



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
науково-практичної конференції з міжнародною
участю молодих вчених та студентів
«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації 2019»
13 – 17 травня 2019 року



УДК: 61

A43

Конференція включена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій 2019 року (179), посвідчення Укр ІНТЕІ № 125 від 29.03.2019.

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Компанієць В.М., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., проф. Разнатовська О.М., голова студентської ради Усатенко М.С.

Секретаріат: доц. Іваненко Т.В., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., студенти Подлужний Г.С., Москалюк А.С, Скоба В.С, Гонтаренко Е.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 13-17 травня 2019 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 200с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний медичний
університет, 2019.

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ
УКРАЇНИ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

Бавус І.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Щитоподібна залоза – це надважливий орган, від якого залежить нормальне функціонування головного мозку, серця, репродуктивної системи, розвиток кістково-м'язової системи.

Значне зловживання солодощами, погіршення екологічного стану навколишнього середовища, зменшення кількості надходження йодовмісних речовин в організм призводить до порушення функціонування щитовидної залози.

Мета дослідження. Вивчити стан ЩЗ у студентів ЗДМУ вихідців з різних регіонів України, визначити як впливає промисловість, режим харчування та спосіб життя на стан ЩЗ.

Матеріали та методи. Об'єктами для дослідження щитоподібної залози стали 100 студентів з різних регіонів України, віком від 18 до 22 років. Дослідження було проведено за допомогою УЗД, анкетування та опитування. Результати оброблені методом варіаційної статистики.

Отримані результати. В ході дослідження визначалися наступні показники: розміри часток в трьох площинах та товщина перешийка.

У дівчат було відмічено такі відхилення:

Перешийок (норма 0,4-0,5см) норма - 50%; -25% -53,3% 33,3% - 13,4% (2 людини).

Права доля :

- товщина: (норма 1,0-1,5 см) : в загалі спостерігається нормальні розміри(тільки в декількох є невеликі відхилення (збільшення в середньому значенні на 15,3%);
- ширина (норма 1,5-2,0 см): переважає норма, проте в декількох випадках є зменшення розмірів (середнє значення 8,2%);
- довжина (норма:2,5-4,0 см): переважає зменшення у розмірах.

Ліва доля :

- товщина (норма 1,-1,5 см): в загальному у всіх учасників дослідження спостерігаються нормальні розміри щитовидної залози;
- ширина(норма 1,5-2 см): в більшості випадків переважає норма;
- довжина(норма 2,5-4 см): норма -53,3% , зменшення у розмірах -4 6,7%.

У хлопців спостерігаються такі відхилення :

Перешийок (норма 0,4-0,5см) норма - 20%; - 25% -46,7%; -50% - 33,3%.

Права доля :

- товщина: (норма 1,0-1,5 см): в загалі спостерігається нормальні розміри (тільки в декількох є невеликі відхилення: збільшення в середньому значенні на 44,3%);
- ширина (норма 1,5-2,0 см): переважає норма , проте в декількох випадках є зменшення розмірів (середнє значення 11,4%);
- довжина (норма: 2,5-4,0 см): переважає зменшення у розмірах (11,4%).

Ліва доля :

- товщина (норма 1,-1,5 см): в загальному у всіх учасників дослідження спостерігаються нормальні розміри щитовидної залози, збільшення спостерігається лише у 13,4%;
- ширина(норма 1,5-2 см): в більшості випадків переважає норма;
- довжина(норма 2,5-4 см): норма.

Висновки. Порівняльний аналіз результатів дослідження з літературними даними авторів показав, що морфо-функціональний стан щитовидної залози студентів вихідців з різних регіонів має свої характерні особливості.

Встановлено, що у студентів вихідців з західного, центрального та південного регіонів розміри щитоподібної залози знаходяться в межах їх вікової норми. У вихідців з північного та східного регіонів

цитоподібна залоза збільшена в порівнянні в іншими регіонами. Було встановлено що головна причина змін розмірів залози є наслідком порушення харчового режиму та фактору стресу та забрудненість навколишнього середовища. Однак слід відмітити, що тенденція до здорового способу життя, вживання кисломолочних продуктів, зелені та правильне приготування їжі на пару сприяє покращенню стану залози учасників дослідження.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ РОЗЛАДІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Волошанська О.О., Тертишний С.І.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Проблема мозкового інсульту є найважливішою медико-соціальною проблемою в багатьох країнах світу, враховуючи високі показники захворюваності і смертності. Результати Всесвітнього дослідження тягаря захворювань 2017 р. свідчать, що в Україні інсульт залишається другою (після ішемічної хвороби серця) найбільш частою причиною передчасної смертності та інвалідності. Однією із важливих ланок патогенезу ішемічного інсульту є поширені мікроциркуляторні розлади, які притаманні для гострої фази захворювання.

Мета дослідження: дослідити патоморфологічні прояви мікроциркуляторних розладів у померлих в ранні терміни інфаркту мозку.

Матеріал і методи. В роботі досліджений головний мозок померлих хворих на ішемічний інфаркт мозку в терміни 1- 3 (n=7) доби і 4- 6 діб (n=8), що відповідало підгострій стадії ішемічного інсульту. Обсяг інфаркту у померлих становив від 50 до 210 см³. Вивчались перифокальні зони інфаркту. В якості контролю досліджувались аналогічні ділянки мозку протилежної півкулі. Для оглядової світлової мікроскопії мозок фіксували 10% розчином нейтрального формаліну протягом 24-48 годин, зневоднювали і заливали в парафін, серійні зрізи фарбували гематоксиліном і еозином. Для виявлення явищ внутрішньосудинної гіперкоагуляції і виявлення фібрину проводили забарвлення зрізів за методом Малорі. Методом морфометрії з використанням програми «Відеотест Морфологія 5.2» (Росія) визначали довжину профілів капілярів і їх діаметр – в стандартизованому полі зору (520x300 мкм). В кожному випадку досліджували 5 полів зору, з подальшим обчисленням середнього значення для кожного терміну захворювання.

Отримані результати. В ранні терміни розвитку ішемічного інсульту в його перифокальних зонах домінували судинно-циркуляторні розлади без виражених морфологічних змін клітинних структур. Ознаки мікроциркуляторних розладів реєструвалися також і на віддаленні від ішемічного вогнища, а нерідко і в протилежній півкулі, що свідчило про порушення судинної ауторегуляції.

Відзначався розвиток цитотоксичного набряку в ранній термін захворювання (1-3 доби), однак за морфологічними змінами він мав компенсований характер. Більшість нейронів перифокальної зони інфаркту в ранні терміни зберігала звичайну гістоструктуру. Ознаки порушення реологічних властивостей крові в ці терміни проявлялись у вигляді еритроцитарних стазів, еритро- і тромбоцитарних агрегатів, мікротромбів, відзначалися розповсюджені плазматичні стази, які вказували на ділянки повного припинення кровотоку з наступним формуванням навколо таких мікросудин вогнищ некрозу.

При селективному забарвленні на фібрин часто виявлялися тяжі і нитки фібрину, які знаходилися поряд з незмінними форменими елементами і не мали зв'язок зі стінкою судин. Значні конгломерати фібрину включали гемолізовані еритроцити і частіше спостерігався тісний зв'язок таких тромбів із стінкою судини. Формування тромбів припадало на 1-3 добу захворювання, однак при рецидивуючих мікроциркуляторних розладах вони виявлялися і в більш пізні терміни. У дрібних артеріях і артеріолах в перифокальних зонах некротичних фокусів спостерігалися переважно змішані тромби. Морфометричні дослідження показали в ці терміни збільшення довжини профілів капілярів на 3,93% в порівнянні з протилежною півкулею. Частина капілярів на границі з некротичною ділянкою була у стані спадіння. По мірі віддалення від вогнища інфаркту збільшувалась кількість повнокровних судин, що опосередковано вказувало на посилення колатерального кровотоку, однак могло свідчити і про явища венозного застою. Сумарний діаметр капілярів в стандартизованому полі зору був збільшений на 3,3%.

У всіх померлих на 4-6 добу захворювання реєструвалося домінування вазогенного набряку, який був більш вираженим при значних об'ємах інфаркту. Значна кількість рідини акумулювалась в астроцитах, які в перифокальних зонах інфаркту трансформувалися в астроцити Нісля. Розвиток вазогенного набряку значно збільшувало внутрішньотканинний і внутрішньочерепний тиск, що ймовірно сприяло розвитку вторинних гіпоксичних ушкоджень нейронів мозку. Такі зміни в ряді спостережень носили розповсюджений характер і частково реєструвалися в протилежній півкулі, тобто на значному віддаленні від первинного ішемічного вогнища. За морфологічними ознаками такі гіпоксичні вогнища відповідали термінам 2-3 діб. На території значних ішемічних і некротичних змін відмічалася підвищена проникність судин, що супроводжувалось формуванням периваскулярних муфт з макрофагів і лімфоцитів. Морфометричні дослідження на 4-6 добу захворювання показали збільшення довжини профілів капілярів на 16,3% в порівнянні з протилежною півкулею, а також сумарне збільшення діаметру капілярів на 9,1%.

Висновки. При інфарктах мозку переважно в перифокальних областях, а також на віддаленні від ішемічного ядра реєструються значні мікроциркуляторні розлади з порушенням реологічних властивостей крові за рахунок наявності еритроцитарних стазів, еритро- і тромбоцитарних агрегатів, мікротромбів. Поряд з деструктивними змінами в паренхімі мозку реєструється активна реакція системи мікроциркуляції, яка спрямована на посилення кровообігу ішемізованих ділянок мозком за рахунок збільшення довжини профілів капілярів і сумарного діаметру капілярів в стандартизованому полі зору в терміни 1- 3 доби і 4- 6 діб.

NEUROPROTECTIVE EFFECT OF SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR (SERM) IN DEPRIVATION OF THE SYSTEM'S LEVEL OF RESTORED GLUTATHIONE IN VITRO: HSP70 ROLE IN THE IMPLEMENTATION OF THIS ACTION

Bodnarchuk Y., Ryzhenko O., Kovalchuk D.
Zaporozhye state medical university, 5 Children's General Hospital

The aim of the research: to determine the value of the heat shock protein HSP 70 in the implementation of the mechanism of neuroprotective actions of selective estrogen receptor modulator (SERM) – (Z)-2-[4-(1,2-diphenyl-1-butenil)fenoxyl]-N,N-dimethylethanamin citrate. The objective of this study was to estimate the influence of SERM on the expression of HSP70, the activity of the thiol-disulfide system of neurons and mitochondria development of neuronal apoptosis in vitro, with a deficit of restored glutathione.

Materials and Methods: neurons of cortex isolated extemporale from the brain of a week-long white outbred rats. Deficit of glutathione caused by the introduction into suspension of neurons of D,L-butionin-S.R-sulfoxime (BSO, 500 мкМ). The agent was selected on ability to influence the intracellular synthesis of glutathione. Apoptotic modified neurons identified by painting of the etodium bromide, the expression of HSP 70 was determined by method of immunoblotting. In the mitochondria and cytosole determined the content of restored glutathione, markers of oxidative modification of proteins. Also determined the charge of the mitochondrial membrane and level of opening of the mitochondrial permeability transition pore.

Results: it was determined that the introduction of the incubation environment SERM (0.1 мкМ) has resulted in the decrease of intensity of oxidative stress (reduction of aldehyde-phenyl-hydrazones, ketone-phenyl-hydrazones, nitrotyrosine, increase in the Mt-SOD); and also restoration of thiol-disulfide balance (increase the concentration of restored glutathione and decrease its oxidized form; and increase the activity of enzymes of thiol-disulfide system – GPR and GR, improvement the level of mitochondrial metabolism and activity of the mitochondrial Mt-SOD and inhibition the opening of mitochondrial permeability transition pore and conservation of the charge of mitochondria. Also there has been the expression of HSP 70 in samples with SERM.

Conclusion: neuroprotective action of SERM is due to its direct antioxidant effect and expression of HSP 70 in the activation of SERM estrogen receptors. SERM indirectly through HSP 70 stabilizes oxidative damaged of macromolecules, prevents the opening of mitochondrial permeability transition pore, thereby showing the direct antiapoptotic action.

ДИНАМІКА СПОР ГРИБІВ РОДУ ALTERNARIA У М. ЗАПОРІЖЖІ (ТРИРІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Гавриленко К.В., Приходько О.Б.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Спор грибів роду *Alternaria* мають широкий діапазон існування та присутні практично у всіх кліматичних зонах. Зацікавленість вчених обумовлена їх здатністю викликати мікотоксикози, мікогенні алергії та опортуністичні мікози. Відомо, що на розповсюдження спор пліснявих грибів можуть впливати метеорологічні фактори, такі як температура та відносна вологість. При сприятливих погодних умовах алергічні захворювання, обумовлені підвищенням концентрації грибів у атмосферному повітрі, протікають з періодичними загостреннями.

Таким чином, вивчення динаміки спор та їх концентрації залишається актуальним на сьогоднішній день.

Метою дослідження було дослідити сезонну динаміку концентрації спор грибів роду *Alternaria* у атмосферному повітрі м. Запоріжжя.

Матеріал і методи. Аналіз особливостей спорюючої проводився на кафедрі медичної біології ЗДМУ з використанням даних аеробіологічного моніторингу. Проби відбирались щорічно з 1 березня по 31 жовтня, волюметричним методом.

Отримані результати. Спор грибів роду *Alternaria* реєструвались протягом всього періоду спостережень. У 2016 році, найбільша їх концентрація спостерігалась в період з середини червня по першу декаду серпня. Найбільша кількість спор реєструвалась 4 липня та склала 1356 спор/м³. Всього за рік було визначено 23067 спор.

У 2017 році, рівень спор грибів роду *Alternaria* був трохи нижчий, та мав стрибкоподібний характер. Спостерігалось декілька піків: 5, 6 липня, та 8 серпня. Максимальна концентрація становила 1918 спор/м³. Всього за рік було визначено 14798 спор.

У 2018 році найбільша концентрація реєструвалась в кінці червня на початку серпня. Пік концентрації із значенням в 415 спор/м³ прийшовся на 27 липня. Восени концентрація спор також була високою. У вересні спостерігалось декілька піків із значеннями понад 200 спор/м³. Всього за рік було визначено 14174 спор, що не надто відрізняється з 2017 роком

Висновки. Рівень спор грибів роду *Alternaria* у 2018 році в порівнянні з іншими роками був найнижчим, що може бути пов'язано з посушливим літом.

ФАРМАКОЛОГІЧНА МОДУЛЯЦІЯ β -ER - ПЕРСПЕКТИВНА НАПРЯМОК НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ

Гуйтур Н.М.
Запорізький державний медичний університет

Сучасна стратегія нейропротекції мозкових інсультів розглядає в якості перспективних фармакологічних мішеней NMDA, AMPA - рецептори, кальцієві канали, а останнім часом – β -естрогенові рецептори (β -ER). Проведені нами дослідження на білих безпородних щурах масою 160-180 г. обох статей з незворотною білатеральною оклюзією загальних сонних артерій довели, що селективний модулятор естрогенових рецепторів (SERM) - (Z) -2- [4- (1,2-Дифеніл-1 -бутеніл) фенокси] -N, N-діметілетанамін цитрат (тамоксифен) дозуванням 1 мг / кг підвищував щільність нейронів, площу нейронів IV-V шару сенсомоторної кори, зменшував кількість апоптичних і некротичних змін нейронів, підвищував вміст РНК в цитоплазмі і ядрах нейронів на 4-ту добу експерименту.

Введення тамоксифена тваринам з церебральною ішемією призводило до підвищення експресії білків теплового шоку HSP70, в головному мозку виконує функції ендогенного нейропротектора. Збільшення рівня HSP70 під дією тамоксифену призводило до нормалізації глутатіонової ланки тіол-дисульфідної системи (підвищення активності глутатіонпероксидази, збільшення рівня відновленого глутатіону і зниженню його окисленої форми) і підвищенню стійкості клітин до ішемії.

Таким чином, тамоксифен, опосередковано через підвищення експресії HSP70 в умовах ішемії мобілізують антиоксидантні ресурси в нейронах, зокрема збільшують рівень глутатіону, який перешкоджає нейродеструкцію.

ДИНАМІКА ПАЛІНАЦІЇ ДЕРЕВ РОДУ POPULUS В ЗАПОРІЖЖІ (2015-2018 РОКІВ)

Гуліна О.С., Ємець Т.І.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Одним із чинників довкілля, що рік за роком справляє все помітніший вплив на здоров'я чутливих до нього верств населення, є пилок алергенних анемофільних рослин, який викликає спалахи сезонної алергії у певний період року. Пилок тополі, за даними щодо алергенності, посідає чільне місце у аеропаліноспектрі м. Запоріжжя. При зміні погодних умов спалахи та їх інтенсивність змінюється. Важливо постійне аеропалінологічне спостереження, щоб своєчасно проводити профілактичні заходи, спрямовані на попередження розвитку алергічних реакцій у населення.

Мета дослідження. Проаналізувати динаміку палінації рослин роду *Populus* у м. Запоріжжі та встановити тенденції зміни алергогенної ситуації на основі даних, отриманих в процесі проведення аероалергенного моніторингу.

Матеріал і методи. Було використано дані аеробіологічного моніторингу, що проводиться на кафедрі медичної біології, паразитології та генетики Запорізького державного медичного університету з 2006 року. Пилок збирається волюметричним методом. Отримані щоденні зразки фарбують та аналізують під світловим мікроскопом зі збільшенням $\times 400$, використовуючи метод дванадцяти вертикальних трансект [Малєєва, 2017].

Отримані результати. За чотири роки спостережень в середньому за рік було визначено 553 пилоквих зерен. Інтенсивність палінації відрізнялась в різні роки. Так в 2015 р. зафіксовано 608 пилоквих зерен. В 2016р. інтенсивність різко зменшилась, зафіксовано лише 97 пилоквих зерен. В 2017 – 228 пилоквих зерен, а в 2018р. інтенсивність палінації значно збільшилась і склала 1279 пилоквих зерен. Піки палінації припадали на кінець березня та початок і середину квітня. За сезон зазвичай спостерігалось 1-2 піки. В 2015 р. максимуми спостерігалися 27.03.15 з кількістю 262 зерен/м³ та 12.04.15 з кількістю 111 зерен/м³, в 2016р. максимум зафіксовано 10.03.16 з кількістю 21 зерен/м³, в 2017 р. – 19.04.17 з кількістю 38 зерен/м³, а в 2018 р. різке збільшення кількості пилка 04.04.18 з кількістю 374 зерен/м³ та 05.04.18 з кількістю 220 зерен/м³.

Висновки. Інтенсивність палінації дерев роду *Populus* в Запоріжжі досягають максимальної кількості в атмосферному повітрі в кінці березня та на початку і середині квітня. Найвищою сумарна кількість пилоквих зерен спостерігалась в 2018 році, а найнижчою – в 2016 році. Така різниця палінації пов'язана з різними погодними умовами в ці роки.

RAT MODEL OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE MODULATE ARYL HYDROCARBON RECEPTOR EXPRESSION

Zherebiatiev A. S.

Zaporozhye State Medical University

Background and Aim: The pathogenesis of inflammatory bowel disease is complex and multifactorial. Studies have led to the current concept that aryl hydrocarbon receptors have recently emerged as a critical physiological regulator of immune responses affecting both innate and adaptive systems. We studied the possibility of simvastatin and antagonist of receptors of interleukin-1 for pharmacological correction of colitis in rats with a focus on the expression intensity studies of AhR with lymphocytes of colon.

Materials and Methods. Experiments were carried out on male Wistar rats aged 8 months (body mass 260–285 g). Rats were divided into four experimental groups: group 1 — control; group 2 — rats with oxazolone-induced colitis; group 3 — rats given simvastatin (20 mg/kg, for 5 days, intraperitoneally); group 4 — rats given antagonist of receptors of interleukin-1 (3 mg/kg, for 5 days, subcutaneously). The AhR immunopositive lymphocytes were determined using an indirect immunofluorescence technique with using a monoclonal rat antibody.

Results. We established that development of colitis was not accompanied with the change of amount of AhR⁺ lymphocytes in immunopositive cells. Drug administration during the development of experimental pathology was accompanied by changes in the expression of AhR on lymphocytes.

Conclusions. Simvastatin and antagonist of receptors of interleukin-1 seemed to be beneficial in oxazolone-induced colitis rat model through modulate AhR expression with lymphocytes of colon.

ЕПІТЕЛІАЛЬНО-МЕЗЕНХІМАЛЬНА ТРАНСФОРМАЦІЯ КЛІТИН ПРОТОВОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кабаченко В.О.

Запорізький державний медичний університет

Протокова аденокарцинома підшлункової залози (ПАПЗ) – це злоякісна пухлина підшлункової залози, що складає 95 % усіх злоякісних новоутворень підшлункової залози. ПАПЗ є найбільш агресивною пухлиною, стійкою до променевої та хіміотерапії, яка відрізняється дуже низьким рівнем виживаності хворих.

До теперішнього часу не встановлений генез ПАПЗ: за стохастичною моделлю ПАПЗ виникає при онкогенній мутації дуктальних клітин протокових структур підшлункової залози, за ієрархічною моделлю ПАПЗ виникає в ніші нормальних стовбурових клітин залози, в якій, внаслідок онкогенних мутацій, з'являються ракові стовбурові клітини, які забезпечують розвиток злоякісної пухлини (Melzer C., von der Ohe J., Lehnert H. et al., 2017). Мікроскопічною особливістю ПАПЗ є наявність протокових структур, які утворюють ракові клітини, а також рясної десмопластичної строми з канцер-асоційованих фіброblastів, макрофагів, імунних клітин, судин та молекул позаклітинного матриксу (Туманский В.А., Коваленко І.С., 2019). Нами визначено, що десмопластична строма, як правило, переважає над атипovими структурами ПАПЗ. ПАПЗ відрізняється мультифокальним, інфільтративним типом росту, особливо помітним у периферійній зоні інвазії пухлини.

Одним з механізмів високої агресивності і нечутливості ПАПЗ до сучасних методів комплексного лікування є процес епітеліально-мезенхімальної трансформації (ЕМТ) пухлинних клітин. За даними S. Wang et al. (2017) через ЕМТ ракові клітини ПАПЗ набувають агресивного мезенхімального фенотипу, який забезпечує швидке розповсюдження рухливих трансформованих клітин, а також здатність до міграції та метастазування ракових клітин (Hill B. S. et al., 2017). Є три сигнальні шляхи, які запускають процес ЕМТ у ракових клітинах: Wnt- β -катеніновий сигналінг, TGF- β сигналінг та Notch сигналінг. Під впливом цитокинів, хемокинів і факторів росту [фактор росту фіброblastів (FGF), епідермальний фактор росту (EGF), гепатоцитарний фактор росту (HGF), трансформуючий фактор росту β (TGF- β), кістковий морфогенетичний протеїн (BMP)], які виділяють пухлинні мезенхімальні стовбурові клітини, паракринним шляхом активуються ЕМТ-асоційовані транскрипційні фактори (Snail, Slug, Zeb1, Zeb2, Twist1), що пригнічують активність генів, які кодують білки клітинної адгезії, десмосом і щільних міжклітинних контактів, а також підвищують активність генів, що кодують N-кадгерин, фібронектин і виментин (Berger L. et al., 2016). При феномені ЕМТ послаблюються міжклітинні зв'язки та перебудовується цитоскелет ракових клітин, що проявляється зниженням експресії E-кадгерину та порушенням його зв'язку з β -катеніном та мікрофіламентами. Водночас змінюється інтегрин-опосередкована адгезія між раковими клітинами та міжклітинним матриксом, яка забезпечує рухомість трансформованих ракових клітин. З патоморфологічних позицій ЕМТ характеризується зниженням експресії E-кадгерина, γ -катеніна, цитокератинів, ламініна на тлі підвищення експресії трансформованими раковими клітинами маркерів мезенхімального фенотипу, таких як N-кадгерин, виментин, фібронектин, гладенько-м'язовий актин α -SMA (Lamouille S. et al., 2014). Ознаки ЕМТ найбільш виражені на периферії пухлини у зонах її контакту клітинами нормальної тканини підшлункової залози.

Для прогнозування ступеню агресивності ПАПЗ перспективним є імуногістохімічне визначення в трепанобіоптатах пухлини хворих на ПАПЗ частки епітеліально-мезенхімально трансформованих ракових клітин серед клітин пухлинної десмопластичної строми та виразності ЕМТ на різних етапах прогресування ПАПЗ.

LYMPHATIC FILARIASIS IN INDIA

Kambam Sneha Reddy
Zaporozhye State medical university

Introduction. Human Lymphatic filariasis has become one of the most significant public health problem in the tropics. More than 1.4 billion people in 73 countries are living in areas where lymphatic filariasis is transmitted and an estimated 80 to 120 million people at risk of being infected.

Ait. To study the distribution and pathological effects of Filaria in India.

Methods and materials. Internet, statistical data, literature authored by Dr. Anantha Narayan Text-book of parasitology.

Results. India has the highest prevalence of lymphatic filariasis caused by Wuchereria Broncofti and Brugia malayi. Filariasis is endemic in 17 States and six Union Territories. The Government of India has accorded a high priority for elimination of this infection through mass chemotherapy programme. National Filaria Control Programme (NFCP) was launched in the country in 1955 with the objective of delimiting the problem and to undertake control measures in endemic areas. The manifold increase in filariasis during last four decades reflects failure of filariasis control programs . Currently there may be up to 31 million microfilaraemics, 23 million cases of symptomatic filariasis, and about 473 million individuals potentially at risk of infection in the country. Considerable progress has been made in diagnosis and treatment of filariasis in the last decade.

Conclusion. The interruption of transmission requires very high treatment coverage (probably > 85% of the total population) to achieve elimination.

There is an urgent need for more effective drug delivery strategies for the elimination that are adapted to regional differences and variations in health sector development.

A special challenge will be drug delivery in urban settings while other problems are the low priority given to a disease like lymphatic filariasis and poor compliance with DEC treatment. These problems require powerful advocacy tools and strategies.

ЩОДО МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕДУМОВ ЗМІШУВАННЯ КРОВІ ПОРОЖНИСТИХ ВЕН У ПРАВМУ ПЕРЕДСЕРДІ ПЛОДА

Кандибей В.К., Тіткова О.Ю., Лебединець О.М.
Запорізький державний медичний університет

Речовини, необхідні для розвитку, які плід отримує від матері в плаценті, доставляється пупковою веною, кров якої найбільш оксигенована (кров «вищого гатунку»). В нижній порожнистій вені після проходження через венозну протоку, гілки ворітної вени та печінкові вени, утворюється змішана кров (кров «першого гатунку»), яка надходить із правого передсердя через овальний отвір в ліве передсердя, де змішується з кров'ю легеневих вен і утворюється кров «другого гатунку». Ця кров потрапляє в усі судини, що відходять від висхідної аорти та її дуги, і постачають серце, голову, шию, тимус та верхні кінцівки. Кров верхньої порожнистої вени через праве передсердя, правий шлуночок і легеневий стовбур надходить до легеневих артерій (менша частина) і через артеріальну протоку (більша частина) в низхідну аорту, де утворюється кров «третього гатунку», що живить органи грудей (окрім серця і тимуса), живота, тазу та нижні кінцівки й повертається до плаценти. Кількість кисню в крові «другого» та «третього гатунку», а, отже, і розвиток усіх органів, окрім печінки, залежать від змішування крові порожнистих вен та вінцевої пазухи в правому передсерді та кількості крові «першого гатунку», що попадає в ліве передсердя та правий шлуночок (Barclay et al, 1944; Davies, 1941).

Звідси й виник інтерес до гідродинаміки в правому передсерді. Що в ньому відбувається? Змішується кров порожнистих вен і вінцевої пазухи, чи ні? Якщо змішується, то в якому співвідношенні? Саме ця проблема й стала метою нашого вивчення та аналізу доступних нам літературних джерел.

Одні автори (Barcroft, 1935; Е.И.Васильева,2012; В.Т. Хоміч та ін., 2003; С.М. Занько и др., 2013) вважають, що завдяки міжвенозному бугорку та заслінці нижньої порожнистої вени кров цієї вени через відносно великий овальний отвір тече в ліве передсердя, а вся кров верхньої порожнистої вени - в правий шлуночок. Інші автори (Bresike, 1922; Barclay et al, 1939,1942; З.Н. Жеденов, 1954; Netter, 2019) впевнені в тому, що в правому передсерді відбувається часткове змішування крові порожнистих вен. А в деяких джерелах стверджується, що 60% - 75% крові нижньої порожнистої вени її заслінкою направляється в ліве

передсердя, 40%-25% змішується з кров'ю верхньої порожнистої вени і потрапляє до правого шлуночка (Born et al., 1954; Lind, Wergelius, 1954; Ф.З. Меерсон і др., 1980; Gray's Anatomy, 1995). В. Н. Жеденов (1947), зробивши порівняльно-анатомічне дослідження, ми прийшли до висновку, що потік крові із каудальної (нижньої) порожнистої вени обов'язково частково приєднується до потоку крові з краніальної (верхньої) порожнистої вени та вінцевої пазухи, і що це неповне розділення потоків у людини більш досконале, ніж у тварин, завдяки заслінці каудальної (нижньої) порожнистої вени і відносно великого розміру овального отвору.

На нашу думку, щоб відповісти на питання, що відбувається в правому передсерді до народження, треба мати на увазі не тільки анатомічні особливості будови серця плода, але й фази серцевого циклу та положення серця й самого плода. Подібного підходу до вирішення цієї проблеми в доступних нам джерелах ми не знайшли. Серцевий цикл має такі фази: 1) систола передсердь та діастола шлуночків; 2) діастола передсердь і систола шлуночків; 3) діастола передсердь і діастола шлуночків.

На другій фазі (діастола передсердь - систола шлуночків) кров нижньої порожнистої вени направляється її заслінкою через овальний отвір у ліве передсердя, тому що тиск в правому передсерді більший, ніж в лівому. В результаті закриття правого передсердно - шлуночкового отвору до неї приєднується частина крові верхньої порожнистої вени та вінцевої пазухи. Отже, на цій фазі відбувається змішування крові.

А от що відбувається в правому передсерді на третій фазі (діастола передсердь - діастола шлуночків), залежить від топографії отворів верхньої та нижньої порожнистих вен, овального та правого передсердно - шлуночкового отворів, а також від величини овального отвору та клапана нижньої порожнистої вени, положення й форми серця. Отвір верхньої порожнистої вени і правий передсердно-шлуночковий отвір знаходяться вентрально від отвору нижньої порожнистої вени та овального отвору (С.С. Михайлов, 1987; Romanes, 2005). Овальний отвір може займати нижнє, середнє та верхнє положення (Е.М. Маргорин, 1977). Його повздовжній розмір - 4-10 мм, а поперечний - 3-10мм (Маргорин Е.М., 1977; Gray's Anatomy, 2005). Заслінка нижньої порожнистої вени у більшості плодів велика, але може мати отвори й бути відсутньою (Gray's Anatomy, 2010).

На третій фазі при великій заслінці нижньої порожнистої вени, великому або низько розташованому овальному отворі вся кров нижньої порожнистої вени через овальний отвір тече до лівого передсердя, а кров верхньої порожнистої вени й вінцевої пазухи - в правий шлуночок, тому що верхній потік знаходиться попереду нижнього. Але при малому високо й середньо розташованому овальному отворі, при малій заслінці нижньої порожнистої вени, згідно гідродинаміки, частина крові нижньої порожнистої вени має текти в правий шлуночок. Отже, на цій фазі серцевого циклу в одних не відбувається, а в других відбувається змішування крові в правому передсерді.

На першій фазі (систола передсердь - діастола шлуночків) кров, що потрапила в праве передсердя, виштовхується в правий шлуночок і ліве передсердя.

Ми вважаємо, що змішування крові в правому передсерді залежить і від форми серця. У широкого і короткого серця отвір верхньої порожнистої вени зміщується дорзально, а отвір нижньої порожнистої вени – вентрально, тому потоки крові наближаються один до одного і шанс змішування збільшується.

Отже, змішування крові верхньої і нижньої порожнистих вен в правому передсерді відбувається в різних співвідношеннях у всіх плодів на другій фазі серцевого циклу, а у деяких плодів і на третій фазі. В правий шлуночок і ліве передсердя надходить змішана кров.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ТА СПІВВІДНОШЕННЯ ФОЛІКУЛІВ, СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА СУДИННОГО РУСЛА ЯЄЧНИКІВ ПОТОМСТВА ЩУРІВ ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО МІСЯЦЯ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ПРОГЕСТЕРОНУ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ

Ковальчук К.С., Тополенко Т.А., Булига В.С.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Важливим процесом у розвитку та повноцінному функціонуванні яєчників є формування примордіальних фолікулів, що складають оваріальний резерв або фолікулярний пул. Процес первинного набору фолікулів відбувається протягом усього життя, із моменту утворення примордіальних фолікулів. Циклічний набір співпадає із початком статевого дозрівання. Процеси розподілу, співвідношення та дозрівання фолікулів потребують подальшого вивчення, оскільки у період внутрішньоутробного розвитку

яєчників плоду органїзм вагітної жінки зазнає впливу чинників різної природи. Застосування гормонів під час вагітності може викликати порушення у системі «мати-плацента-плід» та призводити до порушення морфогенезу та подальшого функціонування органів репродуктивної системи. Для руйнування кластерів та подальшої збірки примордіальних фолікулів вирішальне значення має також співвідношення та взаємодія гормонів естрогену та прогестерону.

Мета дослідження – визначити динаміку та співвідношення класів фолікулів яєчників потомства щурів із 9-ої по 90-ту добу постнатального життя та відносної площі, що займають сполучна тканина, судини та жовті тіла.

Матеріал і методи: об'єкт дослідження – яєчники білих лабораторних щурів на 9-ту, 14-ту, 21-шу, 30-ту, 45-ту, 60-ту та 90-ту добу постнатального життя, отриманих від самок з датованим строком вагітності. Потомство щурів було розподілене на три групи наступним чином: перша – інтактна група; друга – експериментальні щури, отримані від самок, яким із 15-ої по 18-ту добу вагітності внутрішньом'язово вводили масляний розчин прогестерону у дозі 0,33 мл; третя – контрольні тварини, які отримували фізіологічний розчин хлориду натрію у еквівалентному дозуванні у ті ж строки вагітності. Робили серійні зрізи яєчників товщиною 4,5 мкм та фарбували гематоксиліном і еозіном. За допомогою світлового мікроскопу вивчали динаміку, співвідношення та відносну площу, що займають фолікули різних класів, сполучної тканини та судинного русла. Порівнювані результати вважали такими, що достовірно відрізняються при $p < 0,05$.

Отримані результати. На 9-ту добу життя в яєчниках потомства тварин контрольної групи більшу частину площі займає коркова речовина, представлена примордіальними, первинними та вторинними фолікулами, відносна площа сполучної тканини становить $13,2 \pm 0,08$ %. Відносна площа сполучної тканини яєчників щурів експериментальної групи майже удвічі перевищує аналогічний показник у контролі тварин. Однак у потомства експериментальних тварин, на відміну від контрольних, $4,4 \pm 0,13$ % площі органу займають везикулярні фолікули. На судинне русло припадає $5,8 \pm 0,04$ % у контролі та $2,4 \pm 0,3$ % у експерименті відповідно. На 14-ту добу у тварин контрольної групи як і на 9-ту добу відсутні везикулярні фолікули. Зберігається відставання показників відносної площі примордіальних та первинних фолікулів експериментальної групи тварин порівняно із контролем. Однак щодо сполучної тканини, то зберігається тенденція щодо збільшення її відносної площі у обох групах тварин. Наприкінці третього тижня життя у потомства тварин контрольної групи з'являються везикулярні фолікули, займаючи $5,4 \pm 0,05$ % площі яєчника. Збільшується відносна площа судинного русла у обох групах, однак у експериментальних тварин цей показник відстає. Наприкінці першого місяця життя у обох групах досліджуваних тварин значно вичерпується пул примордіальних фолікулів, однак більш виражені зміни виявлені у експериментальній групі тварин ($9,4 \pm 0,08$ %), ніж у контрольних ($11,8 \pm 0,11$ %). Також зберігається тенденція до зростання відносної площі сполучної тканини та судинного русла у тварин обох груп.

Висновки. Отже, протягом першого місяця життя зменшується відносна площа, яку займають фолікули і відповідно зростає відсоток сполучної тканини, спостерігається відставання відносної площі судинного русла. Для тварин після пренатальної дії прогестерону характерна більш рання поява везикулярних фолікулів.

ЗМІНИ АБСОЛЮТНОЇ ТА ВІДНОСНОЇ МАСИ НИРОК ЩУРІВ - НАЩАДКІВ САМИЦЬ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Коротчук Є.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Поширеність метаболічного синдрому (МС) в сучасному суспільстві прогресивно збільшується протягом останніх років, приймаючи характер епідемії. МС характеризується наявністю абдомінального ожиріння, дисліпідемії, інсулінорезистентності та артеріальної гіпертонії. Ці всі фактори можуть виступати як незалежними предикторами розвитку ХХН та кінцевих стадій захворювань нирок.

Мета дослідження. Визначити динаміку абсолютної та відносної маси нирок щурів – нащадків самиць з експериментальним метаболічним синдромом.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження стали нирки 120 білих лабораторних щурів на 1, 7, 14, 21, 30, 60, 90 та 120 добу життя, котрі були розподілені на три групи. Перша (МС₁, 48 щура) та друга (МС₂, 24 щура) експериментальні групи: щури, отримані від самок із модельованим метаболічним синдромом, котрі з 21-ї доби постнатального життя отримували висококалорійну дієту та стандартний харчовий раціон відповідно. Третя – контрольна група (48 інтактних щура) зі стандартним харчовим раціоном. За допомогою аптечних ваг вимірялась маса нирок (мг). Достовірність відмінності вибірок визначали за допомогою t-критерію Стьюдента (при $p < 0,05$).

Отримані результати. Встановлено, що у щурів на 1-шу та 7-му добу життя абсолютна маса нирок була достовірно більшою в експериментальній групі, а відносна маса – меншою у порівнянні з контрольною групою. В подальшому протягом усього строку спостереження в досліджуваних групах тварин абсолютна та відносна маса нирок збільшувалась по мірі росту тварин із максимальними значеннями на 120-ту добу життя. У тварин першої та другої експериментальних груп показники абсолютної та відносної маси нирок були статистично достовірно вищими, ніж у контрольних тварин.

Висновки. В обох експериментальних групах щурів спостерігалось збільшення як абсолютної, так і відносної маси нирок.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОНІВ СА-1 ЗОНИ ГІПОКАМПУ ЩУРІВ З ХРОНІЧНОЮ АЛКОГОЛЬНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТІОЛЬНИХ АНТИОКСИДАНТІВ

Кучер Т.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Хронічна алкогольна інтоксикація (ХАІ) призводить до розвитку етаноліндукованої ексайтотоксичності, гіперпродукції NO, формуванню нітрозативного стресу, що викликає дифузні і осередкові зміни (місцевий паренхіматозний розпад, осередки демієлінізації та ін.).

Мета дослідження. Оцінити вплив тіоцетаму, N-ацетилцистеїну та гептралу на морфофункціональні показники нейронів СА-1 зони гіпокампу в умовах ХАІ.

Матеріал і методи. ХАІ викликали інтрагастральним введенням 15% р-ну етанолу (1-10 день - 4 г/кг, 11-20 день - 6 г/кг), 21-30 день - 25% р-н етанолу (4г/кг) з одночасним введенням в експериментально обґрунтованих дозах досліджуваних препаратів (тіоцетам - 250 мг/кг, N-ацетилцистеїн -100 мг/кг, гептрал - 100 мг/кг). Морфофункціональний стан нейронів оцінювали за змінами площі клітин, ядер, ядерця, вмісту нуклеїнових кислот з подальшим обчисленням щільності нейронів, апоптотичних і деструктивно змінених клітин.

Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою програмного пакету EXCEL (Microsoft Corp., США) та пакету програм "Statistica 11.0" (Stat Soft Ins, США). Для всіх видів аналізу статистично значущими вважались відмінності $p < 0,05$ (95 %).

Отримані результати. При морфологічному аналізі СА-1 зони гіпокампу головного мозку щурів з ХАІ виявлені структурні і гістохімічні зміни, які свідчать про розвиток дегенеративних процесів - спостерігалось зменшення щільності нейронів (на 31,1 %), площі нейронів (на 18,8 %), на 11,0 % вмісту нуклеїнових кислот, восьмикратне збільшення кількості нейронів з ознаками дегенерації.

Введення тіоцетаму, N-ацетилцистеїну і гептралу сприяло збільшенню щільності нейронів у СА-1 зоні гіпокампу на 21,0, 18,7 і 14,7 % відповідно, зменшення щільності апоптотично змінених нейронів на 74,6, 72,0 і 61,1 % відповідно, підвищення вмісту РНК на 14,9, 11,9 і 28,7 % відповідно. За рівнем впливу на показники досліджувані препарати перевищують ($p < 0,05$) референс-препарат пірацетам.

Висновки. За результатами морфогістохімічного аналізу нейронів СА-1 зони гіпокампа тіольні антиоксиданти демонструють нейропротективну дію, що характеризується збільшенням щільності нейронів, вмісту в них РНК, зменшенням кількості апоптотичних і деструктивно змінених нейронів.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У СТУДЕНТІВ І ТА ІІ КУРСІВ НА ПОЧАТКУ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ

Кучковський О.М., Монова А.С.
Запорізький державний медичний університет

Загальновизнаним та аксіоматичним є положення про те, що прогрес у певних галузях науки визначає розробка методів дослідження. Сучасний етап розвитку суспільства характеризується суттєвими досягненнями у розробленні методів вивчення мікроструктури живого організму, а також стрімким розвитком та доступністю передових інформаційних технологій. Однією із сфер використання комп'ютерних технологій є оцінка регуляторних ритмів гемодинаміки.

Питанням розробки та інтерпретації методів дослідження варіабельності коливань хроно- та інотропної діяльності серця присвячена значна кількість оглядів (Рябыкина Г.В., Соболев А.В., 1998; Яблунанский Н. И., 2010; Косинський О. В., 2006; Аксенов В.В., 1986; Алякринский Б.С., 1983).

Методи оцінки варіабельності серцевого ритму у вигляді пульсової діагностики з'явилися ще декілька тисячоліть тому. Вперше явище варіабельності тривалості інтервалу часу від початку циклу одного серцевого скорочення до початку іншого описав А. Haller у 1760 році. Вже у одному з перших експериментальних досліджень системи кровообігу при катетеризації артерії у коня у 1743 році S. Hales відмітив, що артеріальний тиск змінюється періодично у відповідності до дихальних рухів (McClintock P., 2003). У 1847 році Карл Людвіг встановив, що впродовж кожного дихального циклу частота серцевих скорочень спочатку збільшується, а потім зменшується. Такі зміни, названі дихальною синусовою аритмією, усувались перерізанням блукаючих нервів.

Також існує декілька гіпотез стосовно механізмів виникнення низькочастотних хвиль серцевого ритму та артеріального тиску. Основна гіпотеза полягає в тому, що такі коливання є наслідком періодичного підсилення та послаблення потоку сигналів артеріальних барорецепторів у такт хвилям артеріального тиску третього порядку. При цьому, під час підвищення артеріального тиску, барорецепторні сигнали уповільнюють частоту серцевих скорочень, а при зниженні – прискорюють. Тривалість періоду таких коливань (8-12 секунд) визначається сумою затримок у часі процесів в еферентній гілці рефлекторної барорецепторної дуги (Белкина Л.М., 2005).

Знайдено й внесок генетичних факторів і при змінах спектральних компонентів серцевого ритму на розумові навантаження. Генетично обумовлений при цьому був середньочастотний компонент (близько 0,1 Гц) спектрограми коливань інтервалу R-R. У дослідженнях M. V. Hojgaard et al також показано достатньо високу відтворюваність спектральної компоненти барорефлексу при проведенні повторних досліджень ВСП та варіативності артеріального тиску на 14 особах у положенні лежачи та зміні положення тіла. Загальна варіативність як коливань інтервалу R-R, так і артеріального тиску відтворювалась у меншому ступені (Галустьян Г.Э., 1999).

Важливо зазначити, що Яблунанський М. І. з співавторами вважають, що революційним етапом у застосуванні аналізу варіабельності серцевого ритму у клінічній практиці стали 80-ті роки двадцятого століття. На початку цього десятиліття до вивчення періодичних процесів у гемодинаміці були застосовані спектральні методи (Akselrod S., 1981), а наприкінці – доведено, що знижена варіативність серцевого ритму є надійним предиктором смертності після перенесеного інфаркту міокарду, має кардіопротекторну дію.

Проаналізувавши низку публікацій та літературу, ми не знайшли точної відповіді на питання, як саме змінюється динаміка варіабельності серцевого ритму в залежності від впливу ряду чинників, тому ми вирішили провести власне дослідження.

Метою досліджень було вивчити динаміку варіабельності серцевого ритму в студентів І та ІІ курсів впродовж певного періоду навчального року.

Матеріал і методи, які були використані в роботі: статистичний, електрофізіологічний.

Отримані результати. Нами були записані електрокардіограми дівчат І та ІІ курсів, а також розраховані значення моди, амплітуди моди, варіаційного розмаху та індексу напруги серцево-судинної системи. Аналіз варіабельності серцевого ритму проводився за допомогою системи аналізу ВРС "Кардіолаб" (ХайМедика, м. Харків, Україна), що виконує аналіз хвилевої структури ритму серця шляхом безперервної реєстрації тривалості всіх кардіоциклів з подальшим розрахунком спектральних і часових показників варіабельності серцевого ритму. Усі дослідження проводилися на приладах кафедри нормальної фізіології 2-

го медичного факультету ЗДМУ. Отримані дані використовували для підрахунку ступеню напруги адаптаційних механізмів методом математичного аналізу серцевого ритму. Розраховували значення моди, амплітуди моди, варіаційного розмаху та індексу напруги серцево-судинної системи.

За результатами проведених досліджень було встановлено, що у студентів I та II курсів немає достовірних відмінностей у інтегральних показниках моди та амплітуди моди. Але при цьому можна відмітити, що у студентів I курсу спостерігається незначно нижчий показник АМо, тобто вираженості серцевих скорочень з однаковими часовими інтервалами, що свідчить про більш високу напруженість роботи серця.

Найбільш достовірно відрізнявся показник варіаційного розмаху, який у студентів I курсу майже на 37% ($p < 0,01$) нижчий за цей показник у другокурсників. При цьому такий інтегральний показник як індекс напруги був більше виражений у першокурсників, який перевищував показники студентів 2-го курсу на 45% ($p < 0,05$). Останній показник ще називають стрес-індексом і він є показником впливу стану нервової системи на роботу серцево-судинної системи та характеризує ступінь залучення організму до стресу.

За результатами проведеного дослідження виявлено неоднорідність розподілу дизрегуляції у студентів, як в межах одного курсу, так і в порівнянні двох курсів.

Встановлено, що 30% студенток I курсу мають дизрегуляцію з переважанням парасимпатичної нервової системи, а у студенток II курсу цей показник складає 10%, що свідчить про нормокардію, помірну та виражену тахікардію, це буває обумовлене або високою економічністю енергетичних і метаболічних процесів (треновані люди), або слабкістю процесів мобілізації ресурсів, зниженням резервних можливостей організму (після тяжких захворювань, синдрому перенапруження та виснаження). А у 70% студенток I курсу та 90% II курсу дизрегуляції не виявлено. Таким чином, із наведених результатів видно, що краще адаптованими до початку навчального процесу є студентки II курсу, рівень стресогенності яких майже втричі нижчий за цей показник у першокурсниць.

Таким чином, наведені результати підкріплюють вище висунуте припущення стосовно більшої стресогенності студенток-першокурсниць.

Аналізуючи результати, що були отримані в ході досліджень, можна зробити наступні **висновки**:

1. У студенток I та II курсів були виявлені достовірні відмінності у інтегральних показниках варіаційного розмаху, який у студенток I курсу майже на 37% ($p < 0,01$) нижчий за цей показник у II курсу, а індекс напруги був більше виражений у першокурсниць на 45% ($p < 0,05$).

2. 30% студенток I курсу та 10% II курсу мали дизрегуляцію з переважанням парасимпатичної нервової системи, що свідчить про нормокардію, помірну та виражену тахікардію. А у 70% студенток I курсу та 90% II курсу дизрегуляції не виявлено.

Таким чином, із наведених результатів видно, що краще адаптованими до початку навчального процесу є студентки II курсу, рівень стресогенності яких майже втричі нижчий за цей показник у першокурсниць.

ВПЛИВ ЕНАЛАПРИЛУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ SHR-ЩУРІВ

Павлов С.Б., Бабалян В.А., Валільщіков Н.В., Бабенко Н.М., Кумечко М.В., Семко Н.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Артеріальна гіпертензія є захворюванням з високим рівнем поширеності в популяції. Пацієнти з артеріальною гіпертензією схильні до високого ризику судинних катастроф, перш за все інфарктів та інсультів, що можуть виникати внаслідок тромбозів. Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) в даний час є однією з груп препаратів для лікування артеріальної гіпертензії, що найбільш часто використовуються.

Мета дослідження – вивчення характеру функціональної активності тромбоцитів щурів з генетично детермінованою артеріальною гіпертензією SHR (spontaneously hypertensive rat) при монотерапії еналаприлом.

Матеріал і методи. Експериментальне дослідження проводилося в двох групах білих SHR-щурів (по 5 тварин у кожній) масою 250 ± 30 г у віці 9 місяців. Ця лінія щурів зі спонтанною гіпертензією вважається найбільш прийнятною моделлю артеріальної гіпертензії людини. У другій групі виконувалася корекція артеріальної гіпертензії шляхом зондового введення в шлунок розчину еналаприлу в дозуванні з розрахунку

5 мг/кг маси тіла тварини протягом 14 днів. У першій групі монотерапія не проводилася. Кров для дослідження агрегації тромбоцитів брали з серця.

Індукована агрегація тромбоцитів досліджувалася із застосуванням комп'ютеризованого аналізатора агрегації тромбоцитів «SOLAR 2110» (Білорусь). У якості індуктора використовували аденозиндифосфат (АДФ) в концентрації 10 мкмоль/л. Запис агрегатограм проводився при 37° С протягом 10 хвилин. Подальший аналіз агрегаційної кривої включав у себе оцінку типу агрегатограми і визначення наступних показників: 1) ступеня агрегації – максимального % світлопропускання плазми; 2) часу досягнення максимальної швидкості агрегації – часу досягнення максимального % світлопропускання; 3) швидкості агрегації, що розраховується через 30 секунд після початку агрегації тромбоцитів.

Статистична обробка результатів досліджень проводилася непараметричним методом за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

Отримані результати. При вивченні впливу еналаприлу на функціональну активність тромбоцитів щурів з генетично детермінованою артеріальною гіпертензією при концентрації індуктора агрегації АДФ 10 мкмоль/л спостерігали достовірне зниження ступеня агрегації тромбоцитів у SHR-щурів, які отримували еналаприл ($42,3 \pm 3,7$ %), в порівнянні з аналогічними показниками у тварин без монотерапії препаратом ($58,7 \pm 2,2$ %). Достовірно нижче була і швидкість агрегації в експериментальній групі 2 в порівнянні з групою 1 ($49,5 \pm 3,4$ %/хв, $80,9 \pm 1,1$ %/хв, відповідно). Час досягнення максимальної швидкості агрегації при цьому виявився менше за відповідний показник щурів 1 групи ($135,0 \pm 9,1$ с, $145,6 \pm 7,9$ с відповідно). Однак ця різниця не була статистично значущою. Форми агрегаційних кривих (однофазна, оборотна агрегація) не відрізнялися в двох експериментальних групах.

Висновки. Зміни тромбоцитарної ланки гемостазу в групі тварин, яким була проведена терапія еналаприлом, виражаються в ослабленні агрегаційної активності тромбоцитів у досліджуваному періоді. Таким чином, застосування препарату еналаприл сприяє зниженню запального процесу в терапії артеріальної гіпертензії, має виражений антиагрегаційний ефект, що знижує ризик розвитку тромбозів.

РОЛЬ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗ ТА ТКАНИННИХ ІНГІБІТОРІВ В КИШКОВОМУ КАНЦЕРОГЕНЕЗІ

Пирогова З.О.

Запорізький державний медичний університет

Процес пухлинної інвазії та метастазування - багатоетапний феномен, в ході якого ракові клітини взаємодіють з клітинним мікрооточенням пухлини, екстрацелюлярним матриксом і базальними мембранами. Ключову роль в деградації позаклітинного матриксу відіграють протеолітичні ферменти - цистеїнази, аспарагінова і серинові протеази, а також матриксні металопротеїнази (ММП).

Сімейство ММП включає 26 ферментів, що представляють собою цинк-залежні ендопептидази. У відповідності до структурних та функціональних особливостей, ММП поділяються на желатинази, колагенази, стромелізіни і матрілізіни, сукупність яких забезпечує деградацію всіх компонентів екстрацелюлярного матриксу. Активність ММП регулюється низкою цитокінів, а також їх фізіологічними антагоністами - тканинними інгібіторами матриксних металопротеїназ (ТІМП). В даний час відомо 4 види ТІМП, які виявляються в тканинах людини. Збалансоване взаємодія між ММП та ТІМП забезпечує підтримання гомеостазу в позаклітинному просторі. Дисбаланс між експресією даних ферментів може грати ключову роль в забезпеченні можливості ракової інвазії і метастазування.

У ряді досліджень було показано, що експресія ММП і ТІМП в раку товстої кишки (РТК) перевищує таку в нормальній слизовій оболонці товстої кишки. Рівень експресії ММП-9 є незалежним прогностичним маркером для РТК. Експресія ММП-9, що грає ключову роль в руйнуванні базальних мембран, значимо вище в помірно - (G₂) та низькодиференційованому (G₃) РТК в порівнянні із високо диференційованим (G₁) раком, а також в РТК В, С та D стадій за класифікацією Dukes в порівнянні з карциномою А стадії. Крім того, гіперекспресія ММП-9 асоціюється із поганим прогнозом для життя хворих.

ММП і ТІМП відіграють значну роль в трансформації аденоми в карциному товстої кишки. За даними Bengi G. et al. (2015) експресія ММП-7 і ТІМП-1 в аденомі значимо вище, ніж в нормальній слизовій, а в карциномі - в значимо вище, ніж в аденомі. Експресія ММП-2, ММП-9, ТІМП-1 і ТІМП-2 значно вище в аденомах з важкою дисплазією в порівнянні з аденомами з легкою дисплазією. Тому дані маркери

використовуються для вивчення ранніх етапів кишкового канцерогенезу: за рівнем експресії ММП-2, ММП-9, ТІМП-1 і ТІМП-2 можна розрізнити аденому з легкої і важкої дисплазією, що дає можливість індивідуальної оцінки ризиків для пацієнта.

Таким чином, експресія ММП і ТІМП, безумовно, відіграє значну роль в прогресії РТК і має діагностичну цінність. Однак, питання про прогностичної цінності ММП і ТІМП щодо ранніх етапів кишкового канцерогенезу все ще залишається відкритим.

Етіологічна структура завізних випадків малярії в Запорізькій області

Рябоконт Д.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Малярія є найпоширенішою в світі трансмісивною протозойною хворобою. Щорічно реєструється більше 220 млн випадків. Малярія є ендемічною інфекцією та регулярно реєструється в 91 країні світу (Африки, Центральної та південної Америки, Азії). В деяких регіонах захворюваність залишається на тому ж рівні, що й 150 років тому. Щорічно гинуть від малярії до 500 тисяч людей, що в 15 разів більше, ніж від СНІДу. З числа летальних випадків від малярії 98 % припадає на тропічну малярію. В сучасних умовах міграції населення особливого значення набуває проблема завізної малярії в неендемічні регіони.

Мета дослідження – з'ясувати особливості етіологічної структури завізних випадків малярії в Запорізькій області за 2001-2018 рр.

Матеріал і методи. Проаналізовано статистичні дані щодо етіологічної структури 27 завізних випадків малярії в Запорізькій області за період 2001-2018 р.р. за даними паразитологічного відділу Запорізького обласного лабораторного центру Державної санітарно-епідеміологічної служби (завідувач – Зарудна О.В.).

Отримані результати. Встановлено, що в Запорізькій області майже щорічно фіксуються завізні випадки малярії із максимальною їх кількістю в 2001, 2013, 2017 роках. В етіологічній структурі завізних випадків малярії суттєво переважає тропічна малярія, яка викликана *Plasmodium falciparum*, частка якої в загальній структурі склала 74 %. Рідше реєструвалася малярія, викликана *Pl. vivax* (14,8 %) та *Pl. ovale* (11 %).

Аналіз географічних регіонів, з яких була завезена малярія, показав, що всі випадки тропічної малярії були завезені з країн Африки, частіше з Нігерії (30 %) та Конго (35 %). Випадки малярії, які збудниками яких були *Pl. vivax* й *Pl. ovale*, були завезені не лише із різних країн Африки, а й з країн Азії, та навіть Латинської Америки. Епідеміологічні дані свідчать, що завізні випадки малярії частіше були пов'язані із службовими відрядженнями: в 90 % при малярії *falciparum* і в 57,1 % при малярії *vivax* та *ovale*. Інфікування малярією *vivax* відбулось також у туристки, яка перебувала на відпочинку в Домініканській республіці. На особливу увагу заслуговують випадки малярії у іноземних студентів, які після 5-6 річного перебування в Україні, відвідали свою країну, а саме Нігерію, та внаслідок інфікування мали маніфестацію тропічної малярії.

Особи, які проживають в неендемічних регіонах, перед подорожжю в ендемічні з малярії регіони повинні розпочати хіміопрофілактику. Проте серед хворих на малярію більшість не отримували хіміопрофілактику при перебуванні в ендемічному регіоні: 65 % пацієнтів з тропічною малярією та 71,4 % пацієнтів з малярією *vivax* та *ovale*. Серед хворих на тропічну малярію 15 % приймали препарати нерегулярно. Звертає на себе увагу, що кожен п'ятий хворий отримував хіміопрофілактику, яка виявилася малоефективною. Причиною неефективності в таких випадках була резистентність збудника малярії до профілактичних.

Експерти ВООЗ вважають, що інформування осіб при виїзді в ендемічні регіони про ризик захворювання на малярію й розпізнавання симптомів захворювання є пріоритетними цілями консультації мандрівників перед подорожжю в ендемічні регіони.

Висновки:

1. В Запорізькій області майже щорічно фіксуються завізні випадки малярії. В етіологічній структурі завізних випадків малярії суттєво переважає тропічна малярія, яка викликана *Plasmodium falciparum* (74 %), які були завезені з країн Африки, частіше з Нігерії (30 %) та Конго (35 %).

2. Завізні випадки малярії частіше пов'язані із службовими відрядженнями: в 90 % при малярії *falciparum* і в 57,1 % при малярії *vivax* та *ovale*. Серед хворих на малярію більшість не отримували хіміопрофілактику при перебуванні в ендемічному регіоні: 65 % пацієнтів з тропічною малярією та 71,4 % пацієнтів з малярією *vivax* та *ovale*.

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ГЕЛЬМІНТОЗІВ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Савченко Д.О., Ємець Т.І.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Гельмінтози є соціально обумовленими захворюваннями, які в сучасних умовах є одним з факторів, що визначають стан здоров'я населення. В Україні щорічно реєструється більш ніж 400 тис випадків цих інвазій. В останні роки відзначається збільшення ураження гельмінтозами населення, насамперед нематодозами, а також набуває значення збільшення випадків дирофіляріозу, який в Україні є єдиним гельмінтозом при якому реалізується трансмісивний шлях передачі. При цьому з'являються повідомлення про завізні випадки екзотичних для нашої країни гельмінтозів. Відомо, що гельмінтози чинять різноспрямований вплив на організм хазяїна, що призводить до погіршення перебігу соматичних захворювань та навіть розвитку онкопатології.

Мета дослідження – з'ясувати особливості етіологічної структури гельмінтозів в Запорізькій області за останні десять років.

Матеріал і методи. Проаналізовано статистичні дані щодо етіологічної структури виявлених 43186 гельмінтозів в Запорізькій області за період 2009-2018 р.р. за даними паразитологічного відділу Запорізького обласного лабораторного центру Державної санітарно-епідеміологічної служби (завідувач – Зарудна О.В.).

Результати дослідження. В етіологічній структурі гельмінтозів в Запорізькій області протягом останніх десяти років суттєво переважав ентеробіоз (97,7 %), який є контактним гельмінтозом, що відображає загальні закономірності ураження населення гельмінтами в Україні.

В структурі інших гельмінтозів, за винятком ентеробіозу, переважали геогельмінтози, а саме аскаридоз (42,3 %) та трихоцефальоз (21,3 %). Дирофіляріоз, викликаний *Dirofilaria repens*, реєструвався щорічно, а його частка в структурі інших гельмінтозів склала 14,7 %. Дирофіляріозом хворіли частіше дорослі (95,5 %) із локалізацією цієї нематоди в підшкірній клітковині повік (45,5 %) або обличчя (26,4 %). Ехінококоз, викликаний *Echinococcus granulosus*, щорічно реєструвався в Запорізькій області, а його частка в структурі інших гельмінтозів склала 4 %. Переважно ехінококоз виявлявся у дорослих людей (91,8 %), які мали епідеміологічний ризик інфікування на цей гельмінтоз (61,2 %). В 2018 році в Запорізькій області було зафіксовано один випадок завізного японського шистосомозу після перебування на острові Балі.

Висновки. В Запорізькій області протягом 2009-2018 р.р. в етіологічній структурі гельмінтозів значно переважає ентеробіоз (97,7 %). В структурі інших гельмінтозів, за винятком ентеробіозу, переважають аскаридоз (42,3 %) та трихоцефальоз (21,3 %). Частка дирофіляріозу складає 14,7 %, для якого характерно частіше ураження дорослих (95,5 %) із локалізацією гельмінта в підшкірній клітковині повік (45,5 %) та обличчя (26,4 %). Частка ехінококозу складає 4 %, найчастіше хворіють дорослі (91,7 %). Зафіксовано поодинокий випадок екзотичного для нашої країни японського шистосомозу.

EVALUATION OF ANTIARRHYTHMIC AND CARDIOPROTECTIVE PROPERTIES OF SOME 8-AMINOSUBSTITUTED OF 7- β -HYDROXY- γ -m-ETHYLPHENOXYPROPYLXANTHINE

Samura I.B., Ngene Ch. B., Yousfi K., Darah C.
Zaporizhzhia State Medical University

Despite huge improvements in cardiovascular care and the decline in cardiovascular deaths over the past several decades due to improved preventative strategies, the incidence of sudden cardiac death (SCD) as a proportion of overall cardiovascular deaths has increased. SCD and arrhythmias continue to represent a major international public health problem and is still the biggest killer worldwide, accounting for 17 million deaths every year with sudden cardiac death accounting for 25 % of these. Development of new effective and devoid of side effects antiarrhythmic drugs (AADs) remains an actual problem of modern pharmacology. The purpose of this research was to investigate the antiarrhythmic properties and effect on circulatory system of some new synthesized 8-aminosubstituted of 7- β -hydroxy- γ -m-ethylphenoxypropylxanthines.

Materials and methods. The study was carried out on mature white nonlinear male rats weighing 170-210 g collected from the breeding center of Institute of Pharmacology and Toxicology of the Academy of Medical Sciences of Ukraine. The control and study groups consisted of 7 animals each. Some newly synthesized compounds in a series of 8-aminosubstituted of 7- β -hydroxy- γ -m-ethylphenoxy-propylxanthine (compounds 1-10) synthesized by Professor Romanenko M.I. at the Department of Biological Chemistry (the head of Department, Professor Alexandrova K.V.) of Zaporozhye State Medical University were the object of the research. The LD₅₀ of investigated compounds were calculated according to the method of Litchfield and Wilcoxon with application χ^2 .

The determination of antiarrhythmic activity of compounds studied was performed using an intravenous injection. Arrhythmias were evoked in rats anesthetized with sodium thiopental (40mg/kg, ip) by a single iv injection of calcium chloride at a dose of 250 mg/kg, adrenaline hydrochloride 0.3mg/kg, or aconitine (40 mcg/kg), in a volume of 1 mL/kg. As reference drugs Procainamide and Ajmaline were injected once intravenously at a dose of 20 mg/kg and 2 mg/kg respectively. Electrocardiographic studies were carried out on EEGP4-02 apparatus using second standard (bipolar extremity) lead at a tape speed of 50 mm/s within 10 min. The frequency of supraventricular and ventricular arrhythmias were calculated in each group.

Results. The analysis of the obtained results on the calcium chloride, adrenaline hydrochloride, and aconitine model of arrhythmias showed that some of 8-aminosubstituted of 7- β -hydroxy- γ -m-ethylphenoxypropylxanthines possess antiarrhythmic properties. The most prominent antiarrhythmic activity was demonstrated by 3-methyl-7- β -hydroxy- γ -m-ethylphenoxypropyl-xanthin-8-yl-N-methylpiperazine (compound 1) that has N-methylpiperazine substitute in the 8th position of xanthine bicycle. In a conditional therapeutic dose of 24.5 mg/kg compound 9 decreased the incidence of calcium chloride, adrenaline hydrochloride and aconitine evoked arrhythmias by 71.4%, 37% and 50% respectively. Substitution of N-methylpiperazine radical by morpholino (compound 4) or (imidazolyl-1)-propylamino (compound 7) radicals led to a decrease in antiarrhythmic activity. The compounds 1, 4 and 7 decreased heart rate by 10 to 18%, prolonged P-Q section, QRS complex and Q-T interval. The most potent and significant negative chronotropic effect and markedly prolonged duration of P-Q section was demonstrated by compound 1.

Conclusions. The influence of investigated compounds on ECG components suggests that activity of compound 1 is similar to class 1A anti-arrhythmic compounds according to Vaughan-Williams classification of antiarrhythmic drugs, because of prolongation of P-Q and Q-T intervals and extension of QRS complex.

The findings suggest that 3-methyl-7- β -hydroxy- γ -m-ethylphenoxypropyl-xanthin-8-yl-N-methylpiperazine can be a perspective agent as a non-toxic compound with antiarrhythmic properties to create a new highly efficient antiarrhythmic drug.

КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЕРИТРОПОЕТИНУ В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ

Саржевська А.В., Кравцов Д.В., Рябих Н.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Велика кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних з низьким рівнем Нв у хворих, дефіцитом донорської крові, великою потенційною небезпекою передачі з донорською кров'ю вірусних інфекцій, можливими посттрансфузійними реакціями та ускладненнями, можуть призводити до фатальних ускладнень. Тому актуальним вирішенням цих проблем є використання фармакологічної корекції рівня Нв. Одним із можливих шляхів корекції є використання стимулятора еритропоезу – еритропоетину.

Мета дослідження: вивчення впливу стимулятора еритропоезу – еритропоетину на рівень гемоглобіну та швидкість репарації пошкоджених тканин у хворих з тромбоемболією стегново-підколінного сегменту та з анемією I ступеню.

Матеріал і методи. В дослідження включено 14 хворих, середній вік склав $47,5 \pm 3,9$ років, з тромбоемболією стегново-підколінного сегменту та з анемією I ступеню, що потрапили на ургентну операцію в відділення судинної хірургії КУ «ЗОКЛ». Всім пацієнтам, що були включені в дослідження за власної згоди, проведено клініко-діагностичне обстеження згідно протоколів надання медичної допомоги в повному обсязі. Показники коагулограми при включенні в дослідження відповідали референтним значенням. Хворі були розподілені на дві групи: I-а група (n=9) хворих, яким безпосередньо перед оперативним втручанням було введено рекомбінантний еритропоетин (рЕПО) в дозі 600 МО/кг та II-а, контрольна, група (n=5) хворих, які не отримували коректорів рівня гемоглобіну. На третю добу аналізували показники червоної крові (рівень гемоглобіну та приріст ретикулоцитів) та коагулограму.

Отримані результати. Під час післяопераційного періоду відзначалося покращення клінічного стану пацієнтів в обох групах. У хворих I-ї групи на 3-5 добу було зафіксовано поява ретикулоцитів (4,2% $p < 0,05$). На 6-7 добу відзначався приріст Нв на 12,6 г/л ($p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою, також було зафіксовано скорочення часу загоєння післяопераційних ран та швидше одужання пацієнтів в порівнянні з контрольною групою на 2,3 доби.

Висновки:

1. Застосування рекомбінантного еритропоетину призводить до більш швидкого одужання після оперативного втручання у хворих з тромбоемболією стегново-підколінного сегменту та з анемією I ступеню.
2. У пацієнтів, яким вводився рЕПО, відзначалися вірогідні зміни проліферації ретикулоцитів та збільшення рівня гемоглобіну.
3. Проведені дослідження показали, що терапія еритропоетином зменшує потребу в трансфузії донорської крові.

ВПЛИВ НАВЧАННЯ ЗА ФАХОМ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ» НА ДОТРИМАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТАМИ ПЕРШОГО І ДРУГОГО КУРСІВ ЗДМУ

Свириденко А.І., Ляхова І.М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Згідно нової Загальної програми роботи ВООЗ на 2019-2023 рр., важливою умовою виконання завдань, що зв'язані зі здоров'ям населення, стане розгортання, орієнтованих на потреби людей, служб первинної медико-санітарної допомоги, які в першу чергу спрямовані на формування здорового способу життя (ЗСЖ) і профілактику захворювань в доповненні до надання безпечних, ефективних і якісних лікувальних послуг. Необхідність дотримання ЗСЖ виходить з того, що багатьох причин пошкодження стану здоров'я можна уникнути, якщо виконувати загальні рекомендації щодо харчування, необхідних фізичних навантажень, гігієни, закалювання тощо. Значна роль в цьому процесі належить просвітнянській і лікувально-профілактичній діяльності.

Мета дослідження – виявлення впливу навчання за фахом «Фізична терапія, ерготерапія» на дотримання ЗСЖ студентами I-го і II-го курсів ЗДМУ.

Матеріал і методи: аналіз і синтез літературних джерел, анкетування, порівняння, оцінка і узагальнення результатів дослідження, методи математичної статистики.

Отримані результати. За І. М. Ляховою, ЗСЖ – це стійка форма життєдіяльності людини (сукупність звичок), що визначає її життєвий шлях, яка заснована на її переконаннях і ціннісних орієнтаціях щодо зміцнення і збереження здоров'я. За даними ВООЗ, на 50-55% здоров'я людини залежить від способу життя, який вона обрала, а отже від її поведінки та власних зусиль. «Саму серйозну увагу слід приділяти навчанню дітей і дорослих ЗСЖ – науці про те, як бути здоровим» (М. О. Семашко).

На думку К. П. Мелеги, М. Ю. Щерби, здоров'язбережувальне навчання повинно стати найвищою мірою самоорганізації в самоактуалізації особистості у майбутній життєдіяльності та обраній професії. Різні аспекти здоров'язбережуваної діяльності студентства висвітлено в багатьох працях науковців (М. М. Гасимова, Р. В. Гасимов, Н. Н. Завидівська та ін.).

Між тим, ряд аспектів щодо дотримання ЗСЖ студентами, які навчаються у медичних ЗВО за фахом «Фізична терапія, ерготерапія», потребують наукового обґрунтування. На підставі проведеного нами анкетування студентів I і II курсів ЗДМУ, зазначеної вище спеціальності, було отримано результати дослідження, що характеризують динаміку показників ЗСЖ за навчальний рік.

Так, на підставі тестування було визначено, що 54% дівчат (Д) і 37,2% хлопців (Х) I курсу систематично дотримуються елементарних правил гігієни (миття рук, ніг, чистки зубів); 42,3% Д і 44,3% Х роблять це періодично. Разом із тим, в 3,7% Д і 18,5% Х ці звички зовсім не сформовані та студенти згадують про гігієну тіла лише інколи. Через рік професійної підготовки в ЗДМУ і вивчення цілої низки дисциплін, що забезпечують формування, збереження і зміцнення здоров'я людини, студенти II курсу поліпшили цей показник.

Так, стали систематично дотримуються елементарних правил гігієни тіла 77,8% Д і 42% Х; періодично – 13,3% Д і 48,9% Х; інколи – 8,9% Д і стільки ж Х. 31,6% Д і 77,4% Х I курсу мають відмінну фізичну підготовленість і легко забігають на 5-й поверх; 54,9% Д і 22,6% Х також добре справляються з цим завданням, проте під кінець бігу втомлюються; 13,5% Д виконують його важко із задишкою, що потребує систематичних занять фізичними вправами. За показником рухової активності 20,4% Д і 34,8% Х виявилися фізично активними; 30,9% Д і 33,9% Х виявляють фізичну активність тоді, коли їх змусять робити це батьки, гуляють на повітрі менше 1-ї години; для 48,7% Д і 31,3% Х притаманний малорухливий спосіб життя (ніколи не роблять зарядку, гуляють на повітрі тільки по вихідним, проводять багато часу за телевізором і в Інтернеті, готуються до н/занять більше 3 г., не займаються в спортивній секції або в танцювальному гуртку).

Через рік професійної підготовки в ЗДМУ рухова активність і Д, і Х значно зросла: фізично активними виявилися 36,7% Д і 45,6% Х; менш активними були 33,3% Д і 24,4% Х; однак, все ж таки в 30% Д і 30% Х спостерігалася знижена рухова активність. Звичка їсти солодощі відсутня у 10,4% Д і у 24,3% Х (їдять їх тільки в свята і неділі); майже щодня їдять солодощі 51,5% Д і 31,4% Х; вживають їх коли і скільки захочуть 38,1% Д і 44,3% Х.

Через рік професійної підготовки в ЗДМУ у Д відбулися незначні позитивні зміни в харчуванні щодо відмови від солодощів (показник склав 13,3%), в Х – значні позитивні зрушення (показник склав 60%); знизилася кількість Д і Х, які вживають солодощі щодня (показники склали 33,3% і 20% відповідно); проте 53,4% Д і 20% Х вживають їх без обмежень. Маса тіла за росто-ваговим показником відповідає нормі в 58,9% Д і в 59,8% Х; незначне перебільшення ваги тіла було констатовано в 26% Д і в 35,6% Х; та все ж в 15,1% Д і в 4,6% Х вона значно перевищує норму.

Через рік професійної підготовки в ЗДМУ кількість студентів, маса яких відповідає нормі, значно збільшилася (в 80% Д і стільки ж в Х); в 16,7% Д і в 20% Х вона трохи перевищує норму; і тільки в 3,3% Д було визначено значне перевищення маси тіла від норми. Емоційне благополуччя є характерним для 50,2% Д і 63,7% Х I курсу; пару разів на тиждень плачуть 30,4% Д і 4,9% Х; та як не дивно майже щодня плачуть 19,4% Д і 1,6% Х.

Через рік професійної підготовки в ЗДМУ відбулися незначні позитивні зміни щодо емоційного благополуччя і в Д II курсу цей показник склав 56,7%. В Х II курсу, навпаки, цей показник знизився на 13,7%; пару разів на тиждень плачуть 36,7% Д і 20% Х; майже щодня плачуть 6,6% Д і 3,4% Х. Дотримуються режиму сну тільки 4,6% Д I курсу (лягають спати о 21-21.30 г.); після 22 лягають спати 51,3% Д і 32,8% Х; та 44,1% Д і 67,2% Х зовсім не дотримуються режиму сну.

Через рік професійної підготовки в ЗДМУ у Д II курсу на відміну від Х II курсу за цим показником відбулися значні позитивні зміни (16,7% Д стали лягати спати о 21-21.30 г.); після 22 г. лягають спати 53,3% Д і 6,7% Х; та доволі значний % склали студенти, які не дотримуються режиму сну (44,1% Д і 93,3% Х). Один

раз в 2 роки застуджуються 4,1% Д і 7,8% Х, що говорить про доволі хороший імунітет; 1 раз у рік – 21,4% Д і 40,5% Х; кілька разів на рік застуджуються 75,5% Д і 51,7% Х.

Через рік професійної підготовки в ЗДМУ і в Д, і в Х відбулися значні позитивні зміни за цим показником. Так, 16,7% Д і 46,6% Х II курсу хворіли лише 1 раз в 2 роки; 1 раз на рік застуджувалися 33,3% Д і 25,7% Х; та все ж не дивлячись на значні позитивні зрушення, слабкий імунітет спостерігався в 50% Д і в 27,7% Х.

Висновки. Отже, процес здобуття студентами медичних знань, умінь і навичок в ЗДМУ позитивним чином впливає на дотримання ними ЗСЖ. Цей факт дозволить їм відповідально підходити не тільки до свого здоров'я, а й надавати кваліфіковану медичну допомогу населенню з врахуванням сучасних стратегічних напрямів розвитку медицини.

ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ FINDRISC ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ СЕРЕД ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ МКЛ №13

Синєпол А., Ситіна І.В.

Харківський національний медичний університет

Вступ. Однією із найважливіших медико-соціальних проблем сучасності є підвищення рівня захворюваності на цукровий діабет (ЦД). За оцінкою ВООЗ, ЦД займав сьоме місце серед причин смертності у 2016 році. Особливу увагу слід звернути на інсулінонезалежну форму – ЦД 2 типу, факторами розвитку якого є надмірна вага, малорухливий спосіб життя, неправильне харчування, паління, підвищення артеріального тиску та спадкова схильність. Наслідком впливу зазначених факторів є неефективне використання ендogenous інсуліну, підвищення резистентності тканин організму до його дії. Клінічним відображенням цього стану є гіперглікемія. Прогресування хвороби призводить до розвитку ускладнень у вигляді мікро – та макроангіопатій, що клінічно проявляється діабетичною ретинопатією з розвитком сліпоти, нейропатією з появою виразок і некрозу тканин та ампутацією нижніх кінцівок, нефропатією та крайнім проявом – нирковою недостатністю. Саме тому профілактика розвитку і своєчасне діагностування ЦД 2 типу є важливою основою для запобігання ускладнень.

Матеріал і методи. Обстежено 28 серед хворих терапевтичного відділення м. Харків. Чоловіків – 21,4%, жінок – 78,6%, середній вік становив – 54±6 років. Після отримання попередньої згоди, проведено анкетування згідно зі шкалою FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score), вимірювання об'єму талії (ОТ), визначення зросту і маси тіла з подальшим обчисленням індексу маси тіла (ІМТ) та підрахунком загальних балів.

Отримані результати. За даними ІМТ – нормальну масу тіла мали 39,3% осіб, надмірну масу тіла – 32,1%, ожиріння – 28,6%. Абдомінальне ожиріння (значення ОТ понад 80 см у жінок і 94 см у чоловіків) виявлене у 67,9% обстежених. Згідно з опитуванням 50% – не споживають овочі, фрукти, ягоди кожного дня, 17,9% – характеризувались гіподинамією, антигіпертензивні препарати приймають щоденно 35,7%, підвищений рівень глюкози виявляли хоча б один раз у 17,9%, наявність цукрового діабету у родичів першою лінією – у 14,3%, другою – у 35,7%.

При підрахунку загальної суми балів за шкалою FINDRISC, було з'ясовано, що низький ризик розвитку ЦД 2 типу (1 зі 100 осіб, або 1%) мали 28,6% осіб, незначно підвищений ризик (1 із 25 – 4%) виявлений у 28,6%, помірний (1 із 6, або 17%) – 17,8%, високий (1 із 3, або 33%) – у 25% обстежених осіб. При проведенні кореляційного аналізу (Pearson), були встановлені щільні прямопропорційні взаємозв'язки між віком та ІМТ, ОТ, прийомом антигіпертензивних препаратів (R 0,7). Слабкі прямопропорційні взаємозв'язки між гіподинамією та віком, ожирінням, виявленою гіперглікемією (R 0,3) та щільні з прийомом антигіпертензивних препаратів (R 0,7). Виявлена гіперглікемія мала прямопропорційний зв'язок з віком, гіподинамією, відсутністю достатньої кількості овочів у раціоні, прийомом антигіпертензивних препаратів та з наявним ЦД у родичів 1-ої лінії (R 0,3).

Висновки. Високий ризик розвитку ЦД 2 типу, за даними шкали FINDRISC, мали 25% обстежених осіб, помірний – 17,8%, низький та незначний 57,2%. Отримані дані про взаємозв'язки між підвищеним рівнем глюкози у крові та віком, гіподинамією, відсутністю достатньої кількості овочів у раціоні, прийомом антигіпертензивних препаратів та з наявним ЦД у родичів 1-ої лінії – свідчать про вплив даних факторів на розвиток гіперглікемії та ЦД 2 типу.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ОЧЕЙ І ПРИДАТКОВОГО АПАРАТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Тіткова О.Ю., Дорошенко Е.Ю., Гурєва А.М., Сазанова І.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. За даними всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2013) близько 1 мільярду населення страдає міопією. Це викликано збільшенням навантаження на зоровий аналізатор під час інформатизації сучасного суспільства і підвищення вимог до професійної компетентності працівників, які мають бути більш конкурентними у сучасному світі. Значущим це є для студентської молоді – саме в цей період навчальні навантаження сягають критичних меж, що може викликати різні порушення зору (міопію).

Мета дослідження: визначити найбільш ефективні засоби фізичного виховання що використовуються у профілактиці захворювань очей і придаткового апарату.

Матеріал і методи. В практиці фізичного виховання стурбованість викликає збільшення кількості студентів, які, за станом здоров'я, віднесені до спеціальної медичної групи (О.З. Блавт, 2016). У процесі дослідження використано наступні методи: аналіз та узагальнення даних наукової літератури, збір скарг та анамнезу, визначення гостроти зору за допомогою таблиці Сівцева-Головіна для дорослих, розробка комплексів спеціальних вправ для корекції гостроти зору.

Отримані результати. За даними щорічних медичних оглядів студентів ЗДМУ професорсько-викладацьким складом кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я та профільних лікарів у структурі виявлених патологій найбільшу частку складають захворювання очей і придаткового апарату – 21,98%.

Деталізовані результати щорічних медичних оглядів студентів 1-2 курсів I-III медичних і фармацевтичного факультетів ЗДМУ в 2018-2019 н.р. переконливо свідчать, що в структурі загальної патології захворювання очей і придаткового апарату становлять: I медичний факультет (підготовча група – 21,83%, спеціальна медична група–8,45%, усього–30,28%); II медичний факультет (підготовча група–12,90%, спеціальна медична група–7,52%, усього–20,42%); III медичний факультет (підготовча група–9,76%, спеціальна медична група–14,63%, усього–24,39%); фармацевтичний факультет (підготовча група–9,74%, спеціальна медична група–6,15%, усього–15,89%).

Серед симптомів міопії спеціалісти виокремлюють скарги на поганий зір вдаль, труднощі при читанні, відчуття літаючих «метеликів» перед очима. Також не виключено раптове різке зниження зору в результаті крововиливу або відшарування сітківки (Т. Гусєв, А. Дяченко, 2010). Серед комплексу заходів, які спрямовані на профілактику даного захворювання, часто ігноруються значущі чинники фізичного виховання-раціональний режим навчання та відпочинку, збалансоване харчування, оптимальна фізична активність і нічний сон. Тривалі спостереження за студентами, які страждають на міопію різного ступеня, показали їх недостатню фізичну підготовленість (Джочка Л.Р., Довганич Н.В., 2015).

Науковцями встановлено, що оптимальна рухова активність і фізичні навантаження малого і середнього ступеня сприяють поліпшенню акомодативної очей, підвищенню працездатності очних м'язів, зміцненню склери очей (Хавруняк І., 2016). На думку професорсько-викладацького складу кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я, найбільш корисними циклічними вправами при міопії середньої інтенсивності є бігові вправи і плавання, при яких частота серцевих скорочень залишається на рівні 100-140 уд/хв.

Викликаючи приплив крові до очей, ці вправи поліпшують роботу ціліарного м'яза та нормалізують циркуляцію внутрішньоочної рідини. Циклічні вправи високої інтенсивності, а також акробатика, стрибки, вправи на гімнастичних снарядах, що викликають частішання пульсу до 180 уд/хв, призводять до значної довготривалої ішемії очей, тому протипоказані при міопії. Студентам зі слабким ступенем міопії рекомендовані спортивні ігри невеликої інтенсивності, при яких відбувається перемикання зорового аналізатору поперемінно на близьку, середню та далеку відстань. Ігрові види спорту: волейбол, баскетбол, теніс і настільний теніс, при незначній інтенсивності фізичних навантажень, сприятливо впливають на здатність для акомодативної очей і тренують очні м'язи (ціліарний м'яз; м'яз, який розширює зіницю; м'яз, який звужує зіницю; прямий та косий м'яз ока), запобігають прогресуванню патологічних змін зорового аналізатору. Студентам із середнім ступенем міопії рекомендовано обмежувати інтенсивність практичних занять з фізичного виховання, а також стрибкові види фізичної активності.

Висновки. Практичні заняття з фізичного виховання необхідно доповнити спеціальними вправами, які спрямовані на зміцнення ціліарного м'язу ока, м'язів які розширюють зіницю; м'язів, які звужують зіницю; прямих та косих м'язів ока)гімнастикою для очей, дихальною гімнастикою, лікувальною фізичною культурою. Перспективи подальших досліджень ґрунтуються на необхідності проведення багаторічних досліджень з метою виявлення рівня ефективності впливу засобів фізичного виховання на захворювання очей і додаткового апарату студентів ЗДМУ та можливостей їх відповідної корекції.

ЕКСПРЕСІЯ ЦИСТЕЇНОВИХ ПРОТЕЇНАЗ ТА МОЖЛИВОСТІ МОДУЛЯЦІЇ АПОПТОЗНОЇ ПРОГРАМИ L-АРГІНІНОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Тягла О.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і артеріальної гіпертензії (АГ) взаємно обтяжує перебіг коморбідності та погіршує прогноз хворих. Дослідження патогенетичних механізмів апоптозу у цієї когорти пацієнтів, а також оцінка динаміки маркерів цього процесу при лікуванні є важливим у розробці стратегій терапії цієї комбінації захворювань.

Мета дослідження: оцінка метаболізму каспази-7 та 9 у пацієнтів на тлі хронічного обструктивного захворювання легень в поєднанні з артеріальною гіпертензією та дослідження клінічної ефективності препарату «Тивортин» в регуляції порушень каскаду цистеїнових протеїназ.

Матеріал і методи. Було обстежено 23 хворих з діагнозом гіпертонічна хвороба (ГХ) II стадії і ХОЗЛ II стадії без клінічно значущої супутньої патології, середній вік $51,72 \pm 1,22$ (49,33-54,09) року (гендерний склад: 22 чоловіка і 1 жінка), статус паління можна порівняти з хворими на ХОЗЛ, 18 хворих ГХ обох статей у віці від 33 років до 67 року (середній вік $50,74 \pm 1,49$ (47,81-53,76) ; співвідношення чоловіки / жінки 17 / 83%), II стадії захворювання з рівнем АГ I-III ступеня, різного кардіоваскулярного ризику, без адекватної систематичної антигіпертензивної терапії, а також 18 пацієнтів з ХОЗЛ II стадії, середній вік $50,32 \pm 0,99$ (48,22-52,16) років (гендерний склад: 14 чоловіків і 4 жінки), тривалість захворювання $7,52 \pm 1,14$. 80% активні курці, індекс пачко-років $17,23 \pm 2,69$, на шкідливий професійний фактор (виробничий) вказали 23,53%. Всі обстежені висловили згоду на участь у проведенні дослідження.

Хворі отримували традиційну базисну терапію. Для оцінки впливу терапії проводили контрольне дослідження через 3 місяці лікування у 15 хворих групи АГ+ХОЗЛ, які отримували базисну терапію в поєднанні з L-аргініном аспаратом, перорально, у вигляді розчину в добовій дозі 3 г (в три прийоми) протягом 12 тижнів.

Вміст каспази-7 і каспази-9 в плазмі крові визначали з використанням відповідних тест-систем ІФА (виробник - Bender Medsystems, Австрія) в Навчальному медико-лабораторному центрі ЗДМУ згідно з доданою до набору інструкцією.

Отримані результати. Пацієнти із АГ мали найнижчі значення каспази-7 серед досліджуваних груп – $0,11 \pm 0,02$ нг/мл, в той час як у хворих на ХОЗЛ цей показник був статистично достовірно ($p < 0,05$) вище на 72,73% - $0,19 \pm 0,04$ нг/мл. Пацієнти із коморбідною патологією в якості ХОЗЛ+АГ демонстрували статистично достовірну ($p < 0,05$) значну елевачію проапоптотичного маркера каспаза-7 до значень $0,41 \pm 0,09$ нг/мл, що на 272,73% вище порівняно із групою хворих на АГ, та на 115,79% більше порівняно із групою пацієнтів із ХОЗЛ.

Динаміка каспази-9 була досить подібна динаміці каспази-7 у експериментальних групах. Наявність у хворих АГ призводило до підвищення рівня даної цистеїн-залежної аспарат-специфічної протеази до $1,45 \pm 0,23$ нг/мл, при обстеженні хворих із ХОЗЛ значення даного маркера становило $1,27 \pm 0,29$ нг/мл, тобто було на 12,41% вище. Найвищий рівень каспази-9 відзначався у третій групі хворих із ХОЗЛ+АГ – $2,16 \pm 0,29$ нг/мл, перевищуючи аналогічний показник першої групи пацієнтів із АГ майже на 50%, та другої групи із ХОЗЛ більше, ніж на 70%, відповідно статистично достовірно ($p < 0,05$). Тобто, коморбідна патологія сприяла більш високому рівню активації апоптотичних процесів в організмі хворих порівняно із групами із монозологією.

Проведена терапія препаратом «Тивортин», у порівнянні із групою із традиційним лікуванням, сприяла більш статистично значному зниженню рівня активності каспази-7 (на 30,43%) та каспази-9 (на 19,14%), відповідно при $p < 0,05$ для усіх випадків, що свідчить про патогенетичну роль екзогенного

донатора L-аргініном в деяких аспектах ініціювання та прогресування програмованої клітинної смерті у хворих із зазначеною коморбідністю.

Висновки. У хворих із АГ на тлі ХОЗЛ має місце більш виражена інтенсифікація процесів апоптозу, в порівнянні з пацієнтами при монопатології. Лікування L-аргініном у складі базисної терапії хворих при АГ на тлі ХОЗЛ супроводжувалося достовірним зниженням активності апоптотичних процесів, що підтверджувалося зменшенням експресії основних представників каспазного ланцюга, що доводить клінічну ефективність та доцільність застосування препарату Тивортин у хворих цієї категорії.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АНОЛІТНОЇ ТА КАТОЛІТНОЇ ВОДИ НА БАКТЕРІАЛЬНУ КУЛЬТУРУ *BACILLUS SUBTILIS* В ПРИСУТНОСТІ АНТИБІОТИКА

Федоров А.І.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Вода має певні фізико-хімічні властивості, які забезпечують їй вирішальну роль у процесах життєдіяльності людини та у розвитку хвороб. Католітна вода повинна стимулювати процеси життєдіяльності пробіотичної бактеріальної культури в тому числі під дією антибіотика. Анолітна вода повинна пригнічувати життєдіяльність даної культури під дією антибіотика та безпосередньо без неї.

Метою дослідження було експериментальне вивчення впливу електроактивованої води на пробіотичну бактеріальну культуру *Bacillus subtilis* в присутності антибіотика Бензилпеніциліну.

Матеріал і методи. В ході дослідження була використана бактеріальна культура *Bacillus subtilis*, виготовлена з пробіотика Біоспорину, в складі якого містився пробіотичний штам даної культури. Для отримання католіту та аноліту проведено діафрагмовий електроліз водопровідної води, інокульовано культуру на поживне середовище. Мікроорганізми забарвлено за допомогою фуксину, досліджено під мікроскопом морфологію бактеріальної культури. Реакцію флори на Бензилпеніцилін досліджено методом антибіотичної активності мікроорганізмів. Загалом опрацьовано 15 груп матеріалів. Розраховані критерії Фішера та Стьюдента.

Отримані результати: встановлена стимулювальна дія католіту на бактеріальну пробіотичну культур *Bacillus subtilis* в присутності антибіотика Бензилпеніциліну. Доведена пригнічувальна дія аноліту в тих же умовах. Значення ОВП залежить від терміну активації питної води. Зона пригнічення росту бактерій на 78% залежить від впливу вивчених чинників. Даний взаємозв'язок є сильним за шкалою. Розраховані критерії Фішера та Стьюдента доводять вірогідність результатів.

Висновки: якість питної води залежить від її окисно-відновного потенціалу. Анолітна вода може додатково пригнічувати стан мікрофлори кишечника людини під час лікування антибіотиками.

ВИВЧЕННЯ РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДЕРЖАВНИХ ТА ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ М. ЛЬВОВА

Фоамборн Д.-М. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Шпитальні інфекції є серйозною професійною небезпекою як для медичного персоналу, так і для пацієнтів. Крім того, інфікований персонал лікарні може перехресно заразити своїх родичів та розповсюджувати інфекцію серед населення в цілому. Навіть у розвинених країнах внутрішньолікарняні інфекції виникають у 5-10% госпіталізованих, а у відділеннях інтенсивної терапії - у понад 25% хворих. Кожен 12-й летальний випадок у лікарнях - результат госпітальної інфекції. Офіційна статистика захворюваності внутрішньолікарняними інфекціями в нашій країні не відображає реальної картини. Щороку реєструють лише декілька тисяч таких випадків, що не відповідає ні світовому рівню, ні загальному стану матеріально-технічного, лабораторного та медикаментозного забезпечення вітчизняних закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження: вивчити і порівняти бактеріологічні ризики, з якими стикаються працівники державних та приватних медичних закладів м. Львова.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження були змиви з рук медичного персоналу, смартфонів, робочих поверхонь та дверних ручок (25 шт.), як у державній, так і у приватній лікарні. Досліджуваний

матеріал вносили у транспортне середовище і доставляли на дослідження. Далі виявлення бактерій проводили бактеріологічним методом. Матеріал культивували на середовищах: молочно-сольовий агар - для виявлення патогенних стафілококів, кров'яний агар - для ентерококів, середовище Ендо - для ентерогрупи, Сабуро - для виявлення грибової флори. Ідентифікували на основі біохімічних властивостей згідно класифікації Д. Берджі. Паралельно до ізолятів ставилася чутливість до антибіотиків методом Кірбі Бауера з метою вивчення резистентності штамів.

Отримані результати. Після бактеріологічного аналізу більшість зразків з приватних і державних лабораторій показали ріст бактерій (50% і 56,66% відповідно). Всі зразки мобільних телефонів з приватної лікарні були заражені принаймні одним видом бактерій (100%) проти 80% з державної лікарні. Дверні ручки були більш забруднені в приватній лікарні, ніж у державній (83,33% і 41,66% відповідно). Робочі поверхні були менш забруднені в приватній лікарні, ніж в державній, зі значною різницею (50% і 100%, відповідно). Руки медичного персоналу забруднені менш у приватній установі (42%).

Найчастіше висівалися наступні бактерії - *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.*, *E. coli* (найбільший відсоток), *Proteus spp*, *Pseudomonas aeruginosa* та гриби роду *Candida*. Також було виявлено у одному випадку грамнегативну неферментуючу бактерію.

Антибіотикограма ізолятів з обох лікарень показала, що більшість видів бактерій, виділених з мазків, є резистентними до багатьох сучасних антибіотиків.

Висновки. У цьому дослідженні переважання грам + коків можна пояснити тим, що це сапрофітні бактерії, які широко поширені в навколишньому середовищі. Більшість ізольованих штамів стафілококів стійкі до оксациліну, отже, існує ризик поширення стійких штамів за межі лікарні.

В обох лікарнях не дотримуються всіх необхідних норм з дезактивації та дезінфекції. Наявність бактерій на руках персоналу, смартфонах та дверних ручках свідчить про погану особисту гігієну та недотримання вимог з профілактики ВЛІ. Ризик виникнення нозокоміальних інфекцій однаковий для всіх лікарень, незалежно від її статусу.

З огляду на результати цього дослідження, необхідно терміново скласти план додаткових гігієнічних заходів в цих лікарнях. Слід провести додаткові дослідження в інших відділеннях цих та інших лікарнях, щоб оцінити різні ризики зараження.

ЕТАПИ РОЗВИТКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ЩУРІВ В РАННЬОМУ ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Хитрик А.Й., Євтушенко В.М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Актуальною проблемою практичної медицини є лікування захворювань нижнього відділу сечовидільної системи і близько 20% цієї патології припадає на частку сечового міхура.

Мета дослідження: вивчити морфологічні особливості сечового міхура щурів в період раннього постнатального онтогенезу.

Матеріал і методи. Проводилось гістологічне дослідження сечових міхурів 64 щурів. Зміст і маніпуляції над тваринами проводилися згідно «Спільним етичним принципам експериментів над тваринами», прийнятими Першим національним конгресом з біоетики (Київ, 2001). Кількісний аналіз результатів морфометричного дослідження проводили методами варіаційної статистики.

Отримані результати. Нами виявлено що протягом перших 90 днів життя щурів спостерігаються збільшення товщини оболонки стінки сечового міхура; збільшення лімфоцитів, макрофагів, а також лімфоцитарних клітинних скупчень, також спостерігається збільшення кількості судин мікроциркуляторного русла. Дані зміни відбувалися з максимальною виразністю в період 30 днів життя (табл. 1). Такі показники можуть бути пов'язані зі зміною типу харчування щурят, оскільки з 14 по 21 добу у них відбувається перехід з молочного на прирідне харчування.

Таблиця 1

Морфометричні показники структури стінки сечового міхура шурів в ранньому постнатальному періоді

	ВПВСТ	АСО	ВСО	КСО	ДАСО	ДВСО	ВМО	АМО	ВМО	КМО	ДАМО	ДВМО	Л	ЛС
1	3,7±0,6	1,2±0,2	2,2±0,5	9,7±0,7	4,1±0,1	5,1±0,1	69,1±2,8	1,3±0,3	2,4±0,4	9,8±0,7	4,4±0,1	5,6±0,2	1,2±0,2	
7	10,9±1,5	2,2±0,4	1,6±0,4	8,0±0,4	5,2±0,1	7,3±0,5	115,1±19,1	1,6±0,4	2,9±0,6	9,0±2,1	5,4±0,7	6,5±0,2	1,5±0,4	
14	18,1±1,0	2,2±0,7	1,9±0,4	10,6±4,9	6,5±0,8	8,9±0,6	113,2±9,8	1,6±0,4	3,3±0,8	11,1±1,4	5,2±0,2	7,6±0,3	1,4±0,3	
21	12,6±1,9	4,1±2,9	4,3±1,3	21,9±5,1	5,7±0,5	5,2±0,3	137,3±8,4	5,4±2,8	6,0±1,0	11,1±9,6	5,2±0,2	7,6±0,7	2,8±0,6	0,04±0,1
30	29,5±1,1	7,3±1,5	7,2±2,4	24,8±6,9	5,0±0,2	5,9±0,3	134,3±12,2	10,4±0,9	9,3±3,1	30,1±9,2	6,7±0,5	7,5±0,3	8,1±0,8	0,5±0,5
45	35,5±2,5	7,1±2,1	9,5±4,0	19,1±11,6	5,7±0,3	7,0±0,5	251,8±53,4	8,2±6,1	10,0±7,1	22,7±16,1	7,8±0,5	8,5±0,6	10,4±1,7	
60	34,8±2,8	4,9±3,7	6,4±4,1	27,9±2,9	4,8±0,3	5,7±0,3	214,4±57,6	6,8±5,6	8,4±5,6	29,9±8,1	6,0±0,2	6,8±0,6	8,6±1,8	0,08±0,1
90	25,3±1,9	1,8±1,0	2,3±1,2	15,2±7,6	6,0±0,2	9,3±0,6	211,8±14,7	2,2±1,2	3,2±1,7	13,5±6,3	11,3±2,6	10,3±0,7	4,2±0,5	0,09±0,1

Примітки: ВПВСТ – висота пухкої волокнистої сполучної тканини (мкм); АСО – артеріоли слизової оболонки; ВСО – венули слизової оболонки; КСО – капіляри слизової оболонки; ДАСО – діаметр артеріоли слизової оболонки (мкм); ДВСО – діаметр венул слизової оболонки (мкм); ВМО – висота м'язової оболонки; АМО – артеріоли м'язової оболонки; ВМО – венули м'язової оболонки; КМО – капіляри м'язової оболонки; ДАМО – діаметр артеріоли м'язової оболонки (мкм); ДВМО – діаметр венул м'язової оболонки (мкм); Л – лімфоцити; ЛС – лімфоцитарні скупчення.

