції на товстій кишці, внутрішньовенна анестезія зі збереженням самостійного дихання: індукція пропофолом 2,5-3,5 мг/кг і фентанілом 0,1 мг, основний наркоз - пропофол 4-8 мг/кг/год. II ($n = 126$) маніпуляції на шлунку і стравоході, внутрішньовенна анестезія зі збереженням самостійного дихання пропофолом без знеболюючого препарату. Проводився стандартний неінвазивний моніторинг гемодинаміки, оксигенації, капнографії, визначались рівень глікемії, рівень кортизола.

Результати дослідження. В обох групах пацієнтів спостерігався гладкий перебіг анестезії. Гемодинаміка залишалася стабільною. Рівень седації під час маніпуляцій достатній. Вираженою глікемії не було. Вміст кортизолу залишився в межах функціональної норми (результат- $451,03 + 23,81$ та через 2 години $347,42 + 35,15$ нмоль/л). Рівень оксигенації у всіх хворих, на всіх етапах маніпуляцій був достатнім (SaO_2 95-100%). Була тенденція до помірної гіпокапнії.

Заключення. Малоінвазивні ендоскопічні оперативні втручання та діагностичні маніпуляції на органах ШКТ, супроводжуються низьким рівнем ноціцептивної імпульсації, що дає можливість значно зменшити аналгетичний компонент анестезіологічного забезпечення.

IMMUNOHISTOCHEMICAL SPECTRUM OF KIDNEY DAMAGE IN HIV / HCV CO-INFECTION

Dyadyk O., Gorodetska A., Baran S.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

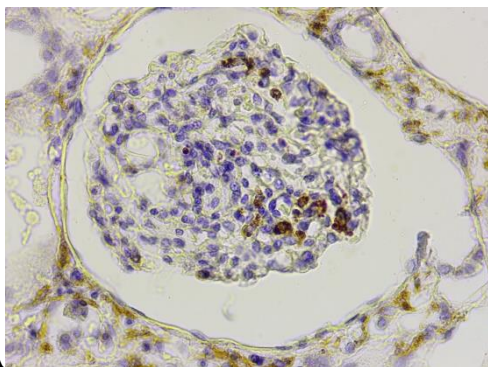
Human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis "C" virus (HCV) take an indispensable role in the pathogenesis of specific glomerulopathies. HIV / HCV infection leads to high kidney injury risk, morphological substrate and stages of morphogenesis contain many unresolved issues.

The action of a virus is associated with immune dysregulation, which can lead to the development of a comorbid pathology of the kidney.

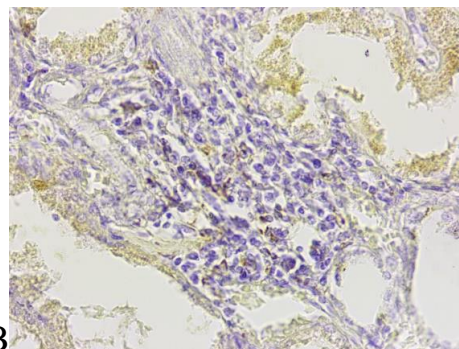
Aim. To compare the morphological features of kidneys damage in observed groups of patients with co-infection HIV/HCV, who taken the ART and without ART

Materials and methods. The research was provided on the basis of the Kyiv clinical city hospital No. 5 and the department of pathological and topographic anatomy Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education. Two groups was formed

according to the researched design stage: patients with co-infection HIV/HCV without antiretroviral therapy (ART) (I group, n = 20), patients with co-infection HIV/HCV with ART (II group, n = 20). The patients middle age equal - 38.8 (+ _11.8) from wich: women - 17 (42.5%) and man - 23 (57.5%). Material for morphological examination was fixed and prepared according to the histological standards technique. Renal samples were stained with hematoxylin and eosin. Immunohistochemical research was provided due to standard methods.



A
Patients with co-infection HIV/HCV with ART , CD 68, «+» focal deposits in the mesangium of the glomeruli



B
Patients with co-infection HIV/HCV without ART, CD 68, inflammatory cell interstitial focal infiltrate

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

Biomarkers (IGH, HCH)	I group, n=20	II group, n=20
CD 4	No reaction	No reaction
CD 68	«+» inflammatory cell interstitial focal infiltrate	«++», inflammatory cell interstitial focal infiltrate "++" pericanalicular deposits "+" Focal deposits in the mesangium of the glomeruli
CD 8	No reaction	No reaction
CD 20	No data	«+++» perivascular deposits, "++" inflammatory-cell interstitial focal infiltrate
PAS	Homogeneous glomerular color with visualization of capillary loop splitting	Moderate thickening of the basement membranes of the capillaries of the glomeruli
Congo Rot	«+++» perivascular reaction, glomeruli do not differentiate due to hypercellularity, focal - homogeneous background	«+» diffuse reaction in the interstitium, "+" Glomeruli focal
Ig A	No reaction	«+++» visceral part of Bowman's capsule
Ig M	«+++» diffuse deposits of the epithelium of dilated tubules in	No reaction

	the foci of inflammatory cell infiltrate	
Ig G	«+++» intravascular deposits, "+" deposits of subcapsular interstitial inflammatory cell infiltrate	No data
C1	No reaction	«+» - «+++» - focal deposits of the visceral part of Bowman's capsule glomeruli
C3	«+» - deposits of the visceral part of Bowman's capsule, "+" - focal deposits in the mesangium	No reaction

Conclusions.

1. Among the study group of patients, who did not receive ART, found a predicted lack of response to CD4, CD 8 with hypercompensation due to Ig G and Ig M.

2. Among patients receiving ART there are mixed reactions with a predominance of cellular component - CD 68, CD 20, and the presentation of immune-complex reactions - C1, Ig A.

3. Among patients receiving ART, the cellular component of immune responses is mainly present in the interstitium as part of the inflammatory cell infiltrate. Immunocomplex deposits are found in the glomerular apparatus.

4. Glomeruli in the study group of patients, who did not receive ART, also shows an immunocomplex type of lesion.

АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ЗІ СТРЕСПРОТЕКТОРНОЮ ДІЄЮ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Журба М.С., Виноградова К. О, Колибіна І.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»,

Кафедра фармакології, клінічної фармакології та клінічної фармації

Актуальність: відповідно до статичних даних ВООЗ, кожна четверта людина на нашій планеті має певні проблеми з психічним здоров'ям, велика частина яких обумовлена стресами. Особливо актуальною вказана проблема постає в медичній практиці у період пандемії коронавірусу SARS-CoV-2 (COVID-19), коли навіть пацієнти, котрі вже одужали часто мають підвищені показники депресії, тривоги та відчувають глибокий посттравматичний стрес. Саме тому, метою даної роботи було проаналізувати вітчизняний асортимент лікарських препаратів, котрі впливають на ГАМК систему та можуть бути використані для фармакокорекції різноманітних психо-емоційних станів населення у період пандемії COVID-19.

Матеріали і методи: для дослідження використовували інформацію «Державного реєстру лікарських засобів України», а також дані довідника «Компендіум» 2019 року.

Результати дослідження: в останні десятиліття коло препаратів, які використовуються в лікуванні стресових розладів різного генезу, поступово

розширюється, але досі не створено високоефективних стреспротекторів та не розроблена єдина класифікація. Так, в сучасній фармакотерапії застосовуються препарати, котрі здатні впливати, в перше чергу, на ГАМК-ергічні рецептори. Саме тому, нами було проаналізовано 41 діюча речовина, з вказаними властивостями, з яких лише 43,9% лікарських речовини (345 препаратів) зареєстровані на вітчизняному ринку (станом на 01.11.2020 року) з 24 держав-виробників. Україна пропонує 40,5 % лікарських засобів, Індія – 15,7 %, Німеччина – 7,5 %, Бельгія – 6,9 %, по 3,6 % Австрія та Китай; а такі країни, як Франція, Швейцарія, Латвія, Польща, Швеція, Японія, Турція, Канада й інші держави представлені менш ніж 2 % від загальної кількості препаратів на вітчизняному ринку. Необхідно підкреслити, що найбільша кількість лікарських препаратів доводиться на гліцин (17,1%), леветирацетам (15,4%) та фенобарбітал (13,9%).

Висновки: проведений аналіз показав, що на фармацевтичному ринку України переважають препарати імпортного виробництва. Саме тому, розробка та упровадження у виробництво нових вітчизняних лікарських засобів, котрі б впливали на ГАМК систему та активно застосовувались для лікувань стресових станів різного генезу, особливо у період пандемії COVID-19, є актуальною проблемою сучасної медицини та фармації.

CONDITION OF BONE TISSUE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Zaverukha Nataliia

Supervisor: prof. Larysa Matiukha

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Family medicine and outpatient care department

Bone skeletal diseases are significant problem of public health, progression of which leads to self-care problems, immobilization and emergence of new complications respectively.

Objective. To examine the bone mass index (BMI), trabecular bone score (TBS) and bone mineral density (BMD) in women with osteoarthritis (OA).

Materials and methods. 359 postmenopausal women aged 50-89 years were enrolled to the study. We have divided them into four groups by age decades (50-59, 60-69, 70-79 and 80-89 years old) According to the American College of Rheumatology Clinical classification criteria for knee and hip OA, we divided them into 2 groups. Group I included 117 woman with OA and group II –242 women without OA. According to the World Health Organization classification, we analyzed their BMI, where obesity was established when BMI was above 30 kg/m².

Results. In both groups, there were no differences between age and height. However, women with OA had a significantly higher weight and BMI compared to women without OA. In the group I and II there were no significant differences in BMD of femoral neck (p=0.07 and p=0.33 respectively) and TBS (p=0.06). However, women with OA had significantly higher level of lumbar spine BMD compared with woman without OA (p<0.001).

OA was detected in 41% of women with obesity and in 29% of women with BMI below 30 kg/m². In the age group 50-59 years old OA was detected in 31.8% of women

with normal BMI and in 42.9% of those with obesity. Among - 60-69 years old women, OA was in 27.2% of women with normal BMI and had and 45.8% with obesity. In the next group 70-79 years 25.0% of woman with OA had normal BMI and 45.8% with normal BMI. In the oldest group of subjects over 80 years, OA was detected in 43.8% of woman with a normal BMI and in 33.3% with obesity. Chi-squared (χ^2) test, showed that in postmenopausal women with OA was significantly higher BMI ($\chi^2=5.05$, $p=0.02$).

Significant negative correlation were detected between TBS and BMI, and positive correlations between lumbar spine BMD and BMI.

Conclusion. In postmenopausal women with OA, the frequency of obesity was significantly higher compared to subjects with a normal functional activity of joints. Women with OA had a significantly higher BMD of lumbar spine. However, there were no significant differences of BMD of femoral necks and TBS.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТЕНТУ МАЯЧНИХ ІДЕЙ ВПЛИВУ У ПАЦІЄНТІВ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ РОЗЛАДІВ

THE FEATURES OF DELUSION OF CONTROL IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS

Загарійчук О. В. (Zahariichuk O)

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

Актуальність: Згідно DSM-V шизофренічний спектр та інші психотичні розлади (ШСР) характеризуються аномаліями проявів у одному чи більше з 5-ти доменів. Серед яких перше місце належить маячним ідеям (МІ), що відносяться до кола семантичних розладів мислення, невідповідні дійсності, мають характер непохитної переконаності й не піддаються логічній і психологічній корекції. Аналізуючи дефініції дескриптивної психопатології МІ ми можемо оцінити прояви порушень соціального функціонування у пацієнтів з маячними ідеями впливу (МІВ) ШСР.

Мета: дослідити за допомогою дескриптивної психопатології феноменологію МІВ ШСР

Завдання: Проаналізувати контент МІВ за допомогою дескриптивної психопатології та дослідити прояви порушень соціального функціонування у пацієнтів з МІВ ШСР

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

Було обстежено 132 пацієнти з маячними ідеями впливу, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Включалися пацієнти з встановленим діагнозом F 20 – шизофренії (параноїдна форма – F 20.0); F 21 – шизотипового розладу; F 22 – хронічного маячного розладу; F 23 – транзиторного психотичного розладу; F 25 – шизоафективного розладу. Пацієнти з гострим поліморфним психотичним епізодом F 23, обумовленим очевидно іншим захворюванням, біполярним розладом чи вживанням ПАР, у групу не включалися. Включення в дослідження пацієнтів з діагнозом F 23 проходило у випадку

послідуючого встановлення діагнозу ШСР. Критерії включення: інформована згода пацієнта на участь в дослідженні; вік від 18 до 60 років; наявність МІВ (без вираженої дефіцитарної симптоматики, інтелектуально-мнестичного зниження та органічного ураження ЦНС) в період хвороби.

Психодіагностичне дослідження включало шкалу оцінки соціального функціонування (PSP), шкалу глобального функціонування (GAF). Згідно змісту маячних ідей пацієнти з ШСР були розподілені на 2 групи (1 гр: МІВ містичного контенту та 2 гр: МІВ побутового контенту).

Результати та їх обговорення. В групах дослідження проводився феноменологічний та клініко-статистичний аналіз клінічних характеристик пацієнтів з маячними ідеями впливу шизофренічного спектру розладів (МІВ ШСР). Під час обстеження пацієнтів з МІВ ШСР у ході дослідження було виявлено, різні підвиди змісту маячних ідей, що характеризувались різноманітним контентом переживань впливу, що включав розподіл МІВ на 5 основних підгруп: містико-архаїчного контенту, фантастичного, релігійного змісту, відчуття контролю зовні та відчуття упередженого ставлення від до оточуючих. В подальшому згідно змісту переживань групи згідно феноменологічним характеристикам були об'єднані у 2 основні групи, відповідно до змісту (у першій групі переважало містико-магічне мислення з домінуванням фантастичності переживань, коли у другій групі домінувало відчуття зовнішнього контролю). Досліджуючи МІВ ШСР були виявлені ряд специфічних відмінностей у групах. А саме: фантастичний та містико-архаїчний контент переживань був лише у пацієнтів першої групи. Він включав специфічні переживання «впливу», що включав телепатію й гіпноз (18%), інформацію з космосу (10%), вплив померлих родичів\друзів (12%), ангелів, демонів (23%), прибульців, роботів (4%), чарами (5%), телепатія з телевізору\інтернету\машин й комп'ютерів (18%), голосів (10%). На відміну від пацієнтів 2-ї групи, де найбільший відсоток маячної симптоматики припадав саме на «відчуття» у пацієнтів упередженого ставлення до них родичів, сусідів, дітей, батьків (70%), імперативних псевдогалюцинацій (30%), або ж під час огляду самі пацієнти упереджено відносились до свого оточення, розповідали про відчуття контролю зовні; відсоток пацієнтів з релігійним контентом переживань був вищим у 5 разів, у групі МІВ ШСР МФК.

Специфічність маячних ідей містичного характеру пов'язаних з «гіпнотичним» впливом комп'ютерів\інтернету\титрів з телевізора пов'язана із формуванням специфічного вірування у «інструкції», що ними передаються, як необхідний для виконання механізм дії. Також у описах присутня містифікація процесу впливу, що виражена, як відчуття впливу «на душу та особистість» різноманітного науково не підтвердженого «випромінення».

Прояви порушень соціального функціонування досліджувались за допомогою шкал PSP та GAF. Більший відсоток незначного зниження з легкими утрудненнями характерніший для побутових МІВ (2 групи), однак більший відсоток обтяженості у сфер соціального функціонування припав на містико-фантастичний зміст МІВ з помітним рівнем утруднення.

Висновки: Аналізуючи дескриптивну психопатологію МІВ ШСР бачимо різницю у контенті переживань пацієнтів, що дає змогу розділити ці поняття. Адже виявлено різні підвиди МІВ, що можуть бути об'єднані у 2 основні групи,

відповідно до змісту (у першій групі переважає містико-магічне мислення з домінуванням фантастичності переживань, коли друга група характеризується відчуттям зовнішнього контролю).

Прояви порушення соціального функціонування у пацієнтів з МІВ ШСР притаманні обом групам, яке найчастіше є незначним з легкими утрудненнями (59% й 81%). Також є достовірною різниця у рівнях зниження загального функціонування. Так у пацієнтів з контентом МФК у 5 разів вище відсоток значного утруднення у функціонуванні, але в той же час третина пацієнтів групи МФК мають задовільний рівень функціонування. В цілому статистичні дані свідчать про однаковий рівень вираженості порушень соціального функціонування у особистісній та соціальній сферах діяльності, в обох групах.

POST-STROKE ELECTROLYTE DISORDERS IN PATIENTS WITH AND WITHOUT DIABETES

Zahranychnyi T. S., Halushko O. A.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Department of Anesthesiology and Intensive Care

Electrolyte disorders that occur in patients with acute ischemic stroke (AIS) are one of the reasons for AIS complications. Concomitant diabetes mellitus (DM) affects stroke severity and increased mortality rates.

Objective: to investigate the frequency of electrolyte disorders in patients with AIS against a background of concomitant diabetes.

Materials and methods. An analysis of 416 patients with the treatment of AIS was conducted. All patients were divided into three groups: 1) patients with established diabetes before the stroke, 2) patients with newly diagnosed diabetes and 3) patients without diabetes. The second phase was conducted a pilot study with an analysis of the frequency of magnesium and phosphate metabolic disorders in the patients with AIS (20 patients with AIS on a background of diabetes and 10 stroke patients without diabetes).

Results. The diabetic history was present in 110 of 416 patients (26.4%), another 48 patients (11.5%) were diagnosed with first installed diabetes. Thus, the incidence of diabetes in patients with AIS in our study was approximately 38.0%, which was much higher than in the corresponding age population. In general, the different types of electrolyte disorders were observed in 258 of 349 (73.9%) patients with AIS, while in patients with underlying disorders of carbohydrate metabolism, these violations occurred significantly more often than patients without such. In particular, disorders of carbohydrate metabolism occurred in 82 (81.2%) and 36 (83.7%) patients of 1 and 2 groups versus 134 (65.4%) in the control group ($p < 0.05$). Hypomagnesemia (less than 0.8 mmol/L) was observed in 2 of 10 patients (20%) with AIS and without carbohydrate disturbances and in 6 of 20 patients (30%) with AIS and concomitant diabetes. Hypophosphatemia (phosphate levels less than 0.8 mmol/L) was found in patients without diabetes and in 2 patients with concomitant DM or newly diagnosed diabetes. Blood electrolyte levels were stabilized after correction with oral medication containing phosphates and magnesium and that coincided with the improvement of the patients and the degree of disability.

Conclusion. Electrolyte disorders are a fairly common problem in patients with concomitant diabetes and AIS. In patients with impaired carbohydrate metabolism observed significantly higher frequency (more than 81.2% of patients) of electrolyte disorders than in patients without them. In the case of AIS on a background of diabetes electrolyte disturbances occur significantly more frequently than in patients without such comorbid disorders. Further research is needed to elucidate the role of individual electrolyte disorders (eg, magnesium and phosphate) in the course and consequences of AIS.

**ПОКАЗНИКИ МІОЗИТНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З
МІОДИСТРОФІЄЮ ДЮШЕНА.
MYOSITIS PROFILE INDICES IN PATIENTS WITH DUCHENNE
MUSCULAR DYSTROPHY.**

Караєв Т.В., Кононець О.М. (Karaiev T. V., Kononets O. M.)

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

Мета - дослідження параметрів міозитного профілю у пацієнтів з міодистрофією Дюшенна.

Матеріал та методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне і параклінічне обстеження у 34 пацієнтів з міодистрофією Дюшенна, середній вік яких становить $15,6 \pm 4,25$ років. Обстеження включало: детальне неврологічне обстеження з вивченням скарг, даних клініко-неврологічного обстеження з визначенням та співставленням основних неврологічних синдромів з акцентом дослідження на м'язах, а також вивчення ехографічної картини м'язів за допомогою ультразвукового дослідження м'язів кінцівок. Також проведення лабораторного дослідження з детальним вивченням показників міозитного профілю: Мі-2, антитіла IgG (маркер ідіопатичного міозиту); Ку, антитіла IgG (маркер поєднання склеродермії та міозиту); Комплекс РМ-Scl, антитіла IgG (маркер склеродермії); гістіділ -т-РНК синтетаза (Jo-1), антитіла IgG; треоніл-т-РНК синтетаза (PL-7), антитіла IgG; аланіл-т- РНК синтетаза (PL-12), антитіла IgG; RING залежна Е3 лігаза (Ro-52), антитіла IgG.

Результати та їх обговорення. При детальному лабораторному обстеженні 34 пацієнтів з міодистрофією Дюшенна, третині (10) з яких було виконано визначення показників міозитного профілю. З 10 пацієнтів, яким було зроблено визначення показників міозитного профілю, у 4 (40%) були виявлені певні позитивні маркери міозитного профілю. Таким чином було визначено, що у 2 пацієнтів (20%) визначався IgG до Мі-2, який виявляється при дерматомиозиті.

У 1 пацієнта (10%) визначався IgG до треоніл-т-РНК синтетаза (PL-7), який виявляється при антисинтетазному синдромі. Та ще у одного пацієнта (10%) визначався IgG до аланіл-т- РНК синтетаза (PL-12), який виявляється при антисинтетазному синдромі, міозиті. Виходячи з вище вказаних даних, ми визначили, що у деяких пацієнтів з міодистрофією Дюшенна також виявляються маркери аутоімунного пошкодження м'язової тканини.

Висновки. Враховуючи, що у деяких пацієнтів з м'язовою дистрофією Дюшенна наявні зміни в показниках міозитного профілю та визначаються маркери аутоімунного ураження м'язової тканини, виникають передумови для подальшого детального дослідження патогенетичних механізмів ураження м'язової тканини у пацієнтів з міодистрофією Дюшенна.

ЕТИОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ВІТИЛІГО, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF VITILIGO, LITERATURE REVIEW

Карпенко К. С. (K. Karpenko)

Науковий керівник: д.мед.наук, професор Цепколенко В.О.

Інститут пластичної хірургії «Віртус»

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра дерматовенерології

Актуальність. Вітиліго - це хронічне придбане порушення пігментації шкіри, що характеризується наявністю різко обмежених депігментованих ділянок шкіри часто симетричних, що пов'язано із втратою функціонуючих епідермальних меланоцитів і іноді меланоцитів волосяних фолікулів. Зустрічається приблизно в 0,5-2% популяції, проте точну поширеність важко оцінити, так як вона відрізняється в різних географічних регіонах і серед різних етнічних груп. Частота вітиліго не залежить від раси, віку і статі. Однак існує статистика, що на лікарські консультації з приводу вітиліго частіше приходять жінки.

Вітиліго - значуща психологічна і соціальна проблема, захворювання може призвести до серйозного порушення якості життя пацієнта, особливо якщо задіяні видимі області тіла (обличчя, руки). Через відсутність пігменту меланіну існує підвищений ризик сонячних опіків і, теоретично, підвищений ризик раку шкіри в уражених областях, існує також асоціація вітиліго із захворюваннями очей, особливо іритами.

Мета: при написанні роботи ми брали за мету зібрати, вивчити та висвітлити сучасні погляди щодо етіології та патогенезу вітиліго згідно останніх даних літератури.

Обговорення: Вітиліго є багатофакторним захворюванням, яке пов'язане як з генетичними, так і з негенетичними факторами. Залежно від площі, симетричності ураження шкіри при вітиліго і активності процесу виділяють різні класифікації даного захворювання. Вважають, що вітиліго, являє собою гетерогенну групу захворювань з різним типом генетичного успадкування та різноманітними екзо- і ендогенними тригерами. Аналіз геномного зв'язку проводився в багатьох групах пацієнтів з несегментарним вітиліго, був ідентифікований ряд генів. Більшість з цих генів пов'язані з іншими аутоімунними порушеннями і грають ключову роль в імунних механізмах розвитку системних аутоімунних захворювань.

При імуногістохімічному дослідженні шкіри хворих на вітиліго з антитілами до меланоцитарних маркерів меланоцити не визначались. Також не виявляли в шкірі хворих на вітиліго рецептор KIT - білок, що експресується на початок диференціації меланоцитів, що вказує на відсутність попередників меланоцитів. Був зроблений висновок, що меланоцити відсутні або присутні в дуже невеликій

кількості в осередках вітиліго. Також в шкірі хворих на вітиліго відзначалася вакуолізація цитоплазми кератиноцитів. Вважають, що цитокіни, що експресуються кератиноцитами: фактор стовбурових клітин (SCF, ліганд KIT), фактор некрозу пухлини- α (TNF- α) і інтерлейкін (IL) -1, можуть грати роль у зникненні меланоцитів. При дослідженні щільності клітин Лангерганса в шкірі хворих на вітиліго гістохімічним (АТФазой) або методом моноклональних антитіл (анти-CD1a і HLA-DR), визначалося зміна їх кількості: збільшення, зменшення, або рідше - нормальна кількість. Спостерігали функціональні порушення і дегенеративні зміни в клітинах Лангерганса, особливо в прикордонних областях, де вони були збільшені і мали коротші дендрити. Ці дані свідчать про те, що при вітиліго уражаються всі клітини епідермісу: меланоцити, кератиноцити і клітини Лангерганса.

Патогенез вітиліго до теперішнього часу залишається дискутабельним. Виділяють аутоімунну теорію, теорію пошкодження меланоцитів, теорію оксидативного стресу. Запропоновані теорії не є взаємовиключними, була запропонована комбінована теорія патогенезу вітиліго, що об'єднує зазначені вище теорії.

Висновки: Таким чином, до теперішнього часу багато питань етіопатогенезу вітиліго залишаються недостатньо вивченими. Спірними залишаються механізми імунологічних та імуногістохімічних змін ураженої шкіри при вітиліго. Ці питання мають бути розглядані при подальших дослідженнях етіопатогенезу цього захворювання.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ДО ДІАГНОСТИКИ ГЕМОРАГІЧНОГО ВАСКУЛІТУ (IgA-ВАСКУЛІТУ) У ДІТЕЙ

PATHOGENETIC ESTABLISHMENT OF DIAGNOSTIC APPROACHES TO HEMORRHAGIC VASCULITIS (IgA-VASCULITIS) IN CHILDREN

Кваченюк О. Г. (Kvacheniuk O. H.)

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

Актуальність теми. Геморагічний васкуліт (ГВ) або IgA-васкуліт - найпоширеніший васкуліт у дітей, який уражує переважно дрібні кровоносні судини шкіри, суглобів, шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і нирок. Поглиблене вивчення ГВ ведеться з початку ХХ століття, однак етіологія та патогенез даного захворювання і досі потребує уточнення. Дотепер лишається актуальним питання пошуку найінформативніших біомаркерів несприятливого перебігу та розвитку ускладнень ГВ у дітей, адже довгострокова захворюваність при ГВ пов'язана із розвитком капіляротоксичного гломерулонефриту із формуванням у 20-30 % випадків хронічної хвороби нирок (ХХН), що потребує поєднаних медичних, фінансових, соціальних зусиль для тривалого збереження функціонального стану нирок та підтримки якості життя пацієнтів.

Формулювання проблеми. За даними останніх популяційних епідеміологічних досліджень, останнім часом відмічається тенденція

до підвищення рівня поширеності і захворюваності на ГВ, що, можливо, пов'язано із зростанням рівня коморбідної патології.

Нещодавно відзначено, що обтяжений алергологічний анамнез та вживання харчових алергенів є предиктором розвитку ГВ у дітей. Даний факт заслуговує на увагу, оскільки відомо, що виразний абдомінальний біль і криваві випорожнення при ГВ є факторами ризику залучення у патологічний процес нирок, тому актуальним питанням є вивчення преморбідного стану слизової оболонки ШКТ. Наразі широко обговорюється роль еозинофільної гастроентеропатії як прояву гастроінтестинальної форми харчової алергії (ХА) у розвитку автоімунної патології, до якої належить і ГВ, що потребує подальшого пошуку спільних ланок патогенезу ГВ та ХА.

Методи проведення літературного пошуку. Бібліосемантичний. Проведено теоретичний аналіз даних сучасних світових наукових досліджень.

Аналіз отриманих даних. Патолофізіологічний зв'язок еозинофільних захворювань ШКТ та автоімунної патології наразі вивчений недостатньо. В нормі еозинофіли присутні у слизовій оболонці ШКТ в невеликій кількості та виконують фізіологічні функції, перш за все регенерацію. Однак все більше даних свідчить про те, що еозинофіли виконують функцію модуляторів опосередкованих Т-клітинних імунних відповідей. Крім того, як еозинофільні гастроінтестинальні захворювання, так і ГВ мають за основу дисрегуляцію Т-клітинної відповіді з переважанням функції Т-лімфоцитів-хелперів 2 типу.

На окрему увагу заслуговують головний основний протеїн (major basic protein, МВР) та еозинофільний катіонний протеїн (eosinophil cationic protein, ЕСР), які виділяються при різноманітних патологічних станах, що супроводжуються підвищенням експресії мембранних рецепторів еозинофілів та мають пряму цитопатичну дію не лише на сторонні субстанції, але і на нормальні тканини. Цитолітична активність еозинофільних білків характеризується вибірковістю впливу на ті чи інші клітини-мішені. Так, МВР чинить патогенну дію на епітелій нирок та слизових оболонок ШКТ. МВР та ЕСР, впливаючи на імунокомпетентні клітини, сприяють підвищеному вивільненню з них потужних біологічно активних речовин - гістаміну, цистеїніл-лейкотрієну (LT) та фактору активації тромбоцитів (ФАТ). Ці речовини здатні посилити прояви ендотеліальної дисфункції, яка перебігає із залученням у патологічний процес системи гемостазу та розвитком гіперкоагуляції, що відіграє значну роль у розвитку ураження нирок при ГВ.

Висновки. У зв'язку з невизначеністю етіологічних чинників не вирішене питання пошуку нових методів корекції ендотеліальної дисфункції з урахуванням змін окремих імунологічних показників та маркерів запального процесу. Труднощі раннього виявлення діагностики вісцеральних уражень при геморагічному васкуліті, своєчасного попередження розвитку ускладнень та рецидивів хвороби спонукають до пошуку нових діагностичних маркерів даного захворювання. Враховуючи вище викладене, актуальним є вивчення ролі харчової алергії в ініціації геморагічного васкуліту, провокації рецидивів захворювання, розвитку абдомінального синдрому та пов'язаного із цим ураження нирок.

**ОЦІНКА КЛІТИННОЇ ЛАНКИ АДАПТИВНОГО ІМУНІТЕТУ У
ЧОЛОВІКІВ З НАЯВНІСТЮ / ВІДСУТНІСТЮ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ**
**ASSESSMENT OF CELLULAR LINK OF ADAPTIVE IMMUNITY IN MEN
WITH THE PRESENCE / ABSENCE OF TOXOCAROSIS INVASION**

*Кенійз С.О., Воронцова Л.Л., Коваленко В.А. (Keniyz S. A., Vorontsova L. L.,
Kovalenko V. A.)*

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти
Міністерства охорони здоров'я України»

Кафедра клінічної лабораторної діагностики та лабораторної імунології

Токсокароз, як тривалоперебігаюча інвазія, безумовно впливає на імунну систему хазяїна, а саме на клітини імунітету, як найбільш важливу ланку імунної системи, конституційно призначену для елімінації клітин, що несуть ознаки генетичної чужорідності, до яких можна віднести личинки токсокар.

Мета: Виявити особливості клітинної ланки адаптивного імунітету у чоловіків з порушенням фертильності на тлі токсокарозної інвазії.

Нами було обстежено 97 чоловіків у віці від 20 до 45 років. Пацієнти були розділені на п'ять груп. Першу (контрольну) групу склали 20 фертильних, практично здорових чоловіків. До другої групи (порівняння) увійшли 27 інфертильних пацієнтів з нормальним рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів і з відсутністю антитіл до токсокар. Третю групу склали 20 інфертильних чоловіків з нормальним рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів і наявністю антитіл до токсокар. У четверту і п'яту групи увійшло по 15 інфертильних чоловіків з високим рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів і наявністю / відсутністю антитіл до токсокар відповідно. Всім чоловікам було проведено комплексне дослідження, що включало визначення клітинної ланки адаптивного імунітету, наявність токсокарозної інвазії.

В результаті вивчення Т-клітинної ланки імунної системи у чоловіків групи порівняння (2 група) встановлено дисбаланс показників імунної системи, збереження загальної кількості лімфоцитів, активація НК-клітин і В-лімфоцитів, що можливо свідчить про наявність проявів хронічної інфекції.

Стан Т-клітинної системи у чоловіків 3 групи характеризувався підвищеними рівнями практично всіх показників: Т, В-клітинних ланок і НК-клітин. Ми припускаємо, що при інвазії невеликою кількістю личинок токсокар (рівень антитіл IgG до антигенів токсокар - індекс позитивності 1,8), відбувається стимуляція імунної системи господаря, за рахунок метаболітів, які знаходяться на поверхні личинок і мають властивості суперантигенів, з подальшою солубілізацією в кровотік.

У чоловіків 4 групи, розвиток процесу, який викликаний великою кількістю личинок токсокар (вміст антитіл IgG до антигенів токсокар – індекс позитивності 2,4) сприяє розвитку патологічної імунної відповіді. При гельмінтозній інвазії і її хронізації, починає розвиватись імунодепресія, що призводить до заміни гострої фази на хронічну. При такому процесі паразитогенна депресія може виникати в різноманітних ланках імунної системи (зокрема, в системі В-лімфоцитів). Саме наявність імунодепресії сприяє персистенції патогену, що надалі призводить до фрагментації ДНК сперматозоїдів.

Стан Т-клітинної ланки у чоловіків 5 групи характеризувався зниженням концентрації загальної кількості Т-лімфоцитів, що свідчить про наявність імунодефіциту. Дослідження рівня фрагментації ДНК сперматозоїдів у пацієнтів п'ятої групи виявило незначне перевищення нормальних значень.

У інфертильних чоловіків при незначному інфікуванні личинками токсокар (вміст антитіл IgG до антигенів токсокар – 1,8) спостерігається гіперактивація Т-клітинної ланки імунної системи, що забезпечує достатньо швидке виведення патогену з організму та робить практично неможливим пошкодження ДНК сперматозоїдів, що ми спостерігали в 3 групі. За наявності чоловічого безпліддя при значному інфікуванні личинками токсокар (вміст антитіл IgG до антигенів токсокар – 2,4) виявляється імунодепресія, що сприяє персистенції патогену, і призводить до фрагментації ДНК сперматозоїдів (4 група).

THE MODERN VIEW ON THE USE OF BENZODIAZEPINES IN CASE OF ADULTS DIAGNOSED WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Kyselova Alina

SWPS University of Social Sciences and Humanities, Warsaw, Poland
Department of Psychology in English: specialization - Clinical Psychology

Introduction. Generalized anxiety disorder (GAD) is a chronic disorder which is characterised by excessive and unrealistic anxiety, and uncomfortable worries concerning life situations. These episodes can last minimum up to 6 months, and are combined with physical symptoms. As a result, patients with GAD experience different impairments in everyday functioning.

Adults diagnosed with GAD can have various symptoms, which include:

- Persistent worrying or anxiety concerning different things which influence daily functioning;
- Excessive thinking about different worst-cases consequences;
- Problems with handling uncertainty;
- Fear of making incorrect decision;
- Difficulties with relaxation;
- Problems with concentration.

In addition, patients can experience some physical symptoms, including:

- Fatigue;
- Sleep problems;
- Muscle tension and aches;
- Trembling;
- Sweating;
- Irritability;
- Problems with digestive system;

The treatment of GAD depends on the severity of the case and how symptoms influence the everyday function. There are two main treatments which are used nowadays.

1. Psychotherapy (e.g. cognitive-behavioural therapy);

2. Medications, including antidepressants, buspirone, and benzodiazepines.

Aim. The main purpose of this article is to present a modern view on the use of benzodiazepines in case of adults diagnosed with GAD.

Methods. Scientific articles (dated after 2015) and websites with evidence-based information were used to write this article.

Results & Discussion. Benzodiazepines (BZ) is a group of medications which is used in cases of anxiety, panic disorders, seizures, and rarely in case of depression. These drugs increase the effect of gamma-aminobutyric acid (GABA) in the brain. GABA is a neurotransmitter which leads to reduction of the activity of nerves, and as a result the use of BZ which increases the effect of GABA, leads to decrease of brain activity. Additionally, BZ does not decrease the level of worries, but decrease the levels of somatic symptoms by eliminating somatic symptoms (e.g. muscle tension). According to studies, it was demonstrated that BZ has good and rapid efficacy compared to antidepressants (AD) of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) groups. However, these results are not essential for elderly patients with GAD. Additionally, it is essential to mention that BZ has addictive characteristics, and the range of side effects is very impressive: drowsiness, confusion, dizziness, memory problems, muscle weakness, nausea, dry mouth, headaches, problems with blood pressure, rashes, problems with eyesight and sexual desire, etc. Moreover, if the use BZ is stopped, withdrawal symptoms, including anxiety, insomnia, and irritability are present. The risk of dependence goes up if the dosage and the duration of using BZ increase. Clinicians from American College of Osteopathic Neurologists and Psychiatrists showed that use of BZ in case of GAD increases risk of dementia and death. Another review done in Canada demonstrated that “those who had taken a benzodiazepine for three months or less had about the same dementia risk as those who had never taken one. Taking the drug for three to six months raised the risk of developing Alzheimer’s by 32 percent, and taking it for more than six months boosted the risk by 84 percent.” Similar study done in France has shown the same results.

Conclusion. It can be concluded the use of BZ must be diminished, especially in case of elderly people due to addictive aspects and various side effects. Simultaneously, it is recommendable to prescribe AD from SSRIs group as a medical treatment for GAD. The short-term use of BZ can be prescribed for patients with GAD only in the following cases:

- patients have no significant effect after using AD;
- acute crisis;
- patients whose anxiety levels increases

NLRP3-ІНФЛАМАСОМА ТА РОЗВИТОК ПРОЗАПАЛЬНОГО СТАНУ В ОРГАНІЗМІ

NLRP3-INFLAMMASOME AND THE DEVELOPMENT OF THE PRO-INFLAMMATORY STATE IN THE BODY

Козонас Н.М., Максимюк Г.В. (Kozonas N.M., Maksymyuk H.V.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної лабораторної діагностики ФПДО

Актуальність: Надмірна вага тіла та ожиріння є проблемою, яка у світі набула масштабу епідемії. У таких осіб зростає ризик розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, ендокринних порушень, для яких характерні ознаки прозапального стану. Однією з причин розвитку системного запалення в організмі є збільшення кількості макрофагів у жировій тканині, продукція С-реактивного білка, прозапальних цитокінів TNF- α , IL-6, тощо. На сьогодні, цій проблемі присвячена значна кількість наукових досліджень, проте механізм активації імунної відповіді на дію непатогенних чинників залишається викликом для вчених.

Мета: висвітлити роль NLRP3 (NACHT-LRR-PYD-containing protein-3) інфламасоми у патогенезі захворювань, що супроводжуються прозапальним станом.

Обговорення: у 2002 році Martinon F. et al. вперше описали інфламасому NLRP3, основною функцією якої є регуляція розвитку запалення у клітині. Цей мультимерний протеїновий комплекс зв'язує та активує каспазу-1, яка в свою чергу, активує перетворення pro-IL1 β та pro-IL-18 у IL1 β і IL-18, відповідно. Основна роль IL-1 β – захист клітин від патогенів, участь у процесах апоптозу, диференціації та проліферації клітин. Не зважаючи на те, що IL-18 фізіологічно присутній майже у всіх клітинах організму, встановлено, що його вміст також корелює з розвитком ожиріння. Очевидно, що основною функцією IL-1 та IL-18 є підтримка гомеостазу. Проте, надмірний синтез цитокінів та неконтрольована запальна реакція чинять згубний вплив на організм та викликають потребу у застосуванні протизапальної терапії.

Інфламасому можуть активувати численні патогенні фактори (бактеріальної та вірусної природи), а також незапальні чинники (позаклітинна АТФ, порушення йонного балансу, реактивні форми кисню). Спільною ознакою всіх цих активаторів є те, що вони провокують розвиток клітинного стресу. Необхідно також зауважити, що залучення у цей процес NLRP3 не до кінця з'ясовано.

Зокрема, встановлено участь NLRP3 інфламасоми у регуляції вродженої імунної відповіді при інфекціях, аутоімунних хворобах і таких метаболічних захворюваннях, як атеросклероз, цукровий діабет 2 типу та ожиріння. Отже, на сьогодні існує необхідність ширшого дослідження механізмів активації інфламасоми за різних патологічних станів.

Висновок: NLRP3 можна розглядати як ранній діагностичний маркер ушкодження тканин при запальних захворюваннях різного генезу.

ЗНАЧЕННЯ НЕМОТОРНИХ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БАС

Костенко В. В.

Науковий керівник доктор медичних наук, професор Головченко Ю. І.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Кафедра неврології № 1

Актуальність. Бічний аміотрофічний склероз-це прогресуюче, хронічне захворювання головного та спинного мозку. Провідні клінічні прояви бічного

аміотрофічного склерозу відомі досить добре. У той же час, нерухові симптоми захворювання, як правило, залишаються поза увагою практикуючих клініцистів.

Мета: Визначення частоти і структури немоторних симптомів на ранніх стадіях хвороби рухового нейрона.

Матеріали та методи. У наше дослідження були включені 52 пацієнта з БАС і 44 людини групи контролю. Для виявлення немоторних порушень була використана шкала ШНС (NMSQuest). Оцінка прогресування хвороби проводилася за допомогою функціональної переглянутої і розширеної шкали оцінки БАС (ALSFRS-R)

Результати. У хворих БАС статистично достовірно частіше зустрічалися такі немоторні симптоми як втрата ваги (75%), біль (61%), порушення ковтання (60%), пітливість (56%) і занепокоєння (54%). У пацієнтів з БАС ризик появи дисфагії, втрати ваги, падінь був збільшений більш ніж у 8 разів більший, ніж у групі контролю, а ризик появи больових відчуттів 2.5 рази. Також у пацієнтів молодше 60 років статистично достовірно частіше спостерігалися падіння ($\chi^2 = 5,54$; $p = 0,02$) і зниження лібідо ($\chi^2 = 4,04$; $p = 0,04$) у порівнянні з контрольною групою. Середній бал за шкалою ALSFRS-R у пацієнтів склав 38,5. При кореляційному аналізі виявлено помірний зворотній зв'язок між кількістю балів за шкалою оцінки пацієнтів з БАС (ALSFRS-R) і ШНС (Шкала немоторних симптомів) ($\rho = -0,45$, $p = 0,001$).

Висновки. Немоторні симптоми є облігатною ознакою хвороби мотонейрона і часто можуть служити досить чутливим індикатором загального функціонального стану хворих. У структурі НС у хворих на БАС значно переважають шлунково-кишкові порушення.

Наявність у пацієнтів немоторних симптомів вказує на мультисистемний характер даного фатального захворювання.

Використання ШНС у пацієнтів із БАС на ранніх стадіях хвороби дозволить лікарям неврологам своєчасно виявляти немоторні порушення.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ВУЗЛОВИХ УТВОРЕНЬ МАТКИ OPTIMIZATION OF APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF BENIGN UTERINE NODULES

Костилєва Н. М. (N. Kostylieva)

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор, член-кор.

НАМН України О. Ю. Усенко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова
Кафедра хірургії

Актуальність Поширеність доброякісних вузлових утворень матки є досить актуальною та вагомою проблемою сучасної медицини, особливо у жінок репродуктивного віку. У зазначеній популяції, поширеність даної патології за даними різних науковців складає від 25 до 75%. Результати лікування жінок з даною патологією не можна визнати задовільними, що за даними численних наукових досліджень пов'язано з різноманіттям фіброміом матки. Неоднозначність інтерпретацій клініко-морфологічних варіацій призводить до неповного

визначення ролі гормональних, молекулярно-генетичних факторів, що не дозволяє розробити оптимально ефективну тактику лікування. На даний час провідну роль у лікуванні фіброміом матки займає хірургічне лікування, яке, на жаль, призводить до втрати або зниження репродуктивної функції жінки, а також може призводити до низки ускладнень, пов'язаних із хірургічними втручаннями, виникненням пошкодження матки. Вищевикладене визначає необхідність та доцільність оптимізації підходів до хірургічного лікування жінок із фіброміомами матки, які мали б уникнути вищезазначених недоліків.

Метою дослідження є покращення результатів хірургічного лікування пацієнок із міомою матки шляхом оптимізації мінімально інвазивних та органозберігаючих методів оперативного втручання, впровадження сучасних технологій. Завдання дослідження:

- визначити та проаналізувати клініко-морфологічні особливості типів розвитку пухлини у жінок репродуктивного віку;
- визначити та оцінити особливості клінічних проявів фіброміом та преморбідний фон розвитку фіброміом у жінок репродуктивного віку;
- оцінити ефективність хірургічного лікування жінок репродуктивного віку з фіброміомами матки, залежно від гістіотипу пухлин та оцінити частоту рецидивів після проведення різного типу оперативних втручань;
- визначити клінічно результативні ризики виникнення рецидивів фіброміом матки у жінок репродуктивного віку;
- визначити та сформулювати найбільш раціональну тактику малоінвазивного органозберігаючого хірургічного лікування доброякісних вузлових утворень матки.