Висновки. З огляду на результати отриманих даних, в подальшому планується провести дослідження впливу антигенної стимуляції на структуру стінки сечового міхура.

ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІНАЦІЇ ДЕРЕВ РОДУ BETULA НА ЗАПОРІЖЖІ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СПОСТЕРЕЖЕНЬ 2015-2018 РОКІВ)

Хмелевська А.П., Ємець Т.І.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Анемофільні рослини є потужним джерелом алергенів. Коли концентрація пилку листопадних дерев і чагарників роду *Betula* досягає критичної концентрації, у людей з гіперчутливістю до аерозольних алергенів виникає алергічне захворювання – поліноз. На Запоріжжі ситуацію ускладнює забруднення атмосферного повітря – це впливає на термін палінації рослин та змінює антигенну структуру пилку, що сприяє підвищенню її алергенності. Доказана здатність забрудненого пилку індукувати більш виражену сенсibiliзацію та реактивність слизової оболонки носу та бронхів у населення промислових регіонів. Тому актуальним є використання аеробіологічного моніторингу для кращого розуміння механізмів полінації та вдосконалення профілактики виникнення полінозів.

Мета дослідження. Проаналізувати динаміку палінації рослин роду *Betula* у м. Запоріжжі та встановити тенденції зміни алергогенної ситуації на основі даних, отриманих в процесі проведення аеробіологічного моніторингу.

Матеріал і методи. Аналіз особливостей палінації проводився на кафедрі медичної біології, паразитології та генетики ЗДМУ, з використанням даних аеробіологічного моніторингу. Проби відбирались щорічно з 1 березня по 31 жовтня, волкометричним методом.

Отримані результати. За чотири роки спостережень в середньому за рік було визначено 1690.25 пилкових зерен. Інтенсивність палінації мала незначні зміни впродовж 2015-2017 років, так в 2015 р. – 1006 пилкових зерен, в 2016 р. – 1367 пилкових зерен, в 2017 р. – 1331 пилкове зерно, а в 2018 році інтенсивність палінації значно збільшилась і склала 3057 пилкових зерен. Піки палінації припадали на початок та середину квітня, та лише в 2015 р. максимум пилкових зерен спостерігався на початку травня (6.09) – з кількістю 252 зерен/м³, в 2016 р. – 360 зерен/м³ (9.04), в 2017 р. – 352 зерен/м³ (9.04), в 2018 р. – 248 зерен/м³ (15.04). За сезон зазвичай спостерігалось 2-3 піки.

Висновки. Пилкові зерна рослин роду *Betula* досягають максимальної кількості в атмосферному повітрі м. Запоріжжя в квітні-травні і найвищою сумарна кількість пилкових зерен була в 2018 році, найнижчою – в 2015 році. Максимальна кількість пилкових зерен на добу складала 360 – 2016 рік.

ДИНАМІКА ЯДЕРНО-ЦИТОПЛАЗМАТИЧНОГО ВІДНОШЕННЯ КАРДІОМІОЦИТІВ В СЕРЦІ ЩУРІВ В ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ В НОРМІ ТА ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ВВЕДЕННЯ ДЕКСАМЕТАЗОНУ

Чернявський А.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. За даними ВООЗ, станом на 2018 рік серцево-судинні захворювання обумовлюють 44% випадків смерті від неінфекційних захворювань у світі. Вплив несприятливих факторів різної природи в антенатальному періоді може порушувати морфогенез серця та формувати умови для розвитку недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), яка у майбутньому житті підвищуватиме ризик виникнення захворювань серця. У багатьох країнах світу при загрозі передчасних пологів використовують синтетичний глюкокортикоїд дексаметазон для дозрівання системи сурфактанта плоду, але внутрішньоутробний вплив гормону може програмувати розвиток НДСТ та схильність до серцево-судинних захворювань в дорослому віці. Ядерно-цитоплазматичне відношення (ЯЦВ) в клітинах є дуже наглядним показником, що чутливе до різних патологічних процесів в кардіоміоцитах (КМЦ) та за яким можна судити про структуру та функціональний стан міокарду серця.

Метою дослідження було вивчити динаміку ядерно-цитоплазматичного відношення кардіоміоцитів в міокарді серця щурів в постнатальному періоді в нормі та після внутрішньоутробного введення дексаметазону.

Матеріал і методи. Було досліджено 144 серця щурів з 1-ої по 45-ту добу життя, які були розділені на 3 групи: I - інтактна група, тваринам II групи на 18 добу внутрішньоутробного розвитку вводили одноразово чрезматково, внутрішньоплідно, підшкірно у міжлопаткову ділянку 0,05 мл розчину дексаметазону, контролем слугували щури третьої групи, яким за описаним вище методом вводили 0,05 мл 0,9% NaCl. Утримання тварин та проведення експерименту здійснювали згідно правил «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментів та інших наукових цілей» (Страсбург, 2005). Гістологічні зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином. Фотодокументацію гістологічних препаратів міокарду лівого шлуночка проводили за допомогою програмного забезпечення CarlZeiss (AxioVision 4.8). Зображення обробляли у програмі ImageJ та оцінювали відносну площу (y %), зайняту ядрами та цитоплазмою КМЦ. Отримані кількісні дані обчислювали програмі MS Excel та обробляли методами варіаційної статистики за допомогою Statistica 6.0. Відмінність між двома середніми оцінювали за допомогою U-критерію Манна-Уїтні та вважали статистично достовірною при $p < 0,05$.

Отримані результати. Встановлено, що ЯЦВ у міокарді лівого шлуночка щурів в нормі збільшується від народження до 14 доби у 1,56 рази, після чого до 45 доби знижується у 2,55 рази, що відповідає зміні проліферативного зростання серця на гіпертрофічний, яке у гризунів відбувається протягом другого тижня після народження. В експериментальних тварин з 1-ої до 5-ої доби ЯЦВ в міокарді збільшився у 1,31 рази, а в період з 5-ої до 45-ої доби знизився у 2,1 рази. Слід відзначити, що значення ЯЦВ в міокарді експериментальних тварин було достовірно вище на 3, 5, 21, 30 та 45-ту добу, ніж у контрольній групі, але значно нижчим на 14-ту добу у порівнянні з тією ж групою. Максимальне значення показника спостерігалось на 5 добу, що свідчить про ранню термінальну диференціацію КМЦ у експериментальних тварин.

Висновки:

1. Ядерно-цитоплазматичне відношення в міокарді лівого шлуночка після народження збільшується поступово та до 14 доби досягає максимального значення в інтактній та контрольній групах, що відповідає термінальній диференціації кардіоміоцитів у щурів. Різке падіння показника з 14-ої по 21-шу добу та тенденція до поступового зниження до 45-ої доби постнатального життя характеризує перехід від проліферативного до гіпертрофічного зростання маси серця.

2. Внутрішньоутробне введення дексаметазону призводить до передчасного дозрівання КМЦ, яке знижує їх кількість та може підвищувати ризик розвитку серцево-судинних захворювань у дорослому житті.

ШВИДКІСТЬ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФЕНОТИПОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДИНИ ТА МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ

Шведова Т.А., Білаш Н.І., Грицевський О.В., Джунджуха Р.Д.
Запорізький державний медичний університет

XXI сторіччя – це час, коли людині вже не потрібно використовувати хижі інстинкти для виживання. Ми вже не бігаємо за здобиччю, а сідаємо в автомобіль чи автобус та їдемо до магазину. Засобом для здобування їжі стали не спис та каміння, а гроші, які більшість з нас отримує, сидячи в офісі. Отже, наразі активний спосіб життя – частіше виключення, ніж правило. Тому метою нашої роботи є продемонструвати та проаналізувати загальний стан серцево-судинної системи, її адаптаційну можливість та час відновлення, після фізичного навантаження, у людей з різни соматотипом, способом життя, місцем проживання, та фенотиповими особливостями.

Досліди та висновки робляться на підставі зроблених досліджень, статистичного аналізу отриманих даних та анкетування пацієнтів. Були проведені ЕКГ - дослідження у стані спокою та після фізичного навантаження, яке полягало у 30 присіданнях, протягом 30 секунд та вимірювання часу відновлення ЧСС. Попередній стан пацієнта, патології серцево-судинної системи, усі розрахунки, дні, час відновлення зроблено на підставі результатів програми "КардиоЛаб" з використанням апарата-електрокардіографа "КардиоЛаб" та анкетування. У досліді взяли участь 150 студентів Запорізького державного медичного університету 1-2 курсів чоловічої та жіночої статі. З них – 50 вітчизняних студентів; 50 – іноземних студентів з Індії; 50 – іноземних студентів з Африканського континенту. Усі віком від 18 років. Вони всі дали згоду на обробку своїх персональних даних. Було визначено, що у вітчизняних студентів загальний стан здоров'я гірший (за рахунок великої кількості людей, які знаходяться в граничній нормі), а час відновлення довший, ніж в іноземних студентів – в середньому 12-13 хв. У 2/3 виявлено вертикальну вісь серця, оскільки 85 % з них були астениками. Це означає, що мускулатура слаборозвинена, вузькі кістки та незначна кількість підшкірного жиру.

В іноземних студентів з Африканського континенту виявлено найкращі результати. У них найбільша кількість абсолютно здорових людей з точки зору серцево-судинної системи та найкращий час відновлення, середнє значення якого дорівнює 7-8 хв. Студенти з Індії в середньому відновлювалися за 8-10 хв. В іноземних студентів вертикальна вісь серця зустрічалась значно рідше, тому що 67% з них гіперстеніки. Тому в них не високий ріст, але високо знаходиться діафрагма та велика кількість м'язової тканини. Також ми виявили, що майже 70% іноземців, які взяли участь у досліді, мешкали майже все життя в екологічно чистій зоні, більшу частину часу проводили на свіжому повітрі, регулярно займалися спортом в дитинстві, але більше палять у свідомому житті, у порівнянні з українськими студентами. Українські студенти, у своїй більшості мешкали в індустріальному місті, у дитинстві менше займалися спортом. Проте, мали кращий раціон харчування та більше спали. Однак, вони загалом краще оцінюють своє загальне самопочуття, незважаючи, що об'єктивні дані показують протилежне. Це стосується, як жінок, так і чоловіків.

Виходячи з усього вищезазначеного, ми можемо зробити **висновок**.

Студенти з Африканського континенту та Індії є більш пристосовані до фізичних навантажень, тому що на їх показники впливали чиста екологія та фізичні навантаження в дитинстві, особливо до 3-х років й зробили їх більш витривалими до екстремальних умов (менша кількість годин сну, поганий раціон харчування та інше). У свою чергу, українські студенти були вище зростом та краще себе почували. Також індекс маси тіла був у межах норми майже у 76%. Це демонструє, що, незважаючи на соматотип, більшість не має проблем з вагою. У 18% перевищення індексу маси тіла були незначні. Все це може бути не тільки через місце проживання, а також через різні культурні, урбаністичні, соціальні та матеріальні фактори, які в загальному життєвому плані можуть сильно корегувати статуру та фізіологічні можливості серцево-судинної системи. Практичними рекомендаціями щодо стану здоров'я вітчизняних та іноземних студентів є проживання в екологічних чистих зонах з комфортними умовами, активний спосіб життя, правильне харчування.

PATHOGENIC FEATURES OF ANGIOTENSIN II AND BNP CONTENT IN THE NUCLEUS OF THE SOLITARY TRACT WITH ETIOLOGICAL DIFFERENT ARTERIAL HYPERTENSION

Shiryayeva A., Danukalo M.
Zaporizhzhya State Medical University

Background. The nucleus of the solitary tract (NTS) is a primary brainstem structure, which accept incoming impulses from the chemo- and baroreceptors of the aortic arc. NTS is able to change the tone of other brain nuclei, that will anyway alter the activity of the sympathetic part of the autonomic nervous system and the level of blood pressure subsequently. According to modern data, some hormone-like substances are able to stimulate the activity of the neurons like classical neurotransmitters due to their local synthesis or inter-neuronal transport. Angiotensin II and brain natriuretic peptide (BNP) are actively studied today.

Therefore, the **aim** of our work was to provide a characteristic of angiotensin II and BNP expression pattern in structure of the nucleus of the solitary tract with etiological different arterial hypertension.

Materials and methods: research was conducted on 10 Wistar line rats, (control group) and 10 spontaneously hypertensive rats (SHR) which are the model of human essential hypertension. We also modeled endocrine-salt hypertension (ESAH). ESAH was induced by intraperitoneal injection of prednisolone (twice a day for 30 days: at 7 am - 2 mg/kg, at 20 pm - 4 mg/kg) with 5 ml of 2,3% NaCl solution forced intake. Blood pressure of the control group was $110/75 \pm 5$ mm Hg, while in ESAH rats was $155/90 \pm 5$ mm Hg and in SHR was $165/100 \pm 10$ mm Hg. For better detection of neuropeptides, colchicine was injected into the lateral ventricle of the rat's brain in vivo. After the appropriate immunohistochemical treatment of the rat's brain sections at the level of NTS, the following parameters were investigated: relative area of the immunoreactive material (IRM), IRM concentration and IRM content to the studied neuropeptides. All the data were processed by statistical methods.

Results. As a result of our study, it has been found that persistent arterial hypertension in SHR rats is accompanied by a rather pronounced change in the expression of angiotensin II and BNP compared with non-hypertensive rats. The content, concentration and specific area of the IRM to angiotensin II in the neurons of the NTS in the SHR were reliably increased by 20.92%, 43.08% and 22.51% compared with control animals subsequently. However, BNP expression demonstrated another trend. The content of IRM to BNP in the NTS was not reliably different in SHR and Wistar rats. Nevertheless, the relative area of IRM to BNP in ESAH reliably decreased by 20.71% while concentration of IRM to BNP increased by 7.8% compared to the control group.

Finally, the results of our research gave us an opportunity to formulate the following **conclusion**. The features of angiotensin II and BNP expression in the NTS depend on the pathogenic factor of arterial hypertension development. Essential hypertension is characterized by increasing of angiotensin II expression, while endocrine-salt hypertension by its decreasing. BNP expression pattern was not changed significantly.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВОЛЕЙБОЛІСТОК ЗБІРНОЇ КОМАНДИ УКРАЇНИ НАПЕРЕДОДНІ ВІДБІРКОВОЇ ГРИ ЧЕМПІОНАТУ ЄВРОПИ

Щуров С. А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В даний час продовжує бути актуальним вивчення функціонального стану спортсменів конкретного виду спорту, віку, статі, кваліфікації та періоду тренувального процесу [Михалюк Є.Л., 2015]. Це дослідження, одне з небагатьох, коли обстеження здійснюється в змагальному періоді і вимагає від лікаря відповіді про готовність спортсмена до відповідального старту.

Мета дослідження. Провести обстеження волейболісток збірної команди України з визначенням показників серцево-судинної та автономної нервової системи напередодні відбіркових ігор Чемпіонату Європи 2018 року.

Матеріал і методи. Обстеження включало запис ЕКГ в 12 відведеннях, вимірювання показників варіабельності серцевого ритму (ВСР) та центральної гемодинаміки, які проводилися на діагностичному автоматизованому комплексі "Кардіо +". Результати статистично оброблені з використанням програми Statistica for Windows 6,0 із застосуванням параметричних методів і корекційного аналізу Пірсона. Статистично значущими прийняті відмінності показників по величині рівня значущості p , що не перевищує 0,05.

Отримані результати. У період безпосередньої підготовки до відбіркових ігор Чемпіонату Європи 2018 року з волейболу обстежено 15 волейболісток (середній вік $25,3 \pm 1,04$ років, стаж занять волейболом - $12,8 \pm 0,9$ років, довжина тіла - $183,5 \pm 1,96$ см, маса - $72,8 \pm 1,63$ кг). За кваліфікацію було 4 майстри спорту

міжнародного класу (МСМК) і 11 майстрів спорту (МС). За амплуа – 7 нападників, 4 – блокуючі та по дві - сполучні і "ліберо".

Аналіз електрокардіографічних показників показав, що синусовий ритм був у 86,7% (n = 13), у 13,3% (n = 2) зареєстрований правопередсердний ритм. У всіх волейболісток був нормальний вольтаж ЕКГ. Брадикардія зустрічалася в 80,0 % (n = 12) випадків, ЧСС в межах 61-79 уд·хв⁻¹ у 20,0% (n = 3). У більшості спортсменок (33,3%, n = 5) електрична вісь серця була відхилена, напіввертикальна позиція була у 26,7% (n = 4), горизонтальна - у 13,3% (n = 2), вертикальна позиція у 13,3% (n = 2) і по одній спортсменці (по 6,7%) електрична вісь серця була відхилена вліво і вправо.

Зміни на ЕКГ були представлені в 40,0% (n = 6) синдромом ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ), осіб з неповною блокадою правої ніжки пучка Гіса (НБПНПГ) було 13,3% (n = 2) і по 6,7% (по одній) спортсменці зі зміною кінцевої частини шлуночкового комплексу і синдромом подовженого QT. Після тестуючого навантаження у вигляді субмаксимального тесту PWC₁₇₀ відбулася нормалізація ЕКГ у волейболісток зі зміною кінцевої частини шлуночкового комплексу, правопередсердним ритмом і синдромом подовженого QT, а наявність СРРШ і НБПНПГ є особливостями ЕКГ спортсменів.

Аналіз даних ВСР показав, що головні інтегральні часові і частотні показники демонструють оптимальні величини, які свідчать про сприятливий функціональний стан волейболісток. Так, середня величина індексу напруги регуляторних систем (ІН) склала в середньому $58,97 \pm 10,33$ ум. од. Розрахунок вихідного вегетативного тону [Р.М. Басевський з співавт. 1997] показав, що серед спортсменок було 8 чоловік з ваготонією і 7 з ейтонією. Симпато-вагальний індекс склав в середньому $0,934 \pm 0,186$ ум.од., що підтверджує превалювання парасимпатичної ланки автономної нервової системи (АНС).

Показники центральної гемодинаміки також демонструють високий рівень функціонального стану волейболісток. Так, ЧСС в середньому склала $49,9 \pm 1,08$ уд·хв⁻¹, величина серцевого індексу (СІ) - $2,582 \pm 0,082$ л·хв⁻¹·м⁻², що відповідає гіпокінетичному типу кровообігу (ТК). Розподіл спортсменок за ТК виглядало наступним чином: 73,3%: 26,7%: 0%, відповідно гіпокінетичний, еукінетичний і гіперкінетичний ТК, тобто, мала місце тенденція до переважання гіпокінетичного ТК (p = 0,102) і відсутність волейболісток з гіперкінетичним ТК. Дані, отримані Е.Л. Михалюк [2008], при обстеженні 62 волейболісток рівня МС-МСМК показали, що величини СІ становили $2,614 \pm 0,953$ л·хв⁻¹·м⁻², що свідчило про превалювання гіпокінетичного ТК, яке підтверджується співвідношенням ТК, відповідно, 81,8%: 18,2%: 0% (p = 0,0001).

Кореляційний аналіз виявив негативний взаємозв'язок між ЧСС та Мо, показником, що показує найбільш домінуючий рівень функціонування синусового вузла на рівні $r = -0,836$ (p < 0,001), ЧСС і ТР, показником загального спектра потужності на рівні $r = -0,534$ (p < 0,05), що підтверджує дані, отримані А.Р. Кисельовим зі співавт. [2005]. Крім цього, негативний кореляційний зв'язок відзначен між СІ і Мо ($r = -0,736$, p < 0,01), що підтверджує уявлення про те, що збільшення Мо, яке свідчить про ваготонію, призводить до зменшення величини СІ до цифр, характерних для економічно вигідного гіпокінетичного ТК. Позитивний взаємозв'язок зафіксований між СІ і вегетативним показником ритму (ВІР) - $r = 0,635$ (p < 0,05), тобто, чим менше величина СІ, тим менший ВІР, тим більше вегетативний баланс зміщений в бік переважання парасимпатичної регуляції.

Висновки:

1. Волейболістки збірної команди України мають досить високі антропометричні показники і у них відсутня патологія з боку ЕКГ.

2. Величини ВСР і центральної гемодинаміки напередодні відбіркової гри Чемпіонату Європи свідчать про превалювання парасимпатичних впливів АНС, тенденцію до більш вигідного гіпокінетичного ТК з відсутністю спортсменок, що мають гіперкінетичний ТК. Оптимальний функціональний стан волейболісток, в поєднанні з ігровою майстерністю, було продемонстровано в грі зі збірною командою Греції, яка закінчилася з рахунком 3:0.

3. Кореляційний аналіз демонструє сприятливий негативний взаємозв'язок між ЧСС та Мо, ЧСС та ТР, СІ та Мо і позитивний – між СІ та ВІР, що підтверджують превалювання парасимпатичної ланки АНС і тенденцію до переважання гіпокінетичного ТК у волейболісток.

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ У ПОШУКУ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ МІШЕНЕЙ В ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Ямпонець К.С., Коростіна К.І.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Хвороба Паркінсона є найбільш частим нейродегенеративним захворюванням після хвороби Альцгеймера. Не зважаючи на численні дослідження у пошуку дієвих ліків при хворобі Паркінсона, на жаль, їх досі не існує. На нашу думку, це пов'язано з недостатнім розумінням молекулярних патогенетичних механізмів розвитку даного захворювання.

Метою дослідження було вивчення основних патогенетичних механізмів розвитку нейродегенеративних порушень, що виникають при хворобі Паркінсона з ціллю визначення потенційних фармакологічних мішеней, направлених на створення високоспецифічної фармакологічної терапії.

Отримані результати. В результаті аналізу сучасних наукових досліджень на дану тему, а також аналізу отриманих знань було встановлено, що нейродегенеративні порушення, які виникають при хворобі Паркінсона, пов'язані з недостатністю дихальної функції мітохондрій з подальшим розвитком оксидативного стресу. В основі мітохондріальної дисфункції лежить підвищення рівня кальцію в її матриксі. Можливо це пов'язано з порушенням роботи кальцієвих транспортерів (Na/Ca-АТФази). Накопичення Са в матриксі мітохондрії індукує зміну активності піруватдегідрогеназного комплексу (НАДН і ФАД), що у свою чергу призводить до порушення окисно-відновних реакцій в ній, тобто обумовлює виникнення оксидативного стресу. Крім того, через взаємодію Са з циклофеліном D, який є однією із складових частин мітохондріальної пори, підвищується проникність потенціал-залежного аніонного каналу мітохондріальної пори (розглядалася циклоспорин А-залежна пора) і відбувається деполяризація внутрішньої мітохондріальної мембрани. Це призводить до підвищення осмотичного тиску у міжмембранному просторі і, як наслідок, набухання і розрив зовнішньої мітохондріальної мембрани. В результаті цього з міжмембранного простору у цитоплазму нейрона вивільнюються проапоптичні білки (Вах, Вак), а також цитохром С. Проапоптичні білки активують мітохондріально-залежний шлях апоптозу. Цитохром С взаємодіє з фактором апоптичної протеази (АРАФ-1) та прокспазою 9. В результаті такої взаємодії утворюється апоптосомно-сигнальний комплекс, який активує ефекторну каспазу 3. Остання у свою чергу забезпечує протеолітичний гідроліз білкових комплексів (CDCrel-1, G-Pael-R, CASK), що є ключовим моментом у патогенезі розвитку нейродегенеративних порушень при хворобі Паркінсона.

Висновки: враховуючи патобіохімічні механізми розвитку нейродегенеративних порушень при хворобі Паркінсона, можна запропонувати потенційні фармакологічні мішені терапії при даному захворюванні. А саме:

1. Мітохондріальна пора (Циклоспорин А-залежна)
2. Каспази
3. Проапоптичні білки
4. Са канали та транспортери Са.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SALMONELLOSIS

Adedeji Mary Oluwanifemi, Onishchenko T.
Zaporizhzhya State Medical University

Salmonellosis is called the "disease of civilization" which widespread throughout the world. Currently trying to reduce the incidence rate by limiting the prevalence among the main sources of infection.

The purpose of our work is to study the clinical and epidemiological characteristics of the gastrointestinal form of salmonellosis based on the materials ZRIH.

It was surveyed 97 patients. The average age patients were $(40,1 \pm 2,5)$ years, male-62 patients, female-35. All cases are bacteriologically confirmed. S.Blegdam was isolated in 72 (74,3%) patients, S.Typhimurium in 12 (12,4%), S.Cottbus, S.Tshiogute, S.Virchov in others. In 42 (43,3%) patients, salmonella were isolated in association with Enterobacter, Klebsiella, etc. 57 (58,8%) patients associated their illness with the use of infected eggs or products that included eggs, 24 (24,7%) patient - with meat products, 9 (9,3%) - dried fish, 6 (6,2%) - cottage cheese, sour cream, bought on the market. The disease in 90 (92,7%) patients had moderate course, in 7 (7,3%) - severe. In 3 patients, dehydration shock was diagnosed. In 60 (61,8%) patients fever was observed from 38.1 °C to 40° C, in 77 (79,3%) - dehydration 1-2-3st.

Patients complained of headache, weakness, convulsive syndrome in some patients, fainting, in 65 (67,1%) – abdominal pains, 5 of them were advised by surgeons to exclude an acute abdomen. 90 (92,7%) patients had vomiting, 46 (47,4%) of them more than 10 times a day. Abundant watery stools were observed more than 10 times in 39 (40,2%) patients. Creatinine and urea were examined in 72 patients, and an increase in creatinine level of 150–600 $\mu\text{mol/l}$ was recorded in 34 (47,2%). Liver damage was detected in 10 patients. In 6 patients, a bacteriocarrier was identified, which required a repeated course of treatment.

Thus, the factor of transmission of salmonellosis can be infected eggs, dairy and meat products, dried and salted fish. The disease is acute: intoxication, vomiting, diarrhea, abdominal pain. Perhaps the development of dehydration shock, kidney damage and liver.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LEPTOSPIROSIS IN THE ZAPORIZHZHYA REGION

Anand Joseph Bantina Vaiz, Onishchenko T.
Zaporizhzhya State Medical University

Leptospirosis, as a natural focal zoonosis, remains an urgent epizootological, epidemiological and ecological problem, as evidenced by the wide spread of the disease in the world and Ukraine, with high morbidity and mortality.

The purpose of our study – to analyze the incidence of leptospirosis based on the materials of Zaporizhzhia Regional Clinical Infectious Disease Hospital of Zaporizhzhia Regional Council.

This is a retrospective analysis of 40 case histories of patients with leptospirosis treated in Zaporozhye Infectious Regional Hospital in 1985 and 2005. Diagnosis was based on the results of clinical and laboratory studies. Among the patients, there were males (32,8%), aged between 30-63 years. 67,5% of patients did not have a permanent job. During summer and autumn 90% patients fell sick, 57% had contact with rats, and the rest were fishermen. Among pathogens prevailed leptospira Icterohaemorrhagiae (82%). The titer antibody in the agglutination reaction ranged from 1:400 to 1:1600. Patients had a severe and moderate courses (53% and 42%). The icteric forms of leptospirosis prevailed in patients - 80%, mainly with severe (94%) and moderate (76%) course. Mortality from "Leptospirosis" was recorded in 9 (7,2%) patients, mainly among men – 8 (89%), aged from 30 to 63 years. The manifestation of the disease in all patients was characterized by an acute onset, with a rise body temperature up to 39-40°C, herpes labialis, weakness and muscle pain. With 2-3 days of illness, weakness increased, muscle pain, especially

gastrocnemius, increased. The development of meningeal syndrome was observed in 8% of patients with leptospirosis from 5-7 days, changes in the CSF of a neutrophilic nature in 5 (50%) of patients.

Thus, in Zaporizhzhya region risk of leptospirosis remains. In patients with leptospirosis were prevailed severe, icteric forms of the disease caused by *L. icterohaemorrhagiae*; lethal outcomes occurred from the developed multiple organ failure.

ВИКОРИСТАННЯ ІНДЕКСУ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Апазіді Е.В., Макаренко Р.І.

Харківський національний медичний університет

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності в усьому світі. Одним із факторів ризику виникнення серцевої недостатності, інфаркту міокарда, шлуночкових порушень ритму та раптової смерті є гіпертрофія міокарду лівого шлуночка (ГМЛШ). Діагностування ГМЛШ на ранніх стадіях може значно поліпшити якість життя пацієнтів з кардіоваскулярними захворюваннями. Одним із найдоступніших, безпечних та дешевих методів виявлення ГМЛШ залишається реєстрація електрокардіограми (ЕКГ).

Мета дослідження. Виявлення субклінічного ураження серця – ГМЛШ, у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) на підставі ЕКГ-ознак.

Матеріал і методи. Було обстежено 30 хворих на ГХ, віком від 49 до 80 років, жінок – 58%, чоловіків – 42%. Усім хворим були проведені антропометричні дослідження, з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ), а також реєстрація ЕКГ з наступним обчисленням індексу Соколова – Лайона, згідно з яким сума амплітуди зубця S (у відведенні V1) та амплітуди зубця R (у відведенні V5 або V6) не повинна перевищувати 35 мм.

Отримані результати. Згідно з анамнестичними даними обстежених осіб – тривалість ГХ становила від 3 до 24 років, у всіх хворих встановлена II стадія ГХ, причому у 53% 2 ступінь ГХ, у 47% - 3 ступінь. Згідно з ІМТ 23,3% (7 осіб) мали надмірну масу тіла (НМТ), 30% (9 осіб) – ожиріння I ступеню і 46,7% (14) характеризувались нормальною масою тіла. Підвищення індексу Соколова-Лайона було виявлено у 11 хворих, жінок – 45,5%, чоловіків – 54,5%. Група осіб з підвищеним індексом Соколова-Лайона, характеризувалась збільшенням в 1,6 рази осіб з НМТ у 2,1 рази осіб з ожирінням, в порівнянні з хворими з референтним значенням індексу. Також встановлено, що група з індексом Соколова-Лайона понад 35мм, мала більш тривалий анамнез ГХ – 16 ± 4 роки та вік – 66 ± 3 роки, в порівнянні з групою осіб зі значенням індексу менше 35 мм – 8 ± 3 роки та 56 ± 7 років відповідно.

Висновки. На підставі використання індексу Соколова-Лайона, було визначено гіпертрофію міокарду лівого шлуночка у 36,7 % хворих на гіпертонічну хворобу. Встановлено, що особи з індексом Соколова-Лайона понад 35мм, мали більш тривалий анамнез ГХ, старший вік, а також характеризувались збільшенням осіб з надмірною масою тіла та ожирінням, в порівнянні з групою осіб з референтним значенням індексу Соколова-Лайона.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ СИСТЕМОЮ "МОТОР СІЧ"

Безверхий А.А., Чорний В.М., Малахова С.М.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Значна поширеність захворювань і травм кульшового суглоба, стійкість порушень функцій супроводжуються тривалою втратою працездатності, що перетворює медичну реабілітацію при цій патології у важливу проблему охорони здоров'я. Реабілітація як процес реалізації комплексу заходів, спрямованих на відновлення соціального і професійного статусу пацієнта відіграє величезну роль в післяопераційному періоді.

Матеріал і методи. Було проведено ретроспективний аналіз 126 історій хвороб пацієнтів, що пройшли курс реабілітації, яким було виконано ендопротезування кульшового суглоба системою "Мотор Січ ЕКС" на базі багатопрофільної клініки «Мотор Січ». Середній вік пацієнтів склав $65\pm 2,6$ років. З них

74 (58,73%) жінки і 52 (41,27%) чоловіка. Для оцінки результатів проведеної терапії використовувався - індекс активності повсякденної життєдіяльності Бартела.

Отримані результати. Після перенесеної операції в середньому через 2 місяці хворі зверталися до відділення реабілітації. Середня кількість ліжко-днів проведених після ендопротезування кульшового суглоба склало 11 днів. Основа реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді - механотерапія. Разом з розвитком контрактур за час прогресування хвороби відбувається зниження силових характеристик м'язів, що викликало зближенням точок прикріплення. В даному випадку незамінна СРМ (Continuous Passive Motion) -терапія. Одночасно з механотерапією, при відсутності терапевтичних протипоказань, активно застосовувалися фізіотерапевтичні методи лікування, поліпшуючи процеси остеорепації і мікроциркуляції: на область оперативного втручання призначають лазерну терапію та інфрачервоне опромінення. З метою зміцнення м'язів призначали електроміостимуляцію також магнітотерапію, що сприяло зменшенню набряку кінцівки. Крім того, основними методами реабілітації після проведення ендопротезування були: масаж, лікувальна фізкультура, кінезотерапія.

Середній бал до проходження первинної реабілітації склав 70, а після проходження 80. До проходження вторинної реабілітації склав 80. Після проходження курсу 90. Відповідно, після проходження курсу покращилися показники самообслуговування в повсякденному житті. Що вказує на високу ефективність даної терапії.

Висновки. Основа реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді – СРМ-терапія. Основну роль в спостереженні за динамікою реабілітації відіграє застосування в практиці індексу Бартела. Комплексна програма реабілітаційного лікування, підібрана фахівцем, допоможе швидко відновити втрачену здатність до руху і повернутися до звичного життєвого ладу.

СТАН ПУРИНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА УРАТНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Білай С.І.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. У 17-25% випадків по хімічному складу камені сечових шляхів складаються із сечової кислоти. Захворюваність уратним нефролітазом (УН) в останні роки має тенденцію до збільшення з 5-10 % в 50-і роки до 20-30 % в даний час. Сучасними дослідженнями доведено, що концентрація сечової кислоти (СК) у крові достовірно корелює з ризиком розвитку метаболічного синдрому (МС), а також з вираженістю ожиріння, гіперінсулінемії, тригліцеридемії та глікемії.

Мета дослідження – дослідити стан пуринового обміну у хворих на уратний нефролітаз з метаболічним синдромом.

Матеріал і методи. Групи хворих були поділені в залежності від характеру медикаментозного лікування на основну та контрольні групи. За нормальні показники були прийняті показники отримані у 30 здорових осіб (донори). 1-а контрольна група хворих (n=50) на уратний нефролітаз (приймали урикозостатичні (алопуринол), уриколітичні (ураліт У) засоби); 2-а основна група хворих (n=50) на уратний нефролітаз при абдомінальному ожирінні, яким диференційовано призначали лікарські засоби, що нормалізували показники пуринового обміну у крові та сечі на тлі біофлавоноїдів (алопуринол, ураліт У та квертин).

Отримані результати. Встановлено, що у групи хворих із застосуванням біофлавоноїдів спостерігалось більш значне зниження сироваткового вмісту сечової кислоти незалежно від його первинного рівня і її добової ниркової екскреції. Біофлавоноїди при лікуванні хворих на УН з МС мали високу метаболічну ефективність, що проявлялось зниженням або нормалізацією рівнів гіперурикемії і гіперурикурії.

Висновки. Таким чином, призначена уролітична та урикозостатична терапія у хворих на уратний нефролітаз з метаболічним синдромом в комбінації з призначенням біофлавоноїдів, дозволяє ефективно корегувати показники пуринового обміну, покращувати загальний стан здоров'я та подовжувати життя хворих.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО ВИКЛИКАНОГО ПОТЕНЦІАЛУ Р300 НА РАННІХ СТАДІЯХ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Бірюк В.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) є одним з найбільш інвалідизуючих нейродегенеративних захворювань. Клінічні прояви ХП варіюють від широкого спектру моторних (тремор спокою, ригідність, гіпокінезія) до немоторних порушень (когнітивних, психоемоційних тощо). Джерелом об'єктивної оцінки стану оперативної пам'яті є дослідження когнітивного викликаного потенціалу (КВП) Р300.

Мета дослідження: визначити зміни латентного періоду (ЛП) N2 та Р300 КВП у пацієнтів на ранніх стадіях ХП.

Матеріал і методи. У дослідження було включено 30 пацієнтів з ранніми стадіями ХП (середній вік – $64,3 \pm 2,85$ роки). Пацієнти були розподілені на групи згідно стадій ХП за Хен-Яром (13 хворих на I ст. та 17 – на II ст. ХП) та зіставлені за віком, статтю і рівнем освіти. КВП Р300 досліджувався за допомогою програмно-апаратного комплексу «Нейрон-спектр/4ВІМ». Статистичне обчислення виконувалося у програмі Statistica 13.

Отримані результати. ЛП N2 КВП, який пов'язується з впізнанням та диференціюванням стимулу, у хворих на I стадію ХП склав $250,62 \pm 1,52$ мс, на II стадію – $258,00 \pm 1,09$ мс ($p < 0,05$), ЛП Р300, який пов'язується з прийняттям рішення до рахунку, – $371,00 \pm 3,35$ мс і $383,88 \pm 2,20$ мс відповідно ($p < 0,05$). Перевищення вікового значення ЛП N2 встановлено у 23,07 % хворих на I ст. ХП та 84,62 % - на II ст., а Р300 – у 61,54 % та 94,12 % відповідно.

Висновки. За отриманими результатами встановлено подовження латентних періодів КВП Р300 при прогресуванні стадії захворювання, що свідчило про погіршення оперативної пам'яті у обстежених пацієнтів.

АНАЛІЗ ВИПАДКУ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ

Богдан І.І., Рябоконт О.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. В умовах сьогодення малярія є актуальною проблемою не лише для ендемічних для цієї інфекції регіонів, але й для неендемічних країн, що пов'язано зі значним розширенням міжнародних зв'язків та ризиком завезення малярії.

Мета дослідження – проаналізувати випадок успішного лікування тяжкого перебігу малярії, викликаной *Pl. Falciparum*.

Матеріал і методи. В роботі проведено аналіз архівної історії хвороби пацієнта 26 років, який перебував на лікуванні в КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР» з діагнозом тропічна малярія.

Отримані результати. За результатами аналізу архівної історії хвороби було встановлено, що хворий Г., 26 років, надійшов в реанімаційне відділення 13.01.17 р. на 12-й день хвороби у тяжкому стані зі скаргами на температуру до 39°C , виражену слабкість, світлобоязнь, болі в животі, водянисті випорожнення до 5 разів, виражені міальгії, потемніння сечі. За тиждень до захворювання протягом 2-х місяців знаходився у Судані, відзначав укуси комарів, хіміопротекцію не отримував.

Захворів 02.01.2017 р. з підвищення температури тіла до $39,0-40^{\circ}\text{C}$, різкої слабкості, виражені міальгії нижніх кінцівок. Приймав жарознижувальні препарати – без ефекту. З 06.01.17 р., незважаючи на збереження симптомів хвороби, полетів до Єгипту, де зберігалася гіпертермія 39°C , посилювалась слабкість, пітливість, з'явилась виражена спрага, посилювались м'язові болі, водянисті випорожнення до 3-х разів на добу та короточасні втрати свідомості.

Одразу після прильоту з Єгипту 13.01.17 р. був госпіталізований до реанімаційного відділення в тяжкому стані. При огляді обличчя гіперемійовано, слизові сухі, виражена пітливість. Аускультативно дихання жорстке, послаблене у нижніх відділах, ЧД у спокої 23 за хв., при незнаних навантаженнях до 32, SaO_2 – 96%. Гемодинаміка компенсована. Живіт різко роздутий, болісний при пальпації у всіх відділах, гепатоспленомегалія. Діурез за першу добу до 1200 мл, сеча темного кольору. Лабораторно: Ер. – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 116 г/л, Лейк – $4,7 \times 10^9/\text{л}$, метаміел. – 2%, пал. – 46 %, тромб. – $95 \times 10^9/\text{л}$, сечовина – 13,8 ммоль/л, загальний білірубін – 30 мкмоль/л, АЛАТ – 1,9 ммоль/ч.л, ПТІ – 74 %. Швидкий

тест на тропічну малярію – позитивний. Рівень паразитемії *P. falciparum* ++++ 15 тис. в 1 мкл, кільцевидні трофозоїти, шизоцити, гаметоцити, 1000 в 1 мкл.

Розпочата терапія: ARTEMETHER 280 мг (3.2 мг/кг) в/м у першу добу, в подальшому у дозі 1,6 мг/кг загальним курсом 7 днів, на 7-ий день лікування одноразово 3 таб. (1 таб: сульфадоксин – 500 мг, піриметамін – 25 мг); цефтріаксон 2 г/добу + азітроміцин 500 мг/добу в/в; преднізолон 90 мг/добу; інфузійна терапія до 2 л/добу + фуросемід; адеметіонін 800 мг/добу в/в; еноксіпарин; ентеросорбенти. На фоні терапії рівень паразитемії вже через добу зменшився в 10 разів та 14.01.17 р. склав 1.4 тис в 1 мкл. Однак незважаючи на чіткий протипаразитарний ефект лікування та нормалізацію температури тіла стан хворого протягом 14.01.-15.01.17 р. мав негативну динаміку за рахунок наростання симптомів інтоксикації та прогресування поліорганної недостатності (Ер. $3,1 \times 10^{12}/л$, Нб 90 г/л, тромб. $-60 \times 10^9/л$, сечовина – 17,2 ммоль/л, креатинін – 221 мкмоль/л, АлАТ 1,5 ммоль/ч.л.). Позитивна динаміка з'явилася 16.01.17 – 20.01.17 р.: нормалізація випорожнень, значне зниження м'язового болю, з'явився апетит, поліурія 7750 мл, відновлення лабораторних показників. Остаточний діагноз: Малярія, викликана *P. falciparum*, тяжкий перебіг. Ускладнення: Токсична енцефалопатія. Токсичний гепатит. Токсична нефропатія. ДВЗ-синдром. Гостра печінково-ниркова недостатність. Гостра дихальна недостатність.

Висновки. У хворого Г., 26 років внаслідок відсутності хіміопротекції у період перебування у ендемічному регіоні та несвоєчасного звернення за медичною допомогою призвели до формування ускладненого перебігу тропічної малярії з проявами поліорганної недостатності. Особливістю даного клінічного випадку є відносно пролонгований перебіг захворювання, який навіть в умовах пізнього початку протипаразитарної терапії дозволив отримати позитивний результат.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПАРАМЕТРІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ З МІНЕРАЛЬНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ТА РИЗИКОМ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Бородавко О.І.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. У групу хронічних ускладнень цукрового діабету 2 типу (ЦД) все частіше включають прояви остеопорозу та підвищений ризик переломів (РП). Однак, до цього часу дані про вплив вуглеводного обміну на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) та РП у хворих на ЦД є суперечливими.

Мета дослідження: проаналізувати взаємозв'язок параметрів вуглеводного обміну з показниками ультразвукової денситометрії та ризиком переломів розрахованим за допомогою онлайн калькуляторів FRAX та Q-fracture у хворих на ЦД.

Матеріал і методи: обстежено 74 хворих на ЦД. Медіана віку пацієнтів склала 59,6 (55,5; 64,5) років, медіана тривалості ЦД – 5,5 (3,0; 8,5) років. Усім пацієнтам проведена ультразвукова денситометрія на ультразвуковому денситометрі Omnisense 7000. Десятирічний РП шийки стегнової кістки та інших остеопоротичних переломів розраховували за допомогою української моделі алгоритмів FRAX total, FRAX hip та Q-fracture total, Q-fracture hip. Усім хворим досліджували рівень с-пептиду, інсуліну, глюкози натще, глікованого гемоглобіну та індексу НОМА.

Отримані результати. Тривалість ЦД асоціювалась із Т-індексом фаланги ($r = -0,22$) та променевої кістки ($r = -0,20$), індексом НОМА з Т-індексом променевої кістки ($r = -0,28$) та гомілки ($r = -0,31$) ($p < 0,05$). Також, у даній категорії хворих виявлено наявність кореляційних зв'язків між тривалістю ЦД та Q-fracture total ($r = -0,33$), глікованого гемоглобіну та FRAX total ($r = +0,32$), FRAX hip ($r = +0,25$), Q-fracture total ($r = +0,22$), індексом НОМА та Q-fracture total ($r = +0,21$), Q-fracture hip ($r = +0,24$) ($p < 0,05$).

Висновки: у хворих на ЦД ступінь зниження МЩКТ та підвищення РП пов'язані із тривалістю захворювання, інсулінорезистентністю та рівнем глікованого гемоглобіну.

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА, ЯК ОДИН З ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ У ДІТЕЙ З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D

Боярська Л.М., Гребенюк Л.В., Іванова К.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Назофарингеальні симптоми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) займають значне місце в структурі захворювань дихальних шляхів у дітей, що пов'язано з близьким анатомічним положенням ротоглотки та шлунково-кишкового тракту (ШКТ). В свою чергу, вивчається вплив вітаміну D на розвиток патології ШКТ, зокрема ГЕРХ. Виявлено, що низький рівень активної форми вітаміну D ($25(\text{OH})\text{D}_3$) пов'язаний зі зниженням евакуаторної функції шлунка.

Мета дослідження: визначити рівень метаболітів вітаміну D та вітамін D зв'язуючого білка у дітей з назофарингеальними проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

Матеріал і методи: обстежено 88 дітей віком $4,6 \pm 0,14$ роки. Дітей розподілили на 4 групи: 1 група (основна) – 22 особи з назофарингеальними проявами ГЕРХ (хронічним тонзилітом на тлі ГЕРХ), 2 група – 22 особи з хронічним тонзилітом без патології з боку ШКТ, 3 група – 22 дитини з ГЕРХ без ЛОР патології, 4 група (група контролю) – 22 дитини без патології з боку ШКТ та ЛОР органів. Визначали рівень $25(\text{OH})\text{D}_3$ (нг/мл), $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ (пг/мл) та вітамін D зв'язуючого білка (ВДЗБ) (нг/мл) у сироватці крові. Оцінку вітамін-D статусу здійснено згідно з рекомендаціями Європейського ендокринологічного товариства (M. F. Holick, 2011). Результати статистично опрацьовані з використанням програм Microsoft Office Excel і Statistica 13.

Отримані результати. Встановлено, що для всіх дітей 1 групи притаманний дефіцит вітаміну D, а для 9% - важкий дефіцит вітаміну D (нижче 10 нг/мл). Для дітей 2 групи дефіцит вітаміну D встановили у 86,4% дітей. Для дітей 3 групи дефіцит вітаміну D притаманний лише для 4,5%, а у 91,0% визначено недостатній рівень. У дітей контрольної групи дефіцит вітаміну D не визначено, для 86,4% притаманний недостатній рівень вітаміну D, а у 13,6% рівень вітаміну D був достатній. Середні показники рівня $25(\text{OH})\text{D}_3$ у досліджуваних групах були достовірно нижчими, ніж у дітей групи контролю, а у дітей 1 групи показники були нижчими, ніж у дітей інших досліджуваних груп ($p=0,00001$). У дітей з назофарингеальними проявами ГЕРХ реєстрували більш низькі показники $25(\text{OH})\text{D}_3$, ніж у дітей 2 групи ($13,05 \pm 0,55$ проти $17,91 \pm 0,45$, $p=0,00001$). Дослідження рівня $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ встановило, що у всіх дітей досліджуваних груп показники були достовірно вищими, ніж у дітей групи контролю. А у дітей 1 групи показники були достовірно вищими ($142,28 \pm 6,99$) ніж у дітей групи контролю ($46,38 \pm 2,61$, $p=0,00001$) та у дітей інших досліджуваних груп ($76,63 \pm 1,73$ та $109,06 \pm 4,68$ відповідно, $p=0,00001$). Визначено що у дітей 1 групи спостерігається негативний кореляційний зв'язок між рівнем $25(\text{OH})\text{D}_3$ та $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ ($R=-0,52$, $p=0,01$). Тобто при більш низьких значеннях $25(\text{OH})\text{D}_3$ рівень $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ вище. У дітей 3 групи та групи контролю визначено позитивний кореляційний зв'язок між даними показниками ($R=0,63$, $p=0,0016$ та $R=0,66$, $p=0,0009$ відповідно). За результатами дослідження рівня ВДЗБ не було визначено достовірних відмінностей по групах між собою та з групою контролю. До того ж, не було встановлено кореляційного зв'язку між рівнями $25(\text{OH})\text{D}_3$ та ВДЗБ і $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ та ВДЗБ, що не суперечить даним літератури.

Висновки. Таким чином, наші дані показали, що, як і за даними літератури, майже у 90% дітей спостерігали недостатню забезпеченість вітаміном D у дітей. При цьому у 93% дітей з хронічним тонзилітом не залежно від наявності патологічних GER визначили дефіцит вітаміну D. У дітей з ГЕРХ визначили низький рівень вітаміну D по відношенню до дітей групи контролю. Проте більш низький рівень $25(\text{OH})\text{D}_3$ реєстрували у дітей з назофарингеальними проявами ГЕРХ, що може вказувати на вплив дефіциту вітаміну D на розвиток даної патології.

РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ

Бурковець О.В., Безуглий М.Б.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Центральна серозна хоріоретинопатія (ЦСХ) – захворювання, що характеризується розвитком серозного відшарування нейроепітелія сітківки (НЕ) в макулярній області, що призводить до зниження гостроти зору у осіб переважно працездатного віку. Традиційне консервативне лікування ЦСХ з використанням вазопротекторів, протизапальних препаратів, діуретиків зазвичай малоефективне, лазерне лікування рекомендується застосовувати при існуванні макулярного набряку більше 2 – 3 місяців. Водночас, не існує чіткого алгоритму лікування даної патології в залежності від її клінічної форми, що обумовлює актуальність проведення даного дослідження.

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування гострої і хронічної ЦСХ шляхом розробки диференційованого підходу в залежності від клінічної форми захворювання.

Матеріал і методи. Обстежено 39 пацієнтів (42 ока) з ЦСХ, серед яких 34 чоловіки (87,2%) і 5 жінок (12,8%). Гостра «класична» ЦСХ спостерігалася у 29 осіб (32 ока), хронічна – у 10 пацієнтів (10 очей). Середній вік хворих становив $41,6 \pm 6,38$ років. Давність захворювання коливалася від 2 днів до 3 місяців при гострій і 4 – 6 місяців при хронічній формі захворювання.

Всім пацієнтам окрім звичайного офтальмологічного обстеження виконувалися оптична когерентна томографія (ОКТ) макулярної області сітківки з оцінкою її товщини в центрі і флюоресцентна ангіографія сітківки (ФАГ) для верифікації діагнозу і визначення кількості та активності точок просочування контрастної речовини.

Хворі на гостру ЦСХ розділені на дві групи. Пацієнтам першої (основної) групи (13 осіб, 15 очей) виконувалася фокальна лазеркоагуляція активних точок просочування Nd:YAG лазером з довжиною хвилі 561 нм з подальшим консервативним лікуванням. Контрольну групу склали 16 пацієнтів (17 очей), яким проводилося тільки консервативне лікування, що включало нестероїдні протизапальні засоби місцево, вазопротектори, протинабрякові препарати. В групі пацієнтів з хронічною ЦСХ на 3 очах з підозрою на приховану хоріоїдальну неоваскуляризацію (ХНВ) виконувалося інтравітреальне введення афліберцепта, 7 пацієнтів (7 очей) без ознак ХНВ отримували антагоніст мінералкортикоїдних рецепторів еплеренон 50 мг на добу всередину у вигляді монотерапії. Ефективність лікування в групах оцінювалася за допомогою визначення гостроти зору (ГЗ) і товщини сітківки в центрі фовеа за даними ОКТ до та через 1, 2 і 3 місяці після лікування.

Отримані результати. У пацієнтів з гострою ЦСХ в основній групі через 1 місяць після лікування відзначалося достовірне підвищення ГЗ з $0,79 \pm 0,27$ до $0,95 \pm 0,09$ ($p < 0,05$), в той час, як у хворих контрольної групи ГЗ після лікування практично не змінювалася, товщина сітківки в центрі макули за даними ОКТ у пацієнтів основної групи після лікування знижувалася з $469,9 \pm 123,6$ до $248,6 \pm 42,9$ мкм ($p < 0,01$). У контрольній групі ці показники змінювалися недостовірно. Через 1 місяць на 15 очах контрольної групи (88,2%) зберігалися офтальмоскопічні та ОКТ-ознаки відшарування нейроепітелія, а в основній групі – залишкове щільоподібне відшарування НЕ за даними ОКТ відзначене лише на 1 оці (6,7%). У групі пацієнтів з хронічною ЦСХ і ознаками ХНВ на 1 оці з 3х відшарування нейроепітелію прилягло після одноразового, а на 2х очах – дворазового з інтервалом в 4 тижні введення афліберцепта в терміни 1 та 2 місяці відповідно. У пацієнтів без ознак наявності ХНВ на тлі застосування еплеренону повне прилягання відшарування НЕ з підвищенням ГЗ відзначено через 2 місяці на 5 очах, а через 3 місяці – у всіх досліджуваних пацієнтів.

Висновок. Раннє застосування фокальної лазеркоагуляції Nd:YAG лазером з довжиною хвилі 561 нм в комплексі з терапевтичними методами лікування прискорює процес розсмоктування макулярного набряку, швидше призводить до відновлення гостроти зору у пацієнтів з гострою «класичною» формою ЦСХ. При хронічній формі захворювання отримано перші позитивні результати в плані резорбції макулярного набряку та підвищення зорових функцій при використанні інгібіторів ангіонегенезу у пацієнтів з ознаками прихованої ХНВ та системного застосування еплеренону – без ознак ХНВ, що потребує проведення подальших досліджень.

КОМП'ЮТЕРНА КАПІЛЯРОСКОПІЯ В ОЦІНЦІ СТАНУ ШКІРНОЇ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НОСА

Бурсак А.Г., Шушляпіна Н.О.
Харківський національний медичний університет

Вступ. В останні роки відзначено істотне зростання числа хронічних запальних захворювань носа і навколоносових пазух та їх питомої ваги в структурі загальної ЛОР-захворюваності. У зв'язку з цим актуальним є індивідуалізація методів діагностики, що дозволяє враховувати складність патогенезу хронічних запальних захворювань носа і параназальних синусів.

На сьогоднішній день одним з основних завдань в сучасній практичній оториноларингології є підвищення ефективності діагностики хронічних запальних захворювань носа та параназальних синусів, а в плані розробки оптимальних методів діагностики цих патологій значний інтерес представляють дані про стан мікроциркуляторного русла. Впровадження в практичну медицину широкого спектру високотехнологічних методів діагностики дозволило створити принципи персоналізованого підходу в оцінці мікроциркуляторного русла.

Одним з найпростіших у використанні є метод комп'ютерної капіляроскопії у хворих з хронічними захворюваннями порожнини носа, що супроводжуються тривалим утрудненням носового дихання.

Таким чином, **метою дослідження** є спроба оцінити і зіставити характер і вираженість прижиттєвих морфологічних змін мікросудин нігтьового ложа у хворих з різними варіантами клінічного перебігу хронічного риніту, що супроводжуються різним ступенем назальної обструкції.

Матеріал і методи. Структурні зміни капілярів оцінювали за результатами комп'ютерної капіляроскопії нігтьового ложа (Відеокапіляроскоп Viobase group WXH-8 1004C, JOYMED TECH co., Ltd).

Метод комп'ютерної капіляроскопії (візуальне збільшення 550 раз) дозволяє неінвазивно оцінювати шкірний мікроциркуляторний кровотік, який розглядається як універсальний маркер стану системної мікроциркуляції крові. Після розробки методики обстеження характеризували капіляроскопічну картину за наступними показниками: наявність збільшених, розгалужених і гігантських капілярів, геморагій, вираженість дезорганізації капілярної мережі, кількість функціонуючих капілярів, зміни швидкості капілярного кровотоку (прискорений, уповільнений, стаз), його характер (гомогенний, зернистий, гомогенно-зернистий). Досліджували пацієнтів з хронічним ринітом, що супроводжується тривалою відсутністю носового дихання і умовно здорових добровольців.

Отримані результати. У процесі спостереження діагностична значимість чутливості і специфічності склали близько 80%. За результатами досліджень у здорових добровольців швидкість кровотоку в спокої у жінок становила $539 \pm 0,35$ мкм/с, а у чоловіків – $617 \pm 0,72$; ширина периваскулярні зони – $93,6 + 9,0$ мкм; сладж-феномен був відсутній; у пацієнтів з порушенням носового дихання відзначалися: зниження швидкості кровотоку, що склало $320 \pm 0,5$ мкм/с, ширина периваскулярні зони – $100 \pm 0,45$ мкм/с; сладж-феномен, що відповідає II ст. порушення мікроциркуляторного русла.

Висновки. Таким чином, капіляроскопія є додатковим методом дослідження, що дозволяє виявити, наскільки системним є порушення мікроциркуляції у хворих з хронічними захворюваннями носа і уточнити механізми розвитку цієї патології. Отримані результати свідчать про перспективність подальшого розвитку даного методу. Можливе впровадження методу для ранньої діагностики ускладнень у пацієнтів з тривалою відсутністю носового дихання, а також як додаткова оцінка ефективності лікування.

ANTICIPATING THE HYPERTENSION MEDIATED ORGAN DAMAGE USING ARTERIAL STIFFNESS AND PULSE WAVE VELOCITY IN RESISTANT HYPERTENSIVE PATIENTS IN A SOUTH INDIAN CITY

Varahabhatla Vamsi¹, Basavaprabhu Achappa², Padmanabh Kamath³,
Ingrid Prkacin⁴

¹General medicine speciality, Zaporozhye State Medical University, Ukraine.

²Department of Medicine, Kasturba Medical College, Affiliated to Manipal Academy of higher education, India,

³Department of Cardiology, Kasturba Medical College, Affiliated to Manipal Academy of higher education, India,

⁴Department of Internal Medicine, School of medicine, University of Zagreb, University Hospital Merkur, Croatia.

Introduction. Pulse wave velocity (PWV) is considered as the gold standard for assessment of arterial stiffness. Arterial stiffness has been long identified as an independent marker for predicting target organ damage. Non-invasive cuff based methods for measuring PWV are the future for identifying the patients with an early target organ damage and their immediate management. Resistant hypertension (RH_p) means failure to control blood pressure despite a change in the patients lifestyle and also a prescription of at least three anti-hypertensives (including a diuretic) systolic (SPB) and diastolic blood pressure (DBP) to a level of (<140/90 mmHg), according to the European society of hypertension guidelines released in 2018.

Aim. To measure the PWV and arterial stiffness values in patients with resistant hypertension in a South Indian city using a cuff based non invasive device.

Methods and materials. Our study included 80 patients with resistant hypertension without concomitant diseases like acute heart failure, coronary artery disease, chronic kidney disease, structural heart diseases and low cardiac output states. The diagnosis of RH_p was made on the basis of failure to control blood pressure despite using three or more drugs. These drug combinations include angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI), angiotensin II receptor blockers (ARB), beta blockers (BB), calcium channel blockers (CCB) and diuretics (D). Combinations like ACEI+CCB+D and in 30% potassium sparing diuretic were preferred. We measured the central blood pressure (CBP), PWV, arterial stiffness, mean arterial pressure (MAP), pulse pressure (PP), brachial pressure (BP) using the noninvasive Agedio B900 device (Germany). Statistical data was processed in SPSS software, significant differences were considered at p<0,01.

The patients classified with the diagnosis RH_p were included in the registrar of Kasturba medical hospital, Mangaluru in the duration from July 2018 – August 2018. In this study an appropriate cuff-size was used to avoid poor blood pressure measurement. An informed consent of the patients was obtained as a rule. The study was approved by local institutional ethics committee.

Results obtained. Out of 80 patients, 53 (65%) female patients and 27 (35%) male patients were identified. The mean age was 58,16± 11,71; in male patients mean age was 61,22±11,63, whereas it was 57,66±11,68 in females. The brachial systolic and diastolic (BP sys and dias in males were 149,5±19,9 / 97,29±12,11 and in females 141,9±22,6 / 87,9±19,19 respectively. The average central blood pressure (CBP sys/dias) in patients were 132,7±23,4 / 92,95±13,43; in male subjects the values ranged 138,7±29,5 / 99,2±12,4; in female subjects we observed 129,66±19,19 / 89,7±12,85 respectively. The mean value of the total measured PWV value was higher than reference for age in all RH_p and was 9,02±1,8 m/s. The mean value of PP (central and peripheral) and MAP was higher than reference (53,31±16,28; 38,53±12,17 and 115,6±15,79 mmHg). The difference between augmentation index (AI) (M/F= 22,8/27,5). The difference between the sexes was statistically significant for PWV (M/F = 9,4/8,7m/s, p<0,01). The difference between MAP (M/F=121,2/112,77) and PPp (M/F=52,2/53,8 mmHg); PPc (M/F=35,8/39,9 mmHg) was not statistically significant (p>0,01).

Table 1

The values of arterial stiffness parameters in 80 patients with resistant hypertension

Age(Y)	BP-sys	BP-dias	CBP-sys	CBP-dias	AI	PPp (peripheral)	PPc (central)	MAP	PWV
58,86	144,5	91,08	132,7	92,95	25,96	53,31	38,53	115,6	9,02
SD-11,8	21,95	13,19	23,4	13,43	13,74	16,28	12,17	15,79	1,80

Table 2

The values of arterial stiffness parameters in 27 male patients with resistant hypertension

Age(Y)	BP-sys	BP-dias	CBP-sys	CBP-dias	AI	PP (peripheral)	PP (central)	MAP	PWV
61,22	149,5	97,29	138,7	99,2	22,8	52,2	35,8	121,2	9,4
SD-11,63	19,9	12,11	29,5	12,4	15,01	14,01	9,0	14,7	1,8

Table 3

The values of arterial stiffness parameters in 53 female patients with resistant hypertension

Age (Y)	BP-sys	BP-dias	CBP-sys	CBP-dias	AI	PP (peripheral)	PP (central)	MAP	PWV
57,66	141,9	87,9	129,66	89,7	27,5	53,8	39,9	112,77	8,7
SD-11,68	22,6	12,7	19,19	12,85	12,9	17,4	13,35	15,67	1,77

Conclusions: From the vast literature it is known that brachial arteries are muscular type arteries that are very susceptible to changes in the pressure providing inaccurate values. Whereas, the aorta is an elastic type artery which maintains a constant pressure. Several authors described that central aortic blood pressure is an important marker for predicting acute vascular events and target organ damage. In our study, we found that CBP and PWV were higher in these patients, making them highly susceptible for hypertension mediated organ damage (HMODs). Age related changes in the arteries can cause increased arterial stiffness making the elderly patients vulnerable to further deterioration. Immediate therapeutic intervention and regular monitoring of these patients can reduce the risk of HMOD and death. However, future prospective studies describing the significance of non-invasive CBP and PWV are necessitated.

МІНІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ТА ХРОНІЧНОМУ ГЕМОРОЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ТРАНСАНАЛЬНОЇ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ДЕЗАРТЕРІЗАЦІЇ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ РЕКТОДОПЛЕРОМЕТРІЇ

Власійчук В.М., Охріменко Г.І.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На геморої страждають в середньому 10-15% дорослого населення, а його питома вага серед захворювань прямої кишки складає близько 40%. На даний час у хірургічному лікуванні геморою, поряд із традиційними методами, використовують трансанальну гемороїдальну дезартерізацію (ТГДА) під контролем ультразвукової ректодоплерометрії (УРДМ).

Мета дослідження – вивчити найближчі та віддалені результати лікування хворих з гострим та хронічним гемороєм, яким проводилася ТГДА під контролем УРДМ, і порівняти їх з результатами лікування пацієнтів, прооперованих з використанням традиційної гемороїдектомії.

Матеріал і методи. Аналіз результатів лікування 111 хворих з гострим і хронічним гемороєм. Основну групу склали 50 пацієнтів, яким виконана ТГДА під контролем УРДМ. До контрольної групи увійшли 61 хворий, прооперованих традиційним способом (підслизова гемороїдектомія за Parks).

Отримані результати. Середня тривалість операції 50,10±1,45 хв; строки перебування у стаціонарі 9,86±0,66 діб; виразність больового синдрому в післяопераційний період 2-3 бали - у пацієнтів основної групи, що значно менше у порівнянні з пацієнтами із контрольної групи (p<0,01). Добрі віддалені результати лікування досягнуті у 100% хворих основної групи, на відмінну від 88% у контрольній групі.

Висновки. Встановлено, що ТГДА дозволяє суттєво скоротити середню тривалість операції, строки перебування пацієнтів у стаціонарі, знизити інтенсивність больового синдрому і покращити віддалені результати лікування геморою.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ТА ПОВТОРНИМ МОЗКОВИМ ІШЕМІЧНИМ ПІВКУЛЬОВИМ ІНСУЛЬТОМ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Вовк Ю.Г., Новікова Л.В., Козьолкін О.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В структурі цереброваскулярних захворювань мозкові інсульти займають провідні позиції. У пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт, частота когнітивних порушень становить близько 70-80%, що може бути причиною інвалідності, ускладнювати процес реабілітації, істотно знижувати якість життя пацієнта і його близьких.

Мета дослідження. Вивчити особливості когнітивних порушень (КП) у пацієнтів з первинним і повторним мозковим ішемічним півкульовим інсультом (МПП) в гострому періоді захворювання.

Матеріал і методи: Під нашим спостереженням знаходилось 68 пацієнтів. Основну групу спостереження склали 38 хворих (11 жінок і 27 чоловіків, медіана віку 65,0 [58,0; 70,0] років) з первинним МПП, а в контрольну групу включено 30 пацієнтів (14 жінок, 16 чоловіків, медіана віку 68,0 [59,0; 72,0] років) з повторним МПП. Усім пацієнтам на 1-3 і 10-13 добу проводилося дослідження когнітивного статусу за шкалами МоСА (Montreal Cognitive Assessment), MMSE (Mini-Mental State Examination) і FAB (Frontal Assessment Battery).

Отримані результати. У пацієнтів з первинним правопівкульовим інсультом значення медіани сумарного балу за шкалою MMSE склало 25,5 [24,0; 26,0]; за шкалою МоСА - 25,0 [24,0; 26,0]; за шкалою FAB - 15,5 [13,0; 16,0]; у пацієнтів з лівопівкульовим інсультом - 26,5 [24,0; 27,0], 25,0 [23,0; 26,0] і 15,0 [14,0; 16,0] відповідно. До 13 доби захворювання виявлена достовірна внутрігрупово динаміка медіани сумарного балу за шкалами MMSE, МоСА і FAB, при цьому її значення у пацієнтів з правопівкульовим інсультом склали 27,0 [25,0; 28,0] - за шкалою MMSE; 25,0 [24,0; 26,0] - по шкалі МоСА; 16,0 [14,0; 17,0] - за шкалою FAB; у пацієнтів з лівопівкульовим інсультом 27,5 [25,0; 29,0]; 25,5 [24,0; 26,0] і 16,0 [15,0; 16,0], відповідно.

У пацієнтів з повторним лівопівкульовим інсультом значення медіани сумарного балу за шкалою MMSE склало 25,0 [18,0; 26,0], за шкалою МоСА – 21,0 [18,0; 30,0], за шкалою FAB – 13,5 [12,0; 15,0], що на 26,0% ($p < 0,001$), 9,5% ($p < 0,05$) і 18,5% ($p < 0,05$) перевищували аналогічні показники пацієнтів з повторним правопівкульовим інсультом. До 13 доби захворювання виявлена достовірна динаміка медіани сумарного балу за шкалами MMSE, МоСА і FAB, при цьому її значення у пацієнтів з правопівкульовим інсультом склали 24,5 [23,0; 26,0] - за шкалою MMSE; 23,0 [22,0; 25,0] - за шкалою МоСА; 13,5 [12,0; 16,0] - за шкалою FAB; у пацієнтів з лівопівкульовим інсультом 25,5 [24,0; 27,0], 24,5 [23,0; 26,0] і 14,5 [12,0; 16,0], відповідно.

Висновки. У хворих в гострому періоді первинного мозкового ішемічного півкульового інсульту, визначалися переддементні когнітивні порушення і помірна лобна дисфункція, які регресували до 13 доби захворювання. Достовірна позитивна динаміка спостерігалася за доменами: відстрочене відтворення, оптико-просторова діяльність, орієнтування, ускладнена реакція вибору, рахування, швидкість мови та узагальнення.

У хворих з повторним мозковим ішемічним півкульовим інсультом в гострому періоді захворювання визначалися легкі когнітивні порушення та виражена лобна дисфункція. До 13 доби захворювання відбувся регрес когнітивного дефіциту до переддементних когнітивних порушень і помірної лобної дисфункція за рахунок достовірного покращення функції пам'яті, швидкості мови, динамічного праксису та узагальнення.

СОМАТИЧНИЙ РОСТ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ НА ТЛІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Газін О.М., Богдан І.І., Анікін І.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Забезпечення адекватної нутритивної підтримки стало таким важливим, як і використання інших технологій інтенсивної терапії для забезпечення не тільки показників виживання недоношених новонароджених, але і для зменшення їх хронічної захворюваності. (Senterre T., Rigo J., 2012). Існуючі сучасні рекомендації щодо стратегії харчування новонароджених в загальній популяції дозволяють отримати задовільні результати, але, відставання в розвитку, пов'язане з нутритивною недостатністю, спостерігається у малюків, які потребують тривалої інтенсивної терапії у зв'язку з захворюваннями перинатального періоду, про що свідчать звіти відділень інтенсивної терапії новонароджених (Клоерті Дж., 2015).

Незважаючи на існування затверджених протоколів щодо загальної мети нутритивної підтримки новонароджених (Agostoni C., Buonocore G., Carnielli V.P., 2009) – не лише підтримати життя, але й забезпечити внутрішньоутробні темпи росту, методи і шляхи її досягнення залишаються недостатньо визначеними й опрацьованими.

Мета дослідження: оцінка соматичного росту дітей, народжених в терміні гестації менше 32 тижнів, які отримували інтенсивну терапію з приводу захворювань перинатального періоду.

Матеріал і методи. Для досягнення мети проведено ретроспективне контрольне дослідження 32 новонароджених, які отримували клінічне харчування та інтенсивне лікування у зв'язку із захворюваннями перинатального періоду. Вивчали соматичний зріст та стратегію клінічного харчування малюків у відділенні інтенсивної терапії новонароджених Запорізької обласної дитячої лікарні, за період 2015 року. Ентеральне та парентеральне харчування призначали згідно Європейських рекомендацій з харчування передчасно народжених дітей від 2010 року (C. Agostoni et al, 2009) та згідно рекомендацій з парентерального харчування дітей ESPGHAN and ESPEN 2006 року (B. Koletzko et al, 2006). Термін гестації при народженні склав 28/27–30 тижнів (середнє/межквартильний діапазон), а вага $1140,33 \pm 135,96$ г. Продовженої ШВЛ (>72 годин) потребували 32 (100%) немовлят.

Вивчали загальноклінічні показники, визначали рівень сечовини, загального білка, глюкози в плазмі крові (автоматичний аналізатор). Оцінку темпів постнатального розвитку проводили з використанням діаграм фізичного розвитку передчасно народжених дітей (Fenton, 2013). Темпи розвитку оцінювали щотижня. Також, вивчали щотижневе вживання основних нутрієнтів та енергії. Остаточною оцінкою вважали показники ваги, росту та окружності головки після досягнення 36 тижнів постменструального віку, які відповідали перцентильним кривим. Статистична обробка матеріалу проведена в програмі Statistica.

Отримані результати. Показник ваги всіх немовлят групи дослідження при народженні відповідав $44,94 \pm 11,54$ перцентілю. Зріст та розмір голови знаходилися на рівні $41,67 \pm 6,38$ та $22,16 \pm 3,35$ перцентилів, відповідно. Середня дотація енергії, яку вдалося забезпечити малюкам в "стабільну фазу" росту, сягала $125,68 \pm 33,11$ ккал/кг на добу, що відповідає існуючим рекомендаціям. Аналіз дотації білку виявив менш задовільні результати – $4,11 \pm 1,05$ г/кг маси на добу, що в межах існуючих рекомендацій (4-4,5 г/кг), але досягнення показника здійснювалось лише на 9/5–11 добу життя. Таку тенденцію ми пов'язуємо з недостатніми стартовими дозами амінокислот, введених парентерально ($1,5/1,1-2,2$ г/кг), а також повільним збільшенням об'єму ентерального харчування, яке складало лише $18,34 \pm 5,12$ мл/кг/добу, на тлі парентерального харчування, яке припинялося на 9,7/6,1-11,7 добу. В цілому це відповідає існуючим стратегіям, але призводить до накопичення сумарного дефіциту протеїнів.

Виконання існуючих рекомендацій дозволило досягти показника середньої втрати ваги на рівні 14/8–17%, що знаходиться на межі припустимого. Максимальна втрата ваги виявлена на 5/3–8 добу життя, а відновлення до показника при народженні відбувалося лише на 12,6/7,1–14,2 день.

До 36 тижня скоригованого віку у новонароджених групи дослідження досягнуті показники фізичного зростання, які оцінені відповідно до перцентилей: вага – 9/3–22; довжина тіла – 12/9–25; окружність голівки – 9/3–25. Як видно з отриманих даних, результати зростання малюків виявилися незадовільними, що в майбутньому може супроводжуватись негативними результатами неврологічного "follow-up". Середня тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії сягала $7,81 \pm 1,38$ тижнів.

Аналіз причин отриманих результатів стосувався підходів до організації клінічного харчування дітей. На нашу думку, на покращення соматичного росту новонароджених можуть вплинути наступні фактори:

дотримання існуючих рекомендацій щодо парентерального харчування, швидкий перехід на повне ентеральне харчування. Досягнення вищевказаного можливе за умови збільшення щоденного об'єму годувань більше 20 мл/кг/добу, на тлі зміни стратегії дотації основних харчових інгредієнтів, в напрямку збільшення дотації білків та енергії.

Висновки:

1. Адекватний фізичний розвиток когорти малюків зі станами перинатального періоду (близький до внутрішньоутробного), лікування яких потребує тривалої інтенсивної терапії, складно досягти, навіть за умови дотримання вимог гайдлайну ESPGAN (2010).

2. Також, одним з напрямків поліпшення результатів фізичного розвитку малюків, які потребують тривалої інтенсивної терапії, може бути нутритивна підтримка новонароджених з низькою масою тіла, що включає в себе агресивне ентеральне вигодовування зі збільшеною дотацією білків.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE WEST NILE FEVER IN THE ZAPORIZHZHYA REGION

Ganta Venkata Sai Kalyan, Onishchenko T.
Zaporizhzhya State Medical University

The increased incidence of West Nile virus (WNV) fever in the European Union is associated with the global warming and an increase in the activity of natural foci of arbovirus infections associated with the natural migration of birds and population of commensal ornithophilous mosquitoes, ticks. It was registered 86 cases of WNV fever in Ukraine, 40 cases (46.5%) of which were in Zaporizhzhya region during 2007- 2016.

The purpose – to analyze the cases of the WNV disease in the Zaporizhzhya region.

We studied case histories of 40 patients with diagnosis "West Nile fever", analyzed the results of clinical and serologic investigated. Most patients were hospitalized in May, August, September; 18 (75%) patients lived in rural areas, regularly went on nature trips and in anamnesis pointed to the mosquito bites.

The IgG avidity index in 26 patients of the I group was determined in 10,7-25,3% and were registered next forms of the disease: meningeal 15 (57,7%), flu-like 7 (27%), mixed meningeal and exanthemous 4 (15,3%) with predominance moderate course of the diseases - 21 (80,8%) patients. The meningeal form of the WNV fever was characterized by acute onset with fever up to 38-40°C, meningeal syndrome and symptoms of toxic encephalopathy. Cerebrospinal fluid in these patients were characterized by a predominance of lymphocytic pleocytosis. The flu-like form of WNV fever was characterized by fever for 2-3 weeks, catarrhal syndrome and increased submandibular and anteroposterior lymph nodes. Patients with mixed form of WNV had mottled papillose rash on the abdomen, which later spread throughout the skin, severity intoxication syndrome, and on the 9th day developed aseptic meningitis. In 14 patients of group II were diagnosed with WNV fever due to level of IgG avidity in the range of 82,7 – 88,8%.

Thus, in Ukraine and Zaporizhzhya region there is an increase in the incidence of WNV, all clinical forms of the disease were diagnosed, but more often meningeal (57.7%). The predominance of meningeal forms of WNV fever may indicate the absence alertness regarding other forms of the disease.

ВИЗНАЧЕННЯ НЕОБХІДНОСТІ У ПЛАЗМАФЕРЕЗІ ДІТЯМ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОЗАЛІКАРНЯНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ

Городкова Ю.В., Курочкін М.Ю.
Запорізький державний медичний університет, кафедра дитячих хвороб

Вступ. Відсутність науково обґрунтованих показань до проведення плазмаферезу (ПФ) обумовлює актуальність дослідження особливостей лікування пневмоній з включенням у комплексну терапію ПФ.

Мета дослідження. Покращити методи лікування дітей 1-6 років з позалікарняними пневмоніями ускладненого перебігу (ППУП) шляхом визначення показань до ПФ за клініко-патогенетичними критеріями.

Матеріал і методи. Обстежили 84 дитини з ППУП і 20 соматично практично здорових дітей. Дітям з I групи у комплексній інтенсивній терапії (ІТ) проводився дискретний ПФ, з II – не проводився, III – контрольна група. Кожна з груп розподілена на підгрупи в залежності від віку: А – 1-3 р., В – 3-6 р. Показники оцінювались при надходженні до відділення анестезіології та інтенсивної терапії, на 1-шу,

2-гу доби ІТ, у І групі – також перед ПФ, через 1, 3 доби після ПФ, у ІІ групі – на 3-тю та 5-ту добу ІТ, у контрольній групі – до планової операції.

Отримані результати. У ІА групі на ІІ добу БТ шанс виявити $T \geq 38,0^\circ \text{C}$ у 25 разів більше, ніж у групі ІА, у групі ІВ – в 14,39 разів більше ($p < 0,05$), ніж у ІІВ групі. За даними ROC-аналізу виявлено, що точка розподілу для показника частоти дихань (ЧД) на другу добу БТ у групі І: $\text{ЧД} > 37$ (чутливість 91,6%, специфічність 53,2%, $p = 0,002$), у групі ІІ: $\text{ЧД} > 39$ (чутливість 75,1%, специфічність 74,2%, $p = 0,001$). Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), ядерний індекс інтоксикації (ЯІІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ) у групах ІА, ІВ при надходженні до відділення були більше ніж у групах ІІА, ІІВ відповідно у 10,0-21,0 разів, 4,1-8,2 та 6,3-8,5 разів. Після останнього сеансу ПФ відмічено статистично значущий регрес фебрильної температури через ІІІ доби, зменшення показників ЛІІ, ЯІІ та ІЗЛ, нормалізація рівня фібриногену А через добу.

Висновки. Збереження фебрильної температури тіла та вираженої задишки у дітей 1-6 р. на ІІ добу БТ можуть слугувати одними з показань до ПФ при ІІІУП.

ВНУТРІШНЯ СТРУКТУРА КОМПЛЕКСУ КОМОРБІДНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Городокін А.Д.

Запорізький державний медичний університету

Вступ. Не зважаючи системну підтримку методу замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), протягом усього періоду реалізації його програм, існує дискусія щодо доцільності, раціональності, ефективності та безпеки даного методу. Основним аргументом дослідників, які декларують неоднозначне ставлення до даного методу є те, що ЗПТ, має потенціал негативного впливу на психічне здоров'я залежних осіб, залишаючись при цьому ефективним інструментом медико-соціального контролю. Встановлення характеру та структури коморбідних психопатологічних розладів в осіб, які перебувають у програмах ЗПТ – є необхідним для підвищення ефективності їх якості життя та соціального функціонування.

Мета дослідження: встановити внутрішню структуру комплексу коморбідних психопатологічних порушень неспсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ.

Матеріал і методи. Дослідження проведено у проспективному дизайні у періоді 2016-2019 років. На базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» м. Запоріжжя, обстежено 100 осіб з діагнозом «Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів, синдром залежності» які перебувають на програмі замісної підтримуючої терапії, (МКХ-10: F11.22). Середній вік дорівнював $41,2 \pm 5,6$ років, стаж систематичного вживання опіоїдів до включення у програму замісної підтримуючої терапії – $12,8 \pm 5,8$ років. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, статистичний.

Отримані результати. Проведено визначення рівня проявів психопатологічних симптомів різних груп з використанням симптоматичного опитувальника SCL-90-R. Враховуючи фактор варіабельності результатів в залежності від фармакокінетики агенту ЗПТ, задля стандартизації протоколу обстеження, заповнення опитувальника проводилося у інтервалі 8-10 годин після прийому препарату ЗПТ. Для встановлення взаємного впливу на інтенсивність проявів окремих груп психопатологічних симптомів було проведено дослідження їх кореляційних зв'язків, що дозволило виділити окремі симптомокомплекси.

1. Тривожно-обсесивний – поєднання стійкої безпредметної тривоги та нав'язливого потягу до наркотичного агенту. Внутрішня кореляція симптомів $r = 0,78$, $p \leq 0,05$. Наявний у 71 (71%) осіб загального контингенту.

2. Obsесивно-сенситивний – поєднання нав'язливого потягу до наркотичного агенту та відчуття соціальної несправедливості. Внутрішня кореляція симптомів $r = 0,64$, $p \leq 0,05$. Наявний у 67 (67%) осіб загального контингенту.

3. Депресивно-сенситивний – поєднання гіпотимії з ангедонією та відчуття соціальної несправедливості. Внутрішня кореляція симптомів $r = 0,81$, $p \leq 0,05$. Наявний у 67 (67%) осіб загального контингенту.

4. Депресивно-дисфорійний – поєднанням гіпотимії з ангедонією та стійкої дратівливості та дисфорійних пароксизмів складної структури (агресія, імпульсивність, демонстративність). Внутрішня кореляція симптомів $r = 0,66$, $p \leq 0,05$. Наявний у 70 (70%) осіб загального контингенту.

5. Паранояльно-дисфорійний – поєднання підозрливості з патологічною фіксацією асоціацій та стійкої дратівливості та дисфорійних пароксизмів складної структури з ретенцією афекту. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,75$, $p \leq 0,05$. Наявний у 64 (64%) осіб загального контингенту.

6. Тривожно-паранояльний – поєднання стійкої безпредметної тривоги та підозрливості з патологічною фіксацією асоціацій. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,76$, $p \leq 0,05$. Наявний у 59 (59%) осіб загального контингенту.

Висновки. Встановлено, що в осіб, які перебувають у програмах ЗПТ наявна психопатологічна симптоматика неспихотичного рівня, яка може бути структурована у 6 симптомокомплексів: тривожно-обсесивний, обсесивно-сенситивний, депресивно-сенситивний, депресивно-дисфорійний, паранояльно-дисфорійний та тривожно-паранояльний.

ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Губарь А.О., Бачурін Г.В., Довбиш М.А., Довбиш І.М.
Запорізький державний медичний університет

Педагогічний аспект підвищення якості професійної підготовки студентів у медичних вищих навчальних закладах (ВНЗ) спрямований на розгляд його як результату освітнього процесу, що відповідає запитам особистості студента і соціального замовлення. Університети повинні готувати працівників, підготовлених до творчої діяльності, здатних до високоінтенсивної праці, до здійснення безперервної професійної освіти.

Якість освіти, з нашої точки зору, є така підготовка майбутніх лікарів, які здатні до ефективної професійної діяльності, до швидкої адаптації в сучасних умовах, які володіють технологіями в своєму напрямку, уміннями використовувати отримані ними знання при вирішенні професійних завдань.

Одним з важливих завдань, вирішення якого спрямовано на забезпечення поліпшення якості підготовки фахівців у ВНЗ – це оцінка якості одержуваного кожним освіти, узгоджена з системою наукових знань і професійних завдань в обраній спеціалізації, а також оцінка можливості зміни системи освіти, що забезпечує поліпшення його якості. Тому виникає питання про те, які умови необхідно створювати для підвищення якості професійної підготовки майбутніх фахівців, якими критеріями буде характеризуватися якість професійної підготовки студентів, які будуть визначені в педагогічному процесі.

У Національній доктрині освіти України зазначено, що якість освіти – це орієнтація освіти не тільки на засвоєння студентами знань, а й розвиток пізнавальних і творчих здібностей, а також особистої відповідальності і досвіду щодо самостійної діяльності.

У той же час, модернізація та інтеграція української системи освіти в єдиний освітній простір диктує необхідність створення системи контролю якості освіти. На державному рівні ставиться завдання: в кожному закладі створити систему контролю якості освіти.

Поняття «якість освіти» у вітчизняній педагогіці трактується по-різному. Найбільш прийнятним є визначення К.М. Мишалківського, «якість – ступінь відповідності результатів навчально-виховного процесу, виражених в характеристиках навченості і вихованості, їх соціально зумовленого нормативного рівня». Ф.М.Махлаченко підкреслює, що виключно особливою є оцінка якісних аспектів навчання, а також розробка механізму їх відстеження.

Важливо відзначити, що якість результатів діяльності ВНЗ забезпечується управлінням якістю, як ключових процесів ВНЗ.

Сьогодні багато говориться про якість освіти будь-якої освітньої організації, проте воно визначається не тільки його змістом. Зараз, як ніколи, якість і результативність освіти залежать, перш за все, від процесу якості взаємодії, взаємин і взаємозв'язків, які розгортаються всередині нього.

Простежимо етапи створення системи управління якістю освіти в нашому університеті, які виконують функцію систематизації:

1. Створення центру управління якістю освіти.
2. Організація навчання різних категорій персоналу з урахуванням їх майбутньої ролі в системі забезпечення якості.
3. Розробка та прийняття багаторівневої системи управління якістю освіти.

4. Розробка механізмів моніторингу та критеріїв результативності процесів системи.
5. Створення робочих груп та проведення внутрішнього аудиту.
6. Самооцінка за моделями якості.

Необхідно перерахувати чинники, що визначають якість професійної освіти в нашому університеті: 1 група включає якість освітніх цілей, якість освітніх програм, якість системи моніторингу результативності, якість інформаційного і комунікаційного забезпечення процесу професійної підготовки, якість організації самостійної роботи студентів, якість матеріально-технічного та фінансового забезпечення процесів. Друга група містить якість підготовки абітурієнтів, якість підготовки випускників, якість організації практик, якість використання інноваційних освітніх технологій, якість кадрового потенціалу професорсько-викладацького складу, якість середовища життєдіяльності.

Звідси випливають критерії вимірювання системи якості в університеті:

а) якість і результативність освіти:

- структура випуску;
- рівень підготовки і ступінь завантаження викладачів;
- якість працевлаштування випускників;
- досягнення випускників.

б) якість та результативність наукової діяльності:

- активність публікації, цитування;
- рівень кваліфікації дослідників;
- участь у соціально значущих наукових проектах.

Найважливішою складовою частиною оцінки якості освіти є оцінка якості «кінцевого продукту».

Центр якості освіти організовує процеси моніторингу та оцінки якості освіти безперервно протягом кожного семестру, використовуючи наступні групи вимірників якості: тести підсумкового та поточного модульного контролю, «об'єктивна» оцінка результатів навчання на основі незалежних тестів, «суб'єктивна» оцінка результатів навчання викладачем, прямі вимірювання якості ресурсів спеціальності, соціологічні опитування, експертні оцінки якості процесів.

Дослідження з проблеми затребуваності випускників вузу на регіональному ринку показало достатньо високий рівень. Опитування роботодавців показало, що, в цілому оцінка роботи випускників Запорізького медичного університету позитивна, однак, є пропозиції щодо вдосконалення знань, умінь, навичок студентів в області сучасних медичних технологій.

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОНЛАЙН СЕРВІСІВ САМОДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Гуйтур Н.М.

Запорізького державного медичного університету

З розвитком Інтернету набули поширення онлайн сервіси самодіагностики стану організму у тому випадку, коли захворювання ще не встановлено, але патологічні та інші зміни в організмі вже визначаються.

Для самодіагностики використовуються онлайн сервіси, які дозволяють по синдромам (ознакам) змін в організмі дізнатися про захворювання та спеціальність лікаря, до якого слід звернутися для встановлення точного діагнозу захворювання і початку лікування.

Онлайн сервіси умовно можна розділити на дві групи.

До першої групи віднесемо онлайн сервіси, які дозволяють візуалізувати процес діагностики, наприклад, онлайн сервіси DOC.ua, Сімптомчекер, First Aid.

До другої групи віднесемо сервіси з онлайн тестами, які містять питання, на котрі хворий дає відповіді. За результатами тестування виводиться інформація про стан організму.

Ці онлайн сервіси можна умовно розділити на чотири підгрупи.

До першої підгрупи можна віднести прості онлайн тести, які дають відповідь про стан органів: відмінно, добре, задовільно, погано.

До другої підгрупи можна віднести онлайн тести-опитувальники, які створені насамперед для практикуючих лікарів для первинної діагностики пацієнтів і подальшого відстеження зміни стану в організмі в процесі лікування.

Прикладами таких онлайн тестів є тест «Шкала депресії Аарона Т.Бека» і «Опитувальник невротизації» (автори К.К. Яхин, Д.М. Менделевич).

До третьої підгрупи віднесемо онлайн сервіси, в яких для діагностики використовується штучний інтелект. Прикладами таких онлайн сервісів є діагностична система Simptomus, яка використовує базу знань, наповнення якої здійснюють фахівці в різних областях медицини.

До четвертої підгрупи віднесемо електронну систему підтримки прийняття рішень на базі знань (ЕСППР), в які створюються онлайн тести

Прикладом онлайн тексту, створеного в ЕСППР, є «Тест з виявлення наявності у хворого (пацієнта) гострого порушення мозкового кровообігу» (автор Гуйтур М.М.).

Посилання:

- М.Гуйтур, В.Коноваленко, А.Коловський «Як науковим (науково-педагогічним працівникам) перетворити свої знання на пасивний дохід у вигляді роялті» - журнал «Вища школа», - №8, 2017
- <https://doc.ua/diagnostic>
- <https://www.psychol-ok.ru/statistics/beck/>
- <https://www.psychol-ok.ru/statistics/kodvions/>
- <http://simptomus.ru/#age>

ВПЛИВ РІВНЮ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ НА ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ

Дац В.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. У ХХІ сторіччі відмічається значне підвищення частоти реєстрації психічної патології у дітей, тому стоматологам все частіше доводиться проводити діагностичні й терапевтичні маніпуляції у дітей із різним рівнем психічного здоров'я. Це робить актуальним дослідження впливу психічного здоров'я дітей на лабораторні показники їх ротової рідини.

Мета дослідження. Визначити вплив психічного здоров'я дітей на показники їх ротової рідини, зокрема рН.

Матеріал і методи: стоматологічний, клініко-психопатологічний.

Отримані результати. У дітей з аутизмом середній рівень рН в ротовій порожнині становив $6,23 \pm 0,09$, що відповідає підвищеній кислотності порожнини рота. Серед них 21 хворих (70%) мали ацидоз порожнини рота, 9 – нормальну кислотність слини (30%). У дітей із олігофреніями середній рівень рН в ротовій порожнині становив $5,82 \pm 0,09$, що відповідає підвищеній кислотності порожнини рота. Серед них 10 хворих (30%) мали помірний ацидоз порожнини рота, у 10 – значний ацидоз порожнини рота (30%), і у решти 10 – нормальну кислотність слини (30%). У дітей зі СДУГ середній рівень рН в ротовій порожнині становив $6,01 \pm 0,04$, що відповідає підвищеній кислотності порожнини рота. Серед них 14 хворих (70 %) мали ацидоз гігієни порожнини рота, 6 – нормальну кислотність слини (30%). У психічно здорових дітей середній рівень рН становив $7,01 \pm 0,19$, що відповідає нормальній кислотності порожнини рота. Серед них 4 хворих (20%) мали ацидоз гігієни порожнини рота, 16 – нормальну кислотність слини (80%).

Висновки. Порушення психічного здоров'я дітей має серйозний вплив на рівень кислотності ротової порожнини. Найвищі рівні ацидозу зареєстровані у дітей, хворих на олігофренію.

ДО ПИТАННЯ ПРО КІБЕРЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ФАКТОР ЕКСПЛІКАЦІЇ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Демченко А.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Останніми роками інтернет-залежність може бути діагностована у кожної людини на тому чи іншому рівні. Незліченна кількість способів використання Інтернету робить його невід’ємною частиною всіх сфер життя і змушує людину бути онлайн майже цілодобово. Незважаючи на всю велич, Інтернет несе суспільству безліч проблем, однією з яких є його вплив на психіку людини. Захоплення віртуальним життям може стати причиною порушення людських взаємовідносин у реальному житті й десоціалізації. Студенти медици в межах своєї діяльності мають необхідність проводити велику кількість часу в мережі, тому не можуть бути не схильні до впливу. А психологічне здоров’я грає велику роль у становленні спеціаліста, який може допомогти іншим.

Мета дослідження. Встановити наявність залежності між рівнем кіберзалежності та рівнем суїцидального ризику.

Матеріал і методи. Були досліджені 50 осіб із застосуванням тестування на інтернет залежність (метод комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда і популяції за допомогою системи audit-подібних тестів та опитувальник з суїцидального ризику).

Отримані результати. Результати опитування на суїцидальний ризик представлено у табл. 1. Було встановлено, що із 50 осіб 4 мають захопленість Інтернетом (1 група), 13 осіб – пристрасть до Інтернету (2 група), 12 осіб – пристрасть до Інтернету на етапі формування залежності (3 група), 21 особа – вірогідно сформовану залежність від Інтернету (4 група).

Таблиця 1

Результати тестування на інтернет залежність

Показник	Групи дослідження			
	1 група	2 група	3 група	4 група
Демонстративність	42%	40%	28%	25%
Афективність	62%	56%	50%	48%
унікальність	55%	33%	36%	22%
Неспроможність	55%	43%	37%	36%
Соціальний песимізм	60%	59%	56%	46%
Злам культурних бар'єрів	33%	43%	41%	33%
Максималізм	50%	30%	45%	28%
Тимчасова перспектива	53%	28%	44%	27%
Антисуїцидальних фактор	75%	46%	62%	60%

Висновки. Аналізуючи результати тестування виявляється вираженість антисуїцидального фактору в 1, 3 та 4 групах. При високій вираженості всіх інших факторів, цей фактор знижує глобальний суїцидальний ризик, виражає глибоке розуміння відповідальності та почуття обов’язку. Серед всіх груп найбільше виражені соціальний песимізм, що виражає сприйняття світу як ворожого, не відповідного уявлення про нормальні або задовільних для людини відносинах з оточенням, за формулою внутрішнього монологу «Ви всі недостойні мене» та афективність, що має на увазі домінування емоцій над емоційним контролем в оцінці ситуації. Готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо, все це може бути пов’язано з фактором віку та емоційної незрілості.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ УВАГИ ТА КОРОТКОСТРОКОВОЇ ПАМ’ЯТІ У КУРЦІВ В УМОВАХ ДЕПРИВАЦІЇ ПАЛІННЯ

Демченко О. В.

Запорізький державний медичний університет

Тютюнопаління є найбільш розповсюдженою хімічною аддикцією, яка має найбагатшу історію наукових досліджень з всього класу залежностей. Встановлено, що паління може знижувати показники пам’яті та уваги, особливо при депривації паління, що може набувати ознак абстиненції і бути вірогідною причиною патологічного потягу до паління як способу повернення цих показників на оптимальний рівень.

Дослідження впливу депривації паління на короткострокову пам'ять та увагу активних курців є можливим шляхом до розуміння механізмів формування та розвитку стану залежності від тютюну.

Мета дослідження: визначити особливості порушення уваги та короткострокової пам'яті у курців в умовах депривації паління.

Матеріали дослідження: відповідно до вимог законодавства України, був сформований контингент з 22 осіб молодого віку, які мають тютюнову залежність та є активними курцями. Факт наявності залежності був встановлений за допомогою Tobacco-UDIT тесту (Лінський І. В. та ін., 2009). 8 осіб, які регулярно палили склали групу 1 (Г1), 14 осіб, які палили періодично склали групу 2 (Г2).

Методи дослідження: психодіагностичний (методика Шульте та модифікована методика Джекобсона).

Результати дослідження. В результаті аналізу результатів, отриманих шляхом проведення визначення рівня уваги за таблицями Шульте до, одразу після паління та через 15 хвилин продемонстрували наступні показники: порівняно з початковим рівнем уваги середні показники виросли на 25,2% в групі 2 та на 14% в Г1 одразу після паління, надалі протягом 15 хвилин вони повернулися до початкового рівня з відхиленням 2,5% в Г1, в той час, як у Г2 вони впали на 10,2% відносно показників до паління. В результаті аналізу короткострокової пам'яті за методикою Джекобсона були отримані наступні динамічні показники: ріст показників в середньому на 16,5 % в Г1 та на 6,3 % в Г2. Протягом 15 хвилин показники знизилися та набули значень в середньому на 0,5% нижче від початкових у групі 1, що є незначним, та на 6,6% в Г2, що є більш вагомим відхиленням від початкових значень до паління.

Висновки. Тютюнопаління реалізує свій вплив на сферу уваги та короткострокової пам'яті, але однозначно окреслити механізм цієї реалізації неможливо. Це може бути як і пряма дія нікотину, так і явище абстиненції в умовах відсутності нікотинової стимуляції. В осіб, які палять регулярно, в більшій мірі виражені підвищення показників короткострокової пам'яті при поверненні показників до початкових протягом 15 хвилин, що може бути одним з основних компонентів психічної залежності. Паління в осіб, які палять періодично, також у деякій мірі підвищує показники уваги, проте протягом 15 хвилин ці показники суттєво зменшуються відносно таких до моменту паління, що може спонукати перехід до регулярного паління в даній групі осіб. Також у цих осіб помірно підвищуються показники короткострокової пам'яті одразу після паління, але цей ефект редукується у періоді 15 хвилин.

ОЦІНКА ВПЛИВУ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ НА ПРОЯВИ АГРЕСИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Дем'яненко І.В., Шкодін А.Д.

Українська медична стоматологічна академія

Вступ. Адиктивна поведінка виявляється у осіб, які намагаються побороти власні проблеми та нанесені соціумом психічні чи фізичні травми шляхом відсторонення від об'єктивної реальності за допомогою зміни свого психічного стану, або за умови пошуку способу отримання задоволення. Частіше за все, таким порядком стають психоактивні речовини (алкоголь, канабіс тощо). Пацієнти, що на певний час змогли досягти поставленої мети, розглядають даний метод як ефективний і неодноразово до нього повертаються, внаслідок чого розвивається залежність. Однак, при систематичному зловживанні хімічними речовинами порушуються процеси психічного сприйняття навколишнього середовища, саморегуляції, емоційної сфери та формуються психопатологічні стани. Агресивність у залежних осіб є наслідком зміни свідомості та психічного стану, через сформовану психічну та фізичну залежність. При відсутності чи обмеженні вживання психоактивних речовин у пацієнтів цієї групи збільшується рівень неконтрольованої агресії і пошуку відповідного стимулу. Поряд з цим частина з них не можуть адекватно оцінювати свій емоційний стан, оскільки мають алекситимію – патологічний стан, що описує втрату здатності до розпізнавання, усвідомлення та опису власних емоцій.

На сьогоднішній день нерозв'язаним залишається питання щодо ролі алекситимії у структурі формування та розвитку різних форм хімічної залежності та її вплив на інші психологічні показники.

Мета дослідження: Оцінити рівень вираженості алекситимії та її вплив на показники агресивності у пацієнтів з різними формами хімічної залежності.

Матеріал і методи. В дослідження було включено 76 пацієнтів чоловічої статі віком 21-54 роки, яких було розподілено на дві групи: 1 група – 52 пацієнта з наркотичними залежностями, 2 група –

24 пацієнта з алкогольною залежністю. Для оцінки рівня вираженості алекситимії було використано Торонтську шкалу алекситимії TAS-20-R. Показник агресивності визначалися за шкалою Басса-Дарки. Статистична обробка результатів проведена за допомогою програми IBM SPSS Statistics. Відповідно до критерію Шапіро-Уїлка дані не підлягали нормальному розподілу, тому для оцінки достовірності різниці між двома незалежними групами використовували U-критерій Мана-Уїтні, а ступінь лінійної залежності між двома змінними визначався за ранговим критерієм Спірмана.