Обговорення Основним завданням лікування вузлових утворень матки являється або видалення пухлини (хірургічне лікування), або уповільнення росту пухлини та регрес новоутворення (консервативне лікування). Можливості гормонотерапії обмежені та асоційовані із низкою ускладнень. Традиційно 75-82% пацієнок з міомою матки піддаються хірургічному втручання, яке являється ефективним методом лікування. Найбільш розповсюдженою операцією залишається гістеректомія. В Україні частота гістеректомії серед порожнинних гінекологічних операцій становить 31,7-38,1%, у Великобританії 25%, у Швеції 38%, в США 36%. Середній вік пацієнок, яким проводиться гістеректомія, становить 40-43 роки. У зв'язку з цим, актуальне впровадження в клінічну практику органозберігаючих методів лікування- міомектомії, емболізації маткових артерій, абляції міоматозних вузлів, які дозволяють зберегти орган, а також репродуктивну функцію у більшості жінок. У провідних клініках світу удосконалення тактики ведення пацієнок із міомою матки пов'язане із впровадженням нових технологій, що дозволяє виконати менш травматичні операції, знизити ризик ускладнень та покращити якість життя пацієнок. Новим і перспективним методом лікування може стати радіочастотна абляція міоматозних вузлів. Такий спосіб лікування допоможе зберегти репродуктивну функцію жінок, зменшить кількість ускладнень, пов'язаних із пошкодженням чи втратою органа. Однак для підвищення ефективності органозберігаючих методик та зниження частоти рецидивів міоми матки необхідно удосконалювати техніку операцій, вивчати і розробляти комплекс реабілітаційних заходів.

Висновки Питання лікування міоми матки до теперішнього часу залишається найбільш складним та дискутабельним, оскільки дана патологія включає гетерогенну групу станів. Вибір тактики лікування визначається множинною кількістю факторів, зокрема, особливостями патогенезу захворювання, формою, локалізацією та темпом росту пухлини, віком пацієнтки, реалізацією репродуктивної функції тощо. Найбільш розповсюдженим методом лікування залишається гістеректомія. Однак, наявність низки ускладнень, зв'язаних із пошкодженням органу, спонукає до пошуку більш оптимальних методів лікування. У зв'язку з цим, актуальне впровадження в клінічну практику органозберігаючих методів лікування- міомектомії, емболізації маткових артерій, абляції міоматозних вузлів, які дозволять зберегти орган, а також репродуктивну функцію у більшості жінок, підвищать ефективність лікування та якість життя.

MARKETING AUDIT OF MEDICINES FOR LOCAL THERAPY OF DEMODECOSIS

Koval S., Davtiana L., Drozdovaa O.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Department Pharmaceutical Technology and Biopharmaceuticals

Introduction: Demodectic mange - belongs to a special group of skin diseases, psychosomatic dermatoses, is a polymorphic multifactorial disease of the sebaceous glands. According to the results of our research, we came to the conclusion that the disease of demodicosis can turn into acne. Given the localization of rashes on the face in almost all patients, there is no doubt about the impact of demodicosis on their psycho-emotional state. We came to the conclusion that the existing pronounced impact of the disease on the psycho-emotional sphere and social adaptation of patients determine the urgency of this problem and the need to develop new effective treatments. In this regard, the development of new medicines for local therapy of this disease is an urgent medical and pharmaceutical task.

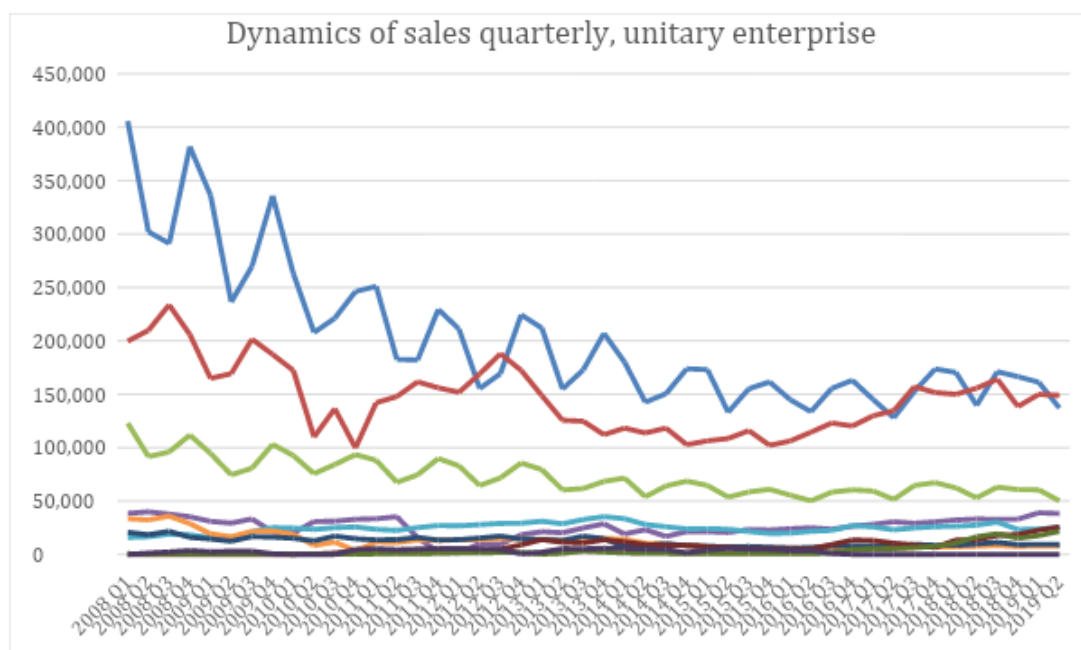


Fig. 1 Dynamics of pharmacy sales quarterly, local medicines (drugs) for the treatment of demodicosis drugs of groups (P03A, D06BX)

According to Figs. 1 on a monthly basis, we see a trend of growth of groups (P03A, D06BX) and (D10AD, D10A, D06A, D02A) since may, and a pronounced growth of groups (P03AX01) and (D10AB02) in the autumn.

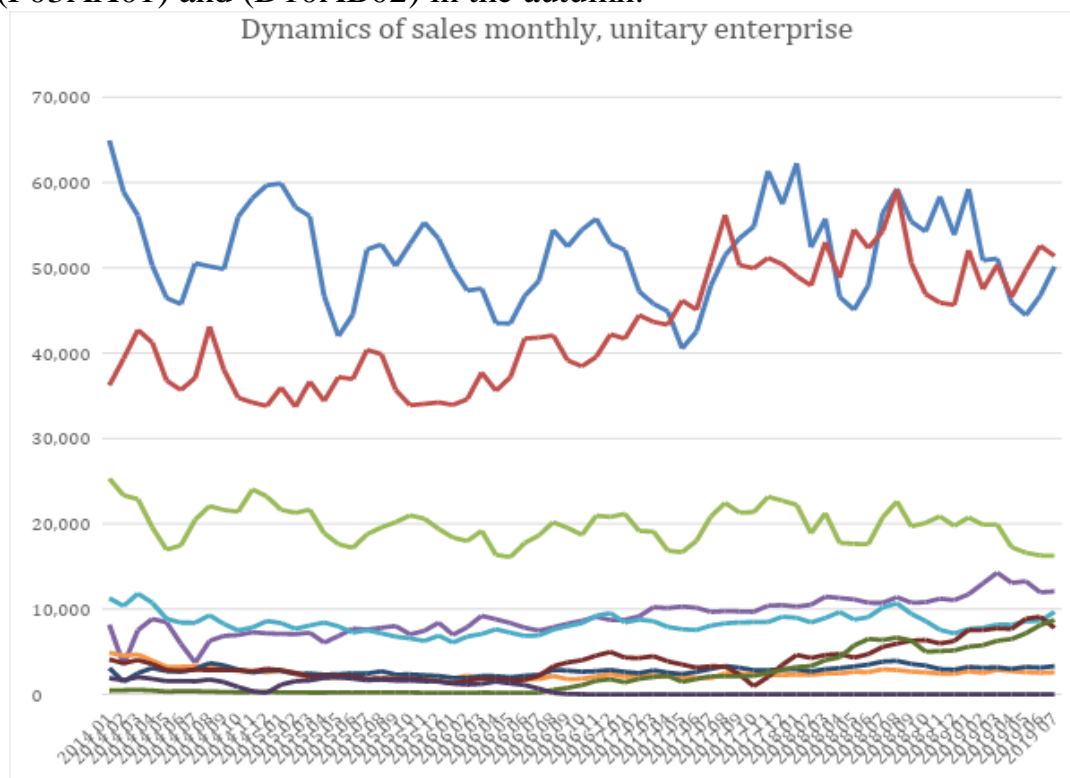


Fig. 4 Dynamics of monthly pharmacy sales of local medicines for the treatment demodicosis of drugs (P03A, D06BX)

According to Figs. 4 we assessed the dynamics of individual brands. 88% of the market in packaging is occupied by sales of 12 brands. Among the agents based on benzyl benzoate (P03AX01), sulfur (D10AB02) and zinc (D02AB) of various manufacturers, some changes have taken place, some manufacturers have lost in the first positions to others. Thus, among benzyl benzoate preparations (P03AX01) the emulsion of benzyl benzoate produced by LLC "DKP" Pharmaceutical Factory "in Zhytomyr, which is currently both the leader of the segment as a whole and the best-selling brand among benzyl benzoates, has also grown significantly. manufactured by PJSC Pharmaceutical Factory "Viola" and PJSC Lubnipharm, sulfur ointment (D10AB02) produced by PJSC "Fitopharm", etc.

As a result, according to the data analyzed by us, it was found that the largest sales in packaging have brands in the low-cost segment, which are the most cost-effective and show the most effective therapeutic effect, so it is important to create multicomponent soft drugs in cream and gel metronidazole, benzyl benzoate and benzoyl peroxide.

**ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ
ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ
З УРАХУВАННЯМ МАСИ ТІЛА
EXERCISE TOLERANCE IN HYPERTENSION OF SCHOOL-AGE
CHILDREN DEPENDING ON BODY WEIGHT**

Костинська Н. Г. (Kostynska N.G.)

Науковий керівник: професор, д.м.н. Марушко Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії післядипломної освіти

Актуальність теми. Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із найрозповсюдженіших захворювань в світі. В Україні поширеність серед школярів становить – 12-25% (Майданник В.Г. 2018 рр., Коренєв М.М. 2018 рр., Сенатрова Г.С. 2018 р.).

Поширеність ожиріння (О) в світі збільшилась з 4% в 1975 р. до 18% в 2016 р. (ВООЗ). Рівень реєстрації в Україні становить 1,3%, однак піднімається питання про гіподіагностику (Майданник В.Г. 2013 р., Зелінська Н.Б. 2017 р.).

На сьогодні немає достовірних даних з приводу поширеності поєднання АГ та О у дітей в Україні. Але відомо, що АГ виявляється частіше у людей з О, ніж у людей з нормальною масою тіла (НМТ) (Ковальова О.Н. 2015 р., Майданник В.Г. 2016 р.).

Мета дослідження. Вивчення толерантності до фізичного навантаження (ТдоФН) у дітей шкільного віку залежно від МТ з урахуванням наявності або відсутності у них стабільної АГ.

Матеріали і методи дослідження. Досліджено 95 дітей віком від 8 до 18 років, які були розділені на 4 групи. Перша група включала в себе пацієнтів з нормальним АТ та НМТ, друга — дітей зі стабільною АГ та НМТ, третя — з нормальним АТ та О, четверта — із стабільною АГ та О.

Діагностика стабільної АГ проводилась за допомогою добового монітору АТ. Розподіл дітей за масою тіла проводився за допомогою показника індекс маси тіла (ІМТ).

Для оцінки ТдоФН усім дітям була проведена велоергометрія. За головну змінну дослідження прийнято максимальне споживання кисню $V_{O_{2max}}$ л/хв/кг. Обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми MedStat v 5.2.

Результати дослідження. Отримані результати вказують на те, що при наявності стабільної АГ достовірно знижується $V_{O_{2max}}$. Також відмічено, що $V_{O_{2max}}$ достовірно знижується у дітей з О в порівнянні з дітьми з НМТ. При коморбідності АГ та О $V_{O_{2max}}$ знижується достовірно більше, ніж при наявності лише одного з названих захворювань.

Висновки. Існує обернено пропорційна залежність між ТдоФН та наявністю стабільної АГ. Також відмічається обернено пропорційна залежність між ТдоФН та збільшенням ІМТ. При поєднанні цих захворювань у пацієнта достовірно більше знижується ТдоФН, ніж при наявності тільки одного з них.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗВ'ЯЗКУ ТОКСОПЛАЗМОЗУ ТА ШИЗОФРЕНІЇ

Кравченко В. Г.

Науковий керівник: д. мед. н., професор Зяблицев Сергій Володимирович
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра патофізіології

Актуальність. Токсоплазмоз є поширеним паразитарним захворюванням, котре залежно від економічних та культурних особливостей популяцій, за різними оцінками, наявне у 15-85% населення. У розвинених країнах близько третини популяції інфіковано токсоплазмою. Такі показники захворюваності стимулюють до детальнішого вивчення патофізіології токсоплазмозу та його взаємозв'язку з іншими хворобами. Серед багатьох захворювань, які асоціюють з токсоплазмозом, особливу увагу приділяють шизофренії, оскільки встановлені патофізіологічні механізми такого зв'язку.

Мета роботи. Проаналізувати наукові роботи за темою, виділити ключові аспекти зв'язку токсоплазмозу з шизофренією.

Матеріали і методи дослідження: аналіз наукових робіт та статистичних даних за темою, зокрема, з наукової бази PubMed. Було відібрано 50 джерел з відкритим доступом до тексту статей.

Результати. *Toxoplasma gondii*, як відомо, є внутрішньоклітинним паразитом типу Apicomplexa, роду *Toxoplasma*. Паразит проходить складний життєвий цикл зі зміною господарів, зокрема, проміжними господарями токсоплазми є гризуни, а статеве розмноження відбувається в ентероцитах сімейства Котові. Сьогодні доведеною є здатність паразита змінювати поведінку гризунів. У досліджах демонструється зменшення загального рівня занепокоєння та страху у гризунів, інфікованих токсоплазмою, по відношенню до котів, в тому числі – підвищена чутливість до феромонів їх сечі. Ряд досліджень демонструє здатність токсоплазми проходити через гематоенцефалічний бар'єр, шляхом розмноження в ендотеліоцитах судин з подальшим їх руйнуванням та утворенням цист в нервовій тканині. Було виявлено наявність у токсоплазми двох ферментів за властивостями майже ідентичних тирозингідроксилазі багатоклітинних, яка є ключовою у ланцюгу синтезу дофаміну. Більш того, інфіковані токсоплазмою клітини виробляють більше дофаміну, про що свідчить ряд досліджень, хоча у деяких роботах такі результати не відтворювалися. Як відомо, дофамінергічна система грає ключову роль у патогенезі шизофренії, тому справедливою є думка про можливий прямий та опосередкований зв'язок між змінами в продукції дофаміну та ризиком розвитку шизофренії. Про збільшену захворюваність на токсоплазмоз серед хворих з шизофренією повідомляється у щонайменше 50 дослідженнях. Також є дані, що антитіла до токсоплазми у хворих на шизофренію виявляються ще до появи клінічних симптомів захворювання. Ймовірні патофізіологічні механізми розвитку шизофренії у осіб з токсоплазмозом пов'язують з особливостями гуморальної та клітинної імунної відповіді.

Висновки. У ході дослідження було встановлено, що наявність позитивного взаємозв'язку між токсоплазмозом та шизофренією фактично не викликає сумнівів. Доведеними є патогенетичні причинно-наслідкові зв'язки між цими

захворюваннями. Однак необхідні більш ретельні дослідження патофізіологічних процесів, що лежать в основі такого ефекту для розробки профілактичних та лікувальних заходів.

ВАЗОРЕНАЛЬНА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ VAZORENAL ARTERIAL HYPERTENSION

Кришталеви́ч А.А. (Kryshtalevych Alina)

Науковий керівник Главатських Тетяна Станіславівна
Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна
Кафедра внутрішньої медицини

Вступ. Вазоренальна (реноваскулярна) гіпертензія (ВРГ) на сьогодні визнається однією з найбільш поширених форм вторинного підвищення артеріального тиску (АТ), етіологічним чинником формування якої є ураження ниркових артерій з їх одностороннім та/або двостороннім стенозом. Для ВРГ притаманний злоякісний варіант перебігу зі стійким підвищенням АТ більше 140/90 мм. рт. ст та резистентністю до загальноприйнятої медикаментозної антигіпертензивної терапії. Незважаючи на суттєвий прогрес у вивченні патогенезу, особливостей клінічних проявів та удосконалення діагностичних заходів, дана форма артеріальної гіпертензії (АГ) на практиці зазвичай залишається поза увагою лікарів. Між тим відомо, що ВРГ спостерігається приблизно у 5% хворих на АГ, а причиною стенозу ниркової артерії у 70,0 % хворих з ВАГ визнається атеросклероз.

Тобто, націленість лікарів на необхідність проведення діагностичного пошуку щодо вторинної АГ, зокрема ВРГ, сприятиме поліпшенню своєчасної діагностики ВРГ та проведенню адекватного лікування цієї когорти хворих.

Особливість випадку. Двосторонній стеноз, критична субоклюзія ниркових артерій у пацієнта 60 років без ураження коронарних артерій.

Обговорення клінічного випадку. Хворий Б. 1960 року народження. При надходженні в стаціонар пред'являв скарги: часті перебої в роботі серця, напади серцебиття, які супроводжуються відчуттям нестачі повітря, задишка під час ходьби до 500 м, набряки нижніх кінцівок оніміння в міжлопатковій області, стабільно підвищені цифри артеріального тиску.

Вважає себе хворим з 2016 року, коли, став помічати на фоні періодичного підвищення АТ до 180/100 мм рт.ст. появу головного болю. Призначене лікування не давало довготривалого ефекту. З 2018 року з'явилися перебої в роботі серця та напади серцебиття без видимої причини. Стаціонарне лікування та медикаментозна терапія (Лізиноприл/ Гідрохлортіазид 20/12,5 мг, Небіволлол 2,5 мг) не давала стійкого ефекту. З квітня 2020 року почав помічати стійкі набряки нижніх кінцівок, підвищення цифр АТ до 250/120 мм.рт.ст., у зв'язку з чим був госпіталізований до кардіологічного відділення.

Обстеження:

Клініко-біохімічні показники (26.04.2020):

Клінічний аналіз крові: ШОЕ підвищення до 30 мм/год., базофіли –до 1.7%.

Клінічний аналіз сечі: показники в межах фізіологічної норми.

Ліпідний спектр:

Загальний холестерин 11.2 ммоль/л (N <5.2 ммоль/л);
Ліпопротеїни низької густини 3,5 ммоль/л (N <3.5 ммоль/л);
Ліпопротеїни високої густини 1.1 ммоль/л (N > 1.0 ммоль/л);
Тригліцериди 4.9 ммоль/л (N <2.3 ммоль/л);
Коефіцієнт атерогенності 5.19 ммоль/л (N <3 ммоль/л).

Інструментальні методи:

ЕКГ: 26.04.2020. Ритм синусовий, правильний. Електрична вісь серця відхилена вліво. Гіпертрофія міокарда лівого шлуночка.

Добове моніторування ЕКГ 5.05.2020. Переважно синусовий ритм із середньою ЧСС удень 80 уд/хв (максимальна 116 уд/хв), вночі 65 уд/хв (максимальна 78 уд/хв). Зафіксовані шлуночкові екстрасистоли 197 на годину.

ЕхоКГ: 7.05.2020. Виражена гіпертрофія міокарда лівого шлуночка за концентричним типом. Склеротичні зміни стінок аорти, створок мітрального та аортального клапанів. Аортальна регургітація 1 ст. Мітральна регургітація 1 ст. Трикуспідальна регургітація 1 ст. ФВ – 79%.

УЗД нирок та наднирників: 8.05.2020. Двосторонній стеноз ниркових артерій.

Коронарографія: 9.05.2020. Коронарні артерії без видимих ознак атеросклерозу.

Ангіографія ниркових артерій: 9.05.2020. Ниркові артерії відходять на рівні L2. Критична субоклюзія устя правої ниркової артерії. Критична субоклюзія устя лівої ниркової артерії.

Діагноз: Вторинна вазоренальна артеріальна гіпертензія II стадії, 3 ступеня. Гіпертрофія міокарду лівого шлуночка. Двосторонній стеноз (критична субоклюзія) ниркових артерій (ангіографія від 9.05.2020). Серцева недостатність II Б стадії, II ФК. Гіперліпопротеїнемія ІІв. Кардіоваскулярний ризик 4.

Лікування в стаціонарі: Амлодіпін/Бісопролол 5/5 мг уранці; Торасемід 10 мг уранці; Аміодарон 100 мг 2 р/д; Амлодіпін 5 мг увечері; Аспірін 75 мг увечері; Розувастатин 20 мг н/ніч; Гідазепам 20 мг н/ніч; Кардіоаргінін – 5,0 в/в крапельно; Магнію сульфат 5,0+ L-лізин есцинат 5,0 на 100,0 в/в крапельно.

Планове стентування 9.05.2020 стенозованих ниркових артерій справа стентом TAXUS LIBERTE, зліва стентом HIPPOCAMPUS Medtronic. Кровотік відновлено. Після виписки пацієнт відмічав покращення у вигляді стабілізації АТ на рівні 140/80 мм.рт. ст, відсутність порушення ритму серцебиття та явищ задишки. На фоні амбулаторної терапії (Амлодіпін/Бісопролол 5/10 мг 1 р/д, Клопідогрель/Ацетилсаліцилова кислота 75/100 мг 1 р/д, Розувастатин 20 мг 1 р/д) відчуває себе задовільно.

Висновок. Даний клінічний випадок показує важливість проведення додаткового обстеження на вторинну артеріальну гіпертензію пацієнтів, які мають резистентність до стандартної гіпотензивної терапії. Рання діагностика, вчасно встановлений діагноз та застосування інвазивних методів реканалізації ниркових артерій значно покращує якість життя пацієнтів з вазоренальною артеріальною гіпертензією.

NEW FEATURES OF NT - proBNP: DIAGNOSTIC VALUE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Kuzyk I. O.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Department Family Medicine and Outpatient Care

Relevance. It is known that patients with rheumatoid arthritis (RA) have an increased risk of atherosclerosis-dependent cardiovascular disease (CVD) and their complications at any age, accompanied by high cardiovascular mortality in this population, exceeding 1.5 - 2.5 times the general population age and sex indicators. At the same time, timely diagnostic of CVD (coronary heart disease, heart failure (HF) in patients with RA is complicated by the inability to perform stress tests, reduced functional capacity of patients during joint and muscle damage, during anemia and other systemic lesions, which leads to search and validation reliable markers of cardiovascular system disorders that aren't associate with physical exercises. Some of the most important markers for modern clinical practice are brain natriuretic peptide (BNP) and N-terminal fragment of brain natriuretic propeptide (Nt- proBNP), which according to European 's international recommendations ESC of the management of acute and chronic heart failure, are "tools" to confirmation/ exclusion diagnosis, determination of the severity of the disease, the state of compensation or decompensation, the efficiency of therapy in different groups of the population, including comorbidities. The level of Nt-proBNP shows the hemodynamic load on the heart chambers and is regulated by mechanical stretching of its walls, increases diuresis and natriuresis, lowers blood pressure, regulates the proliferation of smooth muscle and endothelial cells and others. According to the world literature data, this indicator increases in the conditions of ischemic myocardial damage and edema syndrome (first of all in cardiac patients). Due to insufficient data on the role of Nt-proBNP in RA patients, this study was conducted.

The aim of the study: to study the diagnostic potential of Nt- proBNP in young RA patients.

Materials and methods: we examined 108 young patients with RA (18-44 years) (main group) at the Department of Family Medicine on the basis of KNP KOR "Kyiv Regional Clinical Hospital" during period of 2020. The control group included 54 healthy individuals, comparable with the main group by age, sex and anthropometric indicators. The study didn't include patients diagnosed with any CVD, signs of HF; patients with chronic kidney disease, diabetes mellitus, morbid obesity, infectious and other serious internal diseases. None of the subjects took statins. All patients received a comprehensive clinical, laboratory and instrumental examination: a complete physical and joint examination, determined the general blood test (hemoglobin (Hb) levels were assessed separately), biochemical blood tests (creatinine, urea, ALT, AST, total bilirubin with fractions, glucose, total protein, C-reactive protein (CRP) and total cholesterol (TCH), general analysis of urine; performed electrocardiography (ECG), echocardiography (Echo-CG), Carotid artery Doppler ultrasound test. Nt-proBNP was determined by electrochemiluminescence method on a Finecare FIA Meter analyzer, Wondfo (2018). The level of Nt-proBNP ≤ 300 pg/ml was considered as normal according to the manufacturer's instructions, CRP - up to 5.0 mg/l, TCH - 2.9-5.2 mmol/l.

Results. High activity of arthritis (DAS28 ≥ 5.2) was found in 44 (40.7%) patients, moderate activity (DAS28 5.1-3.2) - in 38 (35.3%) patients, low activity (DAS28 3.1-2.6) - in 16 (14.8%) patients of the main group and remission of the disease - (DAS28 < 2.6) was established in 10 (9.2%) patients. Among RA patients, Nt-proBNP levels were above normal in 79% of patients, 94% of whom had high and moderate DAS28 arthritis activity, while in control patients, elevated Nt-proBNP levels were detected in only 4 individuals (7.4%, $p < 0.001$). At the same time, patients from the main group were characterized by a more significant increase in the level of Nt-proBNP - 1880 ± 764 pg / ml, compared with patients from the control group - 335 ± 112 pg/ml ($p < 0.001$). In RA patients the highest levels of Nt-proBNP were associated with anemia, tachycardia, a significant increase in CRP, the overall duration of the disease and the duration of the period of exacerbation of arthritis more than 3 months, which indicates insufficient efficacy of drug therapy. Among RA patients with low arthritis activity and patients in remission, elevated levels of Nt-proBNP were found in 4 (3.7%) individuals compared with patients with moderate/high activity ($p < 0.001$); in this subgroup of patients, elevated Nt-proBNP levels were associated with lower Hb levels, a greater degree of joint dysfunction, and the duration of RA. Further analysis and comparison of the comprehensive examination results of patients showed the relationship between the levels of Nt-proBNP in patients with RA with the levels of CRP, TCH, duration of RA and the condition of the vascular wall according to the results of Carotid artery Doppler ultrasound test. It is important to emphasize that no patient with RA showed signs of heart failure by Echo-CG.

Conclusion. According to the data obtained, it can be argued that the level of Nt-proBNP in patients with RA reflects the activity of the immunoinflammatory process and is associated with dyslipidemia, atherosclerosis, anemia and disease duration, which requires further study to determine the diagnostic and prognostic value of this CVD marker among patients with RA.

**АЛГОРИТМИ ДІАГНОСТИКИ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ
ДИСФУНКЦІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ –
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ.
DIAGNOSTIC ALGORITHMS OF SOMATOPHORMIC VEGETATIVE
DYSFUNCTION IN THE PRACTICE OF GENERAL PRACTICE – FAMILY
MEDICINE, MODERN APPROACHES TO TREATMENT.**

Кулаєць В. М., Кулаєць Н. М. (Kulaiets V.M., Kulaiets N.M.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра терапії і сімейної медицини післядипломної освіти

Актуальність. В сучасних умовах збільшується інтерес до психологічних і соціальних аспектів клініки внутрішніх хвороб, емоційних факторів, етіології та характеру перебігу хвороби, саме на етапі надання первинної медичної допомоги. Однією з актуальних проблем сучасної медицини, у вирішенні якої психосоматичний підхід є провідним, вважаються розлади вегетативної регуляції. Це обумовлено, з одного боку, високою розповсюдженістю вегетативних порушень (у майже 80% пацієнтів з різними захворюваннями), а з другого боку, – багатовимірністю існуючих фахових підходів до їх діагностики.

Метою дослідження є вивчення діагностичних аспектів соматоформної вегетативної дисфункції (СВД) у практиці лікаря загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ), підходів до правильної постановки діагнозу та лікування. У МКБ-10 виділена окрема рубрика F45.3 «Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи».

Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) – це стан порушення нейрогуморальної регуляції внутрішніх органів (серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання, залоз внутрішньої секреції тощо). Із проявами СВД першочергово зустрічається лікар ЗПСМ. В етіології СВД важливу роль відіграють: спадково-конституційні особливості діяльності вегетативної нервової системи (ВНС), несприятливий перебіг вагітності та пологів, перенесені пошкодження центральної нервової системи (ЦНС), психоемоційне напруження, розумове і фізичне перенапруження, гормональний дисбаланс, інфекції, соматичні захворювання, остеохондроз, шкідливі звички, надлишкова маса тіла, гіподинамія, тощо. В генезі вегетативної дисфункції наявна зацікавленість різних нейромедіаторних структур, що призводить вже до змін в афективній сфері (виникнення депресії або тривоги), додатково посилюючи вегетативну симптоматику. У значній частини пацієнтів на СВД, при зверненні до лікаря ЗПСМ, видимих обтяжуючих психологічних чинників не виявляється.

Обговорення. Диференціальний діагноз найчастіше проводиться з генералізованим тривожним розладом (ГТР) і соматизованими розладами. Так, прояви СВД зустрічаються при: функціональних розладах серцево-судинної системи, функціональних розладах травлення: функціональній шлунковій диспепсії (ФШД), синдромі подразнення товстого кишечника (СПТК), ГЕРХ, функціональних закрепах чи діареї, частому сечовипусканню, пілороспазмі. Варіантами СВД є: ваготонічний, симпатикотонічний, змішаний; перебіг: перманентний або пароксизмальний.

Для адекватної курації пацієнта з вегетативними порушеннями лікарю ЗПСМ варто враховувати, що СВД є діагнозом виключення. Наявність СВД може бути визначена тільки після виключення будь-якого органічного ураження.

Лікувальна програма, згідно протоколу, поєднує фармакотерапію (седативні, вегетотропні тонізуючі (адаптогени), α - та β -адреноблокатори, гіпотензивні препарати, салуретики, антидепресанти, ноотропи, венотоніки, вітамінотерапію) і немедикаментозні методи лікування (фізіотерапевтичне лікування, рефлексотерапію, масаж, психотерапію, лікувальну фізкультуру, дозовані фізичні навантаження). Показана нормалізація режиму праці та відпочинку, сну, уникнення стресових ситуацій, відмова від тютюнопаління, обмежене вживання алкоголю. Сучасним базовим напрямом лікування СВД є поєднання психотерапії та фармакотерапії. Програма лікування СВД із поєднанням фармакотерапії, психотерапії, соціальної підтримки повинна проводитися саме в амбулаторних умовах. Доцільним є використання дозованих фізичних навантажень: лікувальна гімнастика; рефлексотерапія; фізіотерапія, бальнеотерапія, масаж. До лікарських засобів, які забезпечують найбільш швидкий ефект при лікуванні СВД належать транквілізатори: похідні бензодіазепіну і гідроксизина, антидепресанти різних груп: селективні блокатори зворотного захоплення норадреналіну (міансерин), зворотні інгібітори MAO (піразидол), селективні інгібітори зворотного захоплення

серотоніну (пароксетин, сертралін, есциталопрам), і ін. В останній час для корекції тривожних порушень надається перевага протиепілептичним препаратам (габапентин, прегабалін, леветирацетам).

Висновки. Отже, СВД є складним для діагностики і терапії діагнозом, що схильний до рецидивування під впливом стресових факторів. Алгоритми діагностики й лікування СВД не є сталими і досконалыми, тому продовжується їх розробка. Лікування СВД передбачає поєднання психотерапії як терапії першої лінії і фармакотерапії, яку повинен назначати саме лікар ЗПСМ.

Таким чином, лікар загальної практики-сімейної медицини, повинен вміти виявляти психовегетативні синдроми, знати основні положення діагностики та лікування пацієнтів з проявами СВД. Адже, активне виявлення перших ознак СВД є запорукою постановки правильного діагнозу. А правильно призначене лікування забезпечить покращення перебігу основного захворювання та життєвого прогнозу в цілому.

ВПОРЯДКУВАННЯ ДОПЛАТИ ЗА ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ ЦЕНТРІ У ВІДПОВІДНОСТІ ДО ЗАПРОВАДЖЕНИХ КРИТЕРІЇВ ОЦІНКИ ПОКАЗНИКА ХІРУРГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ

ADJUSTMENT OF SUPPLEMENT FOR SURGICAL INTERVENTIONS IN THE CONSULTATIVE-DIAGNOSTIC CENTER IN ACCORDANCE WITH THE IMPLEMENTED EVALUATION CRITERIA INDICATOR OF SURGICAL ACTIVITY

Кулешов В. В. (Kuleshov V.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра медичної статистики

Актуальність. На теперішній час, діючим спільним наказу Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» передбачені доплати до окладів лікарів-хірургів усіх найменувань. Пунктом 2.4.2. «За оперативне втручання» цього наказу, визначено, що доплата за здійснення оперативних втручань, у залежності від обсягу, складності й характеру їх праці при роботі: в амбулаторно-поліклінічному закладі (відділенні), складає до 15 відсотків посадового окладу. Однак, наказом не визначено критеріїв оцінки обсягу оперативних втручань лікарів-хірургів, що може впливати на об'єктивність оцінки їх роботи, при визначенні рівня доплати керівником медичного закладу.

Матеріали і методи. Вхідними даними стали результати аналізу системи управління якістю з боку керівництва консультативно-діагностичного центру Подільського району м. Києва, зафіксовані в протоколі наради, рішення про створення робочої групи по визначенню критеріїв оцінки доплати за оперативну активність, показники хірургічної активності, а саме: кількість оперативних втручань, проведених спеціалістами хірургічного профілю в 2016 році - 3867 році та в 2017 році -3833 та сума виплачених коштів по доплаті за здійснення оперативних втручань, виплачених закладом в 2017 році склала

173тис.грн. Призначення доплати лікарям за хірургічну активність, визначалось наказом директора на весь 2017 рік, у відповідності до показників попереднього року. В 2018 році для впорядкування вказаної доплати, після опрацювання висновків робочої групи, наказом по консультативно-діагностичному центру було розроблено критерії оцінки з визначенням надбавки до посадового окладу лікарів-хірургів усіх найменувань, лікарів-ендоскопістів за хірургічну активність (за здійснення оперативних втручань): за кількість оперативних втручань в квартал: від 10 до 29- доплата 5%, від 30 до 59- доплата 10%, від 60 - доплата 15%, Розрахунок здійснювався наступним чином, в 2018 році 250 робочих днів, в кварталі приблизно 62 робочі дні, максимально доплата при 1 і більше операцій в день.

Результати. Після впровадження в консультативно-діагностичному центрі критеріїв оцінки для встановлення надбавки до посадового окладу лікарів-хірургів усіх найменувань, лікарів-ендоскопістів за хірургічну активність (за здійснення оперативних втручань), при кількості відвідувань цих спеціалістів з приводу захворювань 2018 році -128250, кількість операцій склала– 3829, сума доплат-98тис.882грн, за 2019 рік – відвідувань -112940, операцій - 3381, сума доплат - 57тис.388грн, тобто в порівнянні з періодом, коли критеріїв оцінки не було (2017 рік: відвідувань -138526, кількість виконаних операцій -3833, виплата доплат 173тис.грн), досягнуто незначне збільшення оперативної активності: 2,98 операцій на 100 відвідувань лікарів-хірургів усіх найменувань в 2018 році та 2,99 в 2019 році (2,76 в 2017 році), при цьому отримано економію коштів на забезпечення доплат в 2018 році в 1,74 рази, а 2019 році – в 3 рази в порівнянні з 2017 роком.

Висновки. Затвердження та введення критеріїв оцінки за хірургічну активність, для встановлення надбавки до посадового окладу лікарів-хірургів усіх найменувань, лікарів-ендоскопістів (за здійснення оперативних втручань) дозволило забезпечити наявність чітко визначених показників роботи лікарів-хірургів і при приблизно однаковій кількості хірургічних втручань суттєво зменшити витрати коштів на доплати з фонду оплати праці закладу.

ГІНЕКОЛОГІЧНА ІНВЕРСІЯ МАТКИ СПРОВОКОВАНА СУБМУКОЗНОЮ ЛЕЙОМІОМОЮ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Лавренюк Ю. В.

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

Національна медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології

Виворіт, або інверсія матки (ІМ) є рідкісним ускладненням зазвичай післяпологового періоду та ще більш рідкісним – позапологового періоду (непісляпологова (гінекологічна) інверсія матки (ГІМ)). Той факт, що чимало гінекологів можуть не зустрітися у своїй практиці з жодним подібним клінічним випадком, вказує на рідкісну природу цієї патології. У більшості опублікованих нині даних описано випадки післяпологової ІМ, а не ГІМ. У своєму огляді J. Mwinuoglee et al. зазначають, що 97,4% усіх випадків ГІМ були спричинені пухлинами, з яких 20% мали злоякісний характер. Специфікою даного клінічного випадку, яка викликала необхідність його детального аналізу є те що лейоміома

матки, а зокрема її субмукозна форма, вважається найбільш поширеним гінекологічним станом, на фоні якого виникає ІМ, однак таке поєднання є досить рідкісним.

Опис випадку: Представлено опис клінічного випадку ГІМ, викликаного субмукозною лейоміомою матки, у жінки менопаузального віку, якій успішно було проведено лікування шляхом вагінальної гістеректомії.

Пацієнтка О., 55 років, була доставлена каретою швидкої допомоги до гінекологічного відділення Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів в незначній кількості, загальну слабкість, запаморочення та миготіння мушок перед очима. Ці скарги турбували жінку близько 6 міс. За медичною допомогою не зверталась. Загальний стан на момент надходження тяжкий за рахунок проявів тяжкої анемії (Hb – 18 г/л). Звертала на себе увагу наявність різко блідих шкірних покровів з жовтяничним відтінком. Артеріальний тиск 90/60 мм рт. ст., частота серцевих скорочень 90 уд/хв, частота дихання 18 вдих/хв, сатурація 96%. Зі слів пацієнтки: остання консультація гінеколога мала місце 8 років тому, в ході якої було вперше діагностовано лейоміому матки. Status localis: за межі інтроїтуса виходило щільне, набрякле, багрово-синюшного відтінку утворення у вигляді «піскового годинника» із сухістю слизової, на проксимальному кінці якого визначається утвір овальної форми розмірами 11 x 6 x 4 см, щільної консистенції з гладкою поверхнею та ділянкою вираження з кровотечею в місці його прикріплення до основної частини загального утворення. Чітко ідентифікувати структури, визначити анатомічні межі шийки, тіла матки та провести бімануальне вагінальне обстеження технічно виконати не вдалось. При ректальному огляді тіло матки в порожнині малого таза не визначалось. При трансабдомінальному УЗД органів малого таза тіло матки в малому тазі відсутнє. Зв'язковий апарат матки, праві придатки зміщені різко до центра вниз. Ці знахідки збільшили підозру на ІМ. Зважаючи на вищеописану клінічну ситуацію та відсутність репродуктивних планів у пацієнтки, за життєвими показаннями була обрана наступна лікувальна тактика: хірургічне лікування методом піхвової гістеректомії після попередньої передопераційної підготовки. Об'єм передопераційної підготовки включав 4 дози гемотрансфузії А(II) Rh(+) еритроцитарної маси, 2 дози свіжозамороженої плазми, інфузію розчинів стерофундину 500 мл та натрію хлориду 0,9% 400 мл внутрішньовенно крапельно. Інтраопераційно здійснено гемотрансфузію 2 доз А(II) Rh(+) еритроцитарної маси та 1 дози свіжозамороженої плазми. Післяопераційний період мав перебіг без особливостей зі стабілізацією не тільки загального стану, але й загально-клінічних лабораторних показників (рівень гемоглобіну – 91 г/л). Пацієнтка за її наполяганням була виписана з рекомендаціями додому на 9-ту добу. Висновок патогістологічного дослідження: «Підслизова лейоміома з дрібними інтрамуральними вузлами та вогнищами аденоміозу в тілі матки».

Обговорення: Особливістю описаного клінічного випадку є не лише рідкість його виникнення, у зв'язку з чим можуть з'явитися чималі труднощі при діагностиці та лікуванні, зокрема хірургічному. Як, видно, з даного клінічного випадку, основними факторами, що спричиняють виникнення ГІМ, є такі: місце прикріплення вузла, товщина ніжки вузла, розмір вузла, тонкість стінки матки та

дилатація шийки матки. Зволікання у лікуванні ГІМ може бути дуже небезпечним, адже звуження вульварного кільця може призвести до некроза ущемлених тканин та розвитку сепсису. Золотим стандартом терапії пацієнок пери- та постменопаузального віку є гістеректомія зазвичай вагінальним доступом. Однак в залежності від клінічної ситуації для лікування ГІМ можуть бути обрані й інші методики. Опрацьована література дозволяє припустити, що у пацієнок з 1-м ступенем ГІМ можливе застосування методу перепозиціювання (репозиції) матки. Однак для хворих з 2, 3 і 4-м ступенем ГІМ гістеректомія є найбільш оптимальним методом лікування. Варто наголосити, що при веденні жінок, які мають бажання в майбутньому вагітніти, необхідно по можливості вибирати лапаротомний доступ для збереження матки. В інших випадках пацієнткам з ГІМ слід рекомендувати вагінальну гістеректомію.

Висновки. Гінекологічна інверсія матки – настільки виняткове клінічне явище в гінекологічній практиці, що її надзвичайна рідкість може ускладнити не лише діагностику (за винятком очевидної її «зовнішньої» форми), але й техніку хірургічного лікування. Гінеколог обов'язково повинен пам'ятати про можливість виникнення такого ускладнення за наявності у пацієнтки субмукозної форми лейоміоми матки, особливо при фундальному розташуванні вузла/вузлів. Для максимально сприятливого прогнозу важлива не лише рання якісна діагностика, але й вчасне коректне лікування з метою уникнення необхідності в гістеректомії.

ВАЖЛИВІСТЬ pH- МЕТРІЇ ПІХОВОГО СЕКРЕТУ В РАКУРСІ НЕХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОЧАТКОВИХ ФОРМ ГЕНІТАЛЬНИХ ПРОЛАПСІВ

THE IMPORTANCE OF pH-METRY OF VAGINAL SECRETIONS IN THE PERSPECTIVE OF NON-SURGICAL CORRECTION OF THE INITIAL FORMS OF GENITAL PROLAPSE

Лавренюк Ю. В. (Yu. V. Lavreniuk)

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

Національна медичної академії післядипломної освіти імені П. Л.Шупика

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології

Актуальність теми. Генітальні пролапси (ГП) істотно впливають на фізичний, психологічний стани та соціальне самопочуття жінки та є причиною значної частини звернень за медичною гінекологічною допомогою. Найбільш виражене порушення якості життя у випадках, коли ГП супроводжується нетриманням сечі та вираженим дискомфортом внаслідок вульвовагінальної атрофії.

Мета дослідження. Вивчити та оцінити важливості pH- метрії піхового секрету в ракурсі нехірургічної корекції початкових форм генітальних пролапсів.

Матеріали та методи. у дослідження було включено 120 пацієнок з ГП I – II стадії (згідно POP – Q), яких розподілили на дві групи: основну (I група) – 90 пацієнок, розподілено на три підгрупи: Ia (n = 30) – корекція ГП, проведена із застосуванням аутоплазми, збагаченої тромбоцитами, Ib (n = 30) - лікування пролапсу препаратом на основі гіалуронової кислоти (Neauvia Organic Intense Rose, Швейцарія), Iv (n = 30) – використання лазерної системи CO₂ (SmartXideDOT,

ДЕКА, Італія). Групу порівняння (II група) склало 30 пацієнток корекція ГП у яких здійснювалась шляхом тренування м'язів тазового дна в індивідуальному режимі згідно стандартної методики. Жінкам обох досліджуваних груп виконано визначення рівня рН вагінального секрету за допомогою універсальних діагностичних тест-смужок CITOLAB рН (ООО «Фармаско») з відповідною стандартною еталонною шкалою. При аналітичній обробці отриманих результатів дослідження були використанні параметричні та непараметричні статистичні методи, а відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% ($p < 0,05$).

Результати дослідження. Під час аналізу отриманих результатів рН – метрії піхвового вмісту привертає увагу той факт, що у пацієнток усіх трьох підгруп відмічено істотне покращення показників рН – метрії за рахунок збільшенні кількості *Lactobacillus spp.*, а це у 20 (66,7%) хворих, та у Ib та Ів підгрупах - 21 (70 %), і 24 (80 %) відповідно. У групі порівняння, позитивної тенденції щодо покращення стану обумовленого наявними симптомами вульвовагінальної атрофії поєднаної з генітальним пролапсом не відмічено, а навіть навпаки спостерігалось незначне погіршення, яке відображається наступними показниками: до лікування – норма у 8 (26,7%) жінок, патологія – 22 (73,3%), а після лікування: 5 (16,7%) і 25 (83,3 %) відповідно.

Висновки. Таким чином, отриманні дані Рн - метрії піхвового секрету свідчать, що ГП перебігають на тлі явищ порушень біоценозу піхви зі значним залуженням вагінального середовища, а сукупність цих складових сприяє не лише подальшому прогресуванню пролапсу, але й істотно погіршує якість життя пацієнток з початковими формами ГП. Отже, під час обрання оптимального методу корекції ГП, особливо в умовах наявного порушення біоценозу піхви та показників Рн – метрії варто застосувати алгоритм диференційованого підходу, беручи до уваги не лише вид ГП чи його ступінь, але й стан цитологічної піхвової «картини».

ОПЕРАТИВНА ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДНИХ ХВОРИХ З ДИСТАЛЬНИМИ ТРУБНИМИ ОКЛЮЗІЯМИ

Ле Тхі Куинь Ань, Фам Нгок Фіонг Ян, Гладчук З.І.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Шитова Г.В.

Одеський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології № 1

Актуальність теми. Безплідний шлюб становить 25-30% серед усіх подружніх пар. Провідне місце серед жіночих факторів безпліддя займають трубно-перитонеальні форми (30-70%), а саме – дистальні трубні оклюзії. Середній вік хворих – 22-38 роки. У зв'язку з частотою патології, фінансовим забезпеченням населення та демографічною ситуацією в Україні на сьогодні, досі здійснюється пошук оптимального рішення лікування безплідних хворих з оклюзією маткових труб в дистальних ділянках. Первинне лікування хворих з трубно-перитонеальними формами безпліддя передбачає проведення лапароскопічних дистальних тубопластик та сальпінгооваріолізісу, спрямованих на відновлення

тазової анатомії. Утворення післяопераційних спайок та формування реоклюзії зніжує ефективність хірургічного втручання у 68%.

Мета. Визначити результативність лапароскопічних операцій та ведення активного післяопераційного періоду у хворих з оклюзією маткових труб в дистальних ділянках в залежності від ступеня тяжкості оклюзії та наявності спайкового процесу; розглянути як метод вибору з методом екстракорпорального запліднення та ефективність комплексу реабілітаційних заходів у хворих з трубно-перитонеальними формами безпліддя, після проведення оперативного лікування.

Матеріали та методи: на базі ВМКЦ ПР проведено ретроспективний аналіз. Проаналізовано 245 клінічних випадків: у 170 хворих спостерігалась двобічна трубна оклюзія, у 49 - однобічна, у 26 - однобічна оклюзія з раніше видаленою протилежною трубою хірургічним шляхом. Додаткові фактори безпліддя були виявлені у 37% сімейних пар. Діагноз встановлювався по результатам метросальпінгографії. Із загальної кількості обрано 172 пацієнтки, які були розділені на групи: I - 69 жінок (40%), до котрих застосовувався комплекс післяопераційних реабілітаційних заходів (КРЗ) та II - 103 (60%) - група без застосування КРЗ. Пацієнтам виконувався КРЗ, який включає в себе: активне ведення післяопераційного періоду; проведення в 1-у добу після операції гідротубації; ампліпульс-терапія з 2-ої доби після операції.

Результати. Найкращі результати відновлення прохідності маткових труб були досягнуті після проведення ендоскопічних тубопластик відносно дистальних трубних оклюзій I ступеня тяжкості – 93%. Менш ефективними були тубопластики при оклюзіях II, III, IV ступенях тяжкості – від 71 до 59%. При наявності спайкового процесу ефективність проведених операцій знижується на 14%. По даним контрольної післяопераційної МСГ в I групі хворих прохідність маткових труб відновилася у 67 жінок (98,8%), а в II - 93 (90,2%). Крайні результати спостерігалися у хворих, котрим було виконано лапароскопічний фімбріолізис та сальпінгооваріолізис при спайковому процесі I-II ступенів (за Hulka).

Висновки. В сучасних економічних умовах, враховуючи фінансове становище нашого населення, можна запропонувати спочатку лапароскопічні методи лікування безплідних хворих з дистальними трубними оклюзіями та подальшим спостереженням протягом 1 року, і тільки після неефективного лікування застосовувати для цієї групи хворих метод екстракорпорального запліднення. Використання КРЗ у хворих, котрим виконали реконструктивно-пластичні операції, сприяє поліпшенню показників репродуктивної функції при наявності легкого ураження маткових труб та спайкового процесу I-II ступенів на 12-15% порівняно з контрольною групою.

**ТАКСОНОМІЧНА, ЕКОЛОГО-БІОЛОГІЧНА І ХОРОЛОГО-РЕСУРСНА
ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДІВ РОДУ ФОРЗИЦІЯ (*FORSYTHIA* VAHL)
TAXONOMIC, ECOLOGICAL AND BIOLOGICAL, CHOROLOGICAL AND
RESOURCE CHARACTERISTICS OF THE GENUS *FORSYTHIA* VAHL**

Лисюк О. М., Заячук В. Я., Погрібний О. О., Лисюк Р. М

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Національний лісотехнічний університет
Кафедра акушерства та гінекології

Актуальність теми. Вивчення перспективних рослинних джерел на основі сировинних органів культивованих видів чи з наявним досвідом успішної інтродукції в Україні є важливим науковим завданням.

Протягом останнього року спостерігається зростання уваги науковців до видів роду Форзиція (*Forsythia* Vahl), для сировинних органів яких доведено значну противірусну дію, зокрема щодо вірусу грипу А, риновірусів (Bae et al., 2019; Law et al., 2017; Li et al., 2014).

Мета дослідження. Узагальнити та систематизувати сучасні наукові дані щодо еколого-біологічних і хоролого-ресурсних особливостей видів роду *Forsythia* Vahl.

Матеріали та методи. Інформаційний пошук у наукових періодичних виданнях, пошукових базах та аналітичних платформах (Pubmed, Researchgate, ScienceDirect, Springer Link, Google Scholar, Funding Institutional, JStore, Wiley, Cortellis, Expert Lookup), аналітично-нормативній документації. Застосовано загальноприйняті методи досліджень: аналізу, систематизації та узагальнення інформаційних даних.

Результати дослідження. До даного роду листопадних кущів триби *Forsythieae* (Takhtajan, 2009) родини маслинових (Oleaceae) входить 11 видів (Huxley, 1992), поширених у східній Азії (Китай, Корея, Японія) та південно-східній Європі. Ареал роду Форзиція переривчастий. Лише один вид — форзиція європейська (*Forsythia europaea* Deg. et Bald.) – природно зростає на Балканах — у Сербії, Хорватії та Албанії (Flora Europaea vol.3, 1972; Заячук, 2008).

У «Визначнику вищих рослин України» (1987) наведено 3 культивовані види роду: *Forsythia suspensa*, *F. europaea*, *F. viridissima*, а у номенклатурному переліку (Mosyakin and Fedoronchuk, 1999) додатково внесено ще 2 види роду – *F. intermedia* та *F. ovata*.

Види роду *Forsythia* Vahl - кущі з простими супротивними листками без прилистків. Квітки золотисто-жовті, поодинокі чи зібрані в пучкоподібні суцвіття. Форзиції, завдяки ранньовесняному цвітінню, коли їх безлисті кущі покриваються великими золотисто-жовтими дзвоникоподібними квітками, широко використовують у культурі. Плоди — видовжені коробочки (Заячук, 2008).

Фармакопея КНР (Pharmacopoeia of the People's Republic of China, 2005) та Японська Фармакопея (The Japanese Pharmacopoeia, Seventeenth Edition, 2016) містять монографію «*Fructus Forsythiae*» на плоди *Forsythia suspensa* (Thunb.) Vahl.

Форзиція повисла має протизапальну та жарознижуючу дію, використовувалась у лікуванні бактеріальних інфекцій, зокрема верхніх дихальних шляхів. Відвар коріння або листя всередину приймають при фурункульозі і запаленні лімфатичних вузлів (Лисюк та Шляхта, 2014). Препарати плодів *Forsythia suspensa* Vahl призупиняють ріст новоутворень, затвердінь, пухлин, виявляють антисептичну дію; застосовують їх при лімфаденіті, маститі, сечових шляхів (Мінарченко, 2005).

Види роду *Forsythia* Vahl - середньовибагливі до родючості ґрунту, тіневитривалі, морозостійкі. Ентомофільні рослини. Видам для формування насінин необхідне перезапилення різних форм, за відсутності яких спостерігається слабке зав'язування насінин у культурі (Заячук, 2008).

Види роду, інтродуковані в Україні, вважаються зимо- та посухостійкими, високо декоративними, завдяки чому їх рекомендують для озеленення об'єктів різного призначення (Гончаренко, 2014).

За результатами власних спостережень встановлено наступні характеристики представників роду *Forsythia* в Україні:

Форзиція європейська (*Forsythia europaea* Deg et Bald.) в Україні поширена і багатьох дендропарках, парках, скверах. Цілком зимостійка, але плодоносить нерегулярно. Теплолюбна, декоративна рослина. Використовують її для озеленення парків та скверів.

Форзиція проміжна (*Forsythia intermedia* Zab.) в Україні в холодні зими підмерзає, цвіте, але плодоносить зрідка. Морозостійка, посухостійка рослина.

Форзиція найзеленіша (*Forsythia viridissima* Lindl.) в ботанічних садах Києва плодоносить; Харкова й Дніпра - підмерзає, плодоносить рідше; у Чернівцях цілком зимостійка, плодоносить; у Львові – плодоносить; Нікітському ботанічному саду тільки цвіте.

Форзиція повисла (*Forsythia suspensa* Vahl.) у ботанічних садах Харкова, Полтави, Тростянець інколи плодоносить. У центральних областях України в холодні зими підмерзає, цвіте, проте плодоносить нерегулярно. У західній частині України та в Криму цілком зимостійка і плодоносить. Широко поширена в озелененні міст та зелених зон, витримує забруднення навколишнього середовища. Розмножується насінням і вегетативно. Швидкоросла, вибаглива до родючості ґрунту, не витримує затінення.

Висновки. Вищенаведені дані щодо ресурсних та еколого-біологічних особливостей видів роду Форзиція (*Forsythia* Vahl.), культивованих в Україні, свідчать про доцільність ширшого впровадження і перспективність подальших наукових досліджень з метою створення фітозасобів на їх основі, насамперед противірусної дії.

КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ ЛАЙМА

CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF LYME DISEASE

Малиш Т.Ю. (Malysh Tetiana)

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Тріщинська М.А.

Кафедра неврології № 1

Актуальність теми. Лайм-бореліоз (кліщовий береліоз, хвороба Лайма) – інфекційне природновогнищеве трансмісивне захворювання, збудником якого є спірохета комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, а переносником – іксодові кліщі. Захворюваність на ЛБ в Україні продовжує зростати і його офіційно віднесено до групи інфекційних хвороб, що спричиняють або потенційно можуть спричинити значний рівень захворюваності та смертності. Відсутність систематизації широкого спектру неврологічних і психосоматичних порушень в гострій стадії захворювання та при хронічному його перебігу визначають актуальність поглибленого комплексного дослідження клініко-неврологічних та інструментальних особливостей уражень нервової системи при ЛБ, що стало темою нашої роботи.

Мета дослідження. Проаналізувати частоту та поширеність Лайм бореліозу (ЛБ). Синтропічність залученням у патологічний процес нервової системи. Охарактеризувати стадійний перебіг хвороби Лайма з особливостями клінічної картини, методів діагностики, лікування та профілактики базуючись на зібраних літературних даних.

Матеріали та методи. Нижче представлені дані засновані на вибірковому пошуку та аналізу світових та вітчизняних літературних даних з 2015 по 2020 рр. на ресурсі PubMed з пошуковими термінами: «хвороба Лайма», «нейробореліоз», «хронічна форма», «гострий період», «ураження нервової системи», «магнітно резонансна томографія», «лабораторна діагностика», «серологічна діагностика», «когнітивні розлади», «етіопатогенетична терапія», «профілактика хвороби Лайма», діючими настановами Європи та України по діагностиці, лікуванню та профілактиці хвороби Лайма та нейробореліозу.

Результати дослідження. В Україні офіційну реєстрацію ЛБ, що спостерігається в усіх регіонах нашої країни, розпочато з 2000 року. Щорічне зростання в Україні розповсюдженості іксодових кліщів створює несприятливу епідемічну ситуацію. Якщо у 2005 р. було офіційно зареєстровано 228 випадків ЛБ, що становило 48 на 100 тис. населення, то у 2011 р. кількість зареєстрованих випадків зросла в 5,8 разів і склала 1276 випадків (2,76 на 100 тис. населення). Інкубаційний період ЛБ триває від 1 до 36 днів (в середньому 9 днів). Гострому періоду хвороби Лайма відповідає проміжок часу від 1 до 3 місяців від початку захворювання, підгострому – від 3 до 6 місяців, хронічному – збереження симптомів ЛБ більше 6 місяців. ЛБ протікає стадійно без чітких меж, імітуючи ряд інших захворювань. Стадія 1 (стадія локальної інфекції): на місці укусу кліща у 80–90 % пацієнтів формується локальна реакція у вигляді мігруючої еритеми, розвиваються грипоподібні симптоми. Водночас, про мігруючу еритему повідомляється лише приблизно у 25-50 % гострих випадків ЛБ. Стадія 2 (стадія дисемінації) настає через кілька тижнів, іноді – місяців. Від місця укусу з током лімфи і крові збудник потрапляє у внутрішні органи, лімфатичні вузли та суглоби, з'являються симптоми ураження серцево-судинної, опорно-рухового апарату та нервової систем. Стадія 3 (стадія органних уражень): може маніфестувати через місяці та роки від початку захворювання, розвивається стійкий артрит і хронічна неврологічна симптоматика. Ураження нервової системи, або нейробореліоз (ЛНБ), залежно від географічної зони, спостерігається у 15-64 % хворих на ЛБ. Різні прояви гострого ЛНБ (3,3 %) були другим за частотою клінічним проявом після мігруючої еритеми (95,4%) в Німеччині, за даними Н. Wilking та К. Stark. Основними формами ураження ЦНС у гострому періоду захворювання є менінгіт та менінгоенцефаліт. Прояви ураження центральної та периферичної нервової системи, пов'язані з ЛБ, можуть виникати окремо або поєднано. Радикуліт або запалення нервових корінців можна спостерігати у 3-5 % випадків при гострому ЛНБ з ураженням периферичної нервової системи, а менінгіт спостерігається в 1 % випадків. В Європі ізольований менінгіт (без корінцевих симптомів) при ЛБ спостерігається переважно у дітей. Частота розвитку хронічних форм (прогресуючий енцефаломієліт, церебральний васкуліт, енцефалопатію) ЛНБ відносно невисока і складає, за даними різних авторів, від 4 до 20 % хворих на ЛБ. Водночас, існують дані, які показують, що реальний показник є значно вищим і

після перенесеної безеритемної форми захворювання може досягати 85 %. Енцефалопатія на хронічній стадії ЛНБ характеризується проявами пірамідної недостатності або розсіяною органічною симптоматикою, супроводжується мозочковими порушеннями, астеничним синдромом, пароксизмальними порушеннями свідомості та інтелектуально-мнестичними розладами. Можливі афективні та когнітивні розлади (пам'яті, уваги, швидка стомлюваність, розлади сну, мови). Депресивні стани серед пацієнтів з пізньою хворобою Лайма є досить поширеними, коливаючись в межах від 26 до 66 %. При цьому, прояви порушення поведінки, як правило, відбуваються при відсутності об'єктивних неврологічних відхилень чи змін на магнітно-резонансній томограмі головного мозку. До теперішнього часу залишається невизначеною частота виявлення антитіл до *B. burgdorferi* в спинномозковій рідині (СМР) у хворих ЛБ з ознаками ураження нервової системи. Поява *B. burgdorferi* в СМР зазвичай з'являється з 2 тижня неврологічних проявів, що, на думку більшості авторів, є одним з основних діагностичних критеріїв ЛНБ. Існує й інша точка зору, що відсутність плеоцитозу та інтратекального синтезу антитіл до *B. burgdorferi* не виключає ЛНБ навіть у віддалені терміни захворювання. За рекомендаціями Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS), наступні 3 критерії повинні бути враховані для достовірного ЛНБ, і 2 з них – для ймовірного ЛНБ: (I) неврологічні симптоми; (II) плеоцитоз СМР (ліквору); (III) борелій-специфічні антитіла, що продукуються інтратекально. Дворівневий тест на антитіла, що складається з ІФА або РІФ аналізу з подальшим імуноблотінгом, доступний і широко застосовується, незважаючи на значні обмеження чутливості, особливо при ранньому зараженні (30-40 %) та у фазі реконвалесценції після лікування антибіотиками раннього ЛБ. Для дисемінованої стадії ЛБ чутливість досягає 70-100 %. Специфічність тесту є високою (>95 %) на всіх стадіях захворювання. Для профілактики ЛБ дуже важливо видаляти кліщів раніше, ніж вони відпали. Ризик передачі борелії зростає із збільшенням часу смоктання кліща. На сьогодні всі стадії ЛБ лікуються антибіотиками. Доксициклін, пеніцилін G, амоксицилін та цефтріаксон є антибіотиками вибору при лікуванні ЛНБ. Згідно настанови EFNS (European Federation of Neurological Societies, 2010) в Європі дорослим пацієнтам з достовірним або можливим гострим ЛНБ (тривалість симптомів <6 місяців) слід запропонувати єдиний 14-денний курс лікування антибіотиками. Пероральний доксициклін (200 мг/добу) та внутрішньовенне введення цефтріаксону (2 г/добу) однаково ефективні у пацієнтів з симптомами, що відносяться до периферичної нервової системи, а пацієнтів з менінгітом. Пацієнтам з пізнім ЛНБ (тривалість симптомів >6 місяців) призначають внутрішньовенне введення цефтріаксону (2 г/добу) протягом 3 тижнів.

Висновки. За даними літератури, ЛНБ, залежно від географічної зони, спостерігається у 15-64 % хворих на ЛБ. Ураження нервової системи при ЛБ описана в основному на ранніх стадіях захворювання, тоді як хронічний ЛНБ залишається остаточно не дослідженим. В цілому, частота розвитку хронічних форм ЛНБ невисока і складає, за даними різних авторів, від 4 до 20 % усіх хворих на ЛБ. Для діагностики ЛНБ рекомендується поєднання клініко-епідеміологічних та лабораторних результатів. Пацієнти з наявною мігруючою еритемою та епідеміологічним ризиком можуть отримати діагноз гострого ЛНБ і без лабораторних досліджень. Для підтвердження діагнозу для всіх інших пацієнтів

необхідні лабораторні дослідження, але їх правильна інтерпретація залежить від симптомів та тривалості захворювання. На сьогоднішній день жоден серологічний тест не може розрізнити минуле та активне захворювання на ЛБ. Основне лікування ЛБ – це антибактеріальна терапія. Встановлено подібні ефекти бета-лактамних антибіотиків та доксицикліну щодо лікування неврологічних симптомів та побічних ефектів. Залишається відкритим питання про патогенетичні механізми і чинники ризику розвитку патології нервової системи при хронічному ЛБ. Ураження нервової системи при ЛБ – актуальна проблема, яка потребує вдосконалення методів ранньої діагностики, лікування і профілактики. Аналіз літератури дозволяє стверджувати, що комплексне вивчення особливостей ураження нервової системи на всіх стадіях ЛБ, визначає актуальність нашого дисертаційного дослідження.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АДЕНОМІОЗІ У ЖІНОК ІЗ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНІВ GSTT1 ТА GSTM1

CLINICAL EFFECTIVENESS OF TARGET THERAPY IN WOMEN WITH ADENOMYOSIS AND GSTT1, GSTM1 GENE POLYMORPHISM

Мартинюк В.М., Маланчук Л.М., Маланчин І.М.

V. Martyniuk, L. Malanchuk, I. Malanchyn

Тернопільський НМУ імені І.Я. Горбачевського

Кафедра акушерства та гінекології № 1

Згідно даних світової літератури, протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення частоти захворювань органів репродуктивної системи. Незважаючи на численні дослідження, ендометріоз й надалі продовжує залишатись «загадковим» гінекологічним захворюванням, що має мультифакторну етіологію та виявляється у 10 – 15 % жінок. У сучасних соціально-економічних умовах збільшується відсоток осіб, для яких питання репродукції все більше залишається актуальним у пізньому фертильному віці. Це спонукає науковців до розробки алгоритму надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнткам із даною патологією та розширення можливостей консервативних методів лікування.

Метою нашого дослідження було підвищити ефективність консервативного лікування аденоміозу у жінок з поліморфізмом генів системи детоксикації.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети, нами було проведено комплексне обстеження 102 пацієнток репродуктивного віку із внутрішнім генітальним ендометріозом. Діагноз аденоміозу ґрунтувався на основі скарг, анамнезу, даних об'єктивного, гінекологічного та інструментального методів обстеження. З метою визначення предикторів розвитку ендометріозу, нами були проведені медико-генетичні дослідження. Гомозигот та гетерозигот по алелю «+» генів GSTT1 та GSTM1 визначали на електрофореграмах за наявністю продуктів ампліфікації розміром 218 п.о. (GSTM1) та фрагменту 460 п.о. (GSTT1). Відсутність відповідних фрагментів вказувало на гомозиготність індивідуума за делеціями двох генів. Аналізуючи отримані дані, нами було виявлено, що у 65 (63,7 %) жінок з аденоміозом відмічається делеційне носійство відразу за двома типами

генів (GSTT1 та GSTM1), у 10 (9,8 %) - за типом ins/del та у 27 (26,5 %) осіб не спостерігалось поліморфізму генів II фази системи детоксикації.

Результати дослідження. Враховуючи вищеописані генетичні зміни у жінок з генітальним ендометріозом, ми запропонували наступну комплексну терапію, яка полягала у застосуванні дієногесту, в дозі 2 мг по 1 таблетці на день протягом 6 місяців, імуномодулюючого препарату (екстракт ехінацеї сухої – 100 мг, цинку глюконат – 60 мг, аскорбінової кислоти – 70 мг, селенат натрію – 0,044 мг) – по 1 капсулі тричі на день протягом 1 місяця, в поєднанні із таргетним препаратом – індол-3-карбінолом по 1 капсулі 2 рази на день – 3 місяці. Результати лікування оцінювалися через 6 місяців. При застосуванні комплексної терапії із 24 безплідних жінок вагітність настала у 16 осіб. У 61 (59,8 %) жінки спостерігалось зменшення передньо-заднього розміру матки та відсутність кістозних порожнин у міометрії напередодні менструації. Про ефективність лікування свідчила нормалізація гормонального та цитокінового гомеостазу. Протягом 6 місяців спостереження прояви дисменореї спостерігалися у 17,6 % осіб, хронічного тазового болю – 13,7 % пацієнток та диспареунії – у 8,8 % жінок.

Висновок. Таким чином, пацієнткам із генетично детермінованою схильністю до виникнення ендометріозу, поряд із гормональним лікуванням, доцільно призначати таргетну терапію, що достовірно підвищить ефективність лікування у вигляді регресу больового синдрому, зменшення випадків рецидивування та відновлення фертильності.

**ДИНАМІКА ВЗЯТТЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ ПІД МЕДИЧНИЙ
НАГЛЯД НА ПІЗНІХ СТАДІЯХ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ**
DYNAMICS OF TREATMENT OF HIV-POSITIVE PERSONS UNDER MEDICAL
OBSERVATION IN LATE STAGES OF DISEASE IN UKRAINE

Марциновський В.М., Коцюбайло Л.П., Бойко В.О., Дуда О.К., Сухов Ю.О.
(*V.M. Martsynovskyi, L.P. Kotsiubailo, V.O. Boyko, O.K. Duda, Y.O. Sukhov*)

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

Актуальність. Відповідно до клінічних рекомендацій ВООЗ надання антиретровірусної терапії (АРТ) всім людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), незалежно від ступеня імуносупресії стало важливим кроком у досягненні успіху при лікуванні ВІЛ-інфекції та сприяло усуненню загрози поширення ВІЛ у контексті громадського здоров'я. Проте, за даними огляду літературних джерел, у різних країнах світу частка осіб з уперше діагностованою ВІЛ-інфекцією на пізніх стадіях хвороби складає від 15% до 45%. В Європейському регіоні в 2018 році у 53% людей діагноз ВІЛ-інфекції встановлений при ступені імуносупресії CD4-лімфоцитів <350 кл/мкл, що підвищує ризик подальшого перебігу захворювання, летальності та поширення ВІЛ-інфекції. В Україні на початок 2019 року під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) перебувало 137176 ЛЖВ (356,4 на 100 тис. населення), з них 102432 (74,7%) осіб отримували АРТ. Незважаючи на доступність в Україні безкоштовних послуг з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, щорічно

зростає кількість ВІЛ-позитивних осіб, виявлених на пізніх стадіях хвороби, що призводить до несвоєчасного початку та зниженню ефективності лікування.

Мета дослідження. Вивчити динаміку взяття ВІЛ-позитивних осіб на пізніх стадіях хвороби (зі ступеню імуносупресії CD4-лімфоцитів < 350 кл/мкл) в Україні за період 2014-2018 роки.

Методи дослідження. Епідеміологічний, статистичний. Аналіз проведено за даними офіційної статистичної звітності №2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)» ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Отримані результати. В Україні впродовж останніх 5 років (2014-2018 рр) при взятті на облік у ЗОЗ спостерігалось збільшення, як кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів з рівнем CD4-лімфоцитів < 350 кл/мкл, з 5703 до 7988 осіб (темپ приросту: +40%), так і їх частки серед нових випадків ВІЛ-інфекції – з 45,8% до 58,7% (темп приросту:+28%). При цьому охоплення дослідженням щодо визначення кількості CD4 знизилось з 92,3% 2014 р. до 86,9% у 2018 р. у зв'язку з призначенням АРТ незалежно від ступеня імуносупресії згідно з клінічним протоколом лікування ВІЛ-інфекції.

У 2018 р. показник пізнього взяття ВІЛ-позитивних людей на облік мав суттєві відмінності на рівні регіонів та був найменшим (34,8 %) у Тернопільській області, найвищим – у регіонах, з так званою, зрілою епідемією: Дніпропетровська (58,5 %), Донецька (58,6 %), Миколаївська (67,8 %), Одеська (61,5 %), Херсонська (60,2 %) та Чернігівська (59,0 %) області та м. Київ (58,9 %).

Слід відмітити, в Україні охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб, які були виявлені за даними лабораторних обстежень, зросло з 70,8 % в 2014 р. до 79,1 % у 2018 р. Проте на сучасному етапі епідемії ВІЛ-інфекції кожна п'ята ВІЛ-позитивна людина не звертається до ЗОЗ. Пізнє залучення осіб з ВІЛ-позитивним статусом до медичних послуг, у т.ч. АРТ, негативно впливає на подальший перебіг ВІЛ-інфекції та призводить до зростання летальних випадків, обумовлених СНІД-індикаторними захворюваннями. За даними статистики, в Україні щорічна кількість померлих від СНІДу суттєво не змінюється – 3426 осіб (8,0 на 100 тис. нас.) у 2014 р. та 3448 осіб (8,9 на 100 тис. нас.) у 2018 р.

Висновки. Частка пізніх діагнозів ВІЛ-інфекції в Україні залишається високою та має тенденцію до подальшого зростання. Очевидно, існують фактори, які перешкоджають ранній діагностиці ВІЛ-інфекції та вчасній постановці ВІЛ-позитивних осіб на облік у ЗОЗ. Це можуть бути соціально-економічні, логістичні, поведінкові, психологічні та клінічні перешкоди. Доцільним буде проведення відповідного дослідження та на підставі отриманих даних розробити рекомендації щодо покращення виявлення осіб з ВІЛ-позитивним статусом та своєчасності надання їм медичної допомоги.

ДИНАМІКА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА АНАЛГЕЗІЇ ПЕКТОРАЛЬНОЮ ТА ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЮ БЛОКАДАМИ.

**DYNAMIC OF INTERLEUKIN-6 AFTER BREAST CANCER SURGERY
WITH ANALGESIA BY PECTORAL AND PARAVERTEBRAL BLOCKS.**

Марцінів В.В., Бурба А.П., Циганок Л.М., Батіщева О.М.

Актуальність. Інтерлейкін-6 (ІЛ-6) рахується одним з основних маркерів хірургічного стресу. ІЛ-6 впливає на процеси загоювання ран, формування гранулематозної тканини, але, з іншого боку, його підвищений рівень пов'язують із хронізацією болю, рецидивом раку та метастазуванням в онкохірургії молочної залози.

Мета. Дослідити динаміку плазмового рівня інтерлейкіну-6 після операцій з приводу новоутворень молочної залози за пекторальної, паравертебральної блокад та системної аналгезії.

Матеріали і методи. В дослідження були включені 91 жінка після мастектомії або лампектомії, які були рандомізовані в три групи. В усіх трьох групах анестезія була загальна. В першій групі (ПБ) перед операцією виконувалась пекторальна блокада 30 мл розчину ропівакаїну 0,375 %. У другій групі (ПВБ) – паравертебральна блокада на рівні Th 3-4 20 мл ропівакаїну 0,5 %. У третій (контролю) – системна аналгезія. Рівень інтерлейкіну-6 в плазмі крові визначався до операції та через 24 години після її закінчення.

Результати дослідження. До операції рівень інтерлейкіну-6 статистично значуще не відрізнявся в усіх групах і складав: в групі контролю 3.7 (3.1-4.5) пг/мл, ПБ – 3.3 (2.5-4.4) пг/мл та в ПВБ – 3.7 (2.8-4.7) пг/мл ($p=0.527$). Через добу відбувалось суттєве ІЛ-6 зростання в усіх трьох групах. Найвищий рівень інтерлейкіну-6 після операції спостерігався в групі контролю 29.5 (16.9-33.1) пг/мл, нижче – в групі ПБ – 22.2 (11.5-31.6) пг/мл та найнижчий – в групі ПВБ 16.8 (14.0-19.5) пг/мл ($p=0.002$).

Висновки. Після операцій з приводу новоутворень молочної залози нижчий рівень інтерлейкіну-6 в порівнянні із системною аналгезією спостерігається як після пекторальної, так і після паравертебральної блокад.

РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ПЕКТОРАЛЬНОЇ ТА ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ

DEVELOPMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROME AFTER OPERATIONS ON BREAST NEOPLASMS WITH PECTORAL NERVE AND PARAVERTEBRAL BLOCKS

V. V. Martsiniv^{1,2}, A. B. Kuchma²

(V. V. Martsiniv^{1,2}, A. B. Kuchma)

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

² Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами

Постмастектомічний больовий синдром (ПМБС) після операцій на молочної залозі виникає у 25-60 % пацієнтів. Є дані, що використання регіонарних технік знеболення знижує частоту ПМБС, але вони доволі суперечливі.

Мета. Дослідити вплив пекторальної та паравертебральної блокади на розвиток ПМБС в перші півроку після операції.

Матеріали і методи. В дослідження були включені 92 пацієнтки після мастектомії або лампектомії з аксілярною лімфодисекцією, які відповідно до анестезіологічного забезпечення були розділені на три групи. Жінкам першої групи перед операцією виконували пекторальну блокаду 10 і 20 мл розчину ропівакаїну 0,375 %. У другій групі була проведена паравертебральна блокада на рівні Th 3-4 20 мл ропівакаїну 0,5 %. У третій групі – виключно загальна анестезія. Через 3 та 6 місяців оцінювався рівень болю за 10-бальною шкалою у пацієнтів шляхом телефонного опитування (1-3 бали – легкий, 4-6 балів – середній, 7-10 балів – сильний).

Результати. Через 3 місяці проявів хронічного болю не було у I групі – 41 %, II – 33 %, III – 7 % ($p=0,006$), через 6 місяців у I групі – 35 %, II – 50 %, III – 28 % ($p=0,209$). Інтенсивність болю в різних групах за ступенями розподілилася наступним чином:

хронічний біль через 3 місяці за ступенем легкий/середній/сильний: у I групі – 50/6/3 %, у II групі – 43/23/0 %, у III групі – 66/20/7 % (P -value – 0.0124);

хронічний біль через 6 місяців за ступенем легкий/середній/сильний у I групі – 56/3/6 %, у II групі – 47/3/0 %, у III групі – 55/17/0 % (P -value – 0.126);

Висновки. Частота виникнення та інтенсивність хронічного болю після операцій з приводу новоутворень молочної залози через 3 та 6 місяців була нижча при застосуванні регіонарної анестезії.

РІВЕНЬ ГОМОЦИСТЕЇНУ У ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ВІНЦЕВИХ СУДИН. HOMOCYSTEINE LEVEL IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC CORONARY ARTERY DISEASE.

Марченко О.Ю. (Marchenko O.Yu.)

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

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Кафедра дитячої кардіології та кардіохірургії

Актуальність теми. Серцево-судинні захворювання є одною з основних причин смертності, інвалідизації та тимчасової втрати працездатності населення, що ініціює активний пошук нових факторів ризику, виявлення яких дозволило б впливати на рівень кардіоваскулярної смертності. Численні дослідження вказують на гомоцистеїн, як незалежний модифікований фактор розвитку серцево-судинних захворювань, підвищений рівень якого може призвести до розвитку атеротромботичних, церебральних, кардіальних, периферичних судинних порушень, а також нейродегенеративних процесів. Проте варто зазначити, що переважна більшість закордонних публікацій підтверджують важливу патогенетичну та клінічну роль гомоцистеїнемії, в одночас в літературі наводяться дані про відсутність її суттєвого впливу на серцево-судинні процеси.

Мета дослідження. Проаналізувати рівень гомоцистеїну у здорових осіб та пацієнтів з атеросклеротичним ураженням вінцевих судин.

Матеріал та методи. Робота була виконана на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» (м. Київ) протягом 2019 року. Обстежено 40 пацієнтів, характер скарг яких вказував на

можливе ураження вінцевих судин. Враховуючи результати коронарорентрикулографії пацієнтів розподілено на 2 групи. В контрольну групу (I група) увійшли 10 хворих без уражень вінцевих артерій. З них 5 пацієнтів віком до 60 років та 5 – старше 60 років. Досліджувана група (II група) складалась з 30 пацієнтів, у яких діагностовано різний ступінь ураження вінцевих артерій; з них 7 пацієнтів віком до 60 років та 23 – старше 60 років. Групи були співставні за віком, статтю та наявністю супутніх захворювань. Всім пацієнтам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові) з обов'язковим визначенням рівня гомоцистеїну. Норма рівню гомоцистеїну для людей віком до 60 років становить 5-15 мкмоль/л, старше 60 років - 5-20 мкмоль/л. Для оцінки значимості між двома незалежними вибірками використовувався критерій Манна-Уїтні. Статистично достовірними результати вважалася при $p < 0,05$.

Результати дослідження. При аналізі рівня гомоцистеїну отримано такі результати: нормальний рівень визначався у 7 (70%) пацієнтів з I групи та у 22 (73,3%) II групи, підвищені показники – 3 (30%) пацієнтів з I групи та 8 (26,7%) пацієнтів з II групи. У I групі 5 (50 %) пацієнтів були до 60 років і середня величина гомоцистеїну у них становила $14,78 \pm 6,07$ ммоль/л; 5 (50%) пацієнтів були старше 60 років та середній рівень гомоцистеїну у них становив $16,26 \pm 5,36$ ммоль/л. В II групі 7 (23,3%) пацієнтів були віком до 60 років та середній рівень гомоцистеїну у них був $13,67 \pm 3,02$ ммоль/л; 23 (76,7%) пацієнти старше 60 років з середнім рівнем гомоцистеїну $15,41 \pm 5,51$ ммоль/л. Ці дані можуть свідчити про сумнівність гомоцистеїну, як достовірного фактору ризику атеросклеротичного ураження вінцевих судин. Оцінюючи даний біохімічний маркер необхідно враховувати стани, при яких ми спостерігаємо його підвищення: тромбози, ендотеліальна дисфункція, генетичні дефекти ферментів, які беруть участь в метаболізмі гомоцистеїну, ниркова недостатність, гіпотиреоз, В12-дефіцитна анемія.

Тривалий час панує теорія, що підвищення рівня гомоцистеїну в плазмі крові пов'язане з підвищеним серцево-судинним ризиком, незалежно від інших факторів ризику атеросклеротичного ураження (Christen WG et al. 2000). Першопричиною в атерогенезі вказують гіпергомоцистеїнемію, патофізіологічними механізмами якої є підвищення тромбогенності, окислювальний стрес через активацію окислювально-відновних запальних шляхів та порушення ендотеліальної функції.

Противагою є інші клінічні дослідження, такі як NORVIT (Bonaa K. et al. 2006) та HOPE-2 (Lonn E. et al. 2006), що не показали зниження серцево-судинних подій при зниженні рівня гомоцистеїну у пацієнтів з атеросклеротичним ураженням судин.

Висновки. Використання гомоцистеїну, як надійного маркера серцево-судинних подій, залишається дискутабельним та потребує подальших досліджень його можливої ролі в розвитку серцево-судинних захворювань.

**НЕВРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДЕЗРЕГУЛЯЦІЇ У
ПАЦІЄНТІВ З ГЛАУКОМОЮ**
NEUROLOGICAL ASPECTS OF AUTONOMIC DYSREGULATION IN
GLAUCOMA PATIENTS

Масович С.О.

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

Актуальність теми. Зоровий аналізатор в філоембріогенезі та морфофункціонально пов'язаний з нервовою системою та фактично є її складовою. З анатомічної та фізіологічної точки зору, нормальне функціонування ока забезпечує центральна нервова система, особливо її вегетативний відділ. На сьогоднішній день існує низка теорій та механізмів виникнення та прогресування глаукоми. Відсутність єдиного визнаного механізму щодо причинно-наслідкових зв'язків між локальними змінами, що виникають в зоровому нерві в цілому та в структурах нервової системи зокрема, і зумовило необхідність детального вивчення та проведення порівняльного аналізу взаємозв'язків між клініко-неврологічними, психометричними та параклінічними характеристиками у пацієнтів з глаукомою.

Мета роботи. Дослідження вегетативних характеристик у пацієнтів з глаукомою.

Матеріал та методи. Наведено результати фрагменту комплексного обстеження 90 осіб з глаукомою, яке включало: детальне клініко-неврологічне обстеження з визначенням та співставленням основних неврологічних синдромів; оцінку показників нейропсихологічного статусу; вегетативного забезпечення з використанням спеціальних опитувальників та індексів; показників центральної гемодинаміки. Середній вік обстежених становив 67 ± 10 років. Контингент включав осіб середнього, похилого та старечого віку. Дещо переважали жінки

Результати та їх обговорення. При детальному обстеженні пацієнтів з глаукомою у 50 (55%) були виявлені ознаки порушення вегетативного забезпечення, зокрема схильність до почервоніння чи блідності обличчя відмітили 23 (25%) пацієнти, оніміння чи похолодання пальців кистей, стоп 29 (32%), відчуття серцебиття, «завмирання», «зупинки» серця 27 (30%), порушення судомоторики, що проявлялося гіпергідрозом тулуба та кінцівок у 15 (16%), порушення функції травної системи 21 (23%), порушення сну 40 (44%), ортостатичну гіпотензію у 13 (14%).

У більшості пацієнтів з глаукомою, що мали вегетативну дисфункцію, була виявлена 2 та 3 стадія глаукоми ($p < 0,05$). Переважна більшість пацієнтів зі ступенем глаукоми "b" і "c", що залежить від рівня внутрішньоочного тиску, також мали прояви вегетативної дезрегуляції ($p < 0,05$).

При визначенні індекса Кердо у пацієнтів з глаукомою було виявлено переважання впливу симпатичного відділу нервової системи у 24 (27%) осіб, парасимпатичного - у 48 (53%) осіб, вегетативне забезпечення з нормальним індексом Кердо спостерігалось у 18 (20%) пацієнтів.

Висновки. При обстеженні пацієнтів з глаукомою було виявлено, що у 50 пацієнтів з глаукомою були виявлені прояви вегетативної дисфункції, що статистично значуще пов'язане зі стадією та ступенем глаукоми. Виявлені клініко-неврологічні особливості у пацієнтів з глаукомою зумовлюють потребу подальшого детального дослідження та співставлення взаємозв'язків стану вегетативної нервової системи та розвитку і прогресування глаукоми.

**КЛІНІЧНА ІНЕРЦІЯ, ЯК ОДНА З ПРИЧИН СУБОПТИМАЛЬНОГО
МЕНЕНДЖМЕНТУ ПОДАГРИ
CLINICAL INERTIA AS ONE OF THE CAUSES OF SUBOPTIMAL
MANAGEMENT OF GOUT**

Маховська О.Ю. (Olha Makhovska)

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Сміян
Тернопільський НМУТ імені І. Я. Горбачевського
Кафедра внутрішньої медицини № 2

Подагра має високу асоціацію з коморбідними захворюваннями, такими як артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, цукровий діабет (ЦД), нефролітіаз, інфаркт міокарда та інші. Частота їх виявлення є у 3-33 рази вищою, ніж серед осіб з низьким (<237,9 мкмоль/л) рівнем сечової кислоти (СК) у крові (Zhu Y et al., 2012). З іншого боку, неадекватне досягнення цільових рівнів (СК) (<360 мкмоль/л) пов'язане з підвищенням загальної смертності при подагрі у 2,39 рази (Perez-Ruiz F et al., 2018). Незважаючи на те, що стратегії лікування подагри є ефективні, її менеджмент залишається не оптимальним (Punzi L, 2020). Тому, аналіз якості нашої допомоги є важливим, щоб зрозуміти, де можуть бути можливості для подальшого вдосконалення.

Мета: провести аналіз ефективності лікування, моніторингу та частоти коморбідного фону у хворих з подагрою у реальній клінічній практиці (одноцентрове дослідження).

Методи. Обстежено 136 чоловіків з подагрою, віком 51.5 ± 7.99 років у Тернопільській університетській лікарні (2017-2020 рр.). Індиксацію коморбідного статусу обчислено згідно модифікованого індексу коморбідності ревматичних хвороб (mRDCI). Попередній моніторинг даної когорти пацієнтів оцінювали згідно медичної документації та опитування.

Результати. Нами констатовано високу асоціацію подагри з коморбідними захворюваннями за mRDCI (Me (IQR) 3 (2-4)). За даними катанамнезу 91 (66,9%) хворих отримували УЗТ. Цільовий рівень СК було досягнуто лише у 26 (19,1%) пацієнтів. За останній рік рівень СК у крові визначався у 39 (28,7%) пацієнтів, рівень артеріального тиску - в 74 (54,4%) хворих, показники ліпідограми - 25 (18,4%) та рівень глюкози у 29 (21,3%) осіб. Правильно зрозуміли принципи дієтотерапії 125 (92%) хворих, але 101 (74,3%) пацієнтів не дотримувалися дієти.

Висновки. Встановлено часту асоціацію подагри з супутніми станами згідно mRDCI. Представлені результати ілюструють не достатньо оптимальний менеджмент подагри, який є багатофакторним: більше половини хворих не дотримувалися дієти, але отримували УЗТ, 19% досягли мети лікування, кожному п'ятому - проводився скринінг на ЦД та дисліпідемію, а 54,4% - скринінг на АГ.

**СПІВВІДНОШЕННЯ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ, ЯК МАРКЕРІВ ВАРІАНТУ
ТА ПЕРЕБІГУ ЮВЕНІЛЬНОГО АРТРИТУ**
THE RATIO OF SOME CYTOKINES LIKE A MARKER OPTIONS AND COURSE
OF JUVENILE ARTHRITIS

Меланчук Н.А. (Melanchuk Nadiia)

Науковий керівник: д.м.н., проф. Ошлянська О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра педіатрії № 1

Провідна роль у здійсненні запалення в організмі людини належить цитокинам. Вивчення ролі кожного з них та їх співпраця триває з аутоімунними захворюваннями. Знайдено нові дані про важливість хронічного запалення інтерлейкіну 17(IL-17). Вплив їх співвідношення на активність запалення недостатньо вивчений.