Отримані результати. Отримані дані свідчать про підвищений рівень алекситимії у пацієнтів обох груп, проте у алкозалежних осіб цей показник майже на 10% нижчий. Бали за показником складності в описуванні почуттів у групі 2 на 13,2% менші порівняно з такими у першій. Рівні агресивності та ворожості в обох групах знаходяться в межах середніх значень, проте у пацієнтів з алкогольною залежністю індекс ворожості вище на 24,07%, а агресивності нижче на 2,67%. Детально аналізуючи вплив алекситимії на прояви агресивності у першій групі було виявлено прямий зв'язок середньої сили між її загальним рівнем та показниками «роздратованість» ($r = 0,311$; $p = 0,025$) та індекс ворожості ($r = 0,369$; $p = 0,017$). Поряд з цим значний вплив на індекс ворожості у пацієнтів даної категорії мали всі компоненти алекситимії, а саме «складність в описуванні почуттів» ($r = 0,329$; $p = 0,007$), «внутрішньо орієнтоване мислення» ($r = 0,352$; $p = 0,011$) та «складність ідентифікації почуттів» ($r = 0,332$; $p = 0,016$). Останній показник в свою чергу також виявляє вплив на рівень «підозрілості» ($r = 0,323$; $p = 0,013$). У пацієнтів другої групи загальний рівень алекситимії мав прямий середній кореляційний зв'язок з балами за шкалами «фізичної агресії» ($r = 0,548$; $p = 0,008$) та «негативізму» ($r = 0,543$; $p = 0,009$). На відміну від наркозалежних в осіб з алкогольною залежністю відмічено вплив «складності в описуванні почуттів» на індекс агресивності ($r = 0,563$; $p = 0,006$), а внутрішньо орієнтованого мислення на рівень «вербальної агресії» ($r = -0,471$; $p = 0,027$).

Висновки. Дане дослідження встановило, що у пацієнтів з наркотичною та алкогольною залежністю відрізняється вплив алекситимії на прояви агресивності та ворожості, а саме ці показники корелюються від надання переваги формі хімічної залежності. На сьогоднішній день вплив алекситимії на подальше формування та розвиток психологічних показників, все ще залишається відкритим, тому більш детальне дослідження цього явища значно покращить лікування та реабілітацію хворих.

ЕНДОСКОПІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Діденко Е.В., Ткачов В.С., Стешенко А.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Питання адекватного вибору методики та тактики лікування хворих на ускладнений хронічний панкреатит залишаються дискусійними. Ендоскопічні методи лікування пацієнтів з хронічним панкреатитом покращують якість життя, мають низьку частоту ускладнень. Іноді ендоскопічна процедура виконується як підготовка до хірургічної операції. В останні роки відзначається зростання кількості хворих з кістами підшлункової залози, що пов'язано з ростом захворюваності на гострий і хронічний панкреатит.

Мета дослідження. Оцінити ефективність ендоскопічних способів лікування хронічного панкреатиту.

Матеріал і методи. Результати (до 2-х років) оцінювалися в трьох групах пацієнтів ($n = 24$). До групи А ($n = 5$) включені пацієнти яким виконувалася ендоскопічна цистодуоденостомія, в групу В ($n = 13$) включені пацієнти яким виконано стентування головної панкреатичної протоки (ГПП) прямими пластиковими стентами 5-7 Fg в діаметрі і довжиною від 5 до 12 см. До групи С ($n = 6$) включені пацієнти з хронічним панкреатитом в поєднанні з аденомою великого дуоденального сосочка; цим пацієнтам виконувалася ендоскопічна папіллектомія і стентування ГПП.

Усі хворі були обстежені з використанням комп'ютерної томографії, магнітнорезонансної холангіопанкреатографії, ультразвукового дослідження, IgG, визначення рівня ендогенного інсуліну, С-пептиду, онкомаркеру СА 19-9, панкреатичної еластази-1 у калі, якість життя оцінювалася за допомогою опитувальників EORTC C-30, QLQ PAN-28.

Отримані результати. У 3-х пацієнтів групи А через два роки зазначалося прогресування екзокринної і ендокринної дисфункції в поєднанні з рецидивами псевдокіст підшлункової залози, якість життя у віддаленому періоді була низькою. Пацієнти групи В мали більш високу якість життя у віддаленому

періоді, прогресування екзокринної і ендокринної недостатності зазначалося у 2 з 13 пацієнтів (15,4%), больовий синдром у 11 пацієнтів усунутий. У пацієнтів групи С у віддаленому періоді відзначався високий рівень якості життя, у одного пацієнта з 2 типом pancreas divisum зазначалося прогресування екзокринної недостатності, і ще у одного пацієнта з pancreas divisum type 1 виявлено рецидив больового синдрому і прогресування фіброзу підшлункової залози.

Висновки. Використання ендоскопічних втручань при хронічному панкреатиті у вигляді стентування ГПП є більш ефективним у пацієнтів із менш вираженими фіброзними змінами паренхіми підшлункової залози, та значно підвищує якість життя.

VERAPAMIL USAGE IN KELOID AND HYPERTROPHIC SCAR TREATMENT

Dongur Sai Madhav
Zaporozhye State Medical University

Introduction. Keloids and hypertrophic scars are the most common types of pathological scarring. Traditionally, keloids have been considered as a result of aberrant wound healing, involving excessive fibroblast participation that is characterized by hyalinized collagen bundles. However, the usefulness of this characterization has been questioned. In recent years, studies have reported the appropriate use of verapamil for keloids and hypertrophic scars.

Purpose of research. It is to know the effectiveness of the drug verapamil in comparison to other therapeutic drugs

Methods. Searches were conducted on the databases Medline, Embase, Cochrane, PubMed, and China National Knowledge Infrastructure. Treatment groups were divided into verapamil and nonverapamil group. Nonverapamil group includes steroids and intense pulsed light (IPL) therapy. Total effective rates include cure rate and effective rate. Cure: skin lesions were completely flattened, became soft and symptoms disappeared.

Results. Efficacy: skin lesions subsided, patient significantly reduced symptoms. Inefficient definition of skin was progression free or became worse. Random-effects model was used for the meta-analysis. Six studies that included 331 patients with keloids and hypertrophic scars were analyzed. Analysis of the total effective rate of skin healing was performed. The total effective rates in the two groups were 54.07% (verapamil) and 53.18% (nonverapamil), respectively. The meta-analysis showed that there was no difference between the two groups. The comparison is done between the adverse reactions of the verapamil treatment group and the steroids treatment group in two studies, and the result indicated that the verapamil group showed less adverse reactions.

Conclusion. There were no differences between the application of verapamil and nonverapamil group in keloids and hypertrophic scars treatment. Verapamil could act as an effective alternative modality in the prevention and treatment of keloid and hypertrophic scars.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ДІТЕЙ

Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С. *, Степанкевич Т.П. *, Москалюк О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Вступ. Кістозні хвороби виявляють у 15-20 % усіх вроджених вад сечовидільної системи у дітей в Україні.

Мета дослідження: визначити клініко-параклінічні особливості та критерії аутосомно-домінантного полікістозу нирок у дітей.

Матеріал та методи. Обстежено 17 дітей з аутосомно-домінантним полікістозом нирок, які перебували на лікуванні у відділенні педіатрії №1 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні у 2018 р. Верифікація діагнозу відбувалася на основі клінічних та інструментальних даних: у дітей молодше 15 років наявність 1 або 2 кіст в нирках за даними УЗД при наявності полікістозу нирок у родичів першої лінії, у підлітків старше 15 років наявність більше 3 кіст в нирках, наявність збільшення розмірів нирок та більше 5 кіст при відсутності сімейного анамнезу.

Отримані результати. Основними клінічними проявами полікістозу нирок у дітей є сечовий синдром, представлений мінімальною протеїнурією та помірною еритроцитурією (6 дітей 35,2 %).

У третини дітей різних вікових груп виявлено артеріальну гіпертензію (29,4 %). Нами встановлено наявність у 2 (11,7 %) хворих на полікістоз нирок кісти інших органів (печінки). При дослідженні функції нирок нами виявлено їх порушення в 15 дітей, хворих на полікістоз нирок (88,2 %).

Висновки. До спільних ознак полікістозу належать протеїнурія, гематурія, артеріальна гіпертензія, а у частини дітей - порушенн функції нирок єдина ознака. Ключовою в діагностиці полікістозу залишається ультразвукова діагностика в пренатальному періоді, вивчення сімейного анамнезу та молекулярно – генетичне дослідження.

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИССОМНІЧНОГО ПРОФІЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Гук Г. В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Нашу увагу привертає наявність диссомнічних проявів неорганічного походження у військовослужбовців (ВС) на тлі неспсихотичних психічних розладів (НПР). Висока поширеність диссомнічного синдрому (за даними деяких досліджень – понад 90%) у ВС з означеною патологією свідчить про те, що розробка лікувально-профілактичних заходів стосовно диссомнічних проявів у ВС з НПР є актуальною проблемою сучасної української медицини.

Матеріал і методи. На основі письмової інформованої згоди, із дотриманням принципів біоетики було проведене клінічне обстеження 42-х ВС контрактної форми служби у Збройних Силах України на етапі стаціонарного лікування у Запорізькому військовому госпіталі з приводу НПР, в структурі яких було визначено диссомнічний синдром. Середній вік учасників дослідження склав 33,86 ($\pm 1,07$) років. Застосовувались психофеноменологічний, патопсихологічний та психодіагностичний (анкетування із застосуванням Мюнхенського опитувальника хронотипу та Пітсбурзького опитувальнику якості сну) методи, а також метод первинної статистичної обробки даних.

Отримані результати. Дослідження виявило наступні групи чинників, асоційованих із підвищеним ризиком невротизації та розвитком диссомнічних проявів неорганічного походження у ВС: організаційно-професійні (групова ізоляція, вимушена самотність, індивідуальна та колективна відповідальність, складні умови життя та бойової діяльності), виконавчо-професійні (довготривале монотонне навантаження, різка зміна темпу та характеру виконуваної діяльності, бойова травма фізична / психічна), ситуативно-орієнтувальні (фактор небезпеки, фактор знеацькості, фактор невизначеності, інформаційний надлишок / дефіцит), індивідуального значення (негативні емоційні реакції, перевтома, незадоволення базових потреб, супутні соматоневрологічні захворювання).

Характерні феноменологічні особливості диссомнічного синдрому у обстежених ВС розподілилися наступним чином. Зменшення загальної тривалості сну (менше 6 годин) за рахунок подовження часу, необхідного для засинання, ранніх ранкових пробуджень та періодів нічної бадьорості відзначалось у 28 пацієнтів (66, 67%). Порушення нічного сну супроводжувалися потребою у денному сні у 9 випадках (21,43%), тоді як зниження працездатності, обмеження здатності до концентрації та утримання уваги протягом дня, погіршення загального самопочуття із дефіцитом енергії на тлі незадовільного нічного сну мало місце у 19 випадках (45,23%). 13 ВС (30,95%), повідомляючи про значний вплив якості сну на емоційний стан, описали такі емоційні прояви як зниження загального фону настрою, дратівливість, підвищена тривожність, схильність до експлозивних емоційних реакцій, пов'язані із недосипанням чи незадовільною якістю сну. У 4 випадках (9,25%) констатовано суб'єктивне сприйняття незадовільної тривалості та якості сну, охарактеризоване обстеженими як «безсоння» при фактичному збереженні достатньої кількості нічного сну (за повідомленнями сусідів по палаті та медичного персоналу).

Аналіз феноменологічної картини порушень сну із урахуванням домінуючих груп предрисуючих чинників у обстежених дозволив виявити наступні варіанти диссомнічного синдрому: біоаритмічний – характеризується порушенням природного ритму сну-бадьорості, тривалим періодом засинання у зв'язку зі відсутністю бажання спати в нічний час, дробленням періоду суцільного нічного сну та появою періодів бадьорості в нічний час із наступним виникненням потреби в денному сні; психофізіологічний – проявлений у відсутності задоволення якістю нічного сну за рахунок подовженого етапу засинання та його тривожного очікування, частих спонтанних пробуджень, жажливих сновидінь у яскравому психо вегетативному

супроводі; дисгігієнічний – пов'язаний із порушенням дотримання сприятливих умов для засинання та нічного сну у зв'язку з дією довільних та організаційно-професійних чинників; парадоксальний, для якого характерне об'єктивне збереження задовільної тривалості нічного сну при суб'єктивній його агнозії. Виявлені варіанти диссомнічного синдрому визначалися у обстежених як в ізольованому, так і у змішаному вигляді.

Висновки. Розширення обсягу дослідження та поглиблення етіопатогенетичного аналізу диссомнічного синдрому неорганічного походження сприятиме визначенню психопатогенетичних векторів для подальшої розробки системи фактор-асоційованих психотерапевтичних втручань, спрямованих на корекцію порушень сну.

CLINICAL FEATURES OF PNEUMOCOCCAL MENINGITIS

Ette Alekhya, Onishchenko T.
Zaporizhzhya State Medical University

Pneumococcal infection remains an urgent medical and social problem, causing the development of invasive forms: pneumonia, meningitis, sepsis, etc.).

Objective: To evaluate the clinical features of pneumococcal meningitis (PM) and pneumococcal meningoencephalitis (PME) based on Zaporizhzhya Regional Hospital for Infectious Diseases (ZRHID).

It was conducted clinical - laboratory monitoring in 26 patients with PM and PME. The evaluated group was dominated by middle aged persons - 9 (34,6%) and older - 11 (42,3%). Most of the patients (21-80,8%) the disease has developed against the background of severe co morbidity.

Severe course of the disease have been reported in 24 (92,3%) patients, moderate in 2 (7,7%). Mortality rate was 15,4%. In all the dead patients, the disease began gradually and had an extremely severe course. Intensity of meningeal and intoxication syndromes determined the severity of the disease and characterized by development of hyperthermia (88,5 %), loss of consciousness (61,5%), development of seizures (26,9%), brain edema (69%), focal lesions of the substance the brain (34,6%), respiratory and hemodynamic distress (23%). Septic course was recorded in 13 patients (50%), in 3 patients (23%) it was characterized by PME with pneumococemia phenomena presented as purpura. In 6 (46%) patients developed pneumonia, in 2 (15,4%) – phenomenon endocarditis, in 2 (15,4%) – arthritis. Multiorgan failure was accompanied by the development of renal, hepatic, respiratory and heart failure. Changes in the cerebrospinal fluid showed high neutrophilic pleocytosis in 24 patients, complete blood count - leukocytosis, neutrophilia with a left shift, elevated ESR.

Thus, PM and PME developed in middle age and older patients, in the presence of severe comorbidity; characterized by severe and very severe course of the disease and a high mortality.

КІСТИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ. ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Єрохіна А.О., Нікулін М.І.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Одним із найбільш розповсюджених негнійних захворювань в сучасній оториноларингології є кісти навколоносових пазух. Вони складають 3,9 % захворювань в структурі загальної ЛОР – патології, 12,6 % від усіх хронічних захворювань навколоносових пазух. По частоті кістозного ураження слизової оболонки навколоносових пазух 1-е місце займає верхньощелепна пазуха (93,3 %), значно рідше виявляють кісти клиноподібної пазухи (4,3 %), а на 3-му місці - лобної пазухи (2,4 %).

Актуальність проблеми полягає в тому, що кількість хворих на кісти верхньощелепних пазух з кожним роком зростає та переважно страждають люди працездатного віку (20 - 40 років), що суттєво псує якість життя. Проте, немає чіткої відповіді щодо лікування цієї патології, у світі дотепер продовжуються дискусії, котрі стосуються правильного вибору вирішення цієї проблеми.

Все це свідчить про необхідність удосконалення ефективності хірургічного лікування кіст верхньощелепної пазухи.

Мета дослідження. Метою проведених досліджень було підвищення ефективності хірургічного лікування кіст верхньощелепних пазух, шляхом вибору хірургічного доступу в залежності від походження кісти, локалізації та її виду.

Матеріали та методи. На базі клінічного ЛОР – відділення кафедри ЗДМУ за останні 3 роки проведено лікування 124 пацієнтам з кістами ВЩП, з них 67 (54%) чоловіків та 57 (46%) жінок. Діагноз встановлювали на підставі скарг пацієнтів, за даними анамнезу та додаткових методів досліджень. Головною скаргою був тупий головний біль на стороні ураження у 75% хворих (93 пацієнта), у 17% (21 пацієнт) біль не мав чіткої локалізації, а 3% хворих (4 пацієнта) відмічали біль на протилежній стороні. Також 70 пацієнтів відмічали утруднення носового дихання різного ступеня вираженості. Кількісне співвідношення видів кіст: істинних кіст найбільше – 86 (69%), істинних з антрохоанальним поліпом – 30 (24%), одонтогенних – 8 (7%). Лікували хірургічним методом, а саме: 12 пацієнтам (9%) було проведено дренивання кісти при пункції ВЩП, 17 пацієнтів (14%) прооперованих способом гайморотомії доступом Колдуела – Люка, 26 пацієнтів (21%) способом екстраназальної ендоскопічної мікрогайморотомії, та 69 пацієнтів (56%) прооперовано методом ендоназальної ендоскопічної мікрогайморотомії через середній та нижній носові ходи.

Отриманні результати. Після проведеного лікування у 5 пацієнтів (4%) спостерігався рецидив кісти (після пункційного дренивання). При невеликих кістах альвеолярної бухти використовували доступ через нижній носовий хід, такі операції проводили перед імплантацією зубів. Великі кісти виділялися екстраназальним підходом, при наявності хронічного синуситу та звуженості співустя з ВЩП виконувалось втручання через середній носовий хід.

Висновки. Вид хірургічного доступу залежить від розміру та локалізації кісти, її проявів та походження. Доцільно використовувати ендоскопічну техніку, що дозволяє малоінвазивно проводити втручання, зберігати важливі анатомічні структури та запобігати рецидивів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ АВТОІМУННИХ ПОРУШЕНЬ З КІЛЬКІСНИМ ВМІСТОМ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ЙОГО ГЕНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Калашник К.В., Рябоконт Ю.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Хронічний гепатит С (ХГС) залишається однією з найбільших актуальних проблем інфектології, що обумовлено не лише великим ризиком хронізації та розвитку цирозу печінки, а й формуванням позапечінкових проявів захворювання. В механізмах розвитку змішаної кріоглобулінемії, яка є найчастішим позапечінковим проявом, імунні порушення на сьогодні лише вивчаються.

Мета досліджень – виявити взаємозв'язки між автоімунними порушеннями та вмістом інтерлейкіну-17 залежно від поліморфізму його гену у хворих на ХГС.

Матеріал і методи. В дослідження було включено 149 хворих на ХГС та 45 здорових людей. Хворі були обстежені згідно протоколу (Наказ МОЗ України №729 від 18.07.2016) на базі гепатоцентру КУ «Запорізька обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР». Вік хворих коливався від 24 до 73 років (медіана – 42 роки). Чоловіків – 98, жінок – 51. Генотипування поліморфізму гену інтерлейкіну-17 (ІЛ-17) проведено методом полімеразної ланцюгової реакції, рівень ІЛ-17 та ревматоїдних факторів (РФ) ІgM та ІgG у сироватці крові визначали імуноферметним методом, рівень змішаних кріоглобулінів – спектрофотометричним методом. Всі спеціальні дослідження виконані на базі Навчального медико-лабораторного центру ЗДМУ (завідувач – професор Абрамов А.В.). Обробка даних проводилась за допомогою непараметричних методів статистики з використанням з використанням сформованої бази даних пацієнтів в програмі «STATISTICA for Windows 6.0» (StatSoft Inc., №AXXR712D833214FAN5).

Отримані результати. Встановлено вплив поліморфізму гену ІЛ-17 на хронізацію гепатиту С, що підтверджує найчастіше виявлення С-алелі поліморфізму гену ІЛ-17 у хворих на ХГС ($\chi^2=14,36$, $p<0,001$, odd ratio(OR)=4,94, 95% CI=2,01-12,15), ніж G-алелі, яка достовірно частіше реєструвалася у здорових людей ($\chi^2=8,02$, $p<0,005$). У хворих на ХГС, порівняно зі здоровими людьми, відзначено підвищення ($p<0,0001$) вмісту ІЛ-17 в крові, рівень якого склав 86,45 [72,43; 94,04] пг/мл проти 21,61 [11,92; 24,9] пг/мл відповідно. Зазначені зміни рівня ІЛ-17 у хворих на ХГС поєднувалися із підвищенням вмісту РФ ІgM та ІgG, порівняно зі здоровими людьми, що свідчило про наявність автоімунних порушень. Так, у хворих на ХГС вміст РФ ІgM склав 7,17 [2,75; 12,42] U/ml проти 1,43 [0,54; 2,13] U/ml ($p<0,01$), а вміст РФ ІgG склав 6,18 [4,43; 8,84] U/ml у проти 1,23 [0,1; 2,31] U/ml у здорових осіб ($p<0,01$).

В подальшій частині роботи при з'ясуванні ролі поліморфізму гену ІЛ-17 в розвитку змішаної кріоглобулінемії, в механізмах розвитку якої мають місце автоімунні порушення було встановлено чітку

тенденцію до збільшення числа хворих зі змішаною криоглобулінемією за наявності генотипу СС, порівняно з носіями СG/GG генотипів ($\chi^2=3,45$, $p=0,06$) за результатами аналізу рецесивної моделі успадкування. Проте не було встановлено статистично значущого впливу ($p>0,05$) поліморфізму гену ІІ-17 на ступінь виразності підвищення вмісту ІІ-17 в сироватці крові, а також ступеня виразності автоімунних порушень за показниками рівня змішаних криоглобулінів, РФ ІgM та ІgG. Проведений корелятивний аналіз зареєстрував позитивні кореляції між концентрацією змішаних криоглобулінів та РФ ІgM ($r=0,38$, $p<0,01$) та між РФ ІgM та ІgG ($r=0,38$, $p<0,01$).

Висновки:

1. Поліморфізм гену ІІ-17 впливає на хронізацію гепатиту С, що підтверджує найчастіше виявлення С-алелі поліморфізму гену ІІ-17 у хворих на ХГС ($\chi^2=14,36$, $p<0,001$, $\text{odd ratio(OR)}=4,94$, $95\% \text{ CI}=2,01-12,15$), ніж G-алелі, яка достовірно частіше реєструвалася у здорових людей ($\chi^2=8,02$, $p<0,005$).

2. У хворих на ХГС наявність генотипу СС, порівняно з носіями СG/GG генотипів, обумовлює тенденцію ($\chi^2=3,45$, $p=0,06$) до більш частого розвитку змішаної криоглобулінемії. Поліморфізм гену ІІ-17 у хворих на ХГС не впливає ($p>0,05$) на ступінь підвищення рівня ІІ-17 в сироватці крові та виразність автоімунних порушень.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, НА ТЛІ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ ПРИ ШПИТАЛІЗАЦІЇ.

Капшитар Н.І.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Гостра серцева недостатність (ГСН) ускладнює перебіг Q-інфаркту міокарда (Q-ІМ) у 15 – 30 % хворих. Гіперглікемія (ГГ) при шпиталізації зустрічається у 41% пацієнтів з Q-ІМ та пов'язана з підвищеною летальністю та ризиком розвитку ГСН. Особливості добового профілю артеріального тиску (АТ) у хворих на Q-ІМ, ускладнений ГСН на тлі ГГ при шпиталізації до кінця не з'ясовані та потребують подальшого дослідження.

Мета дослідження. Визначити особливості добового моніторингу АТ у хворих на Q-ІМ, ускладнений ГСН, на тлі ГГ при шпиталізації.

Матеріал і методи. Обстежено 64 хворих на Q-ІМ, ускладнений ГСН, середній вік $62,4\pm 1,4$ роки, з них 76 % чоловіки. Клас ГСН визначали за Killip: I – $n=23$, II – $n=20$, III – $n=21$. ГГ при шпиталізації вважали рівень глюкози сироватки крові вище 7,8 ммоль/л без цукрового діабету в анамнезі. В залежності від рівня глікемії, хворих поділено на групи: нормоглікемії - $n=23$, середній вік $60,6\pm 2,1$ роки, чоловіки – 70 % та гіперглікемії при шпиталізації - $n=41$, середній вік $64,1\pm 1,7$ роки, 61 % чоловіки. Середній рівень глікемії по групах склав: $6,2\pm 0,26$ ммоль/л у групі нормоглікемії та $9,7\pm 0,36$ ммоль/л у групі ГГ при шпиталізації. В першу добу визначали глікемічний профіль (ГП) - чотирикратне вимірювання рівня глюкози за добу, розраховували стандартне відхилення та коефіцієнт варіації ГП. На 12 добу хворим виконували добове моніторування АТ на апараті "ЕС-3Н/АВР" ("Labtech", Угорщина). Визначали середні значення систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску за добу, в денний і нічний час; стандартне відхилення середніх значень САТ та ДАТ (варіабельність АТ); індекс часу гіпертензії (ІВ); діастолічний індекс (ДІ). Дані представлені у вигляді середнього \pm похибка середнього ($M \pm m$). Статистичний аналіз проводився в програмі Statistica 13.0 непараметричним методом Манна-Уїтні для кількісних змінних, критерієм χ^2 для якісних змінних, кореляційним аналізом Спірмена та Гамма.

Отримані результати. У порівнянні з групою нормоглікемії, у хворих з ГГ при шпиталізації середній САТ за добу вірогідно вищий на 6 % ($p=0,047$). Вищі показники варіабельності артеріального тиску: стандартне відхилення САТ в денний період на 37 % ($p=0,0003$) та в середньому за добу на 37 % ($p=0,001$); стандартне відхилення ДАТ в денний період на 32 % ($p=0,003$) та в середньому за добу на 30 % ($p=0,01$). Показник «навантаження тиском» ІЧ САТ у хворих з ГГ при шпиталізації вищий у всі періоди спостереження: у денний час в 2,1 рази ($p=0,02$), вночі в 1,7 разів ($p=0,046$), в середньому за добу в 1,9 разів ($p=0,009$). При порівнянні ДІ (нічного зниження АТ), суттєво нижчі показники ДІ САТ зареєстровані у хворих з ГГ при шпиталізації – в 2,6 разів ($p=0,04$) нижчі, ніж у групі нормоглікемії (табл.1).

Таблиця 1 – Показники добового моніторингу АТ, що вірогідно відрізняються між досліджуваними групами

Показник, од. вимірювання	Період	Нормоглікемія, n=23	ГГ при шпиталізації, n=41
CAT, мм.рт.ст.	доба	115,4±3	122,4±2,1
SD CAT, мм рт. ст.	день	8,86±1,1	14,1±0,8
	доба	9,9±1,0	15,9±0,7
SD ДАТ, мм рт. ст	день	6,9±0,8	10,1±0,5
	доба	8±0,6	11,4±0,5
ГЧ САТ, %	день	9,2±4,3	20,1±4,0
	ніч	26,5±6,9	44,1±5,5
	доба	14,9±4,6	28,9±4,2
ДІ, ум. од.	САТ	5,5±1,1	2,1±1,1

Під час кореляційного аналізу встановлено прямий позитивний вірогідний зв'язок рівня глікемії при шпиталізації з САТ ($r=0,29$) и SD САТ ($r=0,37$) в денний час, САТ ($r=0,28$) та SD САТ в середньому за добу ($r=0,35$), ГЧ САТ в день ($r=0,36$), вночі ($r=0,29$) та в середньому за добу ($r=0,36$). Стандартне відхилення ГП корелює з ГЧ САТ вдень ($r=0,49$), вночі ($r=0,28$), в середньому за добу ($r=0,39$) та ГЧ ДАТ вдень ($r=0,31$), а коефіцієнт варіації ГП з ГЧ САТ вдень ($r=0,36$), вночі ($r=0,26$) та в середньому за добу ($r=0,32$), клас ГСН за Killip з ГЧ САТ вдень ($r=0,39$), вночі ($r=0,29$) та в середньому за добу ($r=0,31$).

У хворих з ГГ при шпиталізації вірогідно частіше зустрічався профіль АТ по типу найт-пікер ($n=15$) у порівнянні з хворими з нормоглікемією ($n=3$) ($\chi^2= 4.040$, $p=0,045$). Інші типи профілю АТ між групами вірогідно не відрізнялися. Наявність ГГ при шпиталізації асоціюється з розвитком профілю АТ за типом найт-пікер ($\phi=0,25$, $p<0,05$).

Висновки. Хворі з ГГ при шпиталізації мають більшу варіабельність АТ впродовж доби, вищі показники «навантаження тиском», гірше зниження САТ вночі та більшу частоту реєстрації профілю АТ по типу найт-пікер. Клас ГСН за Killip та висока варіабельність ГП асоціюються з гіршим контролем рівня САТ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З УРАХУВАННЯМ ЇХ ОСОБИСТІСНОЇ АКЦЕНТУАЦІЇ

Качур Р.В., Аджала О.М.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. Захворювання серцево-судинної системи, в тому числі гострий інфаркт міокарда, є однією з провідних причин смертності та стійкої втрати працездатності в Україні.

Дані останніх досліджень показують, що у більшості хворих, що перенесли гострий інфаркт міокарду відмічаються депресивні та тривожні прояви, що проявляються у тому числі зниженим фоном настрою. Вищевказане демонструє необхідність подальшого вивчення особливостей тривожних та депресивних проявів у осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда з урахуванням особистісних характеристик.

Мета дослідження. оцінити прояви тривоги та депресії в осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда з урахуванням їх особистісної акцентуації.

Матеріал і методи. В дослідження були включені 38 пацієнтів спеціалізованого кардіологічного відділення Полтавського обласного кардіологічного диспансеру з гострим інфарктом міокарда. Хворі були репрезентативні за статтю та віком.

Дослідження рівня особистісної та реактивної тривоги проводилось із використанням шкали Спілбергера-Ханіна, для дослідження рівня тяжкості депресії використовувалась шкала депресії Бека, для визначення типу акцентуації особистості застосовувався опитувальник Леонгарда-Шмішека.

Отримані дані піддавали статистичному аналізу з використанням програми IBM SPSS Statistics 23.0. Відповідно до результатів тесту Шапіро-Вілка на нормальність дисперсій досліджувані показники не підлягали нормальному розподілу, тому нами був використаний непараметричний метод, а саме ранговий критерій Спірмана для виявлення лінійної кореляції. Різницю вважали статистично значущою при $p<0,05$.

Отримані результати. В результаті проведеного дослідження встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем афективно-когнітивних та соматичних проявів депресії із тривожним ($r=0,506$, $p\leq 0,01$; $r=0,441$, $p\leq 0,01$) та екзальтованим ($r=0,627$, $p\leq 0,01$; $r=0,429$, $p\leq 0,01$) типами акцентуацій особистості. Виявлено залежність між загальним рівнем депресивних проявів та емотивним ($r=0,433$, $p\leq 0,01$) і неврівноваженим ($r=0,331$, $p\leq 0,05$) типами акцентуацій. Аналіз рівня тривожності у вищевказаних хворих показав, що характер тривоги у емотивних та неврівноважених мав особистісний характер ($r=0,433$, $p\leq 0,05$ та $r=0,523$, $p\leq 0,01$ відповідно), а у тривожних та екзальтованих особистостей – реактивно-ситуаційний ($r=0,723$, $p\leq 0,01$ та $r=0,495$, $p\leq 0,01$ відповідно). Отримані дані свідчать про те, що поява депресивної та тривожної симптоматики у осіб з тривожною та екзальтованою акцентуаціями зумовлена перенесеним інфарктом міокарда, тоді як у пацієнтів з емотивним та неврівноваженим типами дана симптоматика мала особистісний характер.

Висновки. Проведене дослідження дає змогу зробити висновки, що, більшість наших пацієнтів з гострим інфарктом міокарду мали високий рівень особистісної та реактивної тривожності та помірний рівень загальної депресії. Вид тривожності залежить від типу акцентуації особистості – у екзальтованих та тривожних особистостей встановлена пряма кореляція з реактивним типом тривожності ($r=0,723$ та $r=0,495$ відповідно), у неврівноважених та емотивних – з особистісним типом тривожності ($r=0,433$ та $r=0,523$ відповідно). У екзальтованих та тривожних особистостей тривожність спричинена безпосередньо гострим інфарктом міокарда, на відміну від неврівноважених та емотивних, у яких тривожність є результатом їх особистісних рис.

МЕДИКАМЕНТОЗНА СЕДАЦІЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ФІБРОЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ

Кирилова Д.І., Бойцова О.М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. У нинішній час на етапі невідкладної допомоги фіброезофагогастроуденоскопія дозволяє провести діагностику швидко та малоінвазивно. Однак, викликаючи при цьому у пацієнтів негативні емоції та страх, що зменшує комплаєнтність до лікаря і процедури. Це визначає пошук оптимальної седації при ендоскопічних втручаннях.

Мета дослідження. Оцінити ефективність різних методик медикаментозної седації і можливість їх застосування при фіброезофагогастроуденоскопії.

Матеріал і методи. В дослідження були включені 37 пацієнтів віком від 21 до 56 років, які потребували невідкладної фіброезофагогастроуденоскопії. Тривалість процедури коливалася від 7 до 15 хв. Пацієнти були розділені на 3 репрезентативні групи. В першу групу увійшли 14 пацієнтів, яким проводилася седація Дексдором в дозі 1мкг / кг протягом процедури за допомогою інфузомату, а також зрошення ротоглотки 10% розчином Лідокаїну. В другу групу включили 12 пацієнтів, які отримали Пропофол 1% в дозі 1,5 мг/кг за допомогою інфузомату протягом процедури, а також зрошення ротоглотки 10% розчином Лідокаїну. В третю групу були включені 11 пацієнтів, яким проводили тільки зрошення ротоглотки розчином Лідокаїну 10%.

Контроль вітальних функцій проводився за допомогою ЮТАС-300. Стежили за параметрами ЧСС, АТ, ЧД, ЕКГ, SpO₂.

Для оцінки седативного ефекту і аналгезії використовували Індекс BIS, шкалу Ramsay і візуально-аналогову шкалу (ВАШ).

Отримані результати. У пацієнтів, які отримували Дексдор і Пропофол, глибина седації підтримувалася в межах II-III рівня за Ramsay, Індексу BIS на рівні 80-90 що відповідає помірному седативного ефекту з частковою амнезією. Інтенсивність больового синдрому в середньому відповідала $1,8 \pm 0,2$ бала за ВАШ.

Вивчення основних показників гемодинаміки у групи, якій вводили Дексдор показало, що функціональний стан серцево - судинної системи під час дослідження не мав відхилень від фізіологічної норми. Під час і після процедури у даної групи не було відзначено нудоти, блювоти, больового синдрому, зменшувались прояви кашльового рефлексу. Також не спостерігалися явища ажитації, скорочувався та полегшувався період відновлення після процедури.

У пацієнтів, яким вводили Пропофол були відзначені випадки пригнічення дихання, зниження артеріального тиску на 20%, погіршення контакту з пацієнтом. Після процедури пацієнтам знадобилося

більше часу для відновлення, що затримувало проведення процедури наступного пацієнта та потребувало нагляду лікаря.

У групі, якій проводилося зрошення ротоглотки Лідокаїном, інтенсивність больового синдрому відзначена на рівні 6-8,2 по ВАШ, відмічалися прояви блювотного та кашльового рефлексів, підвищення АД на 30%, прискорення ЧД та ЧСС. Пацієнти даної групи скаржилися на дискомфорт та невдоволення рівнем знеболення.

Висновки. Дексдор при фіброезофагогастроуденоскопії дозволяє досягнути потрібного рівня седації та значно покращує здібності пацієнтів взаємодіяти і спілкуватися з персоналом, уникаючи депресії дихання, при стабільних нормальних показниках гемодинаміки. Дексдор нівелює больовий синдром, прояви блювотного та кашльового рефлексів. Завдяки Дексдору, зменшувався період спостереження за пацієнтом після дослідження та оптимізувалася зайнятість лікарів. Окрім цього, відгуки пацієнтів після процедури відображали позитивні емоції, через низький рівень больового синдрому та швидке відновлення.

СПРОМОЖНІСТЬ/НЕСПРОМОЖНІСТЬ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИН: КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ

Кириченко М.М, Амро А.Т.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. В останні роки частота кесаревого розтину збільшується. Як результат, збільшується кількість жінок, які мають кесарів розтин в анамнезі. Частота КР в Україні також постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,1% у 2009), що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Сучасні дослідження свідчать про те, що повторна вагітність, яка виникла протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується високим ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти та розриву матки.

Основним методом оцінки стану рубця на матці під час вагітності є ультразвукове дослідження з застосуванням вагінального доступу та доплерометрія.

Факторами ризику неспроможності рубця є інтервал мікопотійж кесаревими розтинами менше 24 місяців, гнійно-септичні ускладнення, багатоплідна вагітність, крупний плід, корпоральний розтин матки при попередньому кесаревому розтині. В МКБ-11 введено підрозділ JA42.21 Кровотеча під час пологів, що викликана ускладненими пологами з розривом матки.

Мета дослідження. провести аналіз спроможності/неспроможності рубця на матці після операції кесаревого розтину:

Матеріал і методи. Нами проаналізовано 5 історій вагітності і пологів у вагітних жінок ОПЦ м. Запоріжжя, яким при госпіталізації було виставлено діагноз «Рубець на матці внаслідок операції кесарів розтин у з ознаками витончення» та проведена оцінка методам діагностики та методів розродження.

Отримані результати. Усі жінки були віком від 28-42 років, середній вік складав 33,6±6,4 роки. Проживали у місті – 2, у селі – 3. Працювали три жінки, не працювали дві. Усі вагітні госпіталізовані у плановому порядку на III рівень надання медичної допомоги у ОПЦ. Скарг при звертанні не виявляли. Порядковий номер Вагітності: друга – у 2, третя – у 2, п'ята – 1. У трьох пологах були повторними (інтервал між пологами складав від 4 до 17 років). У двох пацієнток було два рубці на матці після операції кесарів розтин (інтервал між останніми пологами був відповідно 3 та 7 років). Всі вагітності були доношеними. Мали один плід у головному передлежанні.

Екстрагенітальна патологія представлена: гестаційною гіпертензією без значної протеїнурії – 2, змішана дистонія – 2, хр. неатрофічний гастрит – 1. Міопія – 1. Хр піелонефрит – 1. Хр. цистит – 1. ВРВ – 1, хр. гайморит в ст. загострення – 1.

Дві жінки мали резус – негативну групу крові без ознак сенсibilізації.

Усім вагітним проведено трансабомінальне УЗД, при якому встановлена товщина рубця від 0,7 мм до 3,8 мм, вимірювання проведено у трьох точках.

Нами прораховано час від госпіталізації до моменту розродження, який коливався від 4 до 63 годин. Двом жінкам проведена кесарів розтин із початком пологової діяльності. В 4 випадках використовували доступ за Пфаненштїлем, в одному – нижньо-серединна лапаротомія. Всім виконувалася поперечний розрив на матці у нижньому сегменті. Патологічних змін в проекції рубця під час операції не виявлено. Під час операції використовували синтетичні вікрилові лігатури, у двох додатково використовували кетгут. Під час

розродження додатково проведено 2 стерилізації (за попередньою письмовою згодою) та адгезіолізіс. Загальна крововтрата склала 600-800 мл. Всі новонароджені отримали високу оцінку за шкалою Апгар 8-10 балів. Народилося 3 хлопчика і дві дівчинки, вага від 2900-3600 гр., зріст – 50-53 см. Усі породілля виписані додому з дітьми на 4-8 добу.

Висновки: З метою збереження репродуктивного потенціалу, треба ретельно підходити до розродження жінок шляхом кесарева розтину.

Оцінку рубця на матці проводити у предгравідарний період.

З метою оцінки рубця на матки під час вагітності проводити його моніторинг протягом 3 триместру, з використанням трансвагінального доступу, доплерометрії та 3/4 D-моделювання.

Заздалегідь проводити психопрофілактичну роботу та відбирати кандидатів з рубцем на матці до розродження природнім шляхом.

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДАКРІОЦИСТОРИНОСТОМІЇ ІЗ БІКАНАЛІКУЛЯРНИМ ДРЕНУВАННЯМ

Кирпиченко Н.С., Костровська К.О., Костровський А.Н.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Серед запальних захворювань ока проблеми вертикального відділу слезовивідних шляхів займають від 2 до 7,6% та здебільше представлені дакріоциститами. Основною причиною хронічних форм дакріоциститів є, в свою чергу, непрохідність носо-слезового протоку. Єдиним методом лікування у цьому випадку є хірургічне відновлення прохідності слезових шляхів, а саме дакріоцисториностомія. Дакріоцистит є офтальмологічною патологією, отже і дакріоцисториностомія історично виконувалася офтальмологами зовнішнім доступом. Проте, з розвитком ендоскопічної хірургії, цю операцію ендоназально почали виконувати оториноларингологи, отримуючи кращі результати за рахунок меншої травматизації. На сьогодні дуже незначна кількість офтальмологів виконує зовнішню дакріоцисториностомію, тому до операції пацієнти досить довго отримують консервативну терапію загострень хронічного дакріоциститу, що призводить до виникнення складних, багаторівневих варіантів непрохідності слезових шляхів.

Мета дослідження. Вивчити віддаленні результати та особливості ведення пацієнтів після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дрениванням силіконовим дренажем.

Матеріал і методи. Під наглядом знаходилися 16 пацієнтів (виконано 17 дакріоцисториностомій), віком від 28 до 57 років. У 10 випадках непрохідність слезових шляхів відмічалася на рівні носо-слезового протоку, у 7 випадках – на рівні слезових каналців та носо-слезового протоку з ізоляцією вмісту слезового міхура. У всіх пацієнтів для відновлення дренажної функції слезовивідних шляхів виконувалася ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія із біканалікулярним дрениванням силіконовим дренажем. У ранньому післяопераційному періоді застосовувалися нестероїдні протизапальні препарати та антибіотики (за потреби) системно, а також інстиляції у кон'юнктивальну порожнину поєднання стероїдних протизапальних та антибіотиків. Силіконовий дренаж видалявся через 1-3,5 місяці. Промивання слезовивідних шляхів проводилося за потреби. Строк спостереження за функціональними та анатомічними результатами склав щонайменше 1 рік. Оцінювали прохідність слезових шляхів при промиванні, наявність періодичних гнійних виділень, слезотечу.

Отримані результати. Наявність рідини у порожнині носа при промиванні спостерігалася у всіх випадках через 0,5 року. У 3 випадках (18%) відновилася слезотеча до попереднього рівня, ще у 4 випадках (24%) слезотеча відмічалася, але була менша, ніж до операції. Через рік після операції у 2 випадках (12%) було рубцювання нових слезовивідних шляхів. Оклюзія до операції у обох випадках при цьому була на рівні каналців та носо-слезового протоку. У цих пацієнтів спостерігалися періодичні гнійні виділення та слезотеча. Ще у 2 випадках (12%) гнійні виділення відмічалися при збереженні прохідності слезових шляхів при промиванні. До операції у одного з цих пацієнтів була двоохріцева оклюзія слезових шляхів, а у іншого – на рівні носо-слезового протоку. У цих пацієнтів промивання вдавалося виконати тільки під тиском (рідина частково витікала через слезові каналці). При риноскопії в цей час спостерігалася високе розташування дрениуючого отвору, при можливості проходження зонду нижче у порожнину слезового міхура. На слезотечу через рік скаржилися 8 пацієнтів (серед них 4 пацієнти з порушенням прохідності). У всіх випадках збереження слезотечі покращення вдалося досягти тільки при адекватному

лікуванні синдрому сухого ока. Прокідність слізозових шляхів при рубцюванні відновлювалася за допомогою широкого розтину через порожнину носа у зоні попереднього операційного втручання по зонду, введеному у слізозовий міхур, з тампонадою отриманого отвору безворсовим тампоном на 1 добу. При наявності достатніх розмірів кісткового вікна, сформованого під час дакріоцисториностомії, цю маніпуляцію легко виконати у амбулаторних умовах. При подальших спостереженнях прохідність слізозових шляхів відновлювалася повністю.

Висновки. Ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія із біканалікулярним дренажуванням є ефективним оперативним втручанням для відновлення прохідності слізозовивідних шляхів. Через рік після втручання ефект зберігається у 88% випадків (що відповідає даним літератури). Прояви хронічного дакріоцистититу можуть зберігатися і при наявності прохідності слізозових шляхів при промиванні, зазвичай це спостерігається при високому розташуванні дренажувального отвору. Сльозотеча не завжди є точним критерієм ефективності проведеної дакріоцисториностомії, бо зазвичай пов'язана із синдромом сухого ока і значно зменшується при його адекватному лікуванні. У випадках рубцювання нових слізозових шляхів у порожнині носа, їх прохідність легко відновити амбулаторно, при умові достатніх розмірів кісткового вікна, сформованого під час дакріоцисториностомії.

ВИБІР ФОРМУЛИ РОЗРАХУНКУ ОПТИЧНОЇ СИЛИ ІОЛ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРМЕТРОПІЧНОЮ РЕФРАКЦІЮ

Кирпиченко Н.С., Костровська К.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Операція з приводу катаракти на сьогодні не ставить за собою мету лише відновлення прозорості оптичних середовищ. З появою мультифокальних ІОЛ заміна кришталика стала реальною альтернативою іншим рефракційним операціям. Але у випадку, коли пацієнт проводить оперативне втручання з метою відмовитися від окулярів або контактних лінз, точність розрахунку ІОЛ стає одним з ключових моментів успішного хірургічного лікування.

На розрахунок ІОЛ впливають багато факторів. Заміна ультразвукової біометрії на оптичну значно зменшила похибку вимірювань біометричних параметрів ока та покращила результати розрахунків. Але різні розрахункові формули все одно дають досить різні результати оптичної сили запланованої ІОЛ та завжди залишають катарактального хірурга з проблемою вибору оптимального штучного кришталика для кожного конкретного пацієнта. Згідно рекомендацій British Royal College of Ophthalmology при розрахунках ІОЛ на очах осьовою довжиною до 22 мм слід використовувати формули Hoffer Q або Holladay II; від 22,1 мм до 24,2 мм - Hoffer Q, Holladay I або SRK/T; від 24,5 мм до 25,9 мм - Holladay I; та більше ніж 26,0 мм - SRK/T та Holladay II. Всі ці формули відносяться до третього покоління розрахункових формул для ІОЛ та зокрема біометричних параметрів враховують емпіричні поправки.

Отже, незважаючи на бурхливий розвиток вимірювальних приладів, оцінка досвіду імплантацій при різних параметрах ока залишається ключовим моментом у розробці нових формул та покращенні результатів розрахунків ІОЛ.

Мета дослідження. Покращення рефракційних результатів факоемульсифікації катаракти у пацієнтів з гіперметропічною рефракцією за рахунок оцінки відповідності отриманої рефракції передопераційним розрахункам та вибору оптимальної формули для розрахунку ІОЛ.

Матеріал і методи. У дослідження увійшли дані 13 пацієнтів (16 очей) з осьовою довжиною ока від 21,4 мм до 23,5 мм (гіперметропічна рефракція), яких було прооперовано в період з вересня 2018 р. по січень 2019 р. Вік пацієнтів склав від 28 до 74 років. Всім пацієнтам проводили: визначення гостроти зору з та без корекції, авторефрактометрію, кератометрію; ендотеліальну біомікроскопію; оптичну біометрію та розрахунки сили ІОЛ на оптичному біометрі IOL Master 700 (Karl Zeiss). Для розрахунків використовували формули Haigis, Barret Universal II, SRK/T та Holladay II. Всім пацієнтам виконувалася стандартна факоемульсифікація з імплантацією ІОЛ у капсульний мішок на базі медичного центру «Візус». Розрахунки ІОЛ проводилися з урахуванням поправок для оптичних констант. Остаточна отримана рефракція оцінювалася через 1 місяць після операції.

Отримані результати. Для оцінювання відповідності отриманої рефракції передопераційним розрахункам використовували показник помилки рефракції - різницю між отриманою рефракцією (за даними АРМ через 1 місяць) та запланованою за різними формулами. Він склав ($M \pm \sigma$) при використанні

формули Haigis $0,353 \pm 0,243$ Дптр, Barret Universal II - $0,376 \pm 0,195$ Дптр, Holladay II – $0,379 \pm 0,249$ Дптр та SRK/T – $0,348 \pm 0,248$ Дптр. Отже, найбільш точною у наших випадках залишалась формула SRK/T, хоча данні відрізнялися варіабельністю значень. У всіх пацієнтів помилка рефракції не була більшою за 1,0 Дптр, що відповідає даним літератури. У відокремлених чотирьох випадках, де ПЗР склав до 22,0 мм, помилка рефракції склала $0,190 \pm 0,186$ Дптр для SRK/T та $0,293 \pm 0,079$ Дптр для Barret Universal II, за іншими формулами цей показник був вищий.

При оцінюванні кореляційних залежностей за Спірменом було виявлено достовірну зворотню залежність тільки між горизонтальним діаметром рогівки та помилкою рефракції при використанні формули Haigis, таким чином чим менший горизонтальний діаметр рогівки, тим більша помилка рефракції за цією формулою. Отже використання формули Haigis на очах з меншим горизонтальним розміром рогівки буде недостовірним. Досить високим, проте недостовірним виявився зв'язок між помилкою рефракції за формулою SRK/T та горизонтальним розміром рогівки. При оцінці окремих випадків, за наявності невеликих розмірів рогівки ($w-t-w < 11,8$ мм) та при осьовій довжині ока більше за 22.1 мм, помилка рефракції за всіма формулами склала більше за 0,5 Дптр.

Висновки. Таким чином при осьовій довжині ока від 21,4 мм до 23,5 мм (гіперметропічна рефракція) найбільш точною для розрахунків ІОЛ виявилася формула SRK/T, яка враховує із біометричних даних лише осьову довжину ока та заломлюючу силу рогівки, а також уточнену емпіричну А-константу та інші емпіричні коефіцієнти. Навіть при довжині ока менше за 22,0 мм найточнішою була формула SRK/T. При малих горизонтальних розмірах рогівки, що не відповідають осьовій довжині ока усі формули мали тенденцію до міопічної помилки у розрахунках.

ВПЛИВ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА МОРФОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОКА ТА ПОКАЗНИКИ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ

Кобзарь А., Завгородня Н., Саржевська Л.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Ріст кришталика протягом життя призводить до зрушення іридокришталикової діафрагми вперед, збільшення ризику блокади кута передньої камери прикорневою складкою райдужки з можливим підвищенням внутрішньооочного тиску (ВОТ), розвитку незворотних структурних і функціональних змін.

Мета дослідження – вивчити ефективність впливу неускладненої факоемульсифікації катаракти (ФЕК) з імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ) на морфометричні параметри ока, показники ВОТ.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходились 27 пацієнтів (29 очей) у віці від 49 до 85 років. Чоловіків було 41% (11 осіб), жінок – 59% (16 осіб). Усім пацієнтам була виконана факоемульсифікація катаракти з імплантацією ІОЛ за стандартною схемою, проведено офтальмологічне обстеження до операції, а також на 7 день після ФЕК. Для визначення параметрів ока проводили УЗ-сканування.

Отримані результати. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Гострота зору до операції складала $0,13 \pm 0,06$, при виписці – $0,61 \pm 0,13$, ($p < 0,05$). Глибина передньої камери зросла з $2,18 \pm 0,04$ мм до $3,29 \pm 0,03$, ($p < 0,05$). Середній рівень \tan значень кута передньої камери до операції склав $12,8 \pm 1,4$, після операції – $24,9 \pm 2,4$, ($p < 0,05$). ТонOMETричні дослідження показали, що в післяопераційному періоді ВОТ знизився на 15% (з $24,8 \pm 1,2$ до $21,1 \pm 0,9$ мм рт. ст., ($p < 0,05$), причому тільки в 1 випадку додатково застосовували гіпотензивні препарати.

Висновки: ФЕК з імплантацією ІОЛ призводить до зниження рівня офтальмотонуса на 15%, підвищення середнього рівня \tan значень кута передньої камери на 48,59 %, збільшення глибини передньої камери на 33,7%.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВЕНОЗНИХ ТА АРТЕРІАЛЬНИХ МОЗКОВИХ ШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ

Коваленко В.А., Сікорська М.В., Козьолкін О.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Венозний мозковий інсульт (ВМІ) займає 0,5% - 3% від всіх гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) і являє собою особливу форму венозної тромбоемболії (ВТЭ) на відміну від артеріальних ішемічних інсультів (АІ), які займають до 40%, але можливо, що кількість ВМІ більша адже вони складні в діагностиці, і від початку перших клінічних проявів до постановки остаточного діагнозу може минути декілька діб.

Матеріал і методи. Дослідження було проведено в клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету на базі ангіоневрологічного центру. Ретроспективно проаналізовано 20 історій хвороб пацієнтів з ГПМК які було розділено на 2 групи по 10 осіб в кожній. У першу групу увійшли 10 хворих з ВМІ серед яких було 4 жінки та 6 чоловіків, середній вік пацієнтів склав $65,3 \pm 4,5$ років. Друга група складалась також з 10 пацієнтів з АІ з яких 4 жінки та 6 чоловіків, середній вік – $66, \pm 3,9$ років.

Усім хворим проведена КТ-дослідження головного мозку на апараті SOMATOM Spirit (Siemens Німеччина) товщина зрізу 3; 8 мм. Для оцінки середнього віку пацієнтів був використаний статистичний метод стандартного відхилення.

Отримані результати. У всіх хворих з ВМІ початок захворювання гострий – порушення мови, різкий головний біль, підвищення артеріального тиску. 80% пацієнтів госпіталізовані до інсультного відділення в тяжкому стані. В одного з пацієнтів (10%) спостерігався головний біль з порушення зору – випадіння полів зору в правому оці, і ще один чоловік (10%) скаржився на різкий головний біль з контролатеральним парезом зору та моторною афазією – госпіталізовані в стані середньої тяжкості з підозрою на транзиторну ішемічну атаку.

При АІ початок захворювання також був гострий та мав більш виразну симптоматику і раптове виникнення неврологічного дефіциту, при цьому в 40% хворих спостерігався феномен швидкого регресу неврологічних симптомів, що було ключовим в диференціальній діагностиці ще на етапі надходження у відділення. У двох чоловіків спостерігалась афазія Верніке.

У пацієнтів першої групи при КТ-дослідженні виявились: КТ-ознаки дисциркуляторної судинної енцефалопатії, церебральної атрофії з вікарним розширенням лікворних просторів. Через 3-4 дні було повторно проведено КТ-дослідження головного мозку – КТ- ознаки венозного інсульту суб- та супратенторіальних структур мозку, внутрішньої симетричної неокклюзійної гідроцефалії. Після постановки клінічного діагнозу ВМІ усім хворим проводилась патогенетична терапія.

У всіх хворих другої групи при нейровізуалізації виявились осередки ішемії у півкулях головного мозку. Лікування призначалось згідно уніфікованого клінічного протоколу.

У першій групі 3-є пацієнтів (30%) померли. Під час розтину виявлено тромбоемболію легеневої артерії, флеботромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, інфаркт мозку внаслідок церебрального венозного тромбозу, ще двоє хворих (20 %) виписані в тяжкому стані без змін та п'ятеро пацієнтів (50%) (2 жінки та 3 чоловіка) переведено у відділення реабілітації для відновної терапії.

Результати лікування пацієнтів другої групи – двоє пацієнтів мали летальний вихід, а 8 хворих (80%) були переведені у відділення реабілітації.

Висновок. Таким чином проведене нами клініко-комп'ютерно-томографічне порівняння ВМІ і АІ, показало особливості перебігу гострого періоду ВМІ. Для з'ясування діагнозу ВМІ необхідно проведення повторного КТ-дослідження на 3-4 добу інсульту та своєчасне призначення антикоагулянтів.

ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ СИФІЛІСУ ВІД РІВНЯ 25(OH)D

Коваленко А.Ю., Ковальова Т.Д.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом, до яких належить сифіліс, залишається на високому рівні, тому вивчення механізмів їх перебігу буде завжди актуальним. Вони чинять негативний вплив як на організм окремої особи, так і на загальне сексуальне і репродуктивне здоров'я

населення. Останніми тенденціями клінічної імунології є вивчення впливу рівня метаболітів вітаміну D сироватки хворих на якість імунної відповіді організму. Ця тема привернула й нашу увагу, тому ми вирішили вперше провести дослідження з визначення залежності перебігу сифілісу від рівня метаболіту вітаміну D – 25(OH)D.

Метою дослідження було оцінити взаємозв'язок клінічного перебігу сифілісу від рівня 25(OH)D сироватки хворих.

Матеріал і методи. Нами було проведено комплексне (загальноклінічне, лабораторне, серологічне) обстеження 62 осіб, серед яких 42 – хворі на різні форми сифілісу та 20 – практично здорові особи, які зверталися в КУ «ЗОШВКД» ЗОР за допомогою у 2018-2019 роках. Загальноклінічне та серологічне обстеження на сифіліс проводилося у клінічній та серологічній лабораторіях КУ «ЗОШВКД» ЗОР. Серологічне обстеження з визначення рівня 25(OH)D проводилося в лабораторії Сінево.

Отримані результати. У абсолютної більшості пацієнтів основної групи виявлено зниження рівня 25(OH)D. Оптимальний рівень показника мали лише 9,6% осіб основної групи, недостатність виявлена у 38,0% пацієнтів, а дефіцит 25(OH)D був у 52,4% хворих. Таким чином, у переважної більшості пацієнтів, які страждають на сифіліс (90,4%) присутнє зниження рівня метаболітів вітаміну D різного ступеня, що може грати роль в розвитку імунодефіциту у даних хворих. Також нами було відзначено, що форма сифілісу значною мірою впливає на рівень 25(OH)D – 16,05 нг/мл в середньому при ранніх формах проти 30,51 нг/мл при пізніх формах (при нормі вище 30 нг/мл). При дослідженні 25(OH)D у осіб контрольної групи не було виявлено виразного зниження показника відносно норми – середній рівень метаболіту склав 42,26 нг/мл, що вважається достатнім.

Висновки. Таким чином, отримані результати можуть свідчити про участь метаболітів вітаміну D у формуванні імунодефіцитного стану у хворих на різні форми сифілісу. Особливо помітна залежність рівня 25(OH)D була виявлена у хворих на ранні форми захворювання. Саме тому, з урахуванням отриманих результатів, можна зробити висновок про доцільність подальшого поглибленого вивчення даного напрямку та необхідність рекомендацій стосовно корекції традиційної схеми лікування з додаванням препаратів групи вітаміну D.

ПРЕНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОНКОПАТОЛОГІЄЮ В АНАМНЕЗІ

Коваленко К.О.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Серед всіх діагностованих злоякісних новоутворень у світі рак у вагітних жінок виявляється в 0,05-0,1% випадків. Проблема поєднання онкологічного захворювання і вагітності останнім часом стає все більш актуальною, у зв'язку з тим, що частота випадків злоякісного захворювання під час вагітності постійно зростає.

Мета дослідження: дослідити перебіг вагітності, пологів у вагітних з онкологічними захворюваннями, як до, так і під час даної вагітності.

Матеріал і методи: нами проведено ретроспективне когортне дослідження 96 випадків пологів у жінок з онкопатологією в термінах 29-42 тижня. Всі пацієнтки були госпіталізовані та розроджені на базі Запорізького перинатального центру за період 2013-2019 р.

Отримані результати. Середній вік жінок склав 29 років. Міські жительки склали 74%. Першовагітних було 34,4%, повторновагітних 65,6%. Передчасні пологи склали 9,3%, що пов'язано з подовженням призначеної хіміотерапії. 44,8% жінок розродженні шляхом операції кесаревого розтину, народилося 96 дітей з середньою оцінкою за шкалою Апгар 7-9 балів.

Висновки. В результаті дослідження ми вивели певну статистику, в якій на першому місці знаходиться онкопатологія шийки матки (21,12%), далі щитоподібної залози (15,36%), молочної залози (9,6%) та шкіри (8,64%). При вчасному виявленні та лікуванні за сучасними стандартами можливе збереження репродуктивної функції. Сучасні лікарі мають знання, лікувально-діагностичні можливості та препарати, які дозволяють відчувати радість материнства цим жінкам.

АНАЛІЗ ВИЖИВАНOSTI ПАЦIЄНТIВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВIКУ З РАКОМ ТОВСТОЇ КИШКИ II-III СТАДIЙ

Колесник О.П., Кечеджияев В.В., Колесник І.П.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Хірургічне лікування онкологічних пацієнтів похилого і старечого віку стає все більш поширеним, у зв'язку з ростом кількості старіючого населення. Оптимізація хірургічного лікування літніх пацієнтів залишається актуальною проблемою через значну кількість супутніх захворювань і зниження функціональних резервів організму.

Мета дослідження. Аналіз виживаності і визначення факторів ризику, які впливають на тривалість життя пацієнтів похилого та старечого віку з раком товстої кишки II-III стадій.

Матеріал і методи. Проведено аналіз історій хвороби 40 пацієнтів похилого та старечого віку з раком товстої кишки II-III стадій, прооперованих в Запорізькому обласному клінічному онкологічному диспансері за 2016 р.

Отримані результати. При аналізі виживаності відзначено, що загальна 2-х річна виживаність склала 80%. Аналіз виживаності в залежності від стадії показав, що загальна 2-х річна виживаність у пацієнтів з II стадією захворювання склала 91,3%, а у пацієнтів з III стадією - 64,7% ($p < 0,05$). Загальна 2-х річна виживаність у чоловіків склала 68,2%, в той час як у жінок - 94,4% ($p < 0,05$). У хворих з локалізацією пухлини в правій половині товстої кишки результати загальної виживаності були нижче, в порівнянні з пацієнтами з локалізацією пухлини в лівій половині (62,5% і 91,7% відповідно, $p < 0,05$). Показники загальної 2-х річної виживаності у хворих з I, II, III ступенем крововтрати склали відповідно 94,4%, 83,3%, 50% ($p < 0,05$).

Висновки. Стадія захворювання, локалізація пухлини, стать, ступінь інтраопераційної крововтрати, лейкоцитоз достовірно корелюють з показниками загальної виживаності у пацієнтів похилого та старечого віку з раком товстої кишки II-III стадій ($p < 0,05$). Необхідне подальше вивчення і пошук нових прогностичних факторів хірургічного ризику у пацієнтів похилого та старечого віку з колоректальним раком.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ АДИКЦІЇ

Колоколова В.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Тенденція до більш поглибленого вивчення взаємовпливу різних компонентів психопатологічних розладів обумовлена пошуком нових шляхів покращення існуючих терапевтичних методик, у тому числі підвищення комплаєнтності та прихильності до лікування. Особливо це актуально для контингенту хворих з адикціями, оскільки важливим компонентом стратегії ефективного лікування є чіткі мотиваційні установки та довіра між пацієнтом та лікарем. У цьому контексті великої клінічної значимості набуває сексуальна дисфункція (СД), що виникає на тлі адикції у складі комплексу клініко-психопатологічних порушень, оскільки вона провокує до повторної наркотизації з аутокуративною метою або переривання обраного курсу замісної терапії, а також сексуальної або подружньої дисгармонії.

Метою даного дослідження є вивчення особливостей реалізації сексуальної поведінки у хворих з різними типами адикцій.

Дослідження проводилось на контингенті пацієнтів наркологічного відділення ЗОКНД з використанням клінічного опитування та анкетування за ІІЕФ (Міжнародний Індекс Еректильної Функції) для чоловіків та MFSQ (Опитувальник Жіночої Сексуальності Маккоя) для жінок.

Отримані результати. Було виявлено, що вживання алкоголю та інших психоактивних речовин бути обумовлене боротьбою з сексуальною тривогою (40% опитуваних, переважно хворі з залежністю від алкоголю), підвищенням сексуальної продуктивності (7 % респондентів) та подоланням сексуальної дисфункції (5% опитуваних). Близько 12% чоловіків вживали алкоголь до першого статевого акту з метою збільшення сексуального задоволення. У одному з клінічних випадків опіюди використовувались як афродизіак та для затримки еякуляції. Було встановлено, що тривале вживання алкоголю та опіюдів пов'язано з сексуальною дисфункцією майже у всіх сферах статевого функціонування. Дослідження у пацієнтів, що страждають від опіюдної залежності, продемонстрували більш високі показники сексуальної дисфункції, ніж у загальній популяції, в межах 34-85% для пацієнтів, залежних від героїну та 14-81% для пацієнтів, що

знаходяться на програмі замісної терапії метадоном. Важливо відзначити, що хворі, у яких сексуальна дисфункція виникла під час вживання героїну, у 30 % випадків повідомили про збереження та у 10% навіть про посилення її проявів після початку замісної терапії. У випадку алкогольної залежності показники сексуальної дисфункції варіювали від 51% до 58% для низького статевого потягу, 16-59% для еректильної дисфункції, 4-15,9% для передчасної еякуляції. Згідно даних дослідження, близько у 50% хворих прояви сексуальної дисфункції зберігаються навіть при тривалому утриманні від алкоголю.

Висновки. У довгостроковій перспективі зловживання психоактивними речовинами негативно впливає на статеве функціонування і може призвести до появи сексуальної дисфункції. В залежності від речовини, сексуальна дисфункція має високу клінічну значимість, оскільки часто призводить до зниження прихильності до лікування та сексуальної або подружньої дисгармонії. Тим не менш, симптоматика сексуальної дисфункції часто нехтується і не досліджується у рутинній клінічній практиці. Сексуальні побічні ефекти часто не повідомляються спонтанно пацієнтами через пов'язані з ними почуття неадекватності. Таким чином, існує потреба у подальшому вивченні різноманітних аспектів асоціації зловживання психоактивними речовинами та сексуальної дисфункції.

АНАЛІЗ ТЕОРІЙ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ ШИЗОФРЕНІЇ

Кондратенко М.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Метою теоретичних досліджень шизофренії є розробка засобів лікування та подолання терапевтичної резистентності до існуючих ліків. На подолання резистентності більше орієнтовані роботи з імунозапальних факторів і токсинів.

Мета дослідження: систематизувати теорії етіопатогенезу шизофренії. Дослідити загальні закономірності розвитку теоретичної шизофренології.

Матеріал і методи: були проаналізовані наукові статті та окремі глави книг з психіатрії, фізіології, біохімії, історії медицини. Весь матеріал доступний в мережі Інтернет. Пошук проводився через Google Scholar та PubMed.

Отримані результати. Теорії етіопатогенезу шизофренії умовно поділені за первинною ланкою патогенезу на соматичні та психосоціальні. Історично, ще до віділення шизофренії, розроблялися обидва напрямки. Стосовно шизофренії переважали уявлення, що хвороби з відповідною клінікою – «френіти», мають не розпізнавану органічну природу. Е. Крепелін вважав, що виділена ним рання деменція це результат інтоксикації статевими гормонами. Ця теорія є однією з групи інтоксикаційних теорій. При відносно великому обсязі емпіричних даних, інтоксикаційні теорії не пояснюють багато аспектів шизофренії і сумнівні для практичного застосування.

Нейротрансмітерні теорії діляться згідно групам нейромедіаторів. Катехоламінові. Дофамінова теорія заснована на тому, що агоністи дофамінових рецепторів провокують психоз, у той час як нейролептики за механізмом дії є антагоністами D2 рецепторів.

Норадренергічну гіпотезу обґрунтована виявленням нейротоксический ефектом 6-оксидофаміна на норадренергічні нейрони. Ця теорія пояснює негативні симптоми, але має недостатньо емпіричних доказів.

Індоламінові. Серотонінова гіпотеза з'явилася після спостереження за дією ЛСД (структурний аналог серотоніну). Безпосередньо з серотоніновою гіпотезою пов'язані численні дослідження ферментних систем.

Глутаматергічна гіпотеза припускає, що шизофренія пов'язана з гіпофункцією NMDA рецепторів. NMDA-антагоністи (фенциклідин) здатні викликати симптоми, схожі з шизофренічними. На даний момент це одна з найбільш доведених гіпотез. Інфекційні теорії, розвиваючись відокремлено, в міру розвитку імунології об'єдналися з імунозапальною теорією. Даний стан в шизофренології нагадує закономірність розвитку інших наук, коли старі теорії інтегруються в нову теорію як її окремі випадки. При цьому нова теорія пояснює як давно відомі, так і нові факти, незрозумілі раніше.

Вперше нейрозапальну теорію запропонував Вагнер фон Яурегт (1880ті рр.) В основі теорії були спостереження за ходом епідемій тифу. Ним застосована піротерапія психозів токсинами та ослабленими штамми. Пізніше встановлено, що при шизофренії виражено переважання імунних відповідей II типу. Застосовувані пірогенні агенти викликають відповідь I типу. С.Ф. Семенов (1962) виявив в крові хворих антигени тканин мозку і відповідні антитела. R. Heath (1967), Г.А. Вілков з співавт. (1984) встановили

пошкоджуючу дію Ig G. Психосоціальні теорії частково обґрунтовані актуальною теорією еволюції, згідно з якою одиницею еволюції вважається популяція. Також це відповідає біопсихосоціальній моделі.

Якщо виходити з еволюційного сенсу шизофренії, та можливої наявності ланок патогенезу за межами окремого організму, зрозуміло, що патогенез шизофренії може бути принципово не пізнаваним на рівні організму. Теорія подвійного послання (double bind) запропонована Г.Бейтсоном у 1950-рр. свідчить, що шизофренія це патологічна реакція пристосування до шизофреногенного середовища. Під шизофреногенним середовищем автори мали на увазі сім'ї з певними особливостями спілкування: дитина отримує внутрішньо суперечливі повідомлення від членів сім'ї (частіше - матері), подібні до "парадоксу брехуна".

Наприклад, дитині кажуть, що він може висловити свою думку, але реально це думка викликає невдоволення. Психоаналітичні теорії шизофренії розроблялися переважно у США. Вони вважаються не доведеними, проте мають прихильників. Екзистенційні теорії розглядають шизофренію як особливий спосіб існування, але пояснюють скоріше не шизофренію а деякі шизоїдні риси, властиві здоровим людям, у крайньому випадку, невротикам. Що важливо, не сприяють появі нових засобів лікування.

Висновки: Шизофренія це мультифакторне захворювання з невідомим патогенезом, сучасні теорії дають часткове пояснення відносно дії ліків та окремих симптомів. За початковою ланкою патогенезу теорії діляться на соматичні та психосоціальні. Соматичні теорії діляться на токсичні, інфекційні, імунозапальні, нейромедіаторні. Розвиток і поява нових теорій нерозривно пов'язані з розвитком інших наук, поясненням механізму дії ліків, зміною наукових парадигм. Генетичні дослідження мають важливе значення, але не можуть формувати окрему генетичну теорію шизофренії. Необхідність психосоціального напрямку обґрунтована сучасною теорією еволюції і частково, нейрофізіології. Але існуючих емпіричних доказів недостатньо для визнання правоти будь якої існуючої психосоціальної теорії.

АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)

Коновалова М.О.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. За даними центру Медичної статистики МОЗ України поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) серед дорослого населення становить 12,2 %, а в осіб старше 55 років цей показник зростає до 12,9 %. Більше 70% хворих старшої вікової групи страждає на хронічну серцеву недостатність (ХСН), яка часто супроводжується анемією.

Анемія є незалежним чинником погіршення прогнозу при ХСН – збільшує клінічну вираженість ХСН, підвищує число повторних госпіталізацій, підвищує смертність. На сьогодні залишаються актуальними питання щодо уточнення особливостей перебігу ХСН на тлі супутньої анемії та визначення основних факторів ризику ускладнень з метою удосконалення лікування цієї категорії хворих.

Мета дослідження. Вивчити поширеність анемії у госпіталізованих хворих на ХСН ішемічного генезу, визначити частоту факторів ризику та коморбідного фону, що асоціюються з наявністю анемії.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 106 історій хвороб пацієнтів з ХСН та супутнім анемічним синдромом (чоловіків – 37, жінок – 72, вік – 78 (55; 94) років), що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні КУ «Центральна клінічна лікарня №4 Заводського району» м. Запоріжжя з 2016 по березень 2019 рр. До дослідження не включали хворих із гострим коронарним синдромом, гострим інфарктом міокарда, онкологічними захворюваннями і діагностованими в стаціонарі гострими кровотечами. Оцінювали загальноклінічні дані, результати лабораторних (загальний аналіз крові, показники обміну заліза, рівні В₁₂ та фолієвої кислоти) та інструментальних (ЕКГ, ЕХО КС) методів дослідження. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету програм «Statistica 13.0» згідно сучасних вимог.

Отримані результати. Всього за період з 2016 по березень 2019 рр. на стаціонарному лікуванні перебувало 986 хворих з ХСН ішемічного генезу. Загальна поширеність анемії серед них склала 10,75% (106 хворих): у 2016 році – 9,49%, у 2017 році – 10%, у 2018 році – 12,01%, січень-березень 2019 – 13,4%, що свідчить про зростання розповсюдженості анемічного синдрому у хворих на ХСН ішемічного генезу. Серед етіологічних чинників превалювала залізодефіцитна анемія (56,6%), В₁₂-фолієводефіцитні анемії спостерігались у 23,58%, 19,82% складала анемія «хронічного захворювання» або невизначеного генезу.

Надалі більш детально були проаналізовані хворі на ХСН із залізодефіцитною анемією як найбільш частим етіологічним фактором. Медіана рівня гемоглобіну у таких пацієнтів складала – 89 (23; 118) г/л,

еритроцитів $-2,6 (1,05; 3,65) \times 10^{12}/л$, середній рівень заліза – $6,09 \pm 5,47$ мкмоль/л, середній рівень загальної залізовв'язуючої здатності сироватки – $64,09 \pm 15,35$ нмоль/л. За ступенем важкості залізодефіцитної анемії хворі на ХСН розподілились наступним чином: у 40,9% спостерігалась анемія легкого ступеня, у 34,55% – середньої важкості, важка анемія зафіксована у 24,55% хворих. Серед причин розвитку залізодефіциту 67,2% припадало на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, 20,4% – хронічну патологію нирок, значно меншу частку (12,4%) складала екзогенний дефіцит заліза та хронічні незначні кровотечі (геморой, кровоточивість ясен). Серед супутньої патології найчастіше зустрічалась гіпертонічна хвороба (42,27%), цукровий діабет 2 типу (15,46%), фібриляція передсердь (14,45%), ХОЗЛ (12,37%), ожиріння (9,29%), остеоартроз (6,19%). З числа госпіталізованих хворих 84% мали комбінацію 2-х та більше із зазначених захворювань.

За стадією та функціональним класом (ФК) ХСН хворі з залізодефіцитом розподілялись наступним чином: I стадія ХСН – 18,64%, ІА стадія – 54,24%, ІБ стадія – 22,03%, ІІІ стадія – 5,09%; I ФК – 3,4%, ІІ – 30,5%, ІІІ – 57,63%, ІІІІ – 8,47% відповідно. Відсоток хворих зі збереженою та проміжною ФВ лівого шлуночка був однаковим – по 24,2% відповідно, у 51,6% хворих – ФВ лівого шлуночка була зниженою. Отже, у хворих із залізодефіцитною анемією превалювала ІА стадія ХСН, ІІІ ФК зі зниженою ФВ лівого шлуночка.

Висновки. У хворих на ХСН ішемічного генезу спостерігається зростання розповсюдженості анемічного синдрому, при цьому у його структурі превалює залізодефіцитна анемія легкого та середнього ступеня важкості. Найпоширенішою причиною залізодефіциту у хворих на ХСН ішемічного генезу є супутня виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Серед хворих на ХСН ішемічного генезу із супутньою залізодефіцитною анемією превалює ІА стадія ХСН, ІІІ ФК зі зниженою ФВ лівого шлуночка. Перспективним є визначення впливу латентного залізодефіциту на прогноз хворих на ХСН ішемічного генезу.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

Кононенко І.Є., Клименко А.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Неспроможність колоректального анастомозу (КА) – найбільш значуще ускладнення, що має високу летальність, значно погіршує життя пацієнтів у післяопераційному періоді. Неспроможність може також підвищити ризик місцевого рецидиву пухлини. Ризик неспроможності після передньої резекції коливається від 1% до 30% та зростає при ургентних втручаннях. Рівень смертності при цьому складає 6-22%. До контрольованих хірургом модифікуємих місцевих факторів розвитку неспроможності відносять натяг на анастомозі, кровопостачання, використання степлера, накладання стоми і тест на витік повітря. На сьогоднішній день немає консенсусу щодо вибору методу, що знизив би ризик неспроможності колоректального анастомозу, а найбільш часто застосовуємих метод – накладання повної протективної ілеостоми. Таким чином, проблема неспроможності колоректального анастомозу у світовій літературі є досить актуальною, та вимагають подальшого дослідження питання та розробки методів профілактики неспроможності колоректального анастомозу, інтраопераційної візуальної оцінки його якісних характеристик.

Мета дослідження: Всебічно оцінити ефективність та безпечність розробленої модифікації способу формування лапароскопічного колоректального анастомозу при лапароскопічній резекції сигмоподібної та прямої кишки.

Матеріал і методи. В клініці на базі кафедри факультетської хірургії ЗДМУ був проведений аналіз хірургічного лікування 98 хворих раком верхньої та середньої третини прямої та сигмоподібної кишки у 2-3 стадії захворювання, неускладненої, без хіміорадіотерапії в анамнезі та з накладанням колоректального анастомозу у межах 4-10 см від анусу без протективної ілеостоми. Основну групу склали 36 (36,73%) хворих, яким була виконана лапароскопічна резекція прямої та сигмоподібної кишки в модифікації клініки, контрольну – 62 (63,27%) хворих, яким виконано класичну відкриту резекцію прямої та сигмоподібної кишки. Розроблена в клініці модифікація методу формування лапароскопічного колоректального анастомозу та його інтраопераційної оцінки полягає в тому, що лапароскопічно лінія степлерного шва додатково підкріплюється окремими вузловими серозно-м'язовими швами (вікріл 3/0) у кількості 5-8 на відстані 4-6 мм один від одного. Для оцінки анастомозу виконувалась візуалізація зі сторони просвіту кишки через анальний

отвір, використовуючи 10 мм лапароскоп з інсуфляцією CO² (6 мм вод.ст.) та одночасно виконувалась пневмогідропроба.

Отримані результати. Летальних випадків в досліджуваних групах не було. У 5 (8,06 %) хворих контрольної групи в інтраопераційному і ранньому післяопераційному періодах спостерігався ряд специфічних ускладнень, пов'язаних з самим оперативним втручанням. У одного пацієнта основної групи була виявлена мікронеспроможність, що була ліквідована шляхом додаткового підкріплення лінії шву. Іншим пацієнтам з неспроможністю була виведена кінцева десцендо- або сигмостома. Стома закривалась у термін від 1-го до 3-х місяців. У 1 пацієнта контрольної групи була підслизова гематома в області анастомозу великих розмірів, яка спричинила часткову кишкову непрохідність. Цього пацієнта було реоперовано зі зняттям анастомозу і виведенням кінцевої стоми, а після одужання на другому місяці було проведено відновлюючу операцію. У термін до одного року у 3 (4,84 %) пацієнтів контрольної групи спостерігався компенсований стеноз анастомозу, в основній групі такого ускладнення не відмічено.

Висновки:

1. Неспроможність колоректального анастомозу – одна з найбільш значущих проблем сучасної колоректальної хірургії.
2. Розроблена в клініці модифікація з інтракорпоральним лапароскопічним ручним підсиленням лінії швів і відеооглядом накладеного апаратного анастомозу доцільна у всіх пацієнтів і дозволила уникнути неспроможності анастомозу.
3. Способи попередження неспроможності колоректального анастомозу без накладання протективної ілеостоми потребують подальшого вивчення.

СТАНОВЛЕННЯ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ СТАНДАРТІВ НАТО В УКРАЇНІ

Копотій О.С., Скоба В.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Україна та її Збройні Сили поступово еволюціонують до тих взірців економіки, безпеки, демократії, суспільних відносин, які є нормою для західних держав. Віднедавна курс України на набуття членства в ЄС та НАТО набув конституційної гарантії незворотності. 18 грудня 2018 року Верховна Рада України ухвалила за основу законопроект «Про внесення змін до деяких законів України щодо військових стандартів».

Мета дослідження. Проаналізувати зміни, які відбулися в Україні, в співпраці з НАТО. Розвиток тактичної медицини за час проведення Антитерористичної операції 2014-2018 роки, та Операції Об'єднаних Сил з 2018 року і по теперішній час.

Матеріал і методи. Авторами був проведений огляд літератури, та нормативних документів таких як: “Воєнно-медична доктрина України” від 31 жовтня 2018 року, протоколи надання медичної допомоги в умовах бойових дій TCCC-AC, TCCC-MP, CASEVAC, взявши до уваги власний досвід надання медичної допомоги під час участі в АТО та ООС.

Отримані результати. Проведено аналіз комплектації індивідуальної аптечки, якості надання домедичної та першої медичної допомоги, згідно власного досвіду. За період війни на сході України відмічається позитивна динаміка у вигляді ухвалення нової “Воєнно-медичної доктрини”, створено військово-медичний департамент, військово-медичні підрозділи першої лінії оборони згідно зі стандартами НАТО, впровадження протоколів з надання медичної допомоги згідно зі стандартами НАТО.

Висновки. На теперішній час в ЗСУ є чітка тенденція розвитку тактичної медицини згідно зі стандартами НАТО. Необхідно акцентувати увагу на навчаннях особового складу, підрозділів ЗСУ, наданню домедичної та медичної допомоги в умовах бойових дій, згідно стандартів НАТО. Необхідно збільшувати кількість інструкторів відповідно стандартів НАТО. Широке впровадження спільних навчань з країнами Альянсу, з надання медичної допомоги в умовах бойових дій. Поширення інформації щодо використання особовим складом ЗСУ аптечок типу IFAK.

МОНОАНАСТОМОЗНЕ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ

Клименко А.В., Ніколаєв М.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Морбідне ожиріння та супутні йому захворювання є однією з важливих проблем сучасної охорони здоров'я країн різного рівня економічного розвитку. Ускладненнями (захворюваннями), асоційованими з ожирінням і його негативними наслідками є: ЦД 2 типу, ІХС, недостатність кровообігу, артеріальна гіпертензія, остеоартрози, злоякісні пухлини. Одна з галузей хірургії, що займається лікуванням ожиріння - бариатрія.. Актуальним залишається питання вибору шунтуючої операції у хворих з морбідним ожирінням

Мета дослідження. Оцінка результатів міні-шлункового шунтування шлунка у модифікації клініки у хворих на морбідне ожиріння

Матеріали і методи. З 2014 по 2019 р. на базі клінік: ТОВ «ВІТАЦЕНТР», ТОВ «ВІЗУС» та ЗОКЛ було виконано 42 бариатричні операції з приводу морбідного ожиріння. Всі пацієнти були розділені на 3 групи: перша група - хворі, яким виконана поздовжня резекція шлунка (19 пацієнтів), друга група – шлункове шунтування (12 пацієнтів), третя (основна) - міні-шлункове шунтування у модифікації клініки (ММШШ). (11 пацієнтів). Проведено аналіз основної групи. Усі пацієнти були жіночої статі(100%). Вік хворих коливався від 29 до 56 років, в середньому – $41,1 \pm 10,1$ років. Індекс маси тіла ($\text{кг}/\text{м}^2$) від 35,0 до 57,0. Середній ІМТ: $41,7 \pm 6,7$ В усіх хворих (100%) діагностовані супутні захворювання: дисліпідемія, гіпертонічна хвороба та інсулінорезистентність та їх поєднання.

Хворим проводились лабораторні та інструментальні обстеження у повному обсязі. У 2 пацієнтів (18,1%) проводилися симультанні втручання: лапароскопічна холецистектомія у хворого з діагностованою жовчо-кам'яною хворобою, та задня крурорафія у хворого з діагностованою килою СОД.

Одному пацієнту у 2012 році виконувалася поздовжня резекція шлунка. ІМТ перед першою операцією $50,9 \text{ кг}/\text{м}^2$, відбувся рецидив набору ваги і перед другою операцією ІМТ склав $36,8 \text{ кг}/\text{м}^2$. Середня тривалість операції склала 169 хвилин (від 120 хвилин до 240 хвилин). Активізація хворих проводилась у першу добу за методикою «fast track». Середня тривалість ліжко-днів склала $8,1 (\pm 2,1)$, (від 4 до 12 днів). До операції у пацієнтів середній ІМТ склав $41,40 \pm 5,70 \text{ кг}/\text{м}^2$.

Виявлено, що зниження ваги найбільш активно відбувалося в перші 3 місяці після операції, середній ІМТ склав $32,3 \pm 0,39 \text{ кг}/\text{м}^2$.

Отримані результати. Спостерігалось поступове зниження маси тіла у всіх пацієнтів. Наявності жовчного рефлюксу у ранньому післяопераційному періоді не виявлено. Пероральне харчування починалося у першу добу післяопераційного періоду. У ранньому післяопераційному періоді відмічено приближення глюкоземії до референтних значень без використання гіпоглікемічної терапії

Оцінка результатів проводилася за допомогою анкети, оцінювали: суб'єктивна оцінка результатів оперативного лікування, зниження маси тіла в післяопераційному періоді, дотримання режиму харчування і дієти, рівень артеріального тиску, рівень глюкози крові. Також використовували опитувальник SF-36 – неспецифічне визначення якості життя пацієнта, який використовується в країнах Європи і США.

Висновки. Бариатрична хірургія є ефективним методом лікування хворих з морбідним ожирінням, що дозволяє досягти ефективного зниження надмірної маси тіла. Перші результати ММШШ показують що ця модифікація є більш простою в технічному плані і не менш ефективне ніж метод Roux-en-Y gastric bypass.

ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОРТАНІ

Кришталь В.М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. За даними літератури, в структурі хронічних захворювань голосового апарату близько 29,9% випадків складають парези та паралічі гортані. Широкий діапазон виникаючих при цьому порушень, зокрема, функції дихання, голосоутворення, ковтання, екстраларингеальних проявів спричиняють складну

клінічну картину парезів та паралічів гортані. Що й обумовлює залучення при обстеженні даної групи пацієнтів широкого переліку сучасних діагностичних методик та технік. Найпоширенішою скаргою у даної категорії хворих є порушення голосової функції, що значно впливає на якість життя пацієнтів. Тому оцінка якості голосової функції є невід'ємним діагностичним алгоритмом дослідження хворих на парези та паралічі гортані. Акустичний аналіз голосу - це об'єктивний неінвазивний метод оцінки стану голосової функції, що базується на записі фонетограми, спектрограми голосу та проведенні аналізу його акустичних характеристик та є безперечною частиною основного протоколу оцінювання голосу затвердженого Європейським ларингологічним товариством.

Мета дослідження. Дати об'єктивну оцінку голосової функції у хворих з руховими порушеннями гортані за даними акустичного аналізу голосу.

Матеріал і методи. В ЛОР-клініці ЗДМУ було обстежено 8 пацієнтів (2 чоловіків і 6 жінок). Середній вік $51,8 \pm 8,63$ роки. Кількість пацієнтів з одностороннім парезом та паралічем гортані – 8 (6 з лівостороннім та 2 з правостороннім процесом). Причини виникнення у 6(75%) пацієнтів – хірургічні втручання на щитоподібній залозі; хвороби середостіння – у 2(25%). При проведенні акустичного дослідження голосу у хворих з парезами та паралічами гортані ми використали комп'ютерну цифрову акустичну обробку голосового сигналу за допомогою програмного забезпечення «Praat V 4.2.1».

Отримані результати. При проведенні спеціалізованого фоніатричного огляду у всіх пацієнтів було виявлено дисфонію різного ступеня тяжкості. Максимальний час фонації (МЧФ) у хворих чоловіків склав $12,5 \pm 2,12$ с, у жінок – $8 \pm 1,41$ с. При аналізі отриманих даних акустичного дослідження звукового сигналу при фонуванні звуку «а» були виявлені суттєві відмінності між значеннями параметрів Jitter та Shimmer, а також показника відношення негармонічного (шумового) та гармонічного компоненту в спектрі голосного звуку «а» (NHR) у пацієнтів з руховими розладами гортані. Середні значення акустичних показників з руховими порушеннями гортані склали: Jitter – $0,98 \pm 0,36$ при нормі ($\leq 1,04\%$), Shimmer – $9,08 \pm 3,56$ при нормі ($\leq 3,81\%$), NHR – $10,88 \pm 2,24$ при нормі (< 20 (для голосної /а/)).

Висновки. У хворих на рухові розлади гортані було виявлено зниження показників МЧФ до $12,5 \pm 2,12$ с у хворих чоловіків та до $8 \pm 1,41$ с у жінок. Згідно даних акустичного аналізу голосу було виявлено підвищення параметрів Shimmer, що вказує на присутність асинхронізму вібраторного циклу голосових складок й, відповідно, на порушення нервово-м'язового апарату хворих, а зниження величини показника NHR – наявність та вираженість додаткових нерегулярних частотних проявів звукового сигналу, що клінічно відображається вираженою захриплістю у хворих та вказує на потребу фоніатричної допомоги у даної категорії пацієнтів.

THE EFFECT OF TREATMENT ON LIPID METABOLISM AND C – REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IS ASSOCIATED WITH HYPERTENSION IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

Kuznecova L.P., Bondar M.V.

State institution «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education»

Introduction. Among diseases that significantly affect health, osteoarthritis (OA) takes 4th place in women and 8th in men. The social significance of OA is determined by the growth of disability and disability associated with it, especially in older age groups, as well as a sharp decrease in the quality of life in this disease. During the last time much attention is paid to the study of the participation of inflammation in the pathogenesis of OA.

The purpose of the work: to increase the efficiency of treatment of patients with osteoarthritis (OA), combined with hypertension (GC) by correction of indicators of lipid spectrum of blood and C – reactive protein on the background of treatment with мелбеком in a dose of 7,5 mg/day and rosary in a dose of 10 or 20 mg/day

Material and methods: under observation in outpatient settings, there were 60 patients on OA 1-2 stages, in combination with GC 2nd degree, 2-3 degrees. The mean age of patients with OA was 64.4 ± 7.5 years, patients with OA in combination with GC $62,13 \pm 8,2$. Duration of the disease was in patients with OA – ($9,66 \pm 4,7$) years, in patients with a comorbidity of OA and GC - ($9,4 \pm 6,0$) years, respectively.

To perform the research tasks, all patients were divided into 3 groups of 30 patients in each. The first group - patients with OA without GC, the second – patients with a combination of OA and GC, the third group of comparison were practically healthy persons. All patients complained of pain syndrome of varying degrees, severity. Patients in the first group received мелбеци as a base therapy (7,5 mg/day); antihypertensive drug (diphthorsi in a

dose of 80 or 160 mg per day) and rosovastatini (rosarti in a dose of 10 or 20 mg per day) - patients in the second group took. Duration of treatment was 12 months. All patients at the beginning of the study, and after treatment, received a general clinical examination: general blood tests, biochemical analyzes (C content of reactive protein and lipidogram), office blood pressure measurements (BPM), electrocardiography (ECG), daily blood pressure monitoring (DBPM) рентгенографію колінних суглобів X-ray of the knee joints.

Results of the study. According to the results of the combined use of melbec and rosary, there was a positive dynamics of changes in the levels of lipidograms, namely the total cholesterol (CHO) reduction was 10% in the first and 19% in the second group, compared to the results of the pretreatment, HDL cholesterol remained unchanged at the first and increased by 18,9% in the second group, LDL cholestacy decreased by 9% in the first and by 26% in the second group, TG by 12% in the first and by 24% in the second group, there was a decrease in the value of C – reactive protein by 19% in the first and 16% in the second group.

Conclusions. The tested scheme of treatment of patients with OA, with the use of melbeck contributes to the elimination of dyslipidemia and lowering the level of C - reactive protein. The co-administration of meloxicam and statins in the treatment of patients with OA with comorbid flow eliminates clinical manifestations of the disease, in particular, the statistically significant reduction of pain syndrome, improvement of the functional status of the locomotor system in patients with both isolated OA and its combined with GC.

ВПЛИВ ЯНТАРНОЇ КИСЛОТИ ТА ПРЕПАРАТІВ АРГІНІНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ ШЕСТИХВИЛИННОЇ ХОДЬБИ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Левандовська Х.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Декомпенсація хронічної серцевої недостатності (СН) являється причиною госпіталізацій в кардіологічне відділення майже кожного другого пацієнта (49%), а СН наявна в діагнозі у 92% госпіталізованих у такий стаціонар. Проби з дозованим фізичним навантаженням та тест шестихвилинної ходьби (ТШХ) зокрема, широко застосовують для оцінки важкості перебігу та прогнозу появи декомпенсації хронічної СН після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ). Один із шляхів зниження летальності та поліпшення прогнозу у хворих в постінфарктному періоді з ознаками декомпенсованої СН – застосування засобів кардіопротекції, головною метою яких є запобігання клітинної смерті. Цитопротекторні властивості одного з найвідоміших представників групи оксипіридинів – 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинату – обумовлені, по-перше, наявністю в його складі сукцинату., з яким пов'язані антиоксидантні властивості останнього.

Мета дослідження: оцінити вплив янтарної кислоти та препаратів аргініну на збільшення толерантності до фізичних навантажень в ранньому та пізньому постінфарктному періоді, ускладненому декомпенсованою СН.

Матеріал і методи. Тест шестихвилинної ходьби було виконано 60 хворим з діагнозом QQS ІМ з ознаками декомпенсованої серцевої недостатності за загальноприйнятою методикою у ранковий час, в лікарняному коридорі, довжиною 30-50 м. . Обстежені були сформовані у 4 групи в залежності від отриманих методів лікування: 1. 15 хворих, які отримували базову терапію, відповідно до протоколів МОЗ України, (лізиноприл 10 мг 1 раз на добу; бісопрололу фумарат 10 мг 1 раз на добу; еплеренон 50 мг 1 раз на добу; валсартан 40 мг 2 рази на добу; івабрадин 5 мг 2 рази на добу); 2. 15 хворих, які на фоні базової терапії отримували препарат аргініну за запропонованою схемою; 3. 15 хворих, які на фоні базової терапії отримували янтарну кислоту за запропонованою схемою; 4. 15 хворих, які на фоні базової терапії отримували комбінацію препаратів аргініну та янтарної кислоти за запропонованою схемою.

Оцінено клінічні ознаки виконання навантаження, ЕКГ в 12 стандартних відведеннях з метою фіксації дестабілізації гемодинаміки, до та після виконання фізичного навантаження – частоту серцевих скорочень (ЧСС), рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ), метаболічного еквіваленту (МЕТ) та спожитого O₂ до та після проведення проби.

Отримані результати. Застосування янтарної кислоти, препаратів аргініну, а особливо їх поєднання, значно зменшило клінічні ознаки неадекватної відповіді на фізичні навантаження. Наприклад, запаморочення, яке на початку лікування супроводжувало дозовані фізичні навантаження у 53,3%, 40%, 46,7%, 53,3% хворих вказаних груп через 2 місяці лікування залишався у 26,7%, 13,3%, 20% та 13,3%

відповідно. В процесі лікування хворих всіх груп спостерігали поступове збільшення толерантності до фізичних навантажень та розширення рухового режиму.

Не зважаючи на односторонність вірогідної динаміки характеристик ТШХ, таких, як пройдена дистанція, ЧСС, систолічний та діастолічний АТ у вихідному стані та після тесту, за умов стандартного лікування сприятлива динаміка була менш значною, ніж в групах хворих, де поряд з стандартною терапією використовували янтарну кислоту та препарати аргініну, а особливо їх поєднання.

Так, хворі останньої групи, які до лікування проходили (174,87±1,92) м, через два місяці терапії виконували (369,00±4,71) м (p<0,05). ЧСС у таких хворих на початку терапії зростала з (88,27±2,5) уд/хв (p<0,05) до (105,4±3,22) уд/хв (p<0,05). Через 2 місяці дані показники відповідали (66,87±2,81) уд/хв до (76,33±1,39) уд/хв (p<0,05). Рівень систолічного АТ в даній групі до лікування складав (140,33±2,53) мм.рт.ст (p<0,05) та зростав до (155,47±3,52) мм.рт.ст (p<0,05) на висоті навантаження, а діастолічний АТ з (85,47±1,88) мм.рт.ст (p<0,05) до (91,6±2,16) мм.рт.ст (p<0,05). На другому місяці лікування рівень САТ був вірогідно (p<0,05) меншим, як у стані спокою так і на висоті навантаження і складав (135,6±2,16) мм.рт.ст (p<0,05) до (144,67±4,76) мм.рт.ст (p<0,05) та діастолічний АТ з (83,2±2,08) мм.рт.ст (p<0,05) до (88,2±3,16) мм.рт.ст (p<0,05). Схожі закономірності спостерігались і при аналізі таких показників, як МЕТ та спожитий O₂. Так, приріст МЕТ в даній групі хворих склав з (1,83±0,009) (p<0,05) на початку лікування до (3,69±0,08) (p<0,05) після 2 місяців терапії, а рівень спожитого O₂ становив від (11,66±0,11) мл/хв/м² (p<0,05) до (17,14±0,15) мл/хв/м² (p<0,05) відповідно.

Висновки. Констатовано зменшення ЧСС, рівнів систолічного та діастолічного АТ в спокої та значно нижчий її приріст при виконанні навантаження у хворих, які поряд зі стандартною терапією отримували комбінацію препаратів аргініну та янтарної кислоти. Протягом 2 місяців лікування констатоване збільшення толерантності до фізичних навантажень та покращення їх працездатності. Результати досліджень показали, що включення до лікувального комплексу янтарної кислоти та препаратів аргініну дозволяє значно посилити ефективність стандартної терапії, що, в цілому, сприяє ефективному лікуванні таких хворих.

ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВАГІТНОСТЕЙ.

Левінтанус В.В., Філіппова Н.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Частота перинатальних втрат за останні роки не знизилась, а навпаки має тенденцію до зростання. Це обумовлене безліччю факторів ризику, низькою діагностикою причин, невіршеними питаннями патогенезу і незрозумілим танатогенезом. Вдосконалення перинатальної допомоги, впровадження в акушерську практику клінічного моніторингу під час пологів, використання високо технологічних методів ведення пологів та раннього періоду неонатальної адаптації призвело до значного зниження ранньої неонатальної смертності, однак, частота мертворождалих дітей залишається все ще на високому рівні.

Мета дослідження. Провести аналіз мертвороджуваності в Запорізькій області за 2014-2018 рік, у пацієнток з втратами плода в термінах 22-40 тижнів при одно плідній вагітності та виявити фактори ризику допологової загибелі плода.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 157 випадків мертвородження (за 2015 - 2018 роки) з них у 65 випадках загиблі плоди мали ознаки затримки росту, що складало в середньому 42 %.

Отримані результати. Проблема профілактики акушерських ускладнень, які впливають на рівень перинатальної захворюваності та смертності, за своєю соціальною значущістю займають одне з провідних місць в сучасному акушерстві. Аналіз причин які призводять антенатальної загибелі плода, викликає науковий інтерес. До одного з таких ускладнень в сучасному акушерстві відносять затримку росту плода (ЗРП). На сьогодні ЗРП визначається як стан, при якому плацентарна недостатність призводить до зменшення росту плода, оскільки плацента не може задовольнити потреби дитини в постачанні киснем і поживними речовинами. У 2014 році Figueras F, Gratacos E. повідомили про різні патофізіологічні зміни у плодів з ЗРП до і після 32 тижня. Рання і пізня форми ЗРП уособлюють два різних клінічних фенотипу плацентарної дисфункції та значно різняться в клінічному прогресуванні і прогнозі для плода. У 44 випадках вагітностей загибель плода настала в термінах 22-32 тижні (67,7% від загальної кількості антенатальних втрат плодів із затримкою росту); у 21 пацієнток – в термінах 33-40 тижнів (32,3%). Середня маса плода складала 1090,0 грамів. Середній вік вагітних складав 31,1 рік та коливався від 17 до 46 років. Перші пологи були у 38 вагітних (58,4 %), причому перша вагітність відмічалась у 35,4%. Слід відзначити,

що загроза переривання вагітності та соматична патологія була виявлена у кожній третій вагітній, а прееклампсія лише в 7% випадків.

В ході аналізу виявлено, що рання постановка на облік була у 23% вагітних, заповнена гравідограма у 30,7% вагітних. Діагноз ЗРП до загибелі плоду був встановлений лише у 33,8%, з яких 12 (27%) - рання форма, 10 (47,6%) - пізня форма. Плацентарна недостатність була наявна у 88% випадків.

Типова гістологічна картина при антенатальній загибелі плоду при ЗРП: множинні ішемічні некрози плаценти, інволютивно-дистрофічні і запальні зміни в плаценті, вогнищева лейкоцитарна інфільтрація в інтервільозному просторі.

Висновки. Таким чином, високі показники перинатальної смертності в Запорізькій області свідчать про проблему своєчасної діагностики ЗРП та тактики ведення вагітностей з цим ускладненням. Застосування процентильних таблиць в оцінці темпів росту плода дозволить покращити ранню діагностику вагітності яка ускладнена ЗРП.

ОДНОПОЛЮСНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ЧОТИРЬОХФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

Лісунов М.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Чотирьохфрагментарний перелом проксимального відділу плечової кістки – тяжка травма, що за відсутності спеціалізованої допомоги належної якості призводить до інвалідизації пацієнта. Одним з варіантів лікувальної тактики є накістковий блокуючий остеосинтез, але не завжди при використанні цієї методики вдається досягти задовільного функціонального результату. За даними ретроспективних досліджень, наслідком 14-17% оперативних втручань був незадовільний функціональний результат за шкалою CS (за даними P. Moonot, N. Ashwood, et al. “Early results for treatment of three- and four-part fractures of the proximal humerus using the PHILOS plate system.”, 1 вересня 2007). Також високим залишається ризик післяопераційних ускладнень таких, як асептичний некроз голівки плечової кістки, міграція компонентів імплантату, тощо. Одним із перспективних методів лікування є однополосне протезування плеча, що вперше в Запорізькій області було виконано в 2017 році на базі КУ «ЗОКЛ».

Мета дослідження: порівняти функціональні результати лікування чотирьохфрагментарних переломів проксимального відділу плеча за методами накісткового блокуючого остеосинтезу та однополосного ендпротезування плечового суглобу.

Матеріал і методи: проведено аналіз хірургічного лікування пацієнтів із чотирьохфрагментарними переломами плечової кістки. Пацієнти були поділені на дві групи: в першій використовували накістковий блокуючий остеосинтез PHILOS (n=15), в другій – було виконано однополосне ендпротезування плечового суглоба (n=4). Проводилась оцінка за допомогою шкали “Constant score” через 12 місяців після оперативного втручання.

Отримані результати. Середня оцінка за шкалою Constant score в першій та другій групі відповідно становила 63,3±2,032 та 60,58±4,56. У першій групі ускладнення, що потребували повторного оперативного втручання виникли у чотирьох пацієнтів, що становить 26,67% від загальної кількості. У двох пацієнтів розвинувся асептичний некроз голівки плечової кістки (13,34%), у двох пацієнтів міграція компонентів імплантату (13,34%). У другій групі ускладнень, що потребують повторного оперативного втручання не було. Аналіз результатів продемонстрував, що відмінності за шкалою “Constant score” не є статистично значущими (p = 0,28).

Висновки: аналіз результатів хірургічного лікування чотирьохфрагментарних переломів проксимального відділу плечової кістки за методом однополосного ендпротезування продемонстрував меншу ймовірність виникнення післяопераційних ускладнень (міграція компонентів імплантату, асептичний некроз голівки плечової кістки, тощо), у порівнянні з накістковим блокуючим остеосинтезом, зі збереженням подібного рівня функціонального результату.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ.

Лямцева О.В., Крайня Г.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В структурі захворювань раннього дитячого віку гострі запальні захворювання дихальної системи займають провідне місце. При цьому серцево-судинна система долучається до патологічного процесу за рахунок тісного функціонального і морфологічного взаємозв'язку на цьому тлі. Дослідження функціонального стану серцево-судинної системи за допомогою розрахунків ЕКГ-індексів є актуальним, тому що дозволяє провести ранню діагностику патологічних змін з боку серцево-судинної системи.

Мета дослідження. Визначити вплив гострих запальних захворювань дихальної системи на виникнення порушень стану серцево-судинної системи у дітей раннього віку на підставі розрахунку ЕКГ-індексів.

Матеріал і методи. Ретроспективно проаналізовано 66 історій хвороби дітей від 1 місяця до 3,5 років ($1,7 \pm 0,2$) з гострими запальними захворюваннями дихальної системи. Серед яких до I групи увійшли 51 дитина з гострим бронхітом, до II групи - 15 дітей з гострою пневмонією. До групи контролю увійшли 32 дитини репрезентативних за віком. У роботі були використані розрахунки індексу аритмії (%), індексу Макруз (Од), індексу Гросс (Од), індексу Лепешкіна (%) та систолічного показника (%). Статистичні дані були представлені у вигляді середнього значення (M) \pm стандартна похибка середнього (m). Достовірності між групових відмінностей середніх величин оцінювали за допомогою t-критерія Ст'юдента.

Отримані результати. Встановлено, що індекс аритмії у дітей, які знаходилися під спостереженням відповідав нормативному значенню. Проте у половини дітей з гострим бронхітом (53%) та у більшості дітей (77%) з гострою пневмонією відзначалася синусова тахікардія, що було достовірно частіше, а ніж у дітей групи контролю ($p < 0,05$). Індекс Макруз в обох групах спостереження не відрізнявся від показників групи контролю та був менше 1,0, що вказувало на переважання правих відділів серця та виступало варіантом норми для дітей раннього віку. Значення систолічного показника у пацієнтів з гострими запальними захворюваннями дихальної системи мали тенденцію до зростання як у групі дітей з гострим бронхітом (66,9%) так й серед дітей з гострою пневмонією (65%) ($p > 0,05$), що вказувало на тенденцію до порушення скоротливої спроможності міокарду. У дітей групи контролю значення систолічного показника не відрізнялися від нормативних показників. Відмічено зміни процесів реполяризації міокарду, на що вказували зміни індексу Гросс та Лепешкіна. Зокрема, індекс Гросс був достовірно вищий як в I так й в II групі в порівнянні з показниками контрольної групи ($1,82 \pm 0,07$ Од та $2,13 \pm 0,1$ Од проти $1,1 \pm 0,1$ Од відповідно, $p < 0,05$). Індекс Лепешкіна в I та II групі був нижчим по відношенню до значень групи контролю (92,3% та 91,6% проти 99,1% відповідно, $p > 0,05$). Індивідуальний аналіз ЕКГ у дітей, що знаходилися під нашим спостереженням показав, що найбільш виражені зміни індексу Гросс та Лепешкіна визначалися у пацієнтів з гострою пневмонією та тяжким перебігом захворювання ($r = 0,5$, $p < 0,05$ та $r = -0,4$, $p < 0,05$ відповідно).

Висновки. Проведене дослідження вказує, що перебіг гострих запальних захворювань дихальної системи у дітей раннього віку супроводжується порушенням скоротливої спроможності міокарду та змінами тривалості реполяризації шлуночків, що вказує на необхідність визначення ЕКГ-індексів як скринінг-методу для виявлення дітей груп ризику по розвитку функціональних порушень міокарду, що в подальшому потребують більш детального до обстеження.

Проведений аналіз ЕКГ-індексів у дітей раннього віку з дозволив виявити функціональні зміни міокарду. Зокрема, у означеної когорти дітей були виявлені ознаки порушення. Визначення означених ЕКГ-індексів може виступати скринінг-методом для виявлення дітей груп ризику по розвитку функціональних порушень міокарду, що в подальшому потребують більш детального до обстеження.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

Мазур О.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Інфекційний мононуклеоз – розповсюджене захворювання серед дітей, етіологічним чинником якого можуть бути вірус Епштейна-Барр (ВЕБ) та цитомегаловірус (ЦМВ). Клінічно встановити етіологію захворювання складно.

Мета дослідження: Визначити клініко-лабораторні особливості інфекційного мононуклеозу (ІМ), викликаного ВЕБ та ЦМВ.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 28 історій хвороб дітей, що лікувалися з приводу інфекційного мононуклеозу на базі ОІКЛ м. Запоріжжя. З урахуванням проведеної етіологічної діагностики пацієнтів розділили на дві групи: I – 13 дітей з ІМ, який викликаний ВЕБ; II – 16 дітей з ІМ ЦМВ етіології. Проаналізовано клінічні дані та дані загального аналізу крові (ЗАК). Статистична обробка матеріалу проведена з використанням комп'ютерної програми XL.

Отримані результати. Проведений аналіз показав, що за віком групи порівняння не відрізняються ($7\pm 5,8$ років та $7,8 \pm 10,2$ років, відповідно). Виявлено розбіжність діагнозів при госпіталізації. В I групі 5 (38,5%) госпіталізували з діагнозом лакунарна ангіна, двоє (15,4%) – катаральна ангіна, 6 (46,1%) – з ІМ. В II: половину – з діагнозом лакунарна ангіна, двоє (12,5%) – ГРВІ і лише третину – 6 (37,5%) з ІМ. Отже, вже на догоспітальному етапі ІМ, викликаний ВЕБ, у переважній більшості мав типовий перебіг, при тому, що у випадку ЦМВ-ІМ більшість направлени до стаціонару з іншими діагнозами.

Всі пацієнти мали підвищення температури тіла: в межах субфебрильних (I група – 5 дітей (36,5%); II група – 3 дитини (18,8%)) та фебрильних (I гр. – 8 (61,5%); II гр. – 13 (81,3%)) цифр. Збільшення лімфатичних вузлів від 0,5-2 см спостерігалось у всіх пацієнтів I гр. ($1,1\pm 0,4$ см) і у 13 дітей (81,3%) II групи ($1,1\pm 0,4$ см). Ангіна відмічена у 6 дітей (46,2%) з I та у 6 (37,5%) – з II групи. Одним з постійних клінічних симптомів було збільшення печінки у 12 пацієнтів (92,3%) I групи ($1,79\pm 0,84$ см), у всіх пацієнтів II групи ($1,75\pm 0,63$ см). Збільшення селезінки було в кожного третього пацієнта I групи (4 дитини – 30,7%) і лише у кожного восьмого – II групи (2 – 12,5%). Тобто, у дітей з ВЕБ-ІМ частіше спостерігалися типові симптоми захворювання у вигляді полілімфаденопатії та спленомегалії, що супроводжували субфебрильне збільшення температури тіла та прояви гострого тонзиліту, тоді як при захворюванні, що викликане ЦМВ, переважали симптоми, які характеризують загальну запальну реакцію організму – фебрильна температура тіла, а специфічні симптоми реєструвалися менше.

Аналіз результатів ЗАК показав, що лейкоцитоз було виявлено в I групі у 2 пацієнтів (15,4%), а в II групі у кожного третього – у 6 пацієнтів (37,5%). Зміни лейкоцитарної формули за рахунок збільшення кількості паличкоядерних нейтрофілів зареєстровані у 2 дітей (15,4%) I групи та 4 (25%) – II групи. Лімфоцитоз – у 9 (69,2%) з I групи та 8 (50%) з II групи; моноцитоз – у 2 дітей (15,4%) з I гр., та у 4 дітей (25%) з II гр. Атипові мононуклеари виявлені в 1 дитини (I гр.) та в 1 дитини (II гр.). Таким чином, при ЦМВ-ІМ у кожного другого має місце лейкоцитоз і у половини – нейтрофіліоз, що є не типовим для ІМ.

Висновки:

1. Інфекційний мононуклеоз, викликаний вірусом Епштейна-Барр, перебігає типово: окрім підвищення температури тіла та тонзиліту, наявні гепатоспленомегалія та лімфаденопатія з лімфоцитозом.

2. Найбільші труднощі при діагностиці мононуклеозу виникають у разі цитомегаловірусної етіології захворювання, оскільки типові симптоми виражені не завжди.

При наявності підозри на інфекційний мононуклеоз і відсутності деяких типових симптомів захворювання до плану обстеження слід включати не лише маркери вірусу Епштейна-Барр, але й цитомегаловірусу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОСТРОКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

Макоїд В.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на 2017 рік понад 615 млн осіб (близько 10% населення світу) виявляли симптоми депресивних або тривожних розладів. Тривожні розлади спричиняють глобальні економічні втрати, які можна порівняти з економічним тягарем депресивних розладів. Це обумовлює соціальну актуальність пошуку і вибору найбільш ефективних підходів до короткострокової психотерапії цих розладів.

Метою дослідження було виявлення на основі проведеного аналізу ефективного методу психотерапії (психологічної допомоги), що застосовується при депресивних і тривожних розладах.

Матеріал і методи. До основних типів депресивних розладів відносяться депресивний епізод (F32) і дистимія (F34.1). Варіанти тривожних розладів включають: фобічні тривожні розлади (F40), панічний розлад (F41.0), генералізований тривожний розлад (F41.1), obsесивно-компульсивний розлад (F42), реакцію на важкий стрес і порушення адаптації (F43). Можна виділити два значущих фактора, що зближують тривожні і депресивні розлади. Це, в першу чергу, висока частота коморбідності даних розладів. Так, за даними зарубіжних епідеміологічних досліджень діагноз «клінічна депресія» в 50% випадків супроводжує тривожний розлад, і близько 60% хворих з тривожними розладами страждають на депресією. Крім того, МКБ-10 передбачає випадки змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2). По-друге, дані розлади об'єднують спільні методи лікування. Наприклад, використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в фармакотерапії (СІЗЗС); перевагу в якості «терапії першої лінії» когнітивно-біхевіоральної психотерапії (КБТ).

Отримані результати. Сучасні мета-аналізи доказових досліджень виявляють найбільш поширені підходи до психотерапії розладів тривожно-депресивного спектру шляхом застосування комбінованої терапії в руслі когнітивно-поведінкової та інтерперсональної психотерапії. Показано, що в лікуванні депресивних розладів непсихотичного рівня застосування групової КБТ в комбінації з психофармакотерапією в значній мірі сприяє зниженню числа повторних госпіталізацій та допомагає зменшити ризик рецидивів депресій.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, що в психотерапії тривожних і депресивних розладів найкращими є короткочасні інтерперсональний і когнітивно-поведінковий підходи. Але, неможливо не відзначити тенденцію до виділення КБТ у ранг «золотого стандарту» лікування короткострокових депресивних і тривожних розладів. Однак наявність супутніх тривожним і депресивним розладам факторів, що ускладнюють звернення за допомогою, здійснення психотерапії і протікання ремісії вимагають від дослідників варіювати тривалість психотерапії, продовжувати розвиток, модифікацію і розробку психотерапевтичних технік і підходів на базі когнітивно-поведінкового підходу.

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ТА АДИПОКІНОВИМ ДИСБАЛАНСОМ

Мануйлов С.М.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Патолофізіологічні механізми, за рахунок яких психовегетативні розлади реалізують свій вплив на захворюваність та смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС), пов'язують із метаболічними порушеннями, дисбалансом адипокінів, гіперпродукцією кортизолу, цитокінів, інсулінорезистентністю, розвитком ендотеліальної дисфункції тощо.

Мета дослідження: встановити частоту та ступінь вираженості ТДР у хворих на ІХС залежно від наявності метаболічного синдрому та з'ясувати їх взаємозв'язки з інсулінорезистентністю та адипокіновим дисбалансом.

Матеріал і методи. У дослідження включено 81 хворий на ІХС: стабільну стенокардію напруження ІІ–ІІІ ФК з МС віком 59,0 (54,0;65,0) роки: 1 група (основна) – 46 пацієнтів з ІХС в поєднанні з МС; 2 група (порівняння) – 35 хворих з ізольованим перебігом ІХС. Усім пацієнтам проведено загальноклінічне, антропометричне обстеження; визначено рівень глюкози, загального холестерину (ЗХС), ЛПВЩ,

тригліцеридів з використанням набору реактивів BIOLATEST компанії PLIVA-Lachema. Рівень інсуліну у сироватці крові досліджували за допомогою набору реактивів виробництва фірми Monobind (USA), адипонектину і резистину – фірми Mediagnost (Germany) на імуноферментному повноплашковому аналізаторі «SIRIO S» (Італія); індекси НОМА та CARO розраховували за загальноприйнятими формулами. Статистична обробка даних проводилась із застосуванням пакету ліцензійної програми «Statistica 13.0» (Stat Soft Inc, США, № JPZ8041382130ARCN10-J) згідно сучасних вимог.

Отримані результати. У хворих на ІХС в поєднанні з МС в порівнянні з пацієнтами без МС встановлено більш високий рівень тривоги, депресії, а також сумарний рівень тривоги і депресії ($p < 0,05$) за шкалою HADS. Прояви ТДР виявлені у 83% хворих на ІХС з МС, в той час як у групі без МС симптоми ТДР спостерігалися в 52% випадків ($\chi^2=4,89$; $p < 0,05$). Клінічно виражені ТДР в першій групі відзначені у 61% хворих, субклінічно виражені – у 22%, тоді як у другій групі симптоми клінічно виражених ТДР мали місце в лише у 55,7%, субклінічних – у 14,3% пацієнтів.

Хворі на ІХС з МС були розподілені на дві підгрупи: 1 підгрупа – 34 хворих у поєднанні з ТДР; 2 підгрупа – 12 пацієнтів без ТДР. У хворих 1 підгрупи спостерігалось збільшення ІМТ на 8,73%, обводу талії на 6,38%, рівня інсуліну у 2,42 рази, індексу НОМА у 2,35 рази та зниження індексу CARO у 2 рази, достовірне підвищення рівня тригліцеридів на 36%, тенденція до збільшення рівнів загального холестерину (ЗХС), ЛПНЩ, індексу атерогенності та зменшення холестерину ЛПВЩ порівняно з хворими без ТДР. Виявлено позитивний кореляційний взаємозв'язок середньої сили між сумарним рівнем тривоги і депресії та рівнем ЗХС ($r = +0,43$; $p < 0,05$), тригліцеридів ($r = +0,40$; $p < 0,05$), глюкози крові ($r = +0,55$; $p < 0,05$), ІМТ ($r = +0,50$; $p < 0,05$), ОТ ($r = +0,45$; $p < 0,05$).

У хворих на ІХС, поєднану з МС та ТДР, в порівнянні з пацієнтами без ТДР, встановлено значне ($p < 0,05$) зменшення рівня адипонектину на 21,7%, збільшення резистину на 20,5%, що свідчить про наявність дисбалансу адипоцитокінового профілю. Виявлені кореляції між сумарним рівнем тривоги і депресії та адипонектином ($r = -0,48$; $p < 0,05$), інсуліном ($r = +0,48$; $p < 0,05$), індексом НОМА ($r = +0,63$; $p < 0,05$) відображають взаємозв'язок ТДР з виявленими метаболічними порушеннями.

Висновки. у хворих на ІХС, коморбідну з метаболічним синдромом, спостерігається збільшення частоти виникнення і ступеня вираженості тривожно-депресивних розладів, які асоційовані з дисліпідемією, гіперглікемією, абдомінальним ожирінням, адипокіновим дисбалансом та інсулінорезистентністю.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕМОРАГІЧНОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІНСУЛЬТУ У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ

Медведкова С.О., Дронова А.О.
Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Цереброваскулярні захворювання як у світі, так і в Україні займають одне з перших місць за розповсюдженістю, інвалідизацією та смертністю. Показники інвалідизації пацієнтів через 1 рік після перенесеного геморагічного інсульту в Україні становить від 75 до 85%, а близько 20-30% хворих на мозковий інсульт потребують сторонньої допомоги до кінця життя.

Метою дослідження було виявити клінічні особливості перебігу геморагічного півкульового інсульту (ГПІ) у відновному періоді в залежності від функціонального виходу.

Матеріал і методи. В клініці нервових хвороб ЗДМУ було проведено відкрите, когортне спостереження 56 пацієнтів (35 чоловіків та 21 жінка, середній вік $57,0 \pm 8,5$ років) з ГПІ у відновному періоді захворювання. Клініко-неврологічне дослідження включало оцінку за наступними шкалами на 30-ту, 180-ту, 360-ту добу ГПІ: об'єктивізацію даних стану хворих оцінювали за шкалою інсульту Національного Інституту здоров'я США (National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS), ступінь функціонального відновлення та інвалідизації у пацієнтів з ГПІ оцінювалася за модифікованою шкалою Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS), оцінка можливостей побутових навичок і самообслуговування досліджували за допомогою індексу Бартела (Barthel ADL Index – BI).

Отримані результати. Так, у пацієнтів з ГПІ на 30-ту добу захворювання середній сумарний бал за NIHSS склав – $7,6 \pm 2,75$ балів, за mRS – $2,96 \pm 0,73$ бали, за BI – $65,35 \pm 17,31$ бали. При дослідженні на 360-ту добу ГПІ сприятливий функціональний вихід за mRS мали 76,8% пацієнтів (mRS=1 бал, у 16,1%; mRS=2 бали, у 60,7%), а відносно сприятливий – у 23,2% (mRS=3 бали). Було встановлено, що 41,1% пацієнтів, які через рік повністю відновили свою активність у повсякденному житті (за BI – 100 балів), мали

достовірно нижчий показник рівня неврологічного дефіциту на 30-ту добу захворювання (за NIHSS – 6 (1;6) балів), ніж пацієнти, які мали легку та помірну залежність від сторонньої допомоги (за VI<95 (95;80) балів) через рік, наприкінці першого місяця захворювання (за NIHSS – 9 (3;10) балів) ($p<0,01$).

Висновок. Таким чином, проведене нами дослідження підтверджує залежність показників рівня самообслуговування через рік після ГПІ, від тяжкості інсульту на 30-ту добу захворювання ($p<0,01$).

РЕЗУЛЬТАТИ ІМПЛАНТАЦІЇ ТРИФОКАЛЬНИХ І МОНОФОКАЛЬНИХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА ОЧАХ З МІОПІЄЮ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ

Михайленко Н.В., Завгородня Н.Г.
Запорізький державний медичний університет

Клініка сучасної офтальмології «ВІЗУС»

Вступ. Висока міопія є ускладнюючим фактором при хірургічному лікуванні катаракти, що впливає на досягнення високих зорових результатів. В науковій літературі ведуться дискусії про доцільність імплантації мультифокальних інтраокулярних лінз та про оптимальний вибір формули розрахунку штучного кришталика. Поява на ринку України трифокальних інтраокулярних лінз знову підняла питання про доцільність їх використання при катаракті на очах з міопією високого ступеня. Загалом такі сумніви зумовлені частими ускладненнями на очному дні, які не завжди можливо виявити на доопераційному етапі та неможливістю в зв'язку з цим точного прогнозування гостроти зору в післяопераційному періоді. Це та висока вартість трифокальної лінзи покладають на хірурга значну відповідальність при виборі трифокальної лінзи для імплантації на очах з високою міопією. Разом з тим прагнення до високої якості зору пацієнта не дозволяє повністю відмовитися від використання таких лінз на очах з міопією високого ступеня.

Мета дослідження. Оцінити результати підвищення гостроти зору при міопії високого ступеня після факоемульсифікації катаракти з імплантацією трифокальної інтраокулярної лінзи та порівняти з результатами при імплантації монофокальної інтраокулярної лінзи

Матеріал і методи: проведено аналіз результатів факоемульсифікації катаракти з імплантацією трифокальної ІОЛ у 18 пацієнтів (32 ока) з міопією високого ступеня (основна група) у віці від 29 до 80 років (середній вік 46,5). Серед них 11 жінок (61,1%) і 7 чоловіків (38,9%). В якості групи контролю взято 19 пацієнтів (39 очей) з катарактою та міопією високого ступеня у віці від 24 до 72 років (середній вік 54), яким була виконана ФЕК та імплантована монофокальна ІОЛ. Серед них було 12 жінок (63,1%) та 7 (36,9%) чоловіків.

На передопераційному етапі всім пацієнтам було проведено стандартне офтальмологічне обстеження (авторефрактометрія, візометрія, периметрія, тест Амслера, фосфен-тест, тонометрія, біомікроскопія, пряма офтальмоскопія, огляд сітківки за допомогою лінзи Гольдмана при можливості) та обов'язкове для пацієнтів, що готуються до ФЕК + ІОЛ (ультразвукове А-та В-сканування (UltraScan (Alcon)), ендотеліальна мікроскопія (Ендотеліальний біомікроскоп SP-3000P (Topcon)), оптична біометрія на апараті IOLMaster®700 (Carl Zeiss)). Для розрахунку оптичної сили ІОЛ використовували формулу Haigis.

В основній групі була імплантована трифокальна інтраокулярна лінза LISATri (Carl Zeiss), в групі контролю – монофокальна ІОЛ ASFINA (Carl Zeiss).

Статистична обробка даних проведена за допомогою програми Statistica 10 та Exel (Аналіз даних).

Отримані результати. Аналіз результатів дослідження показав, що основна і контрольні групи були співставлені за характеристиками міопії. Середнє значення сферичного еквіваленту міопії в основній групі становила $-13,6\pm 1,5$, та циліндричного еквіваленту $-1,65\pm 0,13$, в групі контролю - Sph $-15,3\pm 1,8$, та Cyl $-0,88\pm 0,4$ (різниця статистично не значима, $P < 0,05$). Середнє значення ПЗР ока в основній групі становило $29,2\pm 0,43$ мм., в контрольній групі $29,4\pm 0,78$, що також є статистично не значимим. По вихідній гостроті зору групи хворих були також співставлені між собою. Так, гострота зору до операції в основній групі становила $0,08\pm 0,02$ без корекції, та $0,43\pm 0,1$ з корекцією, в другій групі $0,02\pm 0,04$ без корекції, та $0,35\pm 0,05$ з корекцією ($P < 0,05$).

Після операції значне підвищення гостроти зору відмічалось в обох групах. У основній групі вона досягла $0,66\pm 0,09$ без корекції та $0,79\pm 0,06$ з корекцією. В групі контролю середня гострота зору після операції становила $0,43\pm 0,05$ без корекції та $0,73\pm 0,05$ з корекцією ($P < 0,05$).

Слід звернути увагу, що при виборі сили ІОЛ у пацієнтів з високою міопією, орієнтувалися на незначну залишкову міопію, що й зумовлює більш високу гостроту зору з корекцією. Жоден пацієнт не використовував в післяопераційному періоді окуляри для далі, однак пацієнти яким була імплантована монофокальна інтраокулярна лінза змушені були користуватися окулярами для читання, що викликало в них значний дискомфорт, так як протягом життя вони були добре адаптовані для роботи на близькій відстані. Також помітили незначне зниження ВОТ в післяопераційному періоді з $19,04 \pm 0,23$ до $18,51 \pm 0,18$ в обох групах.

Висновки. Імплантація трифокальної інтраокулярної лінзи при факоемульсифікації катаракти на очах з високою міопією дозволяє досягти високої гостроти зору вдаль, на середній та близькій відстані. Пацієнти краще адаптуються до нових умов зору, ніж при імплантації монофокальних штучних кришталіків, що значно поліпшує якість їх життя.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ТІОКТОВОЇ КИСЛОТИ В ЛІКУВАННІ РОЗАЦЕА

Михайлик О.А., Щербіна К.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ Розацеа – це хронічний акнеформний дерматоз, який характеризується появою телеангієктазій, еритеми центральної частини обличчя, вогнищ сполученої тканини та гіперплазії сальних залоз. Незважаючи на різноманітність існуючих методик терапії розацеа ефективність лікування цього дерматозу залишається відкритою. Тіоктова кислота - вітаміноподібна речовина, що має виражену антиоксидантну активність, помірну протизапальну дію, запобігає процесу глікації в шкірі.

Мета дослідження – встановити вплив тіоктової кислоти на ефективність лікування хворих на розацеа.

Матеріал і методи – під нашим наглядом знаходилась жінка, 37 років, яка поступила в терапевтичне відділення з гіпертонічним кризом, яка також страждала на розацеа. Базисну терапію дерматоза хвора не приймала. Скарги на стійку еритему на носі та щоках, телеангієктазії, свербіння та печію. При обстеженні – стеатогепатоз печінки. На тлі гіпотензивної терапії нами була призначена тіоктова кислота (Тіогамма турбо, 100 мл в/в крапельно) протягом 10 діб.

Отримані результати та висновки На фоні терапії у хворої зник свербіж та печія шкіри, знизилась інтенсивність еритеми. Ефекти тіоктової кислоти на розвиток і перебіг розацеа мають бути розглянуті в майбутньому для ефективного лікування цього дерматозу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АДЕНУРІК В ЛІКУВАННІ ПОДАГРИ

Михайлик О.А., Крайдашенко О.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ Подагра – полігенне захворювання, що проявляється відкладенням уратів у тканинах організму. Розповсюдженість подагри зростає з кожним роком і сягає у світі більше вже 3 %.

Мета: провести порівняння безпеки та ефективності застосування Алопуринолу та Аденоурік (фебуксостату) при хронічних формах первинної подагри.

Матеріали і методи: Нами було опрацьовано 38 пацієнтів з первинною формою подагри, під час загострення. 19 з них отримували Алопуринол 200 мг/доб, 19 – Аденоурік 80 мг/доб. Усі пацієнти пройшли курс лікування в стаціонарі.

Результати та висновки: Лікування Аденоурік дозволило статистично достовірно понизити рівень сечової кислоти з $423,0 \pm 112,4$ ммоль/л до $374,0 \pm 150,0$. При цьому 72% пацієнтів досягли цільового рівня сечової кислоти ($366,0 \pm 58,2$ ммоль/л). У пацієнтів, які приймали Алопуринол рівень сечової кислоти недостатньо понизився з $421,4 \pm 109,6$ ммоль/л до $395,0 \pm 139,2$. При цьому частота небажаних ефектів була порівнянна в групах. Найчастіше відмічали підвищення рівня трансаміназ, діарею. Таким чином, в даному дослідженні нами показана більш висока ефективність фебуксостата в зниженні рівня сечової кислоти в порівнянні з алопуринолом, при порівнянних характеристиках профілю безпеки.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З РОЗВИТКОМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ, У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Моргунцов В.О.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. В Україні спостерігається зростання захворюваності та залишаються високими показники смертності від негоспітальної пневмонії (НП). Серед осіб молодого та середнього віку кількість летальних наслідків від НП складає 1-3%, а в старших вікових групах за наявності супутньої серцево-судинної патології цей показник зростає до 30%. Згідно з даними світової статистики, після перенесеної НП відбувається збільшення повторних госпіталізацій внаслідок декомпенсації серцевої недостатності, розвитку гострого коронарного синдрому та аритмічних ускладнень.

Мета дослідження: встановити клінічні особливості, що асоціюються з розвитком кардіоваскулярних ускладнень у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) після перенесеної НП.

Матеріал і методи. Обстежено 60 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження II-III ФК віком 71,5 (64,75; 74,25) років, що перенесли НП III клінічної групи. На 1-3 добу перебування хворих у стаціонарі здійснювали комплексне обстеження відповідно до Національних стандартів. Проводили еходоплеркардіоскопію на ультразвуковому діагностичному сканері "MyLab40" («Saote», Італія), добове моніторування ЕКГ за допомогою приладу «Кардіосенс К» («ХАІ-МЕДИКА», Україна) відповідно до сучасних рекомендацій. Через 1 рік від моменту включення хворих у дослідження проводили оцінку клінічних кінцевих точок, до яких відносили усі фатальні та не фатальні атеротромботичні події, випадки порушень ритму та провідності, декомпенсацію серцевої недостатності та госпіталізацію з приводу однієї або декількох вищеназваних причин.

Отримані результати. Протягом 1 року спостереження кінцевих точок досягли 15 (25,00%) пацієнтів, з них 14 (23,33%) хворих потребували повторної госпіталізації, 1 (1,66%) хворий помер. З метою подальшого аналізу пацієнтів додатково розподілено на дві групи: 1 група – хворі, які досягли кінцевих точок, 2 група – хворі, які не мали протягом року спостереження повторних госпіталізацій або ускладнень.

Пацієнти обох груп вірогідно не відрізнялись одна від одної за гендерним, віковим складом, факторами ризику, супутньою патологією. У хворих 1 групи під час стаціонарного лікування у 3 рази частіше спостерігалась шлуночкові екстрасистоля ($\chi^2=2,560$; $df=1$; $p<0,05$), відмічався вірогідно вищий рівень лейкоцитів на 14,29%, ШОЕ – на 17,79%, креатиніну крові – на 12,62% ($p<0,05$). За рівнями температури тіла, сатурації кисню, артеріального тиску, ЧСС і ЧДР, показниками ліпідограми групи між собою не відрізнялись ($p>0,05$). Вірогідного зв'язку між класом ризику пневмонії за шкалою PSI/PORT та частотою виникнення серцево-судинних подій не виявлено ($\chi^2=1,0666$; $df=1$; $p>0,05$).

За результатами ЕХО-КС встановлено, що хворі, у яких в подальшому були зареєстровані несприятливі кардіоваскулярні події, мали тенденцію до збільшення лінійно-об'ємних показників серця: ЛП, ПП, КДР ЛШ, КДО ЛШ, а значення КДІ ЛШ та КСІ ЛШ в них були вірогідно вищими (на 21,12% та 17,15% відповідно; $p<0,05$) у порівнянні з пацієнтами, які не мали в подальшому ускладнень. За параметрами систолічної і діастолічної функції групи не відрізнялись одна від одної ($p>0,05$). Для хворих, які досягли кумулятивної кінцевої точки, було властиве збільшення загальної тривалості тахікардії за добу на тлі підвищення тону симпатичної ланки ВНС та зниження загальної ВСР, що асоціювалось зі збільшенням тривалості депресії сегмента ST та частоти реєстрації аритмічних порушень ($p<0,05$).

Висновки. Розвиток кардіоваскулярних ускладнень у хворих на ІХС впродовж 1 року після перенесеної НП асоціюється з більш виразними прозапальними змінами в загальному аналізі крові, збільшенням рівня креатиніну, лінійно-об'ємних показників серця, підвищенням тону симпатичної ланки ВНС та зниженням загальної варіабельності серцевого ритму, зростанням частоти реєстрації електричних та ішемічних змін міокарда на 1-3 добу від госпіталізації.

THE RESEARCH OF MODERN APPROACHES TO THE SYSTEM OF mHEALTH REGULATION

Morguntsov V.O.
Zaporizhzhya State Medical University

Actuality. More than 10,000 mHealth applications have been developed recently on Android and iOS platforms. The most popular ones help the users to do fitness (47% of all mHealth applications), to follow the course of illness and treatment (24%), to control lifestyle and stress (17%), and to track diet and nutrition (12%).

The aim of the research was to study modern approaches to the regulation of mHealth system. Systematic and logical methods of analysis were used in the investigation.

Results of the research. In October 2015, the FDA (USA) issued a special Mobile Health Applications Guide, which divides them into three main groups:

Group 1 contains applications that are not medical devices and, accordingly, the FDA does not regulate them.

Group 2 includes applications that may be medical products, but have a low risk for the population. For manufacturers of such applications, it is proposed to comply with certain requirements in accordance with the quality system of medical products.

Group 3 consists of mobile medical applications that are medical products and are obligatory subjected to the FDA regulatory control.

Subsequently, in the United States, it was suggested to introduce into medical practice, medical applications and mobile devices. Thus, the basic principles of their integration were determined. In the EU countries the approach to the regulation of mHealth system is identical to the approach in the United States.

Conclusions. The further introduction of mobile applications and devices into the medical practice requires the development of a sufficient evidence base for the safety and effectiveness of their use both in the prevention and treatment of various diseases.

ОСОБЛИВОСТІ АУТОКУРАЦІЙНОГО МОДУСУ ПОВЕДІНКИ пов'язані із ІНТЕРНЕТ-КОРИСТУВАННЯМ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Мороз Д.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Мережа Інтернет здобула настільки високий рівень значущості у житті людини, що практично неможливо уявити сучасних громадян без користування інтернет-ресурсами. Неоднозначний вплив Інтернету на людину і соціум в цілому веде до появи як негативних – інтернет-залежність, так і позитивних наслідків. Наркотична та інтернет-залежності – це різні форми психологічної залежності з єдиною ціллю – цілеспрямоване бажання отримання певних відчуттів, зняття психічного напруження, підсилення сприйняття побаченого, наприклад, під час перегляду фільмів або гри в комп'ютерні ігри. Втім, який саме вплив користування мережею Інтернет чинить на осіб, залежних від психоактивних речовин, і чи є цей вплив виключно негативним, або є позитивним, залишається недослідженим.

Мета дослідження – встановити основні аутокураційні модули поведінки, сформовані під впливом інтернет-користування, у хворих на залежність від психоактивних речовин.

Матеріал і методи. З дотриманням принципів біоетики та деонтології, за умови отримання усвідомленої інформаційної згоди, на базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» ЗОР було обстежено 20 хворих на психічні та поведінкові розлади, внаслідок поєданого вживання психоактивних речовин, синдром залежності (F19.2), які склали першу групу дослідження (ГД-1); середній вік у групі – 28±0,5 років. У коло психоактивних речовин, які вживали хворі даної групи входило різне співвідношення наркотичних речовин – опіюди, галюциногени, психостимулятори. Другу групу дослідження (ГД-2) склали 20 студентів 4 курсу Запорізького державного медичного університету без ознак психічних розладів; середній вік у групі – 20±0,2 роки. Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. В рамках психодіагностичного дослідження всім респондентам проводилось анкетування за допомогою розроблених нами анкет, спрямованих на виявлення особливостей інтернет-користування та обумовлених ним емоційних та поведінкових реакцій користувача, а також особливостей адикцій.

Отримані результати. У ГД-1 був встановлений наступний континуум мотивацій використання мережі Інтернет: ейфоро-гедоністична мотивація (13 осіб – хворих (65%) яка вказувала на здатність певної інтернет-продукції посилювати ейфоричні та гедоністичні прояви сп'яніння; аутокурація соматичних проявів синдрому відміни (7 хворих – 35%), що свідчило про здатність певної інтернет-продукції відволікати хворих від соматичних проявів синдрому відміни за рахунок зосередження уваги на певному контенті; пошукова активність з метою забезпечення психоактивною речовиною (2 хворих – 10%), дані хворі використовували Інтернет для нелегального здобутку наркотичної речовини on-line; комунікативна мотивація (16 хворих – 80%) свідчила про наявність у хворих потреби у міжособистісному спілкуванні, яка загострювалась на тлі наркотичного сп'яніння, і здатність мережі Інтернет облегшити її реалізацію.

В ГД-2 кількість мотивацій до інтернет-користування значно перевищувала ГД-1 і включала наступні з найпоширеніших: механічний перегляд сайтів (9 осіб – 45%); гра у комп'ютерні ігри (12 осіб – 60%); шопінг в інтернет-магазинах (6 осіб – 30%); перегляд відеопродукції (16 осіб – 80%); прослуховування аудіо продукції (18 осіб – 90%); перегляд фото-продукції (13 осіб – 65%); перегляд арт-продукції (17 осіб – 85%); ознайомлення з науковою інформацією за профілем навчання та поза ним (6 осіб – 30%); проходження онлайн-навчання (8 осіб – 40%); спілкування з іншими людьми в режимі реального часу (16 осіб – 80%); розміщення власної художньої фото-, арт-, відео- продукції (14 осіб – 70%); розміщення селфі-продукції (9 осіб – 45%); контроль власної успішності на сайті університету (6 осіб – 30%); отримання інформації та матеріалів на порталі університету (4 особи – 20%); використання навігаційних карт (5 осіб – 25%); заробляння грошей (7 осіб – 35%).

Висновки. Проведене дослідження дозволило встановити, що перелік домінуючих мотивацій до інтернет-користування достовірно відрізнявся між групами. При цьому в ГД-1 аутокураційними за змістом виступали наступні мотивації до інтернет-користування: аутокурація соматичних проявів синдрому відміни – за допомогою відволікання на певний інтернет-контент та комунікативна мотивація, як засіб ресоціалізації через підвищення спілкування.

ПОРІВНОВАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ ВПЛИВУ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН ХВОРИХ АРТРОПАТИЧНИМ ПСОРИАЗОМ

Мороз Д.В., Головкін А.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Артропатичний псоріаз – найбільш важка, з високим ризиком смертності форма псоріазу, для якої характерний злоякісний перебіг. Виділяють форми розвитку артропатії при псоріазі, спільним серед кожної є ураження опорно-рухового апарату: суглобів. На базі обласного клінічного диспансеру, під наглядом кафедри дерматовенерології було проведено порівнювальне дослідження з метою дослідження і порівняння ступеня впливу імунобіологічних препаратів на стан хворих артропатичним псоріазом із великосуглобовою формою.

Матеріал і методи: в ході дослідження були використані індекси, такі як: індекс PASI, індекс BSA, індекс DLQI, індекс HAQ-DI. Для досліду було взято 40 пацієнтів. Протягом 3 місяців 20 пацієнтів приймали препарат Хуміра (Vetter Pharma-Fertigung GmbH & Co) 1 раз у 2 тижні та 20 пацієнтів приймали препарат Енбрел (Wyeth Pharmaceuticals) 2 рази на тиждень. Оцінка індексів була проведена перед початком лікування і через 3 місяці.

Результати. У групі пацієнтів, яка лікувалась препаратом Хуміра відмічались зниження в порівнянні з показниками до лікування: індексу PASI на 70%, індексу BSA на 70%, індексу DLQI на 40%, індексу HAQ-DI на 85%. Швидкість ремісії – через 1 місяць лікування. В іншій групі, яка лікувалась препаратом Енбрел відмічались зниження в порівнянні з показниками до лікування: індексу PASI на 90%, індексу BSA на 85%, індексу DLQI на 50%, індексу HAQ-DI на 70%. Швидкість ремісії – через 3 місяці лікування.

Висновки: препарат Хуміра має більш виражену дію при артропатичному псоріазі, швидше наступає ремісія, у порівнянні з препаратом Енбрел, проте Енбрел є кращим у відношенні поліпшення лікування шкірного процесу.

ВЕКТОРИ СИНДРОМОКІНЕЗУ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ В КОНТЕКСТІ ЇЇ ПАТОМОРФОЗУ

Мосейко О.В.

Запорізький державний медичний університету

Вступ. Сучасна психіатрична клініка демонструє тенденцію до зміни клінічних характеристик розладів психіки та поведінки. Існування атипичних форм психопатології ендогенно-процесуального кола, що особливо актуально для простої форми шизофренії, може бути пояснено процесом патоморфозу. Аналіз атипичних форм перебігу простої форми шизофренії за допомогою стандартизованого діагностичного інструментарію, а саме пошук характерної пропорції позитивної та негативної симптоматики, що їм притаманна, дозволяє розв'язати питання патоморфозу.

Матеріал і методи. 100 пацієнтів КУ “Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня”, з діагнозом в рамках рубрики МКБ-10: F 20.6 “Шизофренія, проста форма”. Методами дослідження виступили: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, катамнестичний.

Отримані результати. На підставі клініко-анамнестичних даних було проаналізовано синдромокінетичні характеристики ініціального симптомо-комплексу та встановлено наступні вектори синдрому кінезу:

- паранойяльний (кваліфікувався при встановленні тенденції до приєднання та подальшого розвитку атрибутивних розладів мислення у вигляді надцінних або деструктурованих елементів маячних ідей (26%);
- патоасоціативний (кваліфікувався при встановленні тенденції до приєднання та подальшого розвитку патологічних форм асоціативних процесів (13%);
- псевдоневротичний (кваліфікувався при встановленні тенденції до приєднання та подальшого розвитку психопатології псевдоневротичного рангу (8%);
- дисоціальний (кваліфікувався при встановленні тенденції до приєднання та подальшого розвитку асоціальних та делінквентних форм поведінки (24%);
- алієнаційний (кваліфікувався при встановленні тенденції до приєднання та подальшого розвитку лімітування соціальних контактів, що ініційовано пацієнтом спонтанно (28%).

Висновок. Виділено 5 векторів синдромокінезу, що дозволяє прогнозувати рівень атипії клініки простої форми шизофренії, терміни формування шизофренічного дефекту.

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ШКІРНИХ ПРОЯВІВ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ІЗ ВТОРИННИМ ГРИБКОВИМ ІНФІКУВАННЯМ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Недельська С.М., Вакула Д.О.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Атопічний дерматит (АД) є хронічним рецидивуючим запаленням шкіри із поширеністю 10-15% дітей у всьому світі. Патогенез АД складний і не досить вивчений. Шкіра - це велика екосистема, у пацієнтів із АД надзвичайно чутлива до бактеріальних та грибкових інфекцій. Філогенетичне профілювання мікробіома шкіри показало, що гриби є частиною нормальної флори шкіри на всіх ділянках тіла і становлять 1%-22% філогенетичного складу. Не зважаючи на досягнення в діагностиці АД, зберігаються труднощі у вивченні його ускладнених форм, а саме вторинного грибкового інфікування. Можливості мікробіологічної діагностики обмежені за рахунок дефіциту специфічних живильних середовищ та/або їх надвисоку вартість, що унеможливило своєчасну постановку діагнозу, надання допомоги та ускладнює перебіг захворювання.

Мета дослідження. Систематизувати клінічні варіанти шкірних проявів АД із вторинним грибковим інфікуванням у дітей раннього віку.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилися 98 дітей з верифікованим діагнозом АД (віком 3 міс. – 3 роки). Вивчалися мікробіота шкіри, рН шкіри та ефективність лікування в залежності від клінічних проявів.

Отримані результати. Серед 98 дітей з верифікованим діагнозом АД (віком 3 міс. – 3 роки) була виділена група із 56 дітей із нетиповими для АД висипаннями та локалізацією, а також неефективною терапією зволожуючими засобами та елімінаційною дієтою. Нами були виділені основні клінічні шкірні прояви у цих дітей:

1. Плями, що лущаться, з піднятим або фестончатим краєм, подвійним контуром, чіткої форми, відмежовані, у нетиповій для АД локалізації.

2. Зливний сквамозо-еритематозний висип, з крупно-пластинчастими лусочками на тлі гіперемії, з вираженою сухістю, гіперлінеарністю і тріщинами у місцях фізіологічних згинів.
3. Точкові або згруповані фолікулярні гіперкеротичні папули на тлі гіперемії з чітким краєм, розташовані на щоках, передпліччях, плечах, грудній клітці, гомілкках, стегнах, з паракеротичними корками.
4. Бляшковий псориазоподібний висип, часто на волосистій частині голови або диссемійовано по тілу.
5. Ділянки вираженої індурації округлої форми, діаметром від 1 до 5 см, з везикулами, мокнуттям, мацерацією та вираженою гіперемією.
6. Розповсюджена форма зі змішаними елементами висипу.

При вивченні рН шкіри у дітей з нетиповим висипом у 89% дітей (n=50) були верифіковані зміни (<5,5 або > 5,8). За результатами посівів лише 29% (n=16) дітей із 56ти мали мікробіологічно підтверджену контамінацію грибками: *Candida albicans* (n = 10), *Candida nonalbicans* (n = 4), *Normodendrum compactum* (n = 2), *Aspergillus nidulans* (n = 1). Аналіз клінічних проявів, зміни рН та результати посівів дозволив розпочати терапію *ex juvantibus* (топічними та системними протигрибковими засобами) на тлі зволожуючого догляду, яка була ефективна. На підставі цього було виставлено діагноз вторинного грибкового інфікування шкіри.

Висновки. У 57% досліджених дітей раннього віку із АД було виявлено вторинне грибкове інфікування шкіри. Цепотребує ретельного підходу до виявлення ускладнених форм. За відсутності можливості бактеріологічного дослідження посівів із шкіри підгнуттям для постановки діагнозу вторинного грибкового інфікування шкіри, призначення специфічної терапії є рівень рН (<5,5 або > 5,8) та наявність одного з клінічних варіантів ураження шкіри.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КАШЛЮКУ У ДІТЕЙ

Недельська С.М., Сіліна Є.А., Пухир В.П.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Кашлюк – це висококонтагіозне бактеріальне захворювання, з повітряно-крапельним механізмом передачі, яке викликається *B. pertussis*, що характеризується циклічним затяжним перебігом і наявністю судомного приступоподібного кашлю і репризами. Щорічно в світі реєструється близько 50 млн випадків захворювання на кашлюк і близько 300 тис. випадків смерті від цього захворювання. Летальність від кашлюку досягає 4%.

Мета дослідження: оцінити особливості перебігу кашлюку у дітей грудного віку на прикладі клінічного випадку.

Матеріал і методи: клінічні і епідеміологічні дані, результати лабораторних та інструментальних методів обстеження недоношених дітей (двійні), хворих на кашлюк.

Отримані результати. Двійня, недоношені діти, гестаційний вік 29 тижнів, скоригований вік 5 місяців. Вагітність 1, що протікала на тлі мікроаденоми гіпофізу, загрози переривання з 23 тижня, анемії 1 ст, істміко-цервікальної недостатності. Діти госпіталізовані у віці 5 місяців у КНП МДЛ № 5 в ВПН 1 з проявами бронхообструктивного синдрому в лютому 2018 року. Враховуючи наростання респіраторних порушень переведені в ВАІТ и ХД. Стан хлопчика обтяжений позапечінковою формою портальної гіпертензії, реактивним гепатитом, БЛД. Стан дівчинки обтяжений гострим обструктивним бронхітом на фоні БЛД. Скарги: на нападоподібний кашель, задишку. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, частий нападоподібний кашель, задишка з участю допоміжної мускулатури. Фізикальне обстеження: перкуторно над легеньями коробковий звук, аускультативно дихання жорстке, хрипи. Епідеміологічний анамнез: у батька дітей кашель нападоподібного характеру, що зберігався в січні – лютому 2018 року, дорослі члени сім'ї не були щеплені від кашлюку перед випискою дітей з пологового будинку. Лабораторні дослідження: в загальному аналізі крові –гіперлейкоцитоз, лімфоцитоз, нормальна ШЗЕ; методом ПЦР вмісту задньої стінки ротоглотки виявлена ДНК *Bordetella pertussis*. Заключний діагноз: Кашлюк, типова форма, важкий перебіг ускладнений полісегментарною пневмонією, ДН 2-3 ступеня, двосторонній парціальний пневмоторакс, бронхолегенева дисплазія середньої тяжкості.

На тлі терапії у стаціонарі протягом 2.5 місяців зберігаються помірні респіраторні порушення, вологий кашель, задишка змішаного генезу з участю допоміжної мускулатури. У обох дітей посилюлися прояви бронхолегеневої дисплазії. У дівчинки простежується негативна динаміка за даними рентгенографії ОГК – субателектаз S2 справа, УЗД легень і плеври – субплевральна консолідація справа S3. На даний момент

у хлопчика сформувалися позапечінкова форма портальної гіпертензії, у дівчинки відмічено формування пневмофіброзу.

Висновки. Таким чином, даний клінічний випадок демонструє тяжкий перебіг кашлюку, високий ризик ускладнень у дітей грудного віку, особливо у недоношених та на обтяженому тлі БЛД, важливість своєчасної специфічної профілактики даного захворювання.

PREDICTION CRITERIA OF LETHAL OUTCOME OF ACUTE RECURRENT CEREBRAL ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE

Novikova L.V., Kozyolkin O.A.
Zaporizhzhia State Medical University

Background. An early and reliable prognosis of stroke outcome is extremely important for initiation of individual treatment as well as for rehabilitation options.

Aim. This work aimed to develop criteria for the prediction of acute recurrent cerebral ischemic hemispheric stroke (RCIHS) outcome based on comprehensive clinical, laboratory and neuroimaging investigations.

Materials and Methods. The study included 136 patients with acute RCIHS, among them 111 adults (62 males and 49 females, median age 72.0 (64.0; 77.0) were survived and 25 patients (9 males and 16 females, median age 76.0 (74.0; 78.0) died within first 21 days of disease. All patients underwent a detailed clinical and neurological assessment using National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), brain computed tomography and laboratory examinations. The univariate and multivariate regression analysis were used to find out dependent and independent risk factors associated with lethal outcome (LO) of RCIHS. The predictive value of the indicators was evaluated using ROC analysis with calculation of sensitivity and specificity.

Results. Univariate logistic regression analysis revealed that age of patients (OR 1.09 95% CI 1.03-1.16, P=0.0059), infarct volume (OR 1.01 95% CI 1.00-1.02, P=0.0181), septum pellucidum displacement (OR 1.67 95% CI 1.31-2.15, P=0.0001), epiphysis displacement (OR 1.55 95% CI 1.20-2.00, P=0.0008), glucose serum level (OR 1.21 95% CI 1.06-1.38, P=0.0057), absolute neutrophil count (OR 1.11 95% CI 1.00-1.23, P=0.0473), absolute lymphocyte count (OR 0.92 95% CI 0.86-0.96, P=0.0042), neutrophil-to-lymphocyte ratio (OR 1.09 95% CI 1.09-1.17, P=0.0019) and baseline NIHSS score (OR 1.37 95% CI 1.17-1.63, P=0.0003) were the main variables, associated with the LO of RCIHS.

Conclusion. The mathematical model, which includes clinical, CT and neurological variables may be implemented in the routine clinical work of Stroke Unit and allows us to obtain high sensitivity (80.0%) and specificity (86.5%) prognosis RCIHS outcome upon admission.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВУ МІСТІ

Онищенко Д.О., Мазур В.І.
Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: виявлення причин появи неонатальної жовтяниці на сучасному етапі в дітей у великому промисловому місті, дослідження особливостей анамнезу, антропометричних даних та окремих функцій печінки у дітей із неонатальною жовтяницею.

Матеріал і методи. Під наглядом перебула 61 дитина віком від 2 днів до 1 місяця, які надходили у відділення патології новонароджених з діагнозом «Неонатальна жовтяниця». Завданням дослідження було проаналізувати особливості анамнезу дітей та матерів, антропометричних даних та окремих функцій печінки у дітей із неонатальною жовтяницею та виявити основні причини появи неонатальної жовтяниці на сучасному етапі в дітей у великому промисловому місті.

Отримані результати. Переважна більшість дітей із неонатальною жовтяницею народилися доношеними та були на винятково грудному вигодовуванні. Серед досліджуваних дітей 66 % становили хлопчики. Маса тіла у дітей при народженні із неонатальною жовтяницею, що знаходились під спостереженням, була в межах 10-90 перцентилі. Супутню патологію мали 90% (асфіксія в пологах – 6%, внутрішньоутробні інфекції – 32%, недоношеність – 13%, затримка внутрішньоутробного розвитку –

10%, пологова травма – 16%, вроджені пороки – 13%). Строк появи жовтяниці у новонароджених: на другу добу – 16%, третю добу після народження у 32 % дітей, на четверту добу – 29 % , після 7 дня – 13%. Рівень загального білірубіну в сироватці крові у досліджуваних дітей з неонатальною жовтяницею складав від 54 мкмоль/л до 372 мкмоль/л. Середній показник ЗБС крові в дітей становив $209,1 \pm 20,5$ мкмоль/л. Трансферазні ферменти печінки у дітей з неонатальною жовтяницею знаходились на рівні верхньої межі вікової норми. Новонароджені із затяжним перебігом жовтяниці мали патологію: пологова травма, недоношеність, внутрішньоутробні інфекції, затримка внутрішньоутробного розвитку. Тяжкість розвитку непрямой гіпербілірубінемії обумовлювали фактори ризику з боку матері, такі як вік, наявність соматичної та інфекційної патології під час пологів, акушерської патології (тяжкі гестози, кесарів розтин, обвиття пуповиною, слабкість пологової діяльності, передчасні пологи). У 90% хворих відзначалася наявність багатьох факторів, які викликають розвиток неонатальної жовтяниці.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновки: найбільш частою причиною неонатальної жовтяниці є внутрішньоутробна інфекція. Затяжний перебіг жовтяниці спостерігався у дітей з більшою кількістю факторів ризику.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПЕРЕБІГУ ВІТРИЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ ВІД ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 (RS 1800872)

Онiщенко Н.В., Рябокoнь О.В.
Запорiзький державний медичний унiверситет

Вступ. Захворювання на вітряну віспу є актуальною проблемою теперішнього часу. В Україні реєструється близько 120-150 тисяч випадків захворювання на вітряну віспу щорічно. У Запорізькій області цей показник становить 503,47 на 100 тис. населення. Особливість вітряної віспи у дорослих визначається тяжким перебігом захворювання з вираженим синдромом інтоксикації, рясною поліморфною висипкою, ранньою пустулізацією та формуванням різноманітних ускладнень. Ризик розвитку ускладнень та летального завершення хвороби у дорослих хворих у 25 разів вищий, ніж у дітей, а смертність від пневмонії сягає 10%. Останнім часом спостерігається зростання захворюваності на вітряну віспу серед дорослих імунокомпетентних осіб. У зв'язку з цим, особливу увагу звернуло на себе вивчення патогенетичних аспектів захворювання. Відомо, що тяжкий перебіг вітряної віспи у дорослих пов'язано з редукованою Т-клітинною відповіддю проти вірусу, внаслідок чого має місце високе вірусне навантаження. Проте на сьогодні відомо, що активність імунної відповіді пов'язана з поліморфізмом генів, що кодують цитокіни. Роль поліморфізму генів цитокінів в перебігу герпесвірусних інфекцій інтенсивно вивчається. Особливу увагу звертає на себе вивчення генетичного поліморфізму ІЛ-10 у дорослих хворих на вітряну віспу.

Мета дослідження – з'ясувати роль поліморфізму гену інтерлейкіну-10 (rs 1800872) в перебігу вітряної віспи у дорослих.

Матеріал і методи. В дослідження включено 50 дорослих хворих на вітряну віспу та 40 здорових осіб. Вік хворих коливався в межах від 18 до 49 років. Серед госпіталізованих чоловіків було 34 (68,0 %), жінок – 16 (32,0 %). Тяжкість перебігу захворювання визначали на підставі виразності інтоксикаційного синдрому, тривалості і поширеності висипу, наявності або відсутності ускладнень.

Визначення однонуклеотидного поліморфізму гену інтерлейкіна-10 (rs 1800872) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі CFX-96 Touch (BIO-RAD, США), використовуючи набори NP-512-100 (РФ). Статистичну обробку даних здійснювали з використанням сформованої бази даних пацієнтів в програмі «STATISTICA for Windows 13» (StatSoft Inc., № JPZ804I382130ARCN10-J). Для порівняння частот алелей між різними групами використовували метод χ^2 . Достовірно значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Отримані результати. За результатами дослідження виявлено, у хворих на вітряну віспу генотип ТТ гену ІЛ-10 (rs 1800872) реєструвався в 2,1 рази частіше, порівняно зі здоровими особами (74,0 % проти 35,0 %, $\chi^2 = 13,76$, $p = 0,0002$). При порівнянні частоти реєстрації генотипу ТТ гену ІЛ-10 (rs 1800872) у хворих на вітряну віспу, в залежності від тяжкості перебігу захворювання, з'ясовано, що у всіх (100 %) хворих з тяжким перебігом вітряної віспи виявлявся генотип ТТ та реєструвався в 1,48 рази частіше, порівняно з хворими з середньотяжким перебігом захворювання ($\chi^2 = 4,39$, $p = 0,04$). Аналіз впливу поліморфізму гену ІЛ-10 (rs 1800872) на розвиток ускладнень вітряної віспи значущих відмінностей не показав ($p > 0,05$). Проте різні генотипи гену ІЛ-10 (rs 1800872) впливали на розвиток певного спектру ускладнень. Так, у всіх (13 – 100 %)

хворих на вітряну віспу з формування вісцеральних ускладнень, а саме ураженням печінки та розвитком токсичного гепатиту виявлено генотип ТТ гену ІЛ-10 ($\chi^2=6,17$, $p=0,01$). При цьому генетичний поліморфізм, що вивчається, не впливав на ризик розвитку офтальмологічних та неврологічних ускладнень ($p>0,05$). Проте розвиток ускладнень, пов'язаних з приєднанням вторинної бактеріальної флори залежав від поліморфізму гену ІЛ-10, а саме у більшості (87,5 % проти 12,5 %) хворих реєструвався генотип ТG гену ІЛ-10 (0,875 проти 0,143, $\chi^2=18,72$, $p=2.0E-6$, OR=42,0 95% CI=4.35 – 405.15).

Висновки. Генотип ТТ гену ІЛ-10 (rs 1800872) асоціюється із тяжким ($\chi^2=6,35$, $p=0,01$) перебігом вітряної віспи у дорослих, розвитком вісцеральних ускладнень у вигляді гепатиту ($\chi^2=6,17$, $p=0,01$), а генотип ТG гену ІЛ-10 (rs 1800872) асоціюється з розвитком ускладнень, пов'язаних з приєднанням вторинної бактеріальної мікрофлори та розвитком стрептодермії ($\chi^2=18,72$, $p=2.0E-6$).

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН

Павличенко В.Д., Гребенюк А.А., Науменко Є.О., Перцов І.В., Никоненко А.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок – захворювання, яке супроводжується ускладненнями, котрі можуть привести до інвалідизації пацієнта та летального кінця. Профілактика та вибір тактики лікування пацієнта з тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок до теперішнього часу є актуальною проблемою хірургії.

Мета дослідження. Оцінити якість життя пацієнтів, які перенесли тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок.

Матеріал і методи. Проведено анкетування 60 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з діагнозом тромбоз глибоких вен за період з січня 2016 року до грудня 2017 року. Серед них 21 (35%) жінок та 39 (65%) чоловіків у віці $56,4 \pm 13,7$ років. 39 (65%) пацієнтів відповідали працездатному віку. У 33 (55%) пацієнтів було верифіковано тромбоз стегнової вени, у 10 (16,7%) – тромбоз клубової вени і у 17 (28,3 %) – тромбоз глибоких вен гомілки. 54 (90%) пацієнти пройшли курс консервативної антикоагулянтної терапії. 6 (10%) пацієнтам було проведено хірургічне втручання, серед яких 5 (8%) виконана тромбектомія із загальної стегнової вени і лігування поверхневої стегнової вени зліва, 1 (2%) - тромбектомія із загальної стегнової вени і лігування поверхневої стегнової вени на правій нижній кінцівці. При виписці пацієнтам рекомендувалося носіння еластичного трикотажу, антикоагулянти. З метою оцінки якості життя пацієнтів використовувалася шкала CIVIQ-2. Отриманий бал був у межах від 20 до 100, чим більша кількість, тим нижче якість життя. Так само уточнювалися питання: використання після виписки антикоагулянтів, антиагрегантів, еластичного трикотажу, наявність і вираженість набряків і відчуття тяжкості в нижніх кінцівках, рецидиви тромбозу глибоких вен або тромбоемболії легеневої артерії.

Отримані результати. При порівнянні двох груп пацієнтів виявлено, що в групі пацієнтів після консервативної терапії показник якості життя дорівнював 26,9 балів, в групі після оперативного лікування - 27,3 бала ($p> 0,05$). У періоді після виписки антикоагулянтну терапію застосовували 44 (81,4%) пацієнта в групі консервативної терапії і 6 (100%) в групі оперативного лікування; антиагрегантну терапію - 21 (38,8%) і 2 (33,3%), еластичний трикотаж - 47 (87%) і 4 (66,6%) відповідно. Рецидиви спостерігалися у 9 (15%) пацієнтів тільки в групі консервативної терапії (в тому числі 2 випадки ТЕЛА): 7 (11,6%) з цих пацієнтів в період після виписки приймали нові оральні антикоагулянти. Всі пацієнти з рецидивами лікувалися амбулаторно, за винятком двох випадків ТЕЛА. Також встановлено, що в групі пацієнтів після консервативної терапії відзначаються набряки і відчуття тяжкості в нижніх кінцівках частіше ніж один раз на тиждень у 28 (52,1%) і 18 (33,3%) пацієнтів відповідно. У другій групі дана симптоматика виявлена у 2 (33,3%) і 2 (33,3%) пацієнтів відповідно ($p> 0,05$).

Висновки. Якість життя пацієнтів з тромбозом глибоких вен після проведеного оперативного втручання відповідає показникам пацієнтів, яким була призначена консервативна терапія (27,3 і 26,9 балів відповідно, $p> 0,05$), проте в групі прооперованих пацієнтів були відсутні рецидиви тромбозу глибоких вен і ТЕЛА в періоді після виписки, а також рідше спостерігалися явища набряку нижніх кінцівок частіше ніж один раз на тиждень (33,3% проти 52,1%, $p> 0,05$).

ОЦІНКА ПОШИРЕНOSTІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РИНИТІВ І РИНОСИНУСИТІВ У ВАГІТНИХ

Першина В.Д., Костровський О.М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Так, за даними літератури від 22% до 85% жінок під час вагітності страждають симптомами риніту та риносинуситу, основним проявом яких є порушення носового дихання.

Погіршення носового дихання при вагітності призводить до гіпоксії організму матері та плоду, що може стати ініціюючим фактором дисфункції плаценти, переривання вагітності, затримки росту і внутрішньоутробної загибелі плоду. Назальна обструкція є найбільш частою причиною порушення сну у вагітних що, також зумовлює зростання акушерської та перинатальної патології. Крім того, часто пацієнти самостійно тривалий час використовують назальні деконгестанти, що лише призводить до збільшення вищезгаданих проблем.

Всі ці дані і спонукали нас до проведення нашої роботи, **метою** якої стало вивчення поширеності та ефективності лікування ринітів і риносинуситів серед вагітних м. Запоріжжя.

Матеріал і методи. Нами було проведено анкетування 168 вагітних в жіночих консультаціях пологових будинків №3 і №9 м. Запоріжжя. Терміни спостережень охоплювали період від 15 до 41 тижня вагітності.

Для опитування була використана анкета О.В. Лаврової зі співавторами, яка дозволяє виявити у опитаних ринологічну патологію. Пацієнтки, які мали суму балів 10 і вище, були запрошені на стандартний ЛОР - огляд.

Всім пацієнткам призначалося стандартне лікування в залежності від діагнозу та була проведена бесіда про шкоду тривалого використання назальних деконгестантів. При наявності алергічного риніту - про необхідність обмеження контакту з алергенами. При виборі терапії орієнтувалися на класифікацію лікарських засобів на основі їх безпеки у вагітних згідно загальноприйнятій системі «Food and Drug Administration». Серед медикаментозних засобів використовувалися сольові розчини, інтраназальні топічні кортикостероїди (будесонід, мометазону фураат), антигістаміні препарати (цетиризин), рослинні препарати (Синупрет), нестероїдні протизапальні препарати (парацетамол).

Після призначення лікування через 10-14 днів проводилося телефонне опитування для оцінювання результатів лікування.

Отримані результати. При аналізі результатів нами встановлено, що 52% (87) з усіх анкетованих жінок мали скарги на назальну обструкцію. Опитування та огляд дозволили виділити три групи пацієнтів. До першої групи увійшло 28% (47) жінок, які пов'язували симптоми риніту з гострими респіраторними захворюваннями. Так 12% (20) жінок відзначали, що перебіг застуди мав більш затяжний перебіг, що дозволяло їм виставити діагноз поствірусний риносинусит. Цій групі пацієнтів призначалися промивання сольовими розчинами, рослинні препарати, нестероїдні протизапальні засоби і інтраназальні топічні кортикостероїди. При огляді, у даної категорії хворих бактеріального риносинуситу не виявлено, що дозволило уникнути призначення антибактеріальних засобів.

Другу групу склали 14% (23) жінок у яких при опитуванні та огляді були виявлені явні ознаки алергічного риніту (АР), причому 6% (10) жінок - стали вперше відзначати симптоми під час вагітності, що ймовірно підтверджує вплив вагітності на посилення існуючої до цього субклінічної алергічної реакції. Серед пацієнток з алергічним ринітом у 9% (15) визначалася персистуюча форма, у 5% (8) - інтермітуюча форма риніту. На момент огляду 12% (20) жінок використовували назальні деконгестанти більше 2 тижнів. Лікування цієї групи вагітних становило обмеження контакту з алергенами, іригаційна терапія сольовими ізотонічними розчинами, інтраназальні топічні кортикостероїди і антигістамінні препарати.

Третю групу склали 10% (16 жінок) погіршення носового дихання пов'язано з початком гестації, не залежало від будь-яких зовнішніх факторів, що дозволило їм виставити діагноз вазомоторний риніт вагітних. У цій групі пацієнтів використовували тривалий час судинозвужувальні препарати 6% (10) вагітних. Основу терапії цих пацієнтів склали гіпертонічні та ізотонічні сольові розчини для інтраназального застосування.

При телефонному опитуванні пацієнток через 10-14 днів отримані наступні результати. У групі пацієнток з гострими риносинуситом усі вагітні жінки одужали. У групі пацієнток з алергічним ринітом у 74% (17) жінок вдалося домогтися контролю над захворюванням - поліпшення носового дихання і відмова від назальних деконгестантів, у 26% (6) жінок істотно знизити дозу судинозвужувальних препаратів. У групі

з вазомоторним ринітом вагітних ефективність іригаційної терапії склала 88% (14). 2 пацієнтам у зв'язку з недостатньою ефективністю лікування в подальшому була проведена радіохвильова коагуляція нижніх носових раковин.

Висновки. У 52% вагітних виявляються симптоми риніту і риносинуситу. При цьому 28% це вагітні з гострими риносинуситами, 14% склали пацієнти з алергічним ринітом та в 10% випадків зустрічався вазомоторний риніт вагітних.

Частота пацієнтів, серед жінок з симптомами риніту та риносинуситу, що безконтрольно та тривалий час використовують назальні деконгестанти склала 34 %.

При призначенні сучасної терапії, з урахуванням її безпеки у вагітних, можна досягти позитивних результатів лікування.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ В УМОВАХ ІШЕМІЧНОЇ ОФТАЛЬМОПАТІЇ

Пічахчі Г.М., Завгородня Н.Г., Михальчик С.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Дослідженнями останніх років встановлено, що в основі ішемічних ушкоджень сітківки ока лежать глутаматна ексайтотоксичність, енергодефіцит, гіперпродукція NO, оксидативний стрес. Базуючись на цих дослідженнях, слід визначитися, що одним з перспективних напрямків лікування ішемічної офтальмопатії являється застосування нейропротекторів.

Мета дослідження: оцінити ефективність препаратів - нейропротекторів: Цереброкуруину, Мелатоніну, Цитиколіну і Пірацетаму при експериментальній ішемічній офтальмопатії.

Матеріал і методи. Ішемічну офтальмопатію моделювали у білих безпородних шурів самців (маса 220-240 гр.) за методом Li Y., Schlamp et al (2002) шляхом одноразового інтравітреального введення NMDA (200 мМ). Досліджувані препарати вводили протягом 5 діб відразу після ін'єкції NMDA- Цереброкуруин (150 мкл/кг), Цитиколін (250 мг/кг), Мелатонін (10 мг/кг), Пірацетам (500 мг/кг). У гомогенаті сітківки ока методом ІФА визначали NR2-пептид - маркер ішемічного пошкодження нервової тканини і білки теплового шоку (HSP70) в якості маркера ендогенної нейропротекції.

Отримані результати. Встановлено, що моделювання ішемічної офтальмопатії призводить до підвищення в гомогенаті сітківки NR2 (в 4,77 разів) і зниження HSP70 (на 87%), що свідчить про виражену нейродеструкцію. Введення тваринам з ішемічною офтальмопатією Мелатоніну, Цитиколіну і, особливо, Цереброкуруину, призводило до зниження NR2 і підвищенню рівня HSP70. Пірацетам не чинив достовірного нейропротективного ефекту.

Висновки. Отримані результати експериментально обґрунтовують перспективність подальших досліджень.

ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ LASIK ЗА ТЕХНОЛОГІЄЮ CONTOURA VISION ДЛЯ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ І СКЛАДНОГО МІОПІЧНОГО АСТИГМАТИЗМУ

Пічахчі Г.М., Завгородня Н.Г., Михальчик С.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В даний час поширеність міопії в поєднанні з міопічним астигматизмом > 0,50 дптр. серед дорослого населення Європи складає 28,5 - 32,3%, з них 4,61% - з міопією в поєднанні з міопічним астигматизмом > 2,50 дптр (Khan M.I., Muhtaseb M).

Мета дослідження – вивчити застосування технології топографічно орієнтованого для корекції міопії і міопічного астигматизму в якості масової кераторефракційної операції.

Матеріал і методи. У пацієнтів основної групи виконувалася операція LASIK для корекції міопії зі sph до "-" 10,0 дптр і муоріс суl до "-" 4,0 дптр (70 очей - 35 пацієнтів), з них 24 чоловіків (69%) і 11 жінок (31%). Вік пацієнтів був від 18 до 54 років ($29,7 \pm 5,9$ років). Термін спостереження становив до 2 років. Гострота зору з найкращою корекцією (BCVA) - від 0,7 до 1,2 ($0,99 \pm 0,12$). Центральна товщина рогівки (за даними УЗ-кератопахіметрії) була від 468 до 654 мкм. Горизонтальний діаметр рогівки - від 11,2 до 12,9 мм ($12,0 \pm 0,5$ мм). Були прооперовані з використанням алгоритму абляції за даними обстеження на Topolyzer

Vario Diagnostic System. Кератотопографія проведена на діагностичній установці Topolyzer Vario Diagnostic System. Всі пацієнти були прооперовані на ексимерлазерній установці WaveLight EX500: діаметр оптичної зони = 6,5-8,0 мм, цільова рефракція – еметропія. Контроль циклоторсії використовувався у всіх випадках.

Отримані результати. Через 1 міс. після операції LASIK гострота зору без корекції була 1.0 і вище і залишалася стабільно високою протягом всього двохрічного періоду спостереження. Сфероеквівалент склав до і після операції LASIK $M \pm \delta - 0,26 \pm 0,14$ проти $-5,82 \pm 2,46$, величина астигматизму $-4,22 \pm 0,16$ проти $-0,42 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), кератотопографічний показник іррегулярності передньої поверхні рогівки SRI (Surface Regularity Index) $M \pm \delta - 0,08 \pm 0,07$ проти $0,55 \pm 0,16$ ($p < 0,05$).

Висновки. Операція LASIK за технологією Contoura Vision є високоефективним методом корекції міопії і складного міопічного астигматизму, дозволяючи знизити іррегулярність поверхні рогівки, отримати стабільний і максимальний післяопераційний результат і високий рівень задоволеності пацієнтів: всі пацієнти відзначали поліпшення сутінкового і нічного зору і ефекту «гало».

СТРУКТУРА ТА ФАКТОРИ ВТОРИННОЇ ШКОДИ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ІЗ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ ОТОЧУЮЧИМИ, СЕРЕД КОНТИНГЕНТУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Плехов В.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Первинна шкода від вживання алкоголю стала об'єктом дослідження безлічі наукових робіт – неодноразово було доведено негативний вплив вживання спиртних напоїв на стан фізичного здоров'я, економічного та соціального благополуччя споживача. В сучасному наркологічному дискурсі актуалізується проблема вторинної шкоди від вживання алкоголю – на скільки вживання алкоголю однією особою шкодить здоров'ю, матеріальному становищу, якості та умовам життя інших. В контексті патогенезу станів порушення психологічної адаптації у відносно соціально незахищених верств населення, зокрема у студентської молоді, вторинна шкода, що вони отримують, може являти собою значний за інтенсивністю психотравмуючий фактор. Актуальним є виявлення структури та факторів завдання вторинної шкоди серед обраного контингенту, як підґрунтя для подальших досліджень у галузі психологічного супроводу студентів.

Мета дослідження: встановити структуру та фактори вторинної шкоди, пов'язану із вживанням алкоголю оточуючими, у студентської молоді.

Матеріал і методи. За умов інформованої усвідомленої згоди та анонімного анкетування, було обстежено 50 студентів медичного університету. Середній вік опитаних склав $20,5 \pm 0,1$ років. Дослідження було реалізовано за допомогою використання опитувальника ВООЗ «Шкода, що завдається оточуючим, внаслідок алкоголізації». Статистична обробка проводилась за допомогою методів медичної статистики, у тому числі розрахунку коефіцієнту кореляції Пірсона – r.

Отримані результати. Встановлено структуру вторинної шкоди, отриманої студентською молоддю, так дані щодо досвіду респондентів отримання шкоди, внаслідок вживанням алкоголю сторонніми особами, не були однорідними: 36 респондентів (72%) не мали жодних проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю іншими особами, 6 респондентів (12%) засвідчили, що понесли матеріальні втрати через пияцтво інших (пошкодження майна, одягу, аксесуарів, їх крадіжка); 8 респондентів (16%) потерпали через словесні образи, а 4 (8%) – через фізичне насилля з боку осіб, які перебували у стані алкогольної інтоксикації (3 респонденти (6%) стверджували, що фізичне насилля обмежилось поштовхами, 1 респондент (2%) – мав досвід побиття особою нападпитку); випадки комбінації декількох видів вторинної шкоди, що виявляли 4 респонденти (8%), не було розглянуто окремо, оскільки факти завдання вторинної шкоди не пов'язані між собою та мають тривалий хронологічний інтервал.

Слід окремо зауважити, що 100% респондентів не повідомляють про негативний досвід, пов'язаний із власним вживанням алкогольних напоїв, при цьому абсолютна більшість опитаних має помірний тип вживання алкогольних напоїв (40 респондентів (80%) вживають спиртне рідше одного разу на місяць у дозах, що не перевищують 3–5 стандартних доз – СДА), крім того всі респонденти затвердили, що суб'єктами завдання їм вторинної шкоди, були незнайомі особи, що, у даному контексті, каже про сприятливе мікросоціальне оточення опитаного контингенту.

Щодо факторів ризику отримання вторинної шкоди, за результатами проведеного аналізу отриманих даних було виявлено прямий кореляційний зв'язок між інтенсивністю вживання алкогольних напоїв

респондентами та їх досвідом отримання вторинної шкоди від вживання алкоголю іншими ($r = 0,59, p < 0.05$).

Висновки. Встановлена структура вторинної шкоди, пов'язаної із вживанням алкоголю оточуючими, у студентської молоді: більшість респондентів потерпали від словесних образ з боку незнайомих осіб, що перебували у стані алкогольної інтоксикації (8 респондентів – 16 %), трохи менше опитаних зазнали матеріальної шкоди (6 респондентів – 12%), лише незначна частина опитаних мали досвід фізичної шкоди (4 респондентів – 8%). Встановлено, що одним з факторів ризику вторинної шкоди, пов'язаної з алкоголем, у студентської молоді є інтенсивність вживання алкогольних напоїв особами, що цю шкоду отримують. Дослідження інших факторів ризику, а також характеристики їх синергізму, потребує подальшого вивчення.

THE ROLE OF PHOSPHOLIPASE A2 IN FORMATION OF ANEMIA OF INFLAMMATION IN INFANTS WITH ACUTE BACTERIAL DISEASES OF RESPIRATORY ORGANS

Pogribna A.O.

Zaporizhzhya State Medical University

Introduction: phospholipase A2 is a direct participant in the inflammatory reaction, which plays a significant pathogenetic role in the formation of anemia of inflammation due to the catalyzed removal of the fatty acid residue from phospholipids and causes their transformation into toxic compounds, the functioning of which leads to the dissolution of erythrocytes. It is known that extracellular phospholipids with a wide spectrum of specificity are found on the outer membrane of gram-negative bacteria and are involved in the release of bacteriocin toxin from the cell due to increased permeability of the membrane against the background of an increase in the level of lysophospholipids and fatty acids in the membrane.

Aim: to study the role of phospholipase A2 in the formation of anemia of inflammation in infants with acute inflammatory bacterial diseases of the respiratory system.

Materials and methods: the main group included 10 children with anemia of inflammation acquired on the background of acute bacterial disease of the respiratory tract. The experimental group included 10 patients with iron deficiency anemia without related inflammatory diseases. The control group was represented by 10 conditionally healthy children. Studying groups were representative of the age and gender of children.

The content of phospholipase in the blood serum of infants (mean age of patients was $1,4 \pm 0,4$ years) was determined on immunoenzyme assay method using commercial kits Kit For Phospholipase A2 commercial kit. Lipoprotein Associated (LpPLA2). Statistical data analysis was performed using the statistical packages "EXCEL" and "Statistica 13.0" (StatSoftInc., JPZ8041382130ARCN10-J) with the calculation of the arithmetic mean (M), standard deviation (σ).

Results: According to the results of the study, it has been established that the development of anemia of inflammation in infants against the background of acute bacterial diseases of the respiratory organs takes place against the backdrop of oxidative stress, as evidenced by the significant increase in the blood serum of children observed in the content of phospholipase A2 ($4,46 \pm 0,4$ ng/ml versus $2,28 \pm 0,4$ ng/ml in the control group, $p < 0,05$). It should be noted that the development of iron deficiency anemia was accompanied by an increase in the level of phospholipase ($3,89 \pm 0,3$ ng/ml, $p < 0,05$), but it was lower than in the main group.

Conclusions: anemia in infants is accompanied by the development of oxidative stress. The degree with which it manifests itself is most pronounced in children with anemia of inflammation that has developed in the background of acute inflammatory bacterial diseases of the respiratory system.

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КРІОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ

Плотнікова К.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. В даний час хронічний тонзиліт займає одне з провідних місць в загальній структурі ЛОР-патології. За даними медичної статистики ним страждають близько 15% людей у світі. В Україні у 2017 році показник захворюваності на хронічний тонзиліт становив 1260 чоловік на 10 тис. населення.

Мета дослідження. Виявити можливість і ефективність застосування методу кріодеструкції у лікуванні дітей хворих на хронічний тонзиліт. Підвищити ефективність лікування дітей хворих на хронічний тонзиліт шляхом використання кріодеструкції піднебінних мигдаликів.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на базі медичного центру "Надія" м. Кривий Ріг. У 2017 році туди звернулося 723 дитини віком від 6-ти до 18 років з підтвердженим діагнозом «хронічний тонзиліт», з них 43-м було рекомендовано оперативне втручання у обсязі кріодеструкції піднебінних мигдаликів, інші одержали консервативне лікування.

Діагноз ставився на підставі загальноклінічного, лабораторного та бактеріологічного досліджень. При орофарингоскопії у хворих спостерігались позитивні симптоми Гізе, Преображенського, Зака. Крім цього у 1/3 хворих виявлено спайки між мигдаликами та піднебінними дужками, рубцеві зміни мигдаликів. При лабораторному обстеженні у хворих, яким було призначено хірургічне лікування виявлялося підвищення рівня АСЛ (О) (в межах від 600 до 1200 МО/мл), підвищення рівня С-реактивного білка > 5 м/л, в ЗАК - лімфоцитоз. При мікроскопії мазка з лакун піднебінних мигдаликів були виявлені наступні мікроорганізми: *St.viridans*, *St.pyogenes*, *St.aureus*, *St.epidermidis*, *E.Coli* та гриби роду *Candida*. Хворим з вищеписаним симптомокомплексом було проведено кріодеструкцію піднебінних мигдаликів, яка становила з себе кілька циклів обробки мигдаликів рідким азотом (t -196 C), у результаті чого відбулося безкровне відторгнення некротизованих тканин. Після шести місяців спостереження: у 41-ї дитини: при орофарингоскопії спостерігались негативні симптоми Гізе, Преображенського, Зака. При лабораторному обстеженні у хворих, яким було проведено хірургічне лікування: рівень АСЛ (О) в межах від 30 до 150 МО / мл, рівень С-реактивного білка < 5 мг/л. При мікроскопії мазка з лакун піднебінних мигдаликів мікроорганізми не виявлені.

Отримані результати. Результатом проведеного лікування через 6 місяців спостереження у 95% хворих (41 дитина) є: поліпшення функціонального стану піднебінних мигдаликів із збереженням дренажної функції лакун, підвищення як місцевого, так і загального імунітету. У 5% хворих (2 дитини) через 6 місяців спостереження: спостерігалось повторне збільшення лімфоїдної тканини. Після додаткового обстеження у дітей було виявлено інфікування ВЕБ та рекомендовано повторне проведення кріодеструкції піднебінних мигдаликів після лікування у дитячого інфекціоніста.

Висновки. Кріодеструкція є безболісним, безкровним та малотравматичним методом видалення тканин. Кріодеструкція піднебінних мигдаликів – це органозберегаючий метод оперативного лікування хронічного тонзиліту, який у багатьох випадках дозволяє уникнути тонзилектомії. В деяких випадках необхідно повторне відвідування кріофахівця.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ ОГЛЯД ДИНАМІКИ БАКТЕРІАЛЬНОГО СПРЕКТРУ, АНТИБІОТИКОЧУТЛИВОСТІ ЧУТЛИВОСТІ ТА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ ЗА 2016-2018 р.р.

Плохушко В.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Січень 2017 року – нова точка відліку у ері антибіотиків: з'явилася перша пацієнтка з абсолютно резистентним збудником. На сучасному етапі антибіотикорезистентність (АБР) – основна проблема раціональної антибіотикотерапії (АБТ). Особливе місце в цій проблемі посідають госпітальні штами. Важко імплементувати контроль внутрішньогоспітального середовища на наявність збудників, а циркуляція їх у закритому середовищі стаціонарів, під впливом дезінфектантів та антибіотиків ще більше сприяють формуванню АБР. Як фактор ризику розвитку АБР слід розглядати і нераціональну АБТ на догоспітальному етапі.

Основними шляхами запобігання АБР та її подолання вважають профілактику поширення антибіотикорезистентних збудників та раціональне застосування антибіотиків. Для якісної фармакотерапії інфекційних захворювань бактеріальної етіології важливим є своєчасне визначення виду збудника і його реакції на антибіотики. У нашій роботі відображено динаміку бактеріального спектру, антибіотикочутливості та АБР представників внутрішньолікарняної флори за останні 3 роки (2016-2018 роки).

Мета дослідження: аналіз динаміки бактеріального спектру, антибіотикочутливості та антибіотикорезистентності в умовах стаціонару протягом 3 років.

Матеріал і методи. Робота виконувалась на базі КМП «Міська дитяча лікарня №5» м. Запоріжжя ЗМР. Здійснено бактеріологічне дослідження посівів культур від хворих та змивів середовищ у відділеннях:

відділення анестезіології, інтенсивної терапії та хронічного діалізу (ВАІТ та ХД), ВАІТ новонароджених, інфекційно-бокованне відділення (ІБВ) недоношених новонароджених, ІБВ новонароджених, урологічне відділення. Обробка результатів проводилася через комп'ютерну програму Whonet, котра рекомендована ВООЗ, а також Microsoft Excel.

Отримані результати. Серед госпітальних штамів протягом всіх років спостереження домінують ентеробактерії (*Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*) з бета-лактамазами розширеного спектру (резистентність до цефалоспоринов 3 та 4 поколінь) без будь-якої позитивної тенденції щодо цього показника. Встановлено ріст антибіотикорезистентності *Klebsiella pneumoniae* до цефалоспоринов 3 та 4 поколінь у відділенні АІТ новонароджених з 58% до 70%, порівняно з 2017 роком, також відзначається зростання резистентності у ІБВ недоношених новонароджених на 11% та 10% до цефалоспоринов 3 та 4 поколінь відповідно. Відмічається деяка позитивна динаміка відносно чутливості до Амікацину у *Enterobacter cloacae* (знизився з 68% до 10%, у ВАІТ новонароджених, та з 26% до 3,8% у ІБО недоношених новонароджених), що ми пов'язуємо зі значним зниженням частоти застосування цієї групи антибіотиків не за протоколами. Незмінним залишається ситуація з неферментуючими грам-негативними збудниками (*Acinetobacter baumannii*, *Burkholderia pseudomallei*, *Burkholderia ceracia*), які за своєю природою є полірезистентними, тому наявність їх в оточуючому середовищі вважається маркером епідеміологічного неблагополуччя. Препаратом вибору для *Acinetobacter baumannii* залишається Колістін. Неможна не зазначити той факт, що на щастя, метицилінрезистентні штами (MRSA) в клініці зустрічаються рідко. Протягом 3 років спостерігається неухильна тенденція зростання резистентних до макролідів кокових штамів позагоспітальних інфекцій.

Висновки. Для профілактики АБР штамів збудників необхідно дотримуватися стандартів лікування. Емпіричну АБТ позалікарняних респіраторних бактеріальних інфекцій необхідно починати з Амоксициліну та напівсинтетичних пеніцилінів з клавулоновою кислотою, макроліди у якості стартової терапії повинні застосовуватися лише у виключних випадках. Емпіричну АБТ в умовах стаціонару необхідно призначати з урахуванням бактеріального профілю відділення, де розвинулося дане захворювання. Перманентний бактеріальний моніторинг повинен бути основою в призначенні раціональної АБТ. Для профілактики АБР також необхідно враховувати анамнез вживання антибіотиків на догоспітальному етапі та в стаціонарі.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА УСПІШНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Плохушко Р.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Сучасний світ змушує людину жити в умовах постійного стресу, що часто обумовлений психотравмуючими впливами від соціуму. За останні роки все більше досліджень присвячують вивченню захворювань, що виникають на фоні психосоціальних факторів. Серед них виділяють синдром емоційного вигорання, котрий є механізмом особистісного психологічного захисту і проявляється повним або частковим виключенням емоцій у відповідь на різні психотравмуючі впливи.

Мета дослідження. Визначити взаємозв'язок синдрому емоційного вигорання та успішності серед студентів медичних закладів вищої освіти.

Матеріал і методи. Методом анонімного анкетування було опитано 377 студентів (137 студентів III курсу, 142 студентів IV курсу та 98 студентів VI курсу) з використанням адаптованого опитувальника МВІ. Всі студенти були розділені на групи відносно статевої приналежності та за рівнем академічної успішності (I група (Г-I) – середній бал успішності – 3,0-3,5; II група (Г-II) – 3,5-4,0; III група (Г-III) – 4,0-4,5; IV група (Г-IV) – 4,5-5,0 балів). Анкетування проводилося двічі – в період сесії та в період після канікул.

Отримані результати. При першому етапі анкетування, було виявлено, що найвищий рівень емоційного вигорання був серед дівчат III-го курсу Г-IV (22%) з вираженим компонентом емоційного виснаження. При другому етапі анкетування був визначений значний приріст представленості емоційного вигорання в Г-II, Г-III та Г-IV. Найвищі показники були серед студентів в Г-IV (35% - юнаки, 66% дівчата).

Висновки. Розвиток синдрому емоційного вигорання серед студентів медичного університету в період сесії, знаходиться в прямій залежності від статі та рівня успішності студентів, на що вказують отримані результати.

ДІАРЕЄГЕННІ ЕШЕРИХІОЗИ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

Поруб С.Є., Усачова О.В., Пахольчук Т.М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) залишаються актуальною проблемою, яка потребує постійного удосконалення питань профілактики, діагностики та лікування хворих. Незважаючи на прогрес, зупинити розповсюдження кишкових інфекцій навіть у високорозвинутих країнах не завжди вдається, про що свідчить спалахи ешерихіозу у країнах Європи, який призводили до людських втрат.

Мета дослідження: проаналізувати клінічну симптоматику та підходи до лікування ешерихіозів, викликаних різними видами діареєгенних ешерихій у дітей.

Матеріал і методи. Проведений ретроспективний аналіз клініко-лабораторних особливостей ешерихіозів у дітей, які отримували лікування у дитячому кишковому відділенні Обласної інфекційної клінічної лікарні м. Запоріжжя у 2018 р. За рік ешерихії були виділені від 27 дітей. У тому числі у віці до 2-х років – 9, до 5 років – 8, до 14 років – 10. Сезонний пік захворюваності діареєгенними ешерихіями припадає на червень та липень.

Підтвердження етіології захворювання проводилося класичним бактеріологічним методом. Отримані колонії *E.coli* методом серологічної ідентифікації за допомогою діагностичних ешерихіозних сироваток виробництва Німеччина, робочі суміші яких містять антитіла до понад 26 серогруп, тестували на серотипи за О антигеном: ентеротоксигенні ешерихії (O1, O126:K71, O25:K11, O78:K80), ентероінвазивні ешерихії (O144(K-), O164(K-), O124:K72), ентеропатогенні ешерихії (O111:K58, O119:K69, O44:K74, O18). Враховуючи класифікацію ешерихій за видом патогенності всіх пацієнтів з ешерихіозом підрозділили на три групи: захворювання, що викликані ентеротоксигенними ешерихіями – 5 дітей, ентероінвазивними – 11, ентеропатогенними – 6.

Застосовували дескриптивні та аналітичні прийоми епідеміологічного методу дослідження. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з застосуванням параметричних критеріїв статистики за допомогою пакету *S-STAT* (OxfordStatistic).

Отримані результати. При обстеженні було визначено, що ешерихіози, викликані ентеротоксичними (ЕТКП) та ентеропатогенними (ЕПКП) ешерихіями, реєструвалися з однаковою частотою, ентероінвазивними (ЕІКП) – в два рази частіше (співвідношення 1:1,1:2,1). Інші класи ешерихій у 2018р. не зустрічались.

Ентероінвазивні ешерихії (O144(K-), O164(K-), O124:K72) виділили у 11 пацієнтів 4-14 років. У цих хворих мав місце лише контактно-побутовий шлях інфікування. Клінічний перебіг характеризувався гострим початком з нормальною температурою тіла або субфебрилітетом, повторною блювотою до 10 разів, рідкими випороженнями до 4 раз з домішками слизу і крові. Біль у животі був домінуючим симптомом. При пальпації живота біль посилювався.

Ентеротоксигенні ешерихії (O1, O126:K71, O25:K11, O78:K80) були виділені у 8 пацієнтів. Виділені переважно у дітей перших 5-ти років життя. Епідфактором були молочні продукти та контакт з хворою людиною.

У дітей 1-5 років мав місце гострий початок, температура тіла була нормальною або субфебрильною, відмічалась нудота, повторна блювота до 8 разів, рідкі випороження, біль у животі та гуркотіння вдовж кишківника. Початок захворювання у дітей першого року характеризувався підвищенням температури тіла до 38-39,2⁰С, яка утримувалася впродовж 3 діб, рідкими випороженнями з домішками слизу до 4 – 5 разів. Діарейний синдром спостерігався 5±3,1 діб. При пальпації живота відмічався біль та гуркотіння у епігастрії та вдовж кишківнику.

Ентеропатогенні ешерихії (O111:K58, O119:K69, O44:K74, O18) виділили у 8 пацієнтів раннього віку. Епідфактором частіше були молочні продукти та контакт з хворим. У 6 з 8-ти дітей початок був гострий з підвищення температури тіла до 39⁰С, що зберігалася впродовж 2 діб. Мали місце рідкі випороження з домішками зелені та слизу до 4 разів за добу. Діарейний синдром спостерігався впродовж 5 діб. При пальпації живота відмічався біль та гуркотіння у епігастрії.

За даними визначення чутливості *E.colli* до антибіотиків *in vitro* було з'ясовано, що ЕПКП, ЕТКП, ЕІКП мали широкий спектр чутливості: так, в переважній більшості (90%) вони були чутливі до багатьох

антибіотиків цефалоспоринового ряду III та IV покоління, аміноглікозидів, фторхінолонів. При цьому в 65,3% випадків була зареєстрована резистентність до цефотоксиму.

Аналіз історій хвороб показав, що стартова терапія у дітей перших 5-ти років життя з мінімальними проявами інтоксикаційного синдрому була представлена нифуроксазидом. Призначення цефтриаксону або амікацину з першого дня лікування проводилося пацієнтам з підвищенням температури тіла до 38-39,2^oC та рідкими випорожненнями з домішками слизу до 4 – 5 разів за добу. У всіх випадках було отримано негативний результат контрольного бактеріологічного дослідження калу. Отже терапія була ефективною.

Висновки.

1. Відмічена чітка вікова різниця розвитку ешерихіозів різних груп: ентеропатогенні виключно уражали дітей перших трьох років життя, ентеротоксигенні – молодшого віку, ентероінвазивні- пацієнтів 4-14 років.
2. Лише у випадку інвазивної діареї, яка була викликана ентероінвазивними ешерихіями, виникла необхідність призначення антибіотиків.
3. Ешерехії в переважній більшості були чутливі до багатьох антибіотиків цефалоспоринового ряду III та IV покоління, окрім цефотоксиму, до якого 65,3 % штамів E.coli були резистентними.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДО ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ТЯЖКИМ ХВОРИМ З МОЗКОВОЮ КОМОЮ

Притула Д.Г., М., Бойко К. А., Лепетченко В. М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. набряк головного мозку – це патологічний процес, який виявляється надлишковим накопиченням рідини у клітинах головного мозку та у міжклітинному просторі, збільшення об'єму мозку та внутрішньочерепної гіпертензії, зустрічається при багатьох видах патології, та є небезпечним для життя. За патогенезом набряк мозку розділяють на вазогенний, цитотоксичний інтерстиційний та інфільтраційний. В залежності від етіологічного фактору розрізняють: травматичний, післяопераційний, токсичний, запальний, ішемічний та гіпертинзивний набряк головного мозку. Згідно з доктриною Монро-Келлі мозок є практично нестисливий. Об'єм крові в порожнині черепа - це компонент, який змінюється з найбільшою швидкістю. Особливістю кровопостачання мозку є феномен ауторегуляції- здатність підтримувати свій кровообіг у відповідності з метаболічними потребами незалежно від коливань системного АТ. Механізми ауторегуляції забезпечують постійність мозкового кровообігу та енергетичного обміну мозку при САТ в діапазоні від 60 до 160мм.рт.ст.

Мета дослідження. Підтримка мозкового кровотоку для забезпечення ауторегуляції на догоспітальному етапі у пацієнтів з ГПМК (гостре порушення мозкового кровообігу), в залежності від ВЧТ (внутрішньо черепний тиск)

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз надання екстреної допомоги на до госпітальному етапі 37-ми пацієнтам (15 жінок та 22 чоловіків) у віці від 45 до 86 років с діагнозом ГПМК, мозкова кома I-II ступеня. Хворі були розділено за показником церебрального перфузійного тиску на 3 групи: ЦПТ (нижче 50ммHg) 7 пацієнтів; ЦПТ (50-70ммHg) 5 пацієнтів; ЦПТ (вище 70ммHg) 25 пацієнтів. У хворих с низьким ЦПТ застосовували ГОМК у дозі 56 мг/кг та норадреналін, та з нормальним ГОМК у дозі 30 мг/кг з тіопеталому дозі 4-6 мг/кг та у хворих з високим ЦПТ використовували тіопентал Na у дозі 4-6 мг/кг.

Досліджувався вплив внутрішньовенних анестетиків, на гемодинаміку та ЦПТ. Всім хворим проводили штучну вентиляцію легень в режимі нормооксії та нормокапнії. Для профілактики інтубаційного стресу внутрішньовенно застосовували лідокаїн в дозі 1.5 мг/кг. Для визначення ЦПТ розраховували САТ (середній артеріальний тиск) та ВЧТ загально прийнятими формулами. Контрольні точки: первинний огляд, переведення хворого на ШВЛ, та при переведенні хворого у стаціонар. Аналіз проводили за допомогою непараметричного Т-критерію Вілкоксана та використовувати U-критерій Мана-Уїтні.

Отримані результати. У пацієнтів в групах з нормальним та високим ЦПТ вплив внутрішньовенних анестетиків на ЦПТ статистично незначущий $p=0.75$ (рівень значущості $p<0.05$). У групі, де застосовували ГОМК та Дофамін збільшення ЦПД статистично значуще (рівень значущості становить 0,01).

Висновки. Для підтримки мозкового кровообігу у пацієнтів з високим ВЧТ необхідно підтримання САТ \geq 90мм.рт.ст. Хворим з низьким ЦПТ показано введення ГОМК з дофаміном. ШВЛ проводити з ЧД=8-12 хв. ХАВ=4.8-5.2 л/хв SpO₂= 94-96%. До інтубації трахеї преоксигенація 3-5 хв, під час інтубації рекомендоване додаткове використання в/в введення лідокаїну з метою профілактики інтубаційного стресу.

ДЕРМАТОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ УРАЖЕННЯ НІГТЬОВИХ ПЛАСТИН

Проценко М.В., Макуріна Г.І.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На сьогоднішній день, метод дерматоскопії широко використовується в дерматологічній практиці для діагностики новоутворень і захворювань шкіри та її дериватів.

Мета дослідження. Аналіз дерматоскопічних ознак ураження нігтьових пластин при оніхомікозах, псоріазі, травматичному пошкодженні, червоному плескатому лишайі та оніхотиломанії.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилось 32 пацієнта жіночого та чоловічого шкірних відділень КУ "Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер" Запорізької обласної ради, яким після повного клініко-лабораторного дослідження були встановлені клінічні діагнози: оніхомікоз – 12 пацієнтів(37,5%), псоріаз – 8 хворих(25%), травма нігтьової пластини –5 пацієнтів(15,6%), червоний плесканий лишай – 4 хворих(12,5%), оніхотиломанія – 3 пацієнта(9,4%). Всім пацієнтам з метою визначення дерматоскопічних патернів ураження нігтів була проведена дерматоскопія з використанням дерматоскопа Heine Quality з оцінкою кольору, поверхні, вільного краю нігтьової пластини та проксимального навколонігтьового валика.

Отримані результати. Діагностичні критерії оніхомікозу при дерматоскопії: жовтий, коричневий або сірий колір ураженої частини нігтьової пластини, відсутність блиску, однорідність забарвлення; несиметричний зубчастий проксимальний край та «шипи» в області оніхолізісу («*aurora borealis*»), чорно-коричневі точки та глобули; піднігтьовий гіперкератоз; у 2-х пацієнтів спостерігалось ураження навколонігтьового валика, що свідчить на користь кандидозної оніхоніхії і було підтверджено культуральним методом(ріст *Candida albicans* при посіві матеріалу на середовище Сабуро з додаванням антибіотиків та циклогексиміду).