Мета. Вивчити співвідношення деяких ініціюючих та блокуючих цитокинів IL-17 у дітей з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА).

Методи. 40 дітей з ЮІА (6-1-3 років, 19-4-12 років, 15-13-17 років) були обстежені в період загострення захворювання з оцінкою активності та перебігу захворювання. Серед них було 12 олігоартритів(оЮІА), 17 поліартритів (пЮІА, з них 1 випадок мав позитивний ревматоїдний фактор), 6 ентезит артрит(еЮІА), 5 системний артрит(сЮІА). Всім дітям додатково вивчали IL-1 β , рецептор (IL-17R), IFN- γ у сироватці крові, використовуючи варіант зв'язаного імуносорбентного аналізу.

Результати. Отримані дані показали, що вміст IL-1 β суттєво збільшився лише при сЮІА (30,15 \pm 17,09 пг/мл), що було значно ($p < 0,05$) вище, ніж при інших ЮІА (6,71 \pm 0,91 пг/мл при оЮІА, 8,61 \pm 1,11 пг/мл у сЮІА). Це було виявлено у 2/3 пацієнтів. Рівень IL-1 β був достовірно вищим ($p < 0,05$) у підлітків (16,69 \pm 8,32 пг/мл) порівняно з дітьми 4-12 років (6,69 \pm 0,86 пг/мл).

IFN- γ підвищувався вище нормальних значень (до 50 пг/мл у здорових дітей) у всіх випадках ЮІА, що дозволяє відзначити його можливу роль у ініціації загострення. Більше того, його максимальні значення були відзначені у пацієнтів з оЮІА, особливо у випадках із увеїтом (7029,2 \pm 4750 пг/мл) і були вищими ($p < 0,1$) у дітей 1-3 років (1239,143 \pm 533,87 пг/мл) у порівнянні з підлітками (656,5 \pm 295,4 пг/мл). Вміст IL-17R у сироватці крові хворих на ЮІА був максимальним у випадках пЮІА (2058936 \pm 35,21 пг/мл) та еЮІА (22723,65 \pm 16022,54 пг/мл), що також показало найвищу частоту виявлення його збільшення (52% та 66,6% відповідно). Він відсутній у сЮІА (7,52 \pm 4,74 пг/мл). Найвищі значення IL-17R (1849836,4 \pm 176751 пг/мл) були в середній віковій групі. Отримані дані свідчать про компенсційне значення збільшення IL-17R та одночасне ініціювання запальних та протизапальних процесів під час загострення ЮІА. Оцінка співвідношення стимулюючих та інгібуючих цитокинів показала у пацієнтів з увеїтом, співвідношення IFN- γ /IL-1 β (4379,29 \pm 476,83) було значно вищим, ніж при інших підваріантах ЮІА (з 60,84 \pm 14,92 з оЮІА до 105,20 \pm 66,01 з пЮІА) та коефіцієнт IFN- γ /IL-17R (4474,01 \pm 3899,19 проти від 20,14 \pm 11,48 при оЮІА до 934,55 \pm 931,37 при сЮІА). Збільшення співвідношення IL-1 β /IL-17R було характерним лише для сЮІА (34,12 \pm 26,17 проти (0,23 \pm 0,12) - (2,89 \pm 1,61) для решти ЮІА). IFN- γ /IL-1 β ,

IFN- γ /IL-17R, IL-1 β /IL-17R зростають із активністю захворювання ($r=0,22$, $r=0,26$, $r=0,27$ відповідно). Однак ці співвідношення не відображали неприємного перебігу захворювання ($r=-0,11$, $r=-0,17$, $r=-0,15$ відповідно)

Висновки. Слід зазначити, що баланс цитокінів визначає напрямок запального процесу при ЮІА. Найбільш несприятлива наявність підвищення IL-1 β /IL-17R. Співвідношення IFN- γ /IL-1 β та IFN- γ /IL-17R можна розглядати як потенційні маркери увеїту, співвідношення IL-1 β /IL-17R - системний артрит.

ОЦІНКА ПРЯМИХ ТА НЕПРЯМИХ ЕФЕКТІВ ВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ІМПОРТОЗАМІЩЕННЯ ДЛЯ ПОТРЕБ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

EVALUATION OF DIRECT AND INDIRECT EFFECTS FROM THE IMPLEMENTATION OF IMPORT SUBSTITUTION PROGRAMS FOR THE NEEDS OF DENTAL CARE IN UKRAINE

Мочалов Ю. О. (Mochalov O.)

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології

Актуальність. На сьогодні в Україні спостерігається висока залежність галузі охорони здоров'я від імпорту стоматологічних матеріалів (СМ), інструментів, обладнання, устаткування і розхідних матеріалів, на ринк обсяг таких товарів замалим досягає 8,00%. Розвиток програм імпортозаміщення виглядає перспективним, але гіпотетичні прямі й непрямі ефекти такої діяльності є не визначеними й не оціненими.

Мета. На основі відкритих даних фахових джерел літератури визначити основні гіпотетичні ефекти впровадження програм імпортозаміщення виробів для стоматології в Україні.

Обговорення. Вітчизняна охорона здоров'я не має досвіду запровадження програм імпортозаміщення. Очікуваними наслідками таких програм може стати: розширення асортименту та збільшення виробництва СМ, створення і розвиток спільних підприємств із залученням зовнішніх інвестицій, розширення обсягів практичного застосування вітчизняних СМ, приріст виробників продукції для стоматології на території України, зниження собівартості стоматологічної допомоги, розширення можливостей закупівлі СМ бюджетними медичними закладами, збільшення фінансової доступності стоматологічної допомоги для населення, включення стоматологічних процедур до переліку гарантованого державою пакету медичного обслуговування відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19.10.2017 р. № 2168-VIII), стабілізація та зниження рівня захворюваності на основні стоматологічні захворювання у населення, збільшення толерантності до вітчизняних брендів СМ серед лікарів, стимуляція інноваційної діяльності, створення додаткових робочих місць, підтримка науково-дослідної діяльності, розробка, виробництво і вдосконалення СМ, скорочення їх імпорту.

Висновки. Запровадження програм імпортозаміщення виробів для стоматологічної медичної допомоги є перспективним і раціональним напрямком розвитку вітчизняної охорони здоров'я.

**ПОХІДНЕ КОНДЕНСОВАНИХ НІТРОГЕНВМІСНИХ ГЕТЕРОЦИКЛІВ З
ЦИТОСТАТИЧНОЮ ДІЄЮ НА МОДЕЛІ ГЛІОМИ
ЛЮДИНИ (U-251-MG)**

DERIVATIVE OF CONDENSED NITROGEN-CONTAINING HETEROCYCLES
WITH CYTOSTATIC ACTION ON THE HUMAN GLIOMA MODEL (U-251-MG)

Мунько М.А., Радівоєвич А.Г. (Munko M.A., Radivoevich A.G.)

Керівник – д-р мед. наук, проф. Н.І. Шарикіна
ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України»
Лабораторія онкофармакології відділу фармакології

Актуальність теми. Численні дослідження показали роль сигнального шляху Hedgehog при злякiсному рості, що обумовило зацікавленість до цієї клітинної сигнальної системи як мішені для пошуку підходів до лікування раку. Ключовим гравцем трансдукції сигналу цієї системи є білок SMO (рецептороподібний семи-спіральний трансмембранний білок). Найбільш широко вивченим інгібітором SMO є стероїдний алкалоїд Циклопамін з високою ефективністю при ряді форм злякiсних новоутворень. Пошук нових сполук з такою спрямованістю дії поширений у світі. Такі сполуки були також синтезовані у відділі медичної хімії ДУ «ІФТ НАМНУ» доктором фарм. наук, проф. А.М. Демченком.

Мета дослідження – порівняльне вивчення конденсованого нітроген-вмісного гетероциклу сполуки 2586 та Циклопаміну щодо здатності гальмувати сигнальний клітинний каскад Hedgehog по ланці SMO.

Матеріали та методи В дослідженнях використана модель гліоми людини U-251-MG з експресованою ланкою SMO сигнального шляху Hedgehog. Культуру гліоми одержано з банку ліній Інституту експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. Клітинна лінія культивувалася в поживному середовищі RPMI 1640 (Hy Clone, США). Оцінка цитостатичної дії проводилася за методикою Національного інституту раку США з визначенням показника $Ig IC_{50}$ (інгібуюча концентрація досліджуваної речовини, що розраховувалася по програмі Origin 7.3 (Origin Lab. Co, Сигма). Початкова доза сполуки 2586 та Циклопаміну становила 10 мг.

Результати досліджень. Показано, що сполука 2586 має цитостатичну активність, вищу, ніж у препарата-стантарта Циклопаміна. $Lg IC_{50}$ відповідно – -4,7 та -3,9.

Висновки Сполука 2586 за цитостатичною активністю перевищує препарат-стандарт Циклопамін, здатний блокувати сигнальний шлях Hedgehog по ланці SMO, що обумовлює доцільність подальшого вивчення нової сполуки як потенційного інгібітора сигнального шляху Hedgehog.

**ПОХІДНІ ХІНАЗОЛІНУ З ЦИТОСТАТИЧНОЮ ДІЄЮ (2219 ТА 1679),
АКТИВНІСТЬ НА МОДЕЛІ НЕДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНІВ
ЛЮДИНИ (A549)**

QUINAZOLINE DERIVATIVES WITH CYTOSTATIC ACTION (2219 AND 1679),
ACTIVITY IN A MODEL OF NON-SMALL CELL CANCER OF LUNGS (A549)

Мунько М.А., Радівоєвич А.Г. (M.A. Munko, A.G. Radivoevich)

Керівник – д-р мед. наук, проф. Н.І. Шарикіна
ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України»
Лабораторія онкофармакології відділу фармакології

Актуальність теми Існує арсенал традиційних цитостатиків та їх комбінацій, які впливають на пухлинні клітини в стані мітотичного поділу. Однак цей напрям на сьогодні поступається по інтенсивності таргетним (молекулярно спрямованим) препаратам, які переривають стимулюючі сигнали експресованих ланок сигнальних шляхів клітини, тобто гальмують вступ пухлинних клітин в мітотичний цикл. Однією з таких груп сполук є похідні хіназоліну, серед яких знаходиться світовий стандарт у лікуванні недрібноклітинного раку легенів (НРЛ) Ерлотиніб (Тарцева) – похідне хіназоліну, здатне блокувати активність рецептора епідермального фактора росту (EGFR), експресованого при цій формі злоякісних новоутворень. Пошук нових вітчизняних похідних хіназоліну є актуальною проблемою онкофармакології.

Мета дослідження – порівняльне дослідження нових похідних хіназоліну сполук 2219, 1671 та Ерлотинібу (Тарцеви) на моделі недрібноклітинного раку легенів людини (НРЛ) А549 для можливого створення вітчизняного препарату цієї спрямованості дії.

Матеріали та методи Досліджувалися нові похідні хіназоліну – сполуки 2219 та 1671, синтезовані у відділі медичної хімії ДУ «ІФТ НАМНУ» доктором фарм. наук, проф А.М. Демченком. Використана модель недрібноклітинного раку легенів людини (А549), отримана з банку штамів при Інституті експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. Клітинна лінія А549 культивувалися у поживному середовищі RPMI 1640 (Hy Clone, США). Оцінка цитостатичної активності проводилася *in vitro* за методичним підходами Національного інституту раку США. Цитостатичну активність визначали за допомогою показника $lg IC_{50}$, що розраховувався по програмі Origin 7.3 (Origin Lab Co, США). Початкова концентрація речовини -10 мг.

Результати досліджень за одержаними даними, сполуки 2219 та 1671 перевищують за цитостатичною активністю препарат-стандарт Ерлотиніб (Тарцеву). $lg IC_{50}$ відповідно – 2219 – -4,7; 1671 – -4,7; Тарцева – - 4,4.

Висновки. Одержані дані свідчать, що серед похідних хіназоліну можна знайти сполуки, що перевищують за цитостатичною активністю Ерлотиніб (Тарцеву), та можуть стати вітчизняними препаратами, активним при недрібноклітинному раку легенів людини.

КЛІНІЧНА ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

**CLINICAL EDUCATION OF NURSES IN UKRAINE: CHALLENGES OF
NOWADAYS**

Намісник О. (O. Namisniak)

Науковий керівник: доктор педагогічних наук, доцент, С.О. Ястремська
Тернопільський НМУ імені І.Я. Горбачевського
Кафедра клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими

Актуальність теми: В сучасних умовах пандемії дефіцит медичних сестер постав досить гостро. Велика ротація фахівців з медсестринства, пов'язана з економічними факторами, професійним вигоранням, неprestижністю професії в Україні на сьогоднішній день, а також високим рівнем навантаження на медичних працівників під час пандемії COVID-19, призвела до значного дефіциту медичних сестер та братів. З іншого боку, до випускників медичних коледжів, інститутів медсестринства ставляться досить високі вимоги щодо їх професійних навичок і вмінь, оскільки вчорашні випускники завтра одразу ж приступають до самостійної діяльності і від їх професійної грамотної допомоги залежатиме життя хворого.

Мета: проаналізувати якість організації та проведення переддипломної клінічної практики для студентів-майбутніх медичних сестер в лікувальних закладах.

Матеріали та методи: для вивчення якості організації та проведення переддипломної клінічної практики для студентів-випускників спеціальності «Медсестринство» використовувались якісні методи дослідження. Робота виконана на клінічній базі Університетської лікарні, м. Тернопіль в період з вересня 2019 року по лютий 2020 року.

В дослідженні брали участь 20 респондентів: 8 студентів-випускників спеціальності «Медсестринство», 8 практикуючих медичних сестер, 4 керівники відповідальних за проведення клінічної практики.

Було проведено індивідуальне інтерв'ю зі студентами для інформування про розробку концептуальної моделі даного дослідження, відповідно настановам щодо проведення досліджень з дітьми та молоддю.

Комісією з етики медичних та біологічних досліджень Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України не виявлено порушень морально-етичних норм під час проведення даного дослідження. Дослідження проводилось також відповідно до принципів Гельсінської декларації. Усі дорослі учасники надавали усвідомлену згоду до участі у дослідженні.

В ході дослідження проводилось інтерв'ю з кожним респондентом тривалістю від 30 хвилин до 1 години, а також анкетування.

Результати дослідження: Одним із запитань інтерв'ю було оцінити якість організації клінічної практики у лікувальному закладі. Аналіз дослідження дозволив визначити 5 основних проблеми (домени) щодо організації клінічної практики для майбутніх медичних сестер в Університетській лікарні:

- 1) якість клінічної практики;
- 2) доступ до пацієнта;
- 3) самостійне проведення маніпуляцій;
- 4) матеріальне забезпечення, оснащення відділень;
- 5) участь керівника практики в організації проходження студентом клінічної практики.

Як показали результати дослідження відсоток студентів, які були не задоволені якістю організації клінічної практики досить високий (70%). Усі крім двох студентів повідомили, що не мали можливості і доступу до всіх практичних навичок, передбачених навчальною програмою щодо проходження клінічної практики. Дві третини студентів повідомили, що практикуючі медичні сестри не

дозволили їм самостійно виконати ту чи іншу маніпуляцію (здебільшого проведення ін'єкцій). Половина студентів відчувала розчарування від низького рівня матеріального забезпечення відділень лікувального закладу де вони проходили клінічну переддипломну практику.

Опитування практикуючих медичних сестер показало, що 60% з них не зацікавлені в навчанні студентів, 37% з числа практикуючих медичних сестер відмітили високе навантаження, що не дозволяло приділяти належної уваги студентам, і це може вказувати на ознаки професійного вигорання. Одна третина з них повідомили, що деякі пацієнти самі відмовлялись від допомоги студентів-практикантів.

Результати інтерв'ю з керівниками медсестринською практикою показали, що 80% з них є фінансово не мотивовані до цієї роботи, крім того 50% респондентів з числа керівників не приділяли достатньої уваги студентам через невідповідність співвідношення кількості керівників та практикантів.

Висновки: Результати даного дослідження показують, що на даний момент в Україні існує проблема якісного забезпечення проходження студентами клінічної медсестринської практики в лікувальних закладах. Дане дослідження ілюструє окремі проблеми при проходженні практики майбутніми медичними сестрами, а також підкреслює важливість проведення таких досліджень у майбутньому для покращення якості надання послуг медичними сестрами в Україні.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЮ МОЗКУ HEMODYNAMIC FEATURES IN PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

Насалик Р.Б., Дуве Х.В. (Nasalyk R.B., Duve Khr.V).

Науковий керівник д.м.н., професор. Шкробот С. І.

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
Кафедра неврології

Актуальність. Літературні джерела повідомляють суперечливі результати щодо тяжкості клінічних симптомів гідроцефалії (ГЦ) у хворих з хронічною ішемією мозку (ХІМ) та їх асоціації з артеріальним церебральним кровотоком (АЦК); більшість досліджень не показують прямої залежності, тоді як деякі свідчать про зв'язок між клінічною тяжкістю та прогресивним зниженням АЦК. Вивчення гемодинамічних змін головного мозку у пацієнтів з ХІМ, з'ясування їх зв'язку з когнітивними розладами сприяє удосконаленню діагностичних підходів та оптимізації прогнозування перебігу захворювання.

Мета. Дослідити стан церебральної гемодинаміки та встановити її взаємозв'язок зі змінами когнітивних функцій у хворих на ХІМ з ГЦ.

Матеріали та методи. Обстежено 140 хворих (67 (47,86%) жінок та 73 (52,14%) чоловіків) з ХІМ, віком від 44 до 82 років (середній вік (65,78±9,11 роки)), які проходили стаціонарне лікування у Тернопільській обласній комунальній клінічній психоневрологічній лікарні ХІМ I ст. діагностовано у 30 (21,43 %), ХІМ II ст. – у 90 (64,29 %), ХІМ III ст. – у 20 (14,29 %) хворих. Усіх хворих було поділено на дві групи. 1 групу склали 110 (78,57 %) хворих з ХІМ, у яких діагностовано ознаки внутрішньої – 37 (33,64 %), зовнішньої – у 26 (18,57 %) чи змішаної ГЦ – у 47 (47,73 %) хворих. Легку ступінь ГЦ було встановлено у 26 (23,64%), помірну - у

57 (51,82%), тяжку - у 27 (24,55%) пацієнтів. Середній бал за шкалою МОСА склав $15,65 \pm 4,11$ бали. До 2 групи (групи порівняння) увійшли 30 (21,43%) пацієнтів з ХІМ без проявів ГЦ. Середній бал за шкалою МОСА склав $20,64 \pm 2,59$ бали. Стан когнітивних функцій оцінювали за Монреальською шкалою когнітивних функцій (МоСА-тест). Стан церебрального кровотоку вивчали за допомогою ТКДС інтракраніальних судин та екстракраніальних відділів брахіоцефальних судин на апараті Philips HDI: у загальних сонних артеріях (ЗагСА), зовнішніх сонних артеріях (ЗовнСА), внутрішніх сонних артеріях (ВСА), хребетних артеріях (ХА) – в сегментах V_1 та V_2 , в передніх мозкових артеріях (ПМА), середньо-мозкових артеріях (СМА), задніх мозкових артеріях (ЗМА), основній артерії (ОА) та хребетній артерії (ХА). Визначали наступні гемодинамічні параметри: внутрішній діаметр судин, лінійну швидкість кровотоку (ЛШК) (максимальну систолічну швидкість (V_s , см/с), швидкість в кінці діастолічного циклу (V_d , см/с)), периферичний опір (ІР), а також структурні зміни. Для статистичної обробки результатів користувались програмами Microsoft Excel 2011, Statistica.

Результати. Встановлено, що у хворих з ХІМ та ГЦ спостерігалися достовірно більший діаметр обох ЗСА, товщина КІМ, КДШ, ПСШ, а також ІР лівої ЗСА ($p < 0,05$) по відношенню до пацієнтів з ХІМ без ГЦ. Виявлено достовірно більший діаметр лівої ВСА, ПСШ, КДШ та ІР; ПСШ та КДШ у правій ВСА; КДШ в екстракраніальному відділі ХА у хворих з ГЦ. Встановлено достовірну залежність між наступними показниками кровоплину та значеннями шкали МОСА: ПСШ СМА/МОСА ($r=0,45$, $p < 0,05$), ПСШ ПМА/МОСА ($r = 0,38$, $p < 0,05$), діаметр ВСА /МОСА ($r = -0,51$, $p < 0,05$). Встановлено, що діаметр ЗСА і товщина КІМ були достовірно більшим у хворих на ХІМ з внутрішньою ГЦ у порівнянні з хворими на ХІМ з зовнішньою ГЦ ($p < 0,01$). ПСШ та КДШ у хворих з внутрішньою гідроцефалією був достовірно нижчим, а ІР достовірно вищим у порівнянні з хворими з зовнішньою гідроцефалією ($p < 0,01$). Діаметр ВСА та ІР у хворих на ХІМ з внутрішньою ГЦ були достовірно вищими, а ПСШ достовірно нижчим у порівнянні з хворими на ХІМ та зовнішньою ГЦ ($p < 0,01$). Виявлено достовірно відмінні значення у показниках ПСШ та ІР по СМА та ПСШ по ПМА у хворих на ХІМ з внутрішньою ГЦ по відношенню до хворих на ХІМ з зовнішньою.

Висновки. 1. Функціональні показники кровотоку та структурні зміни церебральних артерій у хворих з ХІМ з супутньою гідроцефалією достовірно відрізнялися від показників пацієнтів без гідроцефалії і залежали від виду та ступеня тяжкості гідроцефалії. 2. Встановлено достовірну залежність між показниками кровоплину та значеннями шкали МОСА, що свідчило про вплив на когнітивні функції змін судин переднього циркулярного басейну та відсутність такого зв'язку з показниками кровотоку у вертебробазиллярному басейні.

ВИВЧЕННЯ СТАНУ АУТОАГРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У ХВОРИХ НА COVID-19 МОЛОДОГО ВІКУ У ПЕРІОД САМОІЗОЛЯЦІЇ **STUDIES OF THE STATE OF AUTOAGGRESSIVE TRENDS IN YOUNG PATIENTS OF COVID-19 OF YOUNG AGE DURING SELF-ISOLATION**

Неляпіна М. М. (Neliapina M.M.)

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

Актуальність. Медійна глобалізація періоду інфекційної пандемії COVID-19, яка зумовлена психоемоційним ерзацем аутоізоляції, спричинила високий рівень біхевіорального дисбалансу соціальної адаптації, що призвело до перевантаження нейро-когнітивної системи. Поступовий розвиток деструктивного типу реагування в умовах специфічної депривації рутинних шаблонів життя викликав труднощі самоорганізації, зниження рівню самоконтролю, а також суттєво порушив сферу тайм-менеджменту. Поліетіологічний континуум факторів дистресу особистості став причиною ураження вищих психічних ланок – емоцій, волі, мотивації та мислення, що маніфестувало у вигляді стагнації режиму дня, порушень ментального здоров'я, активізації поганих звичок тощо. Згідно останніх дискусій у провідних наукометричних базах світу (PubMed, MeSH, National Institute of Mental Health та інші), було доведено, що суворі карантинні заходи можуть виступити предикторами підвищення суїцидальних тенденцій у підлітків та молоді майже у 2 рази. Саме тому вельми актуальним сьогодні є обов'язкова стратифікація ризику «ментальних катастроф», які можуть трапитися в умовах самоізоляції.

Мета дослідження: виявлення можливих (прихованих) намірів до самогубства серед осіб працездатного віку у період карантинних заходів на основі аналізу загальних депресивних тенденцій, а також прогнозування подальшої динаміки ментального здоров'я в умовах аутоізоляції.

Матеріал та методи. Дизайн дослідження побудований на основі вибіркового анкетування 130 осіб різних галузей діяльності (студенти-медики – 108, студенти немедичних спеціальностей – 10, технічні професії – 3, гуманітарні професії – 9, робота із людьми – 7, інші напрямки – 5) віком від 17 до 36 років (середній вік 19,5 років). Ступінь намірів щодо самогубства аналізували за шкалою суїцидальності Пейкеля (Paykel Suicide Items, PSI), що складається із п'яти питань зі зростаючою градацією «суїцидального» змісту. Оцінка депресивного статусу визначалася за шкалою безнадії Бека (Hopelessness Scale, Beck et al.), що має 20 тверджень для оцінки сприйняття респондентами свого теперішнього, минулого і майбутнього життя. Також учасникам опитування були запропоновані питання щодо наявності хронічної патології, відчуття депривації соціальної підтримки за час адаптивного карантину, коронавірусної інфекції будь-якого ступеню тяжкості в анамнезі, а також вживання психотропних медикаментозних засобів (гальмуючих або стимулюючих) у період останніх шести місяців. Статистична волонтаристичність результатів опитування була підтверджена за допомогою непараметричного методу хі-квадрату Пірсона із використанням чотирьохпольної таблиці узгодженості даних.

Результати дослідження. За результатами опитування можна прогнозувати вірогідну депресивну тенденцію у 51,5 % опитаних (79,1 % – жінки, 20,8 % – чоловіки), з них 56,7 % мали легкий ступінь безнадії, 28,3 % – помірний, а 14,9 % – тяжкий. З-поміж депресивних осіб 17,9 % хворіли на нову коронавірусну інфекцію із легким клінічним перебігом. Активізація суїцидальних мотивів спостерігалася у 37,6 % респондентів, з яких за шкалою Пайкеля 73,4 % набрали 3 бали, 16,3 % – 4

бали, 10,2 % – 5 балів. Серед осіб із тяжким ступенем безнадії 40 % (75 % – жінки, 25 % – чоловіки) розробили теоретичний план щодо скоєння самогубства, ще 20 % вже мають парасуїцид (незавершену спробу) у соціальному анамнезі останніх шести місяців. Середній вік парасуїцидентів склав 18,5 років. За останні 6 місяців карантинних заходів 23,8 % опитаних стали вживати препарати, що пригнічують роботу ЦНС (нейролептики, седативні, транквілізатори), а 16,9 % респондентів почали прийом психостимуляторів, ноотропів та адаптогенів. Депривацію соціальної підтримки протягом адаптивного карантину відчуло 56,2 % респондента: 32,3 % – через брак спілкування із колегами та друзями, 23,1 % – загострення міжособистісних стосунків у родині, 0,8 % – через ізоляцію наодинці.

Висновки. Таким чином, в результаті дослідження виявлено достатньо високий рівень аутоагресивних тенденцій та нагальну тенденцію до ментальної дезадаптації молоді, адже саме ця верства населення найгостріше відчула на собі брак соціо-культурних стосунків у період самоізоляції. Зроблено висновок про те, що у жорстких умовах карантину вкрай важливим є своєчасна стратифікація ризику нозологій психопатологічного профілю – тривожно-фобічний спектр, адикції, депресивний розлад, суїцидальна схильність, тощо. Пам'ятаючи про надзвичайно високий рівень нейроінвазивності та нейровірулентності вірусу SARS-CoV-2, вкрай необхідним є мультидисциплінарний менеджмент курації пацієнтів, із участю лікарів нейропсихіатричного профілю.

МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СТРУКТУР ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ТРИВАЛІЙ ДІЇ ЕТАНОЛУ **MORPHOMETRIC EVALUATION OF FEATURES OF REMODELING OF PROSTATE STRUCTURES AT LONG-TERM ACTION OF ETHANOL**

Нестерук С.О. (S.O. Nesteruk)

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Кафедра оперативної хірургії та клінічної анатомії

Актуальність. Залежність від алкоголю є однією з серйозних медичних і соціально проблем. Маштаби та темпи поширення алкоголізму такі, що ставлять під загрозу фізичне й моральне здоров'я населення. Важливою проблемою є вплив надмірного споживання етанолу на репродуктивну систему. Згідно з сучасними науковими уявленнями, алкоголь є одним з головних факторів чоловічого та жіночого безпліддя.

Мета: морфометричне вивчення ремоделювання структур передміхурової залози в умовах хронічної етанолової іноксикації.

Матеріали і методи дослідження. Комплексом морфологічних методів досліджена передміхурова залоза 25 щурів самців, які були поділені на 2 групи. 1 група складалася з 8 статевозрілих інтактних тварин віком 5-6 місяців. 2 група налічувала 17 статевозрілих тварин в умовах хронічної алкогольної інтоксикації. Гістологічні мікропрепарати виготовляли за загальноприйнятими методами, які забарвлювали гематоксилін-еозином, за ван-Гізон. Маллорі. Вейгерту, толуїдиновим синім. Морфометрично на мікропрепаратах передміхурової залози визначали площу залозки, висоту епітеліоцитів, площу ядра епітеліоцитів, площу цитоплазми епітеліоцитів, ядерно-цитоплазматичні відношення у епітеліоцитах,

стромально-паренхіматозні відношення у досліджуваному органі. Морфометрію вказаних структур проводили за допомогою світлового мікроскопа “Olimpus BX-2” з цифровою відеокамерою і пакетом прикладних програм “Відео Тест 5,0” та “Відео розмір 5,0”. Кількісні показники обробляли статистично. Різницю між порівнювальними кількісними величинами визначали за критерієм Стьюдента та Манна-Уїтні.

Результати дослідження Всебічний аналіз отриманих даних свідчить, що при хронічній алкогольній інтоксикації кількісні морфологічні показники структур передміхурової залози суттєво змінювалися. Так, площа залозки досліджуваного органа з вираженою статистичною достовірною переважно ($p < 0,001$) зменшилася на 80,7 %, висота епітеліоцитів – на 75,7 %, площа ядра епітеліоцитів - на 46,5 %, площа цитоплазми епітеліоцитів також з вираженою статистичною достовірною різницею ($p < 0,001$) знизилася на 79,5 %, Ядерно-цитоплазматичні відношення у епітеліоцитах при змодельованій патології збільшилися у 2,5 рази ($p < 0,001$). Стромально-паренхіматозні відношення при цьому зросли майже у 3,1 рази, що свідчило про виражене збільшення стромальних структур у досліджуваному органі.

При світлооптичному дослідженні мікропрепаратів передміхурової залози у змодельованих експериментальних умовах спостерігалось розширення та повнокров'я переважно венозних судин, набряк строми, збільшення кількості стромальних структур, осередки гістіоцитарних інфільтратів, атрофія, дистрофія та некробіоз епітеліоцитів та ендотеліоцитів судин. У венозних структурах гемомікроциркуляторного русла стази, осередки тромбозів, перивазальних діapedезних крововиливів плазморагія стінок вказаних судин та перивазальних просторів.

Висновки. Таким чином, отримані результати комплексних морфологічних і морфометричних методів дослідження свідчать, що хронічна алкогольна інтоксикація призводить до вираженої морфологічної перебудови структур передміхурової залози. Виявлені виражені структурно-функціональні зміни передміхурової залози в умовах хронічної алкогольної інтоксикації вказують на порушення структурного гомеостазу на всіх рівнях досліджуваного органа.

РІВЕНЬ ІНСУЛІНУ У ПАЦІЄНТІВ БЕЗ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ, ЯК СКЛАДОВА ОНТОЛОГІЧНОЇ МОДЕЛІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

THE INSULIN LEVEL OF PATIENTS WITHOUT TYPE 2 DIABETS MELLITUS AS A COMPONENT OF AN ONTOLOGICAL MODEL OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER

Носко Н. О. (Nosko N.O.)

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент - Харченко В.В.

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

Кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії

Актуальність теми. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) - найбільш розповсюджене захворювання печінки в західних країнах і захворюваність на неї збільшується, через зростання рівня ожиріння,

метаболического синдрома та цукрового діабету 2 типу. НАЖХП – це хронічне захворювання, що зустрічається в різних формах від стеатозу до стеатогепатиту та цирозу печінки. Отже, для вдосконалення надання медичної допомоги хворим з НАЖХП та можливості ранішньої діагностики даної патології, є актуальним розробка системи упорядкування медичних знань, в даному випадку доступних лабораторних показників, таких як інсулін крові, що базуються на онтологічних принципах. Це може покращити діагностику НАЖХП, а в деяких випадках можливо і попередити її виникнення, при виявленні інсулінорезистентності у пацієнтів без НАЖХП, за умови модифікації способу життя та харчування. Саме це лежить в основі профілактики захворювання та оптимізує надання медичної допомоги.

Мета роботи. Метою цієї частини дослідження було дослідити рівень інсуліну у пацієнтів з НАЖХП без цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 тип) та контрольною групою (пацієнти без НАЖХП та ЦД 2 типу). Робота виконується в рамках клінічної частини створення онтологічної моделі НАЖХП, як принципово нового підходу, для покращення надання медичної допомоги хворим.

Матеріали та методи дослідження: онтологія знань, метод теорії прийняття рішення. Шляхом систематизації даних було проаналізовано дані статті Buzzetti E, Pinzani M, Tsochatzis EA. «The multiple-hit pathogenesis of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD).» *Metabolism*. 2016 в якій викладено найновіші погляди на патогенез НАЖХП і редаговано попередню теорію «подвійного удару». Тож, на сучасному рівні, є теорія «множинних ударів» в патогенезі НАЖХП, а саме ліпотоксичність та інсулінорезистентність, вплив мікробіоти (вісь кишківник – печінка), дієтичні фактори, епігенетичні фактори, генетичні фактори, дисфункція жирової тканини, активація інфламасом, IL-6 та TNF- α , ендоплазматичний ретикулярний стрес, мітохондріальна дисфункція. Тож ми зосередились на факторі інсулінорезистентності, одним з показників якого є рівень інсуліну крові. Нами було сформовано дві групи: НАЖХП (пацієнти без цукрового діабету 2 типу) (n=74) та група контролю (n=84). В них було порівняно рівень інсуліну. Розрахунок проводився за допомогою програми SPSS 10. Для оцінки між двома незалежними виборками використовувався непараметричний U-критерій Манна – Уїтні. Ме [Q1 25%; Q3 75%]. Статистично достовірними результатами вважались при $p < 0,05$.

Отримані результати. При порівнянні рівня інсуліну в групі НАЖХП (n=74) 13,6 [10,23; 18,55] з групою контролю (n=84) 7,75[6,1; 9,1] була виявлена статистично значуща різниця ($p < 0,0001$), а саме вищий рівень інсуліну в групі НАЖХП.

Висновок. Систематизація знань, як основа онтологічної моделі НАЖХП, що до ролі визначення рівня інсуліну в крові, як одного з патогенетичних факторів НАЖХП, суттєво збільшують можливість фахівців використовувати його за для розрахунку показників інсулінорезистентності у пацієнтів з НАЖХП без ЦД 2 типу, з метою вдосконалення надання медичної допомоги хворим.

**РІВЕНЬ ФЕРИТИНУ, ЯК СКЛАДОВА ОНТОЛОГІЧНОЇ МОДЕЛІ
НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ.
THE FERRITIN LEVEL AS A COMPONENT OF THE ONTOLOGICAL MODEL
OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE**

Носко Н. О. (Nosko N.O.)

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент - Харченко В.В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії

Актуальність теми. Темі неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) – як найбільш розповсюдженій патології печінки в західних країнах, привертається велика увага. Це пов'язано з тим, що дана патологія зустрічається в різних формах, від стеатозу до стеатогепатиту та цирозу печінки, та має тенденцію до прогресування. Тож, за для покращення ранішньої діагностики цієї патології з метою оптимізації надання медичної допомоги хворим, є актуальним розробка системи упорядкування медичних знань, в даному випадку доступних лабораторних показників, таких як феритин крові, що базуються на онтологічних принципах.

Мета дослідження. Проаналізувати літературні дані щодо значення рівня феритину при НАЖХП. Проаналізувати рівень феритину у пацієнтів контрольної групи (без НАЖХП та цукрового діабету 2 типу) та групи пацієнтів з НАЖХП. Проаналізувати рівень феритину у жінок та чоловіків контрольної групи та групи НАЖХП. Робота виконується в рамках клінічної частини створення онтологічної моделі НАЖХП, як принципово нового підходу, для покращення надання медичної допомоги хворим.

Матеріали та методи дослідження: онтологія знань, метод теорії прийняття рішення. Шляхом систематизації знань нами було проаналізовано дані що до рівня феритину у пацієнтів з НАЖХП. За основу ми обрали дані мета-аналізу Du SX, and all «Association of serum ferritin with non-alcoholic fatty liver disease: a meta-analysis.» *Lipids Health Dis.* 2017 з висновками, що у пацієнтів з НАЖХП більш високий рівень феритину, і це може бути пов'язано з важкістю НАЖХП. Ці результати співпадають з гіпотезою, що підвищений рівень феритину пов'язаний з інсулінорезистентністю та ураженням гепатоцитів, крім того приймає участь у прогресуванні фіброзу та запаленні печінки. Автори статті наголошують, що є актуальним подальше вивчення рівня феритину у пацієнтів з НАЖХП. Нами було створено дві групи пацієнтів, група НАЖХП (n=82), та група контролю (n=79) в яких було досліджено рівень феритину крові. Після того було окремо порівняно групу чоловіків та жінок.

Розрахунок проводився за допомогою програми SPSS 10. Для оцінки між двома незалежними виборками використовувався непараметричний U-критерій Манна –Уїтні. Ме [Q1 25%; Q3 75%]. Статистично достовірними результатами вважались при $p < 0,05$.

Отримані результати. При порівнянні рівня феритину в групі НАЖХП (n=82), 178,5 [89,4; 246,75] та групи контролю (n=79) 61[26;112] була виявлена статистично значуща різниця ($p < 0,0001$), а саме більший рівень в групі НАЖХП. При порівнянні рівню феритину у чоловіків з НАЖХП (n=55) 207 [165; 287] з контрольною групою чоловіків (n=36) 108 [88,25; 144,25] була виявлена статистично значуща різниця ($p < 0,0001$), а саме більший рівень в групі НАЖХП. При порівнянні рівню феритину в жінок з НАЖХП (n=27) 75 [49; 98] з контрольною

групою жінок (n=43) 27 [18; 51] була виявлена статистично значуща різниця ($p < 0,0001$), а саме більший рівень в групі НАЖХП

Висновок. Систематизація знань, як основа онтологічної моделі НАЖХП, що до ролі визначення рівня феритину в крові, що асоціюється з НАЖХП, її важкістю та прогресуванням фіброзу й запалення, збільшує можливість фахівців використовувати його за для діагностики у пацієнтів з НАЖХП, з метою вдосконалення надання медичної допомоги хворим. В той же час підвищення рівня феритину потребує проведення ретельної диференціальної діагностики.

НОВИЙ ОРГАН У ЛЮДСЬКОМУ ТІЛІ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА СЛИНОВИДІЛЕННЯ

Ньорба-Бобиков М.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра ортопедичної стоматології

Актуальність. Незважаючи на те, що здавалося б декілька століть тому людство досконало вивчило анатомію людини, зовсім нещодавно Нідерландські вчені зробили відкриття. Вони випадково виявили новий, досі не описаний, прихований парний орган всередині голови, який подібний до слинних залоз, що у свою чергу може бути підґрунтям для нових досліджень у таких медичних напрямках як анатомія та фізіологія.

Мета. Аналіз літературних джерел для встановлення ролі нового органу у процесі слиновиділення.

Обговорення. Вчені описують своє дослідження у журналі «Radiotherapy and Oncology». Науковці випадково зробили відкриття під час обстеження пацієнтів із діагнозом раку простати за допомогою сканера PSMA PET/CT. У ході обстеження, при контрастній томографії з використанням радіоактивної глюкози, яку окрім пухлинних новоутворень всмоктують також і клітини слинних залоз, було виявлено 2 парних утворення позаду носоглотки. «У людини є три набори великих слинних залоз, але не в цьому місці», - пише радіолог-онколог Ваутер Вогель з Нідерландського інституту раку. Ці утворення були виявлені у всіх 100 обстежених пацієнтів. Також було проведено аутопсію двох тіл – чоловічого та жіночого, яка теж підтвердила існування парної структури у вигляді двох дренажних капілярів в задній стінці носогорла. «Два органи, що підсвітилися під час проведення дослідження, мають всі ознаки слинних залоз», - розповідає провідний автор дослідження, хірург порожнини рота Маттейс Вальстар з Амстердамського університету. Досі було відомо тільки про численні мікроскопічно малі залози, що розподілені по слизовій оболонці носоглотки, малі слинні залози у ротовій порожнині та 3 пари великих слинних залоз. Раніше непомічена четверта пара великих слинних залоз, яку відкрила команда Вогеля, розташовувалась над трубчастим валиком і тому їх було названо трубчасті залози.

Висновки. Через розташування трубчастих залоз можна припустити, що їхній секрет імовірно змащує та захищає носоглотку і зів та грає вторинну роль у процесі формування харчової грудки. Також можна припустити, що вони беруть роль у рефлекторному слиновиділенні.

**МУЛЬТИМОДАЛЬНА МАЛООПІОЇДНА АНЕСТЕЗІЯ – ДІЄВИЙ СПОСІБ
ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ НУДОТИ ТА БЛЮВАННЯ
LOW-OPIOID MULTIMODAL ANESTHESIA IS AN EFFECTIVE METHOD OF
POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING PROPHYLAXIS**

Овсієнко^{1,2} Т. В. , Бондар¹ М. В. , Лоскутов¹ О. А.

(Ovsienko T. V.^{1,2}, Bondar M. V.¹, Loskutov O. A.¹)

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

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

Проблема післяопераційної нудоти і блювання (ПОНБ) протягом тривалого часу привертає увагу фахівців різних галузей хірургії та анестезіології і досі не втратила своєї актуальності. Близько 80 % прооперованих пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді відзначають симптоми нудоти і блювання, не винятком є лапароскопічні (ЛПС) хірургічні втручання. Крім того, ПОНБ може стати самостійною причиною виникнення інших досить серйозних ускладнень післяопераційного періоду, таких як аспірація шлункового вмісту в дихальні шляхи, гемодинамічні розлади у пацієнтів зі скомпрометованою серцево-судинною системою, неспроможність хірургічних швів, кровотеча, дегідратація і порушення електролітного балансу, що в кінцевому результаті може призвести до інвалідизації пацієнтів, подовження терміну їхньої госпіталізації та здорожчання лікування. Виникнення ПОНБ зумовлене сукупністю патофізіологічних чинників, які напряду пов'язані з анестезією або хірургічним втручанням. Тому, згідно з рекомендаціями ERAS, використання мультимодальної малоопіоїдної загальної анестезії (ММЗА) у пацієнтів зменшує ПОНБ і забезпечує більш швидке відновлення.

Мета дослідження. Оцінити ефективність використання ММЗА, як одного із способів профілактики ПОНБ під час анестезіологічного забезпечення ЛПС хірургічних втручань на нирках.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 38 пацієнтів, яким були виконані ЛПС операції на нирках. Для порівняння частоти виникнення ПОНБ пацієнти були розподілені на дві групи довільним методом. У групі 1 (контрольній), яка включала 15 пацієнтів, використовувалась мультимодальна загальна анестезія (МЗА) зі стандартними дозами опіоїдів, а у групі 2 (основна), яка включала 23 пацієнти, використовувалась ММЗА. Піддослідні групи були абсолютно співставними за статтю, віком, різновидом хірургічного втручання, тривалістю операцій та тривалістю загальної анестезії.

Результати дослідження. У п/о періоді ми оцінювали наявність явищ нудоти та блювання. Сумарна середня доза фентанілу, що була використана упродовж всього часу анестезії у контрольній групі, становила $373,3 \pm 50,8$ мкг (4,34 мкг/кг/год.). Сумарна середня доза фентанілу, що була використана упродовж всього часу анестезії у основній групі, становила $217,39 \pm 49,1$ мкг (1,76 мкг/кг/год.). В групі 1 блювання в післяопераційному періоді виникло у 4 пацієнтів з 15, в групі 2 – також у 4 пацієнтів, але з 23 прооперованих. Так як ми маємо різні за чисельністю групи, ми стандартизували показники. Стандартизований показник ПОНБ в контрольній групі 26,6%, в основній групі – 17,3%. Отже, отримані результати показують, що ММЗА сприяє зменшенню частоти ПОНБ.

Висновок. У результаті проведеного дослідження і порівняння частоти виникнення ПОНБ у хворих обох дослідних груп було встановлено, що зменшення дози періопераційного використаних опіоїдів сприяє зниженню частоти розвитку ПОНБ, що підвищує безпеку анестезії, значно полегшує та пришвидшує реабілітацію хворих після ЛПС хірургічних втручань на нирках.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КРОВОТЕЧІ У ГОСТРУ ПОСТПАНКРЕАТИЧНУ ПСЕВДОКІСТУ НА ТЛІ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ
CLINICAL CASE OF TREATMENT OF ACUTE PSEUDOCYST OF THE PANCREAS AFTER ACUTE PANCREATITIS COMPLICATED WITH BLEEDING

Пенья К., Огій А.В., Войтнеко В.С. (Penya K., Ohii A.V., Voytenko V.S.)