Дерматоскопічна картина псоріатичної оніходистрофії: білий, жовтий, помаранчевий колір нігтьової пластини; згладжений край ураженої частини, неправильної форми точкові деформації у вигляді заглиблень(симптом «наперстка»), помаранчево-рожева пляма(«кольору лосося»), повздовжні на поперечні смуги, точкові та лінійні крововиливи, розширення капілярів дистальної частини нігтьового ложа; піднігтьовий гіперкератоз; дезорганізація та збільшення кількості доступних огляду судин в ділянці проксимального навколонігтьового валика. У пацієнтів з посттравматичним оніхолізісом спостерігалась зміна кольору ураженої ділянки нігтя на білий, жовтий або коричневий; згладжений край ураження, поодинокі точкові заглиблення; в ділянці вільного краю нігтьової пластини – оніхолізіс, піднігтьовий гіперкератоз. У хворих на червоний плесканий лишай спостерігається біле, жовте або коричневе забарвлення, витончення та ламкість нігтьової пластини, трахеоніхія, фрагментація нігтя, рожевий колір луноли, повздовжня еритроніхія, формування птерігіуму. У пацієнтів з оніхотиломанією ми спостерігали відсутність ділянки нігтьової пластини з множинними косо орієнтованими геморагіями нігтьового ложа, сіро-коричнева пігментація нігтьового ложа та наявність хвилястих ліній.

Висновки. Дерматоскопія – сучасний неінвазивний, безпечний, інформативний інструментальний метод діагностики, який широко використовується в клінічній практиці лікарів дерматовенерологів та допомагає діагностувати ураження шкіри, волосся та нігтів, провести диференційну діагностику, встановити клінічний діагноз та розпочати лікування, не чекаючи на результати лабораторних досліджень.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІПІДНИХ АБЕРАЦІЙ ТА СПОСОБІВ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АСОЦІЙОВАНИМИ КЛІНІЧНИМИ СТАНАМИ

Пунда А.В., Буряк В.В., Візір В.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Серцево-судинні захворювання атеросклеротичного генезу позиціонуються як мультифакторні хронічні патологічні стани, що характеризуються прогресуючим перебігом та потенційно несприятливим прогнозом. Наявність гіпертонічної хвороби відповідає підвищенню ризику загальної смертності в 4,5 рази у чоловіків та в 2 рази у жінок. Одним з найбільш вагомих факторів ризику серцево-судинної патології є дисліпідемія, потенціонування негативного впливу якої збільшується саме при відсутності адекватного контролю артеріального тиску. Слід зауважити, що у пацієнтів даної категорії, особливо з встановленим діагнозом ішемічної хвороби серця, діабетом, або у безсимптомних осіб прогностично високого рівня ускладнень, не завжди вдається досягти терапевтичних цілей, тому виникає необхідність у призначенні комбінованої терапії, в тому числі задля адитивного зменшення резидуального ризику. Отже, своєчасна та адекватна стратифікація ризику може розглядатися як чинник підвищення ефективності фармакологічної інтервенції кардіо-васкулярних хвороб, а успіх лікувально-профілактичних заходів залежатиме від раціонального застосування методів корекції наявних прогностично негативних факторів, коморбідної патології тощо.

Метою даної роботи було дослідження ліпідних аберацій та способів їх корекції у хворих на гіпертонічну хворобу з асоційованими клінічними станами.

Матеріал і методи. Для досягнення мети дослідження було обстежено 288 хворих на гіпертонічну хворобу, середній вік і тривалість захворювання яких склали $53,41 \pm 7,18$ роки та $12,05 \pm 3,2$ років відповідно, які раніше не отримували гіполіпідемічну терапію. Пацієнти з наявністю ліпідних аберацій (група спостереження, 255 осіб) були рандомізовані у 4 підгрупи лікування (що за вихідним рівнем системного артеріального тиску, віком, тривалістю захворювання і статевою приналежністю були порівняні між собою), яким призначалась моно- (аторва- чи симвастатин по 10 мг/добу) або комбінована гіполіпідемічна терапія (атора- чи симвастатин з езетимібом по 10 мг/добу) протягом 12 тижнів.

Отримані результати. Встановлено, що цільові рівні холестерину ліпопротеїдів низької щільності відповідно до рівня серцево-судинного ризику мали лише 33 особи (11,46%), які склали групу контролю, а вихідний рівень «офісного» артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу переважно відповідає легкому ступеню важкості перебігу основного захворювання ($152,47 \pm 7,12/94,36 \pm 3,39$ мм рт.ст.), при цьому наявність дисліпідемії асоціювалася з тенденцією до збільшення систолічного та діастолічного артеріального тиску на 8,9% та 5,43% відповідно і лише 31 хворий (10,76%) мав адекватний контроль рівня системного артеріального тиску (переважно за відсутності ліпідних аберацій). До того ж, сироватковий рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності пацієнтів групи спостереження вірогідно перевищував відповідний показник в контрольній групі на 51,43% ($P < 0,01$).

Аналіз супутньої патології продемонстрував наявність окремих форм ішемічної хвороби серця – (стенокардія напруження (28 осіб, 9,72%), дифузний кардіосклероз (40 осіб, 13,89%), безбольова ішемія міокарду (6 осіб, 2,08%), цукрового діабету 2-го типу (32 особи, 11,11%), абдомінального ожиріння (104 особи, 36,11%), атеросклеротичного ураження брахіоцефальних артерій (86 осіб, 29,86%) тощо, асоціація гіпертонічної хвороби з якими відповідала вірогідному збільшенню середньої концентрації холестерину ліпопротеїдів низької щільності на 24,68% ($P < 0,01$).

Стратифікація хворих на гіпертонічну хворобу за шкалою SCORE дозволила виділити пацієнтів помірного (58 осіб, 20,14%), високого (158 осіб, 54,86%) та дуже високого (72 особи, 25%) серцево-судинного ризику, серед яких значення холестерину ліпопротеїдів низької щільності становили 3,01 ммоль/л, 2,64 ммоль/л та 2,27 ммоль/л відповідно.

Визначення холестерину ліпопротеїдів низької щільності в процесі 12-тижневої ліпідознижуючої терапії продемонструвало вірогідну позитивну динаміку досліджуваного показника в групі спостереження (-35,22%, $P < 0,01$), при цьому досягнення його цільових рівнів мало місце у 71,76% хворих. Порівнюючи результати моно та комбінованої гіполіпідемічної стратегії, не було встановлено вірогідної різниці щодо ефективності застосування як між аторва- та симвастатином, так і між їхніми комбінаціями з езетимібом, але доведено переважний вплив адитивного застосування езетимібу щодо корекції ліпідних аберацій у порівнянні з монотерапією статинами на 5,68% ($P < 0,05$), що в популяції пацієнтів з нормалізованим

показником ЛПНП становило 57,38% (105 осіб). Крім того, застосування комбінації гіполіпідемічних агентів на тлі супутнього зменшення загального холестерину та оптимізації рівня ліпопротеїдів високої щільності відповідало додатковому зменшенню загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE на 1,33% ($P < 0,05$).

Висновки. Таким чином, дисліпідемія продовжує залишатися одним з найвагоміших факторів ризику формування та прогресування гіпертонічної хвороби, зокрема за наявності асоційованих клінічних станів, що суттєво впливає на рівень загального серцево-судинного ризику, тоді як в якості ефективної фармакотерапевтичної стратегії щодо оптимізації корекції ліпідних аберацій потенційно можуть розглядатися комбінації аторва- чи симвастатину з езетимібом, застосування яких дозволить знизити рівень резидуального ризику в популяції хворих на серцево-судинні захворювання.

НЕЙРОСОНОГРАФІЯ У ДОНОШЕНИХ ТА НЕДОНОШЕНИХ. ПОКАЗАННЯ ДО НЕЙРОСОНОГРАФІЇ

Пустова К.В., Амро А.Т.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Перинатальне ураження ЦНС є однією з найбільш актуальних і невирішених проблем неонатології. Нейросонографія стала найбільш широко застосовуваним методом неінвазивної діагностики пошкоджень головного мозку у новонароджених. Найбільшу діагностичну цінність нейросонографія (НСГ) має у виявленні перивентрикулярних крововиливів і ішемічних уражень мозку у недоношених дітей. Нейросонографія є також методом вибору при виявленні вроджених вад розвитку мозку.

Мета дослідження. Вивчити показання до проведення нейросонографії новонародженим у ОПЦ м. Запоріжжя та проаналізувати виявлені зміни.

Матеріал і методи. Нами було розроблений Уніфікований Протокол НСГ, за основними показниками якого проведена оцінка основних показників УЗ-нейросонографії немовлят, що були народжені в КУ «ОПЦ ЗОР» з вересня 2018 по квітень 2019 рр.

Проведено та проаналізовано 90 нейросонографічне дослідження. У 84 випадках дослідження проведено одноразово, у 6 дітей було спостереження в динаміці. Четверо новонароджених були із двійні. Термін проведення склав від 1 до 20 доби після пологів. Спостерігались діти із післяпологового відділення та відділення постінтенсивного догляду та виходжування новонароджених. Всього обстежено 45 хлопчиків (50%) та 45 дівчаток (50%). Вага при народженні коливалась від 1100 гр до 4000 гр, та в середньому склала $2410,7 \pm 766,2$ гр, а зріст $47,1 \pm 5,2$ см.

Основними показаннями до проведення НСГ були: недоношеність (як єдиний показник до проведення НСГ) – 50 випадків. ВУІ – 31 (при цьому у 13 були поєднані показання до НСГ), гіпоксія під час народження – 3, мала вага до терміну гестації – 3, гемолітична хвороба – 2, кефалогематома – 1. У групі доношених новонароджених ознаки були поєднані із дихальними порушеннями та дихальною недостатністю.

Недоношених було 50 дитини, що складало (55,5%), доношеними були 40 (44,4%). Недоношені були обстежені у терміни: 25-28 тижнів – 1 (3,1%), 29-31 тиждень – 3 (6%), 32-34 тиждень – 28 (56%), 35-37 – 15 (30%).

Доношені були обстежені у терміни: 35-37 тижня - 8 (20%), які були оцінені неонатологами як маловесні до терміну гестації, 38-40 тижня – 31 (77,5%), 41-42 тижня – 1 (2,5%).

При аналізі основних параметрів нами встановлено, що ехогенність структур мозку у доношених новонароджених була середня у всіх випадках, а у недоношених підвищення ехогенності визначалось у 10 (20%). В групі недоношених новонароджених конвексимальні субарахноїдальні простори в 1 випадку були біатерально розширені. Розмір 3 шлуночка у недоношених був менш ніж у доношених та складав відповідно 1-2,8 мм до 0,3-3,1 мм. В групі доношених нами виявлено в 1 випадку розширення ППП, а в одному випадку її відсутність, що дало можливість встановити постнатально ВВР. У недоношених у 3 випадках візуалізовані порожнини Верге.

При аналізі УД ознак пошкодження головного мозку, нами виявлено наявність субепіндимальних крововиливів у 3 недоношених. Розширення бокових шлуночків діагностовані по 1 в усіх групах. Велика цистерна мозку була розширена у 18 недоношених (3,3-6,8 мм) та у 15 доношених (4,5-9,0 мм). Найчастіше діагностовані кісти, у недоношених були в 10 (20%) випадках, у доношених – 6 (15%). У недоношених в

З випадках діагностовано уз-ознаки лейкомаляції, в 6 – менінгіт, в 1 лентикулярна вакулопатія з обох сторін. У доношених в 2-х випадках виявлені крововиливи, в 1-му – ВРВ (агенезія мозкового тіла та ППП).

Висновки: Нейросонографія є сучасним неінвазивним та неіонізуючим методом дослідження та оцінки мозкових структур й фізіології нервової системи новонароджених, що дозволяє своєчасно діагностувати проблему та розробити комплекс лікувально- профілактичних заходів, як безпосередньо у в післяпологовому відділенні, так і на етапі реабілітації новонародженого.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ВІДМІННОСТІ МІЖ ХВОРИМИ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ ТА ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Пухальський М.П., Сікорська М.В., Козьолкін О.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Існує достатня кількість літературних даних, присвячених діагностиці гострих порушень мозкового кровообігу. Однак клінічні прояви можуть бути пов'язані з іншою патологією, зокрема з пухлинами головного мозку (далі ПГМ).

Мета дослідження. Дослідити клініко-параклінічні особливості та діагностичні відмінності хворих на ішемічний інсульт (далі І) та ПГМ.

Матеріал і методи. Методом ретроспективного аналізу було опрацьовано 1310 історій хвороби пацієнтів відділення ГПМК 6 Міської клінічної лікарні м. Запоріжжя за період 2018 року. Відібрано 18 випадків ішемічних інсультів, що становили основну групу, та 18 підтверджених випадків ПГМ, що склали контрольну групу. Обидві групи були співставні за віком, статтю та локалізацією ураження головного мозку. Достовірність відмінностей кількісних ознак розраховувалась за допомогою U-критерію Манна-Уїтні після проведення тесту Шапіро-Уїлка на нормальність розподілення вибірки. Оскільки більшість порівнюваних ознак не підкорювались законам нормального розподілення вибірки, тому дані подані у вигляді медіани та міжквартильного розмаху. Оцінку сили зв'язку якісних ознак в групах вираховувалось за допомогою χ^2 Пірсона та точного критерію Фішера. Достовірними вважались відмінності при $p < 0,05$.

Отримані результати. Маніфестація симптомів в основній групі частіше спостерігалась у вранішні години, в той час як у контрольній групі – в денний час доби (точний критерій Фішера 9,044; $p=0,009$). Скарги та анамнез хвороби в обох групах не були залежними від нозологій.

В основній групі спостереження наявність загальнономозкового, осередкового на менінгеального синдромів складала 16,7%, 88,9%, 16,7%, відповідно; в контрольній групі ці дані мали наступний вигляд – 50,0%, 66,7%, 27,7%, відповідно.

За даними нейровізуалізації об'єм ураження в основній та контрольній групі становив 14,8 (6,8; 160,1) см³ та 40,6 (9,0; 92,5) см³, відповідно. Дислокація серединних структур мозку достовірно частіше зустрічалась у контрольній групі (χ^2 Пірсона = 10,604, $p=0,001$).

Консультація офтальмолога не виявила в контрольній групі змін очного дна, характерних для ПГМ. В результаті проведеної терапії тенденція на поліпшення динаміки спостерігалась в основній групі (точний критерій Фішера 4,803; $p = 0,095$).

Висновки. Більш характерною для І була маніфестація симптомів у вранішні години, на відміну від денних проявлень при ПГМ. Незважаючи на менший об'єм ішемічного ураження від об'єму неоплазії, тяжкість інсультного стану у хворих з І була більшою, аніж у хворих з ПГМ. Осередковий синдром превалював в групі хворих з І, а у групі пацієнтів з ПГМ майже в однаковій мірі були представлені загальнономозковий та осередковий синдроми.

ТАКТИКА ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ У ПАЦІЄНТОК В ПРОГРАМІ ДРТ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Разиграєва М. О., Авраменко Н. В., Грідіна І. Б.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Частота безплідного шлюбу за даними вітчизняних і зарубіжних авторів складає від 15% до 20%. Останніми роками в Україні широко використовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), при цьому їх ефективність залишається не завжди високою. Методики ДРТ більшою мірою набувають свою

ефективність за рахунок присутності такого етапу лікування, як контрольована стимуляція яєчників (КСЯ). При цьому відомо, що при їх використанні, які передбачають КСЯ, формується недостатність лютеїнової фази (НЛФ).

Мета дослідження. Підвищення ефективності підтримки лютеїнової фази у пацієнок в програмі ДРТ.

Матеріал і методи. У дослідження було включено 90 жінок у віці від 25 до 35 років, які страждали на непліддя та мали показання для проведення програми ДРТ. Жінки розподілені на дві групи по 45 осіб. Перша група використовувала для підтримки лютеїнової фази у програмі ДРТ мікронізований прогестерон з індивідуальним шляхом введення (сублінгвальним або вагінальним), а друга група використовувала дідрогестерон.

Методи дослідження – загальноклінічні, біохімічні, імуноферментні: для дослідження гормонального профілю жінок, які вступали у програму ДРТ (ФСГ, ЛГ, естрадіол, пролактин, індекс вільного тестостерону, 17-(ОН) прогестерон, кортизол), інструментальні – для оцінки стану здоров'я жінок (ультразвукове дослідження органів малого тазу, молочних залоз, щитоподібної залози), математико-статистичні – для визначення достовірності отриманих результатів.

Отримані результати. У жінок обох груп починали підтримку лютеїнової фази з 1-го дня після отримання ооцитів та закінчували на дев'ятому тижні вагітності. Жінки першої групи отримували мікронізований прогестерон у добовій дозі 600 мг. А жінки другої групи отримували дідрогестерон – 30 мг. У ході роботи визначено, що настання вагітності у жінок першої групи, які використовували мікронізований прогестерон значно перевищувала та склала 47% (21 жінка), порівняно з другою групою – 36% (16 жінок).

Висновки. При використанні мікронізованого прогестерону для підтримки другої фази менструального циклу у програмах ДРТ спостерігалась підвищення частоти настання вагітності, що свідчить про більшу його ефективність, порівняно з дідрогестероном.

ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ БІОПАТІВ БРОНХІВ МЕТОДОМ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Разнатовська О.М., Хлистун В.М., Хлистун В.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На сьогодні не викликає сумніву актуальність як специфічного, так і неспецифічного ураження слизової оболонки бронхів у хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) легень на зниження ефективності лікування.

Мета дослідження: встановлення актуальності вивчення ультраструктури біопатів бронхів методом електронної мікроскопії (ЕМ) у хворих на ХРТБ легень шляхом аналізу літературних джерел.

Матеріал і методи. Аналіз літературних джерел щодо вивчення ультраструктури біопатів бронхів методом ЕМ у хворих на ХРТБ легень.

Отримані результати. Провівши аналіз існуючих вітчизняних та закордонних літературних джерел, ми встановили, що на сьогодні проводиться достатньо наукових досліджень щодо вивчення ультраструктури бронхіального дерева при таких захворюваннях як бронхіальна астма (різні її види), хронічні обструктивні захворювання легень, коморбідні стани при цих патологіях. Ми не знайшли результатів дослідження ультраструктури біопатів бронхів методом ЕМ у хворих на туберкульоз, у тому числі й на ХРТБ легень.

Висновки. На сьогодні у літературі відсутні дані щодо вивчення ультраструктури біопатів бронхів методом ЕМ у хворих на ХРТБ легень. Тому нашим подальшим завданням є вивчення ультраструктури біопатів бронхів у хворих на ХРТБ легень шляхом застосування ультратому PowerTome RMC Voeceler та електронного мікроскопу ПЕМ-100-01 на базі лабораторії електронної мікроскопії ЗДМУ. Такий підхід до вивчення вказаної проблеми дасть можливість підвищити ефективність діагностики на клітинному рівні, і як наслідок дозволить спрогнозувати перебіг захворювання та застосувати більш диференційовану терапію, що підвищить ефективність лікування цих хворих.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Разнатовська О.М., Москалюк А.С.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На сьогодні в усьому світі серед інфекційних захворювань одне з провідних місць та причин смерті займає хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) легень. Ситуація ускладнюється тим, що збільшується кількість хворих на ХРТБ легень із супутніми порушеннями щитоподібної залози, які можуть ускладнювати одне одного. На цьому тлі ефективність лікування цих хворих залишається низькою.

Мета дослідження: встановлення актуальності вивчення порушень щитоподібної залози у хворих на ХРТБ легень.

Матеріал і методи. Аналіз літератури щодо вивчення порушень щитоподібної залози у хворих на ХРТБ легень.

Отримані результати. Встановлено, що в основі більшості аутоімунних захворювань лежить порушення Т-клітинної ланки імунітету, що призводить до деструкції тканини, атрофії органу та зменшенню продукції гормонів. Провідне місце серед цих захворювань займає аутоімунний тиреоїдит (до 30 %). В літературі знайдено поодинокі роботи присвячені дослідженню патології щитоподібної залози у хворих на туберкульоз. Дані Матвеевої С.Л. (2017) свідчать про те, що у хворих на туберкульоз легень у 66,6 % випадків діагностується аутоімунний тиреоїдит з проявами субклінічного гіпотиреозу, що негативно впливає, як на клінічний перебіг туберкульозу, так й на результат антимікобактеріального лікування. Встановлено, що зміни у щитоподібній залозі передують розвитку клінічних проявів. Провівши аналіз літератури щодо вивчення порушень щитоподібної залози у хворих на туберкульоз легень ми встановили, що дані дуже рідкісні. При цьому відсутні дані досліджень щодо вивчення таких порушень у хворих на ХРТБ легень.

Висновки. Вивчення проблеми поєданого перебігу ХРТБ легень із порушеннями щитоподібної залози є актуальною, оскільки дозволить удосконалити принципи діагностики та розробити алгоритм ведення таких хворих, що дозволить підвищити ефективність лікування.

EFFECTIVENESS OF ANTIVIRAL THERAPY IN TREATING HERPETIC ECZEMA

Reznichenko N., Mukesh Varma Samala
Zaporozhye State Medical University

Introduction. Dermatitis herpetiformis (DH, Duhring's disease) bumps and blisters resemble herpes lesions, hence the name "herpetiformis," but are NOT caused by the herpes virus. They are caused by gluten ingestion. While people with DH are at the same risk for the complications suffered by people with celiac disease, as many as 20% of people with DH will have a normal intestinal biopsy.

Aim. To prove the effectiveness of antiviral therapy in patients with dermatitis herpetiformis

Materials and method. 5 cases of dermatitis herpetiformis were studied, these cases were treated earlier in community institution "zaporozhye regional dermatovenerology clinical hospital" in zaporozhye regional council during 2018 -2019. Standard methods of diagnosis and treatment are used according to the national regime.

Results. patients experienced fever, chills, and rhinorrhea for 6-8 days. Multiple chronic eczematous lesions with erosions and excoriations were noted over the frontal region and the cheeks in local clinic, where impetigo and acute upper respiratory tract infection were initially considered. A topical antibiotic ointment and other medications were prescribed to relieve the symptoms, but the fever persisted.

Two or three days later, they experienced general malaise, poor activity, periorbital swelling, and purulent discharge from the cutaneous lesions; therefore, patients were outpatient department for evaluation.

On initial examination, the patient had a fever, with a temperature of 38.6°C; a heart rate of 124 beats/min; and a respiratory rate of 24 breaths/min. Multiple grouped punched-out ulcers were noted with local dissemination over the frontal, periorbital, and perioral areas and cheeks. Furthermore, secondary impetiginization was observed around the mouth. However, no palpable lymphadenopathy was found.

Then we prescribed empiric antibiotics with cefazolin intravenously at an initial dose of 100 mg/kg daily; however, the spiky fever persisted for 2 days, so we changed the antibiotics to 500 mg of oxacillin intravenously

every 6 hours. Because the wound discharge culture specimens grew methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, we shifted the antibiotics to vancomycin (40 mg/kg daily) the next day, but the fever did not subside after 3 days.

A then we finally diagnosed eczema herpeticum with secondary impetiginization, which was confirmed by a Tzanck test for multinucleated giant cells and virus isolation (HSV-1). The patient was prescribed systemic acyclovir. The symptoms gradually become better and there is no fever then.

Conclusion. The results show the prevalence of the antiviral therapy in the patients with herpetic dermatitis.

EFFECTIVENESS OF CORTICOSTEROID THERAPY IN ORAL LICHEN PLANUS

Reznichenko N., Dantuluri Srinivasa Raju
Zaporozhye State Medical University

Introduction. Lichen planus is an acquired, chronic, immune-mediated disease, manifesting as polygonal, purple, **pruritic, planar papules** or on the skin and other lesions on the mucosal membranes, such as in the oral cavity. Lichen planus is reported in less than 1% of the population. The incidence may increase in December and January. No significant geographical variation and no racial or sex predispositions have been observed. Children are rarely affected; most patients affected by lichen planus lie in the range of 30 – 60 years. Lichen planus is thought to be an immunologically-mediated disorder. It seems to be a **CD8 cell**-mediated response against antigens in the basal cell layer and the dermo-epidermal junction (mainly keratinocytes). The cause of this response is unknown, and exposure to certain viruses (e.g., **hepatitis C** and **hepatitis B**) or medications have been considered. The immune-mediated damage to **keratinocytes** releases melanin into the dermis, leading to **hyperpigmentation**. The main pathology of the lesion is primarily found at the interface of the **squamous epithelium** and **papillary dermis** (interface dermatitis). At this junction, microscopically, a dense **lymphocyte infiltration** is seen. The damaged **basal keratinocytes** often atrophy or become necrotic; they appear like the mature cells of the **stratum spinosum** (**squamatisation**). This, in turn, causes saw toothing (angulated contour) of the interface. In the dermis, anucleate, necrotic basal cells (colloid or **Civatte bodies**) are seen. In addition to these changes, other features of lichen planus include **epidermal hyperplasia, hypergranulosis, and hyperkeratosis**.

Aim. To prove the effectiveness of corticosteroid therapy in patients with oral lichen planus

Materials and method: 5 cases of lichen planus were studied, these cases were treated earlier in community institution “zaporozhye regional dermatovenerology clinical hospital” in zaporozhye regional council during 2018-2019. Standard methods of diagnosis and treatment are used according to the national regime.

Results: out of 5 patients 1 is a girl child, 2 were adult males and the remaining two are adult females, all of these patients started their clinical course as polygonal, purple, pruritic, planar papules in the oral mucosal region. They have white dots or lines called Wickham striae; they are generally hyperpigmented in most of the case. They generally do not ulcerate, but this may occur due to epitheliomatous transformation. But in an adult women, we found that lichen planus is manifested as desquamative inflammatory vaginitis. The diagnosis is usually established by clinical examination, although in doubtful or erosive cases, excision biopsy helped us in differentiating from other similar diseases. All these patients of lichen planus were first prescribed with w topical class I and II corticosteroids, topical triamcinolone paste (0.1%) or 0.05% fluocinonide gel or ointment is prescribed bid or tid. And were called for a review in a week if there were no changes in the lesions then Systemic corticosteroids are given and rechecked for the involvement of the nails or scalp these include Oral prednisolone (0.5 mg to 1.0 mg/kg of body weight/day) or intramuscular triamcinolone(40-80 mg) for 4 to 6 weeks were prescribed and called for a review after the completion of the course. Retinoids are also prescribed for the treatment of oral lichen planus (OLP) with papular and plaque-like form. Retinoids were also prescribed with the corticosteroids like Isotretinoin 0.1% gel, Tretinoin 0.025%, Tazarotene. On the review we found the complete loss of lesions and reduced the dosage of corticosteroid therapy to minimal and continued for several weeks as sudden removal may lead to the re-appearance of the symptoms. But in severe cases where the oral lesions were not treated then psoralen with UV-A (PUVA) therapy for 8 weeks is given; however, we found PUVA therapy is carcinogenic and lead to squamous cell carcinoma.

Conclusion. The results show the prevalence of the corticosteroid therapy in the patients with lichen planus and they also proved the self-limiting nature of lichen-planus.

PECULIARITIES OF CRUSTED SCABIES IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENTS

Reznichenko N., Kothapalli Mohith Kumar
Zaporizhia State Medical University

Introduction. Patients with severe immunodeficiency have conditions for the occurrence of many infectious diseases. The most unfavorable prognosis in skin diseases is crusted/Norwegian scabies which is rare and characterized by widespread crusts, hyperkeratotic lesions teeming with innumerable mites.

Aim: to identify the characteristics of the course of the crusted scabies in the immunocompromised patients with steroid therapy.

Materials and Method. 10 cases of crusted scabies were treated in Community Institution “Zaporizhia Regional Dermatovenereology Clinical Hospital” of Zaporizhia Regional Council during 2018 -2019 years. Standard methods of microscopic laboratory analysis and treatment were used in all patients according to National Regime.

Results. 5 patients were children and 5 patients were adults. All of them were getting steroid treatment for rheumatoid arthritis or bronchial asthma. The patients started with allergy like lesions and later they were recognized as the papule/vesicle. Lesions were hyperkeratotic, crusted and covered large areas. Marked scaling was fixed in all cases. Pruritus was minimal. Nail dystrophy and scalp lesions were prominent. The hands and arms were usual locations, but all sites were infected. Eczema appeared as a complication in 4 cases. The treatment currently recommends a combination regimen of topical permethrin 5% or benzoyl benzoate 5%, applied daily for 7 days, followed by twice weekly until cure is reached. Concurrently, oral ivermectin should be taken on days 1, 2, 8, 9, and 15. For topical treatment, we chose topical permethrin 5% for our patients. Contact precautions were applied, and healthcare workers who had contact with patients prior to that point were informed of their diagnosis. After 4 weeks of treatment, repeat skin scrapings were negative and contact precautions were removed for the patients. A thorough washing of the linens and clothing in her home was advised. Norwegian scabies may be a rare complication of immunosuppressant therapy, but in view of its contagious nature physicians should be aware of the possibility in a patient who develops a widespread hyperkeratotic eruption.

Conclusion. The investigation showed prevalence of crusted scabies among immune-compromised people. The results show the need for examination for scabies and its treatment in people, who are immune-compromised.

КЛІНІЧІ РІЗНОВИДИ ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У НЕПСИХОТИЧНІЙ НОЗОЛОГІЇ

Розов П.Р., Саржевський С.Н.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Конверсійні розлади складають вагомому частку порушень у «малій» психіатрії, які вимагають точної діагностики для їх ефективного лікування. Однак, на сьогодняшній день все менше зустрічаються класичні різновиди дисоціативних феноменів, а подібні симптоми можуть комбінуватися з іншою невротичною або неврозоподібною патологією.

Мета дослідження – вивчення різновидів дисоціативних симптомів, їх поєднання з іншими проявами, що зустрічаються у різних діагностичних рубриках неспсихотичних розладів.

Матеріалом дослідження були 20 жінок, що перебували на лікуванні у відділенні неврозів ЗОПЛ, у яких домінували або були наявні конверсійні розлади, відображені у діагнозі при лікуванні в стаціонарі.

Методи дослідження: клініко - психопатологічний, катамнестичний.

Отримані результати. В результаті клінічної та нозологічної оцінки усі пацієнти були розподілені на 5 груп. Переважаюча кількість хворих з діагнозом змішаний дисоціативний розлад (40%, 1 група). Наступним за кількістю пацієнтів був органічний дисоціативний розлад (35%, 2 група). Далі представлені пацієнти з панічним розладом у акцентуованої істеричної особистості (15%, 3 група). Найменші групи складають - розлад адаптації з порушенням емоцій у істеричної особистості (5%, 4 група) і соматизований розлад у істеричної особистості (5%, 5 група).

Скарги пацієнтів першої групи були представлені розладами моторики і відчуттів: порушення координації, локальні обмеження функціонування рук і ніг, функціональні напади, оніміння в кінцівках. Дані симптоми поєднувались з головним болем, безсонням, різними алгіями, епізодичним зниженням пам'яті. В анамнезі об'єктивно простежувався психотравмуючий фактор, у деяких подібні стани повторювалися після стресу і раніше. У лікувальній тактиці на тлі психотерапії ефективними були транквілізатори (сібазон),

антидепресанти (золокс, есцитам, пароксетин). У другій групі на перший план виступали скарги, обумовлені органічним ураженням мозку (судинна енцефалопатія, артеріальна гіпертензія), які були діагностовані до надходження в стаціонар. Дисоціативні розлади представлені: функціональними порушеннями пам'яті, відсутністю апетиту, іноді до «відрази до їжі», безсонням або нічними кошмарами, тремтінням в кінцівках, періодичною блювотою. При лікуванні менш ефективною була психотерапія, серед медикаментозних засобів в комплекс включалися судинні препарати (серміон), антидепресанти (есцитам), нейролептики (сонапакс). У третій групі на тлі психогенії розвивалися панічні атаки, що включали в себе конверсійну симптоматику: комок в горлі, тремтіння в руках, «втрата свідомості». В подальшому, після завершення епізоду пароксизмальної тривоги, дані скарги зберігалися й далі, а іноді повторювалися ізольовано без нападу. У цій групі поряд з психотерапією ефективними були антидепресанти (есцитам, пароксин), нейролептики (труксал). У решти пацієнтів дисоціативні симптоми були наслідком дезадаптації істеричної особистості при стресових факторах і також не домінували. Вони виявлялися на тлі емоційної нестабільності або множинних соматичних скарг, що постійно змінювались. Наявність даного типу особистості підтверджувалась і психологічними методами дослідження. У лікування включалися транквілізатори (сибазон), нейролептики (бетамакс).

Висновки. На сьогодні у клінічній практиці спостерігається перевага одночасного поєднання різних типів дисоціативних розладів; також можливі прояви подібної симптоматики внаслідок органічного ураження мозку, або в комплексі з іншими невротичними порушеннями.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА 2 СТАДІЇ ЗА ХЕН-ЯРОМ.

Ромалійська О.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) є наслідком нейродегенеративного ураження головного мозку зі значним клінічним поліморфізмом і варіабельністю перебігу. До основних немоторних симптомів ХП відносяться різноманітні вегетативні, емоційні, чутливі розлади. Порушення регуляції судинного тонуусу та серцевого ритму є клінічно значущими при ХП.

Мета дослідження: вивчити особливості вегетативного забезпечення діяльності серцево-судинної системи (ССС) у пацієнтів з ХП 2 стадії за Хен-Яром.

Матеріал і методи: обстежено 20 пацієнтів з ХП 2 ст. за Хен-Яром та медикаментозно-контрольованою артеріальною гіпертензією, з них 10 чоловіків та 10 жінок із середнім віком $65,1 \pm 3,8$ років. Вегетативне забезпечення діяльності ССС оцінювалося за допомогою підрахунку балів вегетативної реакції ССС за шкалою Вейна-Солов'йової, дослідження варіабельності серцевого ритму (ВСР) (система аналізу ЕКГ «CardioLab» (Україна)).

Отримані результати: зміни вегетативного тонуусу ССС виявлені у 20 хворих (100%), за шкалою Вейна-Солов'йової, з переважанням симпатикотонії у 18 хворих (90%), а ваготонії лише у 2 хворих (10%). За даними дослідження ВСР переважання симпатикотонії зареєстровано у 14 осіб (70%), з них 9 чоловіків та 5 жінок, нормотонія – у 4 (20%) та ваготонія у 2 (10%) осіб.

Висновки: виявлено порушення вегетативної регуляції серцево-судинної системи у пацієнтів з ХП 2 ст., з переважанням симпатикотонічної направленості, що може свідчити про недостатні компенсаторні можливості серцево-судинної системи в обстежених пацієнтів.

АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Садовський Ю.А.

Донецький національний медичний університет (м. Лиман, Україна)

Вступ. *S.epidermidis* – умовний патоген, який є домінуючим на шкірі людини. В останній час коагулазонегативні стафілококи є найчастішою причиною виникнення нозокоміальних інфекцій, сепсису і наздогнали за цим показником *S. aureus*. У зв'язку з наявністю генів резистентності, схильністю утворювати багатоклітинні агломерації – біоплівки на інертних поверхнях, наявності мобільних елементів ДНК, важкістю лікування виникає потреба вивчення штамів *S.epidermidis*.

Мета дослідження. Визначити чутливість *S.epidermidis* до антибіотиків при різній хірургічній патології.

Матеріал і методи. Ретроспективний аналіз історій хвороб та бактеріологічних досліджень 40 пацієнтів з різною хірургічною патологією, які лікувались в хірургічному відділенні №1 КМУ “Міська лікарня №1” за перший квартал 2019 року.

Отримані результати. Із 40 історій хвороб відомо, що пацієнти страждали переважно гнійним запаленням; ураження м'яких тканин верхніх кінцівок було у – 5 (12,5%), ураження м'яких тканин нижніх кінцівок – 16 (40%), 7 (17,5%) – ураження м'яких тканин голови та шиї, патологія тазової ділянки, у тому числі гострий парапроктит – 10 (25%), ураження м'яких тканин тулуба та емпієма плеври – 2 (5%). Проводили бактеріологічне дослідження біоматеріалу, з визначенням чутливості до антибактеріальних засобів.

За результатами бактеріологічного дослідження кількість чутливих штамів *S. epidermidis* до антибіотиків та антибактеріальних засобів складала: лінезолід – 21 (52,5%) , цефтриаксон – 17 (42,5%), піперацилін – 19 (42,5%), іміпінем -16 (40%), ванкомицин – 13 (32,5%), левофлоксацин – 13 (32,5%), кліндамицин – 11 (27,5%), цефепім – 9 (22,5%), меропінем – 9 (22,5%), оксацилін – 7 (17,5%), амікацин – 7 (17,5%), гентаміцин – 5 (12,5%), кларітроміцин – 5 (12,5%), ампіцилін – 4 (10%), бензилпеніцилін – 4 (10%), амоксицилін – 3 (7,5%). *S. epidermidis* має резистентність до: пеніцилінів (90-92,5%), макролідів (87,5%), аміноглікозидів – (82,5-87,5%), карбапенемів (60-77,5%), лінкозамідів – (72,5%), фторхінолонів (67,5%), глікопептидів – (67,5%), цефалоспоринів – (57,5%), оксазолідони – 19 (47,5%).

Висновки:

1. Штами *S.epidermidis* проявляють чутливість найбільш до лінезоліду (52,5%), цефалоспоринам III покоління (42,5%), антибацилярним полусинтетичним пеніцилінам (42,5%), карбапенемам (31,5%).
2. Третина штамів чутлива також до фторхінолону III покоління, глікопептидів, лінкозамідів.
3. Велика кількість резистентних штамів виявилися до природних (90%) та полусинтетичних амінопеніцилінів (90-92,5%), макролідів (87,5%), аміноглікозидів (82,5-87,5%).

ВПЛИВ АНТИОКСИДАНТУ ТІОТРИАЗОЛІНУ НА ПАРАМЕТРИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Світлицька О.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Обструктивне апное сну (ОАС) – поширене захворювання, в патогенезі якого важливу роль грають повторювані епізоди гіпоксемії, які сприяють розвитку насамперед серцево-судинних ускладнень. Серед захворювань, які розвиваються поруч з ОАС звертає на себе увагу гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). В патогенезі ОАС та ГЕРХ провідну роль грає активація оксидативного стресу (ОС), який погіршує перебіг обох нозологічних форм. Тіотриазолін має потужні антиоксидантні властивості, здатний переводити вільні радикали і активні форми кисню в неактивний стан та реактивувати антиоксидантні ферменти.

Мета дослідження: Вивчити вплив тіотриазоліну на параметри оксидативного стресу (нітротирозин, 8-гідроксигуанін) у хворих з поєднаним перебігом ОАС та ГЕРХ.

Матеріал і методи. на базі навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» ЗДМУ було обстежено 72 хворих з поєднаним перебігом ОАС та ГЕРХ. Середній вік пацієнтів склав 49,0 (36,0; 59,5) років, серед них 33 жінки (46%) та 39 чоловіків (54%). Для виявлення ОАС всім пацієнтам виконувалось дослідження апаратом SOMNOcheck micro cardio (Weinmann, Німеччина), верифікація діагнозу відбувалась при індексі апное-гіпопное (АHI) більше, ніж 5 подій за годину. Діагноз ГЕРХ підтверджувався при наявності ендоскопічних ознак за результатами езофагогастроуденоскопії. Вплив оксидативного стресу оцінювався за рівнем нітротирозину (НТ) та 8-гідроксигуаніну (8-ГГ) у сироватці крові. Методом рандомізації пацієнтів було розподілено на 2 групи: група А – 36 пацієнтів, яким не проводилась антиоксидантна терапія, група В – 36 хворих, які додатково отримували тіотриазолін в дозі 200 мг три рази на добу протягом 3 місяців. Групи пацієнтів були співставленні за віком, гендерним складом, важкістю ОАС та ГЕРХ ($p>0,05$). З метою оцінки ефективності терапії проводилось повторне обстеження хворих через три місяці. Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою програми Statistica 6.1 (StatSoft Inc., США).

Отримані результати. Рівень НТ в групі А склав 49,80 (19,48; 82,51) нг/мл, в групі В - 49,10 (19,39; 81,85) нг/мл. Сироваткова концентрація 8-ГГ в групах А та В складала відповідно 1,839 (1,474; 2,562) та 1,865 (1,449; 2,514) нг/мл. Групи виявились співставними за рівнем параметрів ОС ($p>0,05$). У хворих групи А, які не отримували антиоксидантну терапію, сироваткова концентрація НТ та 8-ГГ істотно не змінювалась за період спостереження ($p>0,05$). Рівень НТ у пацієнтів групи В через 3 місяці після лікування тіотріазоліном зменшувався в 1,52 рази ($p<0,05$). Вміст в сироватці крові 8-ГГ у хворих групи В після лікування зменшувався в 1,34 рази ($p<0,05$).

Висновки: У пацієнтів з коморбідним перебігом обструктивного апное сну та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби додавання до лікування тіотріазоліну в дозі 600 мг на добу протягом 3 місяців викликало вірогідне зниження сироваткових рівнів нітротирозину та 8-гідроксігуаніну, що свідчить про послаблення активності оксидативного стресу.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ХВОРИХ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ І ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Сиволап В.Д., Базун Є.І., Богослав Т.В., Мікаєлян Г.Р.
Запорізький державний медичний університет,

Вступ. Фібриляція передсердь (ФП) – найчастіше порушення ритму серця, що призводить до серйозних наслідків (інсульт, інфаркт). Частота її зростає з віком і виявляється від 2 до 10 відсотків хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Мета дослідження. Визначити особливості змін структурно-функціональних та біохімічних показників, як ймовірних маркерів формування постійної форми ФП (ПФФП) у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ).

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 324 історій хвороб пацієнтів з ХСН II А-Б стадії, II-III ФК (за NYHA) на тлі ГХ III стадії, 2-3 ступеня, які знаходились на лікуванні у відділенні серцевої недостатності КУ "Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань" за 2018 рік. Методом рандомізації відібрано 45 історій хвороб для аналізу даних загально - клінічного дослідження, ехокардіографії (ЕхоКГ), лабораторних даних (рівня креатиніну з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ, білірубіну, АЛТ, АСТ, NTproBNP, електролітів крові, загального аналізу крові) ребультиватів. Аналізували структурні показники ЕхоКГ ЛШ: кінцевий систолічний розмір (КСР), кінцевий діастолічний розмір (КДР), кінцевий систолічний об'єм (КСО), кінцевий діастолічний об'єм (КДО), товщину міжшлуночкової перегородки (ТМШП), товщину задньої стінки ЛШ (ТЗСЛЖ), масу міокарда ЛШ (ММЛЖ), індекс маси міокарда ЛШ і функціональні показники: фракцію викиду (ФВ), ударний обсяг. Відносну товщину стінки (ВТС) ЛШ розраховували за формулою А. Ganau: $VTC = (ТМШП + ТЗС) / КДР$. На основі показників відносної товщини стінки ЛШ та індексу маси міокарда ЛШ оцінювали геометричну модель ЛШ відповідно до класифікації А. Ganau. Хворі були поділені на 2 групи за фактом наявності постійної форми ФП: 25 осіб мали ФП, які і склали 1 групу дослідження, жінок було 52%, чоловіків - 48%, середній вік становив (63±9,38) років. Другу групу склали 20 осіб без ФП, з них жінки становили 35%, чоловіки - 65%, середній вік хворих склав (57±13,9) років. Статистична обробка проводилась за допомогою програм Microsoft Excel та Statistica 6.0, методу t-критерію Стьюдента, дискримінантного аналізу.

Отримані результати. Середнє значення рівня NTproBNP у 1 групі становило (1385,1±780,28) пг/мл, в 2 групі - (1069±868,78) пг/мл і не мало достовірних відмінностей між групами, $p>0,05$. При співставленні значень структурно-функціональних параметрів за даними ЕХО-КС встановлено, що вірогідність розбіжностей була визначена тільки для фракції викиду ЛШ (у 1 групі вона склала (34,0±20,82) %, у 2 групі - (43,4±12,48)%, $p<0,05$). Розміри лівого передсердя у 1 групі становили (4,54±0,92) см, а у 2 – (4,22±0,76) см; $p>0,05$; індекс маси міокарда ЛШ у 1 групі був (215,0±48,82) г/м², у 2 групі – (261,0±52,02)г/м²; $p>0,05$. За типами ремоделювання ЛШ групи також не відрізнялися між собою: в обох групах превалювала концентрична гіпертрофія (60 % 1 групі, і 70 % в 2 групі), ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночку відповідно становила - 40% і 30 %, $p>0,05$). Значення ВТС у хворих 1 групи вірогідно не відрізнялись від групи порівняння і становило (0,38±0,19), в 2 групі (0,35±0,2); $p>0,05$. Розрахункова ШКФ у хворих 1 групи мала середні значення (37,0±8,89) мл/хв, і вірогідно відрізнялась від показника у 2 групі - (55,0±10,01) мл/хвил; $p<0,05$.

Було розраховано коефіцієнти дискримінантної функції для показників, що аналізувалися, з яких найбільш специфічними та селективними виявились наступні: рівень білірубіну, ШКФ, ВТС, гемоглобін та ФВ ЛШ. Розрахований коефіцієнт в рівнянні дискримінантної функції: $d = -0,02454x_1 + 0,023617x_2 + 0,048493x_3 + -0,71949x_4 + -0,035558x_5$ (де x_1 -білірубін, x_2 -ШКФ, x_3 -гемоглобін, x_4 -ВТС, x_5 -ФВ) склав 5,429, і мав вірогідно значущу Se (селективність) - 77% та Sp (специфічність) - 86%, що дає нам підстави використовувати цю модель для прогнозування формування постійної форми ФП у хворих з ХСН на тлі ГХ.

Висновки:

1. Найбільш значущими маркерами розвитку постійної форми фібриляції передсердь у хворих з хронічною серцевою недостатністю на тлі гіпертонічної хвороби були: рівень білірубіну і гемоглобіну, ШКФ, ВТС ЛШ, та ФВ ЛШ.

2. За коефіцієнтом детермінантності 5,429 з високою чутливістю (77%) та специфічністю (86%) можна передбачити виникнення постійної форми фібриляції передсердь у хворих з хронічною серцевою недостатністю на тлі гіпертонічної хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРБІДНУ З ТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Сиволап В.Д., Гонтаренко Е.О., Гура Е.Ю., Лашкул Д.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) та порушення функції щитоподібної залози посідають перші місця в структурі серцево-судинних та ендокринних захворювань відповідно. Залишається недостатньо з'ясованим вплив порушень тиреоїдної функції на структурно-функціональне ремоделювання серця у хворих на артеріальну гіпертензію.

Мета дослідження. З'ясувати особливості структурно-функціонального ремоделювання серця у хворих на артеріальну гіпертензію коморбідну з тиреоїдною дисфункцією.

Матеріал і методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні аритмій Комунальної установи Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань Запорізької обласної ради. В дослідження включено 69 пацієнтів (50 жінок та 19 чоловіків) на артеріальну гіпертензію 2 стадії з встановленим діагнозом маніфестного або субклінічного гіпотиреозу.

Всім хворим визначали функціональний стан щитоподібної залози (тиреотропний гормон (ТТГ), Т4 вільний). Виконували електрокардіографію, еходоплеркардіографію, ультразвукове дослідження щитоподібної залози. Вимірювання параметрів міокарда ЛШ виконували відповідно до методики, рекомендованою Американською ехокардіографічною асоціацією. Визначали структурні показники ЛШ: кінцевий систолічний розмір (КСР), кінцевий діастолічний розмір (КДР), кінцевий систолічний об'єм (КСО), кінцевий діастолічний об'єм (КДО), товщину міжшлуночкової перегородки (ТМШП), товщину задньої стінки ЛШ (ТЗСЛЖ), масу міокарда ЛШ (ММЛЖ), індекс маси міокарда ЛШ і функціональні показники: фракцію викиду (ФВ), ударний обсяг. Відносну товщину стінки (ВТС) ЛШ розраховували за формулою А. Гапау: $ВТС = (ТМШП + ТЗС) / КДР$. На основі показників відносної товщини стінки ЛШ та індексу маси міокарда ЛШ оцінювали геометричну модель ЛШ відповідно до класифікації А. Гапау. Для здійснення аналізу структурно-функціонального стану серця хворих розподілили на три групи: I – 23 пацієнти з маніфестним гіпотиреозом (середній вік $64,9 \pm 9,1$ років); II – 31 пацієнт з субклінічним гіпотиреозом (середній вік $65,0 \pm 11,1$ років), III – 15 пацієнтів без порушень функції щитоподібної залози (середній вік $58,3 \pm 10,1$ років).

Статистична обробка проводилася за допомогою пакета статистичних програм "Statistica 13.0" (пакет Stat Soft Inc, США, № ліцензії АХХR712D833214FAN5). Всі дані представлені в вигляді середнього значення (М), стандартного відхилення ($\pm SD$), медіани (Me), міжквартильного інтервалу (МКІ). Гіпотезу про нормальність розподілу досліджуваних показників перевіряли з використанням критерію Шапіро-Уїлка. Для порівняння статистичних характеристик у різних групах використовували множинне порівняння за однофакторним дисперсійним аналізом Крускала-Уолліса (Kruskal-Wallis ANOVA). Для аналізу таблиць спряженості 2×2 при порівнянні категоризованих змінних застосовували χ^2 тест (при малій вибірці з поправкою Йетса). Відмінності вважали достовірними при значеннях $p < 0,05$.

Отримані результати. Виявлено, що у хворих I групи рівень тиреотропного гормону був статистично вірогідно вище ніж в II та III групах ($11,6 \pm 7,6$ мМО/л проти $5,7 \pm 1,4$ мМО/л та $1,31 \pm 0,5$ мМО/л відповідно, $p < 0,0001$). При порівнянні даних лабораторних методів встановлено, що у міру підвищення рівня ТТГ знижується рівень швидкості клубочкової фільтрації ($64,1 \pm 11,5$ мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$ в I групі проти $70,5 \pm 15,1$ мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$ та $83,3 \pm 14,0$ мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$ у II та III відповідно, $p < 0,001$). Аналіз даних системної гемодинаміки виявив суттєво більш високий рівень систолічного та діастолічного АТ у III групі ($168,6 \pm 14,1$ мм рт.ст. проти $137,8 \pm 20,4$ мм рт.ст. та $134,4 \pm 18,7$ мм рт.ст. у I та II групах для САТ, $p < 0,0001$; $94,6 \pm 5,2$ мм рт. ст. проти $82,7 \pm 12,1$ мм рт.ст. та $83,2 \pm 11,3$ мм рт.ст. відповідно для ДАТ, $p < 0,001$).

При дослідженні структурно-функціональних показників серця виявлено більш низьку фракцію викиду лівого шлуночка в II групі ($54,7 \pm 13,1$ % проти $63,4 \pm 13,9$ % та $63,8 \pm 4,9$ % у I та III групах відповідно, $p < 0,01$). Зміни кінцево-діастолічного розміру, індексу маси міокарда лівого шлуночка носили тенденційний характер. Встановлено, що в групах з тиреоїдною дисфункцією домінує тип ремоделювання концентрична гіпертрофія ($47,8\%$ у I та $51,6\%$ у II групі), а в групі з нормальною функцією щитоподібної залози концентричне ремоделювання лівого шлуночка (40%).

Висновки. У хворих на артеріальну гіпертензію коморбідну з тиреоїдною дисфункцією виявлено особливості структурно-функціонального стану серця у вигляді зниження фракції викиду лівого шлуночка та ремоделювання переважно за типом концентричної гіпертрофії ($47,8\%$ у I та $51,6\%$ у II групах), що обумовлено впливом тиреоїдної дисфункції на параметри кардіогемодинаміки та структурно-функціональний стан серця.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ТА АНАЛІЗ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЛОДУ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сидоренко Н.М. , Сухонос О.С., Авраменко Н.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Вроджені вади розвитку (ВВР) є однією з головних причин високої смертності немовлят та інвалідності з дитинства. Рання діагностика ВВР є дуже важливим заходом і саме з цією метою у Запорізькій області створений пренатальний консиліум, де використовуються сучасні методи пренатальної діагностики, що включають масові та селективні обстеження вагітних на вродженні вади розвитку плоду та хромосомні порушення.

Мета дослідження. Проаналізувати результати пренатальної діагностики вагітних Запорізької області з підозрою на вроджені вади розвитку плоду за період 2016-2018 рр.

Матеріал і методи. У клініці акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО ЗДМУ, на базі КУ «ОМЦРЛ» ЗОР на пренатальному консиліумі за період 2016-2018 рр. було обстежено 1178 вагітних з підозрою на вроджені вади розвитку плоду. Схема обстеження включала медико-генетичне консультування, пренатальний ультразвуковий скринінг, дообстеження на третьому рівні діагностики з метою проведення допологової інвазивної діагностики (Міжобласний центр медичної генетики і пренатальної діагностики м. Кривий Ріг, Інститут ПАГ АМН України м. Київ, Медико-біологічний Центр «Геном» м. Київ, м. Маріуполь).

Отримані результати. У 493 вагітних виявили вроджені вади розвитку плоду. При підозрі на хромосомну патологію плоду вагітних спрямовували до спеціалізованих медико-генетичних центрів для проведення інвазивної діагностики. За період 2016-2018 рр. до вище названих центрів було направлено 194 вагітних, із них у 32 випадках ($16,5\%$) була виявлена хромосомна патологія. За медичними показниками було перервано 143 вагітності через вроджені вади та хромосомну патологію плоду. Серед хромосомних аномалій, підтверджених каріотипом, домінує синдром Дауна: у 2016р. – 5 (11%), у 2017 р. – 8 (15%), у 2018 р. – 9 (20%).

Висновки.

1. За період спостереження (2016-2018 рр.) у структурі переривання вагітності:
 - I місце займають вродженні вади розвитку ЦНС;
 - II місце - множинні вади розвитку плоду (МВВР);

- III місце у структурі перерваних вагітностей стабільно займає хромосомна патологія (питома вага складає 22,4 %). З 32 випадків хромосомної патології в 22 (15,9%) виявлено синдром Дауна.
2. Всі вагітності були перервані за медичними показаннями. При проведенні патоморфологічних досліджень перерваних вагітностей відмічалася повна верифікація діагнозу.
 3. Пренатальна діагностика є важливим інструментом у верифікації діагнозу, визначенні прогнозу та тактики щодо подальшого ведення вагітності.

DEVELOPMENT AND EVALUATION NITRENDIPINE ANOEMULSION OF INTRANASAL DELIVERY

Siddiraju Koushik
Zaporozhye State Medical University

Introduction. Among anti-hypertensive drugs, no drug was discovered to affect directly on the brain with a greater efficiency level. In this article, we are going to know about a drug with higher efficiency to work on the brain directly.

Subject. The purpose of the present investigation was to enhance the bioavailability of NDP through formulating a nanoemulsion for its intranasal delivery. A Caproyl 90® based nanoemulsion system with Tween 80 as the surfactant, Transcutol P® and Solutol HS-15® as solubiliser and cosurfactant respectively, was developed. It's a bicontinuous nanoemulsion, was identified in the pseudo-ternary phase diagrams, Tween 80: Transcutol P®: Solutol HS-15® at 1:2:1 weight ratio.

Results. Mechanism of Nitrendipine: In hypertension, the binding of nitrendipine causes a decrease in the probability of open L-type calcium channels and reduces the influx of calcium. It binds with high affinity to brain membranes with a drug specificity indicating association with sites mediating the pharmacologic actions of dihydropyridine slow-calcium-channel antagonist drugs. In brain membranes, nitrendipine binding is absolutely dependent on the presence of calcium ions. Interactions of cations with nitrendipine binding sites correlate with their physiologic actions at voltage-dependent calcium channels. Ions such as strontium and barium, which mimic calcium physiologically, share the action of calcium in enhancing nitrendipine binding. Ions such as lanthanum and cobalt, which block the effects of calcium, can inhibit nitrendipine binding and block the stimulating actions of calcium. The ability to monitor the influence of ions on an agonist-antagonist continuum at nitrendipine binding sites provides the regulation of cellular function by calcium and other cations.

Conclusion. The developed nanoemulsion was safe with mean globule size of 98.50 nm. The drug content per actuation is 99.58±0.05%. NDP absorption with rapid onset of action and a relative bioavailability of 60.44.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОРОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ В 2017-2018 РР. В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сіліна Є.А., Пухир В.П
Запорізький державний медичний університет

Вступ. За даними ВООЗ, у 2017 р. у країнах Європи стрімко зросла кількість хворих на кір, захворіло 21315 осіб, з 35 летальними випадками. Загалом за 2018 рік захворіло понад 54000 людей, з яких 34000 діти. Ріст захворюваності в Україні в останні роки насамперед пов'язаний із низьким рівнем вакцинації. У 2018 році кількість дітей, які вчасно отримали першу дозу КПК становить 84,1%, дві дози 83,9%.

Мета дослідження: проаналізувати епідеміологічні особливості корової інфекції у дітей в період спалаху 2017-2018 рр. в Запорізькій області.

Матеріал і методи. Проведена оцінка стану колективного імунітету дітей до вірусу коруза період 2008-2017 роки. Аналізу піддані 1494 проб сироваток крові дітей віком до 18 років та 89 вагітних, що мешкають в Запорізькій області, та 1157 дітей і 73 вагітних – м. Запоріжжя.

Отримані результати. В 2017 році показник захворюваності дитячого населення склав 35,4 на 100 тисяч. З максимальною інтенсивністю захворюваність розповсюджувалась у вікових групах: 5-9 років –

63,0 на 100 тис. (49 випадків), до 1 року – 49,9 на 100 тис. (9 випадків) та 1-4 роки – 34,8 на 100 тис. (25 випадків). Питома вага дітей віком від 1 року до 9 років від усіх захворілих на кір дітей склала 72%, що відповідно вказує на низьке охоплення вакцинацією. В 2017 році охоплення першою дозою вакцини КПК у віці одного року складало менше 50%, а в 2018 – 70-80%. У віці 6 років: за останні десять років сім відповідний показник не перевищував 50%. Найкраще протикоровим імунітетом були забезпечені вагітні, де рівень антитіл понад 1:20 мали більше за 60% в кожному з 10 досліджуваних років. Проте і в цій групі в 2008р., 2009, 2011, 2012 рр. забезпеченість протикоровими антитілами була недостатньою. Діти же 1-го та 7-ми років, які повинні бути щеплені проти кору найгірше були захищені у 2008, 2014-2017 роках. В цілому в 2017 році випадки захворювання на кір розподілились порівну серед дітей (102 випадки) та дорослих (100 випадків). Показник захворюваності дитячого населення склав 35,4 на 100 тисяч. З максимальною інтенсивністю захворюваність розповсюджувалась у вікових групах: 5-9 років – 63,0 на 100 тис. (49 випадків), до 1 року – 49,9 на 100 тис. (9 випадків) та 1-4 роки – 34,8 на 100 тис. (25 випадків). Отже, питома вага дітей віком від 1 року до 9 років від усіх захворілих на кір дітей склала 72%, що відповідно вказує на низьке охоплення вакцинацією.

Висновки:

1. Напруження епідемічного процесу підтримується великою кількістю невакцинованих дітей (88% серед перехворілих дітей старше року).
2. Виникнення епідпідйому пов'язано із збільшенням не імунного прошарку, чому, в першу чергу, сприяло незадовільне охоплення щепленнями проти кору в 2009-2016 роках.

ОСНОВНІ ВИДИ КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Сінча Е.А.

Запорізький державний медичний університет

Для відновлення якості життя хворих на шизофренію, в т.ч. з депресивними проявами, необхідний підбір різних лікувальних, тренінгових, психокорекційних, психосоціальних і психоосвітніх стратегій і тактик, що і було **метою нашого дослідження**.

Матеріал і методи: клініко-психопатологічний, психометричний, клініко-статистичний. Встановлено, що основними є такі методи психотерапії, як когнітивно-бихевіоральна (КБП) і раціональна психотерапія (РП), аутогенне тренування (АТ).

До нозоспецифічної складової ендогенного компонента (ендогенний факторіум) відносили клінічні особливості хвороби, що призводять до розвитку семіотики депресивного і парадепресивного факторіумов у хворих на шизофренію. Застосовували такі психотерапевтичні методи, як активна психотерапія (АП), психотонічні тренування (ПТТ), КБП, психоосвіта (ПО).

Постпсихотична складова ендогенного компонента (ендогенний факторіум) сформована за рахунок семіотики переважно парадепресивного і, частково, депресивного факторіумов. Дієва РП, симультанно-мнестична психотерапія (СМП), сімейна терапія (СТ), КБП, ПО. Екзогенно-органічний компонент за механізмом виникнення є екзогенно-інтоксикаційним через застосування антипсихотичних психофармакологічних засобів (фармакогенна складова), що мають, зокрема, прямий або непрямий (пролактогенна ангедонія) депресогенний ефект. Основним вектором психокорекції цього компонента являється раціоналізація переживань і реінтеграція; основними методами КБП, РП і ПО. ДО психогенного компоненту та основних мішеней психотерапії, відносили фактори, які виконували роль ініціації, ампліфікації і екзацербачії дослідженої психопатології (психогенний факторіум).

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЖОВЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ СИНДРОМОМ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Славчева О.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Лікування пацієнтів, госпіталізованих у відділення хірургічного профілю з проявами механічної жовтяниці, залишається актуальною проблемою хірургічної гепатології. Це пов'язане з

невпинним зростанням кількості хворих із ускладненими формами жовчнокам'яної хвороби. Наявність в анамнезі механічної жовтяниці значно погіршує результати лікування хворих і може бути причиною підвищення рівня летальності. Основним завданням при лікуванні механічної жовтяниці в ургентній хірургії є декомпресія біліарного тракту. Однак, лапаротомії, що виконуються при надмірно вираженій жовтяниці, особливо у пацієнтів похилого та старечого віку, які мають супутню важку патологію, супроводжуються великою кількістю ускладнень і високою летальністю. У зв'язку з чим, на сьогоднішній день, не викликає сумнівів необхідність застосування для екстреного розв'язання жовтяниці щадних малоінвазивних втручань, які забезпечують декомпресію біліарного тракту, як перший етап лікування.

Мета дослідження: поліпшення результатів лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу доброякісного походження, ускладненою синдромом механічної жовтяниці шляхом оптимізації використання комплексу малоінвазивних декомпресійних втручань.

Матеріал і методи: проведений аналіз результатів лікування 85 хворих із ЖКХ, ускладненою механічною жовтяницею, які знаходились на лікуванні у 5 МКЛШЕМД за період від вересня 2018 року по травень 2019 року, серед яких було 52 жінки та 33 чоловіка віком від 20 до 92 років із рівнем загального білірубину від 40 до 400 мкмоль/л.

Всім хворим було проведено ультразвукове дослідження гепатопанкреатобіліарної системи та МР-панкреатохолангіографія, виявлені конкременти поза- та внутрішньопечінкових жовчних протоків розмірами від 2 до 15 мм і значним розширенням поза- та внутрішньопечінкових жовчних протоків від 10 до 20 мм. Рідшою причиною механічної жовтяниці був стеноз великого дуоденального сосочка дванадцятипалої кишки, що було виявлено у 9 хворих (11%).

Була застосована двохетапна методика лікування жовчнокам'яної хвороби ускладненої непрохідністю позапечінкових жовчних протоків з механічною жовтяницею, першим етапом якої була виконана декомпресія та санація біліарного тракту. Перевагу віддавали ендоскопічному ретроградному втручанням. Ендоскопічна папілосфінктеротомія виконана у 85 хворих (100%) у поєднанні з холедохолітоекстракцією у 78 хворих (92.8%).

Після відновлення пасажу жовчі та ліквідації жовтяниці другим етапом було проведено лапароскопічну холецистектомію у 77 пацієнтів (90.5%). У 8 хворих (9.5%) виконана відкрита холецистектомія з дренажуванням холедоха через куксу міхурового протоку із наступним видаленням дренажів.

Після декомпресії визначались середні терміни нормалізації лабораторних показників крові зокрема загального білірубину.

Отримані результати. Перший етап методики лікування хворих дозволив нам провести адекватну корекцію непрохідності позапечінкових жовчних протоків, яка супроводжувалась синдромом механічної жовтяниці, у 90,5% випадків, що дозволило в подальшому другим етапом виконати лапароскопічну холецистектомію.

Висновки. Таким чином, двоетапний метод надання допомоги пацієнтам з жовчнокам'яною хворобою ускладненою непрохідністю позапечінкових жовчних протоків, що супроводжується синдромом механічної жовтяниці є найбільш адекватним методом лікування даної патології.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ІНФІЛЬТРУЮЧОГО ПРОТОВОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Сліпньова М.О.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Вступ. Інфільтруючий протоковий рак молочної залози (ІПРМЗ)- сама розповсюджена форма, яка зустрічається у 80% випадків всіх інфільтруючих видів РМЗ. За останні 3 роки на території Полтавської та області значно збільшились показники захворюваності жінок як репродуктивного так і похилого віку ІПРМЗ.

Мета дослідження. Дослідження статистичних даних щодо смертності жінок репродуктивного та похилого віку від ІПРМЗ в Полтавській області, аналіз імуогістохімічних особливостей пухлин у даних жінок щодо уникнення хибного діагнозу.

Матеріал і методи. Статистичні дані з канцер-реєстру ПОКОД щодо поширеності ІПРМЗ за 2016- 2018 роки, бази даних Scopus, Pubmed, GoogleScholar.

Отримані результати. За даними канцер реєстру, у 2016 році діагноз ІПРМЗ було виставлено 534 жінкам, у 2017 році всього виявили 563 випадків ІПРМЗ, у 2018 році – 602 випадки ІПРМЗ у жінок репродуктивного та похилого віку на території Полтавської області. Зачну увагу необхідно приділити тому, що у 2017 році ІПРМЗ був виявлений у віковій категорії 20-24 роки, що до цього часу не зустрічалося на території даної області. Також нами було виявлено, що частота виникнення ІПРМЗ серед вікової категорії 25-29 років збільшилась у два рази, що свідчить про помолодження хвороби. Серед жінок похилого віку найбільше має значення вікова категорія 53-60 років.

Висновки. За останні роки збільшилась частота захворювань серед вікової групи 25-29 років, а також виявлений випадок а захворювання ІПРМЗ серед вікової групи 20-24 роки, отже, можна говорити про помолодження хвороби. Слід зазначити, що смертність серед жінок репродуктивного віку складає 18% , а у жінок похилого віку 52,5%. Останнє можна пояснити пізнім зверненням жінок старшої вікової групи у лікувальні заклади, коли захворювання має розповсюджений характер. А це є мотивом для дослідження факторів впливу на розвиток ІПРМЗ у жінок обох вікових категорій, а також покращення ведення просвітницької роботи щодо профілактики захворювання на ІПРМЗ.

ДЕФОРМАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЖІНОК В СТАНІ ПОСТМЕНОПАУЗИ З РІЗНИМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Соколова М.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Гіпертонічна хвороба (ГХ) має велику значимість у зв'язку з високою поширеністю і серйозним прогностичним значенням ураження органів-мішеней. Спекл-трекінг ехокардіографія є перспективним та чутливим методом детекції патологічного ремоделювання міокарда. Деформаційні властивості міокарда лівого передсердя (ЛП) та лівого шлуночка (ЛШ) у жінок в постменопаузі з ГХ на сьогоднішній день вивчені недостатньо.

Мета дослідження – визначити особливості деформації лівих камер серця у гіпертензивних жінок в стані постменопаузи з різними типами ремоделювання лівого шлуночка.

Матеріал і методи. У дослідження було залучено 126 жінок в стані постменопаузи, середнім віком 57 (55; 60) років: 100 хворих на ГХ та 26 здорових осіб (група порівняння). Всім жінкам було проведено загальноклінічне обстеження, трансторакальну та спекл-трекінг ехокардіографію за допомогою ультразвукового діагностичного приладу «Vivid E9 XDClear». Масу міокарда ЛШ розраховували за формулою Американського Товариства Ехокардіографії з наступною індексацією до площі поверхні тіла пацієнтки, індекс маси міокарда ЛШ (ІММЛШ) більший ніж 95 г/м² вважали критерієм гіпертрофії міокарда. Відносну товщину стінок (ВТС) ЛШ визначали як відношення двох товщин задньої стінки до кінцево-діастолічного розміру. При значенні показника більше 0,42 встановлювали наявність концентричної геометрії. Враховуючи ІММЛШ та ВТС, визначали тип ремоделювання ЛШ, в залежності від якого всі пацієнтки з ГХ були розподілені на 4 групи: 21 хвора з нормальною геометрією (НГ) ЛШ, 41 пацієнтка з концентричним ремоделюванням (КР) ЛШ, 30 жінок з концентричною (КГ) та 8 - з ексцентричною гіпертрофією міокарда (ЕГ) ЛШ. Використовуючи пакет програмного забезпечення 2D Strain та робочу станцію Echopac 113, визначали глобальний поздовжній стрейн (ГПС) та пошарову деформацію ЛШ, поздовжній стрейн (ПС) лівого передсердя у 2х- та 4х-камерній позиціях, в скорочувальну та резервуарну фази роботи ЛП, а також ГПС ЛП. Аналіз ПС ЛП проводили з використанням Р- та R-варіантів ЕКГ-синхронізації. Для статистичної обробки результатів використовували пакет програм Statistica 13.0, статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Отримані результати. Зареєстровано достовірне зниження ГПС ЛШ у пацієнток з ГХ незалежно від типу ремоделювання ЛШ в порівнянні із здоровими особами. Порушення поздовжньої пошарової деформації ЛШ відбувалося у гіпертензивних жінок з КР, КГ та ЕГ ЛШ в ендокардіальному, середньому та епікардіальному шарах. Статистично значуще зниження ПС ЛП спостерігалось у хворих на ГХ в порівнянні з групою контролю у резервуарну фазу роботи ЛП при НГ, КР та КГ ЛШ в 2х- та 4х-камерній позиціях. У жінок з ГХ та ексцентричною геометрією ЛШ були визначені більш низькі значення ПС ЛП, ніж у здорових осіб, у 4х-камерній позиції як в резервуарну, так і у фазу скорочення ЛП. Достовірне зниження глобального продольного стрейну ЛП зареєстровано у пацієнток з ГХ з усіма типами ремоделювання ЛШ при використанні методу R-синхронізації. При аналізі деформації від початку зубця Р ЕКГ, статистично значуще

зниження ГПС ЛП спостерігалось у гіпертензивних осіб тільки з концентричною та ексцентричною гіпертрофією міокарда ЛШ.

Висновки. Порушення деформації ЛП та ЛШ у жінок в стані постменопаузи відбувається вже на ранніх стадіях ГХ, ще до появи патологічного ремоделювання міокарда. Зниження показників ПС ЛШ фіксується у всіх шарах міокарда (від ендокардіального до епікардіального) у хворих на ГХ з будь-якою геометрією ЛШ, окрім нормальної. Зміни ПС ЛП у жінок з ГХ в стані постменопаузи з концентричною геометрією ЛШ відбуваються переважно в фазу резервуару, а при ексцентричному ремоделюванні – в скорочувальну фазу роботи ЛП.

ПРЕДИКТОРИ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ Q-ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ

Стегайлова А.Д.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Незважаючи на наявність ефективних методів лікування гострого Q-інфаркту міокарда (ГІМ), госпітальна летальність при даній патології залишається високою та нерідко перевищує 10%.

Мета дослідження: виявити предиктори госпітальної летальності у пацієнтів з ГІМ.

Матеріал і методи. Проаналізовано 100 історій хвороб пацієнтів з ГІМ, які померли у відділенні інтенсивної терапії гострої коронарної недостатності Миської клінічної лікарні екстреної та швидкої допомоги м. Запоріжжя. В якості групи порівняння було проаналізовано 100 історій хвороб пацієнтів з ГІМ, переведених на подальші етапи лікування. ГІМ діагностувався на основі рекомендацій асоціації кардіологів України. Для оцінки предикторів госпітальної летальності розраховували відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ).

Отримані результати. При аналізі групи померлих серед кардіальної патології у 96% хворих в анамнезі спостерігався інфаркт міокарда, у 40% - блокада лівої ніжки пучка Гіса (БЛНПГ), у 26% - постійна форма фібриляції передсердь. Серед коморбідної патології артеріальна гіпертензія спостерігалась у 96% випадків, цукровий діабет – у 98% хворих, хронічне обструктивне захворювання легень – у 4%. Локалізацією ГІМ у 57% хворих була передня стінка лівого шлуночка, у 20% - нижня та задня стінка, 23% мали поєднану локалізацію.

Висновки. Достовірними предикторами госпітальної летальності у хворих на ГІМ стали перенесений ГІМ в анамнезі (ВШ 6,79; 95% ДІ 2,24-20,46), вік старше 80 років (ВШ 3,37; 95% ДІ 1,48-7,66), гостра серцева недостатність класу Killip III-IV (ВШ 14,33; 95% ДІ 5,37-38,3), цукровий діабет (ВШ 17,21, 95% ДІ 3,96-74,85) та БЛНПГ (ВШ 2,57, 95% ДІ 1,22-5,46).

ЕФЕКТИВНІСТЬ L-АРГІНІНУ ТА БІСФОСФОНАТІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗУ

Стецюк І.О.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Враховуючи широку поширеність серцево-судинних захворювань в Україні, серед яких велику частку складає ішемічна хвороба серця (ІХС), та щорічне зростання кількості хворих, в яких діагностовано постменопаузальний остеопороз (ПМОП), доцільним є пошук оптимальної терапевтичної комбінації для корекції спільних патогенетичних механізмів розвитку та прогресування цих захворювань.

Мета дослідження. Оцінити клінічну ефективність комплексного лікування з включенням L-аргініну та бісфосфонатів у хворих на ІХС, поєднану з ПМОП, за впливом на вегетативні, електричні, ішемічні зміни міокарда та якість життя пацієнтів.

Матеріал і методи. До моноцентрового, рандомізованого, проспективного, відкритого дослідження в паралельних групах залучено 50 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження II-III ФК з постменопаузальним остеопорозом (медіана віку 68,0 (60,0; 78,0) років). Проводили комплексне клінічне обстеження відповідно до сучасних стандартів, добове моніторування ЕКГ за Холтером з визначенням показників варіабельності серцевого ритму, частоти та тривалості епізодів ішемії міокарда, оцінювали якість життя пацієнтів за допомогою модифікованого Сіетлського опитувальника, досліджували структурно-

функціональний стан кісткової тканини за допомогою ультразвукової остеоденситометрії та рівня кісткових біомаркерів.

Методом блокової рандомізації усіх хворих розподіляли на дві групи: 1 група – 25 пацієнтів, які отримували тільки базисну терапію; 2 група – 25 хворих, яким додатково до базисної терапії призначали препарат екзогенного L-аргініну та бісфосфонат (натрію алендронат) за схемою. Оцінку ефективності призначеного лікування проводили через 6 місяців від початку терапії.

Отримані результати. У хворих на ІХС з ПМОП, які додатково до базисної терапії отримували комбінацію екзогенного L-аргініну та натрію алендронату, через 6 місяців від початку терапії виявлено достовірно нижчий рівень діастолічного артеріального тиску (на 7,50%), ТГ (на 22,07%) та достовірно вищий рівень ЛПВЩ (на 27,69%) порівняно з хворими 1-ої групи ($p < 0,05$); спостерігалась тенденція до зменшення рівня остеопротегерину в основній групі. За результатами добового моніторування ЕКГ у хворих 2-ої групи виявлена вірогідно менша кількість епізодів шлуночкової та надшлуночкової екстрасистолії, зменшення загальної тривалості депресії сегмента ST за добу (у 2,25 рази), тривалості її максимального епізоду (у 4 рази) та максимальної глибини депресії сегмента ST (на 19,57%) порівняно з хворими 1-ої групи ($p < 0,05$). У хворих, які отримували терапію із включенням L-аргініну та натрію алендронату, спостерігалось збільшення загальної активності вегетативної нервової системи (SDNNi) та нормалізація симпатико-парасимпатичного балансу (співвідношення LF/HF) як в денний, так і в нічний періоди ($p < 0,05$); зменшення частоти розвитку нападів стенокардії (на 35,95%; $p < 0,05$), вищі показники задоволеності лікуванням (на 16,89%; $p < 0,05$) та його ефективності (на 9,39%; $p < 0,05$) за результатами Сіетльського опитувальника.

Висновки. Додавання L-аргініну та натрію алендронату до базисної терапії хворих на ІХС з ПМОП сприяє покращенню клінічного перебігу захворювання, зменшенню вегетативних, аритмічних, ішемічних змін міокарда та поліпшенню якості життя пацієнтів.

СУЧАСНИЙ СТАН ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Сухонос О.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Синдром Дауна щороку діагностується у майже 0,1% новонароджених, при цьому залишаючись найрозповсюдженішою хромосомною патологією. Діти із синдромом Дауна потребують спостереження і лікування не тільки генетиків, а й психіатрів та психотерапевтів, оскільки зазвичай мають психічні розлади, найпоширенішими з яких є олігофренії різного ступеню важкості.

Мета дослідження. Визначити основні світові тенденції психотерапевтичної допомоги та психореабілітації, що надається дітям із синдромом Дауна та компарації їх ефективності.

Матеріал і методи. Контингенти та методи: дослідження було проведено з використанням контент-аналізу методик психотерапії та психореабілітації дітей із синдромом Дауна на матеріалах профільних наукових журналів за останній рік.

Отримані результати. Наразі у світі існує чимало методик психотерапії та психореабілітації дітей із синдромом Дауна. Найрозповсюдженішими серед них являються: когнітивно-біхевіоральна терапія (із різними модифікаціями), психоосвіта, мовна терапія (включно із логопедичними заняттями), розвиток психомоторних навичок, залучення до інклюзивної освіти. Менш розповсюдженими є методики навчання альтернативних комунікативних практик, аугментивна і окупаційна терапія, а також арт-терапія та пет-терапія (найрозповсюдженішим методом якої є каніс-терапія, іпотерапія та дельфінотерапія). Серед усіх вищеописаних методик психотерапії та психореабілітації дітей із синдромом Дауна найбільшу результативність продемонструвало регулярне застосування методики психоосвіти.

Висновки. Було описано найрозповсюдженіші сучасні методи психотерапії та психореабілітації дітей із синдромом Дауна, та виділено найефективніший з них - психоосвіту.

ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ М-ЕХО У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Таланова О.С., Степанова А.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В Україні 5% населення страждає від зменшеної маси тіла. На теперішній час, коли активно пропагандуються певні стандарти краси жінок, більшість жінок намагаються досягти їх, але не здоровим харчуванням, та не фізичними вправами, а виснаженням себе. Зараз передовою проблемою серед вчених віддається проблемі ожиріння, але анорексія та зменшена маса тіла теж має місце бути. Розладу харчової поведінки більш підвержені підлітки, але проблема не оминає жінок старшого віку. Нервова анорексія є найпоширенішим розладом харчової та психічної поведінки і з високою смертністю. Також участь на зниження маси тіла впливають наркоманія та куріння. Різке зниження маси тіла негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. Під репродуктивним здоров'ям розуміється не просто відсутність хвороби, а стан соматичного, емоційного, інтелектуального і соціального благополуччя щодо сексуальності. У репродуктивному віці захворювання нервовою анорексією характеризується психічною аменореєю. З'являються ознаки сомато-ендокринних порушень: зникнення підшкірно-жирової клітковини, оліго-, а потім аменорея, дистрофічні зміни з боку внутрішніх органів, випадіння волосся, зміна біохімічних показників крові.

Мета дослідження: визначити залежність розмірів М-ехо матки у жінок репродуктивного віку в залежності від їх індексу маси тіла (ІМТ). Встановити взаємозв'язок між ІМТ жінок та змінами розмірів матки у жінок дітородного віку.

Матеріал і методи. Об'єктами вивчення стали 97 маток жінок від 18 до 35 років. Дані щодо розмірів матки були отримані за допомогою методу ультразвукового дослідження. Досліджуваних жінок було розділено на 2 групи в залежності від індексу маси тіла за Кетле: І – жінки з нормальною масою тіла (ІМТ=18,0 – 24,9), II – жінки зі зменшеною масою тіла (ІМТ до 18). Результати обробляли методом варіаційної статистики та вважали достовірними при $p \leq 0,05$.

Отримані результати. В першій групі жінок було встановлено, що розміри М-ехо дорівнюють 7,2 мм, у жінок другої групи зі зменшеною масою тіла розміри сягають 5,9 мм, що значно менше в порівнянні з жінками у яких ІМТ в межах від 18,0 до 24,9

Висновки: в результаті цього дослідження було встановлено, що у жінок зі зниженою вагою тіла розміри М-ехо зменшені, ніж у жінок з нормальною вагою.

ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Таланова О.С., Степанова А.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Дефіцит маси тіла для жінок, найчастіше, призводить до порушення менструального циклу та в майбутньому до акушерських ускладнень та гінекологічних захворювань. Зменшення маси тіла більше ніж на 15% проявляється аменореєю, олігоменореєю, опсоменореєю. Незбалансоване харчування призводить організм до стресової ситуації, що провокує розлади в функціональних системах організму. Через популяризацію худорлявості жінки критично ставляться до своєї зовнішності, це підвищує рівень стресу та може призвести до нервової анорексії, обмеження себе в харчуванні. Це розлади харчування, які можуть мати доволі подібні вияви і різне походження. В основі психіатричного генезу нервової анорексії нерідко лежить спотворене уявлення про власне тіло та змінене ставлення до процесу харчування.

Мета дослідження: визначити залежність розмірів цервікального каналу матки у жінок репродуктивного віку в залежності від їх індексу маси тіла (ІМТ). Встановити взаємозв'язок між ІМТ жінок та змінами розмірів матки у жінок дітородного віку.

Матеріал і методи. Об'єктами вивчення стали 97 маток жінок від 18 до 35 років. Дані щодо розмірів цервікального каналу матки були отримані за допомогою методу ультразвукового дослідження. Досліджуваних жінок було розділено на 2 групи в залежності від індексу маси тіла за Кетле: І – жінки з

нормальною вагою тіла (ІМТ=18,0 – 24,9), II – жінки зі зменшеною масою тіла (ІМТ до 18). Результати обробляли методом варіаційної статистики та вважали достовірними при $p \leq 0,05$.

Отримані результати. В першій групі жінок було встановлено, що розміри цервікального каналу дорівнюють 1,58 мм, у жінок другої групи зі зменшеною масою тіла розміри сягають 1,24 мм.

Висновки: в результаті цього дослідження було встановлено, що у жінок зі зниженою масою тіла розміри цервікального каналу зменшені, ніж у жінок з нормальною масою. В майбутньому це може призвести до проблем з виношуванням плоду та родовою діяльністю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАРВЕДИЛОЛУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Тимочко Н.Б.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Сьогодні є недостатньо вивченим лікування хворих у відновному періоді після перенесеного ІМ. Актуальність проблеми відновного лікування хворих, що перенесли ІМ, особливо з супутніми факторами ризику, зумовлює необхідність поглибленого вивчення фізичних навантажень у постінфарктному періоді, розробки інформативних діагностичних критеріїв, а також нових диференційованих підходів до лікування та реабілітації цієї категорії хворих.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих у відновному періоді після перенесеного інфаркту міокарда з супутніми коморбідними станами, а саме артеріальною гіпертензією, серцевою недостатністю та ожирінням на основі оцінки клінічних даних, об'єктивного статусу та забезпечення адекватних фізичних навантажень на фоні медикаментозної корекції.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих віком від 40 до 75 років, що перенесли Q- та Non-Q-інфаркт міокарду та з супутніми: серцевою недостатністю, ожирінням, гіпертонічною хворобою та сукупністю факторів ризику, які знаходились на етапі реабілітації та відновного лікування. Всіх хворих розподілено на дві групи: першу групу склали 38 пацієнтів, які отримували стандартну терапію; до другої групи належали 42 пацієнтів, у яких окрім стандартної терапії застосовували бета-адреноблокатор карведілол. Лікування та спостереження хворих проводили на протязі дванадцяти місяців після індексної події, у хворих оцінювали клінічну картину, об'єктивні ознаки, показники шестихвилинного тесту ходьби.

Отримані результати. У процесі спостереження виявлено зменшення відсотка осіб із проявами СН, а саме: задишкою, серцебиттям, загальною слабкістю. У групі стандартної терапії через 3 міс лікування їх було відповідно 68,6 %, 42,00 % і 55 %, а в групі з застосуванням карведілолу – по 50,0 %, 31,00 % і 45,5 % хворих. Відсоток хворих, в яких вислуховувався систолічний шум на верхівці через 12 місяців лікування, в групі стандартної терапії зменшився з 60,06 % до лікування до 14,3 %, а в пацієнтів групи карведілолу на 3-му міс лікування прослуховувався у 42,0 %, на 12-му міс терапії – у 25,3 % пацієнтів. Найбільш частою ознакою була пастозність нижніх кінцівок – у 86,66 % хворих групи стандартної терапії і у 82,75 % основної групи (стандартна терапія+карведілол). На 3-му міс терапії пастозність нижніх кінцівок спостерігалась, відповідно у 60,00 % і 44,82 % пацієнтів, а на 12-му міс терапії дану ознаку діагностовано в 40,00 % і 17,24 % хворих відповідно.

Аналізуючи показники шестихвилинного тесту ходьби у хворих через 3 місяці застосування метопрололу величина САТ до навантаження сягала (148,32±2,76) мм рт. ст. і перевищувала початкові дані на 13,34 мм рт. ст., то в пацієнтів, лікованих карведілолом, цей показник склав (146,2±2,06) мм рт. ст. і був нижчим порівняно з початковими даними на 24,41 мм рт. ст. На 12-му міс лікування рівень САТ до навантаження склав (136,36±2,48) мм рт. ст. і був нижчим, порівняно з вихідними даними, на 26,71 мм рт. ст. у групі порівняння, а на фоні терапії карведілолом до навантаження досяг меж норми і складав (127,04±1,96) мм рт. ст., що нижче, порівняно з вихідними даними на 37,54 мм рт. ст. Провівши аналіз рівнів САТ після навантаження, відзначено, що на 3-му міс лікування метопрололом рівень САТ після навантаження склав (168,18±2,65) мм рт. ст. і був на 7,07 мм рт. ст. вище порівняно з вихідними показниками, а у хворих, лікованих карведілолом, на 3-му міс лікування рівень САТ після навантаження складав (163,32±2,51) мм рт. ст. і був вищим від вихідного рівня на 13,56 мм рт. ст. На 12-му міс лікування рівень САТ після навантаження склав (164,32±2,34) мм рт. ст., що на 13,78 мм рт. ст. більше вихідних показників, і (145,54±2,22) мм рт. ст., що на 36,60 мм рт. ст. більше порівняно з вихідним рівнем.

Висновки. Характеризуючи клінічні показники та об'єктивні ознаки в групі хворих, лікованих карведилолом, ми констатували стійкий антигіпертензивний ефект та зменшення ознак СН вже на 3-му міс терапії, що свідчить про значно більшу ефективність досліджуваного препарату при досягненні його цільових доз. Поряд із чітким зменшенням у процесі відновного лікування клінічних проявів СН, АГ та ожиріння вдалося отримати оптимальне підвищення толерантності до фізичних навантажень у групі хворих, яким до стандартної терапії додавали карведилол, згідно з такими даними як результати шестихвилинного тесту ходьби.

СТАН М'ЯЗОВОЇ ВИТРИВАЛОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Тисленко В.Г., Чудова Н.І.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Найбільш значущу роль у підтриманні поз та виконанні рухів відіграють скорочення смугастих м'язів. Утримання позицій відбувається за рахунок повільних тонічних (постуральних) м'язів, в структурі яких переважають волокна с аеробним типом обміну. Саме вони виконують повільні скорочення, розвивають невелику напругу, але мають найбільшу витривалість. Останні дослідження показали, що у хворих на інсулінозалежний цукровий діабет спостерігається підвищена втомлюваність, втрата стовбурових клітин м'язів та погіршення гліколітичного метаболізму. Проте, незважаючи на важливу роль скелетних м'язів у метаболічному контролі рівня глюкози в крові, дослідження що стосуються вивчення функціонального стану скелетної мускулатури у дітей, хворих на цукровий діабет, майже не проводилися.

Мета дослідження: дослідити стан м'язової витривалості у дітей, хворих на цукровий діабет, в залежності від тривалості захворювання.

Матеріал і методи. Обстежено 30 дітей, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет (ЦД), віком від 11 до 17 років. В залежності від тривалості перебігу захворювання пацієнтів було розділено на 3 групи. До першої групи були віднесені 10 дітей з тривалістю захворювання до 1 року, до 2 групи увійшли 10 дітей з тривалістю ЦД від 1 до 5 років, 3 групу склали 10 дітей, які хворіють на ЦД понад 5 років. Контрольну групу склали 10 умовно здорових дітей. Усі групи були репрезентативні за віком, статтю та індексом маси тіла. Для оцінки функціонального стану м'язової системи були використані проби з визначенням статичної м'язової витривалості (утримання згинання ший у положенні лежачи, утримання рівних ніг під кутом 45 у положенні лежачі, повне розгинання тулуба лежачи на животі та утримання кута 45 при відведенні нижньої кінцівки вбік), вимірювання кистьової сили до та після фізичного навантаження за допомогою кистьового пружинного динамометра з подальшим розрахунком індексу кистьової сили (ІКС). Додатково оцінювався кісточково-плечовий індекс (КПІ) до та після фізичного навантаження.

Отримані результати. Аналіз стану статичної м'язової витривалості показав вірогідне зменшення показників середнього часу утримання тестових поз у групі хворих на ЦД порівняно з показниками контрольної групи. Звертало на себе увагу, що вже на першому році захворювання відмічалось зниження витривалості м'язів ший та особливо м'язів черевного пресу по відношенню до показників контрольної групи (26,0% та 55,0%, відповідно, $p < 0,05$). В групі хворих з тривалістю ЦД від 1 до 5 років поряд з вищезазначеними змінами встановлено зниження показників витривалості середнього сідничного м'яза – на 36,0% та довжелезних м'язів спини – на 40,0% в порівнянні з показниками контрольної групи ($p < 0,05$). Найгірший функціональний стан скелетних м'язів було зареєстровано у пацієнтів 3 групи, у яких спостерігалось зниження відповідної статичної м'язової витривалості в 1,5-3 рази в порівнянні з показниками контрольної групи ($p < 0,05$). Оцінка вихідного ІКС як правої, так і лівої руки показала, що його значення в контрольній групі перевищував аналогічний показник в групах спостереження в 1,3-1,4 рази, тобто спостерігалось достовірне зменшення сили м'язів кистей, починаючи вже з першого року захворювання ($p < 0,05$). Дослідження ІКС після фізичного навантаження показало його зниження серед хворих на ЦД на 15,0% незалежно від тривалості захворювання, в той час як в контрольній групі ІКС зменшувався лише на 10,0% ($p < 0,05$), що свідчило про меншу силову витривалість у хворих на ЦД. Встановлено, що найгірша витривалість скелетних м'язів, як статична, так і силова, спостерігалася у хворих, у яких не було досягнуто оптимального глікемічного контролю, про що свідчили отримані зворотні кореляційні зв'язки між глікозильованим гемоглобіном та показниками м'язової витривалості, що вивчалися ($p < 0,05$).

Визначення КПІ в групах спостереження показав, що у спокої як серед дітей контрольної групи, так і серед хворих на ЦД в жодному випадку не визначалися його патологічні відхилення. За умов фізичного

навантаження в контрольній групі та серед хворих з тривалістю ЦД до 1 року значення КПП також знаходилися в межах нормативних показників. В той же час у 1 (10,0%) хворого з 2 групи та 4 (40,0%) пацієнтів 3 групи виконання фізичного навантаження призвело до значущого зниження КПП (нижче 0,9), що може свідчити про уповільнення кровотоку в нижніх кінцівках та розвиток діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок. Встановлено зворотний кореляційний зв'язок між значеннями КПП та глікозильованим гемоглобіном ($r = -0,54, p < 0,05$), тобто найбільш низькі значення КПП спостерігалися у хворих з глікемічним контролем з високим ризиком для життя.

Висновки. Функціональний стан скелетної мускулатури у дітей, хворих на цукровий діабет, характеризується зниженням статичної та силової м'язової витривалості. Перші ознаки вказаних змін спостерігаються вже на першому році захворювання та прогресують зі збільшенням тривалості цукрового діабету. Основними факторами ризику, що сприяють погіршенню функціонального стану скелетних м'язів виступають незадовільний глікемічний контроль та формування судинних уражень.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Тіткова О.Ю., Фам Тхі Нгюк Хуєн
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Проблема прогресування міопії в дитячому віці знаходиться в центрі уваги офтальмологів всього світу. Останнім часом з'являється все більше інформації про зниження ризику прогресування міопії за допомогою рефракційної терапії ортокератологічними лінзами.

Мета дослідження. Оцінити ефективність різних способів оптичної корекції міопії у дитячому віці.

Матеріал і методи. Ретроспективне дослідження 60 дітей (120 очей) з міопією слабкого ступеню, віком від 7 до 16 років проведено на базі клініки сучасної офтальмології «ВІЗУС». І групу склали 30 дітей (60 очей), які використовували ортокератологічні лінзи, II група - 15 дітей (30 очей) використовували окуляри, III група 15 дітей (30 очей) – контактні лінзи. Обстеження пацієнтів включало візометрію, авторефрактокератометрію (HUVITZ, HRK-7000) до та після циклоплегії, біомікроскопію, офтальмоскопію, оптичну біометрію на приладі (IOL Master 500 Karl Zeiss, Germany). Ступінь прогресування міопії оцінювалась за даними клінічної рефракції та аксіальної довжини очного яблука. Термін спостереження за пацієнтами становив 24 місяці. Статистичне опрацювання отриманих даних проводили на персональному комп'ютері за допомогою пакета програм Microsoft Office Excel 2010. Дані описової статистики надано у вигляді середнього арифметичного та стандартного відхилення ($M \pm \sigma$). Для всіх видів аналізу статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Отримані результати. Початкові дані офтальмологічного обстеження пацієнтів основної та контрольних груп не відрізнялись між собою. Так, гострота зору без корекції в середньому складала в I групі $0,27 \pm 0,23$, в II групі - $0,33 \pm 0,28$ та в III групі - $0,31 \pm 0,25$ ($p > 0,05$). Гострота зору з корекцією у пацієнтів всіх груп дорівнювала 1,0. Середні показники клінічної рефракції становили $-1,61 \pm 0,85$ дптр в I групі, $-1,63 \pm 0,86$ дптр в II групі та $-1,65 \pm 0,83$ дптр в III групі ($p > 0,05$). Середні показники аксіальної довжини очного яблука становили $24,53 \pm 0,88$ мм, $24,62 \pm 0,71$ мм та $24,58 \pm 0,77$ мм відповідно ($p > 0,05$).

Аналіз показників через 12 місяців показав наступне: у пацієнтів I групи збільшення клінічної рефракції склало в середньому $0,22$ дптр та становило $-1,83 \pm 0,85$ дптр; $0,62$ дптр у II групі та становила $-2,25 \pm 0,87$ дптр; III - $0,69$ дптр та становила $-2,34 \pm 0,79$ дптр відповідно ($p < 0,05$). Дослідження аксіальної довжини очного яблука у пацієнтів I групи показало збільшення в середньому на $0,21$ мм ($24,74 \pm 0,74$ мм), II - $0,64$ мм ($25,26 \pm 0,97$ мм) та III - $0,69$ мм ($25,27 \pm 0,81$ мм) ($p < 0,05$). Аналіз показників ще через 12 місяців показав наступне: у пацієнтів I групи збільшення клінічної рефракції склало в середньому $0,12$ дптр та становило $-1,95 \pm 0,79$ дптр; $0,19$ дптр у II групі та становила $-2,44 \pm 0,85$ дптр; III - $0,23$ дптр та становила $-2,57 \pm 0,82$ дптр відповідно ($p < 0,05$). Дослідження аксіальної довжини очного яблука у пацієнтів I групи показало збільшення в середньому на $0,1$ мм ($24,84 \pm 0,81$ мм), II - $0,21$ мм ($25,47 \pm 0,78$ мм) та III - $0,24$ мм ($25,51 \pm 0,77$ мм) ($p < 0,05$).

Висновок. Порівняльний аналіз різних видів оптичної корекції показав, що у пацієнтів, які використовували ортокератологічні лінзи, окуляри та контактні лінзи, збільшення клінічної рефракції протягом 24 місяців в середньому склало $0,34$ дптр, $0,81$ дптр та $0,92$ дптр, а аксіальної довжини очного яблука в середньому на $0,31$ мм, $0,85$ мм та $0,93$ мм відповідно. Ортокератологічні лінзи можуть рекомендуватися пацієнтам з прогресуючим перебігом міопії.

КАЗКОТЕРАПІЯ ЯК СУЧАСНИЙ МЕТОД РОБОТИ З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХІЧНО-ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Ткаченко А.М., Панов Н.С.

КВНЗ «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» ЗОР

Вступ. Питання навчання та виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку є чи не найактуальнішими в сучасному світі, оскільки сьогодні активно проходить становлення нової української школи, яка потребує активізації нових ресурсів, впровадження нових засобів навчання, що будуть сприяти, перш за все, адаптації дитини до нових начальних умов та поліпшенню сприймання інформації. Одним із таких засобів є арт-терапія як розгалужена система різноманітних напрямів роботи.

Як відомо, арт-терапія – це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості. Термін арт-терапія став застосовуватись в Україні нещодавно, але вже набув великої популярності. Суть цього методу полягає у тому, що через малюнок, пісок, казку чи інші творчі матеріали арт-терапія дає вихід внутрішній некомфортності та емоціям, а також допомагає зрозуміти власні почуття та переживання. Цитуючи східну мудрість зауважимо, що картина може висловити стільки, скільки не висловить і тисяча слів.

Матеріал і методи. Наразі розглянемо один із найбільш цікавих напрямів арт-терапії – казкотерапію. Казкотерапія – метод, який використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом.

Дослідженню цього методу арт-терапії було присвячено значну кількість робіт, що, в основному, були спрямовані на дослідження впливу казкотерапії на дітей (Ш. Амонашвілі, Г. Іващенко, В. Кондрашин, Л. Обухова, М. Плоткін, О. Чебикіна, М. Щибрик). Заслужують на увагу роботи, які розглядають альтернативні підходи до організації реабілітаційних заходів через методи казкотерапії (А. Копитін, А. Панова, О. Холстова, Б. Шапіро та ін.). До казок зверталися у своїй творчості відомі психологи та педагоги (Е. Берн, Е. Гарднер, Р. Озовцева Е. Фромм та ін.). Якщо говорити про українську науку, то зазначимо, що першим запровадив казкові мотиви та образи в педагогічну роботу саме В.Сухомлинський. Він стверджував, що за допомогою казки дитина пізнає світ не тільки розумом, а й серцем.

Термін «казкотерапія» можна розглядати в різних контекстах щодо розвитку дитини:

– казкотерапія як інструмент передачі досвіду «з уст в уста» (спосіб передачі особі, найчастіше дитині, необхідних моральних норм і правил);

– казкотерапія як інструмент розвитку (у процеси слухання, вигадкування і обговорення казки у дітей розвиваються необхідні для ефективного існування фантазія, творчість. Вони засвоюють основні механізми пошуку та прийняття рішень);

– казкотерапія у побудові життєвого сценарію (слухаючи казки, людина вбудовує їх у свій життєвий сценарій, формує його; у малюків цей процес особливо яскравий, більшість дітей просять читати їм одну й ту ж саму казку багато разів).

Метою казкотерапії є підведення дитини до усвідомлення своєї внутрішньої сутності, до своєї єдності і неповторності, до відчуття гармонії з собою і світом.

Отримані результати. Процес казкотерапії дозволяє дитині актуалізувати і усвідомити свої проблеми, також побачити різні шляхи їх вирішення. До речі, вона здатна здійснювати позитивний вплив не тільки на психологічний стан, а й на фізичний, покращуючи вимову та дикцію дитини.

Ця терапія характеризується наступними аспектами.

1. Відсутність дидактики. Все, що може містити в собі казка – натяки.
2. Відсутність чітких персоніфікацій, що дозволяє дитині ідентифікувати себе як головного героя.
3. Ознака ефективно діючої казки – позитивне закінчення, що дає дитині відчуття психологічного захисту.

4. Наявність таємниці. Казка повинна надихати [4].