Науковий керівник: чл.-кор. НАМНУ, д.мед.н., проф. В.І. Лупальцов

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії № 3

Назва: Клінічний випадок кровотечі у гостру постпанкреатичну псевдокісту на тлі антикоагулянтної терапії.

Особливість. Антикоагулянтна терапія (АКТ), що призначається для запобігання тромбоемболічних ускладнень після кардіологічних ендоваскулярних втручань, сама по собі може викликати важкі наслідки у вигляді кровотеч. Варфарин є препаратом, який частіше призначається у якості АКТ, й на тлі його прийому є підвищеним ризик геморагічних ускладнень при гострому панкреатиті (ГП). Представлений випадок кровотечі у гостру постпанкреатичну псевдокісту (ГППК) у хворого, який отримував АТ після встановлення електрокардіостимулятора (ЕКС).

Опис випадку Хворий 62-х років надійшов з важким ГП. У анамнезі ІХС, СН ІА ст., АВ-блокада, у 2013 року встановлений ЕКС, отримує АКТ- варфарин - 5мг/доб. Діагноз підтверджений КТ та УЗД. У аналізах крові: лейкоцити - $10,3 \times 10^9$ /л, амілаза – 30 Од/л, загальний білірубін – 39.4 мкмоль/л (непр. – 26.3 мкмоль/л.), МНО – 2,8, протромбіновий індекс – 35%. Консультований кардіологом з рекомендацією АКТ не переривати. На фоні лікування відмічалася позитивна динаміка з формуванням ГППК. На 16 добу стан погіршився: ГППК різко збільшилася у розмірах, симптоматика вказувала на розвиток кровотечі у ГППК. Хворий оперований, з чепцевої сумки до 900 мл гемолізованої крові із згортками. Підшлункова залоза багряно-чорного кольору. Повільна дифузна кровотеча зупинена тимчасовою марлевою тампонадою з аплікацією гемостатичної марлі та тахакомбу. Прийом варфарину припинено, гемостатична терапія. Відмічалася поступове зменшення відокремлюваного по дренажах, ознак рецидиву кровотечі не було.

Обговорення: Продовження АКТ у хворого ГП з ЕКС сприяло розвитку кровотечі у ГППК. Але вимушена відміна варфарину та інтенсивна гемостатична терапія у післяопераційному періоді не призвела до тромбоемболічних кардіологічних ускладнень.

Висновки: Спостереження наводить приклад кровотечі у ГППК, що було ініційовано варфарином, й демонструє важливість подальшого обговорення проблеми, пов'язаної з тактикою лікування ГП на тлі АКТ.

ПОРІВНЯННЯ ПРОГРАМ СКРИНІНГУ ТА РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ З ТОЧКИ ЗОРУ ДІАГНОСТИКИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТУ.

Періг Ю.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Матюха Л.Ф.

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

Актуальність: Особливістю сучасної доказової медицини є направленість на профілактику і ранню діагностику станів, які впливають на стан здоров'я нації. ВООЗ в 2019 році зазначає, що в Європейському регіоні спостерігається зростання тенденції до активнішого використання скринінгу з метою виявлення неінфекційних захворювань і залучення населення до проведення медичних оглядів на всіх етапах життя. Програми скринінгу поєднують найкращі наукові досягнення з найновітнішими технологіями і в більшості країн займають вагоме місце в охороні здоров'я. При ефективній організації вони сприяють попередженню виникнення хвороб, зниженню інвалідності та смертності. Сімейні лікарі в більшості країн заохочені в проведенні скринінгу. В країнах де скринінг використовується рутинно громадяни визнають його як невід'ємний компонент медичної допомоги. В Україні існують програми скринінгу, що в своїй більшості базуються на статевій різниці і віковим періодам.

Мета: провести порівняння між ранньою діагностикою і скринінгом, визначити що є більш доцільним для визначення залізодефіциту.

Обговорення: Скринінг – це процес сортування населення, що орієнтований на визначення осіб, що з високою ймовірністю має захворювання і тих хто його не має, вказує на ймовірність ризику виникнення певного захворювання. Метою скринінгу є виявлення в зовні здоровій популяції осіб з підвищеним ризиком захворювання чи патологічного стану щоб мати змогу запропонувати раннє лікування чи втручання. В Україні запроваджено скринінг немовлят на фунілкетонурию, вроджений гіпотиреоз, муковісцидоз, адреногенітальний синдром; онкоскринінг на рак молочних залоз, шийки матки, колоректальні форми раку. Програми скринінгу спрямовані на обстеження великих груп населення. Це потребує значних матеріальних затрат, що збільшує навантаження на систему охорони здоров'я країни. Натомість програма ранньої діагностики спрямована на осіб, які вже мають симптоми захворювання, кількість яких значно менша і відповідно в фінансовому аспекті рання діагностика є менш виснажливою по ресурсним потребам. В країнах, де за певних економічних і соціальних умов діагностика неінфекційних захворювань відбувається на пізніх стадіях, скринінг не буде ефективним в якості першочергової стратегії, оскільки рівень охоплення і потенціал системи будуть недостатніми для зниження рівня смертності. Для таких країн програма ранньої діагностики більш доцільна. Метою програми ранньої діагностики є зменшення частки пацієнтів, яким діагностують пізню стадію хвороби. Вони містять два основні компоненти:

- підвищення обізнаності про перші ознаки хвороби серед цільових груп населення;
- забезпечення доступності послуг та маршрутизації пацієнта між різними ланками медичної допомоги.

Рання діагностика особливо актуальна при онкологічних захворюваннях з доступною огляду локалізацією. Метод скринінгу доцільний для патологій, що малодоступні візуальній діагностиці. Він забезпечується використанням простих тестів у здоровій популяції для виявлення осіб, які можуть мати захворювання, але ще не мають симптомів.

Скринінгову програму варто проводити за умови:

- коли поширеність захворювання на стільки висока, що витрати на діагностику виправдані;
- коли продемонстровано в наукових дослідження ефективність програми;
- коли ресурсів (персонал, обладнання тощо) достатньо, для охоплення цільової групи;
- коли існують доведені способи корекції чи лікування для тих, хто отримав результати поза референтним значенням.

ВООЗ в 2018 році відзначала високе соціальне значення залізодефіциту та його зв'язок з якістю харчування та соціально-економічними умовами життя населення. Високий відсоток залізодефіциту в популяції відображається на зростанні частоти інфекційних захворювань а також на зростанні патологій вагітності. До заходів первинної профілактики залізодефіциту відноситься повноцінне збалансоване харчування, вторинна профілактика полягає в прийомі препаратів заліза в групах ризику та корекції способу життя. Своєчасне лікування може зупинити розвиток залізодефіцитного стану.

Висновок: для повноцінної оцінки стану підліткового населення щодо залізодефіциту більш доцільним є проведення скринінгу при порівнянні з програмою ранньої діагностики.

ЗНАЧЕННЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ГЛИБОКОЇ АРТЕРІЇ СТЕГНА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОМУ УРАЖЕННІ АОРТИ ТА МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

SIGNIFICANCE OF REVASCULARIZATION OF THE DEEP HIP ARTERY IN ATHEROSCLEROTIC INJURY OF THE AORTA AND MAIN ARTERIES OF THE LOWER LIMBS

Піжовський Є. С.

Керівник д.м.н., проф. В. Й. Смержевський

Національна академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Кафедра хірургії та трансплантології

Згідно із статистичними даними облітеруючим атеросклерозом аорти і нижніх кінцівок страждає 2 – 3 % від загальної чисельності населення і до 35 % осіб старше 65 років. Незважаючи на значні успіхи в хірургічному лікуванні оклюзій магістральних артерій, рівень незадовільних результатів продовжує залишатися високим. При застосуванні шунтуючих операцій частота ампутацій кінцівок досягає 20-50 %, і близько 40 % хворих гинуть впродовж 2 років після втручання. При неможливості виконання прямої реvascularизації операцією вибору є пластика глибокої артерії стегна (ГАС).

Як малотравматичне втручання, профундопластика широко виконується у пацієнтів старечого віку і з тяжкими супутніми захворюваннями. Окрім цього, при

критичній ішемії нижньої кінцівки реконструктивні операції на ГАС є альтернативою неминучої ампутації. В цьому аспекті особливого значення набуває визначення функціональної достатності ГАС та вибір адекватного способу її реконструкції.

Багатьма авторами описана велика різноманітність способів реконструкції ГАС. Ряд авторів указує на те, що виконана за строгими показаннями реваскуляризація ГАС дозволяє досягти хорошого клінічного ефекту і не удаватися до розширених оперативних втручань.

Однак, незважаючи на велику кількість публікацій, присвячених питанню реваскуляризації ГАС, на теперішній час немає єдиної думки ангіохірургів щодо показань до такого роду операцій. Відсутній строгий алгоритм, що визначає можливість використання ГАС для повноцінної реваскуляризації нижньої кінцівки. Крім того, немає чітких диференційно-діагностичних критеріїв щодо вибору того або іншого способу профундопластики у кожному конкретному випадку. Не визначені надійні діагностичні методи верифікації життєздатності м'язів ішемізованої кінцівки. Недостатньо повно вивчені варіанти хірургічної анатомії ГАС. Все це диктує необхідність нових підходів в проведенні аналізу ефективності виконуваних реконструкцій ГАС залежно від початкових порушень регіонарної гемодинаміки.

Таким чином, розробка способів прогнозування ефективності й оптимізація хірургічних втручань на ГАС представляється актуальним медико-соціальним завданням.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДОПОМОГИ В ПОЛОГАХ ЖІНКАМ З ІДІОПАТИЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТЕНЗІЄЮ IMPROVING CHILDBIRTH CARE FOR WOMEN WITH IDIOPATHIC HYPOTENSION

Попович О. І. (Popovych O.)

Науковий керівник – д.мед.н., професор,

член-кореспондент НАМН України Маркін Л. Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

Кафедра акушерства та гінекології

Актуальність теми. Робота серцево-судинної системи забезпечує перфузію матки і плаценти. Скоротлива активність матки тісно взаємопов'язана з інтенсивністю кровопостачання та кровоплину в міометрії. Вегетативний дисбаланс, обумовлений переважанням парасимпатичної активності автономної нервової системи та надлишок оксиду азоту, котрі є ключовими факторами патогенезу артеріальної гіпотензії викликають дисфункцію міокарда, і призводять до стійкої генералізованої вазодилатації (Баєв В. М., 2018). Зменшення серцевого викиду та уповільнення швидкості кровотоку в маткових артеріях у роділь з ідіопатичною артеріальною гіпотензією (ІАГ) прямо корелюють із швидкістю заповнення венозного депо міометрія. Період релаксації матки подовжується в 1,5-2 рази і є необхідним для відновлення вихідного рівня гемодинаміки в матково-плацентарному контурі (Маркін Л. Б., Попович О. І., 2018). Уповільнення

пологового процесу, зумовлене недостатністю матково-плацентарної перфузії, обумовлює актуальність удосконалення допомоги роділлям з ІАГ.

Мета. Оцінити вплив селективного блокатора м-холінорецепторів на кровоплин у маткових артеріях (МА) і пологову активність матки у роділь з ІАГ.

Матеріали та методи. Для реалізації завдань дослідження сформовані такі клінічні групи вагітних: І – 50 роділь із ІАГ, яким застосовували у І періоді пологів м-холінолітик гіосцину бутилбромід – по 1 свічці ректально кожної години тричі; ІІ – 48 роділь із ІАГ у І періоді пологів. Доплерометричне дослідження включало оцінку кровотоку в МА. Скоротливу активність матки вивчали з допомогою методу зовнішньої токографії. Усі статистичні обрахунки проводилися із використанням програмного забезпечення RStudio v.1.1.442 та R Commander v.2.4-4.

Результати дослідження. У роділь із ІАГ, у яких переважають парасимпатичні прояви, в пологах розвивається сегментарний спазм і тонічне напруження нижнього сегменту, що викликає знижене його кровопостачання: у роділь І групи спостереження РІ (пульсаційний індекс) в правій МА складав: $1,22 \pm 0,12$; лівій $0,86 \pm 0,11$; середнє значення РІ $1,04 \pm 0,11$; ІІ групи - РІ в правій МА: $1,22 \pm 0,12$; лівій $0,79 \pm 0,13$; середнє значення РІ $1,01 \pm 0,12$ (норма до $0,92$). Тобто, кровоплин був високорезистентним і достовірно не відрізнявся в обох групах. Через 3 години після застосування м-холінолітика у роділь І групи спостерігалось достовірно зниження показників судинного опору в МА: РІ в правій МА: $0,86 \pm 0,14$; лівій МА: $0,63 \pm 0,15$; середнє значення РІ $0,75 \pm 0,09$ ($p < 0,05$). Покращене кровопостачання матки позитивно впливало на пологову активність. Якщо в обох групах роділь з ІАГ спостерігалась гіпотонічна дисфункція матки і показники достовірно не відрізнялись (базальний тонус становив $8,2 \pm 0,7$ мм рт.ст; $7,6 \pm 1,1$ мм рт.ст. відповідно; тривалість перейм складала – $32,6 \pm 3,5$ с; $35,4 \pm 3,2$ с ; амплітуда перейм – $56,3 \pm 3,9$ мм; $62,9 \pm 4,6$ мм; кількість перейм за 10 хв $2,1 \pm 0,3$; $2,6 \pm 0,8$; інтервал між переймами – $253,4 \pm 17,5$ с; $231,6 \pm 15,6$ с; активність матки в одиниці Монтевідео – $211,6 \pm 11,4$ ум. од.; $228,8 \pm 9,6$ ум. од.) , то внаслідок застосування м-холінолітика у роділь І групи спостереження скоротлива активність матки значно покращилась. Базальний внутрішньоматковий тонус зріс до $10,2 \pm 0,4$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); тривалість перейм – $40,2 \pm 2,4$ с ($p < 0,05$); амплітуда перейм – $78,4 \pm 6,7$ мм ($p < 0,05$). Особливої уваги заслуговувало значне вкорочення інтервалу між переймами $126,5 \pm 3$ с) і, як наслідок, зростання кількості перейм за 10 хв: $4,0 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). Активність матки в одиницях Монтевідео нормалізувалась і склала $318,4 \pm 32,3$ ум. од. Таким чином, периферичні антихолінергічні ефекти м-холінолітика завдяки гангліоблокуючій дії на судинну стінку сприяли покращенню кровопостачання матки і нормалізації маткових циклів. Крім того, ослаблення парасимпатичного впливу при ІАГ дозволяє посилити симпатичну активність автономної нервової системи, що є важливим патофізіологічним механізмом формування нормальної пологової діяльності.

Висновки.

1. Кардіальна дисфункція і стійка генералізована вазодилатація у роділь з ІАГ сприяє виникненню високорезистентного кровоплину в МА у 37,8% випадків.

2. Зниження матково-плацентарної перфузії є провідним чинником виникнення гіпотонічної дисфункції матки у даних пацієнтів.

3. Застосування м-холінолітика для покращення кровопостачання в матковому контурі та ослаблення парасимпатичного впливу при ІАГ нормалізує скоротливу активність матки.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СУДИН ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯРНОГО РУСЛА ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ РІЗНИХ ОБ'ЄМІВ ПЕЧІНКИ

О.М.Процайло, Л.В.Татарчук, О.Б.Ясіновський, М.Ю.Кріцак

Науковий керівник – д.мед.н., проф. М.С.Гнатюк

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я Горбачевського

Кафедра клінічної анатомії та оперативної хірургії

Актуальність. Видалення значних частин паренхіми печінки може ускладнитися пострезекційною портальною гіпертензією, яка призводить до кровотеч з варикозно розширених вен стравохода, шлунка, прямої кишки, асцити, спленомегалії, вторинного гіперспленізму, паренхіматозної жовтяниці, печінкової та поліорганної недостатності, портосистемної енцефалопатії

Мета: морфометрично вивчити особливості структурної перебудови судин гемомікроциркулярного русла товстої при резекції різних об'ємів печінки.

Матеріал і методи. Комплексом морфологічних методів досліджено товсту кишку 45 білих щурів-самців, які були розділені на 3-и групи. 1-а група - 15 дослідних практично здорових тварин, які знаходилися у звичайних умовах віварію, 2-а – 15 щурів після видалення лівої бокової частки – 31,5 % паренхіми печінки, 3-я – 15 експериментальних тварин після резекції лівої та правої бокових часток, тобто 58,1 % паренхіми печінки [Операції виконували в умовах тіопенталового наркозу з дотриманням правил асептики та антисептики. Через місяць від початку досліді здійснювали евтаназію щурів кровопусканням в умовах наркозу. Гемомікроциркуляторне русло товстої кишки вивчалось за допомогою ін'єкції її судин туш-желатиновою сумішшю, яку вводили через черевну аорту. З кишки виготовляли гістологічні мікропрепарати Морфометрично визначали діаметри артеріол, передкапілярних артеріол, гемокапілярів, закапілярних венул, венул, щільність судин гемомікроциркуляторного русла на 1мм² тканин товстої кишки дослідних тварин, відносний об'єм пошкоджених ендотеліоцитів Кількісні величини оброблялися статистично

Результати дослідження. Встановлено, що через місяць після резекції 31,5 % паренхіми печінки не виникало гемодинамічних змін у системі ворітної печінкової вени. При цьому збільшилися на 18,5 % ($p < 0,01$) відносні об'єми пошкоджених ендотеліоцитів переважно за рахунок апоптично змінених клітин, що могло виникнути при змінах гемодинаміки під час виконання оперативного втручання, а також під впливом медикаментозних середників, які застосовувалися для наркозу У тварин через місяць після видалення 58,1 % паренхіми печінки в очеревинній порожнині спостерігалось розширення і повнокрів'я ворітної печінкової вени, повнокрів'я і розширення брижових вен та видимого венозного русла кишок, асцит, спленомегалія, що свідчило про наявність пострезекційної портальної гіпертензії Усестороннім аналізом отриманих морфометричних параметрів судин гемомікроциркуляторного русла товстої кишки встановлено, що

артеріоли, передкапілярні артеріоли та гемокапіляри виявилися звуженими на 28,0 – 34,0 %, закапілярні венули та венули розширені відповідно на 33,0 – 39,0 %, щільність судин гемомікроциркуляторного русла зменшилася на 28,0 %, відносний об'єм пошкоджених ендотеліоцитів зріс у 14,5 рази ($p < 0,001$). Домінуюче розширення венозної частини гемомікроциркуляторного русла товстої кишки через місяць після резекції 58,1 % паренхіми печінки супроводжувалося венозним повнокров'ям, яке ускладнювалося гіпоксією. Остання призводила до дистрофії, некробіозу клітин і тканин, а у віддаленому післяопераційному періоді до інфільтративних та склеротичних процесів у оболонках досліджуваного органа. Наведене підтверджувалося світлооптичним дослідженням мікропрепаратів товстої кишки.

Висновки. Виявлено, що резекція 58,1 % паренхіми печінки призводить до пострезекційної портальної гіпертензії, вираженого звуження артеріол, передкапілярних артеріол, гемокапілярів та розширення закапілярних венул і венул у товстій кишці. Розширення венозних судин гемомікроциркуляторного русла призводить до венозного повнокрів'я, гіпоксії, пошкодження ендотеліоцитів, ендотеліальної дисфункції, перивазальних і стромальних набряків, дистрофії, некробіозу клітин, тканин, інфільтративних та склеротичних процесів у досліджуваному органі.

ОПТИМАЛЬНОЕ МИДЕКАМЕНТОЗНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБИТИЧЕСКОЙ МИКРО- МАКРОАНГИПАТИИ.

Рашид Х.Р. Манасрах

Національна академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Кафедра хірургія та трансплантологія

Актуальность темы: Во всем мире сахарный диабет (СД) является одним из основных факторов риска заболеваний периферических артерий, что приводит к увеличению заболеваемости и смертности, а также ускорению течения заболевания. Таким образом, более глубокое понимание многофакторных механизмов, лежащих в основе этиологии заболеваний, как для СД, так и для заболевания периферических артерий РАД оправдано.

у больных СД2 атеросклероз магистральных артерий и их окклюзии встречаются у мужчин в 53, а у женщин в 71 раз чаще, чем у лиц тех же возрастов, не страдающих СД2. Лечение диабетических микро- и макроангиопатий и их осложнений занимает важное место в повседневной практической работе хирурга-ангиолога и эндокринолога. При диабете поражаются артерии всех органов и калибров. Микроангиопатия наблюдается у 100% больных СД2 и у 30% при макроангиопатии наблюдаются гнойно-некротические осложнения. Развитие диабетической микроангиопатии зависит от длительности заболевания СД2. Через 15—20 лет после манифестации СД у 50% больных отмечается окклюзия магистральных артерий, приводящая к развитию гангрены и ампутации. Летальность у больных пожилого и старческого возраста при гнойно-некротических осложнениях и гангрене конечностей при СД достигает 20% цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с

артериальной недостаточностью нижних конечностей при СД применяя новейшие методы лечения и правильное медикаментозное сопровождение. Уменьшить число ампутаций.

Материалы и методы: Сбор, обработка и ретроспективный метаанализ эмпирических данных (ресурсы Pubmed, Medscape, Rutherford,), обработка 53 клинических случаев с артериальной недостаточностью нижних конечностей при сахарном диабете разных степени поражения, периодом с 2018 по 2020.

Результаты исследования: Развитие диабетической микро-макроангиопатии зависит от длительности заболевания СД2. Через 15—20 лет после манифестации СД у 50% больных отмечается окклюзия магистральных артерий, приводящая к развитию гангрены и ампутации. Летальность у больных пожилого и старческого возраста при гнойно-некротических осложнениях и гангрене конечностей при СД достигает 20%.

Этот обзор дает клиническое представление о текущем состоянии исследований в области патофизиологии заболеваний периферических артерий у больных сахарным диабетом, а также подчеркивает прогресс хирургических вмешательств для заболевания периферических артерий, с акцентом на методы, которые показали себя перспективными для лечения ишемии нижних конечностей. Консервативное лечение диабетических микро-макроангиопатий многолетние наблюдения показывают, что основу лечения заболеваний сосудов составляет комплексная терапия, которая должна быть рациональной и индивидуальной. Мы подчеркиваем слово «рациональной», т. к., к сожалению, в большинстве случаев в поликлиниках прием и лечение этой категории больных осуществляют хирурги общего профиля, при этом велика возможность случайного подбора лекарственных средств, поскольку рынок все более насыщается различными, в т. ч. достаточно эффективными и очень часто неэффективными, препаратами. Наиболее часто при лечении диабетической микро-макроангиопатии используют следующие группы препаратов, объединяемых по механизму действия:

1. Спазмолитики.
2. Препараты, улучшающие тканевой метаболизм.
3. Гиполипидемические препараты.
4. Ангиопротекторы.
5. Дезагреганты.
6. Реологические препараты.
7. Антиоксиданты.
8. Иммуностимуляторы.
9. Антикоагулянты.
10. Препараты, улучшающие венозный и лимфатический отток.
11. Антибиотики.
12. Вазопростан.

Выводы:

1. Компенсация СД — первое необходимое условие предотвращения поражения нижних конечностей.

2. Для наиболее эффективного лечения поражений стопы необходимо раннее выявление больных, имеющих повышенный риск развития синдрома диабетической стопы. Риск повышается с возрастом и длительностью болезни.

3. Больные, имеющие особенно высокий риск, должны быть осмотрены специалистом для принятия срочных мер.

4. Адекватное обучение больных значительно снижает частоту ампутаций нижних конечностей. Обучение больных правилам ухода за ногами должно проводиться и при уже имеющихся изменениях состояния нижних конечностей.

5. Осмотр кожи нижних конечностей больного СД с целью выявления микоза необходимо проводить дерматологом не реже 1 раза в год.

6. Оценивать функциональное состояние магистральных артерий у больных с диабетической ангиопатией нужно с осторожностью, т.к. отсутствие пульса не всегда означает облитерацию сосуда.

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО СТАНУ ВУЛЬОВОАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ В УКРАЇНІ.

Ратушняк Н.Я.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вульвовагінальний кандидоз (ВВК) – поширена інфекція слизової оболонки нижнього репродуктивного тракту жінки, викликана грибами роду *Candida*. Враховуючи зростання безконтрольного самолікування протигрибковими препаратами, спостерігається формування часткової резистентності до антимікотичних препаратів. За даними огляду літератури виявлено: *Candida albicans* була найбільш часто діагностованим видом (75,6%). Серед представників *Candida non albicans* найчастіше зустрічалась *Candida glabrata* (13,6%). Показники стійкості до флуконазолу 6,6%, до амфотерицину В 0,2%, вориконазолу 1,4% і флуцитозину 2,1%. Резистентність до флуконазолу *C. albicans* значно збільшилась за період 2015-2018 рр. (Греція. 2019). За даними Пакистану найбільш переважаючим видом діагностована *Candida albicans* 58,45%, за яким *Candida glabrata* 13,69%, *Candida tropicalis* 11,87%, *Candida krusei* 7,76%. Найбільша резистентність зустрічалась до вориконазолу 18,26% в порівнянні з флуконазолом 14,61%. (2017р.) Поширеність ВВК в Ефіопії за даними авторів (2018р.) становить 41,4%. Серед збудників відсоток *Candida Albicans* складав 58,6%, *Candida non albicans* - 41,4%. Стійкість видів *C. Albicans* була найвищою до флуконазолу (17,2%), до флюцитозину (5,7%). Всі ізоляти *Candida Albicans* чутливі до вориконазолу, каспофунгіну, імікафунгіну. *Candida non albicans* резистентна лише до флуконазолу та флюцитозину, по 2% до кожного. Враховуючи виявлену різноманітність видової структури збудника, з метою визначення видового складу *Candida* у жінок України нами було обстежено 520 (n=520) жінок репродуктивного віку з наявним епізодом загострення РВВК, протягом 2018-2019 рр. Дані

Частота визначення грибів роду *Candida* у жінок України з РВВК.

Назва виду Кількість %

Candida Albicans 484 93

Candida Krusei 20 3,85

Candida parapsilosis 2 0,38

Candida Glabrata 10 1,92

Candida Dublinensis 1 0,19

Candida Tropicalis 1 0,19

Candida Pseudotropicalis 1 0,19

Candida Rugosa-pararugnosa 1 0,19

Серед Candida Albicans найвища резистентність виявлена до: Флуконазолу – 14,5%, Ітраконазолу – 6,2%, Клотримазолу – 2,4%, Амфотерицину – 1,6%, Ністатину – 0,2%. Серед Candida non Albicans найвища резистентність була визначена до: Флуконазолу – 12,3%, Клотримазолу – 3,5%, Ітраконазолу – 1,8%.

Висновки: рецидивуючі форми ВВК можуть бути викликані різними представниками роду Candida. Найчастіше зустрічається у жінок України Candida Albicans (93%) з найвищою резистентністю до Флуконазолу – 14,5%.

Враховуючи значну резистентність грибів роду Candida до антимікотичних препаратів, обов'язково потрібно визначати чутливість, щоб запобігти формуванню хронічного процесу та частих рецидивів захворювання.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ЗАСОБІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

COMPARISON OF CHARACTERISTICS OF LOCAL APPLICATION OF VARIOUS DRUGS IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE

Ремезюк І.Г. (Remeziuk I H)

Керівник д-р мед. наук, професор Авдєєв О.В.

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я Горбачевського,
Кафедра дитячої стоматології

На сьогоднішній день проблема пошуку і вивчення нових методів лікування запальних і запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта є актуальною, оскільки, поширеність цих захворювань в світі зростає, а ефективність запропонованих методик лікування не завжди є високою та тривалою. Антибактеріальна терапія є невід'ємною складовою протоколів лікування гострого та хронічного пародонтиту. У роботі пропонується провести порівняльну характеристику застосування використання ксеноматеріалу, насиченого хлоргексидином, як депо антисептика в пародонтальній кишені після проведення її хірургічної обробки, а також у ролі пластичного матеріалу для репарації тканин пародонтального комплексу, та офіційних засобів.

Актуальність теми: Пародонтит (генералізований чи локалізований) є актуальною проблемою сучасної стоматології. Враховуючи мультифакторність його етіології, дане захворювання спостерігається у всіх вікових та соціальних груп пацієнтів. Через наявність джерела хронічного запального процесу у тканин системи пародонту, послаблюється функція зубо-щелепного апарату, що, в свою чергу, приводить до порушень функцій травлення, процесів обміну речовин, та зниження загального психо-соматичного стану пацієнта. Розробка та застосування нових методів діагностики, профілактики та лікування захворювань зубів та пародонта у осіб різного віку. Сучасні методи лікування пародонтиту полягають в усуненні етіологічного чинника (травматизація ясенного краю, дефект коронки зуба, ендокринні порушення тощо), очищенні пародонтальної кишені від патологічного вмісту, хірургічній чи механічній обробці поверхні кореня зуба. Антисептична терапія є невід'ємною складовою будь-якого протоколу лікування

пародонти ту. Одним із методів введення анестетика в пародонтальну кишеню є дентальні вкладки з желатину. Пропонується порівняти ефективність використання кріоліофілізованого ксеноматеріалів (дерми та очеревини свині) насиченого розчином хлоргексидину та офіційних засобів.

Мета роботи: підвищення ефективності комплексного лікування пацієнтів із захворюваннями пародонта шляхом порівняння застосування різних місцевих лікувальних засобів

Новизна дослідження:

1. Буде вивчено і проаналізовано особливості клінічного перебігу запальних та запально-дистрофічних процесів у пацієнтів різного віку.

2. Буде порівняно ефективність між застосуванням ксеноматеріалу насиченого хлоргексидином та офіційних засобів у комплексному лікуванні захворювань пародонта;

3. Буде запропоновано оптимальну методику комплексного лікування захворювань тканин пародонта із використанням місцевих лікувальних засобів;

4. Буде вивчено клінічну ефективність комплексного лікування захворювань тканин пародонта при використанні різних місцевих лікувальних засобів.

Використовувані засоби та методи: кріоліофілізована ксенодерма та ксеноочеривина свині насичена хлоргексидином ТОВ "ІБТ", офіційні засоби; лабораторні (рН, в'язкість ротової рідини), клінічні (ступінь вираження клінічних проявів уражень тканин пародонта та їх динаміка у процесі лікування, швидкість слиновиділення), параклінічні (рентгенологічні); біохімічні; імунологічні (рівень Ig).

Висновки: Результати науково-інформаційного та патентного дослідження свідчать про те, що тема роботи, присвячена проблемі порівняльної характеристики ефективності використання ксеноматеріалу та офіційних засобів у комплексному лікуванні захворювань тканин пародонта є актуальною і перспективною. Її вирішення матиме наукову та практичну значимість, а також інноваційну спроможність.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ ТА ХВОРОБИ КРОНА У ДІТЕЙ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Романчук А. А.

Національна академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Кафедра педіатрії № 1

Обґрунтування роботи: Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) - група ідіопатичних хронічних захворювань, що характеризуються специфічними клінічними ознаками, наявністю неспецифічного запалення кишечника та можливістю позакишкових проявів і ускладнень, та включає виразковий коліт (ВК), хворобу Крона (ХК) та запальне захворювання кишечника некласифіковане (ЗЗКН). Останні епідеміологічні дослідження свідчать про зростання захворюваності на ЗЗК у дорослих та дітей. Однак більшість опублікованих досліджень були зосереджені на дорослих, і уповільнена діагностика є поширеною у дітей у всьому світі.

Мета дослідження: Виявлення особливостей ЗЗК у дітей за результатами ретроспективного аналізу історій хвороб дітей з ЗЗК, госпіталізованих в педіатричне відділення НДСЛ «ОХМАТДИТ» за 20 років (01.01.00-31.12.19)

Матеріали і методи: Проаналізовано 85 історій хвороб, з них вперше виявлених випадків захворювання – 52. Кожна дитина пройшла повну діагностичну програму, що складається з оцінки скарг і анамнезу життя дитини, даних об'єктивного, лабораторного (загальний аналіз крові) і інструментального дослідження (ендоскопія ШКТ). Оцінювання важкості захворювання оцінювалось за допомогою педіатричних індексів активності (PUCAI, PCDAI).

Результати: до 2014 року щороку у педіатричному відділенні НДСЛ «ОХМАТДИТ» лікувалось до 4 дітей з ЗЗК. Наступні роки спостерігалось стрімке зростання кількості нових випадків в 5 разів, до 20 в 2019 році. (рис.1) Аналіз дітей з ЗЗК за місцем проживання показав перевагу мешканців м. Києва і Київської області (34%), а також в меншій мірі - Черкаської і Запорізької областей (9%). Віковий розподіл дітей з ЗЗК показав, що ризик розвитку ХК зростає з віком і є найбільшим у підлітків, при ВК така тенденція не спостерігалась. У віці до 7 років серед дітей з ЗЗК переважали дівчатка, а у старшому віці переважали хлопчики.(рис.2) Аналіз клінічних проявів перебігу ЗЗК показав, що найбільш характерними проявами були астеничний синдром(у 94% з ВК і 81% з ХК) , біль в животі (у 71% з ВК і 67% з ХК) і діарея (у 65% з ВК і 50% з ХК). Гемоколіт більш характерний для ВК (45%). Тенезми та недостатність ваги і зросту частіше зустрічались у дітей з ХК – у 29%, 48% і 23%, при ВК: 7%, 32% і 16% Позакишкові прояви ЗЗК у дітей найчастіше були представлені лихоманкою – у 29% з ВК і 24% з ХК та артритом – у 16% з ВК і 29% з ХК, тоді як вузликова еритема і гангренозна піодермія були характерні тільки для дітей з ХК. При аналізі даних лабораторного обстеження привертала увагу зміни в загальному аналізі крові — суттєве зниження гематокриту <33 (реєструвалося у 19% дітей з ВК і 67 % дітей з ХК), прискорена швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) (у 23 % дітей з ВК і 71% дітей з ХК), гіпоальбумінемія (у 13 % дітей з ВК і 29% дітей з ХК). Середнє значення гемоглобіну при ХК було статистично нижче - 102.32г/мл (95%ДІ 90.93- 113.7), ніж при ВК 117.4 г/мл (95%ДІ 109.4-125.4), $p<0,05$; а середнє значення ШОЕ при ХК було статистично вище - 39.79 мм/год (95%ДІ 25.33-54.25), ніж при ВК- 19.75 мм/год (95%ДІ 10.74-28.76), $p<0,05$. Значної статистичної відмінності між показниками лейкоцитів і тромбоцитів при ВК і ХК не було: середнє значення лейкоцитів 10.8 (95%ДІ 8.75-12.86) і 11.39 (95%ДІ 8.45-14.33) та тромбоцитів 401.62 (95%ДІ 341.65-461.6) і 454.84 (95%ДІ 371.09-538.59) відповідно. Важливим є визначення ступеня активності запального процесу за допомогою педіатричних індексів активності виразкового коліту (PUCAI) і хвороби Крона (PCDAI). Данні індекси визначається шляхом збору клінічних даних (абдомінальний біль, ректальна кровотеча, консистенція, форма та частота випорожнень, нічні випорожнення, ступінь активності пацієнта), що мають відповідну бальну оцінку. Показник суми балів характеризує тяжкість захворювання. За отриманими даними, при первинному обстеженні дітей з ВК 68 % мали сумарний індекс PUCAI 10–34 бали (легкий ступінь активності), 16 % — 35–64 бали (середній ступінь активності), 3 % — понад 65 балів (тяжкий ступінь активності). При первинному обстеженні дітей з ХК 29 % мали сумарний індекс PCDAI 10–34 бали (легкий ступінь

активності), 48 % — 35–64 бали (середній ступінь активності), 10 % — понад 65 балів (тяжкий ступінь активності). Середній час встановлення діагнозу – 2,1 рік при ВК і 2,5 роки при ХК

Основним дослідженням при ЗЗК була езофагодуоденоскопія і колоноскопія із серійною біопсією слизової ШКТ. За протяжністю ураження товстої кишки при ВК лівобічний коліт реєструвався у 39% випадків, а панколіт - у 61%. При ХК у дітей найчастіше спостерігалось поєднання ілеоколіту з ураженням верхніх відділів ШКТ – у 38%, а також термінальний ілеїт і коліт – у 15%, ілеоколіт і ураження тільки верхніх відділів ШКТ і з колітом – у 10%.

Заключення: Ретроспективний аналіз історій хвороби дітей із ЗЗК дозволив виявити особливості перебігу виразкового коліту і хвороби Крона у дітей у сучасних умовах.

ЧИ Є ВУГРОВА ХВОРОБА ФАКТОРОМ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ?

Саковський М.Р.

Кафедра дерматології та венерології

Науковий керівник – асистент Х.Я.Николайчук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра дерматології та венерології

Актуальність. Акне є однією із актуальних медико-соціальних проблем сучасної дерматології, що зумовлено високою поширеністю (більше 80% осіб у віці 12-25 років та до 35% осіб старше 25 років страждають на це захворювання), хронічним рецидивним перебігом, локалізацією висипань переважно на обличчі та вираженими психоемоційними розладами у випадку тривалої недостатньо ефективної терапії.

Деякі автори висловлюють припущення, що наявність акне в підлітковому віці може бути фактором ризику розвитку цукрового діабету (ЦД) II типу у дорослих, оскільки саме ця вікова категорія осіб споживає велику кількість швидкозасвоюваних вуглеводів, піддається стресам, а це веде до метаболічних розладів і гормональної дисфункції.

Мета. Встановити чи заперечити причинно-наслідковий зв'язок між двома нозологіями: Акне та Цукровий діабет II типу. При наявності позитивного результату ми вважаємо за потрібне надати рекомендації пацієнтам з акне щодо способу життя та харчування для попередження ЦД II типу.

Матеріали та методи: у дослідження були включені 63 пацієнти з цукровим діабетом II типу віком від 18 до 65 років, з них 38 жінок (60,3%) та 25 чоловіків (39,7%). Опитування проводилося шляхом анкетування, де пацієнта просили відповісти на запитання стосовно анамнестичних даних підліткових вугрів (в т.ч. обтяжена спадковість), стану шкіри та її придатків, а також особливостей перебігу цукрового діабету (рівень глюкози та вік пацієнта на момент встановлення діагнозу теж враховувався).

Результати дослідження: Взаємозв'язок між даними нозологіями не був встановлений. З пацієнтів з обстежених перенесли акне в минулому, у ще 25 осіб ми відмітили наявність постакне на обличчі. При огляді цих пацієнтів тільки у 5-ти

спостерігалися гіпо-чи атрофічні рубці та поширені пори на обличчі (а це становить тільки 7.9%).

Висновок: Вугрова хвороба в підлітковому віці не може бути фактором ризику розвитку ЦД II типу. Незбалансоване харчування з надмірним вживанням високоглікемічних продуктів часто веде до порушення обміну речовин, що може бути причиною виникнення як акне, так і цукрового діабету II типу.

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ЛАКУНАРНИМ ІНСУЛЬТОМ AGE AND GENDER CHARACTERISTICS OF LIFE QUALITY ASSESSMENT IN PATIENTS WITH LACUNAR STROKE

Салій М.І. (Salii M.)

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Кафедра неврології

Актуальність. Оцінка якості життя (ЯЖ) надає інформацію про суб'єктивне сприйняття пацієнтом, дозволяючи ідентифікувати особисті потреби, визначити пріоритети терапевтичних заходів та оцінити індивідуальне відновлення.

Матеріали і методи. У 109 хворих з гострим лакунарним інсультом (ЛІ) провели оцінку ЯЖ за SF-36, середній вік – $62,35 \pm 0,88$ років. Чоловіків було 72 (66,06 %). Тяжкість інсульту за NIHSS – $4,51 \pm 0,21$ бала. Пацієнтів розподілили на чотири вікові групи: I (41–50 років) – 8 пацієнтів (7 %), II (51–60 років) – 44 хворих (41 %), III (61–70 років) – 35 хворих (32 %), IV (71 рік і старші) – 22 пацієнтів (20 %). Дизайн дослідження передбачав тестування за MoCA-тестом та HADS. Статистичний аналіз здійснили, використовуючи пакет програм “Statistica 12.0 for Windows” та “Excel 2010”.

Результати дослідження. У гострому періоді ЛІ встановлено достовірне ($p < 0,01$) (в порівнянні з контролем) зниження оцінки ЯЖ за всіма рубриками SF-36. Достовірно нижчі значення доменів ЯЖ отримали у групі жінок, окрім показника соціального функціонування (SF). В обох групах встановлено залежність останнього від віку: $r = 0,57; p = 0,01$ (жінки) та $r = 0,25; p = 0,03$ (чоловіки). Лише у жінок фактор віку позначився на показнику психічного здоров'я (MH) ($r = -0,38; p = 0,02$), а результат MoCA-тесту на SF ($r = -0,39; p = 0,01$). Також, у групі жінок встановлено зворотні кореляції між значеннями більшості рубрик SF-36 та NIHSS, у групі чоловіків тяжкість неврологічного дефіциту впливала лише на показник MH – $r = -0,30; p = 0,01$. Аналогічні закономірності отримали, аналізуючи вплив тривоги та депресії – у групі жінок обчислили їх обернену залежність з показниками загального здоров'я (GH) та MH й рівнем болю. Встановлено особливості залежності доменів SF-36 у вікових групах. Так, в I групі були виявлені наступні кореляції: GH/стать ($r = -0,97; p = 0,01$), життєва активність (VT)/стать ($r = -0,94; p = 0,01$). У II групі показники ЯЖ залежали від: статі (GH ($r = -0,38; p = 0,03$), VT ($r = -0,53; p = 0,02$)); тривожності (GH ($r = -0,43; p = 0,01$), MH ($r = -0,36; p = 0,04$)); NIHSS (PF ($r = -0,41; p = 0,02$) та MH ($r = -0,40; p = 0,02$)); освіти (PF ($r = 0,35; p = 0,04$) та VT ($r = -0,38; p = 0,03$)); депресії (GH ($r = -0,36; p = 0,04$)). У III групі встановлено помірний кореляційний зв'язок між рівнем освіти й RE ($r = -0,47; p = 0,02$).

Вплив статі, когнітивного функціонування, тяжкості інсульту був максимально позначеним у IV групі. Нами зафіксовані кореляції: GH з статтю ($r=-0,56;p=0,015$) та NIHSS ($r=-0,63;p=0,006$); PF з статтю ($r=-0,63;p=0,006$), NIHSS ($r=-0,61;p=0,01$) та MoCA ($r=0,51;p=0,03$). У жінок кращі показники RE ($r=-0,67;p=0,01$); VT ($r=-0,82;p=0,01$), MH ($r=-0,89;p=0,01$).

Висновки. В гострому періоді ЛІ встановлено достовірне зниження показників ЯЖ за шкалою SF-36 та їх гендерні й вікові особливості, що слід враховувати при плануванні реабілітаційних заходів.

СИНДРОМ ГЕПАТОМЕГАЛІЇ В СТРУКТУРІ ГЕНО-ФЕНОТИПОВОЇ КОРЕЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З МУКОПОЛІСАХАРИДОЗОМ 1 ТИПУ В УКРАЇНІ

HEPATOMEGALY SYNDROME IN THE STRUCTURE OF GENE-PHENOTYPIC
CORRELATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS TYPE 1 IN UKRAINE.

*Самоненко Н. (Samonenko N.) Охотнікова О. М. (Okhotnikova O.) Горovenko Н.
Г. (Gorovenko N.) Ольхович Н. В. (Olhovich N.) Трофімова Н. С. (Trofimova N.)
Мицик Н. Й. (Mytsyk N.) Ошлянська О. А. (Oshljanska O.)*
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Children Hospital ОКНМАТДЮТ

Вступ: Синдром збільшення розмірів печінки (синдром гепатомегалії) в дитячому віці спостерігається доволі часто і є одним із проявів як гострих, так і хронічних захворювань. Він є неспецифічною ознакою захворювання як самої печінки, так і певного генералізованого процесу. Однією з багатьох причин гепатомегалії є спадкові порушення обміну речовин.

Спадкові порушення обміну речовин викликані мутаціями в певних генах, які проявляються частковою або повною втратою функції одного з ферментів, кофактора або допоміжного білка і характеризуються цілою низкою клінічних проявів, які призводять до прогресуючого мультисистемного захворювання.

Мукополісахаридоз 1 типу (МПС1 типу) відноситься до групи порушень обміну речовин, які обумовлені порушенням обміну глікозаміногліканів (кислих мукополісахаридів) – мукополісахаридозів у результаті генетично обумовленої недостатності α -ідуронідази, що бере участь в їх розщепленні. У пацієнтів з МПС 1 типу розвивається мультисистемне ураження, включаючи скелетні та суглобові порушення, вісцеромегалію, ураження серця, очей, порушення слуху та когнітивні порушення при типі Гурлер. МПС 1 типу за клінічними ознаками розділяють на типи Гурлер, Шайє та Гурлер-Шайє.

Методи: Це ретроспективне обсерваційне дослідження. Було проаналізовано первинну медичну документацію 22 пацієнтів з діагностованими МПС 1 типу з метою визначення ранніх клінічних проявів захворювання. При огляді була визначена частка синдрому гепатомегалії серед основних проявів та оцінка збільшення розмірів печінки в структурі гено-фенотипової кореляції. Було розглянуто 22 пацієнтів які було діагностовано в НДСЛ «ОХМАТДИТ» м. Київ, Україна.

Результати: Серед діагностованих пацієнтів МПС 1 типу до типу Гурлер можна віднести 10 пацієнтів (45,5 %), 2 пацієнта з типом Гурлер-Шайє (9 %) і 10 хворих з типом Шайє (45,5 %). Середній вік на момент встановлення діагнозу пацієнтів з МПС 1 - 5 років (5 міс. – 15 років). З них з типом Гурлер - 1 рік 8 міс. (5 міс. – 4 роки), з типом Гурлер-Шайє - 1 рік 9 міс. (8 міс. 3 роки), з типом Шайє - 8 років 8 міс. (3 роки – 15 років).

Синдром гепатомегалії часто зустрічається у пацієнтів з МПС 1 типу (59 % серед усіх типів). Найчастіше синдром збільшення печінки зустрічається у хворих з типом Гурлер – 60 %, Гурлер-Шайє – 100 %, Шайє – 60 %. Синдром гепатомегалії у пацієнтів з МПС завжди поєднується з іншими клінічними проявами, а саме дисморфсиндромом, ураженням кісткової системи, затримкою і регресом психічного розвитку. Поєднання синдрому гепатомегалії із синдромом спленомегалії серед діагностованих хворих склало 13 %. Синдром гепатомегалії ніколи не був причиною підозри та діагностики МПС 1 типу, лише при поєднанні з іншими клінічними ознаками. В жодного з діагностованих пацієнтів синдром гепатомегалії не поєднувався з іншими ураженнями печінки (гепатити, цирози) та не призводив до порушення її функції. Було визначено 10 різноманітних мутацій гену IDUA. Найчастіше зустрічаються мутації p.Q70X, c.889ins12, S633I, p.W402X, c.1398delC.

Визначено, що поєднання мутації p.Q70X з будь-якими іншими завжди проявляється помірною гепатомегалією без приєднання спленомегалії, але з когнітивними порушеннями різних ступенів.

У пацієнтів з вперше виявленою мутацією p.N372S ніколи не виявлялась гепатомегалія.

Висновки: Синдром гепатомегалії у пацієнтів з МПС 1 входить до основних клінічних проявів та може слугувати об'єктивним критерієм важкості захворювання, а також є одним з важливих маркерів для ранньої діагностики хворих на мукополісахаридози.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВПРОВАДЖЕННЯ РОБОТА-АПТЕКАРЯ У ДІЯЛЬНІСТЬ ВІТЧИЗНЯНИХ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF INTRODUCTION OF ROBOT-PHARMACIST IN THE ACTIVITY OF UKRAINIAN DRUGSTORES

Алекперова Н.В., Сахнацька Н.М. (Aliekperova N.V., Sakhnatska N.M.)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра організації та економіки фармації

Актуальність теми. Цифрові технології активно охоплюють усі сфери нашого життя та увійшли в бізнес-процеси усіх секторів світової економіки. Фармацевтика не є винятком у даному питанні. Сьогодні проблеми автоматизації аптечного бізнесу мають велике практичне значення. Саме тому обговорення аспектів впровадження технічних інновацій у процес реалізації лікарських засобів стає дедалі актуальним.

Мета дослідження. Метою нашої роботи є обґрунтування конкурентних переваг впровадження роботизованих аптек у діяльність аптечних закладів нашої країни.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано методи інформаційного пошуку та системного аналізу.

Результати дослідження. Поки наша країна робить перші успішні кроки до автоматизації аптечного сектору, у світовій практиці роботи-аптекарі мають багаторічний досвід використання. Перший у світі робот-фармацевт CONSYS від британського розробника Willach був представлений у 1996 році на виставці Exorpharm у Мюнхені. Основна його мета полягала у автоматизації процесів видачі лікарських препаратів, які на той час користувались великим попитом у аптек.

Використання роботів-аптекарів у вітчизняній діяльності аптечних закладів почалось у 2014 році. Перша українська роботизована аптека з'явилася у м. Запоріжжя. Сучасний діджитал-інструмент був інтегрований у діяльність аптеки «Копійка», що входить до складу провідної керуючої компанії «Аптека-Магнолія». За останні роки у цифровій трансформації аптечної сфери вже досягнуто багато результатів. Нині такі автоматизовані аптеки успішно працюють у Києві та інших великих містах України.

На перший погляд, аптеки такого формату поєднують у собі абсолютно різні речі — використання новітніх комп'ютерних технологій та реалізацію лікарських засобів. Проте саме роботизовані аптеки протягом декількох років істотно поліпшують свої показники завдяки роботам Pharm Bot від українського виробника «Елегант-Груп».

Інтеграція сучасної роботизованої техніки у діяльність аптечних закладів України має низку переваг:

- Зручність і швидкість обслуговування. Покупцям, які прийшли в роботизовану аптеку, немає необхідності витратити свій час на очікування в черзі. Відвідувач може самостійно зробити замовлення через робота, скориставшись планшетом. Після отримання інформації Pharm Bot направляється на склад, привозить замовлений препарат та видає його через спеціальне вікно в найкоротші терміни.

- Скорочення витрат аптеки. Праця роботів-фармацевтів не оплачується, саме тому аптеки скорочують фінансові витрати на утримання персоналу.

- Формування іміджу аптеки. Аптека оснащена комфортними місцями очікування для пацієнтів, що є суттєвим фактором приємного перебування відвідувачів, а розміщення стильного сучасного автомата в торговому залі аптеки значно покращує її зовнішній вигляд і зміцнює імідж.

- Збільшення продуктивності роботи фахівців у аптеці. Провізори не відволікаються на пошук ліків на полиці та мають можливість надати якісну консультацію та приділити більше часу пацієнту для забезпечення ефективної фармацевтичної опіки.

- Забезпечення якості лікарських засобів. Кожну пачку робот перевіряє щодо цілісності та терміну придатності, тому повністю виключає фактор людської помилки.

Незважаючи на низку переваг впровадження даної інновації, існують і певні недоліки використання роботів-аптекарів. До них можна віднести:

- Необхідність забезпечення відповідного персоналу. Враховуючи специфіку роботи з сучасними технологічними інноваціями, аптека має

сформувати належне кадрове забезпечення. Це можна здійснити двома шляхами: залучення нових спеціалістів вузького профілю або забезпечення навчання та тренінгів для фахівців аптеки. І те, і інше вимагає певних фінансових затрат.

- Труднощі у використанні даної технології для людей похилого віку. Варто зазначити, що основну аудиторію споживачів у аптеці складають люди похилого віку, а їм значно важче використовувати сучасні цифрові можливості для придбання лікарського препарату.

- Можливість відпуску через автомат тільки безрецептурних препаратів. Оскільки фармацевтична галузь досить регульована, варто враховувати юридичні аспекти відпуску лікарських засобів з аптеки. Відпуск препаратів за рецептом лікаря має здійснювати виключно кваліфікований спеціаліст.

- Вартість сервісного обслуговування роботизованої техніки. Будь-яке обладнання зазнає технічних поломок або через деякий час зношується. Тому, при інтеграції робота-аптекаря у діяльність аптечних закладів, варто планувати чималий бюджет для забезпечення безперебійного обслуговування системи.

Висновки. На підставі вищезазначених аргументів можна підсумувати, що впровадження роботів-аптекарів у діяльність аптечного закладу має ряд обґрунтованих переваг та недоліків. Варто враховувати сильні та слабкі сторони даної стратегії, адже лідери галузі завжди орієнтуються на те, щоб повністю і якісно задовольняти потреби своїх клієнтів. Впровадження таких інноваційних технологій, перш за все, спрямоване на формування конкурентоспроможної організації шляхом підвищення лояльності покупців. Можна зробити висновок, що застосування сучасних діджитал-технологій позитивно впливає на бізнес-процеси організації, адже аптеки повинні бути прогресивними та сучасними, і в той же час орієнтовані на підвищення якості та доступності фармацевтичної допомоги населенню.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПОСТЛАПАРОСКОПІЧНОЇ БРАХІАЛГІЇ

MODERN METHODS OF POSTLAPAROSCOPIC BRACHIALGIA TREATMENT

Сиворакша О. О., Бишовець С. М. (Syvoraksha O. O., Byshovets S. M.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Анестезіології та інтенсивної терапії

Актуальність. Сьогодні лапароскопічні втручання є основним напрямком еволюції абдомінальної хірургії. Пневмоперитонеум залишається базовим компонентом лапароскопії. Проблемним питанням карбоксиперитонеуму є постлапароскопічна брахіалгія (ПБ) різного ступеня за шкалою болю, яка переважно має правобічну локалізацію та розвивається, наприклад, у 40% пацієнтів після холецистектомії й 80-88% хворих після гінекологічних лапароскопій

Інтраабдомінальний резервуар діоксида вуглецю, що формується під час хірургічного втручання, супроводжується больовим синдромом, генез якого полягає в іритатії очеревини вугільною кислотою, яка утворюється в результаті трансформації CO₂ в перитонеальній рідині. Це, а також залишковий карбоксиперитонеум сприяють розвитку ПБ внаслідок подразнення купола діафрагми. ПБ може значно перевершувати біль в післяопераційній зоні й тривати

до тижня. Як правило призначення нестероїдних протизапальних засобів, парацетамолу й, навіть, опіюїдів – малоефективне.

Мета. Оптимізувати лікування постлапароскопічної брахіалгії методом правобічної поверхневої анестезії цервікального сплетення.

Матеріали та методи. Для лікування ПБ виконували правобічну поверхневу анестезію цервікального сплетення 0,125% розчином бупівакаїну об'ємом 10 мл. Застосування такої концентрації бупівакаїну не впливало на моторну функцію діафрагми й, відповідно, не викликало розладів дихання. Для виконання цієї анестезії пацієнта укладали на спину з невеликим валиком під потилицею, а голову повертали в протилежний від блокади бік. Орієнтиром був груднинно-ключично-соскоподібний м'яз, який в більшості випадків добре верифікується. Місце інтвенції – точка пересічення зовнішньої яремної вени з заднім краєм груднинно-ключично-соскоподібного м'язу або на середині вказаного вище м'язу.

Після визначення локусу ін'єкції пацієнту пропонується розслабити шийні м'язи. Стандартна голка вводиться через валик, створений невеликим об'ємом розчину бупівакаїну по задньому краю груднинно-ключично-соскоподібного м'язу. Віялоподібно в 3-х напрямках (по 1/3 від загального об'єму) під м'яз інфільтрували розчин бупівакаїну. Після будь-якого зміщення голки завжди потрібно виконувати аспіраційну пробу для запобігання внутрішньосудинної або інтратекальної ін'єкції.

Висновок. Правобічна поверхнева анестезія цервікального сплетення бупівакаїном була однократною й ефективно лікувала постлапароскопічну брахіалгію.

ВИЗУАЛІЗАЦІЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ «ДОМІНУЮЧОЇ» ПОПЕРЕКОВОЇ АРТЕРІЇ У ХВОРИХ З АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ЧЕРЕВНОЇ ЧАСТИНИ АОРТИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СПІНАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ЧЕРЕВНІЙ ЧАСТИНІ АОРТИ У ХВОРОГО З МУЛЬТИФОКАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Сікаленко Є.С

Науковий керівник д. м. н. професор Сморжевський В.Й.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра хірургії та трансплантології

Актуальність. Ішемії та інфаркти спинного мозку при відкритих реконструкціях на черевній аорті зустрічаються у 0,5-1% хворих. [Абдуллатиф Айдин. Механізми розвитку и профилактика синдрома передней спинальной артерии после операций по поводу аневризм брюшной аорты. Ангиология и сосудистая хирургия. Том 21 №1/2015 с. 155-159] Відомо, що одним з етіологічних факторів виникнення ішемії спинного мозку є виключення з кровотоку «домінуючих» поперекових та міжреберних артерій [De Virgilio, C Cerebral and spinal cord ischemia / C. De Virgilio, L.H. Hollier // In: White R.A. & Hollier L.H. Vascular surgery. Basic science and clinical correlations. Philadelphia: J.B. Lippincott. - 1994. -P. 343-358]. Тому велике значення має збереження артерій, які живлять спинний мозок при реконструктивних оперативних втручаннях на аорті.

Мета дослідження. Візуалізація та визначення «домінуючої» поперекової артерії за даними інструментальних досліджень.

Матеріали та методи. Мультиспіральна комп'ютерна томографія аорти та її гілок на даний момент є найбільш інформативним, високоточним та головним методом діагностики атеросклеротичного ураження аорти та її гілок. При проведенні дослідження отримана інформація дає можливість оцінити розміри аорти, стан її стінок, стан клубових артерій, гілок аорти, ступінь їхнього атеросклеротичного ураження, які можуть впливати на кровопостачання спинного мозку. Можливості програмного забезпечення дають змогу отримати 3D-зображення для ще кращого просторового уявлення.

Дослідження проводились на спіральному комп'ютерному томографі «Aquilion One» (2012р.). Для контрастного посилення проводилося болюсне внутрішньовенне введення неіоногенних контрастних препаратів (Омніпак).

Результати дослідження. Було виконано та проаналізовано 30 МСКТ. Критеріями дослідження парних гілок черевної аорти були візуалізація поперекових артерій, як джерел сегментарного кровопостачання спинного мозку, визначення рівнів відходження від аорти, діаметр цих артерій, наявність стенозів гирл цих артерій, визначення «домінуючої» артерії для кровопостачання спинного мозку.

У всіх пацієнтів на доопераційному етапі виконувалося дослідження особливостей кровопостачання спинного мозку, вивчаючи особливості анатомії поперекових артерій: їх кількість, діаметр, рівні відходження, особливості атеросклеротичного ураження. Задачею даного методу дослідження було визначити гемодинамічно значимі артерії в зоні передбачуваної реконструкції та можливості їх подальшого включення в кровотік, а при необхідності і виконання ендартеректомії з гирл цих артерій.

У 21 (70%) пацієнта на МСКТ відмічалися по 4 пари поперекових артерій, у 17 (57%) мінімум 1 пара поперекових артерій в діаметрі були $2,4 \pm 0,4$ мм, решта пар були по $1,1 \pm 0,4$ мм. Ці пари артерій умовно було поділено на «домінуючі» та «допоміжні». Рівні відходження були поділені на 3 рівні: супраренальні, інфраренальні, інфрамезентеріальні.

Висновки. При наявності чіткої інформації про рівні, кількість поперекових артерій, що приймають участь у кровопостачанні спинного мозку, визначення «домінуючої» поперекової артерії можна прийняти рішення про методи реконструкції цих артерій з метою зменшення ризику виникнення спінальної ішемії.

**ЗАСТОСУВАННЯ КОМПОЗИЦІЙ ІЗ ХЛОРГЕКСИДИНУ
БІГЛЮКОНАТОМ ЯК ОСНОВНОЇ РЕЧОВИНИ ДЛЯ ВПЛИВУ НА
ПАРОДОНТОПАТОГЕННУ МІКРОФЛОРУ
APPLICATION OF CHLORHEXIDINE BIGLUCONATE COMPOSITIONS AS A
MAIN SUBSTANCE FOR EFFECT ON PERIODONTOPATHOGENIC
MICROFLORA**

Случевская О.О. (Sluchevska O. O.)

Науковий керівник – д.мед.н., проф. О. В. Павленко

Актуальність. Хронічний генералізований пародонтит (ХГП) – провідна причина втрати зубів у населення, що несе додаткові ризики для здоров'я та знижує якість життя у пацієнтів.

Мета. Вивчити джерела літератури щодо застосування композицій із хлоргексидином біглюконатом (ХБ) при ураженнях пародонту.

Обговорення. Сучасні концепції лікування ХГП передбачають застосування комплексу терапевтичних, ортопедичних, хірургічних і ортодонтичних методів лікування, і доволі часто їх ефективність є сумнівною. Напрямок місцевого медикаментозного лікування зберігає свою актуальність і науковий інтерес. ХБ (та його інші сполуки) є препаратом вибору в стоматології оскільки він здатний пригнічувати ріст і формування колоній понад 80,00% мікроорганізмів біоплівки ротової порожнини. Він володіє бактеріостатичною і бактерицидною дією. Механізм дії сполуки полягає в ушкодженні негативно зарядженої мембрани бактеріальної клітини в ході дисоціації антисептика в розчинах. В порожнині рота поверхню зубів, ортопедичних конструкцій, дентальних імплантатів та слизової оболонки колонізують бактеріальні клітини, в стінках яких присутні аніонні групи (сульфати, фосфати, карбоксильні групи), які мають негативний заряд, що зумовлює адгезію до них позитивно заряджених сполук бісбігуаніду. Концентрація антисептика в порожнині рота у випадку тривалого застосування може зберігатися до декількох тижнів. Це пояснюють здатністю ХБ зв'язувати карбоксильні групи муцину слини та заміщати іони кальцію, які виділяються слинними залозами. ХБ зберігає свою активність в присутності крові, гною, різних секретів та органічних речовин, він ефективний щодо вірусів, грибів роду Кандида, грам-позитивних та грам-негативних, аеробних і анаеробних бактерій, та не порушує функціональну активність лактобацил і біфідобактерій.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК **A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME IN WOMEN**

Соломко О. Б.

Науковий керівник д.мед.н., доцент, Шурпяк С. О.
Львівський національний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО

Вступ. Чинники, що формують основу синдрому хронічного тазового болю дуже різноманітні і можуть бути діагностовані лише завдяки мультидисциплінарному підходу до цієї проблеми.

Формулювання проблеми. Лікарям часто не вистарчає мультидисциплінарної підготовки та розуміння багатогранних підходів для належної оцінки, діагностики та менеджменту СХТБ.

Методи проведення літературного пошуку. Огляд опублікованої літератури в базі даних NCBI, Web of Science та Scopus, за допомогою ключових слів “Chronic pelvic pain in women” опублікованих протягом останніх 5 років.

Аналіз отриманих даних. В даний час немає стандартизованого міжнародного визначення хронічного тазового болю. ХТБ у жінок є стійким, тяжким і виснажливим болем, що триває не менше 6 місяців. Він може виникати циклічно, періодично чи ситуативно. Синдром хронічного тазового болю – це наслідок ХТБ із рядом емоційних та поведінкових характеристик. Деякі автори встановили критерії для СХТБ: -хронічний тазовий біль (зазвичай, тривалість болю 6 і більше місяців); -біль непропорційний патології; -неповне полегшення при лікуванні; -зміни у фізичній активності вдома або на роботі (наприклад, припинення бігу або гри в теніс, припинення праці); -принаймні, одна вегетативна ознака депресії (раннє пробудження, не викликане болем, зміни ваги тіла); -суттєво змінені емоційні ролі в сім'ї або ідентифікація хвороби пацієнта як найважливішої проблеми, з якою стикається сім'я. Індивідуальна реакція на хронічний біль може суттєво різнитись серед пацієнтів. Крім цього існує багато причин ХТБ. Гінекологічна патологія часто зустрічаються у жінок із ХТБ, але розвиток хронічного больового синдрому, зазвичай, є багатофакторним. Тому клінічна оцінка стану пацієнта повинна бути комплексною і не закінчуватись лише гінекологічною патологією, а включати терапевтичну, урологічну, хірургічну та психологічну сфери. Органічні та фізіологічні зміни, що впливають на репродуктивний тракт, навколишні тканини та опорно-руховий апарат, можуть співіснувати і повинні бути визначені. Крім того, депресія, порушення сну та сексуальна дисфункція часто стають частиною клінічної картини та ускладнюють діагностику та лікування. Наприклад, пацієнтка може спочатку відчувати біль і глибоку диспареунію від ендометріозу, далі мати вторинний вагінізм і вестибуліт, потім проявляються тригерні точки в животі, напруження м'язів і симптоми подразненого кишківника чи інтерстиційного циститу, і накінець отримати депресію та неспроможність функціонування в соціумі. Усі ці компоненти є частиною однієї проблеми і для кращої ефективності повинні лікуватися одночасно.

Висновки та обговорення. Розлади шлунково-кишкової, урологічної, скелетно-м'язевої та нервової систем зустрічаються настільки ж часто, як розлади репродуктивної системи у жінок із СХТБ. Тому не слід віддавати перевагу лише одній патології, що вимагає від лікарів мультидисциплінарного підходу до даної проблеми. Оскільки, жінки які страждають від ХТБ, зазвичай, в перш чергу звертаються за допомогою до лікарів акушер-гінекологів, саме для них надзвичайно важливим є використання цього підходу.

Висновки. Отже, незважаючи на тривалий час застосування ХБ у стоматології, сполука зберігає свою ефективність і є необхідним активним компонентом різних композицій для місцевого лікування ХГП.

**ВПЛИВ СПІРОНОЛАКТОНУ НА ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ФУНКЦІЮ У
ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА РЕЗИСТЕНТНУ
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**
EFFECT OF SPIRONOLACTONE ON ENDOVHELIAL FUNCTION IN
PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND RESISTANT ARTERIAL
HYPERTENSION

Стахова А.П.

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

Актуальність. Ревматоїдний артрит (РА) - хронічне запальне системне захворювання невідомої етіології, яке окрім відомих суглобових проявів, демонструє ряд системних проявів. Артеріальна гіпертензія (АГ) - найбільш поширене супутнє захворювання у хворих на РА, якому також характерний стан системного запалення. Ендотеліальна функція (ЕФ), в свою чергу, відображає стан судинної стінки та її здатність адекватно реагувати на ендо- та екзогенні подразники, а її порушення можуть відображати прогностично несприятливі зміни. Спіронолактон, володіючи протизапальним механізмом, здатен покращувати ЕФ.

Метою дослідження є вивчення впливу спіронолактон у складі 12-місячної комбінованої терапії на ендотеліальну дисфункцію (ЕД) у хворих на резистентну артеріальну гіпертензію (РАГ) у поєднанні з ревматоїдним артритом (РА).

Матеріали і методи. Обстежено 60 пацієнтів (середній вік, 67 років $\pm 8,0$ років; 52% жінок) з РАГ у поєднанні з РА, які розділені на дві групи: основна група 1 та група порівняння 2. Хворим 1 групи до потрійної антигіпертензивної терапії додається 12,5 мг спіронолактону один раз на день із збільшенням дози через 1 місяць до 25 мг (група 1, n = 30), у групі 2 - залишено незмінне лікування – без спіронолактону (група 2, n = 30). Тривалість лікування – 12 місяців. Всім хворим до та після терапії проведено пробу Целермайера для дослідження ендотелій-залежної вазодилатації (ЕЗВД).

Результати. Встановлено, що у хворих 1 групи покращується як ЕЗВД, так і час відновлення вихідного діаметру плечової артерії (ЧВ ВД), що вказує на покращення ЕФ. До початку лікування порушена ЕЗВД у групі 1 спостерігається у 12 (40,0%) осіб проти 9 (30,0%) осіб після лікування за рахунок перерозподілу структури ЕЗВД: на початку лікування частки парадоксальної вазоконстрикції (ПВК) та ендотеліальної дисфункції (ЕД) рівні - по 6 (20,0%) хворих, через 12 місяців прийому спіронолактону домінує зниження частки ПВК - 0 (0%) і збільшення ЕД - 9 (30,0%) осіб ($\chi^2=7,9$, $p=0,005$). Слід зазначити, що покращення ЕЗВД відбувається як за рахунок зменшення вихідного діаметру (ВД) плечової артерії (ПА) на 1,5 мм ($p=0,001$) та її вихідного радіусу (ВР) на 0,7 мм ($p=0,001$), так і шляхом збільшення діаметру після декомпресії (ДД) на 1,5 мм ($p=0,001$) та радіусу після декомпресії (ДР) на 0,8 мм ($p=0,001$). Якщо порівняти часову характеристику ЕЗВД, стає зрозуміло, що у хворих на РА та РАГ покращення часу відновлення вихідного діаметру (ЧВ ВД), а саме зменшення його у 1,3 рази ($p=0,001$), передує поліпшенню його функції. Якщо ініціально у групі 1 ЧВ ВД порушений у 12 (40,0%) хворих, то після лікування блокатором альдостерону визначається суттєве покращення: порушена ЕЗВД згідно ЧВ ВД діагностується у

2 рази рідше - 8 (26,7%) осіб ($p=0,004$). У хворих на РА та РАГ рівень С-реактивного білка (СРБ), що характеризує запалення, впливає на часову ($r=-0,38$, $p<0,05$) та якісну ($r=-0,69$, $p<0,01$) характеристики ЕЗВД. Під впливом спіронолактону зменшення ступеня запалення поєднується із покращенням ЕЗВД: кореляції між Δ СРБ та Δ ЧВ ВД ($r=-0,46$, $p<0,05$) та Δ ПД ПА ($r=-0,57$, $p<0,01$).

Висновки. Для хворих на РА та РАГ на фоні прийому спіронолактону характерним є покращення ендотеліальної функції, вираженої у вигляді покращення часу відновлення вихідного діаметру плечової артерії та якісної характеристики судинної реактивності. Покращення ЕЗВД може також бути пов'язане із зменшенням активності РА, що відповідає зменшенню рівня СРБ.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА МЕТОДИК КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ТА БРУКСИЗМОМ

ANALYSIS OF MODERN TECHNOLOGIES AND METHODS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AND BRUXISM

Стецик М.О., Стецик А.О. (Stetsyk M., Stetsyk A.)

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Костенко С.Б.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра ортопедичної стоматології

Актуальність тематики: Захворювання тканин пародонта являються однією з найпоширеніших нозологій серед пацієнтів старших вікових груп та не виявляють тенденції до зниження. Складність вказаної проблематики обумовлена, в першу чергу, структурно-функціональною будовою тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота.

Мета дослідження: Проаналізувати літературні джерела, де висвітлено методики та протоколи застосування сучасних новітніх методів реабілітації, фізіотерапевтичних заходів та профілактичних методик, що застосовуються в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у пацієнтів з бруксизмом.

Матеріали та методи: Літературні джерела вітчизняних та закордонних вчених у кількості – 22, в яких висвітлена обрана тематика.

Обговорення: Пародонтит являється коморбідним мультифакторним захворюванням запального характеру, що супроводжується деструктивними порушеннями кісткового елемента тканин пародонта.

Однією з причин виникнення пародонтиту є перевантаження тканин пародонта внаслідок бруксизму (самовільне, безумовне, рефлекторне стискання зубних рядів під впливом психоемоційного стресу), що характеризується розладами нейро-м'язового комплексу та порушенням морфологічних та функціональних зв'язків між конструктивними елементами зубощелепного апарату. Порушення біомеханіки нижньої щелепи призводить до функціонального перевантаження тканин пародонта і м'язово-суглобових дисфункцій СНЩС.

Проведено аналіз ефективності застосування у комплексному лікуванні нозологічної комбінації «генералізований пародонтит у пацієнтів з бруксизмом» ряду фізіотерапевтичних методик: ботулінотерапія жувальних м'язів, підслизові

ін'єкції гіалуронової кислоти, фотодинамічна терапія, фонофорез, флюктуоризація, ампліпульс-терапія, музикотерапія, міогімнастика.

Висновки: Використання сучасних діагностичних та корегуючих фізіотерапевтичних технологій, спрямованих на відновлення біомеханіки нижньої щелепи можуть бути рекомендовані у комплексному медикаментозному лікуванні генералізованого пародонтиту у пацієнтів з бруксизмом.

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ КІСТКОВИХ ТА СУДИННИХ БІОМАРКЕРІВ У ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ **THE PROGNOSTIC ROLE OF BONE AND VASCULAR BIOMARKERS IN WOMEN WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS**

Стецюк І.О.

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

Запорізький державний медичний університет,

Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Актуальність. Остеопороз (ОП) — метаболічне захворювання кісток, яке характеризується порушенням мікроархітекtonіки кісткової тканини, зниженням її маси та підвищенням ризику розвитку переломів. Найчастіше це захворювання вражає пацієнтів похилого віку, особливо жінок в менопаузальному періоді. За даними літератури, в жінок з ОП зростає частота виникнення серцево-судинної патології, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС) та стає тяжчим її перебіг з виникненням ускладнень. Проте, на сьогоднішній день активно дискутуються механізми взаємозв'язку розвитку ОП та ІХС в менопаузі.

Мета дослідження. Оцінити прогностичну роль кісткових та судинних біомаркерів на підставі визначення їх взаємозв'язку з чинниками прогресування ІХС на тлі постменопаузального остеопорозу (ПМОП).

Матеріали і методи. До подвійного відкритого, поперечного клінічного дослідження в паралельних групах залучено 115 жінок у постменопаузальному періоді з діагнозом ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК (середній вік $67,07 \pm 0,92$ роки). В залежності від стану МЩКТ пацієнти поділені на три групи: 1 група (n=24) – з нормальними показниками МЩКТ, 2 група (n=34) – з остеопенією, 3 група (n=44) – з остеопорозом. Контрольну групу склали 12 відносно здорових жінок відповідного віку. Усім хворим проводили визначення параметрів ліпідного спектру, рівня біомаркерів судинного ремоделювання, добове моніторування ЕКГ за Холтером, двовимірну ехокардіоскопію та імпульсно-хвильову доплерографію, вимірювання комплексу інтима-медіа (КІМ). Структурно-функціональний стан кісткової тканини досліджували за допомогою ультразвукової остеоденситометрії, алгоритму FRAX та оцінки рівня кісткових біомаркерів.

Результати. У жінок в постменопаузальному періоді, хворих на ІХС спостерігалось достовірне ($p < 0,05$) підвищення рівня біомаркерів кісткового (остеопротегерину, остекальцину) та судинного ремоделювання (ВЕФР-А, гомоцистеїну) паралельно зі збільшенням ступеня порушень мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). На підставі проведення ROC-аналізу з подальшим

розрахунком відносного ризику (ВР) доведено, що у жінок, хворих на ІХС, поєднану з порушеннями МШКТ, які мали рівень остеокальцину > 15,89 нг/мл, збільшувався ризик наявності симпато-парасимпатичного дисбалансу – у 2,1 рази, атерогенної дисліпідемії – у 1,5 рази, діастолічної дисфункції ЛШ (ДД ЛШ) – у 2 рази, дилатації лівого передсердя (ЛП) – у 1,7 рази ($p < 0,05$). Збільшення рівня остеопротегерину понад 223,76 пг/мл характеризувалось зростанням ВР наявності симпато-парасимпатичного дисбалансу – у 1,9 рази, атерогенної дисліпідемії – у 1,5 рази, дилатації ЛП – у 1,6 рази ($p < 0,05$). У пацієток з остеопорозом, які мали рівень ВЕФР-А більше ніж 112,52 пг/мл, відносний ризик наявності потовщення комплексу інтима-медіа (КІМ) зростав у 2,1 рази, симпато-парасимпатичного дисбалансу – у 2 рази, атерогенної дисліпідемії – у 1,5 рази ($p < 0,05$). При рівні гомоцистеїну вище ніж 11,40 ммоль/мл, відносний ризик наявності потовщення КІМ зростав у 3,6 рази, атерогенної дисліпідемії – у 2,1 рази, ДД ЛШ – у 2,3 рази, дилатації ЛП – у 2,5 рази, аритмічних ускладнень – у 2,5 рази ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані результати підкреслюють важливість визначених за допомогою ROC-аналізу рівнів біомаркерів кісткового та судинного ремоделювання в якості прогностичного маркера несприятливого перебігу ІХС на тлі ПМОП.

ПІДГОТОВКА ВИДАЛЕНИХ ЗУБІВ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СКАНУЮЧОГО ЕЛЕКТРОННОГО МІКРОСКОПА PREPARATION OF EXTRACTED TEETH FOR INVESTIGATION USING A SCANNING ELECTRON MICROSCOPE

Супрунович І.М. (Suprunovych I)

Науковий керівник – д.мед.н., професор І.П. Мазур

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра стоматології

Актуальність теми. Дослідження зубів із застосуванням електронної мікроскопії є досить складним завданням, адже для його виконання необхідно правильно підготувати зразки видалених зубів. Основною вимогою до досліджуваного матеріалу є проведення ефективної дегідратації та процедур висушування з метою уникнення отримання артефактів, таких як подряпин, тріщин чи розтріскування досліджуваних зразків.

Мета дослідження. Розробити оптимальний алгоритм підготовки видалених зубів для дослідження із залученням скануючого електронного мікроскопа Tescan Mira 3 LMU.

Матеріали та методи. Для проведення даної роботи були залучені 9 молярів верхньої щелепи. Задля уникнення похибок при отриманні зображення цементу кореня зуба, зразки зубів були залишені в розчині натрію хлориду на 5 годин, після чого промиті очищеною водою. В подальшому були проведені три методи дегідратації та висушування. За першим методом 3 зразків були висушені в вакуумному ексикаторі протягом 24 годин, який був заповнений силікогелем. Для досягнення герметичності на площину з'єднання посудини з кришкою наносилось спеціальне мастило. Ефект вакууму був отриманий за рахунок створення пониженого тиску в ексикаторі за допомогою вакуум-наосу. Протягом

дослідження тиск в середині посудини заходився в межах -400 – -700 mBar. За другим методом 3 зразків були занурені в 5 см³ суміші вода-етанол, вміст етанолу поступово збільшували кожні 12 год: 12 год в 25% спирту в Н₂О; 12 год в 50% спирту в Н₂О; 12 год в 75% спирту Н₂О; 12 год в 100% спирту Н₂О. Після чого зразки було поставлено в ексікатор на 2 год. За третім методом 3 зразків були занурені в 2,5% Glutaraldehyde solution на 12 год, після чого проводились їх занурення в спирти різної концентрації: 12 год в 25% спирту в Н₂О; 12 год в 50% спирту Н₂О; 12 год в 75% спирту Н₂О; 12 год в 100% спирту Н₂О. Після чого була проведено сушка зразків в критичній точці СО₂. Всі зразки для їх подальшого дослідження за допомогою скануючого електронного мікроскопа Tescan Mira 3 LMU були закріплені на столиках з використанням адгезивного матеріалу та покриті тонким шаром сплаву Au/Pd товщиною 30 нм.

Результати дослідження. Зразки підготовлені за першим методом показали наявність тріщин на поверхні цементу кореня зуба, поверхня цементу виглядає безтекстурно, гладкою та твердою. Зразки підготовлені за другим методом показали наявність тріщин і подряпин, цемент кореня зуба має виражений рельєф, видно хід емалевих призм. Зразки підготовлені за третім методом показали гладку поверхню цементу з малою кількістю артефактів та чітким рельєфом. Спостерігається присутність волокнистих структур в ділянці емалево-цементного з'єднання та резорбційних лакун в області кореня зуба.

Висновки. За результатами дослідження підготовка видалених зубів для дослідження із застосуванням скануючого електронного мікроскопа показала, що застосування третього методу дегідратації та висушування дає змогу уникнути більшості артефактів на поверхні кореня, порівняно з першим і другим методами.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМ МОЗОЧКА

Каменецька О. О.

Науковий керівник: професор, д. мед. н. О. В. Ткаченко
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра неврології № 2

Актуальність: Мозочок традиційно вважають ділянкою мозку, що бере участь в регуляції моторних функцій. Нові дані, отримані протягом двох останніх десятиліть із застосуванням морфологічних, нейрофізіологічних, нейровізуалізаційних і нейропсихологічних методів дослідження, значно розширили розуміння функціонального значення цього утвору. Доведено його роль у контролі не тільки рухових, а й когнітивних функцій, афективних і поведінкових реакцій, емоційної сфери. На сьогодні, поряд з мозочковим руховим синдромом та вестибуло-мозочковим синдромом, певні немоторні порушення стали третім фундаментальним елементом у структурі патології мозочка. Саме тому існує необхідність в оптимізації процесу діагностики мозочкового синдрому.

Матеріали та методи: Проведено детальне дослідження та аналіз неврологічного статусу, нейропсихологічних характеристик з оцінкою когнітивної функції, а також параклінічних показників у 24 пацієнтів з різним генезом ураження мозочка. Середній вік хворих становив 60,9±11,8 роки. Комплексне

обстеження пацієнтів включало: детальне неврологічне обстеження з вивченням скарг, даних клініко-неврологічного огляду з акцентом дослідження на моторних та немоторних функціях мозочка, характеристиках ністагму та вестибулярного синдрому; оцінку нейропсихологічного статусу (дослідження рівнів особистісної та реактивної тривожності (за допомогою шкали Спілбергера-Ханіна); ознак депресії (за допомогою шкали депресії Бека), дослідження когнітивних функцій з використанням відповідних шкал, нейровізуальне дослідження (магнітно-резонансна томографія головного мозку)

Результати: У пацієнтів з симптомами ураження мозочка при детальному обстеженні були виявлені ознаки пірамідної та екстрапірамідної дисфункції, вестибуло-атактичний синдром, порушення вегетативного забезпечення, зміни з боку нейропсихологічного статусу, зниження когнітивної функції. Причому, когнітивні порушення зустрічались і у пацієнтів з ізольованим ураженням мозочка, підтвердженим методом нейровізуалізації.

Висновки: Детальне вивчення клініко-неврологічних, вегетативних, нейропсихологічних показників з оцінкою когнітивної функції та проведення порівняльного аналізу кореляційних взаємозв'язків між ними у пацієнтів з патологією мозочка сприяє уточненню патогенетичних механізмів ураження та вдосконаленню діагностичних засад.

ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ РАЦЕКАДОТРИЛУ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ГАСТРОЕНТЕРИТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ EFFECT OF RACECADOTRIL APPLICATION ON THE COURSE OF ACUTE GASTROENTERITIS IN YOUNG CHILDREN

Тесленко М. Ю. (Teslenko M.)

Науковий керівник:, д.м.н., професор Чернишова Людмила Іванівна
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Кафедра дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології

Вступ: Гострий гастроентерит (ГГЕ) - надзвичайно поширена хвороба серед дітей молодшого віку в усьому світі. В лікуванні на додачу до ОРС, в якості ад'ювантної терапії, застосовуються антисекреторні препарати, а саме, рацекадотрил. Існують суперечливі дані, щодо ефективності застосування цього препарату при лікуванні ГГЕ, про він входить до закордонних рекомендацій та широко застосовується в Україні.

Метою було визначити вплив рацекадотрилу на перебіг ГГЕ у дітей до 5 років.

Матеріали і методи: В дослідженні приймали участь діти до 5 років з симптомами ГГЕ. Критерії включення: вік до 5 років, діарея більше 10 разів на добу, відсутність крові у стулі. Критерії виключення: крові у стулі в будь-який день лікування, відмова батьків. В першу групу увійшли діти, які отримували ОРС, пробіотики та рацекодотрил, у другу – тільки ОРС та пробіотики.

Оцінювані критерії: кількість епізодів діареї на добу, тривалість хвороби та тривалість госпіталізації. Описова статистика включала медіану (Me) та міжквартильний інтервал (МІ: 25; 75), для порівняння критеріїв використовувався метод Манна-Уїтні.

Результати: Було обстежено 112 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні КМДКЛ №1 та відповідали критеріям включення. Кількість дітей в першій групі становила - 58, у другій - 54. В першій групі середня кількість епізодів діареї на добу становила Me-13,05 (МІ: 10,59; 13,52) разів на добу, тривалість госпіталізації складала Me - 4,5 (МІ: 4,03; 4,89) днів та тривалість хвороби була Me - 7,94 (МІ: 7,27; 10,01) днів. У другій групі середня кількість епізодів діареї на добу становила Me -12,15 (МІ: 11,33; 12,97) разів на добу, тривалість госпіталізації складала Me 4 (МІ: 3,44; 4,56) днів, та тривалість хвороби Me -8,4 (МІ: 7,4; 9,37) днів. Не було виявлено достовірної різниці ($p < 0,05$) у групах по жодним досліджуваним критеріям.

Висновки:

1. Результати дослідження свідчать про відсутність впливу рацекадотрилу на перебіг ГГЕ у дітей.
2. Отримані дані можуть бути використані при виборі оптимальної ад'ювантною терапії для лікування ГГЕ у дітей.

**ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ТА ПУРИНОВОГО ОБМІНІВ ЯК ЗАГРОЗА
ПРОГРЕСУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ ІЗ
КОМПЛЕКСОМ МОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ
LIPID AND PURINE METABOLISM DISORDERS AS A RISK OF THE
ARTERIAL HYPERTENSIONS` PROGRESSION IN ADOLESCENTS WITH THE
MODIFICATION RISK FACTORS**

Савво І. Д., Бессонова І.М., Тесленко А.О.

Savvo I.D., Bessonova I.M., Teslenko A.O.

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
Кафедра педіатрії

Актуальність. Найбільш поширеною медико-соціальною проблемою серед серцево-судинних захворювань (ССЗ) у світі протягом останніх 20 років залишається артеріальна гіпертензія (АГ), яка має ризик таких тяжких ускладнень, як мозковий інсульт, інфаркт міокарда, хронічна серцева недостатність, що часто стає причиною інвалідізації та смерті.

Мета роботи. Визначити комплекс дисметаболических факторів ризику, що мають вплив на формування несприятливого перебігу АГ у підлітків.

Матеріали і методи. Клініко-анамнестичні з урахуванням частоти факторів ризику (ФР) артеріальної гіпертензії (обтяжена спадковість по АГ, інсульту, ожирінню, цукровому діабету, наявність шкідливих звичок, гіподинамія за показниками фізкультурної та спортивної активності). Об'єктивно оцінювали зріст, вагу, об'єм талії, об'єм стегон, проводили обчислення індексу маси тіла. Всім підліткам проводили електрофізіологічні методи дослідження (ЕКГ, добове моніторування артеріального тиску), ультразвукове дослідження (Ехокардіографія); біохімічні показники крові: визначення ліпідного спектру крові за рівнем загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ); ХС ЛПВЩ, та рівень сечової кислоти сироватки крові ензиматичним колориметричним методом. Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакету комп'ютерних прикладних програм Excell, Statgrafics.

Результати дослідження. Проведено комплексне обстеження 82 юнаків у віці 13-18 років із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ), серед яких 56 підлітків мали нормальну масу тіла та 26 - із АГ та ожирінням. Виявлені порушення у ліпідному спектрі крові та ознаки гіперурікемії (ГУ) аналізували в поєднанні з модифікованими ФР. Встановлено, майже 80% підлітків, незалежно від варіанту АГ, мають обтяжену спадковість по ССЗ (переважно по гіпертонічній хворобі), але сполучення у сім'ях АГ, ожиріння та цукрового діабету удвічі частіше виявлялось у підлітків із АГ та ожирінням (66% проти 30%, $p < 0,05$). Ознаки атерогенної дисліпопротеїдемії (гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія та зниження рівня ХСЛПВЩ) виявлені в усіх підлітків із артеріальною гіпертензією, але їх показники були вірогідно вищі в групі підлітків із АГ та ожирінням (76% проти 16%, $p < 0,02$). Порушення пуринового обміну у вигляді ГУ зареєстровано у 53,5% хворих на АГ, також переважаючи в групі юнаків із АГ та ожирінням (у 58% проти 50% серед юнаків із АГ, що мають нормальну масу тіла. Аналіз модифікованих факторів ризику показав: гіподинамія також частіше відмічалась у підлітків із АГ з ожирінням (у 23% проти 12% при АГ з нормальною масою тіла); але регулярне тютюнопаління втричі частіше виявлено в підлітків із АГ при ожирінні (у 18% проти 5%, $p < 0,05$), що можна пояснити акцентуацією характеру в підлітковому віці. Встановлено, що алкогольні напої вживають більше третини пацієнтів незалежно від форми АГ, але більш хвилюючим є той факт, що «регулярно» (переважно пиво) вживають майже 5% хворих, також незалежно від форми АГ. Аналізуючи аліментарний фактор, а саме надмірне вживання кухонної солі, легкозасвоюваних вуглеводів, майже щоденно «фаст-фуд», встановлено, що має кожен 5-й хворий, незалежно від форми АГ. Серед тих, хто щоденно використовує тваринні жири, значну більшість склали підлітки з групи АГ з ожирінням (77% проти 53% із ПАГ), а вживання здоби та солодоців склали майже 25% підлітків обох груп.

Висновки. Підлітки з АГ, особливо з ознаками ожиріння та іншими модифікованими ФР, потребують регулярного контролю як артеріального тиску, так і показників метаболічних процесів (порушення ліпідного, пуринового обміну), які можуть сприяти дестабілізації ендотелію з подальшим виникненням та прогресуванням судинних ускладнень АГ.