Корекційні функції казки:

– психологічна підготовка до напружених емоційних ситуацій, що є надзвичайно важливим аспектом для дитини з особливостями, адже вона формує готовність до сприйняття та аналізу складних життєвих обставин;

– символічне редагування фізіологічних та емоційних стресів (сприяє корекції емоційних станів);

– усвідомлення і прийняття змісту власної активності, що допоможе дитині у майбутньому зайняти власну позицію у суспільстві та обирати напрям дій.

Проводячи аналіз основної характеристики щодо казкотерапії, зазначимо, чому саме вона є корисною як для дітей з особливостями, так і дітей взагалі:

- цей вид терапії розвиває уяву дитини, її фантазію, вчить мріяти та йти до своєї мети;
- застосування казок позитивно впливає на розвиток мовленнєвого апарату;
- під її впливом розвивається емоційна сфера, поступово дитина вчиться співчувати (завдяки систематичному читанню казок);
- казка як спосіб пізнання світу та зняття обмежень.

Висновки. Казкотерапія є одною зі значущих частин арт-терапевтичної діяльності, яка поєднує в собі велику кількість переваг. Цей вид терапії здатен підготувати дитину до майбутнього життя в реальному світі, полегшити протікання процесів соціалізації та показати на прикладах подолання труднощів.

Отже, у процесі казкотерапії дитина вчиться сприймати себе такою, якою вона є, усвідомлювати себе й інших людей, кожного, як неповторну індивідуальність, що є надзвичайно важливим для дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ЗАПОРІЖЖІ

Ткачов В.С., Стешенко А.О., Діденко Е.В., Лесик Г.М.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Ендоскопічна ультрасонографія (ЕУС), яка була введена в діагностику захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) більш ніж чверть сторіччя тому, зазнала різносторонньої оцінки своїх діагностичних можливостей, ймовірно, більшою мірою, ніж більшість інших методів візуалізації в гастроентерології. Протягом багатьох років ЕУС перетворилася з виключно діагностичного методу в універсальний інтервенційний інструмент, який показав свою виняткову цінність в різних діагностичних і терапевтичних сценаріях і є необхідним не лише в гастроентерології, а і у вісцеральній хірургії, онкології, пульмонології та ендокринології. При низькій частоті виникнення ускладнень (0,1%), його можливості включають проведення високоточної оцінки підслизових новоутворень, оцінювання стану паренхіматозних і всіх стінок порожнистих органів ШКТ, визначення стадії, поширеності та інвазії в судини злоякісних пухлин, запобігання непотрібних оперативних втручань. ЕУС-керована тонкоіголова біопсія має важливе значення в ранній морфологічній верифікації, а прецизійне виконання дренування панкреато-біліарної системи, пункція кіст, введення лікарських речовин є технічно простішим і безпечнішим, ніж іншими способами. На даний момент ЕУС більше не є експериментальним методом, а розглядається як вищий рівень міждисциплінарної ендоскопії.

Мета дослідження. Оцінка результатів досвіду впровадження ендоскопічної ультрасонографії.

Матеріали і методи. Дослідження було проведено на базі клініки ТОВ «ВІТАЦЕНТР», з використанням ендоскопічної системи Olympus Evis Exera III (190) + CO₂, ехо-ендоскопу Olympus UST140-AL5/ 180°/ 5-12 МГц, ультрасонографічним комплексом Aloka Prosound Alpha 10 з функцією 3D реконструкції.

Отримані результати. У квітні 2019 року було виконано 4 ендоскопічних ультрасонографій. В першому випадку у пацієнта з ахалазією кардії була підозра на пухлину нижньої третини стравоходу, яка була виключена після проведеного дослідження. В другому випадку виникла необхідність перевірити наявність КТ-позитивного/МРТ-негативного холедохолітіазу в інтрапанкреатичній частині загальної жовчної протоки. Результат – конкременти не виявлені; діагностована безсимптомна лейоміома шлунка. В третьому випадку у пацієнта з підслизовим утворенням кардіального відділу шлунка у 3-му гіперехогенному шарі стінки шлунка було виявлено утворення 9х6мм, 4-й шар інтактний. Верифікована ліпома. В четвертому випадку за допомогою ЕУС було діагностовано утворення з нерівними контурами, розмірами 103х98х55мм, неоднорідної структури, що межує з малою кривизною шлунка, здавлюючи його просвіт; було визначено відсутність інвазії в судини і стінки суміжних органів.

Висновки. За звітний період не зафіксовано жодного ускладнення. ЕУС є необхідним міждисциплінарним інструментом з численними перевагами, які виділяють його серед арсеналу інших методів діагностики, що має широкий спектр показань щодо його використання. Він має високу чутливість, і дозволяє в реальному часі поєднувати структурну інформацію з функціональною. Візуалізація і морфологічна верифікація тканин можуть бути об'єднані в один сеанс з ціллю досягнення максимальної точності діагностики при мінімальному ризику ускладнень. Впровадження ЕУС в клінічну практику

потребує послідовних зусиль і повинно корелювати з підвищенням кваліфікації спеціалістів, щоб відповідати високим стандартам якості і відповідальності метода, результати якого часто ведуть до прогностичних і терапевтичних рішень.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Толкачова А.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Післяпологові гнійно-септичні ускладнення посідають третє місце серед причин материнської захворюваності і смертності і складають близько 15 %. Своєчасна діагностика та науково обґрунтоване лікування належать до найважливіших проблем акушерства. Близько 80 % летальних наслідків поширених форм післяпологової інфекції зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням, неадекватним обсягом інтенсивної терапії.

Мета дослідження. Аналіз ефективності методів діагностики та лікування умовно обмежених та генералізованих форм гнійно-септичних ускладнень за даними клінічних матеріалів гінекологічного відділення ЗОКЛ

Матеріал і методи. У відкрите перспективне дослідження включили 11 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні ЗОКЛ в період з січня 2017 року по вересень 2018 року з діагнозом післяпологові гнійно-септичні ускладнення. Пацієнтки були поділені на дві клінічні групи. Першу клінічну групу склали 7 жінок (63.6%), яким за даними повного клініко-лабораторного дослідження був поставлений діагноз умовно-обмежені післяпологові ускладнення. Другу клінічну групу склали 4 жінки (36.4%) з генералізованими формами післяпологових ускладнень.

Отримані результати. Середній вік жінок першої групи склав $29,86 \pm 4,45$, причому наймолодший – 18 років, найстарший – 37 років. Середній вік жінок другої клінічної групи $25,25 \pm 6,37$, вік пацієнток був від 18 до 38 років. Кількість жінок, які народжували вперше в першій групі склала 57%, в другій – 50% від загальної кількості. Кількість жінок, що мали пологи в анамнезі в першій групі склала 43%, в другій – 50%. 3 пацієнтки (27,3%) були переведені із районів області на III рівень надання спеціалізованої медичної допомоги на 1-5 добу післяпологового періоду, 5 пацієнток (45,5%) на 5-10 добу та 3 (27,3%) на 10-14 добу.

Під час надходження до гінекологічного відділення ЗОКЛ у 3 пацієнток загальний стан за даними клінічного та лабораторного дослідження був розцінений як тяжкий, а у 8 як середньої тяжкості. В анамнезі у 1 пацієнтки (9.1%) хронічний пієлонефрит, у 4 пацієнток (36,4%) – доброякісна патологія шийки матки, у 2 (18,2%) жінок – хронічний сальпінгоофорит. У 7 пацієнток (63.6%) гнійно-септичні ускладнення розвилися після розродження шляхом кесарів розтин (у 3 жінок в анамнезі дві операції кесарів розтин). У 4 (36.4%) гнійно-септичне ускладнення розвилось після пологів природнім шляхом. Крововтрата після кесаревого розтину склала 521 ± 43 мл, а після природнього розродження склала 147 ± 36 мл.

Встановлено, що у всіх 11 породіль, що увійшли у дослідження, відмічалось підвищення температури, в I клінічній групі в середньому до цифр $38,15 \pm 0,65^\circ\text{C}$, в II групі – $38,8 \pm 0,93^\circ\text{C}$. Частота серцевих скорочень у I клінічній групі склала $92,3 \pm 3,5/\text{хв}$, а в II клінічній групі – $103,21 \pm 7,31/\text{хв}$. Показники частоти дихання в I клінічній групі склали $17.35 \pm 1.2/\text{хв}$, а в II групі – $23.65 \pm 0.78/\text{хв}$.

Оцінюючи лабораторні данні рівень лейкоцитів в I клінічній групі склав $9,06 \pm 3,01$, в II групі – $10,4 \pm 4,89$. В результаті повного клініко-лабораторного дослідження 7 хворим був виставлений діагноз післяпологовий ендометрит, що склали першу клінічну групу. При цьому у 1 пацієнтки на момент надходження до гінекологічного відділення був поставлений діагноз – пельвіоперитоніт, який розвився на фоні післяпологового ендометриту. У 2 породіль в результаті повного клініко-лабораторного дослідження діагностовано неспроможність швів на матці після операції кесаревого розтину, проведена гістеректомія з матковими трубами. У 1 жінки з цієї групи неспроможність швів на матці була діагностована на фоні клініки післяпологового ендометриту та нагноєння післяпологової рани. У 1 пацієнтки діагностовано гематому в області швів на матці після кесаревого розтину, тазові перитонеальні спайки.

Проведено лапароскопію: адгезіолізис, дренажування, евакуація, санація гематоми. Усім пацієнткам, які поступили до гінекологічного відділення ЗОКЛ була проведена масивна антибактеріальна, посиндромна терапія. 5 пацієнткам була проведена вакуум-аспірація змісту порожнини матки, а 3 породільям по

абсолютним показанням виконана гістеректомія з матковими трубами, 1 пацієнтці – лапароскопію: адгезіолізис, евакуація гематоми, санація, дренування.

Висновки. З метою своєчасної діагностики гнійно-септичних ускладнень післяпологового періоду та симптомів поліорганної недостатності стан всіх породіль з клінічними та лабораторними ознаками запального процесу повинен бути оцінений комплексно відповідно до критеріїв оцінки синдрому системної запальної відповіді (SIRS) та за шкалою SOFA. (Sequential Organ Failure Assessment). При отриманні об'єктивних даних за септичні ускладнення породілля підлягає терміновому переводу у спеціалізовані лікувальні заклади III ступеню надання медичної допомоги.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН НА МРТ З ПОРУШЕННЯМ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ II СТАДІЇ

Ушакова А.Р., Гайнова А.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Серед цереброваскулярних захворювань велике місце займає дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ), яка характеризується поступовим наростанням неврологічного та когнітивного дефіциту і призводить до погіршення якості життя та інвалідизації людини. В діагностиці когнітивної дисфункції традиційно використовуються нейропсихологічні методи дослідження. Однак в останні роки все більше значення надається методикам, які об'єктивізують дані про когнітивні розлади, таким як МРТ та КТ.

Мета дослідження. Визначити залежність когнітивних порушень від неврологічних проявів та морфологічних змін головного мозку за даними МРТ у хворих на ДЕ II стадії.

Матеріал і методи. У дослідження були включені 34 хворих (9 чоловіків та 25 жінок) на ДЕ II стадії віком від 42 до 72 років. Всім обстеженим було проведено клініко-неврологічне та нейропсихологічне дослідження з використанням Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA), батареї лобної дисфункції (FAB) та таблиць Шульте. МРТ головного мозку було проведено 23 хворим. Морфологічні зміни на МРТ було оцінено за шкалою від 1 до 8 балів, згідно з якою ступінь лейкоареозу визначено в діапазоні від 0 до 3 балів (за Fazekas scale), вогнища ішемії оцінено у 0-3 бали; в 1 бал окремо визначено наявність атрофії кори, гідроцефалії.

Отримані результати. У пацієнтів були виявлені вогнищеві синдроми: вестибуло-атактичний (16 хворих), пірамідний (12 хворих), екстрапірамідний (14 хворих). Додатково відзначалась розсіяна неврологічна симптоматика (25 хворих): порушення конвергенції, девіація язика, порушення чутливості, симптом Марінеску-Радовичі та інші. При дослідженні було виявлено найбільш виражену залежність між когнітивними функціями та екстрапірамідним синдромом. За його наявності результат MoCA дорівнював 24,7 бали, показник FAB – 14,8 балів, середній час виконання таблиць Шульте – 49,34с. За відсутності синдрому: показник MoCA – 27,9 бали, FAB – 15,8 балів, таблиці Шульте – 47,7с. Також доведено взаємозв'язок між кількістю МРТ-ознак та когнітивними порушеннями. При оцінці МРТ-проявів у 1-2 бали середній результат MoCA дорівнював 26,4 балів, FAB – 16,9 балів, тест Шульте – 45,3с. При оцінці в 3-5 бали показник MoCA – 23,8 бали, FAB – 14,8, тест Шульте – 47,1с. За наявності 6-8 балів MoCA становив 22 бали, FAB – 13,2, тест Шульте – 63,4с.

Висновки. Таким чином, доведено, що існує взаємозв'язок між неврологічною симптоматикою, морфологічними змінами головного мозку і рівнем когнітивних порушень у хворих на ДЕ. Більшою мірою це стосується екстрапірамідного синдрому, адже за його наявності у хворих спостерігаються нижчі показники тестів MoCA, FAB та таблиць Шульте. Також доведено залежність між нейровізуалізаційними проявами та когнітивним дефіцитом: чим більше морфологічних змін за бальною шкалою МРТ-ознак, тим більше виражені когнітивні порушення. МРТ-шкала може бути використана для оцінки вираженості когнітивних розладів на різних їх етапах.

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З АНОМАЛІЯМИ РЕФРАКЦІЇ ПІСЛЯ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ

Фам Т.Н.Х., Завгородня Н.Г., Поплавська І.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. У сучасному суспільстві все частіше пацієнти з аномаліями рефракції відмовляються від різних засобів оптичної корекції на користь ексимерлазерної корекції зору за найбільш поширеною методикою LASIK (laser-assisted in situ keratomileusis), яка дозволяє безболісно та у короткий строк отримати високу гостроту зору. Серед цієї категорії хворих значну частину складають пацієнти, які оперуються з метою отримання професії або зміни спеціальності у яких неприпустимо застосування окулярів та контактних лінз.

Мета дослідження. Проаналізувати вплив операції LASIK при різних аномаліях рефракції на соціальну адаптацію пацієнтів та оцінити рівень їх задоволеності після ЕЛК.

Матеріал і методи. Проаналізовані результати втручань у 104 пацієнтів (197 очей), яким була проведена ексимерлазерна корекція зору за методикою LASIK, серед яких було 60 жінок (57,6%) та 44 чоловіків (42,4%) у віці від 18 до 43 років (середній вік $26 \pm 2,5$). Усім хворим виконувалось стандартне рефракційне обстеження. Очікуваним результатом корекції вважалась максимальна корегована гострота зору. В післяопераційному періоді проводилось опитування з метою оцінки рівня задоволеності пацієнта. Анкета включала такі відповіді: а – незадовільно, б – задовільно, або очікував більшого; в – абсолютно задоволений. Вплив на соціальну адаптацію оцінювали за відповідями: а – без змін; б – покращення якості життя (відсутність незручностей, пов'язаних з використанням оптичної корекції); в – радикальні зміни (отримання раніше недоступних за зором професії чи спеціальності).

Отримані результати. Після проведення операції LASIK на очах з міопією та міопічним астигматизмом, очікуваний результат був досягнутий на 150 очах (94,3 %) і лише у 9 випадках (5,7 %) – гострота зору виявилась нижче запланованої.

З приводу гіперметропії та складного гіперметропічного астигматизму рефракційне втручання проводилось на 30 очах (15,2 %). На всіх очах після лазерної корекції досягнута максимальна корегована гострота зору.

В результаті корекції змішаного астигматизму з 8 очей (4,1 %) на 7 очах (87,5 %) була досягнута очікувана гострота зору. Таким чином, гіпокорекція після LASIK відмічена на 10 очах (5,1 %) з різними аметропіями.

За результатами опитування: не задоволені результатом 9 пацієнтів (8,7%), серед яких 77,8% хворих с гіпокорекцією (7 пацієнтів). Задоволені, але очікували більшого 7 пацієнтів (6,7%), що пов'язано с завищеними очікуваннями пацієнтів, або наявністю оптичних аберацій. Абсолютно задоволені 88 пацієнтів (84,6%). На соціальний статус ЕЛК не вплинула у 16 хворих (15,4%), покращилась якість життя у 50 пацієнтів (48,1%), радикальні зміни відмітили 38 пацієнтів (36,5%), серед яких 37%- 14 пацієнтів, прооперованих з приводу професійної необхідності.

Висновки.

1. Ексимерлазерна корекція зору за методикою LASIK дозволяє досягти задоволеності пацієнтів отриманим результатом у 91,3 %.

2. Причиною незадоволеності пацієнтів отриманою гостротою зору в 77,8% є гіпокорекція.

3. ЕЛК значно підвищує соціальну адаптацію 84,6% пацієнтів з аномаліями рефракції, в результаті чого відбувається не тільки покращення якості життя, а і задоволеність потреб, спрямувань особистості та являється операцією вибору при професійній необхідності.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДОРΟΣЛИХ У ЕПІДЕМІЧНІ СЕЗОНИ 2012-2014 ТА 2017-2018 РОКІВ

Федько К.О., Білокобила С.О., Рябоконт О.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На початку 2000-х років ВООЗ поставила за мету елімінацію кору в Європейському регіоні, тобто припинення місцевої циркуляції вірусу завдяки широкому застосуванню вакцинації. Однак, ця мета не була досягнута, і в 2012-2014 роках й у 2017-2019 роках у країнах Європи, зокрема й в Україні, було відзначено значне зростання хворих на кір. Суттєвою особливістю кору в періоді її елімінації стало переважання серед захворілих дорослих.

Мета дослідження – провести порівняльний аналіз клінічного перебігу кору у дорослих у епідемічні сезони 2012-2014 та 2017-2019 років.

Матеріал і методи. Проведено аналіз 131 архівної історії хвороби пацієнтів з кором за 2012-2014 роки (31 пацієнт) та 2017-2019 роки (100 хворих), які знаходились на стаціонарному лікуванні у КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР». Статистична обробка даних проведена з використанням сформованої бази пацієнтів в програмі «STATISTICA for Windows 6.0» (StatSoft Inc., №AXXR712D833214FAN5).

Отримані результати. За результатами проведеного аналізу встановлено, що епідемічний підйом захворюваності на кір у 2017-2019 р.р. є значно інтенсивнішим за попередній 2012-2014 р.р., про що свідчить значно більша кількість госпіталізованих пацієнтів. До того ж слід відзначити, що у епідемічному сезоні 2012-2014 р.р. кір чітко зберігала весінню сезонність з максимальним рівнем захворюваності у березні. На відміну від попереднього періоду, у 2017-2019 р.р. підйом захворюваності розпочався в осені та безперервно триває й на сьогодні. При цьому в ці епідемічні сезони віковий склад захворілих на кір госпіталізованих дорослих був такий: переважали особи молодого віку (62 %), особи юного віку склали 31 %, а осіб старше 45 років було 7 %. Середній вік дорослих хворих на кір склав (31,3±0,8) рік. Порівняння ступеня підтвердження діагнозу кір у різні епідемічні підйоми захворюваності виявилася така: у 2012-2014 рр. підтвердження діагнозу кір у більшості випадків відбувалося за рахунок клініко-серологічних даних (67,7%), ніж за рахунок клініко-епідеміологічних (19,4 %) та виключно клінічних даних (12,9 %); у 2017-2018 рр. підтвердження у більшості випадків відбувалося за рахунок клініко-епідеміологічних (62 %), ніж за рахунок клініко-серологічних (26%) та виключно клінічних даних (12 %).

Клінічна картина кору у дорослих в сучасних умовах зберігає всі типові ознаки, однак характеризується високою частотою розвитку різних ускладнень. Так, у 81 % хворих кір має тяжкий перебіг, у 19 % - середньотяжкий. У всіх дорослих хворих на кір мав місце продромальний період, тривалість якого була більшою при формуванні тяжкого перебігу захворювання: (3,5±0,3) проти (2,8±0,1) днів. При тяжкому перебігу частіше ($p<0,05$) мав місце виражений астеновегетативний синдром (100 % проти 66,7 %), сухий надсадний кашель (100 % проти 87,7 %), склерокон'юнктивіт, що супроводжувався різями в очах (100 % проти 66,7 %), осиплість голосу (73,7 % проти 25,9 %), одутловатість обличчя (100 % проти 64,2 %). У 5,3 % хворих з тяжким перебігом кору був геморагічний компонент висипу.

Ускладнення у дорослих хворих на кір розвивалися не лише при тяжкому, але й при середньотяжкому перебігу захворювання. Проте частота їх розвитку та спектр залежали від тяжкості: при середньотяжкому перебігу наявність ускладнень відзначено у 55,6%, а саме з боку дихальної системи – у 41,9 %; травної системи – у 39,5 %, а при тяжкому перебігу ускладнення розвинулися у всіх пацієнтів, а саме з боку дихальної системи (100 %) та травної системи (84,2 %). В епідемічному сезоні 2017-2019 р.р., на відміну від сезону 2012-2014 р.р. в структурі ускладнень частіше відзначено розвиток гепатиту (47% проти 29%) та ентериту (8% проти 3,2%).

Висновки. Епідемічний сезон кору 2012-2014 рр. характеризувався чіткою весною сезонністю, на відміну від сезону 2017-2019 рр., в якому була відсутня сезонність. Перебіг кору у дорослих у сезон 2017-2019 рр., на відміну від сезону 2012-2014 рр. характеризувався частішим розвитком ускладнень (66% проти 51%), насамперед гепатиту (47 % проти 29 %) та ентериту (8 % проти 3,2 %).

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В У ХВОРИХ БЕЗ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІРУСНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Хелемендик А.Б., Рябокоч О.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Хронічний гепатит В (ХГВ) є однією з найактуальніших проблем сучасної інфектології. В Україні вірусні гепатити з гемоконтактним механізмом ураження займають одне з домінуючих місць в структурі інфекційної патології. З 2013 року в Україні діє Державна цільова програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів В та С, тому в клінічній практиці особливого значення набуває питання визначення пріоритетів щодо першочергового призначення протівірусної терапії (ПВТ), насамперед хворим без ознак цирозу печінки.

Мета дослідження – з'ясувати особливості перебігу ХГВ у хворих без цирозу печінки залежно від рівня вірусного навантаження при оцінці пріоритетності призначення протівірусного лікування.

Матеріал і методи. В дослідження було включено 286 хворих на ХГВ без цирозу печінки віком від 18 до 71 років. Залежно від вірусного навантаження, межові рівні якого визначені в Міжнародних рекомендаціях NICE (2013) та WHO (2015), пацієнти були розділені на групи: I група – 23 хворих з сукупністю ознак: вірусне навантаження HBV-DNA >20000 IU/ml, вік до 30-ти років включно, стійко підвищена активність АлАТ в сироватці крові; II група – 109 хворих із вірусним навантаженням >2000 IU/ml; III група – 154 пацієнти із рівнем в крові HBV-DNA <2000 IU/ml. Статистична обробка отриманих даних проведена з використанням сформованої бази обстежених хворих на ХГВ без цирозу печінки в програмі «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Отримані результати. Встановлено, що клінічна симптоматика у пацієнтів I групи, які мали сукупність ознак для пріоритетного призначення ПВТ, характеризувалася частішою появою анте-вегетативних проявів (26,1 % проти 5,8 %, $\chi^2=10,57$, $p<0,01$), на відміну від хворих з низьким вірусним навантаженням <2000 IU/ml, для яких призначення ПВТ не розглядалося. Рівень підвищення АлАТ в сироватці крові був вищим у пацієнтів I групи, порівняно з пацієнтами II та III груп, за рахунок більшої частки пацієнтів з підвищенням активності АлАТ в межах від 3-х до 10-ти норм.

Частота виявлення позитивного HBeAg в сироватці крові чітко залежала від рівня вірусного навантаження та виявилася найбільшою у пацієнтів I групи. Крім того, зафіксована й достовірна різниця в частоті виявлення HBeAg-позитивних пацієнтів й при порівнянні II та III груп (22,5 % проти 10,5 %, $\chi^2=5,16$, $p<0,01$). Проте слід зазначити, що серед пацієнтів III групи, яким проведення ПВТ не рекомендується, 27,3 % пацієнтів мали ступені фіброзу печінки F 2-3.

Висновки:

1. Вірусне навантаження впливає на перебіг ХГВ у хворих без цирозу печінки. Поєднання високого вірусного навантаження HBV-DNA >20000 IU/ml з такими факторами як вік до 30-ти років й стійко підвищена активність АлАТ мають 8 % пацієнтів, що потребує першочергового призначення ПВТ. Перебіг ХГВ у цих хворих супроводжується більшою виразністю астено-вегетативного й цитолітичного синдромів та вищою частотою HBeAg-позитивності.

2. Низьке вірусне навантаження HBV-DNA <2000 IU/ml у хворих на ХГВ без цирозу печінки, що не є показанням для призначення ПВТ, реєструється у половини пацієнтів (53,8 %). Перебіг ХГВ у цих хворих характеризується підвищенням активності АлАТ й розвитком фіброзу печінки F 2-3 ступенів у кожного третього пацієнта з наявністю HBeAg-позитивності у кожного десятого хворого, що вказує на необхідність додаткового моніторингу саме за цими хворими.

ОЦІНКА ВПЛИВУ «МЕБІКАРУ ІС» НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗА ДАНИМИ ОПИТУВАЛЬНИКА MOS SF-36 У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПАЛІАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ

Худяков Г. В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. На даний час не тільки в Україні та й в усьому світі розроблюються методики поліпшення якості життя хворим на хіміорезистентний туберкульоз, які знаходяться на паліативному лікуванні за допомогою неетіотропної терапії.

Мета дослідження – оцінити вплив Мебікару ІС на якість життя паліативних хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) за допомогою опитувальника MOS SF-36

Матеріал і методи. Оцінку якості життя проводили у 27 хворих на ХРТБ легень, які знаходились на паліативному лікуванні в обласній туберкульозній лікарні Запорізької області (середній вік 39,4±1,8 років). Інкурабельних пацієнтів не було. Всі пацієнти були чоловічої статі. Усі хворі підписали інформовану письмову згоду пацієнта на участь у дослідженні. Оцінку якості життя проводили до початку курсу прийому Мебікару ІС та після звершення курсу за шкалами опитувальника MOS SF-36 та оцінці зведених показників фізичного (PCS), ментального (MCS) компонентів, а також загальної якості життя (QL). Ноотроп та психостимулятор Мебікар ІС (виробник товариство з додатковою відповідальністю «ІНТЕРХІМ», UA) призначався в дозі 1,5 г (по 0,5 г тричі в день). Курс лікування складав 4 тижня. Результати дослідження оброблені на персональному комп'ютері з використанням статистичного пакету ліцензійної програми «Statistica, версія 13» (Copyright 1984-2018 TIBCO Software Inc. All rights reserved. Ліцензія № JPZ8041382130ARCN10-J). Нормальність розподілу кількісних ознак аналізували за допомогою тесту Шапіро-Уїлка та Колмогорова-Смірнова. Описова статистика надана у вигляді медіани з міжквартильним розмахом – Me [Q₂₅; Q₇₅], оскільки параметри мали розподіл, що відрізняється від нормального. Достовірність відмінностей порівнюваних величин визначали за критерієм Уїлкоксона. Усі тести були двобічними. Статистично значущою вважали різницю за $p < 0,05$.

Отримані результати. У дослідженні виявлено, що на фоні отримання курсу препарату Мебікар ІС у паліативних хворих на ХРТБ легень достовірне збільшення показників опитувальника MOS SF-36 за шкалами RP на 38,89 ум.од. (на 79,25%), SF на 17,59 ум.од. (на 25,5%), RE на 38,27 ум.од. (на 86,11%), MH на 11,41 ум.од. (на 22,78%), а також за комплексними показниками загальної якості життя (QL) на 14,87 ум.од. (на 28,72%) і його фізичного (PCS) на 10,88 ум.од. (на 20,68%) та ментального (MCS) компонентів на 18,86 ум.од. (на 37,03%).

Таблиця 1

Динамічні особливості за показниками шкал MOS SF-36 на фоні застосування препарату Мебікар ІС у хворих на ХРТБ легень, які знаходяться на паліативному лікуванні, Me [Q₂₅; Q₇₅]

Показник, ум.од.	До лікування	Після лікування	z	p
PF	60 (40; 82,5)	65 (50; 72,5)	0,610	0,542
RP	0 (0; 0)	50 (12; 100)	3,584	<0,05
BP	41 (41; 63)	61 (26,5; 77)	0,2	0,842
GH	40 (35; 55)	45 (35; 57)	0,419	0,675
VT	30 (20; 42,5)	35 (30; 50)	1,551	0,121
SF	50 (50; 50)	75 (50; 81,25)	3,014	<0,05
RE	0 (0; 0)	33,33 (33,33; 66,67)	3,557	<0,05
MH	40 (24; 48)	44 (40; 66)	2,845	<0,05
PCS	42,75 (31,5; 48,13)	54 (40; 68)	2,535	<0,05
MCS	32,25 (25,5; 38,36)	51,58 (47,92; 54,40)	4,541	<0,05
QL	37,25 (31,78; 43,25)	51,27 (46,48; 57,46)	4,108	<0,05

Висновки. У хворих, які знаходяться на паліативному лікуванні з приводу хіміорезистентного туберкульозу, на фоні прийому Мебікару ІС відмічається достовірне підвищення показників якості життя: психологічного компоненту (MCS) у 1,59 рази за рахунок підвищення показників в шкалах RE у 7,2 рази, SF у 1,34 рази MH у 1,3 рази; фізичного компоненту (PCS) в 1,26 рази за рахунок підвищення показників шкал RP у 4,82 рази. Такі зміни дали можливість підвищити загальний показник якості життя (QL) в 1,4 рази.

Таким чином, застосування ноотропа та психостимулятора Мебікар ІС у паліативних хворих на ХРТБ легень є доцільним.

ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Човганюк О.С., Гаман І.О., Шеремета О.М.*, Палій О.Ю. **

Івано-Франківський національний медичний університет

* Клініка WestMedical», м. Івано-Франківськ

** Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня

Вступ. Основна причина розвитку синдрому хронічної серцевої недостатності (СН) є гіперактивація ренін-ангіотензин-альдостеронової і симпатoadреналової системи. Тривалий вплив таких факторів ризику, як артеріальна гіпертензія (АГ) та порушення глюкозного гомеостазу, пригнічують вазодилатуючу здатність ендотелію та збільшують проникність судинної стінки.

Мета дослідження: Вивчити гемодинамічні особливості АГ у хворих із СН залежно від типу інсулінемії.

Матеріал і методи. Обстежено 124 хворих (49 чоловіки, 75 жінки) на АГ II-III стадії, ускладнену хронічною СН ФК II/III (NYHA) та з ознаками метаболічного синдрому за критеріями АТР III (2001). Середній вік – (59±12) років. Тривалість АГ – 7 - 20 років, СН – 2 - 6 років. Для оцінки стадії СН проводили 6-ти хвилинний тест ходьби та ехокардіоскопію. Проведено добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), пероральний глюкозотолерантний тест із паралельним визначенням рівня глюкози (глюкозооксидазний метод) та рівнів в крові ендогенного інсуліну (ЕІ). Залежно від рівня ЕІ хворих розподілено на 3 групи: 1 група – 69 хворих із нормальним рівнем ЕІ, 2 група – 30 хворих із реактивною гіперінсулінемією (ГІ), 3 група – 25 хворих із спонтанною ГІ. Контроль – 20 здорових осіб відповідно віку. Статистичний аналіз результатів дослідження проводили за стандартними методами з використанням варіаційно-статистичного методу із використанням пакету статистичних програм Microsoft Excel та t – критерію Стьюдента.

Отримані результати. У 1 групі рівень ЕІ у крові натще та після навантаження не відрізнявся від рівня в контролі ($p>0,05$). У 2 групі рівень ЕІ натще знаходився в межах контролю, а після навантаження підвищувався у 2,0 рази до (31,91±3,71) мкОД/мл, порівняно з контролем ($p\leq 0,05$). В 3 групі рівень ЕІ був підвищений як натще, так і після навантаження у 2,4 та 2,5 рази до (37,02±4,43) та (39,10±4,89) мкОД/мл відповідно, порівняно з контролем ($p\leq 0,05$). За рівнями офісного АТ у всіх пацієнтів виявлено АГ 1 та 2 ступеня тяжкості. У 1 групі середньодобові показники систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного (ДАТ) перевищували рівень у контролі – на 5,47% ($p>0,05$) та 10,97% ($p\leq 0,05$). У 2 групі показники САТ та ДАТ виявилися підвищеними на 13,45% та 19,33% ($p\leq 0,05$), у 3 групі – на 17,65% та 18,99% відповідно ($p\leq 0,05$). Характерним виявилось переважання несприятливих добового профілю АТ «non-dipper» у хворих 2 і 3 груп, що складало 43,3% та 64,0% випадків відповідно. У 1 групі переважав варіант «dipper» – 55,1% випадків, у хворих 2 і 3 груп – 36,4% ($\chi^2=4,3$, $p<0,05$). Особливості клінічних проявів АГ із діастолічною СН залежно від типу інсулінемії полягали в зниженні толерантності до фізичних навантажень за показниками 6-хвилинного тесту-ходьби – (213±54) та (187±69) м/6 хв, порівняно з хворими без інсулінорезистентності – (359±41)/(268±53) м/6 хв відповідно ($p\leq 0,05$). Виявлено достовірне зниження піку Е до (0,73±0,10) м/с та підвищення піку А до (0,82±0,08) м/с в 3 групі, у контролі – (0,78±0,10) м/с і (0,69±0,12) м/с відповідно. Співвідношення Е/А виявилось зниженим до (0,91±0,07) та (0,89±0,07) у 2 і 3 групах відповідно, у контролі – (1,69±0,04) ($p\leq 0,05$). Сповільнення ІVRT виявилось інтенсивніше у 2 і 3 групах і складало (97,5±6,3) мс та (101,9±7,2) мс відповідно, порівняно з контролем – (65,3±2,0) мс ($p\leq 0,05$).

Висновок. Діастолічна СН формується при АГ із несприятливим добовим профілем АТ «non-dipper», зниження толерантності до фізичних навантажень та наявності інсулінорезистентності.

ЗМІНИ ІРИЗИНУ В УМОВАХ ДЕФІЦИТУ ФУНКЦІЇ СКЕЛЕТНОЇ МУСКУЛАТУРИ ТА М'ЯЗОВОЇ МАСИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Чудова Н.І.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. М'язова тканина протягом останніх років розглядається як ендокринний орган, а цитокіни, що нею продукуються, все частіше розглядаються як ранні маркери порушень, що носять оборотний характер. Іризин – міокін, що перетворює білу жирову тканину на буру, за рахунок чого підвищується термогенез, а також зростають адаптаційні можливості організму до фізичних навантажень. Доведена позитивна роль іризину в метаболізмі глюкози. В літературі є дані щодо зв'язку іризину з втратою м'язової маси при цукровому діабеті 2 типу, проте дані, щодо його зв'язку з діабетичною міопатією у дітей поодинокі та суперечливі, що обумовлює необхідність подальшого вивчення цього питання.

Мета дослідження: визначення вмісту іризину у сироватці крові дітей, хворих на цукровий діабет, та його взаємозв'язок з розвитком діабетичної міопатії.

Матеріал і методи. Обстежено 78 дітей, хворих на цукровий діабет (ЦД), віком від 11 до 17 років. В залежності від тривалості захворювання хворі були розділені на 3 групи. До 1 групи увійшли 20 дітей з тривалістю ЦД до 1 року, 2 групу склали 19 пацієнтів з тривалістю ЦД від 1 року до 5 років, в 3 групу увійшли 19 дітей з тривалістю ЦД понад 5 років. Контрольну групу склали 20 умовно здорових дітей, репрезентативні за віком та статтю. У всіх дітей розраховувався індекс скелетної мускулатури (ІСМ), індекс кистьової сили (ІКС), проводився мануальний м'язовий тест (ММТ) та тести на рівновагу. Дослідження вмісту іризину у сироватці крові проводилось методом імуноферментного аналізу (ІФА).

Отримані результати. Встановлено, що у дітей, хворих на ЦД, мав місце дефіцит функції скелетної мускулатури, що проявлялося погіршенням її функціональної можливості (зниження ІКС та ММТ, порушення функції рівноваги) Дані зміни були зареєстровані вже на першому році захворювання та прогресували в динаміці цукрового діабету. Поряд з функціональними порушеннями з боку скелетної мускулатури у хворих на ЦД в динаміці захворювання спостерігалось зменшення м'язової маси, що проявлялося зниженням ІСМ у хворих 3-ї групи в середньому на 9,0% в порівнянні з контрольною групою та хворими 1-ї групи ($p < 0,05$), що свідчило про розвиток діабетичної міопатії.

Виявлені порушення супроводжувались змінами рівню іризину в сироватці крові, які різнилися в залежності від тривалості перебігу захворювання. Якщо в перші п'ять років захворювання на ЦД вміст іризину у дітей був в 1,3 рази нижчим за його показники в контрольній групі ($p < 0,05$), то у пацієнтів 3 групи спостерігалось статистично значуще підвищення в сироватці крові вмісту зазначеного міокіну, рівень якого перевищував відповідні показники як хворих з меншою тривалістю захворювання, так і дітей контрольної групи (в 1,7 разів та 1,3 рази, відповідно, $p < 0,05$).

Було встановлено, що як на першому році захворювання, так і в групі дітей з тривалістю цукрового діабету від 1 до 5 років найнижчий вміст іризину відмічався у хворих з низькими показниками ІКС ($r = +0,46$, $p < 0,05$, та $r = +0,38$, $p < 0,05$, відповідно) та низьким ІСМ ($r = 0,64$, $p < 0,05$). В той же час у хворих 3 групи рівень іризину не залежав від ІКС, а його кореляційний зв'язок з ІСМ хоча і зберігався, але проявляв меншу силу ($r = +0,39$, $p < 0,05$). Виявлені зміни вмісту іризину у дітей з тривалим перебігом цукрового діабету на фоні втрати м'язової маси та порушення функції скелетної мускулатури можуть бути компенсаторними та направлені на збільшення поглинання глюкози м'язовою тканиною в умовах її дефіциту.

Висновки. У дітей, хворих на цукровий діабет, в динаміці захворювання розвивається діабетична міопатія, що підтверджується зменшенням м'язової маси та порушенням функції скелетної мускулатури. Дефіцит функції скелетної мускулатури у дітей, хворих на цукровий діабет, супроводжується низьким вмістом іризину в сироватці крові, в той час як розвиток діабетичної міопатії асоціюється з його компенсаторною гіперсекрецією.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ СТЕНОКАРДІЇ

Шальміна М.О.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. В структурі захворюваності і смертності у осіб похилого і старечого віку ішемічна хвороба серця займає провідні позиції. Показник якості життя (ЯЖ) дозволяє визначити не лише вплив захворювання на благополуччя пацієнта, але і служить додатковим критерієм при підборі і оцінці ефективності терапії.

Мета дослідження: вивчити ЯЖ у осіб похилого та старечого віку залежно від функціонального класу (ФК) стенокардії.

Матеріал і методи. Обстежено 108 хворих похилого та старечого віку, у яких була діагностована стенокардія напруги II-III ФК (по 54 особи чоловічої та жіночої статі), середній вік ($75,2 \pm 0,7$) років. Пацієнти основної групи були розділені на 2 підгрупи в залежності від ФК стенокардії (60 пацієнтів з II ФК стенокардії і 48 хворих з III ФК стенокардії). Контрольну групу склали 33 особи без клінічних ознак серцево-судинної патології. Групи були співставлені за статтю та віком. Для оцінки ЯЖ пацієнтів були використані опитувальники: «SF-36» (російська версія) та «Сіеттлській опитувальник для стенокардії» (SAQ).

Отримані результати. За даними опитувальника SF-36: при II ФК стенокардії у порівнянні з контрольною групою ЯЖ була нижчою на 22,2 % ($73,6 \pm 2,5$ проти $94,7 \pm 5,1$; $p < 0,05$), а у пацієнтів з III ФК – 36,5% ($60,14 \pm 2,4$ проти $94,7 \pm 5,1$; $p < 0,05$). Між пацієнтами з II та III ФК показник ЯЖ також достовірно відрізнявся на 18,3% ($p < 0,05$). За даними опитувальника SAQ: у осіб з II ФК у порівнянні з III ФК показник ЯЖ був вищим на 25,9% ($51,4 \pm 2,5$ проти $40,8 \pm 1,8$; $p < 0,05$), а у останніх він був нижче, ніж у контрольній групі на 38,9% ($40,8 \pm 1,8$ проти $66,9 \pm 5,1$; $p < 0,05$).

Висновки. За даними опитувальника SF-36 виявлено, що ЯЖ змінювалася паралельно збільшенню ФК стенокардії. За даними опитувальника SAQ зафіксовано зниження ЯЖ при прогресуванні зниження толерантності до фізичного навантаження. Таким чином, ЯЖ у пацієнтів похилого та старечого віку погіршується по мірі збільшення ФК стенокардії.

ЗМІНИ РІВНЯ ЕКСПРЕСІЇ CD40L У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ СТЕНОКАРДІЇ

Шальміна М.О.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Одним з несприятливих ефектів дисфункції судинного ендотелію при розвитку і прогресуванні атеросклеротичного процесу є тромбоутворення. Прикріплення тромбоцитів та інших клітин крові можливо за наявності рецепторів CD40, а також ліганда CD40 (CD40L), що полегшує цей процес. Найбільш виражена експресія CD40L зареєстрована на поверхні Т-лімфоцитів і тромбоцитів, що підвищує нестабільність атеросклеротичної бляшки в даному місці, ризик її розриву і подальше тромбоутворення.

Мета дослідження: вивчити зміни рівня експресії CD40L у осіб похилого та старечого віку залежно від функціонального класу (ФК) стенокардії.

Матеріал і методи. Обстежено 108 хворих похилого та старечого віку, середній вік ($75,2 \pm 0,7$) років, у яких була діагностована стенокардія напруги II-III ФК без клінічно значущої супутньої патології. Залежно від ФК вони були розподілені на 2 підгрупи: 60 пацієнтів з II ФК стенокардії та 48 хворих з III ФК стенокардії. Контрольну групу склали 33 особи без клінічних ознак серцево-судинної патології. Групи були співставлені за статтю та віком. Визначення вмісту CD40L проводили методом імуноферментного аналізу.

Отримані результати. Встановлено, що по мірі збільшення ФК стенокардії експресія CD40L зростала, різниця з контрольною групою для пацієнтів з II ФК стенокардії була достовірною і складала 255,1% ($p < 0,05$), для осіб з III ФК стенокардії – 461,2% ($p < 0,05$). Між особами основної групи з різною толерантністю до фізичного навантаження також виявлені достовірні відмінності на 58% ($p < 0,05$).

Висновки. У осіб похилого та старечого віку зміни рівня експресії CD40L залежать від ФК стенокардії. Так по мірі зниження толерантності до фізичного навантаження поглиблюються ішемічні зміни міокарда у даної категорії пацієнтів.

QUANTITATIVE FEATURES OF FRONTAL CORTICAL NEURONES IN THE DYNAMICS OF ALCOHOLIC ENCEPHALOPATHY

Shulyatnikova T.V., Suleimanova S.V.
Zaporizhzhia State Medical University

Despite the high level of morbidity with alcoholism and alcoholic encephalopathy, as well as a broad range of studies on this problem, patho- and morphogenesis of brain damage in the conditions of chronic alcohol intoxication are depicted far enough completely and require further research.

Purpose of the work is to determine the quantitative characteristics of neurons in the frontal lobe of deceased patients with alcoholism at different stages of the disease to precise special links of the morphogenesis of alcoholic encephalopathy.

Material and methods. It has been studied 60 sectional cases, represented by two groups: 30 cases – the group of the dead with alcoholism I-III stages (10 cases for I, II and III subgroups) and 30 cases – for control group. It was studied histopathologically and using morphometry the precentral gyrus cortex of the brain left hemisphere in all cases. Pieces of the brain tissue were fixed in 10% buffered neutral formalin; paraffin sections were stained with hematoxylin-eosin. Morphometric study was run on the material of 30 cases of the group with alcoholism in all stages. Each specimen was studied in 10 standard fields of the Axioscope microscope ("Carl Zeiss", Germany), x20 lens, images were obtained using a DXC-151A video camera ("SONY" – Japan). The counting of quantitative indicators of neurons was carried out in the Videotest-2 computer digital analysis system. Statistical analysis was performed using the licensed program STATISTICA® for Windows 6.0 (StatSoft Inc., No. AXXR712D833214FAN5).

Results. At the first stage of the alcoholism, the number of dark neurons was 4 times more than in control group ($14.1 \pm 0.9\%$ and $3.5 \pm 0.1\%$; $P < 0.001$); ischemic-shrunken neurons – 4.5 times more ($5.4 \pm 0.3\%$ and $1.2 \pm 0.05\%$; $P < 0.01$); «cell shadows» – 4.5 times more ($3.4 \pm 0.3\%$ and $0.7 \pm 0.04\%$; $P < 0.01$). Against the background of alcoholic excesses, the number of «shadow cells» increased 3.5 times as compared with the tissue of the dead without alcohol excesses in the history of the disease ($11.9 \pm 0.8\%$) and 16 times as compared with the control ($P < 0.01$; $P < 0.001$). At the II and III stages of alcoholism, when alcoholic encephalopathy is clinically clearly diagnosed, the number of «shadow cells» in cases without alcoholic excesses was almost 6 times more than in the I subgroup and 29 times more than in control ($20.3 \pm 0.5\%$; $3.4 \pm 0.3\%$ and $0.7 \pm 0.04\%$; $P < 0.05$ and $P < 0.01$). The number of dark neurons was 1.4 times more than in the first subgroup and 5.5 times more than in control ($19.5 \pm 0.3\%$; $14.1 \pm 0.9\%$ and $3.5 \pm 0.1\%$; $P < 0.05$ and $P < 0.01$). The number of ischemic-shrunken neurons compared with the I subgroup increased 1.4 times and 6.5 times compared with control ($7.8 \pm 0.8\%$; $5.4 \pm 0.3\%$ and $1.2 \pm 0.05\%$; $P < 0.05$ and $P < 0.01$). Against the background of alcoholic excesses at the second and third stages of alcoholism, the number of «shadow cells» is almost 1.3 times more than in the first subgroup under the same conditions ($15.3 \pm 0.6\%$ and $11.9 \pm 0.8\%$; $P < 0.001$) and 21.9 times more than in control ($0.7 \pm 0.04\%$; $P < 0.001$).

Conclusions. Starting from the first stage of the alcoholism typical changes of the neuronal cell pool in the frontal cortex are widespread reversible and irreversible changes in the form of the so-called «dark» forms (ischemic, ischemic-shrunken and ischemic-homogenized neurons), the number and severity of which increase straight according to stages of the disease, as well as «shadow cells», which appear in large quantities against the background of a previously observed alcoholic excesses in the history of the disease.

QUANTITATIVE PARAMETERS OF THE BRAIN OEDEMA IN THE DYNAMICS OF ALCOHOLIC ENCEPHALOPATHY

Shulyatnikova T.V., Suleimanova S.V.
Zaporizhzhia State Medical University

Alcoholic encephalopathy, as one of the most frequent and severe complication of the alcoholism, is still of considerable scientific interest, since the fine links of the pathogenesis of this condition remain poorly understood. Particular attention is devoted to characteristics of edematous changes in the brain tissue in chronic course of alcoholic encephalopathy, as well as during its exacerbations in form of acute alcoholic psychosis.

The aim of the work is to determine quantitative indicators of oedematous changes in the frontal lobe of deceased patients with alcoholism at different stages to clarify the characteristics of the morphogenesis of alcoholic encephalopathy.

Material and methods. It has been studied 60 sectional cases, represented by two groups: 30 cases – the group of the dead with alcoholism I-III stages (10 cases for I, II and III subgroups) and 30 cases – for control group. It was studied histopathologically and using morphometry the precentral gyrus cortex of the brain left hemisphere in all cases. Pieces of the brain tissue were fixed in 10% buffered neutral formalin; paraffin sections were stained with hematoxylin-eosin. Morphometric study was run on the material of 30 cases of the group with alcoholism in all stages. Each specimen was studied in 10 standard fields of the Axioscope microscope ("Carl Zeiss", Germany), x20 lens, images were obtained using a DXC-151A video camera ("SONY" – Japan). The counting of quantitative indicators of neurons was carried out in the Videotest-2 computer digital analysis system. Statistical analysis was performed using the licensed program STATISTICA® for Windows 6.0 (StatSoft Inc., No. AXXR712D833214FAN5).

The results. During histopathological examination of the precentral gyrus cortex of the two compared groups both showed signs of oedematous changes in brain tissue. In the control group, oedematous changes of individual neurons were expressed very slightly and were not significantly different from the normal variants under diverse conditions. The morphometric indicators of the mean area of edematous neurons in the precentral gyrus cortex of the deceased I-III subgroups with alcoholism were significantly higher than that in neurons with signs of swelling in the control group ($541 \pm 1.8 \mu\text{m}^2$ and $426 \pm 3.09 \mu\text{m}^2$, $p < 0.05$). Compared with edematous changes, the mean area of the ischemic-modified neurons, on the contrary, was significantly less in all 3 subgroups with alcoholism compared with the control group ($346 \pm 3.6 \mu\text{m}^2$ and $369 \pm 1.17 \mu\text{m}^2$, $p < 0.05$). The severity of perivascular and pericellular edema in the cortex of the frontal lobe of patients with alcoholism I-III stages turned out to be statistically more pronounced than the rate in the precentral cortex of cases in control group ($95 \pm 0.21 \mu\text{m}^2$ and $12 \pm 0.07 \mu\text{m}^2$ – perivascular oedema, $p < 0.05$; $75 \pm 0.95 \mu\text{m}^2$ and $10 \pm 0.05 \mu\text{m}^2$ – pericellular oedema, $p < 0.05$).

Conclusions: The severity of oedematous changes in the cortex of the precentral gyrus in alcoholics significantly differs from similar indicators in the control group and directly correlates with the severity of the alcoholic disease, increasing from stage I to stage III. Morphometric analysis of the cortex tissue indicates the predominance of vasogenic mechanisms of oedema formation over cytotoxic ones outside periods of alcoholic encephalopathy exacerbation.

RURAL-URBAN DIFFERENCE IN PLASMA LIPID LEVELS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS OF ZAPORIZHZHIA REGION

Yechuri Ravindra, Syvolap V.D., Lashkul D.A.
Zaporizhzhia State Medical University

Introduction. Atherosclerosis is one of the main leading modifiable cause of acute myocardial infarction which is due to dyslipidemia meaning increased triglycerides or low density cholesterol and/or decreased high density cholesterol. The lifestyle plays an important role in the alteration or maintenance of one's lipid profile.

Aim. To determine the lipid levels in rural and urban population in acute myocardial infarction (AMI) patients of Zaporizhzhia region.

Material and Methods. A cross-sectional study is performed by collecting the data which is the lipid profile, place of residence (that is urban or rural) of the patients admitted in Cardiology Department Regional cardio-vascular center of Zaporizhzhia.

Patients are selected randomly who meet the following mentioned criteria. The criteria being: the patient should be diagnosed with AMI. The patient's place of residence should be within the territory of Zaporozhzhia region. The patient's case history should contain the lipid profile. 100 patients are selected who meet the criteria. They are divided into 2 groups in a 1:1 ratio based on their residence, that is 50 patients from the rural areas in Zaporizhzhia state (rural) and 50 patients from Zaporizhzhia city (urban) both men and woman combined. Then they are grouped based on their gender. They are further analysed based on their level of low density lipoproteins (LDL) i.e, level <1.8, >1.8 to <2.6 and >2.6 mmol/l. Statistical analysis was carried out using the statistical software package "Statistica 13.0" (package StatSoft Inc, USA, № license AXXR712D833214FAN5). All data is given in the form of average (M), standard deviation (\pm SD). The hypothesis about the normality of the distribution of indicators was checked using the Shapiro - Wilk criterion. To compare the statistical characteristics in different groups, with a pairwise comparison of the Mann-Whitney U Test. For the analysis of conjugate tables 2×2 , when comparing categorized variables, a two-way exact Fisher or χ^2 test was used.

Results. In urban versus rural population have higher level of total cholesterol (5.0 ± 1.23 mmol/l vs 4.7 ± 1.1 mmol/l, $p=0.3$), triglycerides (1.84 ± 0.9 mmol/l vs 1.57 ± 0.8 mmol/l, $p=0.1$), very low density lipoproteins (0.83 ± 0.41 mmol/l vs 0.71 ± 0.36 mmol/l, $p=0.1$), low density lipoproteins (2.93 ± 1.11 mmol/l vs 2.91 ± 1.13 mmol/l, $p=0.9$), and lower non-high density lipoproteins (3.58 ± 1.05 mmol/l vs 3.77 ± 1.13 mmol/l, $p=0.3$) but the difference was not statistically significant. However, with additional analysis, it was found that in urban MI patients is more common LDL levels below 1.8 (18% vs 10%, $\chi^2=1.3$, $p=0.2$) and more patients at admission with LDL levels of more than 2.6 mmol/l (56% vs 52%, $\chi^2=0.16$, $p=0.6$). One of the limitations of our study, which may explain the lack of significant differences between groups, is the small sample of patients.

Conclusion. Most of the residents (82% urban and 90% rural) of the Zaporizhzhia region with myocardial infarction upon admission to the hospital had LDL values that exceed the population values. However, we did not reveal a difference in lipid metabolism between the residents of the village and the city. Prevalence of dyslipidemia is considerable in Zaporizhzhia region. It is necessary to enforce current measures of dyslipidemia control in the Ukrainian people to reduce cardio-vascular disease burden.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПРОЯВІВ ЕНТЕРОВІРУСНИХ МЕНІНГІТІВ У ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ

Ялова Г.В., Задирака Д.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Ентеровірусна інфекція є актуальною проблемою сучасної охорони здоров'я, оскільки інфекція є некерваною, поліетіологічною, а самі збудники є малопередбачуваними. Найбільшу увагу дослідників привертають клінічні форми ентеровірусної інфекції, розвиток яких пов'язаний із нейротропністю ентеровірусів. Переважна кількість досліджень стосується визначення клінічних особливостей ЕМ у дітей, при цьому відсутні роботи щодо порівняння їх перебігу у дорослих та дітей.

Мета дослідження. Порівняти клініко-лабораторні параметри у хворих на ентеровірусний менингіт дорослих і дітей.

Матеріал і методи. В дослідження включено 42 хворих на ентеровірусний менінгіт. Для підтвердження ентеровірусної етіології серозного менінгіту застосували метод полімеразної ланцюгової реакції з ідентифікацією рибонуклеїнової кислоти ентеровірусів у калі та/або лікворі. Дослідження проведені в відділі молекулярно-генетичних досліджень Навчально-лабораторного центру ЗДМУ (завідувач – д.мед.н., професор Камишний О.М.).

Отримані результати. За результатами статистичного аналізу вікових особливостей хворих на ЕМ встановлено суттєве переважання серед захворілих дітей молодшого шкільного (18 – 66,7 %) та дошкільного (7 – 25,9 %) віку, а серед дорослих – пацієнтів молодого віку (14 – 93,3 %). Незалежно від віку хворих ЕМ переважно мав середньотяжкий перебіг: у 96,3 % (26 із 27) дітей та у 93,3 % (14 із 15) дорослих. За наявності цефалгії такі клінічні ознаки як нудота та блювота в 1,4 рази достовірно частіше реєструвалися у дітей (22 – 81,5 %), ніж у дорослих (8 – 53,3 %) ($p=0,009$). Особливістю перебігу ЕМ у дітей явилось поєднання ЕМ з іншими проявами ентеровірусної інфекції у окремих хворих, а саме з екзантемою (2 – 7,4 %) та ентеритом (1 – 3,7 %). На відміну від хворих на ЕМ дітей, у дорослих пацієнтів ЕМ в жодному випадку не поєднувався з іншими клінічними проявами цієї інфекції. Менінгеальні знаки були позитивними у переважної більшості як дорослих хворих (14 – 93,4 %), так і дітей (26 – 96,3 %), проте звертає на себе увагу, що у дорослих в 1,8 разів частіше, ніж у дітей (73,3 % проти 40,7 %, $p=0,04$), мала місце дисоціація менінгеальної симптоматики. Незважаючи на вірусний генез менінгіту у 40,7 % (11 із 27) дітей було зафіксовано нейтрофільний характер плеоцитозу, проти відсутності таких змін у дорослих хворих на ЕМ ($p=0,004$). Аналіз параметрів лейкоцитарної гемограми хворих на ЕМ показав наявність більш виражених змін у дітей. Статистично значущими виявився частіший розвиток у дітей, на відміну від дорослих, нейтрофільозу в межах 75-94 % на тлі відсутності лейкоцитозу: у 13 (48,2 %) проти 1 (6,6 %) пацієнтів ($\chi^2=7,47$, $p=0,006$). У 2 (13,3 %) дорослих хворих на ЕМ було виявлено лімфоцитоз в межах 89-93 %, на відміну від відсутності цієї ознаки у дітей ($\chi^2=3,78$, $p=0,049$).

Висновки. ЕМ переважно мають середньотяжкий перебіг як у дорослих (93,3 %), так і у дітей (96,3 %). Клінічна симптоматика ЕМ у дітей більш виражена, ніж у дорослих за рахунок частішої появи нудоти та блювоти (в 1,4 рази, $p<0,05$), а також поєднання ЕМ з іншими проявами ентеровірусної інфекції. Менінгеальна симптоматика у дітей з ентеровірусним менінгітом більш чітко виражена, ніж у дорослих за рахунок нижчої частоти дисоціація менінгеальної симптоматики (в 1,8 рази, $p=0,04$) та частіше позитивного симптому Керніга (в 1,6 разів, $p=0,03$). У 40,7% дітей було зафіксовано нейтрофільний характер плеоцитозу проти відсутності таких змін у хворих на ЕМ дорослих ($p=0,004$). Аналіз параметрів лейкоцитарної гемограми хворих на ЕМ показав наявність більш виражених змін у дітей, частіший розвиток нейтрофільозу в межах 75-94 % на тлі відсутності лейкоцитозу: у 13 (48,2 %) проти 1 (6,6 %) дорослих пацієнтів ($\chi^2=7,47$, $p=0,006$).

ЩОДО СТВОРЕННЯ НОВОГО ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ОЧЕЙ ТА КАТАРАКТИ

Акопян Р. Р.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Ушкодження органів зору є однією з особливо складних клінічних і соціальних проблем. На сьогоднішній день найбільш поширеними ушкодженнями органа зору є опік очей та катаракта.

Тому **метою дослідження** є висвітлення проблеми поширеності опіків очей та катаракти, а також аналіз та оцінка асортименту вітчизняних лікарських засобів для лікування даних захворювань на фармацевтичному ринку України.

Матеріал і методи: маркетингові дослідження фармацевтичного ринку України.

Отримані результати. Проаналізувавши результати даних маркетингових досліджень було встановлено, що асортимент лікарських засобів для лікування опіків очей та катаракти є обмежений, і переважно складається з виробників іноземного походження. Тому необхідним є створення нових офтальмологічних лікарських засобів вітчизняного виробництва, а саме: очних крапель, які продовжують залишатися найпоширенішою і широко застосовуваною на практиці лікарською формою (ЛФ) завдяки традиційності виробництва, зручності застосування.

Висновки. Встановлено, що фармацевтичний ринок лікарських засобів для лікування опіків очей та катаракти сформовано переважно іноземними виробниками. Тому доцільним є створення нових офтальмологічних лікарських засобів та розширення асортименту лікарських засобів вітчизняного виробництва, а саме очних крапель із ранозагоювальною, репаративною, протизапальною, та місцево-анестезуючою діями, з метою досягнення лікувального ефекту та економічності лікування.

ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ДЛЯ ТАБЛЕТОК «ГІПЕРТРИЛ»

Ангеліс І.В., Парнюк Н.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смертності та інвалідності населення у більшості країн світу. Тому актуальним є створення нових вітчизняних лікарських засобів з гіпотензивною та протиішемічною дією. Науковцями НВО «Фарматрон» спільно із співробітниками кафедри фармацевтичної хімії ЗДМУ отримана нова оригінальна сполука – бромід 1- β -фенілетил-4-аміно-1,2,4-триазолію (умовна назва «Гіпертрил»).

Мета дослідження. Розробка методики для проведення фармако-технологічних випробувань, а саме, тесту «Розчинення» для оригінального таблетованого лікарського препарату «Гіпертрил».

Матеріал і методи. В дослідженнях використали таблетки «Гіпертрил» по 20 мг, отримані в «Лабораторії зі стандартизації і технології лікарських засобів» на кафедрі фармацевтичної хімії ЗДМУ. При проведенні тесту «Розчинення» використали прилад з лопаттю фірми Pharma Test PTWS 120D, Німеччина. Кількісний вміст гіпертрилу, який перейшов до розчину, у відсотках визначали методом ВЕРХ відповідно до вимог ДФУ (2 Вид., том 1 п. 2.9.3). Для досліджень використовували високоефективний рідинний хроматограф Bishoff з УФ-детектором.

Отримані результати. Проаналізувавши хроматограму випробуваного розчину, розрахували коефіцієнт симетрії, який становить 0,9, та кількість теоретичних тарілок – 7815. Отримані результати довели, що кількість діючої речовини, що перейшла в розчин з таблеток «Гіпертрил» через 45 хв становить від 91,2 до 99,6 %, що відповідає вимогам ДФУ.

Висновки. В результаті роботи розробили методику проведення тесту «Розчинення» для оригінального таблетованого лікарського препарату «Гіпертрил» у вигляді таблеток. Отримані результати свідчать, що метод високочутливий та точний і його можливо використати для визначення тесту «Розчинення».

ВИЗНАЧЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ УКРАЇНИ З ГРУПИ АНТИАРИТМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Ассані Досі Раїнна, Німенко Г.Р.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Аритмія – це порушення серцевої діяльності, різні за своїм характером і походженням відхилення в ритмі скорочень серця, що, в свою чергу, може привести до цілого ряду серйозних ускладнень і навіть смерті. У зв'язку з цим актуальним є оперативне якісне забезпечення населення антиаритмічними лікарськими засобами.

Ринок антиаритмічних препаратів постійно поповнюється, що вимагає від фахівців хорошої орієнтації і знання. Тому під керівництвом доцента Зарічної Т.П. нами були проведені маркетингові дослідження антиаритмічних препаратів.

Мета дослідження. Проведення маркетингових досліджень групи антиаритмічних лікарських засобів, що представлені на ринку України.

Матеріал і методи. Аналіз ринку України згідно з даними Державного реєстру лікарських засобів України (26.09.2018 р.) був проведений для засобів які впливають на серцево-судинну систему, а саме, антиаритмічні лікарські засоби. Ця група налічує 27 препаратів різноманітних виробників під різними торговими марками.

Отримані результати. Маркетингові дослідження були проведені за такими показниками: за діючою речовиною, за місцем виробництва, за країною-виробником, за лікарською формою. Препарати даної фармакологічної групи представлені 8 діючими речовинами, більшість з них становить аміодарон гідрохлорид, а саме, він є діючою речовиною 15 (56%) вивчаємих препаратів, також треба відмітити, що майже всі з них таблетовані лікарські форми (67%). Основний асортимент даної групи формується за рахунок лікарських засобів закордонного виробництва, на їх частку припадає 52%. Перше місце за кількістю антиаритмічних лікарських засобів серед вивчаємих країн – виробників займає Україна (48%).

Висновки. У зв'язку з вищенаведеним актуальним є розробка нових лікарських препаратів антиаритмічної дії та освоєння їх виробництва на території України.

ВИЗНАЧЕННЯ РИНКУ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ

Ассані Досі Раїсса, Німенко Г.Р.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. У зв'язку з тим, що серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності в усьому світі актуальним та своєчасним повстало питання перед медициною та фармацією, щодо якісного та оперативного забезпечення населення лікарськими засобами для лікування зазначеної патології. Тому нами були проведені маркетингові дослідження даної групи препаратів під керівництвом доцента Зарічної Т.П.

Мета дослідження. Проведення маркетингових досліджень комбінованих лікарських засобів для лікування захворювань серцево-судинної системи, що представлені на ринку України.

Матеріал і методи. Аналіз ринку України згідно з даними Державного реєстру лікарських засобів України (24.09.2018 р.) був проведений для засобів які впливають на серцево-судинну систему. Ця група налічує 31 препарат різноманітних виробників під різними торговими марками.

Отримані результати. Маркетингові дослідження були проведені за такими показниками: за діючою речовиною, за місцем виробництва, по країною-виробником, по лікарська формі. Препарати цієї фармакологічної групи представлені 15 діючими речовинами, більшість з них становить ментол в ментоловому ефірі кислоти ізовалеріанової (29%), також треба зазначити, що майже всі з них є таблетованими лікарськими формами (8 найменувань). Роблячи аналіз критерію, про місце виробництва, ми прийшли до висновку, що основний асортимент формується за рахунок лікарських засобів вітчизняного виробництва на їх частку припадає 94%.

Висновки. Підводячи ризик під усім вище зазначеним слід сказати про невідкладну необхідність розвитку ринку сучасної медицини та фармації препаратів для лікування серцево-судинної системи.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ МІТОХОНДРІЙ МІОКАРДУ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ХСН НА ТЛІ КУРСОВОГО ВВЕДЕННЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРА З NO-МОДУЛЮЮЧИМ ЕФЕКТОМ «ГІПЕРТРИЛ»

Бак П.Г., Беленічев І.Ф., Бухтіярова Н.В.
Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження – оцінити вплив нового β -адреноблокатора з NO-модулюючим ефектом «Гіпертрілу» (розробка НВО «Фарматрон») на розвиток мітохондріальної дисфункції міокарду щурів з ХСН.

Матеріал і методи. Хронічну серцеву недостатність (ХСН) моделювали 14-добовим введенням доксорубіцину в кумулятивній дозі 15 мг / кг. В міокарді щурів, які отримували протягом 30 діб *per os* Гіпертріл (3,5 мг / кг на добу) визначали вміст АТФ, інтермедіатів циклу Кребса, активність мітохондріальної креатинфосфокінази (мх-КФК), швидкість відкриття мітохондріальної пори (МП), вміст bcl-2-протеїну.

Отримані результати. Курсове призначення щурам із ХСН Гіпертрілу призводило до достовірного зниження нітротирозину в мітохондріях міокарду, і, як наслідок, зниження ступеню пригнічення функціональної активності мітохондрій, підтвердженням чого було зменшення швидкості відкриття МП і набухання мітохондрій. Призначення Гіпертрілу підвищило продукцію АТФ за рахунок інтенсифікації реакцій в циклі Кребса на трикарбонових і дикарбонових ділянках (підвищення рівня ізоцитрату і малату), призвело до нормалізації транспорту енергії (активність мх-КФК). Гіпертріл підвищував рівень антиапоптичного bcl-2-протеїну в мітохондріях кардіоміоцитів, що свідчить про гальмування мітоптозу.

Висновки. Отримані результати експериментально підтверджують перспективність подальших досліджень.

СИНТЕЗ ТА ВЛАСТИВОСТІ 2-((4-БЕНЗИЛІДЕН-5-ФЕНІЛ-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛ)ТІО)-N'-R-АЦЕТОГІДРАЗИДІВ

Белецький А. В., Гоцуля А. С.
Запорізький державний медичний університет

Азогетероциклічні з'єднання є багатогранними за синтетичними можливостями і біологічною активністю найбільш численним класом органічних сполук.

Основною метою роботи був синтез і дослідження властивостей 2-((4-бензіліденаміно-5-феніл-4Н-1,2,4-тріазол-3-іл)тіо)-N'-R-ацетогідрозидів, які були отримані за відомими методиками.

Вивчення деяких фізико-хімічних властивостей синтезованих з'єднань проводили згідно методів, які наведені в Державній Фармакопеї України. Температуру плавлення визначили капілярним способом на приладі ПТП. Елементний склад нових з'єднань встановлено на елементному аналізаторі ELEMENTAR vario EL cube (стандарт - сульфаніламід). ІЧ-спектри записувалися в таблетках калію бромід (концентрація речовини 1%) на спектрофотометрі Specord M-80 в області 4000-500 см⁻¹. Розрахунки електронних структур молекул проводили напівемпіричним методом AM1 (MORAC 2000) з повною оптимізацією геометричної будови молекули для отримання значень енергій молекулярних орбіталей з використанням програми Nureg Chem[®] 6.0.

Для встановлення будови 2-((4-бензіліденаміно-5-феніл-4Н-1,2,4-тріазол-3-іл)тіо)-N'-R-ацетогідрозидів ми вибрали комплексний підхід з використанням сучасних фізико-хімічних методів аналізу. Індивідуальність кожного з'єднання була підтверджена хроматографічно.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВИХ ФТОРФЕНІЛПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛІВ

Бігдан О.А., Парченко В.В.
Запорізький державний медичний університет

Загальновідомим фактом є перспектива моделювання похідних 1,2,4-тріазолу та створення нових молекул на основі цієї гетероциклічної системи. Науковці багатьох країн світу займаються синтезом нових заміщених 1,2,4-тріазолу з метою виявлення перспективних молекул. 1,2,4-Тріазол та його похідні володіють

широким спектром властивостей, що обумовлює той факт, що дослідженнями зазначених сполук займаються науковці практично у всьому світі. На сьогодні існують данні про високі показники протимікробної та протигрибкової дії окремих похідних 1,2,4-тріазолу. Окремо слід відмітити успіхи вітчизняних науковців щодо впровадження перспективних похідних 1,2,4-тріазолу в якості ветеринарних ліків та регулятору росту рослин. Мова йде про ветеринарні ліки «Авестим», «Трифюзол-Нео» та вітчизняний регулятор росту рослин «Фортіс Комбі» відповідно. Моделювання «ядра» 1,2,4-тріазолу за рахунок приєднання різних функціональних замісників розширює арсенал потенційних біологічно активних молекул, що в свою чергу позитивно впливає на розвиток фармацевтичної науки в цілому.

Використовуючи попередні дослідження, нами зроблена спроба поєднання 1,2,4-тріазолу з 2-, 3-, 4-фторфенільними замісниками у комбінації з ароматичними, аліфатичними фрагментами та аміногрупою. Подальші дослідження були направлені на отримання відповідних тіоацетатних кислот, солей, естерів, амідів, гідразидів, іліденгідразидів, кетонів, спиртів, біциклічних похідних 1,2,4-тріазолу, тощо. Нами детально досліджено реакцію 5-(2-фторфеніл)-4-аміно-1,2,4-тріазол-3-тіолу у середовищі $POCl_3$ за присутності ароматичних та гетероциклічних карбонових кислот. Встановлено проходження цієї реакції через проміжну стадію ацилювання. Взагалі було синтезовано більше ста нових неописаних у літературі сполук. Будова синтезованих речовин у всіх випадках була доведена за допомогою сучасних фізико-хімічних методів аналізу (УФ-, ІЧ-, ПМР-спектроскопія, хроматомас-спектрометрія, елементний аналіз), в деяких випадках застосовували рентгеноструктурні дослідження та зустрічний синтез. Для більшості синтезованих сполук була вивчена гостра токсичність, протимікробна та протигрибкова дія. За результатами експерименту встановлені певні закономірності між гострою токсичністю, протимікробною, протигрибковою активністю та будовою синтезованих сполук.

Аналізуючи проведені комплексні дослідження нових фторфенілпохідних 1,2,4-тріазолу, можна з впевненістю зробити деякі висновки щодо перспектив подальших досліджень в зазначеному ряді 1,2,4-тріазолів. По-перше, більшість синтезованих сполук відноситься до класу малотоксичних або практично нетоксичних речовин, гостра токсичність яких залежить від наявності та природи замісника по п'ятому, четвертому та третьому положенні 1,2,4-тріазолу. По-друге, певним чином на гостру токсичність впливає орієнтація атому Фтору за фенільним замісником. Найбільші показники протимікробної та протигрибкової активності виявлено у біциклічних похідних 1,2,4-тріазолу. Дослідження синтезованих сполук тривають, а також перспективним фактом залишається можливість подальшого синтезу нових класів сполук серед фторфенілпохідних 1,2,4-тріазолу.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНИХ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ ТАБЛЕТОК L-ТРИПТОФАНУ З ТІОТРИАЗОЛІНОМ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ

Борсук С.О., Чорна В.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Захворювання центральної нервової системи (ЦНС) міцно утримують лідируюче місце серед найпоширеніших і небезпечних хвороб ХХІ століття. Однією з причин цих захворювань є стрес, емоційне напруження та порушення сну, що найчастіше пов'язано з порушенням обміну нейроамінокислот в мозку. Так як проблема залишається досі невирішеною, планується створення нового комбінованого лікарського засобу, до складу якого входить триптофану і тіотриазоліну. В результаті досліджень, встановлено, що оптимальна активність діючих речовин досягається тільки при застосуванні їх в раціональній лікарській формі. Встановлено, що більшість препаратів для лікування захворювань ЦНС застосовуються у вигляді таблеток. Виходячи з вищесказаного, актуальною є розробка технології виготовлення таблеток L-триптофану з тіотриазоліном.

Мета дослідження. Підбір оптимальних допоміжних речовин (ДР) з метою отримання таблеток L-триптофану з тіотриазоліном методом вологої грануляції.

Матеріал і методи. В ході роботи досліджено чотири групи ДР, які володіють різними фізико-технологічними властивостями. Так, було обрано 16 ДР, більшість з яких з'явилися на ринку України в останні роки. Для вивчення чотирьох якісних чинників використовували греко-латинський квадрат 4x4.

Отримані результати. В результаті дисперсійного аналізу було відібрано оптимальні ДР для створення таблеток L-триптофану з тіотриазоліном. Свій вибір зупинили на таких ДР: суміш МКЦ 101 +

крохмаль картопляний + магній карбонат основний, натрію крохмальгліколят, 5% розчин ГПМЦ 5, аеросил, кальцію стеарат.

Висновки. В результаті дослідження було вивчено вплив чотирьох груп ДР на технологічні характеристики таблеток L-триптофану з тіотриазоліном і підтверджена можливість їх отримання методом вологої грануляції. Розроблено оптимальний склад нової таблетованої лікарської форми на основі L-триптофану з тіотриазоліном.

ПОШУК БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК СЕРЕД ПОХІДНИХ 8-БРОМОТЕОБРОМІН-1-ІЛПРОПАНОВОЇ КИСЛОТИ

Гілевич К.Д.

Запорізький державний медичний університет

Відомо, що синтетичні похідні ксантину виявляють різноманітну фармакологічну дію на фоні низької токсичності. Значний ряд синтетичних ксантинів знайшов широке застосування в медичній практиці в якості діуретичних, аналгетичних, спазмолітичних, бронхолітичних засобів, а, отже, подальший пошук біоактивних сполук серед похідних ксантину є актуальним та перспективним.

Метою дослідження було синтез неописаних в літературі похідних ксантиніл-1(7) пропанової кислоти та вивчення їх фізико-хімічних та біологічних властивостей.

Для досягнення поставленої мети реакцією 8-бромотеоброміну з амідами та естерами акрилової та метакрилової кислот були синтезовані відповідні N¹-заміщені 8-бромотеоброміну, взаємодією яких з первинними чи вторинними амінами були отримані 8-амінопохідні. Слід зазначити, що у випадку естерів в залежності від умов реакції (розчинник, t°C, реагент) з амінами перебігають неоднозначно: зі збереженням естерового угруповання, утворенням амідів або кислот. Структура отриманих сполук підтверджена даними елементного аналізу та ПМР-спектроскопії. Чистота синтезованих речовин контролювалась методом тонкошарової хроматографії.

Попередньо розраховані молекулярні дескриптори синтезованих сполук показали перспективність проведення подальших досліджень *in vivo*.

Гостра токсичність вивчалась за методом Кербера. Доведено, що синтезовані сполуки є помірно та малотоксичними. Вивчення діуретичної дії отриманих сполук проводили за методом Берхіна Є. Б. (в якості еталонів порівняння використовували гідрохлортіазид та фуросемід). Аналгетична активність вивчалась на моделі «оцтових корчів». Сполуки вводили в дозі 1/20 LD₅₀. В якості еталонів порівняння використовували анальгін та диклофенак. Отримані дані свідчать про перспективність даного класу сполук як діуретичних та аналгетичних засобів. Встановлені певні закономірності в ряді «хімічна структура – біологічна дія».

ВИЗНАЧЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ УКРАЇНИ З ГРУПИ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Данильченко А.О., Німенко Г.Р.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Незалежно від етнічних та географічних ознак епілепсія зустрічається у 1-2% людей. Приблизно у 5% людей протягом життя має місце хоча б один епілептичний напад. Одним з найбільш розповсюджених протиепілептичних препаратів є карбамазепін.

Мета дослідження. Проведення маркетингових досліджень групи протиепілептичних лікарських засобів, що представлені на ринку України.

Матеріал і методи. Аналіз ринку України згідно з даними Державного реєстру лікарських засобів України (на 20.09.2018 р.) був проведений для засобів які впливають на центральну нервову систему, а саме, протиепілептичні лікарські засоби. Ця група налічує 64 препарати різноманітних виробників під різними торговими марками.

Отримані результати. Маркетингові дослідження були проведені за такими показниками: за діючою речовиною, за місцем виробництва, за країною-виробником, за лікарською формою. Препарати даної фармакологічної групи представлені 15 діючими речовинами, більшість з них становить карбамазепін. Саме карбамазепін є діючою речовиною 16 (25%) препаратів, які вивчаються. Також треба відмітити, що майже

всі з них це таблетовані лікарські форми (15 найменувань), та одна суспензія. Роблячи аналіз критерію, щодо місця виробництва, ми дійшли висновку, що основний асортимент формується за рахунок лікарських засобів закордонного виробництва: на їх частку припадає 61%. Також встановлено, що перше місце за кількістю протиепілептичних лікарських засобів серед вивчаємих країн - виробників займає Україна, яка виробляє 39,1%.

Висновки. Збільшення кількості лікарських засобів, виготовлених українськими виробниками як найкраще сприятиме їх доступності та росту обсягів реалізації, що позитивно вплине на вітчизняну фармацевтичну промисловість та населення.

ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ МЕЛЬДОНІУ ДИГІДРАТУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Донченко А. О., Зеленюк А. Ю., Васюк С. О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Валідація є основною умовою забезпечення якості та достовірності усіх аналітичних досліджень. Відповідно до вимог Державної Фармакопеї України, методики кількісного визначення лікарських речовин, включені до аналітичної нормативної документації (АНД), мають бути валідованими.

Мета дослідження. Валідація спектрофотометричної методики кількісного визначення мельдонію дигідрату за реакцією з *n*-хлоранілом за основними валідаційними характеристиками: специфічністю, лінійністю, діапазоном застосування, прецизійністю, правильністю та робасністю.

Отримані результати. З метою оцінки специфічності методики кількісного визначення мельдонію дигідрату проводили випробування з розчином «плацебо». Для цього готували модельні суміші допоміжних речовин. До частини кожної модельної суміші додавали відповідну лікарську речовину у концентрації, яка міститься у препараті. Далі проводили аналіз отриманих розчинів згідно запропонованої методики, вимірюючи абсорбцію розчину «плацебо» та розчину порівняння, що містив досліджувану речовину. Було встановлено, що допоміжні речовини не впливають на результати кількісного визначення.

Встановлення лінійної залежності проводили шляхом вимірювання оптичної густини розчинів стандартних зразків мельдонію дигідрату у межах діапазону застосування методики. Оцінку параметрів лінійної залежності проводили за статистичними характеристиками: точка перетину з віссю ординат, кутовий коефіцієнт, коефіцієнт кореляції, залишкове стандартне відхилення по осі абсцисс, залишкова сума квадратів відхилень, які розраховували згідно Державної Фармакопеї України. Отримані результати свідчать про виконання всіх вимог щодо параметрів лінійної залежності, тобто лінійність методики підтверджується у діапазоні концентрацій – 58-142%.

Прецизійність розробленої методики визначали на рівні збіжності. З цією метою виконували 9 визначень для кожної лікарської форми, охоплюючи діапазон застосування розробленої методики (три концентрації/три повтори). Паралельно вимірювали оптичну густину стандартних розчинів мельдонію дигідрату. Результати розрахунку вмісту діючої речовини виражали у відсотках від теоретичного, розраховували середнє значення та тестували статистично відносно 100%. З метою оцінки прецизійності методики розраховували такі метрологічні характеристики як відносне стандартне відхилення та відносний довірчий інтервал.

Правильність методики встановлювали методом добавок стандарту. В ході експерименту порівнювали оптичну густину досліджуваних зразків та тих же зразків з додаванням робочого стандартного розчину мельдонію дигідрату. Отримані дані щодо вмісту досліджуваної речовини виражали у відсотках від доданої кількості, розраховували середнє значення та тестували статистично відносно 100%. Отримані результати дослідження є правильними, оскільки вони не обтяжені систематичною похибкою.

Для підтвердження того, що розроблена методика буд відтворюватися в інших лабораторіях проводили прогноз повної невизначеності методики. Було встановлено, що прогнозована повна невизначеність результатів аналізу ($\Delta_{A_5} = 1,55$) не перевищує максимально припустиму невизначеність результатів аналізу ($max\Delta_{A_5} = 1,60$).

Оцінку робасності проводили на стадії розробки методики, вивчаючи вплив на величину оптичної густини таких факторів як стабільність досліджуваних розчинів у часі, коливання кількості доданих реагентів, температури та часу нагрівання.

Висновки. В результаті проведеного дослідження валідовано спектрофотометричну методику кількісного визначення мельдонію дигідрату. Доведено, що розроблена методика є відтворюваною, відповідає вимогам Державної Фармакопеї України та дозволяє коректно проводити контроль якості лікарських засобів.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТАБЛЕТОК «ПІРАЦЕТАМ»

Дрозд Т.П., Парнюк Н.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В наш час все більше зростає темп життя сучасної людини. Збільшується обсяг інформації, яку потрібно усвідомити і запам'ятати, зростає навантаження на центральну нервову систему. В результаті цього виникає ще більша потреба в лікарських засобах, які позитивно впливають на пам'ять, процеси сприйняття, мислення, навчання. З цією метою використовуються ноотропні лікарські засоби. Першим і «еталонним» представником класу ноотропів являється «Пірацетам». Тому актуальним питанням сучасної фармацевтичної науки залишається дослідження та удосконалення методів стандартизації таблеток «Пірацетам».

Метою дослідження стало удосконалення існуючих методів стандартизації таблеток «Пірацетам» методом адсорбційної спектрофотометрії та їх практичне використання.

Матеріал і методи: в ході досліджень використано таблетки «Пірацетам» по 0,4 г виробництва ПАТ «ХФЗ Червона зірка»; прилад – спектрофотометр Optizen POP; дослідження проводилось в Лабораторії зі стандартизації і технології лікарських засобів на кафедрі фармацевтичної хімії ЗДМУ.

Отримані результати. У ході проведення кількісного визначення таблеток «Пірацетам» по 0,4 г було встановлено, що скорочення часу нагрівання з 60 хв. до 40 хв. на водяній бані розчину А (методика ДФУ) не впливає на значення оптичної густини одержаного розчину і, відповідно, на результати кількісного визначення діючої речовини в таблетках. Вимірювання проводили за довжини хвилі 500 нм в кюветі з товщиною шару 10 мм.

Висновки: удосконалена нами вже існуюча методика кількісного визначення таблеток «Пірацетам» по 0,2 г, може використовуватися для стандартизації таблеток «Пірацетам» по 0,4 г. Результати проведених досліджень свідчать, що методика є точною та відтворюваною і відповідає вимогам ДФУ.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІФЕНОЛЬНОГО СКЛАДУ ТРАВИ ДЕРЕВІЯ ПОДОВОГО ACHILLEA MICRANTHOIDES KLOK.

Дуюн І.Ф.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Рід деревій (*Achillea* L.) родини айстрові включає до 200 видів, він широко розповсюджений по всій земній кулі. Встановлено, що трава видів роду деревій під час вегетації накопичує у своєму складі: ефірну олію, вітаміни К₁ та С, флавоноїди, фенольні сполуки, гідроксикоричні кислоти, полісахариди, амінокислоти, жирні кислоти, дубильні речовини, неорганічні елементи. Фітопрепарати та лікарські засоби з рослинної сировини видів роду *Achillea* L. використовуються сучасною медициною для прискорення загоєння ран, зупинення кровотеч різної етіології. В зв'язку з тривалим вегетаційним періодом вони накопичують великі концентрації біологічно активних речовин. Серед них перспективним видом для застосування в сучасній медицині слід вважати *Achillea micranthoides* Klok. (д. подовий).

Мета дослідження. Метою нашої роботи було дослідження якісного складу та кількісного вмісту поліфенольних сполук (флавоноїдів та гідроксикоричних кислот) у траві деревію подового *Achillea micranthoides* Klok.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження була повітряно-суха трава (суцвіття та прилегле листя) *A. micranthoides* Klok. в умовах України (червень-жовтень) 2017 – 2018 рр. відповідно до загальних вимог ДФУ (дод. 1.2). Сушіння рослинної сировини проведено у сушильній шафі “Termolab СНОЛ 24/350” (Україна) (t=35-40°C) протягом 10 год. Для ідентифікації флавоноїдів застосовували метод ТШХ на пластинках «Merk silicagel F₂₅₄» у системах: бензол–етилацетат–кислота оцтова–формамід (70:30:2:1), етилацетат–кислота

оцтова–вода очищена (10:2:3); для гідроксикоричних кислот: хлороформ–етанол–кислота оцтова льодяна–вода очищена (6:2:0,1:0,1), кислота мурашина безводна–вода очищена–метилетилкетон–етилацетат (10:10:30:50). Дослідження компонентного складу речовин проводили методом ВЕРХ на хроматографі Agilent Technologies (модель 1100). Методика: 1,0 г (точна наважка) подрібненої рослинної сировини ($d = 0,1$ мм) вносили в колбу ємністю 100 мл, додавали 25 мл етанолу, нагрівали на киплячому водяному огрівнику ($t = 70-80$ °С) «ВБ-4 micromed» протягом 15 хв. Одержані витяги фільтрували в мірну колбу ємністю 100 мл. Екстракцію повторювали ще двічі в таких же умовах, по 30 мл протягом 15 хв. Розчини охолоджували, об'єднані витяги фільтрували крізь фільтр “Filtrak (FN 14)” у колбу ємністю 100 мл. 5 мл витягу вносили до мірної колби ємністю 50 мл і доводили об'єм тим же розчинником до позначки. Отриманий розчин вводили в колонку приладу. Хроматографічна колонка «ZORBAX-SB C-18» була заповнена октадецилсилільним сорбентом ($d=3,5$ мкм). В якості рухомої фази використовували: кислоту трифтороцтову 0,2%, метанол безв. та суміш кислоти трифтороцтої 0,2% зі спиртом метиловим 70%. Режим хроматографування: швидкість подачі рухомої фази 0,25 мл/хв.; робочий тиск елюента 240-300 кПа; температура термостату колонки 32° С; об'єм проби 5 мкл. Параметри детектування: масштаб вимірювань 1,0; час сканування 0,5 сек.; параметри зняття спектру – кожен пік 190-600 нм; $\lambda = 313$ нм, 350 нм. Дані результатів досліджень піддавали статистичній обробці за допомогою програми Statistica версія 13 Copyright 1984-2018 TIBCO Software Inc.

Отримані результати. Встановлено присутність до 6 основних флавоноїдів та 2 гідроксикоричних кислот. Основними з ідентифікованих сполук були: апігенін–7–О– β –D–глюкопіранозид, апігенін–7,4'–ди–О– β –D–глюкопіранозид, лютеолін–7–О– β –D–глюкопіранозид, хлорогенова та неохлорогенова кислота.

Висновки. На основі проведеного фізико–хімічного аналізу встановлено перспективність подальшого впровадження трави *Achillea micranthoides* Klok. для отримання сучасних лікарських засобів.

БАКТЕРІОСТАТИЧНА АКТИВНІСТЬ ЕФІРНОЇ ОЛІЇ З ТРАВИ *INULA BRITANNICA* L.

Єренко О. К.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Фармакологічна активність фітопрепаратів пов'язана з тим, що вони містять комплекс БАР, насамперед ефірних олій, які здатні пригнічувати ріст багатьох видів мікроорганізмів, грибів, вірусів. Перспективними об'єктами для фітотерапії є представники роду *Inula* L.

Мета дослідження: вивчення антимікробної дії ефірної олії з трави *Inula britannica* L.

Матеріал та методи. Бактеріостатичну активність серій ефірної олії омани британського вивчали бактеріологічним методом до клінічних і музейних штамів бактерій. Дослідження виконали якісним методом за допомогою паперових дисків, що просочені ефірною олією. У дослідній роботі використовували музейні штами бактерій, а також збудники, котрі виділені з клінічного матеріалу від хворих та ідентифіковані за морфологічними та патогенними ознаками.

Отримані результати. Ефірні олії досліджуваного виду мають виражену бактеріостатичну дію на штами бактерій: *Staphylococcus aureus* (ATCC – 25923), *Staphylococcus aureus* (клін.), *Staphylococcus saprophytus* (клін.), *Klebsiella pneumoniae* (клін.), мікст - флору 1 (*Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Neisseria gonorrhoea*) та мікст - флору 2). Виражену мікостатичну дію встановлено на грибі: *Epidermophyton Kaufmann – Wolf* (клін.) та *Malassezia* sp. (клін.). Помірні зони затримки росту встановлено серед таких культур грибів: *Trichophyton rubrum* (клін.), *Aspergillus niger* (клін.), *Candida utilis* (клін.), *Rhodotorula rubra* (клін.), *Aspergillus oryzae* (клін.), *Alternaria alternate* (клін.) та *Microsporum canis* (клін.). Ефірні олії не виявляли активності по відношенню до *Microsporum gypseum* (клін.).

Висновки. У порівнянні з референтними препаратами (2 % мазь «Бактробан», овулі «Залаїн» 300 мг) доречно констатувати перспективність лікування захворювань, обумовлених *Klebsiella pneumoniae* (клін.), *Staphylococcus aureus* (ATCC – 25923) та *Escherichia coli* (ATCC – 25922).

ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ЧИСТОТИ МАЗІ З АМІНЕКСИЛОМ ДЛЯ ЗОВНІШНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Жамалі Карім , Количева Н.Л.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Одним з обов'язкових фармакопейних показників стандартизації лікарських засобів є ступінь їх мікробної чистоти. Дотримання вимог цього параметру сприяє підвищенню їх стабільності упродовж тривалого зберігання і підвищенню безпеки. При розробці нестерильних лікарських форм для зовнішнього застосування (мазей, кремів, гелів, линиментів) з метою досягнення фармакопейного рівня їх мікробіологічної чистоти при необхідності використовують введення до складу лікарських форм допоміжних речовин з антимікробною дією. На кафедрі технології ліків в результаті проведених комплексних біофармацевтичних, фармакотехнологічних і реологічних досліджень науково обґрунтований склад і технологія отримання мазі амінексилу в комбінації з аргановою оливою на гідрофільному носії для терапії і профілактики алопеції.

Мета дослідження: оцінка мікробіологічної чистоти розробленої трихологічної лікарської форми для зовнішнього застосування.

Отримані результати. На першому етапі досліджень встановлювали, чи володіє мазь (маска) для волосся, що містить 2% амінексилу і 10% арганової оливи на основі натрій -карбоксиметилцелюлозного гліцерогелю антимікробною дією і чи має потребу він у введенні до свого складу антисептиків.

Для цього провели оцінку його мікробіологічної чистоти відповідно до ДФУ 1 (2.6.12; 2.6.13). Для контролю мікробної контамінації використовували зразки лікарських форм, розфасовані в металеві безповоротно стиснуті туби з внутрішнім лаковим покриттям, захисною мембраною і латексним кільцем, які зберігали в прохолодному (8-15°C), захищеному від світла місці впродовж 10 діб (граничний термін зберігання для екстемпоральних препаратів відповідно до ДФУ).

Встановлено, що мікробіологічна чистота експериментальної трихологічної мазі з комбінацією амінексилу і арганової оливи задовольняє вимогам ДФУ 1 категорії 2 (готові лікарські засоби для місцевого застосування і застосування в респіраторному тракті), оскільки в 1 г препарату виявлене 35 аеробних мікроорганізму (бактерій і грибів) при відсутності бактерій роду *Pseudomonas aeruginosa* і *Staphylococcus aureus*. Це дає можливість екстемпорального виготовлення лікарської форми без застосування консервантів. Проте для можливості її промислового виробництва потрібна упевненість знаходження мікробної контамінації розробленої мазі у фармакопейних межах упродовж тривалого зберігання (не менше двох років). Такі показники можливо досягти введенням до складу зовнішньої лікарської форми амінексилу антисептичних допоміжних речовин.

Як консерванти до складу мазі вводили відомі антисептичні речовини, що використовуються у виробництві лікарських і парафармацевтичних препаратів (полігексаметиленгуанідину фосфат, ніпагин: ніпазол 8:2, натрію бензоат, кемабен, гермаль плюс рідкий) в концентраціях, дозволених для зовнішнього застосування.

Встановлено, що введення до складу мазі з амінексилу і аргановою оливою усіх досліджуваних консервантів мінімізує рівень мікробної контамінації цього лікарського засобу.

Висновки. Оптимальні результати мікробної чистоти дає введення до складу лікарської форми для зовнішнього застосування полігексаметиленгуанідину фосфату або гермаль плюс рідкого.

ВПЛИВ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН НА СТИРАНІСТЬ, РОЗПАДАННЯ ТА ЗОВНІШНІЙ ВИГЛЯД ПІСЛЯ 6-ТИ МІСЯЦІВ ЗБЕРІГАННЯ ТАБЛЕТОК ОТРИМАНИХ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ ДО СКЛАДУ ЯКИХ ВХОДИТЬ КАРБАМАЗЕПІН З ТІОТРИАЗОЛІНОМ

Івченко А.С., Німенко Г.Р.
Запорізький Державний Медичний Університет

Вступ. Епілепсія займає третє місце серед різноманіття форм патологій центральної нервової системи (ЦНС). У зв'язку з цим створення нових, безпечних лікарських засобів на основі комбінацій протиепілептичного препарату з антиоксидантами завдяки чому зменшиться велика кількість побічних ефектів та стане можливим розширення застосування нового препарату, є одним з головних завдань сучасної фармації.

Мета дослідження. Вивчити вплив ДР на стираність, розпадання та зовнішній вигляд після 6-ти місяців зберігання таблеток на основі карбамазепіну з тіотриазоліном (1,5:1).

Матеріал і методи. Діючі речовини - карбамазепін з тіотриазоліном (1,5:1), допоміжні речовини. Таблетки пресували методом вологої грануляції. Вплив ДР речовин вивчали за такими показниками: стираність, розпадання та зовнішній вигляд після 6-ти місяців зберігання.

Отримані результати. На стираність отриманих таблеток мають вплив такі допоміжні речовини серед змазуючих речовин лідером є кальція стеарат, серед розпушувачів перевага на боці кросповідону XL10, серед наповнювачів лідером є МКЦ 101. На розпадання таблеток найкращий вплив мають серед розпушувачів лідером є натрія кроскармелоза, серед зв'язуючих - 2% розчин крохмального клейстеру, серед змазуючих речовин – магнію стеарат. Найкращу якість поверхні таблеток карбамазепіну з тіотриазоліном після 6-ти місяців зберігання забезпечує кислота стеаринова.

Висновки. Вивчено вплив чотирьох груп допоміжних речовин на стираність, розпадання та зовнішній вигляд після 6-ти місяців зберігання таблеток карбамазепіну з тіотриазоліном.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ СУБСТАНЦІ БРОМІДУ 1-В-ФЕНІЛЕТИЛ-4-(N-ДИМЕТИЛАМІНОБЕНЗИЛІДЕНАМІНО)-1,2,4-ТРИАЗОЛІУ

Кіпоть Я.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – патологічний стан, що розвивається при порушенні відношення між потребою в кровопостачанні серця та його реальною потребою. Для поліпшення прогнозу при лікуванні ІХС, так і для усунення нападів стенокардії (ішемії міокарда) використовують бета-адреноблокатори (БАБ), які впливають на один з патогенетичних компонентів ІХС - дисфункцію ендотелію.

На сьогоднішній час доведено, що дисфункція ендотелію має велике значення у розвитку ІХС. Серед нових біологічно активних сполук, які синтезовані в Запорізькому державному медичному університеті, особливу увагу заслуговує речовина бромід 1-β-фенілетил-4-(n-диметиламінобензиліденаміно)-1,2,4-триазолію (кардіотрил), яка володіє протиішемічною, вазодиліаторною, антиоксидантною, фібринолітичною, антигіпертензивною і мембраностабілізуючою дією. На стадії доклінічних досліджень встановлено, що кардіотрил поліпшує кардіогемодинаміку при ішемічних порушеннях міокарда. Подібний вплив на кардіогемодинаміку в нормі при ішемічній патології вигідно відрізняє кардіотрил від стандартних β-адреноблокаторів і блокаторів кальцієвих каналів.

Тому метою нашої роботи постала розробка нових сучасних методик стандартизації для нової речовини кардіотрилу, які відповідатимуть вимогам ДФУ.

На першому етапі нами були розроблені методи ідентифікації 1-β-фенілетил-4-(n-диметиламінобензиліденаміно)-1,2,4-триазолію, а саме хімічні (реакція на Br⁻) та спектроскопічні. У подальшому нами планується розробити методику кількісного визначення 1-β-фенілетил-4-(n-диметиламінобензиліденаміно)-1,2,4-триазолію спектрофотометричним методом та провести валідацію розробленої методики.

СПРЯМОВАНИЙ ПОШУК ПРОТИСУДОМНИХ АГЕНТІВ СЕРЕД ЗАМІЩЕНИХ СПИРО[ІНДОЛІН-[1,2,4]ТРИАЗИНО[С]ХІНАЗОЛІНІВ]

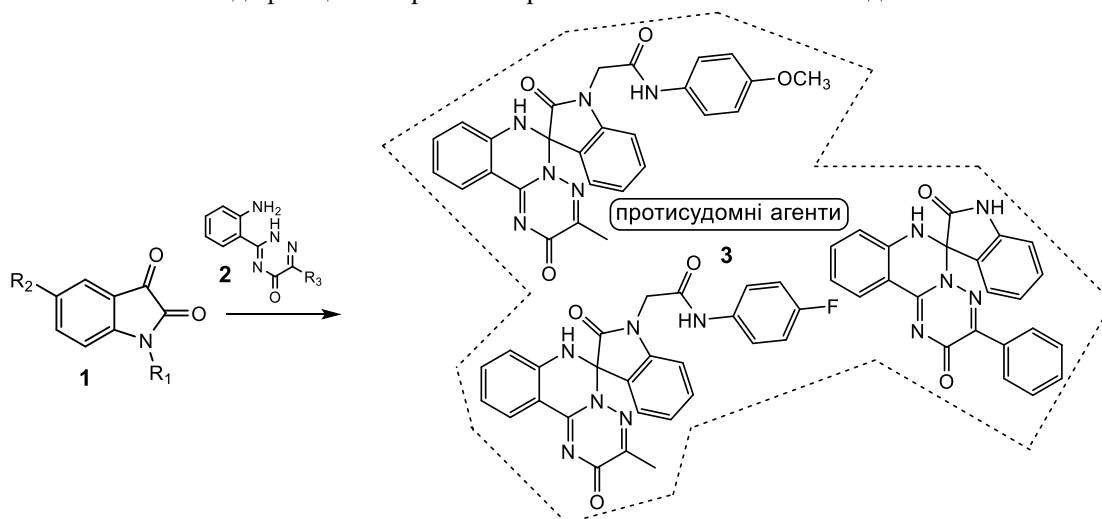
Коломоєць О.С.

Запорізький державний медичний університет

Судоми являють собою довільні скорочення м'язів, які зазвичай супроводжуються вираженим болем та мають різну етіологію. Так, зокрема, факторами, що спричиняють судомні приступи можуть бути порушення кровообігу головного мозку, травми голови, пухлини, інфекційні захворювання, дія токсичних агентів тощо. Враховуючи зазначене, протисудомні лікарські препарати є затребуваним інструментом фармакокорекції та застосовуються у складі комплексної терапії ряду захворювань, що супроводжуються ураженням нервової системи. В той самий час існуючий арсенал лікарських засобів зазначеної групи є досить обмеженим, а наявні препарати часто характеризуються незадовільним профілем безпеки. Таким чином

розробка інноваційних протисудомних лікарських препаратів є актуальним завданням медичної хімії та фармакології.