АНАЛІЗ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ ЛЕЙКОЦИТІВ КРОВІ, ЩО ІНКУБОВАНА З ХАРЧОВОЮ ДОБАВКОЮ E407a

VIABILITY OF LEUKOCYTES ISOLATED FROM BLOOD INCUBATED WITH THE FOOD ADDITIVE E407a

Ткаченко А. С. (Tkachenko A.S.)

Харківський національний медичний університет,
НДІ експериментальної та клінічної медицини,
Кафедра біохімії

Актуальність теми. Відомо, що офіційно дозволені харчові добавки E407 (очищений карагенан) та E407a (напівочищений карагенан) здатні викликати запалення шлунково-кишкового тракту при пероральному вживанні. Проте шляхи токсичного впливу карагенанів на організм не досконально з'ясовані.

Метою роботи було визначити безпосередній вплив різних концентрацій харчової добавки E407a на життєздатність лейкоцитів крові щурів.

Матеріали та методи. У ході проведення дослідження кров 7 щурів-самок популяції WAG збирали у вакутейнери з дікальєвою сіллю ЕДТА. Контрольні зразки крові інкубували з натрій-фосфатним буфером (PBS), а дослідні зразки - з розчинами напівочищеного карагенану протягом 2 годин (відповідно 5 г/л та 10 г/л). Відбиралося 100 мкл крові з кожної проби. Кров лізували (Pharmlyse, Becton Dickinson, США) та відмивали двічі у PBS згідно з протоколом. Життєздатність лейкоцитів оцінювали після інкубації суспензії клітин протягом 30 хвилин у темряві з 5 мкл розчину барвника 7-аміноактиноміцина D (7-AAD, BD Pharmingen™, США) на проточному цитометрі «FACS Canto II» (BD Biosciences, США). Критерій Крускала-Уоліса використовувався для порівняння числових результатів трьох незалежних груп.

Результати. 7-AAD є інтеркалюючим агентом, що може зв'язуватися з ДНК. Цей барвник не потрапляє у життєздатні клітини, у яких цитоплазматична мембрана є неушкодженою. У той же час, у нежиттєздатних клітинах порушується цілісність мембрани, що зумовлює потрапляння 7-AAD всередину клітини, зв'язування з ДНК у ядрі та наявність флуоресценції, яка детектується проточним цитометром. Встановлено, що інкубація E407a у концентрації 10 г/л з кров'ю протягом 2 годин призводила до виявлення 18,3 [13,3; 19,0] % загиблих 7-AAD⁺ лейкоцитів, тоді як у контрольних зразках це число досягало 11,4 [9,2; 13,4] %, $p = 0,0217$). У разі використання меншої концентрації (5 г/л) E407a кількість нежиттєздатних лейкоцитів становила 15,2 [12,3; 18,6]%. Однак різниця у порівнянні з контрольними зразками була статистично незначною ($p > 0,05$).

Висновки. Безпосередня інкубація крові щурів з напівочищеним карагенаном у високій концентрації призводить до активації загибелі лейкоцитів.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ ЗАХВОРЮВАНЬ ХІРУРГІЧНОГО ТА ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Фам Нзок Фионг Ян, Гладчук З.І., Ле Тхі Куинь Ань

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Гладчук І.З.,

к.мед.н., доц. Шитова Г.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Кафедра акушерства та гінекології № 1

Вступ. Опущення і випадання внутрішніх статевих органів - часто зустрічаєма гінекологічна проблема, яка хоча і не загрожує життю, може істотно погіршити її якість життя у багатьох жінок, особливо в клімактеричному періоді. Згідно даних літератури, дана патологія зустрічається у 5-30% жінок пременопаузного віку, а 50% жінок мають різну ступінь генітального пролапсу після травматичних пологів, причому у 10-20% відзначаються ті чи інші його симптоми. Взагалі пролапс суміщений з недержанням сечі при перенпруженні (НСПН) 1,7 – 3,5%. Низький синтез колагену напряму пов'язано з утворенням гризових дефектів передньої черевної стінки. Лапароскопічна алогерніопластика і лапароскопічні гінекологічні операції найбільш активно впроваджені і застосовуються в повсякденній практиці. Їх одномоментна комбінація з

застосування пластичних операцій та постановки TVT0 (TVT) при НСПН може бути пріоритетною при хірургічній корекції поєднаної патології.

Матеріали и методи. Пацієнтка К., 1955 р.н., знаходилась на стаціонарному лікуванні з 28.10.2020р. по 30.10.2020р. з діагнозом: набута вправима пупкова грижа. Післяопераційна вентральна грижа. Опущення матки II-III ст. Цистоцеле. Недержання сечі при перенапруженні. Ревматична хвороба серця. Атеросклеротичний та міокардичний кардіосклероз. Постійна форма фібриляції передсердь. СНІА. 2013р. – протезування мітрального клапану. В проекції нижнього кута післяопераційного рубця грудної клітини має місце грижове випинання розмірами 5x7см, вправляється в черевну порожнину, в пупковій ділянці має місце грижове випинання розмірами 3x4 см. При надходженні стан задовільний, скарги на наявність грижових випинань, відчуття дискомфорту в зоні промежини, сечопідтікання при перенапруженні та кашлі, лабораторні дослідження - відхилень не виявлено, ФГ ОГП, ЕКГ, УЗД ОЧП - без патології. На УЗД ОМТ – міоми матки. На вагінальному огляді: зовнішні статеві органи розвинуті правильно. Статева щілина зіє, в ній визначається випинання передньої стінки піхви. При проханні покашляти – мимовільне підтікання сечі з уретри. 28.10.2020р. виконано операцію в обсязі лапароскопії, внутрішньочеревної аллогерніопластики пупкової грижі поліпропіленовою сіткою 15x15 см, вагінальну гістеректомію без додатків, передня кольпоррафію, задню кольпоперинеоррафію. Встановлення TVT-0.

Результати. Післяопераційний період протікав без ускладнень, післяопераційні проколи зажили первинним натягом. Симультанна операція дозволила нам отримати найкращі результати для пацієнтки, а само рання активізація, менше перебування на стаціонарному лікуванні, регуляція недержання сечі протягом доби.

Висновки. При проведенні лапароскопічних симультанних втручань, в інтраопераційному періоді під впливом тривалого напруженого карбоксиперітонеум виникають деякі контрольовані негативні зрушення основних показників системної гемодинаміки, однак в ранньому післяопераційному періоді відзначається їх швидка нормалізація і стабільність гемодинамічного профілю, в порівнянні з показниками при традиційних операціях з приводу гриж передньої черевної стінки. При більшому обсязі втручання не відзначається збільшення частоти післяопераційних ускладнень, загострень хронічної терапевтичної патології, спостерігається рання активізація хворої, низька інтенсивність больового синдрому в порівнянні з традиційними способами хірургічного лікування подібної патології, нормалізація акту сечовипускання. Хворій через добу після операції виконано УЗД контроль наявності остаточної сечі після сечоспускання - норма.

MECHANISMS OF HYPERCOAGULABILITY AND THROMBOSIS IN COVID-19

Hoseyny Mehr

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

Introduction.The novel coronavirus (SARS-CoV-2), which first appeared in Wuhan, Hubei province of China in December 2019, has turned into a dangerous widespread pandemic. It is an extremely contagious infection which is mainly transmitted by air. While many infected individuals have mild symptoms such as fever, fatigue, and cough, in severe cases, patients can deteriorate rapidly and develop substantial pulmonary disease, including pneumonia and acute Respiratory distress syndrome (ARDS), however, patients may present with many extrapulmonary complication of COVID 2 infection such as septic shock, metabolic acidosis as well as disseminated intravascular coagulation (DIC) and thromboembolic events. In this article, we have focused on the pathophysiology of hypercoagulable state and thrombosis induced by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

Materials and methods: A literature search were conducted through PubMed using the Medical subject headings COVID, coronavirus, coagulopathy, disseminated intravascular coagulation, thrombosis, deep vein thrombosis, pulmonary embolism, venous thromboembolism and homeostasis as well as acute ischemia.

How COVID-19 can promote coagulation and thrombosis: Although the exact mechanisms through which coronavirus induces thromboembolic events is not clearly understood, there are currently a number of hypothesis which explain the hypercoagulable state in COVID patients which include an intensified inflammatory response which in turn leads to thrombo-inflammation, Other proposed mechanisms include cytokine storm, complement activation, and endothelial cell damage. These mechanisms can directly compromise microcirculation and even secondary sepsis. The virus itself can possibly activate the coagulation cascade through ACE2-mediated viral entry and tissue damage, as well as dysregulation of the renin–angiotensin–aldosterone system (RAAS), which are thought to be unique to COVID-19.

Virus entrance into the cell and its direct effect on Coagulation: COVID-19 seems to employ mechanisms for receptor recognition similar to those used by prior virulent coronaviruses such as SARS-CoV2, the pathogen responsible for the SARS epidemic of 2003 [refs. 3,4,7]. The coronavirus entry into target cells is facilitated by viral spike protein which engages ACE2 (angiotensin-converting enzyme 2) as an entry receptor. Additionally, for the virus to enter the target cell, the spike protein needs to be primed by the cellular serine protease TMPRSS2 or other proteases¹². In other word, Co-expression of ACE2 and TMPRSS2 on the cell surface is required for the virus to enter the cell

Intravascular coagulopathy There is increasing evidence of micro thrombotic complications and ensuing multi-organ failure in patients suffering from COVID infection. Ciceri et al suggest that, in individuals predisposed to severe outcomes, local microvascular pulmonary thrombosis is due to the initial viral damage occurring in the alveoli which in turn generates inflammation and promotes thrombosis. This is followed by more generalized endothelial dysfunction and so-called” thrombo-inflammation” in the microvasculature of different organs such as the brain, kidneys leading to a hypercoagulable state and multiple thromboembolic events. Ciceri et al moved on to propose to label this entire pathophysiology as microvascular COVID-19 lung vessels obstructive thrombo-inflammatory syndrome or Micro Clots. Tang et al. described a high rate (71.4%) of COVID-19 patients with disseminated intravascular coagulopathy (DIC)

criteria which could also explain some aspects of micro thrombosis and organ damage in severe cases.

Rolle of cytokines Excessive cytokine release contributes to thrombosis through multiple mechanisms, including activation of monocytes, neutrophils, and the endothelium, all of which generate a prothrombotic state. It is postulated that excessive cytokine release is to blame for the severe illness noted in younger patients without any pre-existing conditions. Several studies have demonstrated a direct association between high serum levels of certain inflammatory cytokines and chemokine and severe illness and death. The cytokine profiles in patients with severe COVID-19 show increased production of IL-6, IL-7, TNF, and inflammatory chemokines such as CCL2, CCL3, and soluble IL-2 receptor, a profile similar to that seen in cytokine release syndromes, such as macrophage activation syndrome.

Endothelial activation & dysfunction Varga and colleagues first reported endothelial dysfunction in multiple vascular beds on post mortem specimens obtained from three patients. Moreover, significantly elevated levels of VWF and FVIII in COVID-19 patients are suggestive of endothelial activation in these patients. Endothelial activation or dysfunction with COVID-19 may occur through multiple mechanisms. This could be caused by inflammatory cytokines generated in the pulmonary interstitium in response to virus presence. Another possibility is the activation of the complement components in blood by cytokines, or possibly, as a direct result of SARS-CoV-2 infection of endothelial cells through the ACE2 receptor. Endotheliitis, itself, is a major contributor to thrombosis. Based on observation, male sex, hypertension, obesity, and diabetes are poor prognostic factors for severe disease with COVID-19 further supports this theory due to the presence of endothelial dysregulation at baseline in these patients. Although it is still unclear whether anti-phospholipid (aPL) antibodies contribute to endothelial dysfunction and activation in COVID-19. Anticardiolipin antibodies, β 2 glycoprotein antibodies and positive lupus anticoagulant have all been reported in a few studies. The presence of aPL antibodies in the general population, especially in states of infection, is common. In addition, the contribution of IgA aPL antibodies, reported by Zhang et al, to thrombosis is controversial. Many lupus anti-coagulant assays are sensitive to C-reactive protein (CRP), and lead to false-positive results in states where CRP is markedly elevated such as COVID-19. Thus, the clinical relevance of these findings is yet to be determined.

Conclusion: COVID-19 induced hypercoagulability has multiple components, mainly inflammatory, which along with endothelial component severely compromise microcirculation. Current reports indicate clinical manifestations of both widespread microvascular as well as large vessel thrombosis. Based on the data gathered since the beginning of the pandemic, anticoagulation in itself may not be adequate in preventing these thrombotic events. Therefore, a better understanding of COVID-19 will pave the way for the development of more appropriate prophylactic and therapeutic strategies to minimize morbidity and mortality from thromboembolic events in patients suffering from this infection.

**ОСОБЛИВОСТІ ШУНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ
НАПРАЦЮЮЧОМУ СЕРЦІ З ВИКОРИСТАННЯМ АУТОАРТЕРІАЛЬНИХ
ГРАФТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
FEATURES OF CORONARY ARTERY BYPASS ON A BEATING HEART WITH
THE USE OF AUTOARTERIAL GRAFTS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC
HEART DISEASE**

Чайковська С.М., Габрієлян А.В., Белейович В.В., Доманський Т.М. (Chaikovska S., Gabrielyan A., Beleyovych V., Domansky T.)

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова»
Кафедра хірургії та трансплантології

Вступ. Протягом багатьох років одним з основних невирішених завдань у коронарній хірургії залишається пошук «ідеального» графту для коронарного шунтування. За даними ряду авторів, 10-річна прохідність аутоартеріальних графтів становить понад 90 %, тоді як венозних – лише близько 50 %. А виконання таких втручань на працюючому серці зменшує кількість ускладнень, які можуть виникнути при застосуванні штучного кровообігу.

Мета. Вивчити результати повної артеріальної реваскуляризації міокарда на працюючому серці у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та оцінити середньострокові результати лікування.

Матеріали та методи. Із 2010 по 2020 рік прооперовано 98 пацієнтів з приводу ішемічної хвороби серця, яким виконано коронарне шунтування на працюючому серці з використанням тільки артеріальних графтів: внутрішніх грудних, шлунково-сальникової та променевої артерій.

Результати та обговорення. У ранньому післяопераційному періоді не було зафіксовано великих серцево-судинних подій та летальності. У 91 (92,8%) пацієнта післяопераційний період перебігав без ускладнень. Тривалість перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії – $15 \pm 5,8$ години. У 7 (7,1%) пацієнтів проводилась тривала ШВЛ до 12 год та вазопресорна підтримка. Серед цих пацієнтів у 6 (6,1%) - було зафіксовано дихальну недостатність унаслідок хронічного обструктивного захворювання легень, у 1 - знижену фракцію викиду (ФВ = 32%). У 14 (14,2%) пацієнтів виявлено порушення ритму у вигляді пароксизмів фібриляції передсердь, які коригувалися медикаментозно. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила $7,2 \pm 2,2$ доби. Через 5 років спостереження при проведенні клінічних та неінвазивних методів дослідження порушення коронарного кровообігу не виявлено.

Висновки. Метод повної артеріальної реваскуляризації на працюючому серці може бути методом вибору в лікуванні пацієнтів із ІХС. Відмова від застосування штучного кровообігу, гіпотермії, кардіopleгії значно знижує частоту ускладнень та дозволяє застосовувати цю методику для пацієнтів з ішемічною хворобою серця, зокрема з ожирінням та цукровим діабетом.

**РОЛЬ ТАУРИНУ В ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ
THE ROLE OF TAURIN IN THE TREATMENT OF
METABOLIC SYNDROME**

Чеберніна І.О., Кулик С.В., Какуля В.В.

Актуальність. Таурин – амінокислота, що утворюється в організмі з цистеїну, фізіологічною роллю якої є участь у обмінних, енергетичних, репаративних процесах, є гальмівним нейромедіатором та проявляє протисудомну активність. За останні роки почали з'являтися дослідження, що розкривають молекулярні механізми дії таурину при станах, що формують метаболічний синдром (МС): інсулінорезистентність, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння.

Мета. Розглянути механізми дії та ефективність лікування компонентів МС таурином.

Обговорення. За даними аналізу наукових досліджень доведено, що пероральний прийом таурину призводить до зниження артеріального тиску за рахунок збільшення утворення оксиду азоту та релаксації судин, зменшення гіпертрофії міокарду та фіброзу кардіоміоцитів. Препарат продемонстрував позитивний вплив на ендотелій судин за рахунок пригнічення апоптозу, оксидативного стресу та запалення, у кардіоміоцитах збільшував співвідношення НАД⁺/НАДН, зменшував ацетилювання білку р53.

Варто зазначити, що таурин здатний знижувати апетит через підвищення чутливості клітин гіпоталамусу до інсуліну, активувати катаболізм холестерину, що призводить до пригнічення секреції ЛПДНЩ печінкою; підвищувати рівні адипонектину плазми крові, який в свою чергу зменшує гіпертрофію та запалення адипоцитів. Крім того, препарат має також протизапальну дію щодо жирової тканини за рахунок підвищення рівню протизапального цитокіну L-10 в плазмі крові.

Таурин збільшує експресію фактору росту нервів (nerve growth factor, NGF), фосфорилування тропоміозин-рецепторної кінази А (TrkA) та протеїнкінази В (АКТ), відіграє роль у підтриманні балансу регулятора апоптозу Bcl2 та проапоптичного білку Вах, блокує активацію гліального фібрилярного кислого білку (GFAP), а також знижує вивільнення цитохрому з мітохондрій в цитозоль, що призводить до пригнічення апоптозу нейронів гіпокампу та сітківки і попереджує розвиток реактивного гліозу сітківки у хворих на цукровий діабет.

Висновки. Таурин є лікарським засобом метаболічного типу дії, що демонструє ефективність при лікуванні МС як в експерименті, так і в клінічній практиці. Саме тому його можна включати в схеми лікування МС для попередження ускладнень цукрового діабету, АГ, дисліпідемій, а також лікування пацієнтів з надмірною вагою.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ МЕТОДІВ ОЦІНКИ ОКЛЮЗІЙНИХ КОНТАКТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА

**COMPARISON OF DIFFERENT METHODS OF EVALUATION OF OCCLUSAL
CONTACTS IN PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASES**

Червонна Н.В. (Chervonna N. V.)

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Неспрядько Валерій Петрович
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра ортопедичної стоматології

Актуальність. Захворювання пародонта є однією із найбільш поширених стоматологічних патологій. Порушення оклюзійних співвідношень між зубними рядами суттєво впливає на перебіг захворювання тканин пародонта. На сьогоднішній день існують різні методи проведення оцінки оклюзійних контактів: клінічний аналіз із застосуванням артикуляційного паперу і фольги, вивчення оклюзійних контактів на гіпсових моделях в артикуляторі, комп'ютеризований аналіз. Оскільки оклюзійні взаємовідношення впливають на активність захворювання пародонта, визначення оптимального методу оцінки оклюзійних контактів у таких пацієнтів має дуже важливе значення.

Мета. Визначення найбільш точного та інформативного методу оцінки оклюзійних контактів у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта шляхом порівняння 3 різних методів.

Матеріали та методи. Аналіз оклюзійних контактів проводили 8 пацієнтам (середній вік $40 \pm 4,73$ років) із захворюваннями тканин пародонта, що звернулись на кафедру ортопедичної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця у 2019-2020 рр. Для клінічного оклюзійного аналізу використовували артикуляційний папір товщиною 20 мкм. Вивчення статичної та динамічної оклюзії на гіпсових моделях проводили у напіврегульованому артикуляторі Bioart A7 Plus. Комп'ютеризований аналіз оклюзії здійснювали за допомогою пристрою T-Scan III.

Результати. Встановлено, що у хворих на пародонтит на гіпсових моделях було виявлено більшу кількість оклюзійних контактів і супраконтактів, ніж у ротовій порожнині, що дозволяє більш точно провести діагностику оклюзійної травми у випадку рухомості зубів. Застосування комп'ютеризованого аналізу оклюзії T-Scan дозволило об'єктивно зареєструвати силу оклюзійного навантаження, тривалість, послідовність виникнення оклюзійних контактів і частину тиску, що припадає на кожен зуб.

Висновки. Встановлено, що найбільш об'єктивна оцінка оклюзійних взаємовідношень зубних рядів у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта забезпечується у випадку поєднання комп'ютеризованого аналізу T-Scan та вивчення оклюзії на моделях в артикуляторі, оскільки так можна більш точно виявити травматичні вузли при рухомості зубів. Аналіз моделей в артикуляторі важливий для складання плану лікування та контролю його ефективності у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта, а також діагностичне пришліфовування на моделях є необхідною умовою перед проведенням оклюзійної корекції в порожнині рота, яку варто здійснювати під контролем T-Scan.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТОПІЧНОГО ОКИСНИКУ ТА РЕТИНОЇДУ У ПОРІВНЯННІ З ЕЛЕКТРОКОАГУЛЯЦІЄЮ У ЛІКУВАННІ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗУ

EFFICACY OF TOPIC OXIDANT AND RETINOID IN COMPARISON WITH
ELECTROCOAGULATION IN THE TREATMENT OF SEBORRHEIC KERATOSIS

Чернеда Л.О. (Cherneda L.O.)

Науковий керівник: д.мед.н., професор Макуріна Галина Іванівна
Запорізький державний медичний університет
Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом
дерматовенерології і естетичної медицини

Актуальність. Сучасні тенденції в дерматовенерології все частіше направлені на зниження рівня інвазивності втручань, що сприяє зміні тактики лікувально-діагностичного алгоритму ведення пацієнтів. Особливо, це є актуальним серед групи новоутворень шкіри. Найбільш розповсюдженою епітеліальною неоплазією є себорейний кератоз (СК). Вважається, що майже 100% у популяції старших за 50 років мають типові для даного дерматозу вогнища. Зважаючи, на значну розповсюдженість кератозу та доброякісний перебіг захворювання, не варто ігнорувати клінічні та дерматоскопічні патерни. Ці характеристики можуть бути дуже варіабельними, адже відомо, що вогнища часто імітують агресивні пухлини або є частиною колізії. Найбільш розповсюдженими засобами у лікуванні себорейного кератозу є застосування деструктивних методик. У практичній медицині найбільш часто використовують малі оперативні втручання, а саме кріохірургію, поверхневу шейв-ексцизію, електрокоагуляцію, лазерне випромінювання або їх комбінації. Але залишається відкритим питання оцінки суб'єктивних відчуттів пацієнтів, наявності рубцевих змін шкіри після лікування, що супроводжуються косметичним дискомфортом, дезадаптацією у суспільстві. Сучасною віхою стали дослідження ефективності місцевих окисників та ретиноїдів. Тому, актуальним є впровадження у схеми лікування СК топічних лікарських засобів, які більш щадно відносяться до поверхні шкіри, мінімізуючи можливість виникнення вторинної пігментації або рубцювання.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 30 пацієнтів із себорейним кератозом на базі КУ «Запорізького обласного шкірно-венерологічного клінічного диспансеру» ЗОР та «Університетської клініки» Запорізького державного медичного університету. Окрім візуального огляду, проведено дерматоскопічне обстеження з визначенням класичних для СК патернів. Рандомно пацієнти були розділені на три групи. Першій групі для лікування СК було запропоновано місцеве лікування із використанням 30% перекису водню протягом 5 днів з експозицією нанесення окисника в 1 хвилину. Пацієнти другої групи, застосовували схему терапії, що включала нанесення на вогнище гелю адапалену двічі на добу протягом 2 тижнів, з додатковим нанесенням 5 % саліцилової мазі двічі на тиждень, 1 раз увечері (замість гелю адапалену), по завершенні терапії, використовували 30 % розчин перекису водню за вищезазначеною схемою. У третій групі видалення проводили, застосовуючи електрокоагуляцію.

Результати досліджень. Себорейні кератоми у 30 досліджуваних пацієнтів локалізувались на тулубі, кінцівках та обличчі, розміри яких варіювали у меж від 1 до 1,5 см. Група дослідження склала 21 (70%) жінку та 9 (30%) чоловіків у віці від 26 до 87 років. Лікування тільки 30% окисником у першій групі призвело до утворення на місці ураження кірочки, яка зникла через 1-1,5 тижні після терапії. Як результат відзначалося повне клінічне одужання. У другій групі зафіксовано зменшення розмірів вогнища при нанесенні адапалену у вигляді монотерапії, але повного очищення шкіри не відбувалось. Тому, наступне використання окиснику

призводило до зникнення вже зменшеного вогнища, що сприяло скороченню періоду та кількості нанесення 30% розчину перекису водню. Видалення СК електрокоагулятором у пацієнтів третьої групи призводило до формування рубцевої тканини та вторинної пігментації. Анкетування пацієнтів після курсу лікування показало, що індекс дерматологічної якості життя (DLQI) відповідає наступним значенням: 4(4;6)/ 4(3;7)/ 7(6;9) відповідно для I, II та III груп. Згідно результатів опитувальника інвазивне видалення СК має помірний вплив на життєдіяльність пацієнта, тоді як попередні дві методики – невеликий. Через 6 місяців не зафіксовано жодного рецидиву у всіх трьох групах.

Висновки. Призначення топічної терапії є більш комфортним та ефективним для хворих на СК, адже не тільки відсутні вторинні зміни, а й зберігається можливість самостійного нанесення лікарських засобів, процедура не супроводжується болісним відчуттям. А телемедичний контроль за пацієнтом у даному випадку не потребує присутності на класичному лікарському прийомі, що відповідає сучасним протиепідемічним умовам.

РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ТА ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ

THE ROLE OF ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL INVESTIGATION IN THE DIAGNOSIS OF GASTROINTESTINAL FOOD ALLERGY IN CHILDREN

Черниш Ю. Р. (Chernysh Yu.R.)

Науковий керівник – доктор медичних наук професор О. М. Охотнікова.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра педіатрії № 1

Актуальність: Гастроінтестинальна форма харчової алергії (ХА) характеризуються неспецифічними проявами, що ускладнює її вчасне виявлення та диференціальну діагностику з іншими розладами шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Існуючі методи діагностики гастроінтестинальної алергії є обмеженими та недосконалими, тому є потреба в подальших наукових пошуків, спрямованих на вчасне виявлення цієї патології.

Мета дослідження: вдосконалити підходи до діагностики гастроінтестинальної харчової алергії у дітей шляхом вивчення ендоскопічних та гістологічних особливостей слизової оболонки (СО) верхніх відділів ШКТ у дітей з ХА.

Матеріали та методи. Обстежено 42 дитини, віком від 1 місяця до 16 років, які перебували у соматичних відділеннях НДСЛ «ОХМАТДИТ» з гастроінтестинальними проявами харчової алергії та супутніми алергічними захворюваннями (бронхіальна астма, atopічний дерматит, алергічний риніт). Проведено збір анамнезу та об'єктивне обстеження дітей, загально-клінічні лабораторні дослідження, алергодіагностика, фіброезофагогастроудено-скопія (ФЕГДС), біопсія слизової СО шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК).

Результати дослідження: при ендоскопічному дослідженні спостерігалася наступна картина СО верхніх відділів ШКТ у дітей з ХА. У стравоході СО характеризувалась рожевим (80,95 %) і блідо-рожевим кольорами (14,28 %),

гіперемією в нижній третині (7,14 %). СО шлунка - блідо-рожевоа у 73,8 % дітей, гіперемована – у 38,09 %, субатрофія СО – у 33,33 %, ерозії СО в антральному відділі – 19,04 %. У ДПК рожевий колір СО без вогнищ деструкції - у 66,67 % хворих, гіперемія СО без нальотів та вогнищ деструкції - 28,57 %, гіперемія з ерозіями – у 11,9 %, з елементами лімфоїдної гіперплазії – у 9,52 % і виразним набряком та атрофією СО – 16,67%.

При гістологічне дослідженні СО стравоходу не було виявило патологічних змін. У слизовій шлунку - нерівномірний міжклітинний набряк, вогнищева гіперплазія; у власній пластинці - лімфоїдна інфільтрація плазматичними клітинами (23,8 %), еозинофільна інфільтрація з вогнищами скупчень еозинофілів в крайовій зоні - у 11,9 % дітей. У СО ДПК виявлено явища вогнищевої субатрофії і атрофії ворсинок з вкороченням та розширенням крипт (35,71 %), зменшення числа келихоподібних клітин (23,8 %). У власній пластинці СО ДПК спостерігалась лімфоїдна інфільтрація (42,86 %), здебільшого плазматичними клітинами (16,67 %), помірна (40,48 %) і дифузна (25%) еозинофільна інфільтрація; лімфоїдні фолікули. На поверхні ентероепітелія виявлялися вогнища псевдобагатошаровості ентероепітелія (23,8 %) і щільний оксифільний секрет (33,33 %).

У 30,95% пацієнтів були виявлені гістологічні зміни характерні для алергічного запалення без візуальних змін при ендоскопічному дослідженні.

Висновки. Гістологічне дослідження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту має важливе діагностичне значення для підтвердження запалення алергічного генезу та для диференційної діагностики з іншими захворюваннями гастроінтестинального тракту.

ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ РАКА ШЛУНКА STOMACH CANCER PROGNOSIS FACTORS

Чорнобай М.А. (Chornobai M.A.)

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

Актуальність теми. Для прогнозування результатів лікування будь-якого злоякісного новоутворення (зокрема і раку шлунка) необхідно мати визначені критерії, тобто фактори прогнозу. В свою чергу результати лікування визначаються показниками виживання. Найчастіше використовують наступні фактори: ступінь поширення первинної пухлини, враження регіонарних лімфовузлів і наявність віддалених метастазів, а також гістологічний тип пухлини та інші морфологічні параметри оцінювалися на основі результатів планового гістологічного дослідження.

Мета дослідження: дослідити клінічну і прогностичну значимість деяких імуногістохімічних маркерів, зокрема роль трансформуючого фактора росту (TGF-β) розвитку та перебігу раку шлунка.

Матеріал та методи. Нами досліджено 69 хворих на рак шлунка зі стадіями процесу ІІВ – ІІІВ, які отримали комплексне лікування (хірургічне та поліхіміотерапію). Серед досліджуваних пацієнтів представників чоловічої статі було практично у 2 рази більше ніж жінок - 45 чоловіків (65,2%) і 24 (34,8%) жінки. Вік хворих варіював від 41 до 75 років і в середньому складав 67,5±11,3

роки. Для ідентифікації алелей гену TGF- β 1 застосовували рестрикційний аналіз ампліконів із використанням ендонуклеази рестрикції PvuII. Поліморфну ділянку T869C гену TGF- β 1 ампліфікували за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з використанням специфічних олігонуклеотидних праймерів.

Результати дослідження. Визначена частота генотипів TT, CT та CC поліморфізму T869C гену TGF- β 1. Зокрема генотип TT зустрічався у 30,4% хворих на РШ, генотип CT – у 50,8%, генотип – CC 18,8%. Було проаналізовано зв'язок між частотами поліморфізму генотипу T869C гену TGF- β 1 та клініко-патогістологічними ознаками у 69 пацієнтів з РШ, а також кореляція поліморфізму T869C гену TGF- β 1 з виживанням хворих на рак шлунка. Доведено, що розвиток дифузного типу пухлин у пацієнтів з РШ які мали гомозиготний генотип CC зустрічається в 5 разів частіше, ніж у пацієнтів з гомозиготним генотипом TT та гетерозиготним генотипом CT поліморфізму T869C гену TGF- β 1. Досліджуючи тривалість життя хворих на РШ встановлено, що виживання пацієнтів, які мали генотип TT склало $28,8 \pm 6,7$ міс., а пацієнтів з генотипом CC - $22,8 \pm 4,2$ міс (різниця статистично вірогідна $p < 0,05$).

Висновки. Наявність поліморфізму T869C гену TGF- β 1 у хворих на РШ збільшує відсоток виникнення несприятливих клініко-патогістологічних форм, а також має негативний вплив на виживання. Поліморфізм T869C гену TGF- β 1 може слугувати окремим прогностичним фактором цієї групи хворих.

ЛАБОРАТОРНИЙ КОНТРОЛЬ ВМІСТУ КАНЦЕРОГЕНІВ ГРУПИ ПОЛІЦИКЛІЧНИХ АРОМАТИЧНИХ ВУГЛЕВОДНІВ LABORATORY CONTROL OF CARCINOGENS POLYCYCLIC AROMATIC HYDROCARBONS GROUP

Чхало¹ О.В., Терещенко¹ Н.Ю.², Зайцева¹ Г.М., Калібабчук¹ В.О.
(Chkhalo O.V., N.Yu. Tereshchenko, G.M. Zaitseva, V.O. Kalibabchuk)

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Кафедра медичної та загальної хімії

²Національний університет біоресурсів та природокористування України,
Українська лабораторія якості та безпеки продукції АПК

Актуальною задачею аналітичної хімії є дослідження вмісту канцерогенних ксенобіотиків групи поліциклічних ароматичних вуглеводнів (ПАВ) в ліпидовмісних об'єктах, зокрема у ліпидовмісній сировині лікарського та харчового призначення. Відомо декілька стандартизованих методів дослідження, що забезпечують виявлення ксенобіотиків після стадії лужного гідролізу ліпідів зразку. Разом з цим науковий пошук спрямовано на встановлення методів, що не передбачають проведення стадії лужного гідролізу проби. Нові методи аналізу розробляються із врахуванням специфічних фізико-хімічних властивостей хімічних сполук (компонентів) лабораторної проби зразка, застосовуються у методі хроматографії.

Метою даної роботи стало вивчення особливостей лабораторного контролю сполук групи поліциклічних ароматичних вуглеводнів для створення методології аналізу.

У роботі використано зразки рослинних олій (соняшникова, льняна), модельні системи ліпидовмісних продуктів двох типів: очищені та збагачені розчинами аналітичних стандартів поліциклічних ароматичних сполук. Розчинники кваліфікації «ч.д.а.»: ацетонітрил, ізопропанол, метанол, деіонізована вода, ацетон, ортофосфатна кислота. Дослідження проведено методом високоефективної рідинної хроматографії із застосуванням флуорисцентного детектора (ВЕРХ/ФЛД). Для розрахунку параметру $\log P_{ow}$ застосовано програмні пакети молекулярного моделювання HyperChem, ChemDraw.

Дослідження взаємозв'язку між параметром $\log P_{ow}$ та екстракцією ксенобіотиків з модельних систем включало теоретичне обґрунтування процесу з подальшим експериментом. Відомо, що бензо(а)пірен (БаП) володіє канцерогенною активністю, а бензо(е)пірен (БеП) – високою токсичністю, в лабораторному контролі досліджується вміст БаП [1,2]. Слід зазначити, що токсикологічна та канцерогенна дія індивідуальних ПАВ збільшується в їх сумішах. Це свідчить про те, що під час контролю ксенобіотиків необхідно виявляти всі сполуки групи ПАВ, що можуть здійснювати токсичну дію, знижувати захисну функцію організму та посилювати канцерогену дію БаП. До таких речовин можна віднести і ізомер бензо(а)пірену – бензо(е)пірен, вміст якого в оліях сьогодні не досліджується [2].

Значення $\log P_{ow}$, розрахованого за методом Криппена, є однаковим для БаП та для БеП і становить $5,34 \pm 0,47$. Значення $\log P_{ow}$, розрахованого за методом Брото, є однаковим для БаП та для БеП і становить $5,72 \pm 0,34$. Значення $\log P_{ow}$, розрахованого за методом Вишванадхана, є однаковим для БаП та для БеП і становить $5,37 \pm 0,49$. Різні розрахункові значення параметрів $\log P_{ow}$, отримані в роботі, пов'язані із відмінностями пула фрагментів молекулярної структури у наведених вище методах. З аналізу отриманих параметрів можна зробити прогноз, що зв'язування органічною фазою, або ліпідами канцерогену БаП і токсичної сполуки БеП не буде селективним.

Серед інструментальних методів лабораторного контролю мікрокількостей ксенобіотиків найбільш чутливими є методи високоефективної рідинної хроматографії та газової хроматографії з мас-селективними детекторами (ВЕРХ/МС/МС та ГХ/МС), а також метод високоефективної рідинної хроматографії з флуоресцентним детектором (ВЕРХ/ФЛД).

В методі мас-спектрометрії процес розділення ізомерів ускладнено тим, що при дії на молекулу БаП та молекулу БеП утворюються іони з однаковими характеристичними масами, їх аналітичні сигнали накладаються і ідентифікація стає неможливою. В методі рідинної хроматографії, під впливом різних органічних розчинників складу рухомої фази та різних сорбентів можна здійснити розділення цих ізомерів. Час утримування на хроматографічній колонці БеП становить 39.5 ± 0.5 хв, а БаП, відповідно, 45.7 ± 0.5 хв.

Таким чином у роботі доведено, що вивчення структурних особливостей ксенобіотиків та їх фізико-хімічних параметрів є необхідним етапом для пояснення поведінки сполук у процесах їх екстракційного вилучення та хроматографічного вимірювання вмісту. Подальший етап у розробці методології дослідження має включити вивчення розподілу більшого числа ксенобіотиків групи ПАВ у хроматографічних системах під дією різних хімічних сполук.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Sakhanda I.V., Palladin M.O.

Bogomolets National Medical University,
Department of Pharmacy and Industrial Technology of Drugs

Relevance. In the current context of limited health care financing and a reduction in the potential solvency of the population, two trends can be observed - rising costs of care and the misuse of resources. The need to increase health care expenditures is greater than the ability of society to finance such expenditures. This pattern is global in nature and makes it possible to seek methods that minimize and optimize budget expenditures. The first of these trends is associated with the emergence of new expensive medical technologies and drugs.

Materials and methods. The pharmaceutical market of herbal preparations for the treatment of cardiovascular diseases was studied. A survey of pharmaceutical workers and consumers of this group of drugs was conducted.

Results. The main manifestations of the other trend are the use of different medical interventions without proper indications, the use of outdated, ineffective and dangerous drugs and technologies. Another negative feature of the treatment of cardiovascular disease (CVD) at the present stage is the lack of methodology and practice of optimal choice of drugs in terms of their value and effectiveness. This is facilitated by the aggressive marketing policies of the manufacturing companies, on the one hand, and the lack of systematic research into the rational use of medicines with poor motivation in practitioners. All this leads to a significant overestimation of the cost of treatment. In the current situation, there are contradictions between the need to introduce new drugs into clinical practice and their affordability.

Conclusions. Therefore, the cost of therapy increases, the patient as a whole need to know how justified the costs of treatment with a particular drug and how reasonable are the costs of the additional benefits of more expensive drugs. In this regard, there has been increasing interest in the problems of economic evaluation of the effectiveness of the treatment of various CVD.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ПІХВИ ПРИ ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВУЛЬВИ PECULIAR PROPERTIES OF VAGINA MICROBIAL ENVIRONMENT IN DYSTROPHIC DISEASES OF VULVA

Шаповалов В.А. (Shapovalov V.A.)

КЗ "Рубіжанська центральна міська лікарня"

Актуальність теми. Склеротичний ліхен та плоскоклітинна гіперплазія вульви - хронічні дистрофічні захворювання, що продовжують залишатися одними з найменш вивчених захворювань жіночої статеві системи. Приблизно 50-60% пацієнок з даною патологією - жінки у менопаузі. Однак, необхідно констатувати, що розвиток інволютивно-атрофічних процесів вульви може відбуватися і при достатньому рівні ендогенних естрогенів. Аналіз літературних даних, що стосуються лікування крауроза та лейкоплакії вульви, вказує на те, що доволі

значну роль у розвитку та подальшому перебігу хвороби відіграє стан мікробного пейзажу піхви.

Мета дослідження. Підвищення якості діагностики та надання сучасної допомоги жінкам з хронічними дистрофічними захворюваннями вульви, що звертаються за допомогою до лікаря гінеколога на підставі вивчення отриманих даних мікробіоценозу піхви.

Матеріали та методи. Дослідження було виконано на базі жіночої консультації КУ "Рубіжанська центральна міська лікарня», м. Рубіжне, Луганської області. Матеріалом для проведення дослідження слугували результати клініко-анамнестичного та мікробіологічного обстеження 50 пацієнок з хронічними дистрофічними захворюваннями вульви. Серед яких було 28 пацієнтки з плоскоклітинною гіперплазією вульви та 22 із склеротичним лишаєм. Для вивчення та подальшої обробки отриманих даних були враховані такі фактори як: акушерсько-гінекологічний анамнез; характеристика патологічного процесу (скарги та їх тривалість, тривалість клінічних проявів); характеристика зовнішніх статевих органів (колір, товщина, сухість шкірних покривів, наявність атрофічних змін); забір піхвових виділень із подальшим мікробіологічним дослідженням.

Результати. Середній вік обстежених пацієнок склав $54 \pm 1,6$ років. Вивчення клінічного перебігу хронічних дистрофічних захворювань вульви вказує, що найчастішим клінічним симптомом захворювання у більшості спостережуваних жінок був свербіж. Цей симптом переважно спостерігався у пацієнок, в яких захворювання перебігало із яскраво вираженими патологічними змінами вульви (лейкоплакідні бляшки, депігментація шкіри, анулярний стеноз). Серед 50 пацієнок ураження великих статевих губ відзначалося в 33,3 %, малих статевих губ – 37%, клітора – 22,2%, всієї вульви – в 29,6%. Мікробіологічне дослідження піхви дало наступні результати: *Streptococcus epidermidis* було виявлено у 10 пацієнок (18,5 %), *Streptococcus pyogenes* у 2 пацієнок (3,7 %), *Staphylococcus epidermidis* у 6 (11,1 %), *Staphylococcus aureus* – 4 (7,4 %), *Enterococcus* – 8 (14,8 %), *E. coli* – 11 (20,4 %), *Klebsiella* – 5 (9,3 %), *Bacteroides fragilis* – 22 (40,7 %), *Peptostreptococcus* – 8 (14,8 %), *Gardnerella vaginalis* – 4 (7,4 %), *Trichomonas vaginalis* – 1 (1,8 %), *Ureaplasma urealyticum* – 2 (3,7 %), *Chlamydia trachomatis* – 1 (1,8 %), *Mycoplasma hominis* – 1 (1,8 %).

Висновки. Таким чином при бактеріологічному дослідженні отриманого матеріалу, було виявлено полімікробний пейзаж. Найчастіше асоціації мікроорганізмів були представлені різними поєднаннями факультативних анаеробів та аеробів. Найбільш часто зустрічалися анаеробні мікроорганізми, з яких домінував *Bacteroides fragilis*. Також досить часто виявлялися мікроорганізми роду *Streptococcus*. Серед досліджуваних жінок мала місце тривала та стійка гіпоестрогенія, найбільш поширеною скаргою серед досліджуваних пацієнок був свербіж у ділянці вульви, що частіше зустрічався у жінок із найбільш яскраво вираженими патологічними змінами вульви.

МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ METABOLIC THERAPY IN TREATMENT OF DISSEMINATED SCLEROSIS

Шаповалова Ю.Ю., Моложон К.М., Волощук О.М.
(*Shapovalova Yu.Yu., Molozhon K.M., Voloshchuk O.M.*)

Державний заклад «Луганський державний медичний університет»,
Кафедра фармакології, клінічної фармакології та клінічної фармації

Актуальність теми: Неухильне зростання захворюваності на розсіяний склероз серед громадян України та високий рівень інвалідності хворих свідчать про актуальну проблему сучасної фармакотерапії, що може призвести до патологічних змін перебігу розсіяного склерозу та незворотних наслідків.

Мета: Розглянути сучасні схеми метаболічної терапії у хворих з розсіяним склерозом.

Обговорення: Сьогодні, використовують у лікуванні патологічного стану, що вивчається – імуномодулюючу, імуносупресивну, локальну, обмежену бар'єрами, антиклітинну, антиоксидантну й антигіпоксичну терапії, при цьому переважна кількість препаратів володіють нейропротекторною та метаболічною активністю. Крім того, застосовую засоби з різними механізмами дії, зокрема препарати альфа-ліпоєвої кислоти, вітаміни С, Е, А, D, групи В, мікроелементи селен та цинк, амантадину сульфат, амінокислотно-пептидні препарати, бурштинову кислоту, нікотинамід.

Необхідно підкреслити, що метаболічна терапія (в минулому мала назви «антиоксидантна» й «нейропротекторна») продовжує широко застосовуватися в практичній неврології. Так, високий ступінь прихильності вказаної фармакотерапії з боку пацієнтів обумовлений невисокою частотою виникнення побічних ефектів, досить низькою вартістю, високою доступністю, що ініціювало початок використання даної терапії при лікуванні хворих з розсіяним склерозом.

Варто зазначити й перспективні результати досліджень з використанням високих доз біотину у людей з прогресивними формами розсіяного склерозу, що було представлено американською академією неврології. Так, основні механізми дії (антигіпоксичний та метаболічний) стають безсумнівними при використанні препарату в великих дозах, що перевищують стандартні форми фармакотерапії в тисячу разів.

Висновки: Таким чином, незважаючи на появу нових препаратів, які змінюють перебіг розсіяного склерозу з різними механізмами дії, зберігається і розвивається цілий напрям досліджень щодо вивчення лікарських препаратів, що володіють традиційно метаболічною дією. Саме тому, продовження використання вказаних препаратів є доцільним в сучасній медицині та фармації.

ВПРОВАДЖЕННЯ ГПОЛІПІДЕМІЧНОГО ЗАСОБУ ДО ТРАДИЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ РОЗАЦЕА

Шестакова Я.А.

Науковий керівник- д.мед.н., проф. Г.І.Макуріна

ДЗ Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини

Актуальність теми. Однією з актуальних проблем сучасної дерматології є розацеа, яка відноситься до розповсюджених запальних дерматозів, вражаючих шкіру обличчя. Розацеа- це захворювання поліетіологічної природи зі стадійним

плином, що проявляється хронічним запальним захворюванням шкіри обличчя з розвитком еритеми, телеангієктазій, папул, пустул, поразку очей та формуванням рінофіми.

Зустрічається частіше у осіб старше 30 років, пік захворюваності припадає на вік 40- 60 років. Відзначається більш висока захворюваність розацеа серед осіб зі світлою шкірою (1 та 2 фототип за Фітцпатріком), в той час як низька зустрічаємість спостерігається серед пацієнтів азіатського та африканського походження. Крім того, у більшості чорношкірих хворих на розацеа є предки північно - європейського походження. Існують дані як про рівний розподіл розацеа за статтю, так і про переважання захворювання серед жінок. За деякими даними, важкі форми, наприклад рінофіма, зустрічаються в переважній більшості випадків у чоловічого населення. Жінки починають хворіти на розацеа в більш молодому віці, аніж чоловіки.

Встановлено безліч факторів, що підвищують ризик виникнення рожевих вугрів. До них належать вік, фототип шкіри, вплив УФ- випромінювання, часті стреси, тривале перебування в умовах високих та низьких температур, частий прийом гострої та гарячої їжі, косметика та фізичні вправи.

У патофізіологічній картині дерматозу проведну роль відводять факторам вродженого імунітету (кателицидин LL-37), активації TLR (Toll-like receptors) та патології судин шкіри обличчя. Для розацеа характерний висип над неактивною мускулатурою обличчя, що приводить до формування набряку тканин, котрий не дронується скороченням м'язів. Довгий набряк в поєднанні з венозним застоєм та тканинною гіпоксією приводить до гіперплазії сполучної тканини та сальних залоз, що, в свою чергу, приводить до розвитку фіматозних змін.

Вплив тригерних факторів на TLR шкіри здорових людей призводить до контрольованого підвищення рівня цитокінів та антимікробних пептидів, а саме кателицидин LL-37. Він виявляється у пацієнтів з розацеа, та має суттєві відмінності від поліпептидів здорової людини. Кателицидин взаємодіє з клітинами ендотелію, підвищує продукцію хемокінів клітинами дерми, викликає хемотаксис імунних клітин у вогнище запалення, стимулює ангиогенез, а також модулює експресію фактора росту ендотелію судин.

Особливе значення в патогенезі розацеа надають порушенням шлунково - кишківного тракту. Ряд авторів віддає перевагу в патофізіологічному розвитку захворювання наявності *Helicobacter pylori*. В деяких дослідженнях був виявлен зв'язок з порушенням ліпідного обміну, але остаточно він залишається до кінця не вивченим.

Мета дослідження. Визначити зв'язок між проявами розацеа та порушенням ліпідного обміну, на підставі цього удосконалити стандартну терапію розацеа.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі КУ «ЗОШВКД ЗОР» м. Запоріжжя. Під наглядом знаходилось 60 пацієнтів хворих на розацеа з еритематозною та папуло- пустульозною формою. Під час дослідження було виявлено, що у пацієнтів на папуло- пустульозну форму розацеа значно підвищенні рівні загального холестерину та ліпопротеїдів низької щільності. На підставі цього саме пацієнти з папуло-пустульозною формою розацеа були розподілені на дві групи: 15 пацієнтів з порушенням ліпідного обміну та 15- без порушень. Під час збору анамнезу виявлено, що у 70 % пацієнтів була вперше діагностовано розацеа;

30 % досліджуваних не зверталась за медичною допомогою протягом року; у 10% хворих була раніше діагностовано дисліпідемія, але лікування вони не отримували. У всіх пацієнтів була виключена супутня патологія, яка могла впливати на перебіг захворювання. Пацієнти, котрі вживали статини, глюкокортикостероїди, цитостатики також були виключені з дослідження. Стан ліпідного обміну оцінювали за допомогою ліпідограми.

Результати дослідження. Під час проведеного дослідження було виявлено, що у пацієнтів з папуло-пустульозною формою розацеа прояви дисліпідемії були більш виразними, ніж у пацієнтів з еритематозною формою. Тому для корекції терапії статинами була обрана група пацієнтів на папуло-пустульозну форму дерматозу. Обстежуваних розподілили на дві групи порівнянних за статтю, віком та клінічними проявами захворювання.

Пацієнти першої групи (загальної) отримували традиційну терапію, котра включала антибіотик тетрациклінового ряду, метронідазол системно, ангіостабілізатор, гепатопротектор, місцево гель або крем метронідазолу. Додатково таким пацієнтам був призначений розувастатин 10 мг 1 раз на добу протягом 4 тижнів. Пацієнти другої групи (порівняння) отримували тільки традиційну терапію без додаткового призначення статинів. Ефективність лікування була оцінена через 4 тижні після відміни всіх препаратів. Під час контролю загально клінічних аналізів та ліпідограми було виявлено, що у значної кількості пацієнтів першої групи були значно зменшені показники дисліпідемії. У даних пацієнтів набагато швидше покращився стан шкіри, збільшився період ремісії та зменшилась кількість загострень. У пацієнтів другої групи показники ліпідограми залишились на тому ж рівні, покращення стану шкіри наступило набагато пізніше, період ремісії був нестійкий, схильний до рецидивів.

Висновки. Під час дослідження було виявлено, що дисліпідемія має негативний вплив на прояви розацеа, вона сприяє розвитку більш тяжких форм дерматозу. Впровадження таким пацієнтам в терапію статинів дозволяє досягти більш ранньої нормалізації клінічної картини та домогтися більш стійкої ремісії.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КАМПІЛОБАКТЕРІОЗУ В УКРАЇНІ CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CAMPILOBACTERIOSIS IN UKRAINE

Коцюбайло Л.П., Бойко В.О., Печінка А.М., Дуда О.К., Шкарупа К.О.
(Kotsiubailo L.P., Boyko V.O., Pechinka A.M., Duda O.K., Shkarupa K.O.)

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

Актуальність. За даними ВООЗ, кампілобактеріоз становить до 15 % всіх гострих кишкових захворювань людини. Найбільш суттєвими природними резервуарами кампілобактерій є свійські (собаки, кішки, кролі) та сільськогосподарські тварини (велика рогата худоба, вівці, свині), птиця. Не можна виключити з цього переліку й гризунів. При цьому встановлена провідна роль в інфекційній патології людини таких видів кампілобактерій, як *C. jejuni*, *C. coli*, *C. fetus*.

Мета роботи – визначити основні клініко-епідеміологічні особливості перебігу кампілобактеріозу в Україні.

Матеріали і методи. Проведено бактеріологічне дослідження матеріалу з метою виявлення бактерій роду *Campylobacter* від 40 хворих на гострі кишкові інфекції (ГКІ). З метою вивчення безсимптомного носійства серед різних контингентів проведено бактеріологічне дослідження 15 осередків кампілобактеріозу. Матеріал для бактеріологічного дослідження від хворих на ГКІ та здорових осіб (випорожнення) поміщали у середовище для контролю стерильності (рН 10), яке використовували як транспортне. Співвідношення досліджуваного матеріалу до середовища становило 1:5. Ідентифікацію виділених культур кампілобактерій проводили використовуючи такі тести: характер забарвлення за Грамом, рухливість у темному полі, продукція каталази та оксидази.

Результати та обговорення. Базуючись на клініко-епідеміологічних даних, підтверджених бактеріологічним виділенням збудника у третини хворих діагностовано кампілобактеріоз.

Необхідність проведення ефективних первинних протиепідемічних заходів в осередках кампілобактеріозу зумовлює доцільність аналізу клінічних проявів у дорослих. Тривалість інкубаційного періоду у дорослих становила 1 – 2 доби. Не відзначено легкого перебігу захворювання. Провідними клінічними проявами кампілобактеріозу у всіх вікових групах були диспепсія та ознаки загальної інтоксикації. Видужання наставало через 7 – 14 днів, іноді через 2 – 3 тижні відзначали рецидиви хвороби. З загальної кількості виявлених хворих 60 % становлять ті, хто захворів у період сезонного підвищення на ГКІ.

Висновок. Основна група ризику – працівники, професія яких пов'язана з доглядом за тваринами, птахами та їх переробкою. Таким чином, зареєстровані спорадичні випадки захворювань на кампілобактеріоз значною мірою відображають спалахи, що періодично виникають та залишаються не виявленими. Причиною цього, перш за все є інфіковані кампілобактеріями різноманітні продукти споживання, що реалізовані через підприємства громадського харчування та низька настороженість практичних лікарів.

СУЧАСНІ ОБ'ЄКТИВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РИГІДНОЇ ФОРМИ ПОВЗДОВЖНЬОЇ ПЛОСКОСТОПОСТІ

Шульга О.В.

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

Актуальність. На сьогодні ригідна форма плоскостопості превалює в загальній структурі тяжких ортопедичних захворювань стопи. Для діагностики патології в основному застосовують суб'єктивні методи обстеження. Але досі не розроблені об'єктивні критерії для визначення ригідної форми плоскостопості. У процесі довготривалого перебігу хвороби виникають дегенеративно-деструктивні зміни в суглобах та кістках передплюсни, але досі не вивчено, як змінюються форма, позиція кісток та залежність їх ступеня компресії від тяжкості патології.

Мета. Розробити об'єктивні методи оцінки деформації в суглобах та змін у кістках передплюсни. Визначити показання для окремих методів корекції патології. Створити алгоритми оперативного лікування ригідної стопи.

Методи та матеріали. Діагностика базувалася на клінічних та рентгенологічних показниках. Окрім цього, на бокових знімках стопи оцінювали ступінь компресії човноподібної кістки. Проаналізовані дані отримані при лікуванні 32 (64 стопи) пацієнти у віці від 14 до 18 років із симптоматичною ригідною формою статичної плоскостопості II-III ступенів тяжкості. Патологію діагностували на обох стопах, тому кожна стопа вважалась за окремий клінічний випадок.

До контрольної групи увійшли 34 випадки, які були розподілені на 2 підгрупи: підгрупа А–18 випадків з II ступенем тяжкості, коефіцієнт мобільності–1,3-1,4, дисфункція СЗВГМ – I-II стадії, коефіцієнт компресії -1,3.

Підгрупа Б–16 випадків з III ступенем тяжкості, індекс мобільності–1,1-1,2, дисфункція СЗВГМ–III-IV стадії, коефіцієнт компресії -1,4.

В основній групі було 30 випадків, які були розподілені на 2 підгрупи: підгрупа А – 16 випадків з II ступенем тяжкості, індекс мобільності -1,3-1,4, дисфункція – I-II стадії, коефіцієнт компресії -1,3.

Підгрупа Б–14 випадків з III ступенем тяжкості, індекс мобільності -1,1 -1,2, дисфункція СЗВГМ – III-IV стадії, коефіцієнт компресії -1,4.

Результати. На рентгенологічних знімках при тяжких формах ригідної плоскостопості відзначали зміну човноподібної кістки. З цією метою вивчалися антропометричні дані та патологічні її зміни. Нами був запропонований метод визначення коефіцієнта компресії. Середній показник співвідношення плантарної поверхні човноподібної кістки до дорзальної у пацієнтів без патології дорівнював: 12мм :10мм. Для цього ми проводили ділення показників, визначали коефіцієнт компресії човноподібної кістки. Середній показник дорівнював 1,2. При ригідній формі плоскостопості коефіцієнт компресії зростає.

Під час дослідження було визначено залежність ступеня деформації стопи від коефіцієнта компресії. Зважаючи на результати обстеження, були визначені показання та проведено оперативне лікування. Для лікування хворих контрольної групи застосовували ізольований підтаранний артрорез. В основній підгрупі А застосовували підтаранний артродез за Грайсом в поєднанні з транспозицією короткого малогомілкового м'яза на човноподібну кістку. В основній підгрупі Б додатково проводили таранно-човноподібний артродез в поєднанні з формуванням таранно-великогомілкової зв'язки із дистального відділу сухожилка заднього великогомілкового м'яза.

Висновки:

1. Віддалені результати свідчать про ефективність застосування підтаранного артролізу у хворих з ригідною формою повздожньої плоскостопості II ступеня тяжкості, коефіцієнт мобільності – 1,3-1,4, дисфункція СЗВГМ – I-II стадії, коефіцієнт компресії -1,3 та низьку результативність методу при тяжких формах ригідної плоскостопості.

2. У пацієнтів з II ступенем тяжкості, індекс мобільності -1,3-1,4, дисфункція – I-II стадії, коефіцієнт компресії -1,3 є ефективним застосування підтаранного артролізу за Грайсом у поєднанні з пересадкою сухожилка КМГМ.

3. Позитивного результату досягнуто в пацієнтів з третім ступенем тяжкості, індексом мобільності -1,1 -1,2, дисфункцією СЗВГМ – III-IV стадії, коефіцієнтом компресії -1,4 є ефективним додаткове виконання таранно-човноподібного артродезу та формуванням човноподібно-великогомілкової зв'язки.

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАПРОПОНОВАНИХ
МЕТОДИК ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ (В
КОМБІНАЦІЇ З КІНЕЗІОЛОГІЧНИМИ ПОСТУРАЛЬНИМИ ВПРАВАМИ)
У РОСТУЧИХ ПАЦІЄНТІВ З ГЛИБОКИМ ТИПОМ ПРИКУСУ,
УСКЛАДНЕНИМ ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ А ДИСФУНКЦІЄЮ
КОЛОВОГО М'ЯЗУ РОТУ**

**CLINICAL AND LABORATORY SUBSTANTIATION OF THE OFFERED
TECHNIQUES OF PREVENTION AND COMPLEX TREATMENT (IN
COMBINATION WITH KINESIOLOGICAL POSTURAL EXERCISES) AT
GROWING PATIENTS WITH THE DEEP TYPE OF A BITE COMPLICATED BY
DISTURBANCES OF A POSTURE AND DYSFUNCTION OF A CIRCULAR
MUSCLE OF A MOUTH**

Щербина Т. М.

Науковий керівник: д.м.н., професор Лихота К.М.

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

Актуальність теми: Розуміючи цілісність організму, неможливо ізольовано підходити до лікування ортодонтичних проблем. Порухення формування прикусу, пізні прорізування зубів або аномальне їх розміщення – найбільш розповсюджені випадки з якими зустрічається лікар-ортодонт. Сучасні методики лікування дозволяють ефективно працювати з цими проблемами. Однак причина може ховатись в порушеннях розвитку тазостегнових суглобів, краніальних дисфункціях, які порушують ріст кісток черепа, вроджена кривошия, або наслідки перелому кісток нижніх кінцівок та тазу в ранньому віці. Здатність організму компенсувати подібні дефекти, в результаті призводить до змін рівноваги в м'язово-фасціальних структурах всього організму. Це може призводити до формування неправильного прикусу, патологічного стирання емалі зубів, бруксизму, та розвитку дисфункції скронево-нижньощелепового суглобу.

Мета. Підвищення ефективності лікування горизонтальних зубощелепних аномалій у ростучих пацієнтів із порушеннями постави та дисфункцією колового м'язу рота в період тимчасового прикусу, шляхом застосування ортодонтичної апаратури, міогімнастики та дихальних вправ.

Матеріали та методи. Перший етап роботи полягає у визначенні морфо-функціональних параметрів зубощелепної системи у дітей із порушеннями постави та дисфункцією колового м'язу рота. Дослідження ефективності запропонованих методів лікування та оцінки їх комплексного підходу до корекції даної патології нами прийнято на лікування 28 дітей зі змінним прикусом віком від 6 до 12 років, у яких спостерігаються горизонтальні аномалії прикусу в поєднанні з порушеннями постави. Залежно від патології прикусу пацієнтів поділено на підгрупи А і В. До підгрупи А включено дітей з глибоким прикусом у фронтальному відділі, до

підгрупи В – з глибоким прикусом та сагітальною щілиною у фронтальній ділянці зубних рядів.

Другий етап роботи полягає у ортодонтичному лікуванні пацієнтів із порушеннями постави та дисфункцією колового м'язу роту. Згідно обраної методики ортодонтичного лікування пацієнти дослідних груп були додатково поділені на 2 підгрупи.

В 1 підгрупі обох основних груп увійшли діти, лікування яких проводилось за запропонованою методикою, до 2 підгруп – за стандартною. Контрольну групу, яку склали 9 дітей із фізіологічним прикусом аналогічного віку без порушень функції зовнішнього дихання та дисфункції колового м'язу роту, які служили контролем ефективності проводимого ортодонтичного лікування. Лікування дітей як із тільки глибоким прикусом у фронтальній ділянці (група А), так і з глибоким прикусом та сагітальною щілиною у фронтальній ділянці (група Б) проводиться за запропонованою методикою (преортодонтичні міофункціональні трейнери) у поєднанні з міогімнастикою та постуральними вправами) та стандартною методикою (накусочні апарати з похилою площиною). Патологія прикусу оцінюється за класифікацією Енгля (1898). Проводяться виміри вертикальних, трансверзальних та сагітальних розмірів щелеп за методом Долгополової, в II групі вимірювання ширини зубних дуг проводяться за методом Pont та Korkhaus. Визначаються форми зубних дуг верхньої та нижньої щелепи. Проводяться виміри сили губ з допомогою апарату Trigger Pull Gauge (фірми Lyman) та фотометрія постави.

Результати. Ефективність запропонованої схеми ортодонтичної та міофункціональної реабілітації буде доведено клінічними, антропометричними та функціональними показниками, які визначатимуться до та в різний час після початку лікування. Терміни лікування більш ніж половини пацієнтів становитимуть від 6 до 12 місяців. Менше 6 місяців лікування триватиме лише у меншій третині пацієнтів. Терміни усунення аномалій прикусу та нормалізації постави а також збільшення сили тонусу губ при застосуванні запропонованої методики лікування у переважній кількості дітей становитимуть від 6 до 12 місяців. В той же час треба відмітити, що в період до 6 місяців усунення патології виявлена у значній кількості пацієнтів. Лише в декількох осіб із глибоким прикусом у фронтальній ділянці необхідність в ортодонтичному лікуванні перевищуватиме 12 місяців. Тривалість лікування у дітей із глибоким прикусом та сагітальною щілиною у фронтальній ділянці буде приблизно однаковою і становитиме в середньому від 6 до 12 місяців. Клінічна ефективність проведеного ортодонтичного лікування встановлюватиметься за терміном лікування, нормалізацією постури, нормалізацією антропометричних показників, нормалізацією та збільшення показників сили тонусу губ, показниками функціональної активності зубощелепної системи, нормалізацією оклюзійних співвідношень зубних рядів.

Висновки. Використовуючи запропонований метод ортодонтичного лікування (застосування преортодонтичних трейнерів, міогімнастики та вправ направлених на корекцію постави), динаміка всіх досліджуваних параметрів корелюватиме з термінами усунення патології та вказуватиме на підвищену ефективність лікування при застосуванні запропонованого методу, а саме: у всіх

пацієнтів нормалізуються форми зубних дуг, показники ширини та довжини зубних дуг, а також збільшується сили тонусу кругового м'язу рота. Відновлюються міжжюльційні зв'язки та, як наслідок проведеної терапії, покращується постава тіла в просторі. Подібні показники для тих, кого лікували за стандартною методикою, хоч і демонстрували позитивну динаміку, але відрізнялись як від показників осіб, які лікувалися відповідно до запропонованого методу, так і від показників контрольної групи.

**ТРОМБОЦИТАРНА АКТИВНІСТЬ І ДИНАМІКА
МОРФОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО
ЛІКУВАННЯ В ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ
PLATELET ACTIVITY AND DYNAMICS OF MORPHOLOGICAL CONDITION
UNDER THE INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH
GENERALIZED PERIODONTITIS**

Ярмошук І. Р. (Yarmoshuk I. R.)

Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології ІПО

Актуальність. Проблема генералізованого пародонтиту – одна з актуальних у сучасній стоматології. Це зумовлено перевагою генералізованого пародонтиту у структурі стоматологічних захворювань, складністю і варіабельністю етіології та патогенезу, взаємозв'язком місцевих і соматичних порушень. Його поширеність у залежності від регіону та віку обстежених досягає 40 - 90%.

Матеріали та методи. Було обстежено 60 хворих на генералізований пародонтит, віком від 24 до 45 років, 30 (50,00%) чоловіків та 30 (50,00%) жінок. У залежності від медикаментозного лікування всі хворі на генералізований пародонтит розділені на дві групи, які були рандомізовані за діагнозом, віком, статтю і тривалістю захворювання. Першу контрольну групу склали 30 хворих на генералізований пародонтит, яким у комплексному лікуванні застосовували базове медикаментозне лікування. Другу групу склали 30 хворих на генералізований пародонтит, яким у комплексному лікуванні на тлі базової медикаментозної терапії в передопераційному періоді на тканини пародонта відповідної щелепи щоденно проводили електрофорез пентоксифіліну в кількості 7 сеансів. Усім 60 хворим з II і III ступенем важкості генералізованого пародонтиту проводили класичну клаптеву операцію Відмана-Неймана-Цішинського з мієлоколагенопластиком у модифікації В.П. Пюрика (1993).

Для проведення електронномікроскопічних досліджень тромбоцитів забір крові проводився у хворих до операції і на 10 день після операції.

Результати дослідження. При заборі крові у хворих на генералізований пародонтит і виділенні тромбоцитів методом центрифугування з наступною їх проводкою для електронномікроскопічного дослідження встановлено, що в тромбоцитах спостерігалися виражені ультраструктурні зміни, які морфологічно проявлялися слабкою диференціацією, розпушенням їх клітинної мембрани. Тромбоцити втрачали розпластаність і агрегаційні властивості, були в більшості неправильної форми з відростками. Грануломери тромбоцитів містили велику кількість вакуолей, втрачали зернистість, утворювали пухирцеподібні включення.

Ендоплазматична сітка та мітохондрії слабо диференціювалися. Гіалоплазма мала дрібнозернисту основу, з'являлися ліпідні гранули.

При електронномікроскопічному дослідженні тромбоцитів у хворих на генералізований пародонтит після хірургічного лікування на тлі базової терапії на ультраструктурному рівні спостерігалася позитивна динаміка грануломерів та внутрішньоклітинних органел гіалоплазми. Однак, у гіалоплазмі зустрічалися крупні пухирці. Зменшувалася кількість гранул по периферії грануломерів, відзначалися ліпідні включення.

При електронномікроскопічному дослідженні тромбоцитів у хворих на генералізований пародонтит після хірургічного лікування на тлі базової терапії з включенням пентоксифіліну на ультрамікроскопічному рівні у більшості тромбоцитів виявлено нормалізацію їх структури. Вони були з вираженою клітинною мембраною з утворенням відростків, які контактували з поруч розміщеними відростками тромбоцитів. Відносно добре диференціювалися внутрішні частини гіалоплазми. Зовнішня – світла, яка утворювала гіаломер і центральна частина – грануломер у вигляді накопичення зерен.

Висновок. Отже, після хірургічного лікування під впливом пентоксифіліну в хворих на генералізований пародонтит виявлено нормалізацію морфологічної структури тромбоцитів.

МІКРОБІОЦЕНОЗ РОТОГЛОТКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ OROPHARYNX MICROBIOCENOSIS OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Ясній В. Б. (Yasnii V.B.), Климнюк С.І. (Klymnyuk S.I.)

Науковий керівник – д-р мед. наук, професор С.І. Климнюк

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Актуальність. Поряд з багатьма чинниками, які спричиняють розвиток ускладнень у хворих з цукровим діабетом (ЦД), певну етіологічну роль відіграють зміни мікробіоценозу ротоглотки. Тому важливо вчасно запобігти розвитку запальних та гнійних процесів, викликаних патогенною та умовно-патогенною мікрофлорою.

Мета. Вивчити представників мікробіоценозу ротоглотки у хворих на цукровий діабет.

Обговорення. Оральна мікробіота становить важливу частину мікробіоти людини. Ротові мікроби можуть різними способами колонізувати тонку і товсту кишки, змінюючи рівновагу внутрішньої мікроекології та впливаючи на травну систему. З кожним днем з'являється все більше доказів того, що мікробіом ротової порожнини тісно пов'язаний з таким захворюванням людини, як ЦД. Ґрунтовно дослідивши та скоригувавши оральний мікробіоценоз, можна значно поліпшити фізичний стан людського організму.

P. gingivalis – важлива бактерія, яка може переноситися з рота в кишечник при багатьох захворюваннях, включаючи запалення товстої кишки та діабет. Цей мікроорганізм спричиняє дисбіоз, погіршуючи вроджені захисні сили господаря, одночасно викликаючи запальні реакції у фагоцитарних клітинах.

У дослідженні J. Long et al. (2017) встановлено, що тип Actinobacteria значно менше поширений серед хворих на діабет, ніж серед контрольної групи, а роди Actinomyces та Atorobium знижують ризик появи та розвитку ЦД на 66% та 72%, відповідно.

У роботі Bissong et al. (2014) досліджено аеробну мікрофлору ротової порожнини 154 осіб з ЦД та 111 недіабетиків у віці від 18 років. Виявлено тринадцять різних родів аеробних мікробів. Найбільш поширені мікроорганізми в осіб, хворих на ЦД: Streptococcus spp (99,6%), Candida albicans (17,0%), Serratia spp (7,2%), інші Candida spp (6,8%), коагулазонегативні стафілококи (6,4%) та Klebsiella spp (5,7%).

Висновки. Інформація стосовно мікробної колонізації тканин ротоглотки дозволяє на ранніх стадіях діагностувати зміни нормальної мікробіоти в осіб з ЦД та знайти методи, котрі можуть потенційно відновити її склад.

ЗМІСТ	
<i>Александрова Т.М., Бабак О. Я</i> Вплив адеметіоніну на метаболічні показники та рівень пентраксину-3 у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою.....	2
<i>Абдуллаєва Н.А., Афанасьєв І.В., Борзенко І.Б., Лазуренко В.В., Стрюков Д.В.</i> Артеріальна гіпертензія як предиктор цереброваскулярних захворювань у вагітних	4
<i>Алексєєва О.С. Лященко О.А.</i> Вплив екстракту vitex agnus castus при аутоімунному тиреоїдиті на важкість перебігу аномальних маткових кровотеч у жінок репродуктивного віку.....	5
<i>Ардикуце В. П</i> Ефективність комплексного ортодонтичного лікування пацієнтів віком 6-9 років.....	7
<i>Artsymovych A.</i> Use of 4th generation electrocardiography for early diagnosis of cardiovascular lesions in patients with juvenile idiopathic arthritis	8
<i>Баліцька О. П., Григорук Ю.М., Артемчук М.А.</i> Нові підходи до діагностики оцінки якості життя на прикладі хворих на артеріальну гіпертензію.....	10
<i>Аубекєрова Ю.Ю.</i> Перинатальні фактори ризику некротизуючого ентероколіту у передчасно народжених дітей.....	12
<i>Безродна А.І.</i> Дослідження ефективності корекції вуглеводного обміну препаратом «квєртин» за умов впливу блоксоплімерівна основі оксипропілену та етилену на організм щурів.....	14
<i>Бєрезіна В. В</i> Проблема морального релятивізму в біоетиці	15
<i>Болюк М. В, Галушко О. А.</i> Огляд рекомендацій SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN 2020	16
<i>Болюк М. В, Галушко О. А.</i> Аналіз клінічних характеристик пацієнтів з гострим коронарним синдромом та супутнім цукровим діабетом	17
<i>Боюка О. Ю., Матюха Л. Ф.</i> Сучасні методи ранньої діагностикисерцево судинних захворювань у практиці лікаря первинної ланки.....	18
<i>Бордонос К.С.</i> Патогенез розвитку раку яєчників.....	19
<i>Viloklytska G., Viala S</i> Medicines and dietary supplements as important factors in the treatment of periodontitis in patients with diabetes mellitus	21
<i>Дуда О. К., Вега А. Р., Манжелєєва І. В., Коцюбайло Л. П., Чібісов. Л. П</i> Особливості перебігу COVID-19 у онкологічних хворих	22
<i>Вєгєра І.А., Свєрстюк А.С.</i> Прогнозування пандемії COVID-19 в Тернопольській області на основі ідентифікації параметрів у SIR-моделях	23
<i>Вєрєщєгіна Т.В., Сопель В.В., Ониськів Б.О., Бєгош Б.М.</i> Вплив вірусів при гіперпластичних процесах ендометрія.....	24
<i>Gavrylenko V.</i> Evaluation of complex treatment of patients with postoperative hypothyroidism and non-alcoholic fatty liver disease.....	24
<i>Гєвко У.П., Максів Х.Я., Марущак М.І</i> Рівень глікованого гемоглобіну у хворих на коморбідний перебіг цукрового діабету 2 типу, ожиріння та хронічного панкреатиту.....	26

<i>Нерасимиук І.</i> The role of psychoeducation in the treatment of comorbid insomnia of patients with recurrent depressive disorder	26
<i>Гладких Ф.В., Михайлова І.П., Манченко А.О.</i> Оцінка виразності спонтанної больової реакції на тлі застосування кріоконсервованого екстракту плаценти та диклофенаку натрію у щурів з експериментальним ревматоїдним артритом	28
<i>Гореча М.Ю.</i> Стан клітинного імунітету у хворих на діабетичну ретинопатію при інсулінозалежному цукровому діабеті	29
<i>Грбчак С.О., Беденюк А.Д., Смачило І.І.</i> Структурна перебудова судин мікроциркуляторного русла дванадцятипалої кишки в умовах експериментального обтураційного холестазу.....	30
<i>Grytsenko S.</i> Best target group of patients with colorectal cancer and liver metastasis for simultaneous surgery.....	31
<i>Дембіцький А.Р.</i> Стратегія ефективного лікування ускладнених форм хронічної венозної недостатності	32
<i>Demkovych A.</i> Characteristics of the oral microflora of patients with peri-implantitis.....	33
<i>Диня Ю.З.</i> Дивертикулярна хвороба товстого кишечника у пацієнтів з цукровим діабетом другого типу.....	34
<i>Дуб А.І.</i> Вплив фітокомпозиції на показники цитолізу та холестазу за умови експериментального цукрового діабету 2 типу	35
<i>Дубинецька В.</i> Нейропатичний больовий синдром при діабетичній полінейропатії у фокусі коморбідності	36
<i>Дуве Х.В., Насалик Р.Б., Шкробот С.І.</i> Зв'язки процесів клітинної смерті та морфометричних параметрів головного мозку у пацієнтів, які перенесли аневризмальний субарахноїдальний крововилив	38
<i>Дуднікова М.О.</i> Особливості індивідуальної гігієни порожнини рота у пацієнтів із симптомом галітозу.....	39
<i>Жадан Ю.Г., Середенко В.Г., Сазонова Т.М.</i> Анестезіологічне забезпечення амбулаторних малоінвазивних ендоскопічних оперативних втручань.....	40
<i>Dyadyk O., Gorodetska A., Baran S.</i> Immunohistochemical spectrum of kidney damage in hiv / hcv co-infection	43
<i>Журба М.С., Виноградова К.О., Колибіна І.М.</i> Аналіз лікарських препаратів з стреспротекторною дією на фармацевтичному ринку України	44
<i>Zaverukha N.</i> Condition of bone tissue in patients with knee osteoarthritis.....	46
<i>Загарійчук О. В.</i> Особливості контенту маячних ідей впливу у пацієнтів шизофренічного спектру розладі.....	47
<i>Zahranychnyi T.S., Halushko O.A.</i> Post-stroke electrolyte disorders in patients with and without diabetes.....	48
<i>Караєв Т.В., Кононець О.М.</i> Показники міозитного профілю у пацієнтів з міодистрофією Дюшена.	49
<i>Карпенко К.С.</i> Етіологія та патогенез вітіліго, огляд літератури	51
<i>Кваченюк О. Г.</i> Патогенетичне обґрунтування підходів до діагностики геморагічного васкуліту (IgA-васкуліту) у дітей.....	52

<i>Кенійз С.О., Воронцова Л.Л., Коваленко В.А.</i> оцінка клітинної ланки адаптивного імунітету у чоловіків з наявністю / відсутністю токсокарозної інвазії	53
<i>Kyselova A.</i> The modern view on the use of benzodiazepines in case of adults diagnosed with generalized anxiety disorder.....	54
<i>Козонас Н.М., Максимюк Г.В.</i> NLRP3-Інфламасома та розвиток прозапального стану в організмі.....	55
<i>Костенко В. В.</i> Значення немоторних симптомів у пацієнтів із БАС	57
<i>Костишева Н. М.</i> Оптимізація підходів до хірургічного лікування доброякісних вузлових утворень матки.....	59
<i>Koval S., Davtiana L., Drozdovaa. O.</i> Marketing audit of medicines for local therapy of demodectosis.....	60
<i>Костинська Н.Г.</i> Толерантність до фізичного навантаження при артеріальній гіпертензії у підлітків з урахуванням маси тіла.....	61
<i>Кравченко В. Г.</i> Патолофізіологічні аспекти зв'язку токсоплазмозу та шизофренії.....	63
<i>Кришталевиц А.А.</i> Вазоренальна артеріальна гіпертензія	64
<i>Кузык І.О.</i> New features of nt - proBNP: diagnostic value in patients with rheumatoid arthritis	66
<i>Кулаєць В.М., Кулаєць Н.М.</i> Алгоритми діагностики соматоформної вегетативної дисфункції в практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини, сучасні підходи до лікування.....	67
<i>Кулешов В.В.</i> Впорядкування доплати за оперативні втручання в консультативно-діагностичному центрі у відповідності до запроваджених критеріїв оцінки показника хірургічної активності.	69
<i>Лавренюк Ю.В.</i> Гінекологічна інверсія матки спровокована субмукозною лейоміомою. клінічний випадок.	70
<i>Лавренюк Ю.В.</i> Важливість рН- метрії піхвового секрету в ракурсі нехірургічної корекції початкових форм генітальних пролапсів.....	71
<i>Ле Тхі Куинь Ань, Фам Нгок Фіонг Ян, Гладчук З.І.</i> Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з дистальними трубними оклюзіями	73
<i>Лисюк О.М., Заячук В.Я., Погрібний О.О., Лисюк Р.М.</i> Дисфункція гуморальної ланки імунітету у хворих на ішемічну хворобу на тлі метаболічного синдрому	76
<i>Малиш Т.Ю.</i> Клініко-неврологічні особливості перебігу хвороби лайма .	77
<i>Мартинюк В.М., Маланчук Л.М., Маланчин І.М.</i> Клінічна ефективність застосування таргетної терапії при аденоміозі у жінок із поліморфізмом генів GSTT1 та GSTM1	78
<i>Марциновський В.М., Коцюбайло Л.П., Бойко В. О., Дуда О.К., Сухов Ю.О.</i> Динаміка взяття віл-позитивних осіб під медичний нагляд на пізніх стадіях хвороби в Україні	79
<i>Марцінів В.В., Бурба А.П., Циганок Л.М., Батіщева О.М.</i> Динаміка інтерлейкіну-6 після операцій з приводу новоутворень молочної залози за аналгезії пекторальною та паравертебральною блокадами.	80

<i>Марцінів В. В., Кучма А. Б.</i> Розвиток хронічного больового синдрому після операцій з приводу новоутворень молочної залози при використанні пекторальної та паравертебральної блокади.....	82
<i>Марченко О.Ю.</i> Рівень гомоцистеїну у пацієнтів з атеросклеротичним ураженням вінцевих судин.	83
<i>Масович С.О.</i> Неврологічні аспекти вегетативної дезрегуляції у пацієнтів з глаукомою.....	84
<i>Маховська О.Ю.</i> Клінічна інерція, як одна з причин субоптимального менеджменту подагри	85
<i>Меланчук Н.А.</i> Співвідношення деяких цитокінів, як маркерів варіанту та перебігу ювенільного артриту.....	86
<i>Мочалов Ю. О.</i> Оцінка прямих та непрямих ефектів від впровадження програм імпортозаміщення для потреб стоматологічної допомоги в Україні...	86
<i>Муцько М.А., Радівосевич А.Г.</i> Похідне конденсованих нітрогенвмісних гетероциклів з цитостатичною дією на моделі гліоми людини (U-251-MG)	87
<i>Муцько М.А., Радівосевич А.Г.</i> Похідні хіназоліну з цитостатичною дією (2219 та 1679), активність на моделі недрібноклітинного раку легенів людини (a549).....	89
<i>Намісник О.</i> Клінічна підготовка медичних сестер в Україні: виклики сьогодення.....	90
<i>Насалик Р.Б., Дуже Х.В.</i> Гемодинамічні особливості у хворих на хронічну ішемію мозку.....	92
<i>Неляпіна М. М.</i> Вивчення стану аутоагресивних тенденцій у хворих на covid-19 молодого віку у період самоізоляції	93
<i>Нестерук С.О.</i> Морфометрична оцінка особливостей ремоделювання структур передміхурової залози при тривалій дії етанолу.....	94
<i>Носко Н. О.</i> Рівень інсуліну у пацієнтів без цукрового діабету 2 типу, як складова онтологічної моделі неалкогольної жирової хвороби печінки.....	96
<i>Носко Н. О.</i> Рівень феритину, як складова онтологічної моделі неалкогольної жирової хвороби печінки.....	97
<i>Ньорба-Бобиков М.М.</i> Новий орган у людському тілі та його вплив на слиновиділення	98
<i>Овсієнко¹Т. В.², Бондар¹М. В., Лоскутов¹О. А.</i> Мультиmodalна малоопіодна анестезія – дієвий спосіб профілактики післяопераційної нудоти та блювання	99
<i>Пенья К., Огій А.В., Войтнеко В.С.</i> Клінічний випадок кровотечі у гостру постпанкреатичну псевдокісту на тлі антикоагулянтної терапії	100
<i>Періг Ю.С.</i> Порівняння програм скринінгу та ранньої діагностики з точки зору діагностики залізодефіциту.....	101
<i>Піжовський Є.С</i> Значення реваскуляризації глибокої артерії стегна при атеросклеротичному ураженні аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок.....	103
<i>Попович.О. І.</i> Удосконалення допомоги в пологах жінкам з ідіопатичною артеріальною гіпотензією.....	104
<i>Процайло О.М., Татарчук Л.В., Ясіновський О.Б., Крицак М.Ю.</i>	106

Особливості структурної перебудови судин гемомікроциркулярного русла товстої кишки при резекції різних об'ємів печінки	
Рашид Х.Р. Манасрах Оптимальное мидекаментозное сопровождение хирургического лечения диабетической микро-макроангиопатии.....	107
Ратушняк Н.Я. Особливості сучасного стану вульвовагінального кандидозу в Україні.....	108
Ремезюк І.Г. Порівняльна характеристика місцевого застосування різних засобів у комплексному лікуванні захворювань пародонта.....	110
Романчук А.А. Особливості перебігу виразкового коліту та хвороби Крона у дітей у сучасних умовах.....	111
Саковський М.Р. Чи є вугрова хвороба фактором ризику розвитку цукрового діабету II типу?.....	112
Салій М.І. Вікові та гендерні особливості оцінки якості життя пацієнтів з лакунарним інсультом.....	113
Самоненко Н. Охотнікова О. М. Горovenko Н. Г. Ольхович Н. В. Трофімова Н. С. Мицик Н. Й. Ошлянська О. А. Синдром гепатомегалії в структурі гено-фенотипової кореляції у дітей та підлітків з мукополісахаридозом I типу в Україні.....	115
Алекперова Н.В., Сахнацька Н.М. . Феноменологічні особливості хвороби	116
Сивораक्षा О. О., Бишовець С. М. Сучасні методи лікування постлапароскопічної брахіалгії	117
Сікаленко Є.С Візуалізація та визначення «домінуючої» поперекової артерії у хворих з атеросклерозом черевної частини аорти для зменшення ризику виникнення спінальної ішемії при реконструктивних втручаннях на черевній частині аорти у хворого з мультифокальним атеросклерозом	118
Случевская О.О. Застосування композицій із хлоргексидину біглюконатом як основної речовини для впливу на пародонтопатогенну мікрофлору	120
Соломко О. Б. Мультидисциплінарний підхід в діагностиці та лікуванні синдрому хронічного тазового болю у жінок	121
Стахова А.П. Вплив спіронолактону на ендотеліальну функцію у хворих на ревматоїдний артрит та резистентну артеріальну гіпертензію	122
Стецик М.О., Стецик А.О. Аналіз сучасних технологій та методик комплексного лікування пацієнтів з генералізованим пародонтитом та бруксизмом	123
Стецюк І.О. Прогностична роль кісткових та судинних біомаркерів у жінок з ішемічною хворобою серця та постменопаузальним остеопорозом	124
Супрунович І.М. Підготовка видалених зубів для дослідження із застосуванням скануючого електронного мікроскопа	125
Каменецька О. О. Деякі аспекти обстеження пацієнтів з ураженням мозочка	126
Тесленко М.Ю. Вплив застосування рацекадотрилу на перебіг гострого гастроентериту у дітей молодшого віку.....	127
Савво І. Д., Бессонова І.М., Тесленко А.О. Порушення ліпідного та пуринового обміну як загроза прогресування артеріальної гіпертензії у підлітків із комплексом модифікованих факторів ризику.....	128
Ткаченко А. С. Аналіз життєздатності лейкоцитів крові, що інкубована з	129

харчовою добавкою E407a	
Фам Нзок Фионг Ян, Гладчук З.І., Ле Тхі Куинь Ань Клінічний випадок симультанних операцій захворювань хірургічного та гінекологічного профілю	132
Hoseynu M. Mechanisms of hypercoagulability and thrombosis in covid-19 ...	132
Чайковська С.М., Габрієлян А.В., Белейович В.В., Доманський Т.М. Особливості шунтування коронарних артерій напрацюючому серці з використанням аутоартеріальних графтів у пацієнтів з ішемічною хворобою серця.....	133
Чеберніна І.О., Кулик С.В., Какуля В.В Роль мінімально інвазивних органозберігаючих операцій при адренкортикальних аденомах	134
Червонна Н.В. Порівняльна характеристика різних методів оцінки оклюзійних контактів у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта	136
Чернеда Л.О. Ефективність топічного окиснику та ретиноїду у порівнянні з електрокоагуляцією у лікуванні себорейного кератозу.....	137
Черниш Ю. Р. Роль ендоскопічного та гістологічного дослідження в діагностиці гастроінтестинальної	138
Чорнобай М.А Фактори прогнозу рака шлунка	140
Чхало О.В., Терещенко Н.Ю., Г.М. Зайцева, В.О.Калібабчук Лабораторний контроль вмісту канцерогенів групи поліциклічних ароматичних вуглеводнів.....	140
Sakhanda I.V, Palladin M.O. Analysis of the effectiveness of treatment of cardiovascular diseases	141
Шаповалов В.А. Особливості мікробного пейзажу піхви при дистрофічних захворюваннях вульви.....	142
Шаповалова Ю.Ю., Моложон К.М., Волощук О.М. Метаболічна терапія в лікуванні розсіяного склерозу	144
Шестакова Я.А Впровадження Гіполіпідемічного Засобу До Традиційної Терапії Розацеа.....	145
Коцюбайло Л.П., Бойко В.О., Печінка А.М., Дуда О.К., Шкарупа К.О. Клініко-епідеміологічна характеристика кампілобактеріозу в Україні.....	147
Шульга О.В Сучасні об'єктивні методи діагностики та лікування ригідної форми повздожньої плоскостопості	145
Щербина Т. М. Клініко-лабораторне обґрунтування запропонованих методик профілактики та комплексного лікування (в комбінації з кінезіологічними постуральними вправами) у ростучих пацієнтів з глибоким типом прикусу, ускладненим порушеннями постави а дисфункцією колового м'язу рота	147
Ярмошук І. Р. Тромбоцитарна активність і динаміка морфологічного стану під впливом комплексного лікування в хворих на генералізований пародонтит.....	149
Ясній В.Б., Климнюк С.І. Мікробіоценоз ротоглотки у хворих на цукровий діабет.....	150