Серед перспективних класів потенційних протисудомних агентів особливу увагу привертають спіро-кондесовані гетероциклічні системи, зокрема похідні індоліну. Останні характеризуються широкими можливостями хімічної модифікації та вираженою різноплановою біологічною дією.



Враховуючи зазначене, з метою створення ефективних протисудомних засобів, конденсацією ізатину та його заміщених похідних (1) з 6-R-3-(2-амінофеніл)-1,2,4-триазин-5(2H)-онами (2) синтезовано ряд сполук, що містять спіро-сполучені [1,2,4]триазино[2,3-с]хіназоліновий та індоліновий фрагменти (3).

Проведений скринінг протисудомної активності на моделі пентилентетразолових судом показав, що сполуки 3 суттєво збільшували летальний період виникнення судом, скорочували тривалість клоніко-тонічної фази та запобігали летальності тварин. Виявлено ряд сполук, які перевищують або конкурують за дією з найбільш застосовуваним в неврології лікарським засобом «Ламотриджин».

СИНТЕЗ ТА ПРОТИГРИБКОВА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ БЕНЗО[4,5]ІМІДАЗО[1,2-*c*]ХІНАЗОЛІН-6(5*H*)-ОНУ (-ТІОНУ)

Кравцов Д.В.

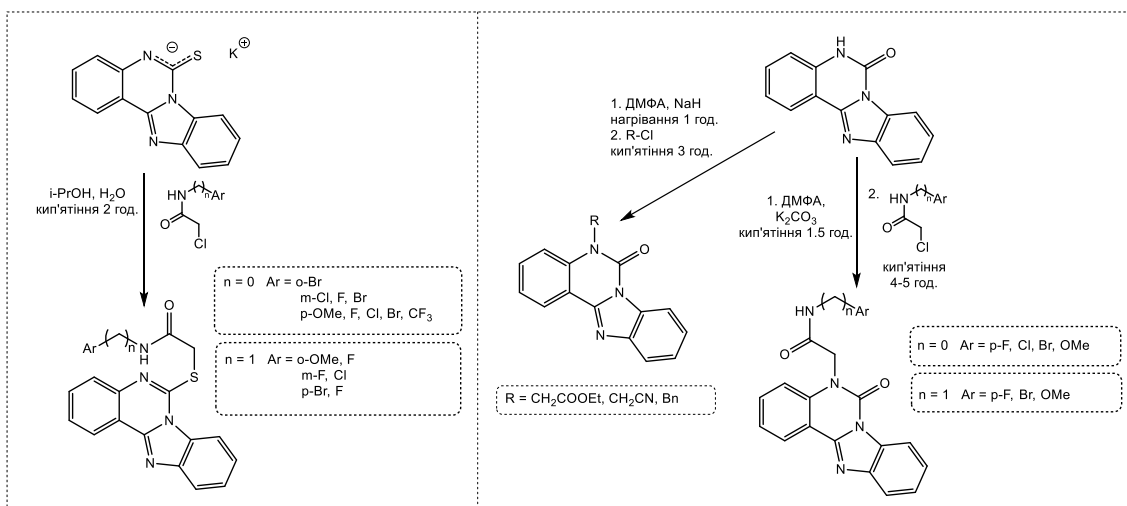
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Бензо[4,5]імідазо[1,2-с]хіназоліни мають багатообіцяючий потенціал, оскільки вони виявляють різноманітні види фармакологічної активності, зокрема антибактеріальну, протигрибкову, протипухлинну та противірусну.

Мета дослідження. Отримання емпіричних даних та виявлення особливостей алкілування бензо[4,5]імідазо[1,2-с]хіназолін-6(5*H*)-ону та -тіону, вивчення антимікробної та антирадикальної активності похідних бензо[4,5]імідазо[1,2-с]хіназолін-6(5*H*)-ону та -тіону

Матеріал і методи. Усі досліді у синтетичній сфері, а також вивчення антимікробної та антирадикальної активності синтезованих сполук були проведені на базі Запорізького державного медичного університету. Для підтвердження структури синтезованих речовин були використані фізико-хімічні методи аналізу, зокрема LC/MS, ¹H та ¹³C ЯМР.

Отримані результати. 2-Бензоімідазоліланілін був модифікований за двома різними напрямками, з отриманням бензо[4,5]імідазо[1,2-с]хіназолін-6(5*H*)-ону та -тіону. Подальше алкілування даних скафолдів дозволило отримати серію S- та N-заміщених відповідно (див. схему).



На етапі дослідження антимікробної дії було виявлено, що штам *Candida albicans* виявляє помірну чутливість до отриманих сполук. Так майже усі S-заміщені трокси перевершували флуконазол за фунгіцидною активністю, однак поступалися йому у мінімальній інгібуючій концентрації.

Дослідження антирадикальної активності показало, що усі S-заміщені, на відміну від N-заміщених, виявили здатність до зв'язування з DPPH.

Висновки. Було синтезовано та описано 25 нових бензоімідазохіназолінових похідних. Біологічні дослідження дозволили виявити групу речовин з помірною протигрибковою активністю відносно штаму *Candida albicans* та показати взаємозв'язок між протигрибковою активністю та здатністю зв'язуватись з DPPH.

VALIDATION OF SPECTROPHOMETRIC METHODS FOR QUANTITATIVE DETERMINATION THE LISINYL SUBSTANCE

Kumets V.S.

Zaporizhzhia State Medical University

Cardio-vascular diseases it is a main cause reason of death in all world: cause of this reason most of all people die.

How show statistic WHO every year perish 17,5 million people, it's 31% percent by all population/ 85% percent have stroke or heart attack. People with poor financial level suffer especially, cause they didn't have health services, also no services than can diagnose primary symptoms. So most of our population die in young age. How show statistic many family spent a lot of money for therapy, cause pills cost expensive.

We have a forecast which present that somewhere about 23,6 million people die by reason of stroke or heart attack. Main fact that 80% percent of this heart diseases can avoided if you as don't smoke, eat heathy food, do exercise's, don't use alcohol, all this items concern for all people. If people have CVD and minor diseases they first need in early diagnosis and in treatment.

We have pills which can decrease effect of metabolic reaction, who provoke ischemia, and they united by name "metabolite tropic cardio protectors". The main attention attracts the publication about medicines based by thiazol, especially original medicines and his analog. That's why we have a plot made a medicines which have cationic-anionic action development of pharmaceutical chemistry at by created SPA new substance, which have named "Liziniy" which also have cardio protection neuro protection function on endothelium of vascular. So how you can observe plot of our method it is created new modern methods of substance standardization "Liziniy" and definition of validation characteristics of our methods.

We decided in the course of our work special tasks, especially: traced down all standardization methods; created analysis method for substance which band on absorption spectrophotometry in UV realm; validated quantitative method of substance "Liziniy" by spectrophotometric method. We used substance liziniy and SS, which got from Chemical plant "institute of single crystals" of Ukraine. During the work we used different methods of analysis: chemical, physical, chemical-physical q.e. absorption spectrophotometry in UV, absorption spectrophotometry in UV.

Result of our work confirmed that methods which we invented are accurate, reproducible and meets the standarts. Also confirmed that spectrophotometer quantification method is valid.

РОЗРОБКА ТА ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАРВЕДІЛОЛУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ З ВИКОРИСТАННЯМ ДІАЗОЛЮ ЧЕРВОНОГО ЖЖ

Малецька О.Р., Афендікова Ю.С., Васюк С.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Діазоль червоний ЖЖ (4-нітробензолдіазонія тетрафторборат) – це кольорореагент, який випускається вітчизняною хімічною промисловістю. Діазосполуки – електрофільні реагенти, що здатні вступати в реакції електрофільного заміщення з ароматичними сполуками та з аніонами сильних СН-кислот. Унаслідок невеликої активності іонів діазонію реакція протікає направлено – з утворенням *p*- або *o*-ізомерів. Результатом такої взаємодії є утворення азобарвників. Це явище покладено в основу розробки спектрофотометричних методик кількісного визначення лікарських речовин на основі поглинання світлової енергії у видимій області спектра.

Мета дослідження. Метою нашої роботи була розробка та валідація методики кількісного визначення карведілолу в таблетках на основі його реакції з діазолем червоним ЖЖ.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження була субстанція карведілолу, барвник діазоль червоний ЖЖ, таблетки «Карведілол Канон» 12,5 мг. Як розчинник використовували метанол, воду очищену, натрію карбонат. Для реєстрації показників оптичної густини використовували спектрофотометр ULAB S131UV, ваги лабораторні електронні RADWAG XA 210.4Y, ультразвукову баню Sonorex Digitec DT100H. Вимірювання проводили у видимій області спектра в прямокутних кварцових кюветках з товщиною шару 1 см на фоні компенсаційного розчину, що не містив досліджуваної речовини.

Отримані результати. В ході експерименту було встановлено, що діазоль червоний ЖЖ з концентрацією розчину 0,2% реагує з карведілолом у водно-метаноловому середовищі за кімнатної температури з утворенням забарвленого продукту з максимумом абсорбції при 385 нм. Для розробленої методики були розраховані аналітичні показники чутливості. Для реакції характерна висока чутливість, оскільки межа виявлення становить 0,97 мкг/мл.

Визначено коефіцієнти стехіометричних співвідношень методами молярних співвідношень та неперервних змін у системі «реагент – лікарська речовина». Доведено, що стехіометричне співвідношення реагуючих компонентів становить 1:1. Робочий діапазон концентрацій є не меншим за мінімально допустимий, і складає 75–125 % (1,2 – 2,0 мг/100 мл).

Висновки. Виходячи з отриманих результатів, було розроблено методику кількісного визначення карведілолу в таблетках та апробовано на такій лікарській формі як «Карведілол Канон» 12,5 мг (ЗАО «Канонфарма продакшн», Росія, серія 060517).

Для розробленої методики було визначено специфічність, лінійність, збіжність і правильність відповідно до вимог Державної Фармакопеї України і встановлено, що методика є валідною за цими характеристиками.

Таким чином методика є точною, правильною, достатньо специфічною, високочутливою, зручною у виконанні, тому може бути рекомендована для аналізу вищезазначеного лікарського препарату.

ВИКОРИСТАННЯ ДІАЗОЛЮ ЧЕРВОНОГО ЖЖ ДЛЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАРВЕДІЛОЛУ У ТАБЛЕТКАХ «КОРВАЗАН 12,5 МГ»

Малецька О.Р., Сидоренко Н.О., Васюк С.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Клінічну кардіологію неможливо представити без препаратів групи β -адреноблокаторів, яких нині відомо більше 30. За останні півстоліття клінічної практики β -адреноблокатори зайняли міцні позиції в профілактиці ускладнень і у фармакотерапії серцево-судинних захворювань.

Широкого застосування в медицині знайшов препарат «Карведілол», який відноситься до третього покоління β -адреноблокаторів, що володіє антигіпертензивними, антиангінальними, антиоксидантними та вазодилатуючими властивостями, зменшує вираженість інсулінорезистентності. Діє одночасно на три види рецепторів – β_1 , β_2 та α_1 , не маючи при цьому внутрішньої симпатоміметичної активності. Знижує загальний периферичний судинний опір, зменшує пред- та постнавантаження на серце, не має вираженого впливу на

ліпідний обмін і вміст калію, натрію і магнію в плазмі крові. У зв'язку з цим розробка нових, простих та ефективних методів аналізу карведіолу є актуальною.

Мета дослідження. Метою роботи була розробка та валідація методики кількісного визначення карведіолу в таблетках на основі його реакції з діазолем червоним ЖЖ.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження була субстанція карведіолу, барвник діазоль червоний ЖЖ, таблетки «Корвазан» 12,5 мг. В якості розчинника використовували метанол, воду очищену, натрію карбонат.

Для реєстрації показників оптичної густини використовували спектрофотометр ULAB S131UV, ваги лабораторні електронні RADWAG XA 210.4Y, ультразвукову баню Sonorex Digitec DT100H.

Вимірювання проводили у видимій області спектра в прямокутних кварцових кюветах з товщиною шару 1 см на фоні компенсаційного розчину, що не містив досліджувану речовину.

Отримані результати. Експериментальним шляхом було встановлено, що діазоль червоний ЖЖ з концентрацією розчину 0,2% реагує з карведіолом у водно-метаноловому середовищі при кімнатній температурі з утворенням забарвленого продукту з максимумом абсорбції при 385 нм.

Досліджувана реакція є достатньо чутливою, оскільки межа виявлення становить 0,97 мкг/мл. Підпорядкування закону світлопоглинання спостерігається в межах концентрацій карведіолу 1,2 – 2,0 мг/100 мл. Діапазон застосування методики складає 75–125 %.

Висновки. Виходячи з отриманих результатів, було розроблено методику кількісного визначення карведіолу в таблетках «Корвазан 12,5 мг» (ПАТ «Київмедпрепарат», Україна, серія 176798).

Для розробленої методики було визначено специфічність, лінійність, збіжність і правильність відповідно до вимог Державної Фармакопеї України і встановлено, що методика є валідною за цими характеристиками.

Таким чином методика є точною, правильною, достатньо специфічною, високочутливою, зручною у виконанні, тому може бути рекомендована для аналізу вищезазначеного лікарського препарату.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН НА ВИВІЛЬНЕННЯ АКТИВНИХ КОМПОНЕНТІВ ОЛІЇ ЧЕБРЕЦЮ З ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ГЕЛІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ АКНЕ

Мартинюк А.І., Лисянська Г.П., Ал Зедан Фаді
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Акне є поширеною проблемою, що стосується як підлітків та молоді, так і осіб старшого віку. Найчастіше висипання з'являються у підлітковому та юнацькому віці і складають приблизно 60-80% цієї вікової групи, однак іноді може зустрічатись у молодих людей після 20 або 30 років.

Мета дослідження: провести дослідження впливу допоміжних речовин на вивільнення активних компонентів олії чебрецю з лікарських косметичних гелів для терапії акне.

Матеріал і методи. У дослідженні застосовували ефірну олію чебрецю «Царство ароматів». Концентрація олії чебрецю у гелях складала 0,25%. Для експерименту було відібрано гелеутворювачі, які досить широко застосовуються у складі лікарських гелів та дозволені для застосування на території України. Вплив складових основ на біофармацевтичні характеристики гелів досліджували методом рівноважного діалізу у чарунках вертикальної дифузії (Франца) об'ємом 25 мл на дев'ятипозиційній стації (SES GmbH, Німеччина) крізь целофанову плівку марки «Купрофан» при 32⁰С, що відповідає звичайним умовам поверхні шкіри. Після відбору зразків визначали концентрацію тимолу, що вивільнився, спектрофотометрично за описаною в літературі методикою.

Отримані результати. Проведене дослідження виявило, що найвищі показники були продемонстровані гелем з карбомером, а найнижчі – на поліетиленоксидній основі.

Висновки. Допоміжні речовини чинять значний вплив на вивільнення активних компонентів олії чебрецю з лікарських косметичних гелів для терапії акне. Найбільш перспективною визнано основу з карбомером 940.

ВИВЧЕННЯ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ЧИСТОТИ РЕКТАЛЬНИХ СУПОЗИТОРІЇВ З ОЛІЄЮ ЖУРАВЛИНИ

Олійник І. М.¹, Количева Н.Л.²

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»¹

Запорізький державний медичний університет²

Вступ. Хронічний гемороїд залишається домінуючим проктологічним захворюванням по широті поширення, частоті виникнення рецидивів і ускладнень. Основними препаратами для патогенетичної етіотропної терапії цієї патології є м'які лікарські форми, серед яких вигідно виділяються супозиторії, що дозволяють поєднувати високу ефективність, комплаєнтність і безпеку. Олія журавлини холодного пресування без рафінування має доведений регенеруючий, антиоксидантний, гіпохолестеринемічний і антисклеротичний ефект. На кафедрі організації та економіки фармації і технології ліків ДВНЗ «Івано - Франківський національний медичний університет» в результаті проведених комплексних досліджень, науково обгрунтований склад ректальних супозиторіїв з олією журавлини (0,25 г) на основі твердого жиру кондитерського з додаванням 2% емульгатора №1.

Метою досліджень було вивчення мікробної контамінації розробленої ректальної лікарської форми, сприяючої підвищенню її безпеки і стабільності упродовж часу зберігання. Мікробіологічну чистоту ректальних супозиторіїв з олією журавлини (термін зберігання 10 діб в умовах холодильника (2-8°C) встановлювали у відповідності з р. 2.6.12; 2.6.13 ДФУ з урахуванням того, що антимікробної дії, активний фармацевтичний інгредієнт і основа-носії не має.

Отримані результати. В результаті досліджень виявлено, що загальна кількість аеробних мікроорганізмів (КУО/г) в супозиторній масі складає 1, а загальна кількість пліснявих грибів та грибів роду *Candida* також складає 1. У 1 г препарату відсутні бактерії роду *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* і *Enterobacteriaceae*.

Висновки. Таким чином, мікробіологічна чистота ректальних супозиторіїв з олією журавлини 0,25 г на ліпофільній основі відповідає вимогам ДФУ, що пред'являються до категорії №3 (готові лікарські засоби для орального застосування і ректального введення), що вказує на можливість не використовувати консерванти у складі екстемпоральної лікарської форми.

ВЗАЄМОДІЯ 5-(5-БРОМФУРАН-2-ІЛ)-4-МЕТИЛ-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ТІОЛУ З ДЕЯКИМИ ГАЛОГЕНВМІСНИМИ СПОЛУКАМИ

Парченко М.В., Панасенко О.І.

Запорізький державний медичний університет

1,2,4-Тріазоли є перспективним класом органічних сполук. Цей факт підтверджується наявністю великої кількості публікацій, присвячених вивченню властивостей 1,2,4-тріазолу та його похідних. Науковці стверджують, що зазначені похідні можуть виявляти біологічні, антикорозійні, фотосенсибілізуючі властивості тощо. Вітчизняні науковці аргументовано доводять, що похідні 1,2,4-тріазолу можуть бути активними фармацевтичними інгредієнтами ветеринарних ліків («Авесстим», «Трифузол-Нео»), регулятору росту рослин («Фортис Комбі»).

Володіючи широким спектром біологічних властивостей, похідні 1,2,4-тріазолу практично нетоксичні речовини, що також доводить привабливість цієї гетероциклічної системи. Крім цього похідні 1,2,4-тріазолу дуже реакційно здатні, що дозволяє модифікувати молекули, розширюючи арсенал перспективних сполук.

Продовжуючи дослідження ряду 5-бромфуранпохідних 1,2,4-тріазолу, нами вивчено реакції 5-(5-бромфуран-2-іл)-4-метил-1,2,4-тріазол-3-тіолу із деякими галогенвмісними сполуками (рис. 1). У всіх випадках реакції проходять досить швидко, вихід кінцевих продуктів перевищує сімдесят відсотків.

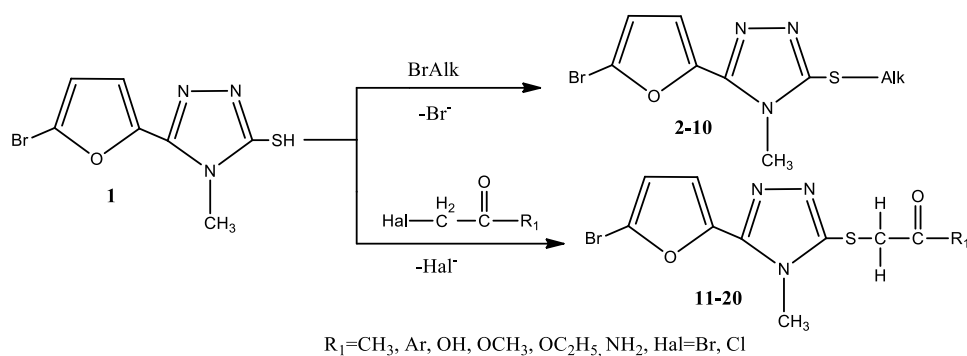


Рис. 1 Схема взаємодії 5-(5-бромфуран-2-іл)-4-метил-1,2,4-тріазол-3-тіолу з деякими галогенвмісними сполуками

В якості галогенвмісних сполук ми використовували бромалкани, бромацетон, бромацетофенон та його заміщені, α -хлорацетамід, хлорацетатну кислоту та деякі естери хлорацетатної кислоти (рис.1). У всіх випадках реакції проводили в лужному середовищі за присутності метанолу. Кінцеві продукти реакції було отримано шляхом випаровування розчинника. За результатами експериментальної частини синтезовано дев'ятнадцять нових сполук (2-20, рис. 1), фізико-хімічні властивості яких було досліджено та відповідно доведено будову зазначених молекул за допомогою комплексних сучасних методів аналізу. В деяких окремих випадках нами проведено зустрічний синтез, що також підтверджує будову синтезованих сполук.

Висновки. Встановлено, що реакції проходять за атомом Сульфуру, утворюючи нові індивідуальні речовини. Використовуючи хроматомас-спектрометричний метод аналізу, доведено індивідуальність кожної сполуки. Всі синтезовані речовини було передано для вивчення гострої токсичності, протимікробної та протигрибкової дії.

СИНТЕЗ ТА АНТИГІПОКСИЧНА ДІЯ ІЛІДЕНГІДРАЗИДІВ 1-АЛІЛЗАМІЩЕНИХ ТЕОБРОМІНІЛ-8-АМІНОАЛКАНОВИХ КИСЛОТ

Перепечай М.В.

Запорізький державний медичний університет

Існує чимало причин для розвитку гіпоксії, а ліків, які мають виражену антигіпоксичну дію та мінімальну кількість побічних ефектів небагато. Слід зазначити, що гіпоксія є одним з основних механізмів гіперпродукції вільних радикалів, накопичення яких в організмі призводить до пошкодження біомолекул. Тому пошук нових сполук серед похідних ксантину, які б були доступними за ціною, вітчизняного виробництва та задовольняли потребу лікування симптомів гіпоксії, залишається актуальним питанням сучасної фармацевтичної науки.

Зазначені сполуки синтезували шляхом алкілування 8-бромтеоброміну алілбромідом в середовищі диметилформаміду в присутності безводного Na₂CO₃ чи K₂CO₃. Отримані 1-алілзаміщені 8-бромтеоброміну при нагріванні з гліцином, α - та β -аланіном чи фенілаланіном утворюють відповідні заміщені теобромініл-8-аміноалканових кислот. На основі синтезованих кислот методом етерифікації були одержані відповідні естери, нагріванням яких з надлишком гідрозингідрату отримані їх гідрозиди. Останні при короткочасному нагріванні з відповідними альдегідами з високими виходами утворюють іліденгідрозиди теобромін-8-аміноалканових кислот.

Будова синтезованих речовин підтверджена даними елементного аналізу, ІЧ-, ПМР-спектроскопії та мас-спектрометрії.

Попередньо були проведені розрахунки молекулярних дескрипторів синтезованих сполук, які показали перспективність проведення подальших досліджень *in vitro* та *in vivo*.

Гостра токсичність вивчалась за методом Кербера. Доведено, що синтезовані сполуки є помірно та малотоксичними. Вивчення антигіпоксичної активності проводили в умовах гострої нормобаричної гіпоксії. В якості еталону порівняння використовували мексідол в дозі 10 мг/кг. Отримані дані свідчать про перспективність даного класу сполук як антигіпоксичних засобів.

ВАЛІДАЦІЯ РОЗРОБЛЕНИХ МЕТОДИК КІЛЬКІСНОГОВИЗНАЧЕННЯ ТАБЛЕТОК «АНГІОЛІН»

Петрушенко Маргарита Миколаївна
Запорізький державний медичний університет
Кафедра фармацевтичної хімії

Вступ. Процедура валідації аналітичних методик передбачена для того, щоб аналітична методика зайняла гідне місце в системі забезпечення якості, відповідала своєму призначенню, тим самим гарантувала достовірні та точні результати аналізу.

Метою дослідження постало проведення валідації розроблених методик кількісного визначення таблеток «Ангіолін» за такими характеристиками як: специфічність, лінійність, діапазон застосування, точність, правильність та робасність.

Матеріал і методи. Специфічність розроблених методик кількісного визначення таблеток «Ангіолін» встановлювали шляхом приготування модельних сумішей допоміжних речовин та аналізували розчин «плацебо». Лінійну залежність досліджували у межах діапазону застосування розроблених методик. Вона була підтверджена безпосередньо на таблетках, шляхом розведення стандартних розчинів.

Отримані результати. Для кількісної оцінки відтворюваності результатів визначень та адекватності лінійної залежності розраховували числові показники лінійної залежності, а саме, коефіцієнт кореляції, залишкове стандартне відхилення, вільний член лінійної регресії та коефіцієнт регресії. Згідно з вимогами ДФУ, таку валідаційну характеристику як правильність та точність розроблених методик кількісного визначення діючої речовини у складі лікарських препаратів встановлювали методом модельних сумішей. Оцінку робасності проводили на стадії розробки методик шляхом визначення факторів, що впливають на величину абсорбції. Вплив цих факторів було враховано при виборі оптимальних умов визначення.

Висновки: при проведенні аналізу встановлено, що розраховані показники відповідають вимогам ДФУ.

АЛГОРИТМИ ДЛЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ ВІРТУАЛЬНОГО СКРИНІНГУ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ СЕРЕД НОВИХ СПОЛУК РЯДУ АЗАГЕТЕРОЦИКЛІВ

Риженко В.П.
Запорізький державний медичний університет

Створення комп'ютерних програм для віртуального скринінгу є актуальним завданням для сучасної фармакології і медицини. Традиційні дослідження, засновані на скринінгу і відборі біологічно активних сполук, трудомісткі і вимагають значних витрат з напрацювання, очищення та встановлення будови сполук, по встановленню біологічної активності, токсичності та їх специфічної активності, тобто по проведенню доклінічних досліджень.

Незважаючи на численні роботи, присвячені дослідженням з даної проблеми, в наукових дослідженнях, що базуються на комп'ютерних програмах прогнозу (PASS, Orakul і ін.) антиоксидантної активності індивідуальних хімічних сполук досліднику доводиться стикатися з необгрунтованим і навіть некоректним вибором ознак активності досліджуваних речовин.

Насамперед, в сучасних програмах відсутній диференційований прогноз антиоксидантної активності хімічних сполук щодо активних форм кисню та азоту. У цих комп'ютерних програмах підхід підпорядкований одній меті - отриманню високих значень коефіцієнтів кореляції, що призводить до створення за висловом Hansch С. «математичних виродків», які не мають нічого спільного з об'єктом або процесом дослідження.

Отримані нами експериментальним шляхом дані про антиоксидантну активності 120 з'єднань і дані розрахунків дескрипторів (НОМО і LUMO) дозволили встановити пряму залежність даної активності від реактивного індексу. В результаті цього отримана можливість провести передбачення антиоксидантної активності на підставі методу лінійної інтерполяції. Створено комп'ютерну програму для віртуального скринінгу, яка істотно скоротить час і кошти при фармакологічному дослідженні нових синтезованих сполук.

Для цього провели оцінку його мікробіологічної чистоти відповідно до ДФУ 1 (2.6.12; 2.6.13). Для контролю мікробної контамінації використовували зразки лікарських форм, розфасовані в металеві безповоротно стиснуті туби з внутрішнім лаковим покриттям, захисною мембраною і латексним кільцем, які зберігали в прохолодному (8-15°C), захищеному від світла місці впродовж 10 діб (граничний термін зберігання для екстемпоральних препаратів відповідно до ДФУ).

Встановлено, що мікробіологічна чистота експериментальної трихологічної мазі задовольняє вимогам ДФУ 1 категорії 2 (готові лікарські засоби для місцевого застосування і застосування в респіраторному тракті), оскільки в 1 г препарату виявлене 20 аеробних бактерій при відсутності грибів та бактерій роду *Pseudomonas aeruginosa* і *Staphylococcus aureus*. Це дає можливість екстемпорального виготовлення лікарської форми без застосування консервантів. Проте для можливості її промислового виробництва потрібна упевненість знаходження мікробної контамінації розробленої мазі у фармакопейних межах упродовж тривалого зберігання (не менше двох років). Такі показники можливо досягти введенням до складу зовнішньої лікарської форми октопіроксу антисептичних допоміжних речовин.

Як консерванти до складу мазі вводили відомі антисептичні речовини, що використовуються у виробництві лікарських і парафармацевтичних препаратів (полігексаметиленгуанідину фосфат, ніпагин: ніпазол 8:2, натрію бензоат, кемабен, гермаль плюс рідкий) в концентраціях, дозволених для зовнішнього застосування.

Встановлено, що введення до складу мазі з октопіроксом та нафталаном знесмоленним усіх досліджуваних консервантів мінімізує рівень мікробної контамінації цього лікарського засобу. Оптимальні результати мікробної чистоти дає введення до складу лікарської форми для зовнішнього застосування 0,15% полігексаметиленгуанідину фосфату або 0,15% гермаль плюс рідкого або 0,5% кемабену.

Висновки. Отримані дані дозволяють прогнозувати стабільність мікробної контамінації розробленої трихологічної форми амінексилу для топічної терапії себорейного дерматиту.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ДІЮЧИХ РЕЧОВИН В ТАБЛЕТКОВІЙ МАСІ З L-ТРИПТОФАНОМ ТА ТІОТРИАЗОЛІНОМ

Сорокопуд Л.Ю., Борсук С.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В процесі виготовлення таблеток одним з основних критеріїв якості є їх постадійний контроль під час виробництва, а саме контроль вмісту діючих речовин в таблетковій масі.

Мета дослідження. Стандартизація L-триптофану та тіотриазоліну (4:1) в таблетковій масі, під час виробництва таблеток з L-триптофаном та тіотриазоліном.

Матеріал і методи. У дослідженні використовували 6 серій таблеткових мас, склад на одну таблетку: L-триптофану 200,0 мг, тіотриазоліну 50,0 мг, допоміжних речовин до 450,0 мг. У процесі дослідження нами була використана модульна система для ВЕРХ BISCHOFF зі спектрофотометричним детектором Lambda 1010 на зворотній фазі, і розроблена, модифікована методика визначення діючих речовин в модельній суміші методом ВЕРХ. Для проведення кількісного визначення діючих речовин методом ВЕРХ, ми використовували колонку Prontosil Eurobond C 18 розміром 250 × 4,6 мм, в якості елюента - 20 % метанолу - 80% фосфатного буферу, що містить 0,68 г/л дигідрофосфату калія та фосфатну кислоту (рН 3).

Отримані результати. В результаті дослідження визначили вміст діючих речовин в таблетковій масі, що склало L-триптофану від 199,1 до 201,9, тіотриазоліну від 48,8 до 51,1, що відповідає вимогам ДФУ. Надалі розроблену методику планується використовувати для стандартизації L-триптофану та тіотриазоліну в таблетках з даними діючими речовинами, як в заводських, так і в лабораторних умовах.

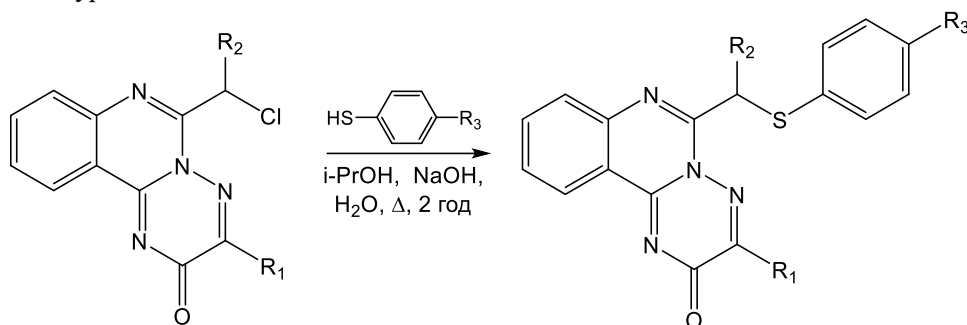
Висновки. Розроблено сучасну методику стандартизації діючих речовин в таблетковій масі з L-триптофаном та тіотриазоліном методом ВЕРХ, так як він є надійним, об'єктивним, точним, чутливим і надалі планується використовуватися при серійному виробництві таблеток L-триптофану з тіотриазоліном.

3-R₁-6-(R₂(АРИЛТИО)МЕТИЛ)-2H-[1,2,4]ТРИАЗИНО[2,3-с]ХІНАЗОЛІН-2-ОНИ – НОВИЙ КЛАС ПЕРСПЕКТИВНИХ БІОЛОГІЧНО-АКТИВНИХ СПОЛУК

Сметана Є.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Похідні азаетероциклів, що містять функціональні групи з атомом Сульфуру є перспективними об'єктами досліджень спрямованих на створення біологічно-активних агентів. Серед загальновідомих прикладів сполук зазначеного типу, що застосовуються в медичній практиці можна відзначити цитостатичний препарат меркаптопурин, антиагрегантний засіб кангрелор, препарат для лікування подагри лезінурад тощо.



Мета дослідження. Враховуючи зазначене, та встановлену раніше перспективність пошуку біологічно-активних сполук серед продуктів взаємодії 6-(хлоро(R₂)метил)-3-R₁-2H-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолін-2-онів з N-нуклеофільними агентами, нами досліджена реакційна здатність названих хлоровмісних похідних з тіофенолом та його заміщеними.

Отримані результати. Встановлено, що реакція наведених вище вихідних сполук легко перебігає в водному пропанолі-2 в присутності еквімолярної кількості натрію гідроксиду та веде до утворення відповідних продуктів S-алкілування. Будова одержаних сполук підтверджена комплексом фізико-хімічних методів, що додатково дозволило встановити особливості їх спектральних характеристик.

Висновки. Синтезовані сполуки були піддані скринінгу з метою встановлення їх антибактеріальної, протигрибкової та антирадикальної дії, що дозволило виявити перспективні об'єкти для подальших досліджень.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МАКРОСКОПІЧНИХ ТА МІКРОСКОПІЧНИХ ОЗНАК ЧЕБРЕЦЮ ЛИМОННОЗАПАШНОГО ТА ЧЕБРЕЦЮ ПОВЗУЧОГО

Стешенко Я.М.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Сьогодні одне з найважливіших питань постає в пошуку лікарських рослин з достатньою сировинною базою та перспективністю в дослідженні біологічної активності. Сучасні фармакогностичні лабораторії Європи досить широко використовують мікроскопічний метод аналізу, щоб здійснювати ідентифікацію окремих видів. Діагностичні відмінності лікарської рослинної сировини дозволяють розрізняти рослини, які використовуються в науковій та офіційній медицині від можливих домішок, що регламентує потрібний показник якості сировини та дає змогу більш ретельно дослідити рослину. В порівняльній характеристиці виявити спільні та відмінні морфологічні ознаки окремого виду чи роду. В сучасній медицині особливу увагу варто звернути на маловивчені види роду *Thymus* L., а саме – чабрець лимоннозапашний. До Державної Фармакопеї України 1 включена стаття на траву чабрецю повзучого (*Thymus serpyllum* L.) та суміш рослинної сировини ч.звичайного (*Thymus vulgaris* L.) з ч. іспанським білим (*Thymus zygis* L.) без виділення відмінних морфолого-анатомічних діагностичних ознак компонентів, що дає нам змогу більш ретельно вивчати види, які не входять до ДФУ.

Мета досліджень: дослідити та порівняти мікроскопічні та макроскопічні діагностичні ознаки рослинної сировини чебреців лимоннозапашного (*Thymus x citriodorus* (сорт Silver Queen)) та повзучого (*Thymus serpyllum* L.).

Матеріал і методи: траву рослин заготовляли в Україні (Запорізька, Херсонська, Одеська, Полтавська області) в період 2017-2018 рр. відповідно до вимог ДФУ. Для здійснення мікроскопічного дослідження використовували траву чебрецю лимоннозапашного (*Thymus x citriodorus* (сорт Silver Queen), що зібрана в період цвітіння рослини. Свіжу рослинну сировину фіксували в суміші гліцерин, етиловий спирт 96 % і вода очищена (1:1:1). Дослідження виконали з використанням розчину хлоралгідрату згідно з методикою ДФУ. Порівняння здійснювали з фармакопейним видом – чебрецем повзучим (*Thymus serpyllum* L.).

Отримані результати. Під час мікроскопічних досліджень лікарської рослинної сировини звертали увагу на діагностичні елементи стебла рослини , наявність, кількість, тип продихів, характеристику волосків та залозок , тип листової пластинки, клітини епідермісу. Під час порівняльної експериментальної частини були виділені спільні та відмінні макроскопічні та мікроскопічні ознаки досліджуваних видів .

Висновки. Загальними анатомічними ознаками для досліджуваних видів є такі ознаки. Продихи часті (на нижній епідермі дуже часті), оточені 2 біляпродиховими клітинами з променево-зморшкуватою кутикулою. Тип продихового апарату – діацитний (діагностична ознака родини Ясноткові (*Lamiaceae*)). Опущення верхньої епідерми та краю листка середнє, а нижньої – рідке і представлене невеликими одноклітинними дещо зігнутими волосками (аналогічні волоски у фармакопейному виді чебрецю повзучому), які вкриті бородавчастою кутикулою . Досліджуваний лист чебрецю лимоннозапашного має відсутність поздовжньо-зморшкуватої кутикули у базисних клітинах та променево-зморшкуватої кутикули у біляпродихових клітинах епідерми. Наявність пучків волокон із середніх жилок відрізнялась у порівнянні з фармакопейним видом. На основі проведених досліджень можливо зробити висновок, що філогенетичні між собою види (чебрець лимоннозапашний та чебрець повзучий) мають не лише спільні родові ознаки , а й відмінні. Це насамперед пов'язано з адаптуванням рослин до кліматичних умов, враховуючи певну територіальну особливість.

SYNTHESIS AND ANTIOXIDANT PROPERTIES OF 8-AMINODERIVATIVES OF 7-(2-HYDROXY-2-PHENYLETHYL)-TEOPHYLLINE

Turpak M.S.

Zaporizhzhia State Medical University

Recently, there is a strong interest in determining the antioxidant activity of medicinal forms and biologically active substances. Due to the harmful effects of free radicals, walls of vessels and membranes become damaged, lipids are oxidized, resulting in serious pathological changes, cardiovascular and cancerous diseases. The harmful effect of "free radicals" on the body may be reduced by the use of some drugs, biologically active substances that have high antioxidant activity. Therefore, the problem of antioxidant search is perspective and relevant.

The aim of this work is to develop simple laboratory methods for the synthesis of unpublished in the literature 7,8-disubstituted of theophylline and the study of their physical-chemical and biological properties.

The initial 8-bromo-7-(2-hydroxy-2-phenylethyl)-theophylline was obtained by reaction of 8-bromotheophylline with phenyloxirane in a medium of n-propanol. Boiling of 7-substituted 8-bromotheophylline with excess of primary and secondary amines in aqueous dioxane environment leads to the formation of the corresponding 8-amino derivatives of 7-(2-hydroxy-2-phenylethyl)-theophylline, non-described in the literature. In the PMR spectra of the compounds obtained, the shape, location and intensity of the proton signals of the residues in positions 1, 3, 7 and 8 completely correspond to their structure. The individuality of the obtained substances was proved by the method of chromatic mass spectrometry.

Antioxidant activity was studied *in vitro* on the non-enzyme initiation model of free radical Fe²⁺ oxidation and using the DPPH-test for Al-Omair etc. Mexidol and ascorbic acid were used as benchmarks for comparison. It has been established that the majority of synthesized compounds are approaching or exceeding comparative standards in the antioxidant activity index.

Some regularities in the row "chemical structure - biological action" are established. For final conclusions, additional research is needed.

ВИВЧЕННЯ ДЕГРАДАЦІЇ ПИПЕРИДИНІЙ 2-((5-(ФУРАН-2-ІЛ)-4-ФЕНІЛ-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛ)ТІО)АЦЕТАТА В СТРЕСОВИХ УМОВАХ

Усенко Д., Варинський Б.О.
Запорізький державний медичний університет

Метою роботи було дослідження примусової деградації пиперидиній 2-((5-(фуран-2-іл)-4-феніл-4Н-1,2,4-триазол)-3-іл) ацетату в субстанції, 0,1% розчин і 1% розчин для ін'єкцій під дією гідроксиду натрію, хлоридної кислоти, 3% H₂O₂, температури, УФ-випромінювання.

Матеріали і методи. Система Agilent 1260 Infinity HPLC. Agilent одноквадрупольний мас-спектрометричний детектор 6120 було використано для дослідження.

Результати і обговорення. Залежність кількісного вмісту піперидиній 2-((5-(фуран-2-іл)-4-феніл-4Н-1,2,4-триазол)-3-іл)ацетату від часу експозиції було визначено. Найбільша деградація відбувалась при впливі 3%-го гідроген пероксиду та УФ-світла. За шість діб розклад в присутності 3% H₂O₂ було приблизно в 2 рази. Розклад в присутності УФ світла 0,1% розчину за чотири дні було приблизно 40%, в той же час для 1% розчину тільки 20%. Встановлено склад продуктів деградації, що утворюються під дією окиснювача (3% H₂O₂). Запропоновано склад продуктів, що утворилися під впливом УФ-випромінювання.

СИНТЕЗ ТА ВЛАСТИВОСТІ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ, ЯКІ МІСТЯТЬ ФРАГМЕНТИ ЦИКЛОПРОПАНУ, 2-МЕТИЛФУРАНУ ТА ТІАДІАЗОЛУ

Федотов С.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Пошук біологічно активних сполук в ряду похідних 1,2,4-триазолу є актуальним завданням сучасної фармації.

Метою дослідження стала розробка нових ефективних методів синтезу триазоловмісних гетероциклічних систем на основі похідних циклопропану, тіадіазолу та фурану.

Матеріал і методи. Методи органічного синтезу (алкілування, гідразіноліз, нуклеофільне приєднання, внутрішньомолекулярна гетероциклізація), температура плавлення капілярним способом, елементний аналіз, ІЧ-, ¹Н ЯМР, хромато-мас-спектрометрія, газова хроматографія, методи *in silico*, *in vivo* і *in vitro* скринінгу біологічної активності, методи статистики.

В якості вихідних сполук відповідно були використані хлороформ, тіосемікарбазид та метил 2-метилфуран-3-метаноат. Усі три речовини піддавались поетапній хімічній трансформації, яка закінчувалась вдало. Результат - 5-(2,2-дихлор-1-метилциклопропіл)-4-феніл-1,2,4-триазол-3-тіол, 5-(((5-аміно-1,3,4-тіадіазол-2-іл)тіо)метил)-4-*R*-1,2,4-триазол-3-тіол, 4-метил-5-(((4-метил-5-(2-метилфуран-3-іл)-1,2,4-триазол-3-іл)тіо)метил)-1,2,4-триазол-3-тіол, які були використані в якості інтермедіатів для подальших реакцій алкілування галогеналканами та галогенкислотами. Склад та будова синтезованих сполук були підтверджені комплексним використанням елементного аналізу, ІЧ- та ¹Н ЯМР-спектрометрії.

Отримані результати. Одержано та підтверджена будова 30 сполук як *S*-алкілпохідних цільових тіонів, серед яких встановлені сполуки з антимікробною, протизапальною та антиоксидантною активностями.

Висновки. Оптимізовано способи одержання 5-(2,2-дихлор-1-метилциклопропіл)-4-феніл-1,2,4-триазол-3-тіолу, 5-(((5-аміно-1,3,4-тіадіазол-2-іл)тіо)метил)-4-*R*-1,2,4-триазол-3-тіол, 4-метил-5-(((4-метил-5-(2-метил-фуран-3-іл)-1,2,4-триазол-3-іл)тіо)метил)-1,2,4-триазол-3-тіолу та їх похідних. Досліджені показники оцінки біологічної активності синтезованих речовин. Виявлені найбільш перспективні сполуки для подальшого тестування *in vitro*.

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ СУПРОВІДНИХ ДОМІШОК В ТАБЛЕТКАХ БРОМІДУ 1-(β -ФЕНІЛЕТИЛ)-4-АМІНО-1,2,4-ТРИАЗОЛІЯ

Цекало Я.Г., Парнюк Н.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Найчастішим і найнебезпечнішим захворюванням серця є ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія. Звідси постає важливе питання створення нових високоефективних засобів для лікування цих захворювань. На кафедрі фармацевтичної хімії ЗДМУ сумісно з фахівцями НВО «Фарматрон» синтезовано нову речовину оригінальної структури, яка проявляє антигіпертензивні, протиішемічні та антиоксидантні властивості – бромід 1-(β -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазолію. Тому стало актуальним створити на основі цієї речовини новий лікарський засіб у вигляді таблеток. Одним з головних показників якості таблеток є визначення супровідних домішок.

Тому **метою дослідження** стала розробка методики визначення супровідних домішок для таблеток броміду 1-(β -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазолію.

Отримані результати. При визначенні супровідних домішок в отриманих таблетках броміду 1-(β -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазолію ми спробували використати розроблену методику визначення домішок в таблетковій масі методом ВЕРХ. В ході дослідження доведено, що дану методику можна застосувати не тільки для аналізу субстанції та ін'єкційних розчинів, але й для таблеток. Саме тому було розроблено методику для визначення супровідних домішок в таблетках броміду 1-(β -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазолію методом ВЕРХ.

Отримані результати довели, що вміст домішки 4-аміно-1,2,4-триазолу у випробуваних розчинах таблеток броміду 1-(β -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазолію становить в межах, які регламентує ДФУ. Піки не ідентифікованих домішок на хроматографах випробуваного розчину не виявлені.

Висновки: проведені дослідження показали, що розроблена нами методика визначення супровідних домішок в таблетках броміду 1-(β -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазолію методом ВЕРХ є відтворюваною, точною та відповідає вимогам ДФУ.

ГІПОГЛІКЕМІЧНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТІВ РИЖІЮ ПОСІВНОГО

Цикало Т.О., Тржецинський С.Д.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) – надзвичайно поширене захворювання у світі і одна з найактуальніших проблем охорони здоров'я багатьох країн. За останні роки його поширеність невпинно збільшується. ЦД 2 типу – найбільш поширений тип діабету, на який припадає близько 90% всіх випадків діабету.

Створення нових протидіабетичних лікарських засобів є актуальною задачею. У науковій і народній медицині є численні дані про використання лікарських рослин для лікування хворих на ЦД. Перевагою препаратів рослинного походження є те, що вони малотоксичні, діють м'яко, не кумулюються, можуть використовуватися тривалий час у комбінації з іншими рослинними препаратами, можна призначати хворим будь-якого віку незалежно від ступеня важкості ЦД.

Певний інтерес представляють рослини, які давно відомі в народній медицині, але недостатньо вивчені. Однією з таких є однорічна рослина рижій посівний (*Camelina sativa* (L.) Crantz), родини капустяних (Brassicaceae).

Мета дослідження. Дослідження можливої гіпоглікемічної активності екстрактів з сировини рижію посівного.

Матеріал і методи. Дослідження проводились на білих статевозрілих щурах лінії Вістар масою 200 ± 20 г. Для дослідження використовували густий екстракт із трави та олію із насіння рижію посівного сорту Славутич. Цукровий діабет 2 типу індукували надмірними дозами фруктози. Для проведення дослідження експериментальні щури були розподілені на 5 груп ($n=6$). Група I (інтактні щури) та групи II, III, IV, V, які отримували протягом 8 тижнів 20% розчин фруктози («Голден-Фарм», Україна) замість води. Останні 2 тижні тварини додатково, через шлунковий зонд перорально отримували наступні засоби: група

II – емульсією дистильованої води (діабетичний контроль), група III – емульсією густого екстракту (200 мг/кг), група IV – емульсією олії (200 мг/кг), V – суспензією метформіну (150 мг/кг).

Характеристику глюкозного гомеостазу оцінювали за допомогою орального тесту толерантності до глюкози (ОТТГ). Проби крові для аналізу брали із хвостової вени до введення та через 30, 60 та 120 хвилин після введення глюкози.

Глікемічну реакцію під час проведення ОТТГ оцінювали за площею під глікемічними кривими (ммоль/л·хв), яку обчислювали за допомогою комп'ютерної програми «Mathlab».

Результати дослідження. Під час виконання орального тесту толерантності до глюкози розрахована площа під глікемічною кривою в контрольній групі діабетичних тварин, яка склала 1034,4 ммоль/л·хв. В той же час в групах тварин, які отримували густий екстракт ріжю посівного відповідна величина склала 712,2 ммоль/л·хв, а в групі тварин, які отримували олію ріжю посівного - 725,1 ммоль/л·хв. Ці показники достовірно не відрізнялися від відповідної площі в групі інтактного контролю (746,1 ммоль/л·хв).

Висновки. Одержані дані свідчать, що густий екстракт і олія ріжю посівного мають здатність гальмувати формування інсулінорезистентності та глюкозотолерантності на фоні експериментального діабету, індукованого високими дозами фруктози у щурів.

ПОШУК РЕЧОВИН З ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ СЕРЕД ПОХІДНИХ 3-МЕТИЛКСАНТИНУ

Цис О.В., Білай І.М.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Проблема гіперліпідемії займає одне з провідних місць серед факторів ризику серцево-судинних захворювань та прогресуванні їх ускладнень у населення. Незважаючи на високий гіполіпідемічний ефект, група статинів має цілу низку недоліків, пов'язаних з суттєвою побічною дією. Все це спонукає науковців до пошуку нових ефективних та малотоксичних гіполіпідемічних засобів.

Метою дослідження було провести пошук речовин з гіполіпідемічною активністю серед вперше синтезованих похідних 3-метилксантину при експериментальній гіперліпідемії.

Матеріал і методи. Для вивчення гіполіпідемічної активності використовувалися білі лабораторні щури-самці лінії Вістар масою 180-200 г. Для моделювання гіперліпідемії застосовували твінову модель: внутрішньоочеревино вводили твін-80 в дозі 200 мг/100 г ваги. Досліджувані речовини вводили перорально, одночасно з твіном або попередньо, протягом 6 днів. Було сформовано 13 груп лабораторних щурів лінії Вістар (по 8 тварин в одній групі): 10 похідних 3-метилксантину – 10 груп, 11 гр. – контрольна патологія, 12 гр. – інтактна група, 13 гр. – препарат порівняння (аторвастатин у дозі 20 мг/кг). Досліджувані речовини вводились у дозі 1/10 від LD₅₀ (що визначали попередньо методом Прозоровського). В сироватці крові визначали рівень загального холестерину, тригліцеридів, β-ліпопротеїдів та холестерину в аорті.

Отримані результати. Були отримані дані щодо гіполіпідемічної дії похідних 3-метилксантину: досліджувані речовини проявляли гіполіпідемічну активність. Деякі з них перевершували препарати порівняння за силою гіпохолестеринемічної дії.

Висновки. Таким чином, експериментально була обґрунтована перспектива подальшого вивчення нових похідних 3-метилксантину, як основа для розробки нового ефективного та безпечного гіполіпідемічного засобу.

THE PROSPECT OF CREATING NEW PILLS FOR ORAL MUCOSA DISEASES

Chonka H.

Zaporizhya State Medical University

According to WHO official statistics, about 98% of people in the world suffer from inflammatory diseases of oral mucosa.

So **goal of our research** became problems coverage of oral mucosa diseases in Ukraine. As **materials and methods** witch, we used secondary free information about pills for these pills.

Our results and effects. Analyzes of market research has shown that range of pills for oral mucosa diseases have limited choice and have a selective therapeutic effect. Despite advances in the science of creating new medicines in nowadays, do not satisfy the demand for treatment of these diseases. So it's very important created new treatment pills which based on derivatives of 1,2,4- triazolium and expasession of the domestic pharmaceutical market in Ukraine and thereby improving treatment.

Conclusions. Our evidence show that creation for new treatment pills witch based on derivatives of 1,2,4- triazolium and expasession of the domestic pharmaceutical market in Ukraine stay very important for nowadays. Established that domestic pharmaceutical market are busy foreign manufactures. All of this above open new possibilities to created new treatment pills for dentist treatment witch based on derivatives of 1,2,3-triazolium and expresesion of the domestic pharmaceutical market of Ukraine very impotant for now days. Established that domestic pharmaceutical market for oral mucosa diseases busy with foreign manufactures.

ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ В МАЗІ «ТІОТРИАЗОЛІН»

Шевченко О.А.

Запорізький державний медичний університет

Проблема пошуку нових ефективних хіміотерапевтичних засобів для лікування уражень шкіри надзвичайно актуальна. Ранозагоювальні засоби і препарати в цьому процесі застосовуються, як правило, з метою відновлення первісної форми та функції тканини в найбільш короткий термін. У нормативно-правових документах МОЗ України для зовнішнього застосування в дерматології рекомендовані м'які лікарських засобів різних фармакологічних груп, але практично всі вони мають прояв небажаних побічних ефектів. Тому актуальним являється пошук препарату, який має мінімальний ризик прояву побічних ефектів. Одним з таких препаратів є мазь тіотриазоліну. Метою нашої роботи була розробка методів стандартизації та валідації, розробка методик кількісного визначення мазі тіотриазоліну спектрофотометричним методом. Валідація - це збір та оцінка даних, що починається на стадії розробки та продовжується на етапі серійного виробництва, які гарантують здатність всіх технологічних процесів постійно і стабільно досягати очікуваних результатів, тобто це документоване підтвердження того, що система працює так, як і передбачалося. Для того, щоб аналітична методика зайняла гідне місце в системі забезпечення якості, відповідала своєму призначенню, тим самим гарантувала достовірні та точні результати аналізу, передбачена процедура валідації аналітичних методик. Для цього раніше була розроблена методика визначення субстанції тіотриазоліну спектрофотометричним методом, яка і надалі пішла для кількісного визначення мазі тіотриазоліну.

Вивчено актуальність застосування дерматологічних мазей та на підставі проведеного аналізу, робимо висновок, що методика визначення мазі тіотриазоліну спектрофотометричним методом є актуальною і відповідає дійсності аналітичних методик.

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ НА РІВЕНЬ МОТИВОВАНОСТІ ДО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СЕРЕД РОБІТНИКІВ СТАЛЕЛИВАРНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ

Возна І.В., Бригадир О.С., Калянова В.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Прийом у лікаря-стоматолога відноситься до факторів, що викликають стрес у більшості людей, що значно ускладнює роботу лікаря. Аби уникнути даної проблеми, необхідно знайти індивідуальний підхід до кожного пацієнта, що дасть можливість заспокоїти його та взаємодіяти більш ефективно. Користуючись різноманітними типологічними методиками можна оптимізувати та поліпшити психологічну підготовку хворого, створити більш комфортні умови для взаємодії з ним.

Мета дослідження. Оцінити вплив психологічної підготовки робітників заводу «Дніпроспецсталь» на рівень мотивованості до стоматологічного лікування та комфортності взаємодії з лікарем стоматологом.

Матеріал і методи. Всього було опитано 350 робітників заводу «Дніпроспецсталь». Методика психологічної підготовки для вирішення даної проблеми базувалася на роботах шведського психіатра та педагога К.Г. Юнга. Анкети заповнювалися після другого або третього відвідування. Респонденти відповідали на запитання анкети добровільно і анонімно. Анкета складалася з 15 запитань.

Отримані результати. Нас дуже засмутили відповіді на питання анкети «Як Ви ставитеся до профілактики стоматологічних захворювань?». Вважають, що їм не потрібна профілактика – 5,1%, розуміють важність профілактики, але не виконують її заходів – 28,0%, не регулярно виконують заходи профілактики – 43,7% працівників. Серед них представники всіх вікових груп. Лише 23,1% респондентів виконують заходи профілактики як на виробництві так і дома. В основному це жінки середніх вікових груп.

Незважаючи на стан сучасної стоматології майже 42,0% опитуваних відчувають страх коли звертаються до лікаря стоматолога. Жінкам більше до вподоби дружня розмова, а чоловікам ділова. Лише 23,1% респондентів виконують заходи профілактики як на виробництві так і дома.

В нашій анкеті було запитання на яке респондент відповідав двічі до бесіди з лікарем та після. «Наскільки комфортно Вам було спілкуватися з лікарем», майже вільно, або вільно обговорюю свою проблему таких відповідей було не більше 57,0%, після проведення бесіди таких стало 75,7%. Нас вразило те, що 68,3% респондентів на запитання «Наскільки лікарю вдалося втамувати Ваші негативні відчуття» дали відповідь «Лікар допоміг мені відчути себе більш безпечно». Використання у своїй практиці психологічної підготовки пацієнтів до стоматологічного лікування підвищує довіру до лікаря стоматолога і до такого лікаря планують «попасти» 87,7% працівників. Серед них всі жінки та представники старших вікових груп.

Висновки. Таким чином наше дослідження показало, що робітники заводу «Дніпроспецсталь» мають низьку мотивованість до комплексного лікування стоматологічних захворювань та використання заходів профілактики. Впровадження в практику роботи стоматологів різних профілей психологічної підготовки пацієнтів дозволить знизити психологічний дискомфорт перед прийомом, мотивувати пацієнтів виконувати методи профілактики на виробництві та дома, підняти довіру до лікаря.

Перспективи подальших досліджень будуть направлені на розробку методів профілактики стоматологічних захворювань на виробництві.

СТАН ВІДНОВЛЕНЬ ЗУБІВ ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Костенко Р.С.

Донецький національний медичний університет

Вступ. Ускладнення карієсу зубів, зокрема, пульпіт та періодонтит, вимагають, як відомо, ендодонтичного втручання, для проведення якого з метою створення вільного доступу до корневих каналів необхідно видалити значний об'єм твердих тканин. Особливо радикальному препаруванню підлягають бічні зуби у випадку каріозного ураження контактних поверхонь. Внаслідок руйнування зубів каріозним процесом, що призвело до розвитку ускладнень та препарування каріозних порожнин для проведення ендодонтичного лікування, бічні зуби втрачають більшу частину твердих тканин. Залишаються, як правило, тонкі стінки, які складаються з емалі та шару дентину, які, до того ж, мають знижені міцнісні характеристики та не здатні витримувати постійне велике жувальне навантаження. Для відновлення бічних зубів за прямим та непрямим методами застосовують різні реставраційні матеріали. У разі прямого відновлення найчастіше використовують фотокомпозичні матеріали, які, однак, мають суттєві недоліки, що стосуються полімеризаційної напруги під час їх твердіння, наслідком якої є неодмінна усадка та достатньо високий коефіцієнт термічного розширення. Певною альтернативою прямим фотокомпозичним реставраціям вважають непрямі керамічні відновлення, або вкладки. Високі міцнісні характеристики, біоінертність та низька теплопровідність кераміки відкривають можливості для широкого клінічного застосування керамічних вкладок для відновлення бічних зубів.

Мета дослідження - клінічна оцінка прямих фотокомпозичних реставрацій та непрямих керамічних відновлень бічних зубів після ендодонтичного лікування.

Матеріал і методи. Проведено стоматологічне обстеження 15 осіб віком від 30 до 44 років, які мали не менш, ніж 2 уражені карієсом бічні зуби з порожнинами 2 класу за Блеком. Після ендодонтичного лікування та obturaції корневих каналів один з молярів у кожного з пацієнтів відновлювали фотокомпозичним матеріалом за прямим методом у пошаровій техніці з застосуванням відповідної адгезивної системи та світлодіодного фотополімеризатора, а для відновлення іншого непрямим методом виготовляли монолітну реставрацію з керамічного матеріалу з використанням внутрішньоротового сканеру та комп'ютерного аналізу цифрового тривимірного зображення. Виготовлені керамічні вкладки після попередньої піскоструменої обробки та адгезивної підготовки твердих тканин зубів, що підлягали відновленню, фіксували на адгезивний цемент подвійного твердіння. Клінічну оцінку стану прямих та непрямих відновлень бічних зубів проводили за низкою адаптованих критеріїв.

Отримані результати. Безпосередньо після проведення прямих відновлень та фіксації вкладок усі реставрації зубів були у відмінному стані. Через 12 місяців більшість порушень стосувалася прямих відновлень. У 3 прямих реставраціях (20,0%) були виявлені відколи фотокомпозичного матеріалу на контактних поверхнях, 4 відновлення (26,7%) мали порушення крайового прилягання матеріалу, що може бути наслідком впливу жувального навантаження та змінення об'ємних параметрів реставрацій під дією термічних чинників. За рахунок у тому числі порушення прилягання фотокомпозита виявлено 5 випадків (33,3%) крайового забарвлення, що розповсюджується межею між матеріалом та емаллю відновлених зубів. Деяко рідше зустрічалися порушення міжзубного контактного пункту, яких встановлено 3 (26,7%). Було зареєстровано також стирання фотокомпозичного матеріалу у 6 відновленнях (40,0%). Слід зазначити, що в одному відновленні могло зустрічатися два та більше порушень. Значно менше порушень було виявлено у керамічних вкладках, у 2 з яких (13,3%) зафіксовані відколи матеріалу, також у 2 (13,3%) - щілина між матеріалом та емаллю, ще у 2 (13,3%) - крайове забарвлення.

Висновки. Проведене дослідження показало переваги непрямих керамічних відновлень, які більш доцільно застосовувати для реставрації бічних зубів після ендодонтичного лікування, ніж прямих фотокомпозичних відновлень.

ОЦІНКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Лепетченко Є.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Незважаючи на високі досягнення в розвитку стоматології, захворюваність каріесом зубів залишається гострою проблемою у дітей. Серед чинників ризику виникнення карієсу вагоме місце займає соматична патологія. У її структурі, поширеність бронхіальної астми серед дитячого населення становить від 1 до 18%. Лікування бронхіальної астми, окрім терапевтичного ефекту, викликає зміну низки фізико-хімічних та імунологічних параметрів ротової рідини, що сприяє карієсогенній ситуації в ротовій порожнині.

Мета дослідження. Вивчити розповсюдженість та інтенсивність каріозного процесу у дітей віком від 3 до 17 років на базі КНП «Міська дитяча лікарня №5» ЗМР Хортицького району м. Запоріжжя.

Матеріал і методи. В процесі дослідження обстежено 143 пацієнта віком від 3 до 17 років, хворих на бронхіальну астму. Серед них 8 дітей віком від 3 до 5 років, 56 віком від 6 до 11 років і 79 дітей віком від 12 до 17 років.

Отримані результати. Розповсюдженість карієсу склала 94,4 %. Інтенсивність процесу була найвищою у віковій групі від 6 до 11 років і складала 6,46. Найнижча інтенсивність карієсу спостерігалася у віці 3-5 років – 2,37. У віковій групі від 12 до 17 років інтенсивність карієсу склала 6,1. Середня інтенсивність каріозного процесу у дітей від 3 до 17 років хворих на бронхіальну астму мала значення 4,97.

Висновки. 1. Отримані в результаті дослідження дані свідчать про високий рівень інтенсивності та розповсюдженості каріозного процесу (за даними ВООЗ) серед дітей 3-17 років, що хворіють бронхіальною астмою. 2. Подальше комплексне вивчення стоматологічного здоров'я дітей, хворих на бронхіальну астму, є актуальним завданням сучасної дитячої стоматології.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ РЕПАРАТИВНИХ ПРЕПАРАТІВ, ПРИ ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ РАН З ВТОРИННОЮ ЕПІТЕЛІЗАЦІЄЮ, У НАЙБЛИЖЧІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Маршалова Р.І., Глазунов О.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Нинішня посилена зацікавленість пародонтологічною хірургією пов'язана із сучасними потребами та вимогами пацієнтів до повноцінного відновлення естетики і функції зубощелепної системи. Одним з головних показань є попередження рецесії ясен або ж припинення її прогресування. Протягом тривалого відновлювального періоду необхідно зберігати гігієну порожнини рота в належному стані. Це спонукає до пошуку і використання лікувально-профілактичних засобів для використання на рановій ділянці у післяопераційний період, які б сприяли захисту прилеглих здорових ясен та загоєнню рани.

Мета дослідження. Провести лабораторну оцінку застосуванню лікувально-профілактичного комплексу (ЛПК), у найближчі терміни при лікуванні хірургічних ран з вторинною епітелізацією ранових поверхонь.

Матеріал і методи. Було виконано спостереження за 32 пацієнтами після проведених хірургічних операцій з вторинною епітелізацією ранових поверхонь, з них 17 операцій - із застосуванням ЛПК, до складу якого входили адаптоген, полівітаміни, антиоксидант, антисептики, і 15 операцій - без застосування лікарських препаратів (контрольна група). Всього 19 жінок і 13 чоловіків у віці від 18 до 45 років, з різними патологічними процесами зубощелепної системи. Контроль за станом пацієнтів проводили шляхом біохімічного дослідження ротової рідини на 10, 21-у добу після прийому ЛПК. У ротовій рідині пацієнтів визначали активність ферментів еластази та каталази. За рівнем обсіменіння порожнини рота, умовно-патогенною і патогенною мікрофлорою, судили за активністю уреаз, за неспецифічним антимікробним захистом – активністю лізоциму. Ступінь дисбіозу (СД) розраховували за співвідношенням відносної активності уреаз до відносної активності лізоциму.

Отримані результати. Аналіз, проведений через 10 днів, в ротовій рідині пацієнтів груп спостереження, показав достовірне зниження активності еластази в 2 рази ($p < 0,01$), збільшення активності каталази в 1,7 рази ($p < 0,05$). Дослідження показало достовірне зниження активності уреаз у всіх групах, але в різному ступені. Так в ротовій рідині 1-ої групи цей показник зменшився в 2,0 рази, а в 2-ій- в 3,1 рази в порівнянні з початковим рівнем. Встановлено, що активність лізоциму в ротовій рідині пацієнтів, які

додатково отримували лікувально-профілактичний комплекс, зросла в 1,6 рази. Проведення аналізу через 21 день після лікування показало, що активність еластази підвищилася в ротовій рідині пацієнтів 1-ої групи до вихідних значень ($p > 0,1$), а в 2-ій - нижче, ніж в першій ($p < 0,05$). Зниження активності каталази, а значить і активності антиоксидантної захисту в порожнині рота, у пацієнтів 1-ї групи, повернулося до вихідного рівня ($p > 0,1$). У 2-ої групи активність каталази через 21 день збереглася такою ж високою ($p < 0,01-0,02$). Відбулося збільшення активності уреазу в 1-ій групі до вихідного рівня ($p > 0,1$), а в ротовій рідині 2-ї групи активність уреазу збереглася на достовірно низькому рівні по відношенню до початкового значення ($p < 0,001 - 0,05$). Була встановлена висока активність лізоциму в ротовій рідині пацієнтів 2-ї групи. Рівень активності лізоциму в цій групі достовірно перевищував початкові значення ($p < 0,002 - 0,01$). Розрахунок СД підтвердив високу ефективність запропонованого комплексу. СД була нижче в основній групі через 10 днів та 21 день на 83,9% та 76,4% відповідно.

Висновки: Проведені біохімічні дослідження ротової рідини довели, що найбільш ефективним методом лікування хірургічних ран в порожнині рота, є призначення ЛПК на тлі стандартного протоколу лікування. Досліджувані маркери запалення і ступеня бактеріального обсіменіння знизилися найбільшою мірою на тлі нормалізації параметрів неспецифічної резистентності. Найімовірніше, провідним механізмом нормалізації гомеостазу в ротовій порожнині пацієнтів є стимуляція антимікробної і антиоксидантної системи компонентами ЛПК, внаслідок чого вдалося запобігти активації запалення, спалах ПОЛ і бактеріального розмноження, викликаних подальшим хірургічним лікуванням.

ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗРАЗКІВ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

Роман О.Б.

Донецький національний медичний університет

Вступ. Реставраційні стоматологічні матеріали, які застосовують у сучасних технологіях відновлення уражених карієсом зубів, постійно вдосконалюються, набуваючи оптимізованих фізико-механічних, оптичних та естетичних характеристик. Для фотокомпозиційних матеріалів, призначених для відновлення бічних зубів, найголовнішими параметрами прийнято вважати міцність, твердість та стійкість до стирання. Для посилення фіксації та міцності фотокомпозиційних матеріалів у разі прямого відновлення зруйнованих більш, ніж на дві третини об'єму коронки бічних зубів, особливо після ендодонтичного лікування, використовують внутрішньоканальні штифти, найчастіше останнім часом з скловолокна.

Мета дослідження – лабораторне вивчення параметрів стискаючого навантаження при діаметральному розриві циліндричних зразків з фотокомпозиційного матеріалу, виготовлених з застосуванням скловолоконних штифтів та без них.

Матеріал і методи. З фотокомпозиційного матеріалу було виготовлено 30 зразків у формі циліндрів висотою 5,0 мм та діаметром 5,0 мм. Усі зразки були розподілені на три групи. До I групи увійшли 10 зразків з фотокомпозиційного матеріалу, усередині яких по центру був розташований внутрішньоканальний скловолоконний штифт. До II групи віднесли 10 зразків з того ж матеріалу, в яких було розташовано симетрично 2 скловолоконні штифти. У III групі були 10 фотокомпозиційних зразків без штифтів, тобто зразки були монолітними. Лабораторне вивчення стискаючого навантаження при діаметральному розриві фотокомпозиційних зразків проводили з використанням розривної машини Nano 25 Plug-n-Play, Biss-ITW. Зразки розташовували на столику розривної машини та прикладали до них стискаюче навантаження діаметрального спрямування до повного їх руйнування, фіксуючи числові значення руйнівного навантаження.

Отримані результати. Під час дослідження встановлено, що середній показник руйнівного навантаження при діаметральному розриві зразків з фотокомпозиційного матеріалу, які були укріплені одним скловолоконним штифтом (I група), дорівнював $1820,5 \pm 12,5$ Н. Цей показник щодо зразків з двома скловолоконними штифтами (II група) був достовірно ($p < 0,05$) вищим та складав $2010,5 \pm 10,3$ Н. При цьому фрагменти фотокомпозиційного матеріалу зразків обох груп відокремлювалися від штифтів, а штифти залишалися цілісними. Достовірно ($p < 0,05$) ще вищим було навантаження, яке руйнувало монолітні зразки з фотокомпозиційного матеріалу без штифтів, цей показник був значно більшим та дорівнював $2630,8 \pm 9,7$ Н.

Висновки. Монолітні фотокомпозиційні зразки до руйнування витримують достовірно більше навантаження, яке прикладають за дослідження при діаметральному розриві, ніж зразки, в структуру яких було введено один або два скловолоконні штифти.

БІЛЬ ПІСЛЯ ПЛОМБУВАННЯ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ

Смірнова І.В., Пахолов Б.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Пацієнти, які звертаються за амбулаторною стоматологічною допомогою, найчастіше потребують лікування у терапевта - стоматолога. На перший план виходять проблеми, пов'язані з лікуванням неускладнених і ускладнених форм карієсу, так само і некаріозних уражень твердих тканин зубів. Дуже важливо, щоб пацієнт, під час стоматологічних маніпуляцій, не відчував дискомфорту і болю. Це вирішується адекватним знеболенням і доброзичливою атмосферою в кабінеті, створеної медичним персоналом.

Пацієнти часто налаштовані на те, що після завершення лікування зубів і санації порожнини рота, закінчуються і проблеми з зубами. Виникнення осередку болю викликає у пацієнтів почуття подиву і розчарування, так як можуть виникати ситуації, коли до лікування пацієнт болю в зубі не відчував, а після лікування біль з'явилася. Перш за все, пацієнтів хвилює причини виникнення болю після пломбування, як довго буде вона тривати, чи можна було уникнути, і хто в цьому винен. Важливо пацієнта підготувати до можливих проявів больового синдрому і дати йому чіткі вказівки, як поводитися і на що звертати увагу при його маніфестації.

Тому лікування уражень зубів каріозного і некаріозного генезу вимагає уважного, відповідального і точного дотримання методик пломбування. Їх порушення призводять до виникнення болів, які свідчать про наявність проблем і можуть бути проявами ускладнень різного ступеня тяжкості.

Мета дослідження: з'ясувати, як часто пацієнти відчували біль після лікування зубів; попереджав лікар про можливу появу болю, чи давав лікар-стоматолог рекомендації як себе вести в даній ситуації.

Матеріал і методи: була складена анкета закритого типу, опитано анонімно 306 пацієнтів на базі приватного стоматологічного кабінету "Майстерня посмішок", серед яких 175 жінок і 131 чоловіків.

Отримані результати. 126 осіб (41,18%) відчували болі різної інтенсивності. Серед них було 75 (68%) жінок і 51(32%) чоловіків. За словами опитаних пацієнтів, інформацію про можливі больові відчуття отримали 306 осіб, тобто всі пацієнти кабінету.

Висновки. Інформований пацієнт, що знає, як себе поводити при виникненні у нього осередку болю, буде адекватно сприймати ситуацію, що дозволить уникнути з одного боку, розвитку важких ускладнень, з іншого боку, знизить ймовірність виникнення претензій пацієнтів до медперсоналу, як моральних, так і матеріальних.

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЦІНОУТВОРЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПОГЛИБЛЕНОГО КАРІЄСУ

Смірнова І.В., Ель Кандуссі А., Магуза С., Малумі С.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Зараз спостерігається бурхливий розвиток стоматологічних технологій, які дозволяють досягти чудових результатів, в тому числі і високої естетики, але вимагають дорогих обладнання та витратних матеріалів.

Цілком очевидно, що пацієнтові стоматологічне лікування обходиться недешево і не всі верстви населення можуть його собі дозволити.

Мета дослідження: проаналізувати вплив на собівартість стоматологічного лікування, вартість медикаментів і пломбувальних матеріалів при лікуванні гострого, глибокого карієсу.

Матеріал і методи: витрата медикаментів і пломбувальних матеріалів розраховувався відповідно до Наказу № 507 від 28.12.02 р МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

Отримані результати.

1. Як антисептик був обраний 0,05% розчин хлоргексидину:
- біглюконат 1мл – 1,10.
2. 1 карпула Ульттракаїну – 24,99.
3. Голка карпульних – 1,52.
4. Лікувальна одонтотропная прокладка:
- ПроРут MTA DENTSPLY – 1184,00;

- MTA + Cercamed (Польща) – 140,18;
- MTA ANGELUS (Бразилія) – 1155,00.

5. Ізолююча прокладка:

- Вітребонд – 154,44;
- Фуджі II LS (Японія) – 68,22.

6. Постійна пломба з композиту світлового затвердіння:

- Лателюкс (Україна) – 12,00;
- Харизма Смарт (Німеччина) – 39,37;
- Філтек Z250 (США) – 83,62.

Ціни вказані в національній валюті України.

Висновки: розглянувши частину факторів, що впливають на ціноутворення при лікуванні гострого та глибокого карієсу, виявилася значна різниця в цінах на пломбувальні матеріали. Безумовно, вибір матеріалу для пломбування робить безпосередньо лікуючий стоматолог з урахуванням клінічної ситуації, ступеня довіри до виробника, фінансуванням і т.д. На сьогоднішній день ринок пломбувальних матеріалів дуже широкий і дозволяє грамотному, лікарю, який розбирається в матеріалознавстві, знайти золоту середину між ціною та якістю, не на шкоду інтересам пацієнта.

ВИВЧЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ В РІЗНИХ ВИДАХ З'ЄДНАННЯ ІМПЛАНТАТУ ТА АБАТМЕНТА В СИСТЕМІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ІМПЛАНТАТІВ IMPLIFE®

Чертов С.О., Приступа Т.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Найбільш поширеним варіантом з'єднання стоматологічного імплантату з абатментом є внутрішній шестигранний і конусний типи. Критично можливі допуски в цих зчленуваннях обумовлює розмір «мікрощілини», а бактеріальна контамінація з'єднання впливає на зміну рівня альвеолярної кістки навколо імплантату, що грає вирішальну роль в довгостроковості досягнутих функціональних і естетичних результатах.

Метою дослідження було вивчення видового і кількісного складу мікрофлори зчленування при внутрішньому шестигранному та конусному з'єднанні в системі дентальних імплантатів Implife®.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження стали пацієнти з дефектами зубних рядів верхньої і нижньої щелепи, яким проведено лікування за допомогою дентальних імплантатів системи Implife® (Україна). Для вивчення видового і кількісного складу мікрофлори в «мікрощілині» з'єднання «імпантат-абатмент» використовували мікробіологічний метод.

Отримані результати. При проведенні мікробіологічних досліджень матеріалу з «мікрощілини» з'єднання імплантату з абатментом, у пацієнтів досліджуваної і контрольної групи, було виділено 13 видів мікроорганізмів (до аеробів відносяться 6 видів, а до анаеробів - 7 видів). Як правило, висівали мікробні асоціації, що складаються з 2-3 видів мікроорганізмів.

В цілому картина висіяної мікрофлори відповідає варіанту норми для порожнини рота. У досліджуваній групі були виявлені типові асоціації мікроорганізмів, з переважанням аеробної мікрофлори.

У контрольній групі пацієнтів анаеробні мікроорганізми зустрічалися на 65% частіше, в порівнянні з основною групою. Так само слід зазначити, що в досліджуваній групі кількість висіяних колоній за методикою Голда не перевищувало $1 \cdot 10^2$ - $1 \cdot 10^3$, що відповідає нормі. У контрольній групі у більшості пацієнтів кількість висіяних колоній за методикою Голда досягало $1 \cdot 10^5$ - $1 \cdot 10^6$, що можна розцінювати як граничний стан.

Висновки. За результатами мікробіологічного дослідження було встановлено що кількісний і видовий склад мікрофлори в поєднанні імплантату з абатментом при конусному типі з'єднання в 1,5 раз менше за аеробних, і в 2,2 рази менше за анаеробних мікроорганізмів, в порівнянні з внутрішнім шестигранним типом з'єднання. Таким чином, існують переваги використання дентальних імплантантів системи Implife® (Україна) з конічним типом з'єднання імплантату і абатмента, над імпантатами з внутрішнім шестигранним типом з'єднання.

ОСНОВНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ АНТИКОРУПЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Аніщенко М.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Під впливом євроінтеграційних процесів сучасний стан розвитку України характеризується посиленням боротьби з корупцією через тотальну корумпованість державного механізму та бізнес-структур, що визнається майже усіма членами суспільства. Подальша трансформація системи охорони здоров'я не можлива без удосконалення антикорупційної діяльності.

Мета дослідження. Проаналізувати діюче антикорупційне законодавство та законодавство про охорону здоров'я, тенденції розвитку даного законодавства, виявити проблеми, окреслити основні напрями удосконалення антикорупційної діяльності в закладах охорони здоров'я.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України, структурно-функціональний, юридично-технічний, системно-аналітичний.

Отримані результати. Антикорупційна діяльність в закладах охорони здоров'я регулюється Законом України «Про запобігання корупції», постановою КМУ від 04.09.2013 р. № 706 «Питання запобігання та виявлення корупції» та іншими численними нормативно-правовими актами.

Одним із проблемних питань є інституалізація антикорупційної діяльності, оскільки уповноважені особи створені далеко не у всіх комунальних та приватних закладах охорони здоров'я, хоча законодавством це передбачено. Наступним питанням є транспарентність (відкритість) інформації про заклад, наявні медикаменти, персонал тощо. Актуальним є питання антикорупційної освіти в медичних та фармацевтичних закладах, оскільки на даний час не впроваджуються такого роду освітні програми. Важливим для боротьби з корупцією є залучення громадськості до процесу прийняття рішень та моніторингу їх виконання. Не останнє місце в посиленні антикорупційної роботи займає підвищення соціальних стандартів життя медичних працівників. Також вважаємо за необхідне ввести до законодавства термін «лікарська добросесність», що є етико-правовим поняттям, яке характеризує кожного лікаря з позицій дотримання ним етичних принципів діяльності, сумлінного ставлення до праці, якості наданої допомоги, додержання норм чинного законодавства. Таке ж поняття можна застосувати до провізорів (фармацевтів) та назвати це провізорською (фармацевтичною) добросесністю. І звичайно ж, усі перераховані процеси не будуть ефективними без інформатизації системи охорони здоров'я.

Висновки. Отже, основними напрямками удосконалення антикорупційної діяльності в закладах охорони здоров'я є: інституалізація, транспарентність, антикорупційна освіта, залучення громадськості, підвищення соціальної захищеності медичних та фармацевтичних працівників, лікарська (провізорська, фармацевтична) добросесність, а також інформатизація закладів охорони здоров'я.

РЕФОРМА ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Базарнова А.В., Аніщенко М.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Активно почала нарощувати свої оберти медична реформа, особливо з 1 січня 2020 року вона торкнеться вже вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Її реформування проходитиме, в тому числі, за програмою «Безкоштовна діагностика», яка включає в себе аналізи, дослідження і навіть операції одного дня за моделлю “тариф за кожну послугу”. Але, як видно, до цього переліку не внесені консультації спеціаліста, бо для них діє інший механізм.

Мета дослідження: проаналізувати існуючу нормативно-правову базу та інформаційно аналітичні матеріали на предмет правового регулювання вторинної медичної допомоги, виявити проблеми та окреслити шляхи їх вирішення.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України, інформаційно-аналітичні матеріали, структурно-функціональний, юридично-технічний, системно-аналітичний.

Отримані результати. Якщо консультація, наприклад, надається в рамках діагностичного обстеження або операції одного дня, то вона входить у тариф послуги. Якщо вас проконсультував, наприклад, гастроентеролог, і він зробив гастроскопію, то тариф буде визначений саме на гастроскопію, а консультація є частиною цієї послуги.

Звичайно кожен медзаклад отримуватиме фіксований бюджет на консультації та окремий тариф за пріоритетні послуги — дослідження, аналізи, медичні маніпуляції. Назаразі відомо лише, що це буде фіксована сума на рік на медзаклад виходячи з тієї чисельності населення, яка приходила до них раніше.

І ось тут і постає проблема – фактична відсутність достатньої кількості високоспеціалізованих спеціалістів, здатних поєднувати проведення діагностичних маніпуляцій та амбулаторного прийому-консультування з призначенням лікувальних заходів. Особливо це стосується фахівців-діагностів, які в більшості випадків лише виконують медичні діагностичні процедури, і до їх обов'язків не входить встановлення діагнозу, а тим паче призначення лікування.

Варто зазначити, ця процедура передбачує скорочення кількості спеціалістів як мінімум вдвічі, а це в свою чергу значно збільшить навантаження на цих лікарів. До того ж ведення більшості пацієнтів, що потребують лише консультування(в більшості випадків це пацієнти з хронічною патологією) було перекладено на плечі сімейних лікарів, що, на нашу думку, суттєво знизить якість медичної допомоги, адже жоден лікар не може буди спеціалістом у всіх галузях медицини, хоча це й чудова економія бюджету.

Висновки. Отже, для успішного проведення даної реформи необхідно забезпечити навчання лікарів, що вже працюють як вузькі спеціалісти, та лікарів-діагностів, тобто інтегрувати обидві спеціалізації в одну, переглянути та внести зміни до навчальних програм студентів-медиків, та оснащувати кожен амбулаторію та стаціонар необхідним устаткуванням. Постають деякі питання: чи повинен, наприклад, лікар-гастроентеролог оволодіти навичками проведення усіх променевих методів дослідження, чи тільки якимось певним переліком найважливіших? За який термін це можливо реалізувати? Чи в змозі буде кожна лікарня оснаститись спеціалізованим обладнанням, якщо й досі не всі кабінети лікарів мають комп'ютери? І що робити з пацієнтами, які потребують постійного консультування без додаткових досліджень?

Роблячи цей крок МОЗ України намагається спонукати керівників медзакладів переглянути свій пакет послуг, купувати нове обладнання, щоб їх надавати та навчати лікарів, тим самим створивши потужні стаціонари. І, можливо, розглядаючи такі дії з перспективою на 5-10 років мінімум, можна очікувати гарних результатів, за умови, що буде забезпечений відповідний рівень підготовки майбутніх фахівців у галузі медицини. Але досі не зрозуміло, як саме вплине реформа на вже працюючих лікарів.

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ВІДПУСКУ РЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕЦІ

Белецький А.В., Скріпкін С.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Наразі в Україні відсутній єдиний концептуальний підхід в питанні удосконалення медичної рецептури, що має безпосередній негативний вплив на якість і ефективність фармакотерапії.

Мета дослідження. Проаналізувати діюче законодавство та фармацевтичну практику, що склалась в Україні на предмет відпуску рецептурних препаратів в аптеці; вивчити проблеми, окреслити шляхи їх розв'язування шляхом вдосконалення законодавства.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України, структурно-функціональний, юридично-технічний, системно-аналітичний.

Отримані результати. Стандарт належної виписки лікарських засобів (ЛЗ) має 5 позицій: правильні ліки, в правильній дозі, правильно приймаються, у відповідний час, відповідним пацієнтом. Проблему зниження витрат на ЛЗ без погіршення терапевтичного результату і безпеки, уряди різних країн вирішують по-різному. Так, у разі призначення ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою (МНН) (International Nonproprietary Names INN) лікар вказує в рецепті тільки діючу речовину препарату, а не його торговельну назву. Вказане свідчить про наявність можливості заміщення оригінальних препаратів їх генеричними версіями. Фармацевти можуть змінювати препарат на більш дешевий, що містить ту саму діючу речовину, в тому ж дозуванні і формі випуску (в деяких країнах обов'язково погоджувати своє рішення з лікарем або пацієнтом).

Нормативними актами що регулюють рецептурний відпуск лікарських засобів є Наказ МОЗ № 185 від 17.05.2001 та Наказ МОЗ № 360 від 19.07.2005. У спробі врегулювати рецептурний відпуск впроваджують належну фармакотерапевтичну практику. Принципи належної фармакотерапевтичної практики затверджені наказом МОЗ України № 651 від 26.07.2013.

Висновки. Для вдосконалення системи медичної рецептури та лікарських призначень в Україні необхідно:

1. Зобов'язати лікарів виписувати рецепти (як приклад Португалія) по МНН. З метою оптимізації взаємодії лікаря та фармацевта розглянути можливість виписувати призначення лікарями в електронній формі; а фармацевтам обирати один із трьох найдешевших ЛЗ з активною субстанцією.
2. Удосконалити електронну систему медичних документів (рецепти, медичні картки).

ПРОБЛЕМИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ МАРИХУАНИ В УКРАЇНІ

Бершадська А.В., Скріпкін С. В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. За інформацією міжнародних організацій, від двох до трьох мільйонів українців щодня терплять біль, яку не можна приглушити класичними знеболюючими. У таких випадках за кордоном дозволено полегшити страждання тяжкохворим - препаратами на основі канабісу. Законодавчо врегулювати доступ пацієнтів до препаратів з канабісу при лікуванні хронічного болю, епілепсії, анорексії, посттравматичного синдрому, захворювань імунної системи, артриту і ревматизму, астми, хвороби Альцгеймера, хвороби Паркінсона, хореї Гетінгтона, герпесу, виразок, втрати ваги при СНІДі, діабетичної нейропатії, різних форм склерозу і багатьох інших важких хвороб.

Мета дослідження. Вивчення проблем законодавчого врегулювання для легалізації марихуани в лікувальних цілях.

Отримані результати. 30.01.2019 на сайті Верховної Ради України опубліковано петицію з вимогою законодавчо врегулювати канабіс для науки та медицини. У тексті петиції, яку підписали 16 громадських організацій та благодійних фондів, закликають законодавчо врегулювати доступ пацієнтів до препаратів з канабісу для лікування хронічного болю при хворобі Альцгеймера, хвороби Паркінсона, посттравматичного синдрому та деяких інших захворювань. "Сьогодні в Україні понад два мільйони громадян позбавлені доступу до ефективного лікування", - говорять автори петиції.

Зараз в Україні є лише один формат передбачений законом для канабісу — це заборона. Він незаконний в будь-якій формі. Зберігання до 5 грам передбачає адміністративну відповідальність, більше 5 грам - кримінальне переслідування. Це стосується і тих канабіноїдів, що мають психоактивну дію, і тих, що її не мають. Проблема в тому, що понад 2 млн українських громадян, які потребують доступу до ефективного лікування, позбавлені такої можливості, в той час як в інших країнах законодавчо врегульована така можливість. Тобто вкрай необхідним є законодавчо врегулювати контрольований обмежений обіг, прописати правила такого обігу і дати людям доступ до ефективного лікування.

Один з можливих варіантів, яким чином можна легалізувати марихуану в Україні - це її виключення з переліку заборонених наркотичних речовин. Необхідно також дозволити обмежене використання каннабіса з метою виписування лікарями рецептів хворим пацієнтам для лікування вичерпного переліку хвороб, що має бути законодавчо затвердженими та при яких дозволяється використання марихуани з медичною метою.

Комітетом Верховної Ради України з прав людини також підтримано електронну петицію про законодавче врегулювання медичного канабісу.

Висновки. Кількість країн світу, що дозволяють вживати марихуану в медичних та оздоровчих цілях, постійно зростає. Водночас зростає кількість досліджень, які доводять користь використання канабісу в медичних цілях.

Також легалізація канабісу може завдати істотної шкоди незаконному ринку збуту та збільшити грошові надходження до державного бюджету. Згідно з даними, які наводить Reuters, до 2024-2025 років цей ринок складе близько 25 млрд доларів.

Декриміналізація та легалізація марихуани поліпшить економічний стан держави, зменшить кількість наркозалежних, і збільшить кількість робочих місць. Із впровадженням легалізації марихуани Україна стане туристично привабливою країною не тільки для туристів з ближнього зарубіжжя, але і для вихідців з північної та західної Європи, а це в свою чергу сприятиме розвитку готельно-ресторанного бізнесу.

Для вирішення означеної проблеми необхідна декриміналізація та легалізація марихуани в Україні, нормативне врегулювання та передбачення можливості призначення лікарських засобів, в тому числі виготовлених на основі конопель та продуктів, що містять канабіноїди для лікування вичерпного переліку хвороб.

АДМІНІСТРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДІЮЧИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ

Висоцький Б.А., Аніщенко М.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На сьогоднішній день часто виникають випадки, коли скаржаться медпрацівники, що дії пацієнта не є правомірними та пацієнт має відповісти за свою поведінку перед діючим законодавством. Найчастіше зустрічаються адміністративні правопорушення з боку пацієнтів під час здійснення медичної діяльності.

Мета дослідження. Дослідити нормативно-правові акти галузі адміністративного права, які регулюють відносини між пацієнтом та лікарем чи медичною установою та дослідити захищеність медпрацівників від неправомірних дій пацієнтів.

Матеріал і методи: нормативно-правова база України, метод аналізу, метод синтезу, структурно-функціональний.

Отримані результати. Кодекс України про адміністративні правопорушення є одним з основних нормативно-правових актів, який регулює права та обов'язки пацієнта у відносинах з лікарем чи медичною установою з позицій галузі адміністративного права. Пацієнт, порушуючи деякі зі статей цього кодексу, нестиме адміністративну відповідальність. Це такі статті, як: ст. 44 п. 1 «Ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження особи, яка знаходиться у стані наркотичного сп'яніння»; ст. 45 – «Ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу»; ст. 46 – «Умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою»; ст. 173 – «Дрібне хуліганство»; ст. 183 – «Завідомо неправдивий виклик спеціальних служб». Розглянувши ці статті, було виявлено ряд проблем, які потрібно вирішити на законодавчому рівні. За даними проведеного нами опитування серед лікарів перше місце за частотою випадків займає дрібне хуліганство, тобто образи в адресу медичних працівників під час виконання ними своїх професійних обов'язків. Така ситуація є неприпустимою, адже професія лікаря вважається однією з найблагородніших, оскільки пов'язана з порятунком та збереженням найголовніших загальнолюдських соціальних цінностей – життя і здоров'я. Однак відповідальність за образу в тому числі лікаря (санкція ст. 173 КУпАП) становить незначну на сьогоднішній день суму коштів – штраф від 51 до 119 гривень.

Висновки. На захист медпрацівників виступає стаття 3 Конституції України, де написано, що людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Вважаємо, що честь і гідність лікаря потребують ґрунтовнішого адміністративного захисту та є необхідність ввести окрему статтю до Кодексу України про адміністративні правопорушення, якою передбачити посилену адміністративну відповідальність за образи та неетичне ставлення до медичних працівників (штраф, як мінімум від 1020 гривень).

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ КОНЦЕПЦІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЛІКАРІВ

Данильченко Є.В., Аніщенко М. А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На даний час в Україні є низка причин, що спонукають переглянути концепцію підготовки та професійного розвитку лікарів. Серед них:

- низька мотивація медичного персоналу надавати якісні медичні послуги;
- низький професійний рівень певної частини медичного персоналу;
- безвідповідальність непрофесійного медичного персоналу за завдану шкоду внаслідок надання неякісної медичної допомоги.

Мета дослідження. Проаналізувати проект Концепції професійного ліцензування лікарів, виявити проблеми, окреслити шляхи їх вирішення.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України, структурно-функціональний, юридично-технічний, системно-аналітичний.

Отримані результати. Україна не поступається більш заможним країнам, наприклад, таким як Польща та Франція, за кількістю лікарів на 100 тис. населення, а за кількістю лікарняних ліжок навіть значно їх перевищує. Але в Україні смертність від раку, серцево судинних захворювань, діабету, хронічних респіраторних захворювань вище.

Тому, Міністерство охорони здоров'я пропонує новий шлях пропонує новий шлях професійної підготовки та розвитку лікарських кадрів.

Нова модель – ліцензування лікарів. Новий алгоритм доступу до професії: 6 років університету (включаючи іспити «Крок1-2») – інтернатура (включаючи іспит «Крок-3») – неповна ліцензія – резидентура – повна ліцензія – здобуття балів – подовження ліцензії – у разі деяких проблем – зупинка або позбавлення ліцензії.

Новий алгоритм доступу до професії передбачатиме не лише отримання ліцензії після закінчення навчання, але й зміни в медичній освіті як такої, а також безперервний професійний розвиток, що отримав ліцензію.

Висновки. В цілому, нововведення мають благородну та позитивну мету. Однак є низка проблемних аспектів, які варто вирішувати. До них належать: посилення корупційних ризиків через небезпеку побудови нових корупційних схем (адже за рейтингом сприяння корупції від Transparency International ми посіли 130-ту сходинку із 180 можливих); занадто довгий термін підготовки лікарських кадрів та низькі соціальні стандарти їх забезпечення, що може негативно відобразитися на вищій медичній освіті та спонукати лікарів до еміграції; прозорість механізму обрання ліцензійної ради, який потрібно ретельно прописати на законодавчому рівні; медико-правові проблеми збалансування прав та інтересів лікаря та пацієнта, що потребують подальшого правового унормування.

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ГАРМОНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ЄС

Іванченко Г.В., Гамбург Л.С.

Вступ. Нормативно-правовими актами в цій сфері правового регулювання в Україні, крім Конституції України, є закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про лікарські засоби» та ін. Упровадження європейських норм регламентації обігу лікарських засобів передбачає нові засоби регулятивного впливу держави, які, відповідаючи аналогічним засобам національного законодавства, все ж мають ширший зміст.

Мета дослідження. Виявлення основних проблем гармонізації фармацевтичного законодавства України та Європейського Союзу.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України та ЄС. Діалектичний, порівняльно-правовий (компаративний), системно-аналітичний, структурно-функціональний, формально-юридичний методи.

Отримані результати. Інтеграція України до ЄС, згідно з Угодою про асоціацію, передбачає гармонізацію основних елементів законодавчих систем і створення поглибленої та всеохоплюючої зони вільної торгівлі. Щодо лікарських засобів це означає, що системи законодавства ЄС та його держав-членів і України мають бути узгоджені з урахуванням європейського досвіду. Насамперед, законодавствам України та ЄС щодо лікарських засобів слід уніфікувати термінологію та запровадити єдині правила регулювання фармацевтичного ринку, а також закріпити порядок застосування вимог належних практик (GMP, GDP, GCP, GSP) у законодавстві України.

Оскільки Україна ще не є членом ЄС, норми Союзу не застосовуються в Україні автоматично. Тому національне законодавство має бути гармонізоване із законодавством ЄС відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та ЄС і додатками до неї. Інша проблема полягає в тому, що рішення про затвердження лікарських засобів для їх упровадження у виробництво, допуск на ринок і запобігання ризикам здоров'я пацієнтів і здоров'я населення ухвалюються в різних законодавчих середовищах за різними процедурами. Компетентний орган України не може взяти участі в децентралізованій процедурі або процедурі взаємного визнання щодо лікарського засобу, запроваджених у ЄС. Такий лікарський засіб вимагає окремої національної торгової ліцензії (GMP, GDP, GCP, GSP) у законодавстві України (за застосованою в Україні термінологією – реєстраційного свідоцтва). З тієї ж причини лікарський засіб, схвалений компетентним

органом України на основі законодавства ЄС, не може бути експортований в ЄС без європейської торгової ліцензії на лікарський засіб.

Саме тому порядок і критерії отримання торгової ліцензії на лікарський засіб в Україні мають відповідати законодавству ЄС, при цьому повинен забезпечуватися захист права громадян на охорону здоров'я в Україні шляхом збереження основних дозвільних процедур. Гармонізація законодавства України та ЄС щодо обігу лікарських засобів є необхідною умовою виконання міжнародних зобов'язань нашої держави, що задекларовано у Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки, затвердженій Наказом МОЗ від 13 вересня 2010 р. № 769, з комплексним урахуванням положень Директиви № 2001/83/ЄС Європейського

парламенту та Ради Європи «Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів для застосування людиною» (GMP, GDP, GCP, GSP) у законодавстві України. При удосконаленні законодавства України щодо обігу лікарських засобів та гармонізації його із законодавством ЄС повинні бути враховані й інші акти вторинного права Європейського Союзу.

Висновки. Інтеграція України до ЄС, згідно з Угодою про асоціацію, передбачає гармонізацію основних елементів законодавчих систем і створення поглибленої та всеохоплюючої зони вільної торгівлі. Отримання торгової ліцензії на лікарський засіб в Україні має відповідати законодавству ЄС, при цьому повинен забезпечуватися захист права громадян на охорону здоров'я в Україні шляхом збереження основних дозвільних процедур.

ДЕРЖАВНО-ГРОМАДСЬКЕ ПАРТНЕРСТВО В ПИТАННЯХ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ПАЛІАТИВНУ ДОПОМОГУ

Інюшина А.В., Аніщенко М. А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Паліативна допомога – вид медичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини. В це поняття, окрім знеболення важко хворої людини, включають психологічну, соціальну та духовну підтримку для пацієнта або його рідних. А тому сам паліативний підхід має бути направлений на усю людину, як цілісну систему, а не окремо на хворобу та її симптоми.

Мета дослідження. Дослідити нормативно-правові акти, що регулюють організацію паліативної допомоги в Україні.

Матеріал і методи. Нормативно-правові акти щодо паліативної та хоспісної медицини в Україні, Конституція України, структурно-функціональний, аналітичний, описовий методи

Отримані результати. З 2011 року паліативна допомога як окремий вид медичної допомоги закріплена законодавчо: Закон України від 07.06.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». До основних нормативно-правових актів, що регулюють паліативну допомогу, належить також наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», яким було затверджено Порядок надання паліативної допомоги та Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги, а також наказ Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 р. №58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду».

Однак, з огляду на те, що організація паліативної допомоги має комплексний мультидисциплінарний характер, потребує значних коштів та зусиль, ефективного провадження такої допомоги лише структурами публічної влади вважається досить ускладненим, вагомий поштовх сприяння в наданні даного виду медичної допомоги надходить від громадянського суспільства.

Окремі громадяни та громадські об'єднання беруть участь в організації надання паліативної допомоги на підставі Конституції України, Законів України «Про громадські об'єднання», «Про благодійну діяльність та благодійні організації», «Про волонтерську діяльність» та інші нормативно-правові акти.

Так, у 2002 році Всеукраїнська благодійна організація «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів» вперше підняла питання про забезпечення прав пацієнтів наприкінці життя. У 2007 році було створено Всеукраїнську Асоціацію паліативної допомоги, яка залучала церкви та релігійні об'єднання до допомоги невиліковно хворим. 2008 року створено Інститут паліативної та хоспісної медицини, як головний заклад з організації паліативної допомоги. 2010 р. на базі Національної медичної академії післядипломної освіти імені

П. Л. Шупика, створено кафедру паліативної та хоспісної медицини, яка готує фахівців з цього медико-соціального напрямку. 2011 р. Всеукраїнська громадська організація «Українська Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» об'єднала медиків, волонтерів, громадських діячів, які сприяють розвитку даного напрямку.

Висновки. Для розвитку та вдосконалення паліативної допомоги потрібно розширити сферу державно-громадського партнерства, а для цього необхідно прийняти відповідну концепцію. Адже для ефективного здійснення паліативного догляду потрібна більша увага до проблем болю та інших симптомів, розуміння та знищення табування тем, пов'язаних із смертю; більш розкрита інформованість пацієнта про діагноз (якщо це не зашкодить здоров'ю); включення в дану структуру допомоги родичам та опікунам. Комплексне, мультидисциплінарне ведення кожного пацієнта, індивідуальний план догляду, залучення представників різних професій, вирішення питання доступу до знеболення – лише деякі компоненти створення досконалої працюючої системи.

ЕЛЕКТРОННІ ІНФОРМАЦІЙНІ ІНТЕРНЕТ-СЕРВІСИ ЯК ЕЛЕМЕНТ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Кандибей В.К., Аніщенко М.А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ: Кілька років тому Верховною Радою України тому був прийнятий Закон «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» або, як його називають в народі, «медичну реформу», однак він був підписаний президентом тільки 28 грудня 2017 року, вступив в дію вже з 2018 року. Ця новітня реформа направлена на те, щоб вивести українську медицину на якісно новий рівень, який зможе допомогти наблизити її до рівня європейської та американської систем. Значним компонентом медичної реформи є запровадження електронної системи охорони здоров'я.

Питання електронних медичних інтернет-сервісів регулюється низкою нормативно-правових актів: Законами України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про електронні документи та електронний документообіг», Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» та іншими нормативно-правовими актами.

Мета дослідження: визначити роль інтернет-сервісів, зокрема системи e-health у забезпеченні медичної реформи., їх недоліки та переваги, перспективи розвитку та правове регулювання.

Матеріал і методи: інтернет-джерела, офіційний сайт МОЗ України та системи e-health. Матеріали були отримані шляхом моніторингування та ознайомлення з інформацією, що була надана на офіційному сайті.

Отримані результати: Цікавим пунктом медичної реформи стало створення різноманітних медичних інформаційних систем таких як: «Helsi», «EMCiMED», «Доктор Елекс», «MEDSTAR», «MEDICS», «Поліклініка без черг», «МедЕйр», «MedCard Plus», «Askep.net», «Health24», «nHealth», «UASMART», «МедІнфоСервіс», «Каштан», «SimplexMed» та електронної системи охорони здоров'я e-health, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Кожна з яких має свої плюси та мінуси. Крім того, вона дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти та запобігати їх зловживанням.

Система e-health допоможе реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом». У майбутньому система e-health дасть можливість кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Лікарі виписуватимуть електронні рецепти. Система міститиме всю медичну історію пацієнта, і вона буде доступна як пацієнту, так і його лікарям. Система відкриє можливість для створення «єдиного медичного простору». E-health забезпечить електронізацію системи охорони здоров'я, сприятиме захисту прав лікарів і пацієнтів та об'єднає медичні електронні системи.

Дана система надзвичайно полегшує запис на прийом до свого сімейного лікаря, що дає змогу робити це без черг, у зручний час і саме до того лікаря, який обирається особисто пацієнтом, скасовується прив'язка до дільничного лікаря. Відтепер ведеться історія поставлених діагнозів, призначених ліків, виписаних препаратів. Скасовуються паперові носії інформації, що замінюються комп'ютеризованими, які доступні для пацієнта та для лікаря в будь-який час доби, без прив'язки до місця лікування пацієнта.

Тобто відтепер, завдяки поступовому впровадженню медичної реформи, стає більш зручно переглядати всі зроблені пацієнтом діагностичні маніпуляції, бачити прогресування захворювання чи навпаки стабілізацію та покращення стану пацієнта.

Таке спостереження в динаміці за станом пацієнта, я вважаю, призведе до більш ефективного лікування та допомоги пацієнту. Запроваджується система електронних карток, яка надає швидкий доступ до інформації пацієнта, в ній зберігається вся інформація про пацієнта: реєстраційні дані, результати оглядів лікаря, антропометричні виміри, лабораторні обстеження та різноманітні графічні дані. При потребі, персонал клініки має доступ до карти пацієнта не лише з комп'ютерів локальної мережі, але і шляхом віддаленого доступу з домашнього комп'ютера.

Було створено також мапу сімейних лікарів, що дає змогу бачити всі заклади та лікарів, які уклали договір з Національною службою здоров'я України. На мапі також відображуються наступні данні: електронна карта закладів з усіма контактами амбулаторій і лікарів, розподіл комунальних і приватних медзакладів та лікарів-ФОПів у різних регіонах, кількість декларацій, які уклав лікар, розподіл декларацій за віковими групами, статтю та за спеціальностями лікаря.

За програмою «Доступні ліки» розроблено електронний інтернет-сервіс, який має наступні опції для пацієнтів: найменування ліків, їх вартість, суми відшкодувань, відомості про аптеки, що беруть участь в програмі. Відтепер на мобільний телефон пацієнта, який уклав декларацію з певним лікарем буде приходити СМС-код, за допомогою якого пацієнт зможе в будь-якій зручній за розташуванням для нього аптеці, що приймає участь в програмі «Доступні ліки», показавши чотирьохзначний код фармацевту, отримати необхідні препарати.

Висновки. Не дивлячись на таку кількість позитивних змін і напрямків розвитку медицини у впровадженні медичних інформаційних систем, зокрема системи e- health, є також чимало незручностей і недопрацювань.

Наприклад, при спробі особисто записатися на прийом до обраного лікаря система перестала працювати та показувала, що всі запропоновані в календарі дати запису та час, були зайнятими. У графі - «резуومه лікаря» була відсутньою повна інформація про обраного лікаря.

Далеко не все населення може відчути зручності від нововведень у медичну систему, це зокрема літні люди, які часто не мають комп'ютерів і не знають, як правильно ними користуватися. Не всі медичні заклади та лікарі відображенні у системі e- health через те, що ще досі не зареєструвалися та не мають належного технічного забезпечення у власних лікарнях.

Тобто електронні інтернет-сервіси, що забезпечують медичну реформу, ще не функціонують повноцінно та оновлено. Колишній напрям розвитку медицини, який працював не один десяток років не може бути змінений одразу та докорінно. Я вважаю, що для повноцінного функціонування медичної реформи, слід спершу вдосконалити й підвищити технічний та інформаційний рівень лікарів і пацієнтів.

Усунути виниклі проблеми та недоліки, впровадити курси комп'ютерної грамотності для лікарів, надати необхідне фінансування лікарням і лікарям, можливість для професійного розвитку лікарів шляхом їхньої участі в конференціях міжнародного рівня. А також необхідна більша популяризація та покрокове роз'яснення медичної реформи, її переваг у порівнянні із старою системою та новітніх перспектив для кожної людини, яка мешкає в Україні.

ПРОБЛЕМА ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ВІДПУСКУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Клименко П.О., Гамбург Л.С.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. У тезах наведено результати дослідження нормативно-правових джерел, спрямованих на регламентацію та регулювання рецептурного відпуску лікарських засобів з аптеки виявлено проблеми, що виникли внаслідок правової неврегульованості такого відпуску щодо антибактеріальних препаратів, його недостатнього контролювання та визначення напрямків і заходів для їх вирішення.

Мета дослідження. Виявлення проблем безрецептурного неконтрольованого відпуску антибактеріальних лікарських препаратів унаслідок відсутності відповідної чіткої законодавчої регламентації та визначення напрямків і заходів їх вирішення.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України. Діалектичний, системно-аналітичний, структурно-функціональний, формально-юридичний методи.

Отримані результати. Внаслідок безконтрольного призначення та відпуску антибіотиків у аптеках України спостерігається проблема антибіотикорезистентності, яка виникла через вільний відпуск антибіотиків, що у свою чергу, призвело до неконтрольованого їх прийому. Внаслідок цього в країні реєструється велика кількість хворих на туберкульоз та інші тяжкі захворювання, які не можуть бути вилікувані антибіотиками, бо придбали стійкість до них. Опитування ВООЗ показало, що 64% людей помилково вважають, що застуди і грип можна лікувати антибіотиками.

При розгляді нормативно-правової бази було знайдено лише одну статтю Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП), що встановлює штрафні адміністративно-правові санкції за безрецептурний відпуск лікарських засобів, а саме ст. 42-4 «Продаж лікарських засобів без рецепта у заборонених законодавством випадках». Відповідно до ст. 42-4 КУпАП продаж лікарських засобів в аптечних закладах без рецепта в заборонених законодавством випадках тягне за собою накладення штрафу від 102 грн. до 425 грн. За повторне протягом року порушення передбачатиметься штраф у розмірі від 425 грн. до 1190 грн.

6 березня 2019 р. Кабінет Міністрів України затвердив розпорядження «Про затвердження Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів». Затвердження Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів передбачене у плані заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженої розпорядженням Уряду від 18.08.2017 р. № 560-р.

У 2018 р. Міністерство охорони здоров'я України оприлюднило на своєму сайті для громадського обговорення проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Державної стратегії щодо реалізації державної політики зі стримування розвитку стійкості до протимікробних препаратів 2018-2022 роки», який, серед іншого, передбачає сприяння раціональному призначенню протимікробних препаратів; введення обмежень, що виключають безконтрольне застосування протимікробних препаратів, зокрема обмеження безрецептурного продажу антибіотиків.

Висновки. Пропозиції щодо вирішення проблеми:

- чітке правове унормування та законодавча регламентація виписування та відпуску антибактеріальних лікарських засобів із забезпечення дієвого суворого контролю за їх рецептурним відпуском із реалізацією зазначених санкцій адміністративної відповідальності та внесення змін до КУпАП щодо їх посилення;
- передбачення в законодавстві інших видів юридичної відповідальності, включаючи кримінальну в разі суспільної небезпеки діяння та можливості настання особливо тяжких наслідків;
- отримання медичними працівниками чітких інструкцій, спрямованих на запобігання невинного використання антибіотиків;
- проведення санітарно-освітньої роботи серед населення про доцільність використання антибактеріальних лікарських засобів без призначення лікаря та відповідальне самолікування.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Колесніков С.О., Аніщенко М.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Українська медицина не зазнавала глобальних реформ з часів формування України як самостійної і суверенної держави. Медична реформа, котра розпочалась два з половиною роки назад з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ще знаходиться в процесі поступового впровадження в нашу систему охорони здоров'я.

Мета дослідження: проаналізувати нормативно-правову базу медичної реформи, визначити її переваги та недоліки, окреслити шляхи удосконалення.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України, структурно-функціональний, аналітичний, порівняльний.

Отримані результати. До переваг можна віднести наступні ознаки медичної реформи:

- реальний механізм вибору лікаря пацієнтом;

- початок створення електронної системи охорони здоров'я;
 - гарантія надання безоплатних послуг;
 - обмеження лікаря на кількість підписаних з ним декларацій (не дозволяє мати лікарні необмежений рівень доходів, збереження якості надання медичних послуг);
 - ліки можуть повністю чи частково оплачуватися державою (реімбурсація);
 - не витрачені кошти залишаються у лікарні;
 - безкоштовна допомога іноземцям (підвищує статус країни);
 - пацієнти, які не підписали декларацію так само отримують медичну допомогу при необхідності (принаймні, до червня 2019 року);
 - державне регулювання цін на деякі лікарські засоби (однакові ціни в різних аптеках і регіонах);
 - лікар обирає найбільш зручний для нього метод зв'язку з пацієнтом;
 - пацієнти лікаря-підприємця так само мають можливість укладання декларації та мають право на надання їм безоплатної допомоги;
 - конкуренція між собою підвищує кваліфікацію лікарів.
- Разом з цим, виявлено наступні недоліки:
- платні послуги суперечать законодавству про безоплатну медицину
 - не унормовано статус деяких пільгових категорій населення в контексті медичної реформи;
 - якщо людина проживає в різних містах, то виникають незручності в наданні медичної допомоги лікарем першої ланки (необхідно заново підписати декларацію з іншим лікарем);
 - зарплата встановлюється колективним договором, на що фактично впливає директор лікарні (різний рівень зарплат в різних лікарнях або в межах однієї лікарні у лікарів з однаковою зайнятістю, можливі конфлікти в колективі через різний рівень заробітної плати);
 - при відсутності направлення від лікаря першої ланки послуги вузьких фахівців платні (суперечить закону про безоплатну медицину);
 - заробітну плату лікаря вузьких спеціальностей планується формувати від кількості проведених маніпуляцій (можливе проведення зайвих і непотрібних маніпуляцій);
 - скорочення числа лікарень (якщо лікарня не підписала відповідний договір з НСЗУ); - самореклама лікарів (неетично, лікарі можуть відволікатися від лікарської діяльності);
 - лікар може вибрати не зручний для пацієнта спосіб зв'язку з ним.

Висновки. Медична реформа дійсно має багато переваг, котрі, чомусь, залишаються непоміченими. Але не дивлячись на це, об'єктивно, майже через всі недоліки «червоною ниткою» проходить головна проблема: реформа часом суперечить Конституції України, яка є головним нормативно-правовим актом в Україні. Через це треба або переглянути «фундамент» реформи, або внести зміни до Конституції України, щоб усунути дане протиріччя, що є дуже складним процесом, а наслідки прийняття цього рішення можуть бути непередбачуваними. В подальшому треба зберегти всі переваги цієї реформи, щоб не зруйнувати побудовані зміни, котрі виводять нашу медицину на новий рівень якості.

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ АЛКАЛОЇДОВМІСНОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ (НА ПРИКЛАДІ ЛАТУКУ ДИКОГО)

Кондратенко Л.В., Гамбург Л.С.

Вступ. Тези містять результати дослідження використання алкалоїдовмісної рослинної сировини для виробництва лікарських препаратів (на прикладі Латуку дикого) в аспекті питань його правового регулювання.

Мета дослідження. Метою роботи є аналіз сучасного стану правового регулювання використання алкалоїдовмісної рослинної сировини для виготовлення лікарських засобів, її стандартизації та якості.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України. Діалектичний, системно-аналітичний, структурно-функціональний, формально-юридичний методи.

Отримані результати. Сучасне виробництво ліків з рослинної сировини займає суттєву частину національних і світового ринків. За експертними оцінками, майже 25 % лікарських засобів, що застосовуються у світовій медичній практиці, отримують безпосередньо з лікарської рослинної сировини.

Для належного якісного використання лікарських рослин здійснюється регулювання законами України «Про лікарські засоби», «Про затвердження Правил виробництва (виготовлення) та контролю якості

лікарських засобів в аптеках», «Державна фармакопея України». Крім того, в Україні діє «Належна практика культивування та збирання вихідної сировини рослинного походження» (ГАСР) лікарських рослин, що є однією із належних практик GxP, яка формує систему забезпечення якості фармацевтичного виробництва та відповідає чинному законодавству України.

Висновки. Отже, для використання трави Латуку дикого, як алкалоїдовмісної сировини для виготовлення лікарських засобів, треба керуватись положеннями наказу № 812 МОЗ України від 17.10.2012 про те, що ППК зазначають використані при розрахунку коефіцієнти водопоглинання для лікарської рослинної сировини, положеннями ДФУ та ГАСР.

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПУ

Кочергін К.О., Єрмолаєва Г.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Відповідно до ст. 72 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», патологоанатомічні розтини проводяться з метою встановлення причин і механізмів смерті хворого.

З квітня 2018 року українці не в змозі вільно поховати родичів, які померли вдома власною смертю. Вступають в силу так звані "поправки Лозового" до Кримінального процесуального кодексу України, які передбачають, що без рішення суду судово-медична експертиза трупу, а відтак і поховання буде неможливим. Слідчому заборонено призначати експертизу. Відтепер його зобов'язання звертатися за дозволом на проведення експертизи до суду. Рішення очікується не менше 72 годин. Відтак виникли серйозні проблеми з оперативністю судових установ.

Мета дослідження. Проаналізувати нормативно-правову базу судово-медичної експертизи трупу, виявити проблеми, окреслити шляхи їх вирішення.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база, структурно-логічний, аналітичний, описовий методи.

Отримані результати. Без рішення суду бюро судово-медичної експертизи не приймають тіло для проведення розтину і першочергової судово-медичної експертизи. Незалежно від того, якою смертю померла людина: природньою чи насильницькою.

Виникає питання "Що робити з трупом?". За час очікування в померлої людини виникають трупні зміни.

У судовій медицині трупні явища поділяють на 2 групи: на ранні і пізні.

До ранніх змін відносять охолодження трупа, висихання, трупні плями, трупне залякання, автоліз.

Пізні трупні зміни. Гниття – це складний процес розкладання органічних структур трупа, перш за все білкових речовин, під впливом життєдіяльності різних мікроорганізмів.

Одночасно із зміною забарвлення збільшується об'єм трупа внаслідок утворення і розповсюдження у підшкірній клітковині газів, що отримало назву "трупної емфіземи".

На 7-8 добу після смерті, інколи пізніше, одночасно із здуттям трупа верхні шари епідермісу піднімаються газами у вигляді пухирів, наповнених кров'янистою, з гнильним запахом рідиною -гнильні пухирі.

Внутрішні органи гниють по-різному через їх анатомо-фізіологічні особливості, залежно від вмісту води, паренхіматозних елементів і ферментів.

Отже, родичі померлого можуть чекати до одного тижня, щоб поховати людину. Разом з цим ускладнюється робота судово-медичного експерта. Чим довше очікується рішення на проведення судово-медичної експертизи, тим важче проводити експертизу, оскільки у тілі померлого відбуваються трупні зміни.

Висновки. Для уникнення зайвих проблем з похованням, потрібно ретельно вивчити та привести до спільного знаменника нормативно-правові акти, що стосуються питань проведення судово-медичних експертиз трупа. Зокрема, це Кримінальний процесуальний кодекс, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», спільного наказу МВС України, МОЗ України, Генеральної прокуратури України від 29.09.2017 № 807/1193/279. Питання забезпечення гідних умов поховання без порушення публічних інтересів не повинна лежати в площині формалізації інституту правосуддя.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Мороз Д.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. ВІЛ-інфекція – це соціально небезпечне інфекційне захворювання. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ Україна залишається лідером у Європі за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. Актуальним є розроблення нових законодавчих положень і впровадження заходів, які дозволять зменшити ризик інфікування як для населення в цілому, так і для медичних працівників, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим. Основний законодавчий акт ВІЛ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» містить численні гарантії для пацієнтів щодо збереження медичної таємниці про факт захворювання на ВІЛ/СНІД. Внаслідок цього може виникнути ситуація, коли лікуючому лікарю буде невідомо про таке захворювання пацієнта. Це може спричинити негативні наслідки як для лікаря, так і для особи, що звернулася за медичною допомогою.

Мета дослідження. Обґрунтування закріплення у законодавстві обов'язку пацієнта повідомляти лікаря про свій ВІЛ-позитивний статус для гарантування безпеки медичного працівника під час виконання професійних обов'язків.

Одним із основних законодавчих актів, що визначає порядок правового регулювання комплексу заходів, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню ВІЛ-інфекції, та особливості правового і соціального захисту людей, що вже захворіли, є Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Ст. 13 цього закону містить положення про захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам. Для пацієнта встановлені гарантії збереження його діагнозу в таємниці, що дає можливість за його бажанням не розкривати інформацію про стан здоров'я навіть лікуючому лікарю. Для медичного працівника теж встановлено гарантії – відповідно до положень законодавства він повинен не виключати можливість потенційного інфікування ВІЛ щодо кожного пацієнта, використовуючи засоби індивідуального засобу під час медичного втручання. Але, фактично, забезпечення такими індивідуальними засобами у закладах охорони здоров'я недостатнє і медичний персонал перебуває у ризикових умовах. Також лікар, якому невідомо про ВІЛ-позитивний статус, може призначити неправильне і неадекватне лікування від іншої хвороби з якою до нього звернувся пацієнт, оскільки клінічної інформації може бути недостатньо.

Найвищий ризик інфікування мають медичні працівники, які безпосередньо надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам при виконанні інвазійних маніпуляцій та працівники діагностичних лабораторій, які здійснюють дослідження крові, біологічних рідин та іншого біоматеріалу, що містять ВІЛ. Серед медичних спеціальностей – у зоні ризику хірургія, анестезіологія, акушерство та гінекологія, стоматологія. Основними способами зараження є уколи забрудненими голками, випадкове травмування при виконанні хірургічних операцій, помилки при утилізації хірургічних інструментів та матеріалів. Вченими також доведено, що знаючи про ВІЛ-позитивний статус хворого, лікар не демонструє ризикової поведінки, посилено дбає про свій захист і тому ймовірність інфікування значно менша.

Шляхи вирішення проблеми. Пропонується доповнити зміст ст. 12 Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» таким формулюванням «4» обов'язково повідомляти свій діагноз медичному працівнику при зверненні за медичною допомогою». В якості організаційного заходу є доцільним уведення обов'язкового експрес тестування на СНІД до початку медичного втручання, що є ризиковим для медичного працівника, якщо пацієнт не перебуває в екстремому стані, що обумовлює негайне надання медичної допомоги.

СОЦІАЛЬНІ ТА ПРАВОВІ КОНФЛІКТИ СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ ФАРМАЦЕВТА

Мосасв Ю.В.

Громадська організація Благодійне товариство «Український центр захисту прав пацієнтів»

Сучасна фармація через складність соціальних відносин, що існують в її рамках багатьма вченими небезпідставно розглядається як повноцінний соціальний інститут. В рамках кожного соціального інституту існує власна соціальна структура, свої соціальні ролі та своя соціальна взаємодія. Не є виключенням і такий соціальний інститут як фармація. Зазначений соціальний інститут є складним і його соціальна структура є складною. Одним з головних акторів цього соціального інституту за теорією структурного функціоналізму фармацевт. Він відіграє роль соціального комунікатора між пацієнтом (клієнтом аптеки та всієї фармакологічної галузі). Через те, що конкретна людина бере є обличчям всієї фармацевтичної галузі у одній особі виникає ціла низка рольових соціальних конфліктів між фармацевтом пацієнтом. Більшість цих конфліктів мають лише соціальне значення і його площина не виходить за рамки соціокультурного поля суспільства, але іноді бувають і випадки порушення прав одного із учасників соціальної системи «фармацевт» - «пацієнт» часто зазначені випадки можуть носити кримінальний характер.

Одна з головних ролей провізора бути посередником між фармацевтичними компаніями та конкретним пацієнтом. Посередництво полягає в тому, що провізор реалізовує ліки та лікарські засоби конкретному пацієнту або його представникам. І таким чином він представляє інтереси кількох фармацевтичних компаній, які є виробниками ліків та лікарських засобів і кінцевими бенефіціарами від їх реалізації. З цієї точки зору вимальовується внутрішній соціальний конфлікт провізора як торгового агента і фахового консультанта для пацієнта або його представників. В рамках цього конфлікту провізор повинен сприяти економічним інтересам фармацевтичних компаній, які прагнуть максимально вигідно реалізувати медичні препарати, які вони виготовили, щоб компенсувати свої витрати на їх реалізацію, рекламу та логістику. З іншого боку провізор повинен сформулювати максимально вигідну для клієнта пропозицію як з точки зору економічного обґрунтування так і з точки зору ефективності виходячи з хвороби пацієнта та особливостей його організму. Конфліктність ситуації полягає в тому, що існує загальний економічний конфлікт інтересів між фармацевтичною компанією та пацієнтом з точки зору фінансів, які можуть бути виділені на придбання ліків та лікарських засобів. У даному випадку пацієнт або його представник прагнуть того, щоб провізор був максимально об'єктивним та виваженим при консультації пацієнта. Так у будь-якого пацієнта є певне побоювання, що провізор рекомендує до придбання той чи інший медичний препарат знаходиться у змові з представниками фармацевтичних компаній препарати якої він рекомендує.

Одним з найбільш поширених внутрішньо рольових конфліктів фармацевта є конфлікт між правовою та моральною свідомістю. Він полягає в тому, що часто рівень моральної свідомості конкретного провізора може дозволяти порушувати правові норми своєї роботи. Найбільш поширеними випадками правових порушень провізора в рамках взаємодії з конкретним пацієнтом та його представниками є незаконна реклама та пропаганда тих чи інших медичних препаратів і методів лікування. Все частішим порушенням моральних норм в діяльності провізорів, що несе кримінальну відповідальність є безрецептурна реалізація медикаментів у тому числі з наркотичним вмістом. До речі в даному випадку конфлікт інтересів може бути диференційованим через те, що реалізація рецептурних препаратів може носити як злочинний характер з метою незаконної наживи так і прагнення допомогти пацієнтові зважаючи на складні соціальні обставини, які погіршують стан здоров'я конкретного пацієнта.

РЕФОРМА ШВИДКОЇ (ЕКСТРЕНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Москалюк А.С., Аніщенко М.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Життя людини – найвища цінність. Усі причетні до системи екстреної медичної допомоги, як ніхто інший, розуміють, що для збереження життя важливою є кожна хвилина. Міністерство охорони здоров'я України, у свою чергу, усвідомлює, що для ефективного функціонування екстреної медичної допомоги необхідно забезпечити максимально скоординовані та професійні дії на всіх етапах «ланцюжка», від дзвінка у «швидку» до спеціалізованого відділу в лікарні. Саме на це і спрямовані зміни в системі ЕМД. Зміни рішучі, комплексні, тривалі, але такі необхідні та невідворотні.

Мета дослідження: дослідження нормативно-правових актів, що регулюють проведення реформи швидкої (екстреної) медичної допомоги в Україні.

Матеріал ы методи. Нормативно-правова база України, медико-технологічні документи, структурно-функціональний, системно-аналітичний.

Отримані результати. По-перше, перша допомога у разі невідкладного стану має бути доступною протягом перших 4 хвилин після екстреного випадку – ще до прибуття швидкої. По-друге, виклики повинні диспетчеризуватись за допомогою сучасного обладнання та нових автоматизованих протоколів. По-третє, в бригадах ЕМД мають працювати фахівці нового рівня, кваліфікація яких буде перевірятись незалежною агенцією. Здобути новий рівень зможуть всі діючі працівники ЕМД через програму перекваліфікації. По-четверте, уже в лікарні, госпітальна ЕМД та реабілітація в гострому періоді потребує нових правил: нових підходів до організації госпітальних процесів, зміни застарілих державних будівельних норм, поступового введення вимог до повноцінного надання ЕМД до параметрів визначення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування.

Висновки. Проведення реформи швидкої (екстреної) медичної допомоги потребує багато коштів та часу. Недоцільно вводити зміни в один раз, адже це призведе до неорганізованості всієї системи та негативно вплине на стан здоров'я громадян.

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОГРАМ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Ремжина Ю. О., Скріпкін С. В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. За статистикою жіноче безпліддя є причиною 45% безплідних шлюбів в Україні. Найбільш ефективним сучасним методом лікування безпліддя є метод ЕКЗ-ПЕ (екстракорпорального запліднення і перенесення ембріонів). За оцінкою спеціалістів, кількість сурогатних вагітностей за рік складає близько 500. Негативні наслідки через відсутність повноцінної законодавчої бази з регулювання процедури правового захисту програм сурогатного материнства: відмова сурогатної матері повернути дитину батькам, відмова від дитини генетичними батьками після її народження та відмова виплачувати винагороду сурогатній матері, інші порушення домовленостей між генетичними батьками та сурогатною матір'ю.

Мета дослідження. Проаналізувати нормативно-правові акти, що регулюють відносини сурогатного материнства, виявити проблеми, окреслити шляхи їх вирішення.

Матеріали і методи. Нормативно-правова база України, структурно-функціональний, юридично-технічний, системно-аналітичний.

Отримані результати. Сурогатне материнство є законним на території України. Штучне запліднення жінки і імплантація ембріона здійснюється в закладах, які отримали ліцензію на медичну діяльність в даному напрямку.

Юридичні аспекти сурогатного материнства в Україні регулюються наступними законодавчими актами:

- Сімейний кодекс України (частиною 2 статті 123 визначено, що в разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, заплідненої подружжям в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя);

- Наказ Міністерства юстиції України «Про внесення змін до Правил реєстрації актів громадянського стану в Україні» № 1154 від 22.11.2007 (пунктом 10 розділу 3 встановлений порядок реєстрації дітей, народжених в результаті проведення репродуктивних програм).

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» №771 від 23 грудня 2008 року, яка передбачає умови лікування допоміжними репродуктивними технологіями методом сурогатного материнства.

Правового захисту потребують як особи, які бажають мати дитину — генетичні батьки, так і особа, яка надає послугу сурогатної матері, а тому їм необхідна допомога спеціаліста з права для укладання Договору (Контракту) між сторонами.

Через відсутність повноцінної законодавчої бази з регулювання процедури правового захисту програм сурогатного материнства можуть виникнути наступні небажані наслідки:

- недотримання правил зі сторони сурогатної матері або ігнорування домовленостей зі сторони генетичних батьків (можливі причини: непрофесійно прописаний Договір чи Контракт, що призвело до ігнорування умов його виконання чи негативним наслідкам, так як не всі аспекти були передбачені);

- відмова повернути дитину після народження впродовж передбаченого терміну генетичним батькам (можливі причини: шахрайство зі сторони сурогатної матері чи її психологічна неготовність віддати дитину іншим батькам);

- відмова від дитини «Генетичними батьками» після її народження і відмова від виплати винагороди сурогатній матері (можливі причини: в Контракті не передбачена відповідальність сторони чи його взагалі немає, не прописане обов'язкове страхування ризиків і можливих варіантів ситуацій).

Висновки. З метою удосконалення правового регулювання сурогатного материнства в Україні, необхідно детально прописати умови створення Договору (Контракту) між генетичними батьками та сурогатною матір'ю, права та обов'язки сторін в законодавстві України (передбачити Типовий договір). Договір повинен складатися спеціалістом відповідної кваліфікації в області права і мати: всі обов'язкові згоди сторін договору, містити вже завчасно обговорені терміни кожної дії, розміри платежів, гарантії і страхування на випадок непередбачених ситуацій.

ДО ПИТАННЯ ПРО СУЧАСНІ ФУНКЦІЇ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Скріпкін С.В.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Сучасна трансформація охорони здоров'я зумовлює реформу фінансування даної сфери суспільного життя, і, як наслідок, новий підхід до функцій, що мають забезпечувати публічні видатки. Оскільки утвердження й забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави, то публічні видатки мають, в першу чергу, забезпечувати потреби людей.

Мета дослідження. Проаналізувати діюче законодавство, що регулює публічні видатки в сфері охорони здоров'я, визначити основні сучасні функції видатків в цій сфері та коротко охарактеризувати їх.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України, структурно-функціональний, юридично-технічний, системно-аналітичний.

Отримані результати. Таким чином, видатки спрямовані на забезпечення потреб суб'єктів правовідносин в сфері охорони здоров'я. До основних суб'єктів даних правовідносин належать пацієнти, медичні (фармацевтичні) працівники, заклади охорони здоров'я. Хочемо зазначити, що під впливом сучасних реформ, якісний склад суб'єктів дещо розширився та змінилися їх характеристики. Так, на забезпечення власних потреб публічними видатками тепер можуть претендувати не лише державні і комунальні заклади охорони здоров'я, а й суб'єкти господарювання приватної форми власності, що мають відповідну ліцензію на медичну практику та здійснюють свою діяльність у формі фізичної особи-підприємця чи юридичної особи. До усіх закладів, аби претендувати на публічні видатки, ставиться вимога укладення договору з НСЗУ та укладення декларацій з пацієнтами. До пацієнтів, в свою чергу, ставиться вимога укласти декларацію з лікарем первинної допомоги (на стадії надання первинної допомоги) або звернутися до лікаря вторинної допомоги за направленням лікаря первинної допомоги (на стадії надання вторинної допомоги). Що стосується потреб закладу охорони здоров'я, то вони зросли через модернізацію суспільства, досягнення науково-технічного прогресу, впровадження медичної реформи, що потребує тотальної комп'ютеризації та інформатизації, нового сучасного обладнання та лікарських засобів. Зрозуміло, що дані потреби є спільними для усіх суб'єктів (заклади охорони здоров'я, медичні (фармацевтичні) працівники, пацієнти). Але заклади охорони здоров'я мають тут особливий статус, адже саме вони є розпорядниками бюджетних коштів, і від перерозподілу даних коштів в кінцевому рахунку багато в чому залежить задоволення потреб двох інших суб'єктів – медичних працівників та пацієнтів.

Що ж стосується обсягу потреб пацієнтів, то Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, дані потреби практично обмежені 80 % медичних послуг, що надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я.

Висновки. Таким чином, сучасні функції публічних видатків в сфері охорони здоров'я мають деякі особливості свого змісту. Так, розширився склад суб'єктів, потреби яких ці видатки забезпечують (фізичні особи-підприємці, приватні заклади охорони здоров'я), змінилися вимоги до самих закладів, а також і до пацієнтів. Зросли потреби суб'єктів в інформаційно-комунікаційній сфері, забезпеченні сучасними медикаментами та обладнанням, тощо. Натомість нормативно обмежено потреби пацієнтів до 80 % медичних послуг, що надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я.

КІБОРГІЗАЦІЯ: НОВІ ВИКЛИКИ ФІЛОСОФІЇ

Аверченко В.Л.

Запорізький державний медичний університет

Науково-технічний прогрес йде прискореними темпами. Фахівці констатують еру масової гібридизації та кіборгізації (симбіозу людини, техніки і штучного інтелекту). Процеси, що стали реальністю в ХХІ столітті, з одного боку, захоплюють людство, змушують пишатися можливостями нашого інтелекту, з іншого боку, ставлять актуальні завдання філософського осмислення результатів прогресу, контролю над ним, технічними та гуманітарними наслідками впровадження нових технологій. Формування «кіберсвіту» загострює проблеми, пов'язані з безпекою життя людства. Актуальним є осмислення комплексу філософських аспектів нової технічної реальності, в яку занурюється людство.

Кіборг у медицині – це біологічний організм, що містить механічні або електронні компоненти. Тому кіборгізація – це процес перетворення живого організму в кіборга. Людським називається те, що пов'язано з людиною, властиво їй: людська праця, людська думка, людські слабкості. З новими відкриттями виникають нові питання: чи повинні ми вважати кіборгами модифікованих людей? які нові проблеми постануть перед суспільством за умови існування у ньому кіборгів?

На сьогоднішній день людство освоює нові техніки і активно виробляє та впроваджує в життя механічні протези, кардіостимулятори, штучні органи, редагувати геном. Першими претендентами на кіборгізацію є інваліди. За допомогою штучних органів, протезів, кардіостимуляторів, мікро-чипів люди знову можуть повноцінно жити. Прикладів таких досягнень неймовірна кількість: Ніл Харбінсон, що переміг ахроматопсію за рахунок імплантата і в паспорті якого зараз вказано, що він є кіборгом; паралізована Кеті Хатчинсон, якій було імплантовано чіп, який підключений до робо-руки, яка може виконувати команди та рухатись майже як справжня рука та багато інших дивовижних історій, що ще півстоліття тому могли бути тільки вигадками письменників-фантастів.

Технологічний прогрес продовжує зростати, як зростає залежність людей від технологій. Наступні на роль кіборгів виступають космонавти, солдати, а далі й прості люди. Дослідники не виключають можливості злиття штучного інтелекту з людиною, коли ми будемо розглядати кіборга, як кібернетичний організм, який представляє собою синтез мислячої матерії, що сформувалася в ході природної еволюції, і матерії неживої, технічної, створеної людиною штучно.

Автоматично виникає проблема самоідентифікації кіборга: усвідомлення себе як «іншого» в порівнянні з Homo Sapiens, толерантність людей до незвичайних мислячих об'єкт-суб'єктів, сприйняття кіборгами реакцій людей на їх власну «незвичайність», здатність гармонійно влитися в суспільство – лише частина проблем самоідентифікації кіборгів. Вона ускладнюється, якщо в структурі «тіла» кіборга наявні елементи вбудованого штучного інтелекту (фізичні або біологічні імплантати), які слід розглядати як фізичні об'єкти, «флешку», носій інформації, але не повноцінну суб'єктивну реальність, супроводжувану емоціями, переживаннями, творчими поривами і думками, ідеальними за способом буття. Саме людина закладає в кіборга програми, навіть якщо вони містять концепцію самовдосконалення подібного організму.

Загалом, кіборги можуть поступово відтіснити звичайних людей, адже будуть наділені більшими можливостями, ніж звичайний біологічний організм. А. П. Стельмах та А. В. Тонконогов в своїй роботі «Кіберологія як наукова дисципліна» пропонують створення нової дисципліни – кіберології, яка б стала основою для розв'язання основних проблем кіборгізації людства. Для її втілення у реальність нам потрібні спеціалісти з різних галузей наук: медики, інженери, програмісти, інтелектуали-гуманітарії та філософи. Кіберологія дозволить зрозуміти тенденції розвитку сучасної і майбутньої технічної реальності і, що дуже важливо, тримати під контролем науковий і технічний прогрес в цілях безпеки буття людства в найширшому сенсі слова.

Тому, науково-технічний прогрес, як це не дивно, підводить людство до розуміння життєвої потреби у гуманітарних дисциплінах, адже нові здобутки науки вимагають тотального переосмислення проблеми життя і смерті, сенсу буття, розуміння людством себе, і вимагають переглянути парадигму свого буття як «вінця творіння». Такі зміни вимагають подальшої синергії медицини, що змінює та вдосконалює тіло і філософії, яка дає можливість осмислити процеси та запобігти багатьом антропологічним та соціальним катастрофам.

БЛОГ-ТЕХНОЛОГІЇ У ВИВЧЕННІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ

Ель Хаїк Хамза, Кремпова Л.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Сьогодні соціальні мережі, дають змогу вивчати іноземні мови не тільки на заняттях, а й у процесі будь-якої іншої діяльності. Навчання можливе в будь-який час і в будь-якому місці. Зокрема блог як веб-сайт, основний вміст якого становлять регулярно оновлювані записи, зображення або мультимедіа, надає іноземним студентам можливість розвивати свої мовні навички в неформальній обстановці, при цьому надаючи їм значний освітній досвід, сприяючи підвищенню ефективності засвоєння української мови в умовах безперервного навчального процесу, що виходить за рамки аудиторних занять.

Мета дослідження – підкреслити корисність використання блог-технології в сучасному вивченні української мови як іноземної, показати широкі можливості її застосування на прикладі ведення особистого блогу в мережі Facebook.

Отримані результати. Можливості блогу досить широкі: тут можна розміщувати будь-який мультимедійний матеріал (відео, аудіозаписи, ілюстрації), викладати електронний текст, а також використовувати зовнішні посилання на необхідні засоби мережі Інтернет. Усе це дає можливість наповнення блогу необхідним мультимедійним контентом, який буде справляти позитивний вплив на вдосконалення мовної компетенції через текст, ілюстрацію, відео- або аудіозапис. Крім того використання блогів дає студентам право брати активну участь в соціальних процесах під час виконання проєктів.

У роботі з іноземними студентами була використана технологія створення і ведення особистого блогу в мережі Facebook для виконання самостійної роботи студентів. Як блог-повідомлення були створені такі їх види: текстові повідомлення блогу, фото-повідомлення, відео-повідомлення, мультимедійні повідомлення, що поєднують у собі всі перераховані види повідомлень.

Висновки. Таким чином, технологія створення і ведення особистих блогів – це ефективний спосіб для підвищення мовної компетенції іноземних студентів з орієнтацією, в першу чергу, на комунікаційну складову.

РОЛЬ ВИВЧЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ У ЗАСВОЄННІ ІНОЗЕМНІЙ МОВИ ЗА ПРОФСПРЯМУВАННЯМ

Зьома Є.В.
Донецький національний медичний університет

Важко переоцінити значення латинської мови для становлення медичної термінології. Це твердження є актуальним для сучасних української та російської мов, де більша частина клінічних термінів – це пряме запозичення грецьких та латинських терміноелементів. Але особливий вплив латинська мова має, в першу чергу, на англійську анатомічну термінологію.

Вплив латинської термінології на утворення медичної лексики в англійській мові можна простежити, якщо розглянути кілька груп термінів. До першої можемо віднести іменники в анатомічній термінології, які повністю співпадають з латинськими еквівалентами: *abdomen* (черевна порожнина), *pharynx* (глотка), *esophagus* (стравохід), *pancreas* (підшлункова залоза). Такі терміни не викликають труднощів при перекладі, але для правильного розуміння та використання на письмі необхідно пам'ятати, що деякі латино-грецькі запозичення зберегли свої закінчення при утворенні множини: *phenomenon* – *phenomena* (явище – явища), *vertebra* – *vertebrae* (хребець – хребці).

До другої групи можна віднести терміни, які співпадають частково, а саме іменники, які втратили закінчення (*muscle* – *musculus* – м'яз, *nerve* – *nervus* – нерв, *ventricle* – *ventriculus* – шлуночок) або утворені від форми Gen. Sing. (*ulcer* – *ulcus*, *ulceris* n – виразка), прикметники, що мають латинське походження (*occipital* – *occipitalis* – потиличний). Третя група складається із термінів, які утворюють синонімічні пари із лексемами англійського походження (*children pox* – *varicella* – вітряна віспа, *mumps* – *parotitis* – ендемічний паротит (свинка)).

Отже, для засвоєння англійської медичної термінології та успішного складання КРОК, майбутні лікарі мають опанувати латинську мову та засвоїти грецькі терміноелементи, які є базою для подальшого вивчення як медичної, так і фармацевтичної номенклатур.

ВИКОРИСТАННЯ ФІЛОСОФСЬКОЇ МЕТОДОЛОГІЇ У СУЧАСНІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ (НА ПРИКЛАДІ МЕТОДА ЛОГОТЕРАПІЇ ВІКТОРА ЕМІЛЯ ФРАНКЛА)

Кандибей В.К., Утюж І.Г.

Запорізький державний медичний університет

Що таке професія лікаря? Це в першу чергу гуманність, відданість усім серцем і душею власній справі, вміння співчувати та відчувати біль іншої людини. І як важливо йти в цю професію саме за покликом серця, а не за чисюль настановою. Вже з перших рядків знайомства з творчістю Віктора Еміля Франкла – видатного австрійського психіатра, психолога, невролога, колишнього в'язня нацистських концентраційних таборів я відчула та побачила в ньому всі необхідні та вкрай важливі якості для того, щоб із гідністю носити звання справжнього лікаря.

У нашому жорстокому світі зараз так не вистачає доброти та милосердя, й саме справжній лікар має нести ці якості в собі, стати порятунком, тим вогником надії для свого пацієнта. Кожен лікар має насамперед лікувати духовну сторону людської особистості, а не тільки спрямовувати свої сили та знання на лікування фізичного аспекту хвороби.

І для того, щоб якомога краще зрозуміти весь біль і розпач хворої людини, надати їй надію та врятувати її, на мою думку, кожен лікар має бути ознайомлений з методом логотерапії Віктора Франкла – методом екзистенційного психоаналізу, що лежить в основі створення Третьої Віденської школи психотерапії.

Екзистенційний психоаналіз може бути визначений як феноменологічно особистісно-орієнтована психотерапія, яка ставить своєю метою допомогти людині вільно та повно проживати своє життя, вийти на автентичні установки та актуалізувати власну відповідальність по відношенню до власного життя і світу.

Сфера застосування екзистенційного психоаналізу: випадки порушення сприйняття та поведінки, що мають психосоціальні, психосоматичні або психологічні причини, такі душевні проблеми людини, як страхи, депресії, залежності, психосоматичні захворювання, психози. В нашому світі, де все менше приділяється уваги моралі, де зростає напруга від надмірного навантаження, браку часу, людяності та доброти саме душевні проблеми стають все актуальнішими та часто є найпершою причиною виникнення соматичних хвороб.

У сучасному визначенні «логотерапія» - метод психотерапії, що ґрунтується на системі філософських, психологічних і медичних поглядів на природу людини, центральним компонентом якої є прагнення до сенсу. Як фундаментальна мотиваційна сила прагнення до сенсу безпосередньо пов'язана зі свободою волі людини. І саме якщо людина має сенс в цьому житті, має підтримку від близьких людей, від свого лікуючого лікаря- це набагато підвищує її шанси на одужання. Якщо ж людина не має можливості реалізувати свій потенціал, її буде турбувати відчуття порожнечі, безглуздості, можуть почати турбувати депресія, залежність, агресія, психосоматичні недуги та розлади невротичного характеру.

На сьогоднішній день логотерапія практикується фахівцями і як окремий метод, і в комплексі з іншими методиками, а застосовується і в індивідуальній, і в груповій психотерапевтичній та педагогічній роботі.

Ефективність логотерапії була доведена в попередженні та нейтралізації криз і посткризовій роботі; вона виявилася дуже дієвою в профілактиці депресії, агресії і суїцидальної поведінки, в усуненні ноогених неврозів. Особливо результативно виявилася вона в роботі з психічнохворимита ув'язненими.

В. Франкл розробив основні логотерапевтичні методи: парадоксальну інтенцію та дереклексію. Обидва ґрунтуються на посиленні тенденцій до самотрансценденції і самовідчуження, фокусуванні спільної уваги терапевта та клієнта на пошуках і здобутті сенсу.

Антропологічна концепція Франкла представляє людину як єдність трьох ортогональних (перпендикулярних) вимірів:

- 1) соматичного виміру, пов'язаного з підтриманням тілесної функціональності;
- 2) психічного виміру, пов'язаного з динамікою психічних процесів (афектів, комплексів, потягів);
- 3) ноотичного (грец. nous - роздум) або духовного виміру, що виявляється в духовній силі та в прагненні до сенсу.

Проблема, яка стає все більш актуальною в наш час- це проблема ноогених неврозів, які є наслідком екзистенційної фрустрації людини, що проявляється у втраті прагнення до сенсу життя.

Незадоволення однієї з базових людських потреб – потреби в сенсі життя – є причиною масової невротичної тріади, депресії, наркоманії та агресії. Ці реакції, зумовлені внутрішньою спустошеністю та безглуздя, можна вважати клінічними ознаками неврозу, що охоплює все більше та більше людей.

Віктор Франкл також ввів термін і поняття «парадоксальної інтенції». Цей метод рекомендовано для пацієнтів з обсесивно-компульсивними та фобійними розладами, що супроводжуються вираженим почуттям тривоги або нав'язливими страхами.

Інший метод, який було запропоновано Віктором Франклом – дерефлексія, що спрямований на подолання невротичної гіперрефлексії. Для подолання страхів, побоювань, нав'язливої рефлексії з приводу можливих невдач (часто це призводить до розладів сексуального функціонування) використовують здібність клієнтів до самовідчуження, що виражається в гумористичних реакціях на власні страхи й компульсивні (внутрішні) реакції. Під час свого 4-го перебування в Австрії, зайнявшись вивченням психозів, крізь руки В. Франкла пройшло близько 12 тисячі людей, багато з яких хотіли здійснити суїцид, більшість із яких були жінки, і саме завдяки роботі та бесідам із ними видатного психолога та психіатра, ці люди були врятовані.

Завдяки проведеним багаточисельним дослідженням Віктору Франклу вдалося встановити, що навіть у найстрашніших, нелюдських, здавалося б, зовсім безнадійних умовах, виживали ті люди, які вдома мали незакінчену справу, для здійснення якої вони присвятили все своє життя в мирний час та люди, на яких вдома чекали рідні.

І ми впевнені, що саме відчуття власної потреби, реалізація власного потенціалу є запорукою внутрішньої гармонії, що і є ключем та найбільш ефективною панацеєю від багатьох хвороб у сучасному світі.

ФЕНОМЕН ПАМ'ЯТІ ЯК КЛЮЧ ДО ОСОБИСТІСНОЇ УНІКАЛЬНОСТІ

Коноваленко О.М.

Запорізький національний медичний університет

«Багато хто з нас думає: як знайти шлях для того, щоб краще запам'ятати. Ніхто не працює над питанням: як краще забути? »

Олександр Романович Лурія

Метою роботи є аналіз феномена пам'яті як основного інструмента в формуванні особистості, що є унікальною структурою щодо людського існування.

Методи дослідження. Пам'ять – ні що інше як функція, контрольована свідомим і несвідомим, і знаходиться під контролем так званого «єго-комплексу», є першою ендоспіхічною функцією. На основі спогадів пам'ять пов'язує нас із тим, що йде з свідомості, а також із тим, що витісняється або придушується. Джерелом спогадів може виступати не тільки особистісний обсяг несвідомого, але і його колективний шар. Забування – означає випадіння змістів з доступної свідомості області, занурення їх спочатку в предсвідоме, а потім в несвідоме. Психічні змісти, образи, що містяться в свідомості, занурюються в несвідоме, забуваються, якщо вони втрачають енергію до рівня нижче порога свідомості, і з'являються в свідомості, згадуються, якщо їх енергетичний рівень стає вище цього порогу. З особистого несвідомого можуть вилучатись підпорогові сприйняття, які недостатньо сильні для того, щоб досягти свідомості при первинному сприйнятті. На базі подібних механізмів вибудовується структура сприйняття з особливостями вибору, за допомогою якого в подальшому буде здійснюватися будівництво особистості і придбання унікальності. Незважаючи на вищесказане, крім фізіологічного аспекту має місце патологія: амнезії, парамнезії, конфабуляції, Корсаковський синдром. Коли людина починає втрачати пам'ять, вона не розуміє, що відбувається – втрачаючи пам'ять, людина втрачає особистість, і при цьому нема кому усвідомити втрату. Виходить розрізнена низка вражень і подій без будь-якої послідовності. Людина складається не тільки з пам'яті, у неї є почуття, воля, сприйнятливність, мораль, але, тільки завдяки пам'яті і усвідомленню себе в минулому і сьогоденні, людина зможе залишитися особистістю і не втратить свою унікальність.

Висновки. Згідно з роботами (О. Сакса, О. Лурії, К. Юнга, В. Франкла) пам'ять є першим і ключовим механізмом під час формування особистості та набуття унікальності, при цьому, якщо має місце патологічний прояв, людина втрачає особистість без усвідомлення втрати, і набуває лише пасивного існування.

ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ ДЕЯКИХ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ

Кузнецова Д.С.

Донецький національний медичний університет

Упродовж вивчення курсу «Латинська мова та основи медичної термінології» майбутні лікарі часто вважають вивчення латинської міфології та елементів давньоримської історії «зайвою» інформацією. Мета цієї роботи – продемонструвати необхідність ознайомлення студентів із грецько-римською культурою, для кращого розуміння анатомічної та клінічної номенклатури. Проаналізуємо терміни, пов'язані з богинею кохання.

Афродіта – найдавніше божество, уособлення всього живого, богиня любові, шлюбу, пологів, вигодовування дітей. Ім'я Афродіти згадується в ряді медичних термінів, в наш час є символом пластичної хірургії. З цією грецькою богинею ототожнюється італійська Венера – богиня садів, поширення культу якої в I ст. до н. е. нагородило її різними іпостасями і зблизило не тільки з Афродітою, але й зі східними богинями чуттєвої любові Ісідою і Астартою, що в новий час дозволило використовувати її ім'я для позначення розділу клінічної медицини – венерології.

Медики часто використовували грецькі та латинські імена богині любові: *umbilicus Veneris* (ямочки щоках), *oestrus Veneris* (клітор), *potum Veneris* (яблуко Венери – статевий член, *mons Veneris* для нижнього відділу лона на рівні лобка.

Також у анатомії іноді вживається *mons sacer Veneris* (священний пагорб Венери) як синонім до *radix pollicis* (корінь великого пальця руки).

У клінічній термінології використовується словосполучення *corona Veneris* (корона Венери) – сифілітична висипка на лобі, у вигляді пояску на шкірі лоба.

Отже, наведені приклади доводять важливість розширення уявлень студентів про культуру та міфологію Древнього Риму.

ГРЕЦЬКІ ТЕРМІНОЕЛЕМЕНТИ У МЕДИЧНІЙ ГЕЛЬМІНТОЛОГІЇ

Літаш А.К.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Термін «паразитологія» представлений одним словом, яке складається з двох терміноелементів (ТЕ) грецького походження: *parasitos* – паразит і *logos* – наука. Знання паразитів людини, їх біології та екології необхідні для розробки заходів боротьби з паразитарними хворобами.

За навчальною програмою студенти-медики вивчають медичну гельмінтологію, яка включає близько 35-и нозологій (гр. *posos* – хвороба) та 30-и їх збудників.

Мета дослідження: дослідити вживання у навчальній та науковій літературі грецьких ТЕ у назвах гельмінтозів та гельмінтів, що їх викликають.

Отримані результати. В організмі людини паразитують близько 342 видів гельмінтів, 30 з яких поширені на території України та входять до складу двох типів: *Plathelminthes* (Плоскі черви) і *Nemathelminthes* (Круглі черви). Але основний об'єкт біологічної таксономії (гр. *taxis* – порядок; *nomos* – закон) не тип, абіномен, започаткований шведським натуралістом К. Ліннеєм. Він запропонував кожний вид організмів називати двома словами, перше з яких – родова назва, друге – видова, а разом вони утворюють наукову назву виду (*speciesname*). Це і є бінарна номенклатура (*Genus, eris, n* – рід; *Species, ei, f* – вид). Всі паразити, наразі гельмінти (гр. *helminthes, um, f*), є патогенними (гр. *pathos* – страждання, *genos* – народження) і здатні викликати захворювання.

Назви паразитичних хвороб утворюються з кореня родової назви збудника, до якого додається суфікс -оз (-ез, -аз) або -льоз. Аналіз нозологічної інформації по гельмінтам, яку повинні засвоїти студенти-медики, показав, що частотність хвороб, що мають закінчення -оз, досягає 85,71%, а закінчення -льоз характерне лише для 14,29% хвороб. Наприклад, родова назва Сисуна печінкового (*Fasciolahepatica*) в українській транскрипції буде Фасціола, корінь слова – **фасціол**, до нього додаємо закінчення -льоз і формуємо назву хвороби фасціольоз, а латинською мовою назва цієї ж хвороби буде *Fasciolosis*: до кореня слова *Fasciol-*, приєднують грецький суфікс -оста закінчення -is. Загалом грецькі суфікси іменників та прикметників мають

стале семантичне (гр. semanticos – визначальний) значення і вказують на патологічний процес (-osis, is, f), але у багатьох випадках суфікс -os сенсу не має і виконує словотвірну роль.

Продовження нозологічного аналізу виявило винятки з цього правила. Так, при формуванні наукової назви хвороби, яку спричиняє *Ascarislumbricoides*, до кореня слова *Ascaris*- приєднуємо суфікс -osis хвороба в латинській транскрипції повинна називатися *Ascariosis*, але її валідна (дійсна, правильна) назва *Ascariidosis*. Вона визначається за допомогою правил «Міжнародного кодексу зоологічної номенклатури: четвертого видання», за якими родові назви з грецькими основами утворюються за правилами грецької граматики, тобто у родовому відмінку, де вони набувають суфіксів «t» або «d» між коренем та закінченням слова.

Подібним чином відбувається утворення нозоформ *Hymenolepidosis*, *Ancylostomatosis*, *Nematodosi*, *Trematodosi*, назви яких вживаються в україномовних літературних джерелах.

Проведемо граматичний аналіз розглянутого бінома.

Ascarislumbricoides – Аскарида людська Біномінальна назва виду (узгоджене означення). Родова назва: *Ascaris*, іменник, f, Швідміна, gen. sing.; Видовий епітет: *lumbricoides*, прикметник, f, Швідміна, gen. sing.

Висновок: вважаємо за доцільне зосередити увагу студентів-медиків на досконалому вивченні не тільки анатоμο-гістологічної, клінічної та фармацевтичної, а й зоологічної латинської термінології, яка є невід’ємним елементом підготовки лікаря кожної спеціальності. Граматичний матеріал допоможе краще зрозуміти та засвоїти термінологічний матеріал, назви гельмінтів та структуру таксономічних категорій.

МАНІФЕСТАЦІЯ ТІЛЕСНОСТІ

Шкарупа В.Є.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. У сучасному світі темп життя людини значно змінився під впливом прогресу технологічного і інформаційного, не рідкістю є нехтування біологічним підґрунтям існування людини, що у свою чергу приводить до виникнення небажаних ефектів як з боку психоемоційного так і фізичного стану здоров’я. Одним із активів маніфестації проблем є самоушкодження.

Мета дослідження. Огляд вище згаданого феномену, визначення передумов виникнення. «Self-Harm» від англійської самоушкодження, термін що позначає поведінку людини спрямовану на нанесення собі поранень, виключаючи на меті суїцид. Самоушкодження може бути одним із симптомів психічних захворювань, таких як біполярний розлад, шизофренія, тривожність та інші, проте спостереження доводять, що люди різного віку і статі, без виражених клінічних маніфестацій та скарг, органічних ушкоджень ЦНС чи її метаболізму, час від часу схильні до нападів самоушкодження, особливо це стосується людей молодшого віку. На сьогодні, за статистичними даними кожен сьомий підліток хоч раз мав справу із подібною аутоагресією. Частіше за все люди не можуть чітко назвати причину своїх дій. Деякі люди говорять що відчують себе «більш живими», «реальними» коли відчують біль, інші запевняють, що фізичний біль допомагає полегшити біль психологічний, деякі так ведуть боротьбу із агресією, а для когось це вже пагубна звичка. Так чи інакше, однак частіш за все акти самоушкодження виникають як наслідок кульмінації стресової ситуації, а в кінцевому результаті людина отримує полегшення. Слід зазначити, що люди схильні до самоушкоджень не обов’язково отримують задоволення безпосередньо від болю, чи мають нижчий больовий поріг, полегшуючий ефект надає сам акт самоушкодження. До найбільш вірогідних причин соціального генезу відносять: насилля (фізичне чи психологічне), надмірний стрес, дефіцит уваги з боку батьків, низька самооцінка. Також не можна виключати такі фактори як вживання психоактивних речовин, та органічні порушення. Проте у контексті даної роботи розглядається феномен самоушкодження саме у фізично здорових людей. Вище сказано, що виникнення явищ самоушкодження можна пов’язати із дефіцитом уваги оточуючих, проте це не значить що такі дії є показовими. Навпаки більшість людей соромляться та приховують свої схильності такого роду, що може бути вкрай небезпечним для них самих. Адже хоч самоушкодження не має на меті суїцид, вірогідність нещасного випадку зростає до 60%. Не можливо сказати точно що такі люди піддаються лікуванню, проте точно можна сказати що даний феномен потребує уваги та досліджень.

Висновки. Для людської душі, свідомості, розуму, головним інструментом взаємодії із світом є саме фізичне тіло, воно виступає таким собі універсальним конвертером сигналів, тому феномен самоушкодження є таким цікавим із філософської точки зору. Самоушкодження може вказувати на конфлікт із зовнішнім середовищем, глибоке внутрішнє не прийняття певних явищ, і перенесення деструктивного настрою саме на фізичний носій. Дуже важливим моментом є не ігнорувати це явище.

ЗМІСТ

ФУНДАМЕНТАЛЬНІ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – ДЛЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	3
Бавус І.В	
ПАТОМОРФОЛОГІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ РОЗЛАДІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	4
Волошанська О.О., Тертишний С.І	
NEUROPROTECTIVE EFFECT OF SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR (SERM) IN DEPRIVATION OF THE SYSTEM'S LEVEL OF RESTORED GLUTATHIONE IN VITRO: HSP70 ROLE IN THE IMPLEMENTATION OF THIS ACTION.....	5
Bodnarchuk Y., Ryzhenko O., Kovalchuk D	
ДИНАМІКА СПОР ГРИБІВ РОДУ ALTERNARIA У М. ЗАПОРІЖЖІ (ТРИРІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)	6
Гавриленко К.В., Приходько О.Б.	
ФАРМАКОЛОГІЧНА МОДУЛЯЦІЯ В-ER - ПЕРСПЕКТИВНА НАПРЯМОК НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ	6
Гуйтур Н.М.	
ДИНАМІКА ПАЛІНАЦІЇ ДЕРЕВ РОДУ POPULUS В ЗАПОРІЖЖІ (2015-2018 РОКІВ)	7
Гуліна О.С., Ємець Т.І.	
RAT MODEL OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE MODULATE ARYL HYDROCARBON RECEPTOR EXPRESSION	7
Zherebiatiev A. S.	
ЕПІТЕЛІАЛЬНО-МЕЗЕНХІМАЛЬНА ТРАНСФОРМАЦІЯ КЛІТИН ПРОТОВОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	8
Кабаченко В.О.	
LYMPHATIC FILARIASIS IN INDIA	9
Kambam Sneha Reddy	
ЩОДО МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕДУМОВ ЗМІШУВАННЯ КРОВІ ПОРОЖНИСТИХ ВЕН У ПРАВОМУ ПЕРЕДСЕРДІ ПЛОДА	9
Кандибей В.К., Тіткова О.Ю., Лебединець О.М.	
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ТА СПІВВІДНОШЕННЯ ФОЛІКУЛІВ, СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА СУДИННОГО РУСЛА ЯЄЧНИКІВ ПОТОМСТВА ЩУРІВ ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО МІСЯЦЯ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ПРОГЕСТЕРОНУ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ	10
Ковальчук К.С., Тополенко Т.А., Булига В.С.	
ЗМІНИ АБСОЛЮТНОЇ ТА ВІДНОСНОЇ МАСИ НИРОК ЩУРІВ - НАЩАДКІВ САМИЦЬ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	11
Коротчук Є.В.	
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОНІВ СА-1 ЗОНИ ГІПОКАМПУ ЩУРІВ З ХРОНІЧНОЮ АЛКОГОЛЬНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТІОЛЬНИХ АНТИОКСИДАНТІВ	12
Кучер Т.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У СТУДЕНТІВ І ТА ІІ КУРСІВ НА ПОЧАТКУ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ	13
Кучковський О.М., Монова А.С.	
ВПЛИВ ЕНАЛАПРИЛУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ SHR-ЩУРІВ	14
Павлов С.Б., Бабалян В.А., Валільщіков Н.В., Бабенко Н.М., Кумечко М.В., Семко Н.Г.	
РОЛЬ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕІНАЗ ТА ТКАНИННИХ ІНГІБІТОРІВ В КИШКОВОМУ КАНЦЕРОГЕНЕЗІ	15
Пирогова З.О.	
ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЗАВІЗНИХ ВИПАДКІВ МАЛЯРІЇ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	16
Рябокоть Д.Ю.	

ОСОБЛИВОСТІ ЕТИОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ГЕЛЬМІНТОЗІВ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	17
Савченко Д.О., Ємець Т.І.	
EVALUATION OF ANTIARRHYTHMIC AND CARDIOPROTECTIVE PROPERTIES OF SOME 8-AMINOSUBSTITUTED OF 7-B-HYDROXY-Г-M-ETHYLPHENOXYPROPYLXANTHINE.....	18
Samura I.B., Ngene Ch. B., Yousfi K., Darah C.	
КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЕРИТРОПОЕТИНУ В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ.....	19
Саржевська А.В., Кравцов Д.В., Рябих Н.В.	
ВПЛИВ НАВЧАННЯ ЗА ФАХОМ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ» НА ДОТРИМАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТАМИ ПЕРШОГО І ДРУГОГО КУРСІВ ЗДМУ	19
Свириденко А.І., Ляхова І.М.	
ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ FINDRISC ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ СЕРЕД ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ МКЛ №13	21
Синєпол А., Ситіна І.В.	
ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ОЧЕЙ І ПРИДАТКОВОГО АПАРАТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ	22
Тіткова О.Ю., Дорошенко Е.Ю., Гурєєва А.М., Сазанова І.О.	
ЕКСПРЕСІЯ ЦИСТЕЇНОВИХ ПРОТЕЇНАЗ ТА МОЖЛИВОСТІ МОДУЛЯЦІЇ АПОПТОЗНОЇ ПРОГРАМИ L-АРГІНІНОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	23
Тягла О.С.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АНОЛІТНОЇ ТА КАТОЛІТНОЇ ВОДИ НА БАКТЕРІАЛЬНУ КУЛЬТУРУ VACILLUS SUBTILIS В ПРИСУТНОСТІ АНТИБІОТИКА	24
Федоров А.І.	
ВИВЧЕННЯ РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДЕРЖАВНИХ ТА ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ М. ЛЬВОВА.....	24
Фоамборн Д.-М. М.	
ЕТАПИ РОЗВИТКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ЩУРІВ В РАНЬОМУ ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	25
Хитрик А.Й., Євтушенко В.М.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІНАЦІЇ ДЕРЕВ РОДУ BETULA НА ЗАПОРІЖЖІ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СПОСТЕРЕЖЕНЬ 2015-2018 РОКІВ).....	26
Хмелевська А.П., Ємець Т.І.	
ДИНАМІКА ЯДЕРНО-ЦИТОПЛАЗМАТИЧНОГО ВІДНОШЕННЯ КАРДІОМІОЦИТІВ В СЕРЦІ ЩУРІВ В ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ В НОРМІ ТА ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ВВЕДЕННЯ ДЕКСАМЕТАЗОНУ	27
Чернявський А.В.	
ШВИДКІСТЬ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФЕНОТИПОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЮДИНИ ТА МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ.....	28
Шведова Т.А., Білаш Н.І., Грицевський О.В., Джунджуха Р.Д.	
PATHOGENIC FEATURES OF ANGIOTENSIN II AND BNP CONTENT IN THE NUCLEUS OF THE SOLITARY TRACT WITH ETIOLOGICAL DIFFERENT ARTERIAL HYPERTENSION	29
Shiryayeva A., Danukalo M.	
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВОЛЕЙБОЛІСТОК ЗБІРНОЇ КОМАНДИ УКРАЇНИ НАПЕРЕДОДНІ ВІДБІРКОВОЇ ГРИ ЧЕМПІОНАТУ ЄВРОПИ	29
Щуров С. А.	
ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ У ПОШУКУ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ МІШЕНЕЙ В ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА	31
Ямпольць К.С., Коростіна К.І.	
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ	32
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SALMONELLOSIS	32
Adedeji Mary Oluwanifemi, Onishchenko T.	

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LEPTOSPIROSIS IN THE	32
Anand Joseph Bantina Vaiz, Onishchenko T.	
ВИКОРИСТАННЯ ІНДЕКСУ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА.....	33
Апазіді Е.В., Макаренко Р.І.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ СИСТЕМОЮ "МОТОР СІЧ".....	33
Безверхий А.А., Чорний В.М., Малахова С.М.	
СТАН ПУРИНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА УРАТНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	34
Білай С.І.	
ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО ВИКЛИКАНОГО ПОТЕНЦІАЛУ P300 НА РАННІХ СТАДІЯХ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА	35
Бірюк В.В.	
АНАЛІЗ ВИПАДКУ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ	35
Богдан І.І., Рябокони О.В.	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПАРАМЕТРІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ З МІНЕРАЛЬНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ТА РИЗИКОМ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	36
Бородавко О.І.	
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА, ЯК ОДИН З ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ У ДІТЕЙ З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ Д.....	37
Боярська Л.М., Гребенюк Л.В., Іванова К.О.	
РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ	38
Бурковець О.В., Безуглий М.Б.	
КОМП'ЮТЕРНА КАПІЛЯРОСКОПІЯ В ОЦІНЦІ СТАНУ ШКІРНОЇ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НОСА	39
Бурсак А.Г., Шушляпіна Н.О.	
ANTICIPATING THE HYPERTENSION MEDIATED ORGAN DAMAGE USING ARTERIAL STIFFNESS AND PULSE WAVE VELOCITY IN RESISTANT HYPERTENSIVE PATIENTS IN A SOUTH INDIAN CITY	40
Varahabhatla Vamsi ¹ , Basavaprabhu Achappa ² , Padmanabh Kamath ³ , Ingrid Prkacin ⁴	
МІНІІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ТА ХРОНІЧНОМУ ГЕМОРОЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ТРАНСАНАЛЬНОЇ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ДЕЗАРТЕРІЗАЦІЇ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ РЕКТОДОПЛЕРОМЕТРІЇ.....	41
Власійчук В.М., Охріменко Г.І.	
ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ТА ПОВТОРНИМ МОЗКОВИМ ІШЕМІЧНИМ ПІВКУЛЬОВИМ ІНСУЛЬТОМ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ	42
Вовк Ю.Г., Новікова Л.В., Козьолкін О.А.	
СОМАТИЧНИЙ РОСТ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ НА ТЛІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ	43
Газін О.М., Богдан І.І., Анікін І.О.	
CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE WEST NILE FEVER IN THE ZAPORIZHZHYA REGION	44
Ganta Venkata Sai Kalyan, Onishchenko T.	
ВИЗНАЧЕННЯ НЕОБХІДНОСТІ У ПЛАЗМАФЕРЕЗІ ДІТЯМ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОЗАЛІКАРНЯНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ.....	44
Городкова Ю.В., Курочкін М.Ю.	
ВНУТРІШНЯ СТРУКТУРА КОМПЛЕКСУ КОМОРИДНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ.....	45
Городокін А.Д.	

ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ.....	46
Губарь А.О., Бачурін Г.В., Довбиш М.А., Довбиш І.М.	
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОНЛАЙН СЕРВІСІВ САМОДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАННЯ	47
Гуйтур Н.М.	
ВПЛИВ РІВНЮ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ НА ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ.....	48
Дац В.В.	
ДО ПИТАННЯ ПРО КІБЕРЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ФАКТОР ЕКСПЛІКАЦІЇ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	49
Демченко А.А.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ УВАГИ ТА КОРОТКОСТРОКОВОЇ ПАМ'ЯТІ У КУРЦІВ В УМОВАХ ДЕПРИВАЦІЇ ПАЛІННЯ	49
Демченко О. В.	
ОЦІНКА ВПЛИВУ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ НА ПРОЯВИ АГРЕСИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	50
Дем'яненко І.В., Шкодіна А.Д.	
ЕНДОСКОПІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	51
Діденко Е.В., Ткачов В.С., Стешенко А.О.	
VERAPAMIL USAGE IN KELOID AND HYPERTROPHIC SCAR TREATMENT	52
Dongur Sai Madhav	
ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ДІТЕЙ.....	52
Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С. *, Степанкевич Т.П. *, Москалюк О.В.	
ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИССОМНІЧНОГО ПРОФІЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	53
Гук Г. В.	
CLINICAL FEATURES OF PNEUMOCOCCAL MENINGITIS.....	54
Ette Alekhya, Onishchenko T.	
КІСТИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ. ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ	54
Єрохіна А.О., Нікулін М.І.	
ВЗАСМОЗВ'ЯЗКИ АВТОІМУННИХ ПОРУШЕНЬ З КІЛЬКІСНИМ ВМІСТОМ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ЙОГО ГЕНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	55
Калашник К.В., Рябоконт Ю.Ю.	
ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, НА ТЛІ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ ПРИ ШПИТАЛІЗАЦІЇ.....	56
Капшитар Н.І.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З УРАХУВАННЯМ ЇХ ОСОБИСТІСНОЇ АКЦЕНТУАЦІЇ.....	57
Качур Р.В., Аджала О.М.	
МЕДИКАМЕНТОЗНА СЕДАЦІЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ФІБРОЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ	58
Кирилова Д.І., Бойцова О.М.	
СПРОМОЖНІСТЬ/НЕСПРОМОЖНІСТЬ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИН: КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ	59
Кириченко М.М, Амро А.Т.	
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДАКРІОЦИСТОРИНОСТОМІЇ ІЗ БІКАНАЛКУЛЯРНИМ ДРЕНУВАННЯМ.....	60
Кирпиченко Н.С., Костровська К.О., Костровський А.Н.	
ВИБІР ФОРМУЛИ РОЗРАХУНКУ ОПТИЧНОЇ СИЛИ ІОЛ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРМЕТРОПІЧНОЮ РЕФРАКЦІЮ.....	61
Кирпиченко Н.С., Костровська К.О.	

ВПЛИВ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА МОРФОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОКА ТА ПОКАЗНИКИ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ	62
Кобзарь А., Завгородня Н., Саржевська Л.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВЕНОЗНИХ ТА АРТЕРІАЛЬНИХ МОЗКОВИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ	63
Коваленко В.А., Сікорська М.В., Козьолкін О.А.	
ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ СИФІЛІСУ ВІД РІВНЯ 25(OH)D.....	63
Коваленко А.Ю., Ковальова Т.Д.	
ПРЕНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОНКОПАТОЛОГІЄЮ В АНАМНЕЗІ ...	64
Коваленко К.О.	
АНАЛІЗ ВИЖИВАНOSTІ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З РАКОМ ТОВСТОЇ КИШКИ ІІ-ІІІ СТАДІЙ	65
Колеснік О.П., Кечеджієв В.В., Колесник І.П.	
ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ АДИКЦІЇ	65
Колоколова В.В.	
АНАЛІЗ ТЕОРІЇ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ ШИЗОФРЕНІЇ.....	66
Кондратенко М.Ю.	
АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ).....	67
Коновалова М.О.	
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ	68
Кононенко І.Є., Клименко А.В.	
СТАНОВЛЕННЯ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ СТАНДАРТІВ НАТО В УКРАЇНІ.....	69
Копотій О.С., Скоба В.С.	
МОНОАНАСТОМОЗНЕ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ.....	70
Клименко А.В., Ніколаєв М.В.	
ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОРТАНІ.....	70
Кришталь В.М.	
THE EFFECT OF TREATMENT ON LIPID METABOLISM AND C – REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRISIS ASSOCIATED WITH HYPERTENSION IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR ...	71
Kuznecova L.P., Bondar M.V.	
ВПЛИВ ЯНТАРНОЇ КИСЛОТИ ТА ПРЕПАРАТІВ АРГІНІНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ ШЕСТИХВИЛИННОЇ ХОДЬБИ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	72
Левандовська Х.В.	
ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВАГІТНОСТЕЙ.	73
Левінтанус В.В., Філіппова Н.В.	
ОДНОПОЛЮСНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ЧОТИРЬОХ ФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ	74
Лісунов М.С.	
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ.....	75
Лямцева О.В., Крайня Г.В.	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ	76
Мазур О.С.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОСТРОКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ	77
Макоїд В.С.	
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ТА АДІПОКІНОВИМ ДИСБАЛАНСОМ	77
Мануйлов С.М.	

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕМОРАГІЧНОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІНСУЛЬТУ У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ.....	78
Медведкова С.О., Дронова А.О.	
РЕЗУЛЬТАТИ ІМПЛАНТАЦІЇ ТРИФОКАЛЬНИХ І МОНОФОКАЛЬНИХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА ОЧАХ З МІОПІЄЮ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ	79
Михайленко Н.В., Завгородня Н.Г.	
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ТІОКТОВОЇ КИСЛОТИ В ЛІКУВАННІ РОЗАЦЕА	80
Михайлик О.А., Щербіна К.В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АДЕНУРІК В ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИ	80
Михайлик О.А., Крайдашенко О.В.	
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З РОЗВИТКОМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ, У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ	81
Моргунцов В.О.	
THE RESEARCH OF MODERN APPROACHES TO THE SYSTEM OF MHEALTH REGULATION	82
Morguntsov V.O.	
ОСОБЛИВОСТІ АУТОКУРАЦІЙНОГО МОДУСУ ПОВЕДІНКИ ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ ІНТЕРНЕТ-КОРИСТУВАННЯМ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	82
Мороз Д.В.	
ПОРІВНЮВАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ ВПЛИВУ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН ХВОРИХ АРТРОПАТИЧНИМ ПСОРІАЗОМ	83
Мороз Д.В., Головкін А.В.	
ВЕКТОРИ СИНДРОМОКІНЕЗУ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ В КОНТЕКСТІ ЇЇ ПАТОМОРФОЗУ	84
Мосейко О.В.	
КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ШКІРНИХ ПРОЯВІВ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ІЗ ВТОРИННИМ ГРИБКОВИМ ІНФІКУВАННЯМ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	84
Недельська С.М., Вакула Д.О.	
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КАШЛЮКУ У ДІТЕЙ.....	85
Недельська С.М., Сіліна Є.А., Пухир В.П.	
PREDICTION CRITERIA OF LETHAL OUTCOME OF ACUTE RECURRENT CEREBRAL ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE	86
Novikova L.V., Kozyolkina O.A.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВУ МІСТІ	86
Онищенко Д.О., Мазур В.І.	
ЗАЛЕЖНІСТЬ ПЕРЕБІГУ ВІТРИАНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ ВІД ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 (RS 1800872).....	87
Оніщенко Н.В., Рябоконт О.В.	
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН	88
Павличенко В.Д., Гребенюк А.А., Науменко Є.О., Перцов І.В., Никоненко А.О.	
ОЦІНКА ПОШИРЕНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РИНИТІВ І РИНОСИНУСІТІВ У ВАГІТНИХ	89
Першина В.Д., Костровський О.М.	
ДЕЯКІ АСПЕКТИ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ В УМОВАХ ШЕМІЧНОЇ ОФТАЛЬМОПАТІЇ.....	90
Пічахчі Г.М., Завгородня Н.Г., Михальчик С.В.	
ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ LASIK ЗА ТЕХНОЛОГІЄЮ CONTOURA VISION ДЛЯ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ І СКЛАДНОГО МІОПІЧНОГО АСТИГМАТИЗМУ	90
Пічахчі Г.М., Завгородня Н.Г., Михальчик С.В.	
СТРУКТУРА ТА ФАКТОРИ ВТОРИННОЇ ШКОДИ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ІЗ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ ОТОЧУЮЧИМИ, СЕРЕД КОНТИНГЕНТУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	91
Плехов В.А.	

THE ROLE OF PHOSPHOLIPASE A2 IN FORMATION OF ANEMIA OF INFLAMMATION IN INFANTS WITH ACUTE BACTERIAL DISEASES OF RESPIRATORY ORGANS.....	92
Pogribna A.O.	
НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КРІОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ В ДИТЯЧОМУ ВІЩІ.....	92
Плотнікова К.В.	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ ОГЛЯД ДИНАМІКИ БАКТЕРІАЛЬНОГО СПРЕКТРУ, АНТИБІОТИКОЧУТЛИВОСТІ ТА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ ЗА 2016-2018 Р.Р.....	93
Плохушко В.В.	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА УСПІШНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	94
Плохушко Р.В.	
ДІАРЕСГЕННІ ЕШЕРИХІОЗИ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ	95
Поруб С.Є., Усачова О.В., Пахольчук Т.М.	
НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДО ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ТЯЖКИМ ХВОРИМ З МОЗКОВОЮ КОМОЮ.....	96
Притула Д.Г., М., Бойко К. А., Лепетченко В. М.	
ДЕРМАТОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ УРАЖЕННЯ НІГТЬОВИХ ПЛАСТИН	97
Проценко М.В., Макуріна Г.І.	
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІПІДНИХ АБЕРАЦІЙ ТА СПОСОБІВ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АСОЦІЙОВАНИМИ КЛІНІЧНИМИ СТАНАМИ.....	99
Пунда А.В., Буряк В.В., Візір В.А.	
НЕЙРОСОНОГРАФІЯ У ДОНОШЕННИХ ТА НЕДОНОШЕННИХ. ПОКАЗАННЯ ДО НЕЙРОСОНОГРАФІЇ..	99
Пустова К.В., Амро А.Т.	
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ВІДМІННОСТІ МІЖ ХВОРИМИ НА ШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ ТА ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	100
Пухальський М.П., Сікорська М.В., Козьолкін О.А.	
ТАКТИКА ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ У ПАЦІЄНТОК В ПРОГРАМІ ДРТ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ.....	100
Разиграєва М. О., Авраменко Н. В., Грідіна І. Б.	
ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ БІОПАТІВ БРОНХІВ МЕТОДОМ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	101
Разнатовська О.М., Хлисту В.М., Хлисту В.В.	
АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	102
Разнатовська О.М., Москалюк А.С.	
EFFECTIVENESS OF ANTIVIRAL THERAPY IN TREATING HERPETIC ECZEMA	102
Reznichenko N., Mukesh Varma Samala	
EFFECTIVENESS OF CORTICOSTEROID THERAPY IN ORAL LICHEN PLANUS	103
Reznichenko N., Dantuluri Srinivasa Raju	
PECULIARITIES OF CRUSTED SCABIES IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENTS.....	104
Reznichenko N., Kothapalli Mohith Kumar	
КЛІНІЧНІ РІЗНОВИДИ ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У НЕПСИХОТИЧНІЙ НОЗОЛОГІЇ.....	104
Розов П.Р., Саржевський С.Н.	
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА 2 СТАДІЇ ЗА ХЕН-ЯРОМ.....	105
Ромалійська О.В.	
АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....	105
Садовський Ю.А.	

ВПЛИВ АНТИОКСИДАНТУ ТІОТРИАЗОЛІНУ НА ПАРАМЕТРИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ.....	106
Світлицька О.А.	
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ЛАБОРАТОРНО- ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ХВОРИХ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ І ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ	107
Сиволап В.Д., Базун Є.І., Богослав Т.В., Мікаєлян Г.Р.	
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРБІДНУ З ТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	108
Сиволап В.Д., Гонтаренко Е.О., Гура Е.Ю., Лашкул Д.А.	
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ТА АНАЛІЗ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЛОДУ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	109
Сидоренко Н.М. , Сухонос О.С., Авраменко Н.В.	
DEVELOPMENT AND EVALUATION NITRENDIPINE ANOEMULSION OF INTRANASAL DELIVERY	110
Siddiraju Koushik	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОРОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ В 2017-2018 РР. В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	110
Сіліна Є.А., Пухир В.П.	
ОСНОВНІ ВИДИ КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	111
Сінча Е.А.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЖОВЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ СИНДРОМОМ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ.....	111
Славчева О.С.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ІНФІЛЬТРУЮЧОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	112
Сліпньова М.О.	
ДЕФОРМАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЖІНОК В СТАНІ ПОСТМЕНОПАУЗИ З РІЗНИМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА.....	113
Соколова М.В.	
ПРЕДИКТОРИ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ Q-ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ	114
Стегайлова А.Д.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ L-АРГІНІНУ ТА БІСФОСФОНАТИВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗУ	114
Стецюк І.О.	
СУЧАСНИЙ СТАН ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА	115
Сухонос О.С.	
ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ M-ECHO У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	116
Таланова О.С., Степанова А.О.	
ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	116
Таланова О.С., Степанова А.О.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАРВЕДИЛОЛУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	117
Тимочко Н.Б.	
СТАН М'ЯЗОВОЇ ВИТРИВАЛОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	118
Тисленко В.Г., Чудова Н.І.	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІСІ.....	119
Тіткова О.Ю., Фам Тхі Нгок Хуєн	

КАЗКОТЕРАПІЯ ЯК СУЧАСНИЙ МЕТОД РОБОТИ З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХІЧНО-ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.....	120
Ткаченко А.М., Панов Н.С.	
ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ЗАПОРІЖЖІ	121
Ткачов В.С., Стешенко А.О., Діденко Е.В., Лесик Г.М.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ	122
Толкачова А.С.	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН НА МРТ З ПОРУШЕННЯМ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ II СТАДІЇ	123
Ушакова А.Р., Гайнова А.О.	
СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З АНОМАЛІЯМИ РЕФРАКЦІЇ ПІСЛЯ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ	124
Фам Т.Н.Х., Завгородня Н.Г., Поплавська І.О.	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДОРΟΣЛИХ У ЕПІДЕМІЧНІ СЕЗОНИ 2012-2014 ТА 2017-2018 РОКІВ	125
Федько К.О., Білокобила С.О., Рябокони О.В.	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В У ХВОРИХ БЕЗ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІРУСНОГО НАВАНТАЖЕННЯ	126
Хелемендик А.Б., Рябокони О.В.	
ОЦІНКА ВПЛИВУ «МЕБІКАРУ ІС» НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗА ДАНИМИ ОПИТУВАЛЬНИКА MOS SF-36 У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПАЛІАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ	127
Худяков Г. В.	
ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ	128
Човганюк О.С., Гаман І.О., Шеремета О.М.*, Палій О.Ю. **	
ЗМІНИ ПРИЗИНУ В УМОВАХ ДЕФЦИТУ ФУНКЦІЇ СКЕЛЕТНОЇ МУСКУЛАТУРИ ТА М'ЯЗОВОЇ МАСИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.....	129
Чудова Н.І.	
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ СТЕНОКАРДІЇ	130
Шальміна М.О.	
ЗМІНИ РІВНЯ ЕКСПРЕСІЇ CD40L У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ СТЕНОКАРДІЇ	130
Шальміна М.О.	
QUANTITATIVE FEATURES OF FRONTAL CORTICAL NEURONES IN THE DYNAMICS OF ALCOHOLIC ENCEPHALOPATHY	131
Shulyatnikova T.V., Suleimanova S.V.	
QUANTITATIVE PARAMETERS OF THE BRAIN OEDEMA IN THE DYNAMICS OF ALCOHOLIC ENCEPHALOPATHY	132
Shulyatnikova T.V., Suleimanova S.V.	
RURAL-URBAN DIFFERENCE IN PLASMA LIPID LEVELS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS OF ZAPORIZHZHIA REGION	133
Yechuri Ravindra, Syvolap V.D., Lashkul D.A.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПРОЯВІВ ЕНТЕРОВІРУСНИХ МЕНІНГІТІВ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ	133
Ялова Г.В., Задирака Д.А.	
ВІД ОРГАНІЧНОГО СИНТЕЗУ ТА ПОШУКУ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ – ДО СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ.....	137
ЩОДО СТВОРЕННЯ НОВОГО ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ОЧЕЙ ТА КАТАРАКТИ	135
Акопян Р. Р.	

ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ДЛЯ ТАБЛЕТОК «ГІПЕРТРИЛ»	135
Ангеліс І.В., Парнюк Н.В.	
ВИЗНАЧЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ УКРАЇНИ З ГРУПИ АНТИАРИТМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ..	136
Ассані Досі Раїнна, Німенко Г.Р.	
ВИЗНАЧЕННЯ РИНКУ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ.....	136
Ассані Досі Раїсса, Німенко Г.Р.	
ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ МІТОХОНДРІЙ МІОКАРДУ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ХСН НА ТЛІ КУРСОВОГО ВВЕДЕННЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРА З NO-МОДУЛЮЮЧИМ ЕФЕКТОМ «ГІПЕРТРИЛ»	137
Бак П.Г., Беленічев І.Ф., Бухтіярова Н.В.	
СИНТЕЗ ТА ВЛАСТИВОСТІ 2-((4-БЕНЗИЛІДЕН-5-ФЕНІЛ-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛ)ТІО)-N'-R-АЦЕТОГІДРАЗІДІВ.....	137
Белецький А. В., Гоцуля А. С.	
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВИХ ФТОРФЕНІЛПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛІВ	137
Бігдан О.А., Парченко В.В.	
ВИБІР ОПТИМАЛЬНИХ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ ТАБЛЕТОК L-ТРИПТОФАНАЗ ТІОТРИАЗОЛШНОМ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ	138
Борсук С.О., Чорна В.В.	
ПОШУК БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПЛУК СЕРЕД ПОХІДНИХ 8-БРОМОТЕОБРОМІН-1-ІЛПРОПАНОВОЇ КИСЛОТИ	139
Гілевич К.Д.	
ВИЗНАЧЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ УКРАЇНИ З ГРУПИ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ	139
Данильченко А.О., Німенко Г.Р.	
ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ МЕЛЬДОНІУ ДИГІДРАТУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	140
Донченко А. О., Зеленюк А. Ю., Васюк С. О.	
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТАБЛЕТОК «ПІРАЦЕТАМ»	141
Дрозд Т.П., Парнюк Н.В.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІФЕНОЛЬНОГО СКЛАДУ ТРАВИ ДЕРЕВІЯ ПОДОВОГО <i>ASCHILLEA MICRANTHOIDES</i> КЛОК.	141
Дуюн І.Ф.	
БАКТЕРІОСТАТИЧНА АКТИВНІСТЬ ЕФІРНОЇ ОЛІЇ З ТРАВИ <i>INULA BRITANNICA L.</i>	142
Єренко О. К.	
ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ЧИСТОТИ МАЗІ З амінексилом ДЛЯ ЗОВНІШНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ	143
Жамалі Карім , Количева Н.Л.	
ВПЛИВ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН НА СТИРАНІСТЬ, РОЗПАДАННЯ ТА ЗОВНІШНІЙ ВИГЛЯД ПІСЛЯ 6-ТИ МІСЯЦІВ ЗБЕРІГАННЯ ТАБЛЕТОК ОТРИМАНИХ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ ДО СКЛАДУ ЯКИХ ВХОДИТЬ КАРБАМАЗЕПІН З ТІОТРИАЗОЛШНОМ.....	143
Івченко А.С., Німенко Г.Р.	
СТАНДАРТИЗАЦІЯ СУБСТАНЦІЇ БРОМІДУ 1-В-ФЕНІЛЕТІЛ-4-(N-ДИМЕТИЛАМІНОБЕНЗИЛІДЕНАМІНО)-1,2,4-ТРИАЗОЛІО.....	144
Кіпоть Я.Ю.	
СПРЯМОВАНИЙ ПОШУК ПРОТИСУДОМНИХ АГЕНТІВ СЕРЕД ЗАМІЩЕНИХ СПРО[ІНДОЛІН-[1,2,4]ТРИАЗІНО[С]ХІНАЗОЛІНІВ].....	144
Коломоєць О.С.	
СИНТЕЗ ТА ПРОТИГРИБКОВА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ БЕНЗО[4,5]ІМІДАЗО[1,2-С]ХІНАЗОЛІН-6(5Н)-ОНУ (-ТІОНУ)	145
Кравцов Д.В.	
VALIDATION OF SPECTROPHOTOMETRIC METHODS FOR QUANTITATIVE DETERMINATION THE LISININ SUBSTANCE	146
Kumets V.S.	

РОЗРОБКА ТА ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАРВЕДІЛОЛУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ З ВИКОРИСТАННЯМ ДІАЗОЛЮ ЧЕРВОНОГО ЖЖ.....	147
Малецька О.Р., Афендікова Ю.С., Васюк С.О.	
ВИКОРИСТАННЯ ДІАЗОЛЮ ЧЕРВОНОГО ЖЖ ДЛЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАРВЕДІЛОЛУ У ТАБЛЕТКАХ «КОРВАЗАН 12,5 МГ».....	147
Малецька О.Р., Сидоренко Н.О., Васюк С.О.	
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН НА ВИВІЛЬНЕННЯ АКТИВНИХ КОМПОНЕНТІВ ОЛІЇ ЧЕБРЕЦЮ З ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ГЕЛІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ АКНЕ	148
Мартинюк А.І., Лисянська Г.П., Ал Зедан Фаді	
ВИВЧЕННЯ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ЧИСТОТИ РЕКТАЛЬНИХ СУПОЗИТОРІЇВ З ОЛІЄЮ ЖУРАВЛИНИ	149
Олійник І. М. ¹ , Количева Н.Л. ²	
ВЗАЄМОДІЯ 5-(5-БРОМФУРАН-2-ІЛ)-4-МЕТИЛ-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІОЛУ З ДЕЯКИМИ ГАЛОГЕНВМІСНИМИ СПОЛУКАМИ	149
Парченко М.В., Панасенко О.І.	
СИНТЕЗ ТА АНТИГПОКСИЧНА ДІЯ ПЛІДЕНГІДРАЗИДІВ 1-АЛІЛЗАМІЩЕНИХ ТЕОБРОМІНІЛ-8-АМІНОАЛКАНОВИХ КИСЛОТ	150
Перепечай М.В.	
ВАЛІДАЦІЯ РОЗРОБЛЕНИХ МЕТОДИК КІЛЬКІСНОГОВИЗНАЧЕННЯ ТАБЛЕТОК «АНГІОЛІН».....	151
Петрушенко М.М.	
АЛГОРИТМИ ДЛЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ ВІРТУАЛЬНОГО СКРИНІНГУ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ СЕРЕД НОВИХ СПОЛУК РЯДУ АЗАГЕТЕРОЦИКЛІВ.....	151
Риженко В.П.	
ПОШУК ГІПОГЛІКЕМІЧНИХ ЗАСОБІВ СЕРЕД ПОХІДНИХ 2-(АЛКІЛ, АРИЛСУЛЬФОНІЛ)ГЕКСАГІДРО-1H-ІЗОІНДОЛ-1,3(2H)-ДІОНУ	152
Селіванова Є.А.	
ВИЗНАЧЕННЯ МІКРОБНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ М'ЯКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ ОКТОПІРОКСУ	152
Солодовник В.А., Количева Н.Л.	
СТАНДАРТИЗАЦІЯ ДІЮЧИХ РЕЧОВИН В ТАБЛЕТКОВІЙ МАСІ З L-ТРИПТОФАНОМ ТА ТІОТРИАЗОЛІНОМ.....	153
Сорокопуд Л.Ю., Борсук С.О.	
3-R ₁ -6-(R ₂ (АРИЛТІО)МЕТИЛ)-2H-[1,2,4]ТРИАЗИНО[2,3-C]ХІНАЗОЛІН-2-ОНИ – НОВИЙ КЛАС ПЕРСПЕКТИВНИХ БІОЛОГІЧНО-АКТИВНИХ СПОЛУК.....	154
Сметана Є.В.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МАКРОСКОПІЧНИХ ТА МІКРОСКОПІЧНИХ ОЗНАК ЧЕБРЕЦЮ ЛИМОННОЗАПАШНОГО ТА ЧЕБРЕЦЮ ПОВЗУЧОГО	154
Стешенко Я.М.	
SYNTHESIS AND ANTIOXIDANT PROPERTIES OF 8-AMINODERIVATIVES OF 7-(2-HYDROXY-2-PHENYLETHYL)-ТЕОРНУЛЛІНЕ.....	155
Turpak M.S.	
ВИВЧЕННЯ ДЕГРАДАЦІЇ ПИПЕРИДИНІЙ 2-((5-(ФУРАН-2-ІЛ)-4-ФЕНІЛ-4H-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛ)ТІО)АЦЕТАТА В СТРЕСОВИХ УМОВАХ	156
Усенко Д., Варинський Б.О.	
СИНТЕЗ ТА ВЛАСТИВОСТІ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ, ЯКІ МІСТЯТЬ ФРАГМЕНТИ ЦИКЛОПРОПАНУ, 2-МЕТИЛФУРАНУ ТА ТІАДІАЗОЛУ	156
Федотов С.О.	
РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ СУПРОВІДНИХ ДОМІШОК В ТАБЛЕТКАХ БРОМІДУ 1-(β-ФЕНІЛЕТІЛ)-4-АМІНО-1,2,4-ТРИАЗОЛІЯ	157
Цекало Я.Г., Парнюк Н.В.	
ГІПОГЛІКЕМІЧНА АКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКТІВ РИЖІЮ ПОСІВНОГО.....	157
Цикало Т.О., Тржецинський С.Д.	
ПОШУК РЕЧОВИН З ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ СЕРЕД ПОХІДНИХ 3-МЕТИЛКСАНТИНУ	158
Цис О.В., Білай І.М.	

THE PROSPECT OF CREATING NEW PILLS FOR ORAL MUCOSA DISEASES	158
Chonka H.	
ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ В МАЗІ «ТІОТРИАЗОЛІН».....	159
Шевченко О.А.	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ СТОМАТОЛОГІЇ	160
ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ НА РІВЕНЬ МОТИВОВАНОСТІ ДО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СЕРЕД РОБІТНИКІВ СТАЛЕЛИВАРНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ	160
Возна І.В., Бригадир О.С., Калянова В.А.	
СТАН ВІДНОВЛЕНЬ ЗУБІВ ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ.....	161
Костенко Р.С.	
ОЦІНКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	162
Лепетченко Є.С.	
РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ РЕПАРАТИВНИХ ПРЕПАРАТІВ, ПРИ ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ РАН З ВТОРИННОЮ ЕПІТЕЛІЗАЦІЄЮ, У НАЙБЛИЖЧІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	162
Маршалова Р.І., Глазунов О.А.	
ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗРАЗКІВ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ	163
Роман О.Б.	
БІЛЬ ПІСЛЯ ПЛОМБУВАННЯ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ.....	164
Смірнова І.В., Пахолов Б.В.	
ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЦІНОУТВОРЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПОГЛИБЛЕНОГО КАРІЄСУ	164
Смірнова І.В., Ель Кандуссі А., Магуза С., Малумі С.	
ВИВЧЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ В РІЗНИХ ВИДАХ З'ЄДНАННЯ ІМПЛАНТАТУ ТА АБАТМЕНТА В СИСТЕМІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ІМПЛАНТАТІВ IMPLIFE®	165
Чертов С.О., Приступа Т.А.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА.....	166
ОСНОВНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ АНТИКОРУПЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	166
Аніщенко М.А.	
РЕФОРМА ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	166
Базарнова А.В., Аніщенко М.А.	
ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ВІДПУСКУ РЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕЦІ.....	167
Белецький А.В., Скріпкін С.В.	
ПРОБЛЕМИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ МАРИХУАНИ В УКРАЇНІ	168
Бершадська А.В., Скріпкін С. В.	
АДМІНІСТРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДІЮЧИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ....	169
Висоцький Б.А., Аніщенко М.А.	
ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ КОНЦЕПЦІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЛІКАРІВ	169
Данильченко Є.В., Аніщенко М. А.	
ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ГАРМОНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ЄС.....	170
Іванченко Г.В., Гамбург Л.С.	
ДЕРЖАВНО-ГРОМАДСЬКЕ ПАРТНЕРСТВО В ПИТАННЯХ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ПАЛІАТИВНУ ДОПОМОГУ	171
Інюшина А.В., Аніщенко М. А.	
ЕЛЕКТРОННІ ІНФОРМАЦІЙНІ ІНТЕРНЕТ-СЕРВІСИ ЯК ЕЛЕМЕНТ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	172
Кандибей В.К., Аніщенко М.А.	
ПРОБЛЕМА ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ВІДПУСКУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	173
Клименко П.О., Гамбург Л.С.	

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	174
Колесніков С.О., Аніщенко М.А.	
ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ АЛКАЛОЇДОВМІСНОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ (НА ПРИКЛАДІ ЛАТУКУ ДИКОГО)	175
Кондратенко Л.В., Гамбург Л.С.	
ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПУ	176
Кочергін К.О., Єрмолаєва Г.В.	
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ	177
Мороз Д.В.	
СОЦІАЛЬНІ ТА ПРАВОВІ КОНФЛІКТИ СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ ФАРМАЦЕВТА	178
Мосаєв Ю.В.	
РЕФОРМА ШВИДКОЇ (ЕКСТРЕНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	178
Москалюк А.С., Аніщенко М.А.	
ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОГРАМ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ.....	179
Ремжина Ю. О., Скріпкін С. В.	
ДО ПИТАННЯ ПРО СУЧАСНІ ФУНКЦІЇ ПУБЛІЧНИХ ВИДАТКІВ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ	180
Скріпкін С.В.	
ГУМАНІТАРНІ НАУКИ В МЕДИКО–ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОСВІТІ	182
КІБОРГІЗАЦІЯ: НОВІ ВИКЛИКИ ФІЛОСОФІЇ	181
Аверченко В.Л.	
БЛОГ-ТЕХНОЛОГІЇ У ВИВЧЕННІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ	182
Ель Хаїк Хамза, Кремпова Л.О.	
РОЛЬ ВИВЧЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ У ЗАСВОЄННІ ІНОЗЕМНІЙ МОВИ ЗА ПРОФСПРЯМУВАННЯМ.....	182
Зьома Є.В.	
ВИКОРИСТАННЯ ФІЛОСОФСЬКОЇ МЕТОДОЛОГІЇ У СУЧАСНІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ (НА ПРИКЛАДІ МЕТОДА ЛОГОТЕРАПІЇ ВІКТОРА ЕМІЛЯ ФРАНКЛА).....	183
Кандибей В.К., Утюж І.Г.	
ФЕНОМЕН ПАМ'ЯТІ ЯК КЛЮЧ ДО ОСОБИСТІСНОЇ УНІКАЛЬНОСТІ.....	184
Коноваленко О.М.	
ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ ДЕЯКИХ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ.....	185
Кузнєцова Д.С.	
ГРЕЦЬКІ ТЕРМІНОЕЛЕМЕНТИ У МЕДИЧНІЙ ГЕЛЬМІНТОЛОГІЇ.....	185
Літаш А.К.	
МАНІФЕСТАЦІЯ ТІЛЕСНОСТІ.....	186
Шкарупа В.Є.	

Підписано до друку 07.05.2019 р.
Папір офсетний. Друк - ризограф.
Умов. друк. арк. 8,5
Наклад 100 прим. Зам. № 8328.
Оригінал-макет виконаний в ЦВЗ ЗДМУ
69035, г. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26,

Видавництво ЗДМУ. '69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26