

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР**  
**«УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА»**

## **ЗБІРКА ТЕЗ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**«ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ**  
**УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК У ПРАКТИКУ**  
**ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

*26-27 жовтня 2017 р.*

**м. Запоріжжя**

# **ОРГКОМІТЕТ**

## **Голова оргкомітету**

Ректор Запорізького державного медичного університету,  
д.мед.н., професор **Ю.М. Колесник**

## **Заступники голови**

Проректор з наукової роботи Запорізького державного медичного університету,  
д.мед.н., професор **В.О. Туманський**

Директор ННМЦ «Університетська клініка»,  
Запорізького державного медичного університету,  
д.мед.н., професор **В.І. Кривенко**

## **Члени оргкомітету**

к.мед.н., доцент М.О. Авраменко, д.мед.н., професор В.А. Візір,  
к.мед.н., доцент С.А. Моргунцова, д.мед.н., доцент М.Ю. Колесник,  
д.мед.н., доцент О.В. Возний, д.біол.н., доцент С.В. Павлов, д.мед.н. А.В. Демченко,  
к.мед.н. В.В. Вакуленко, Е.В. Котляревська, Л.І. Бородавко

## **Відповідальний секретар**

д.мед.н. А.В. Демченко

## **Секретаріат**

А.В. Алтухов, О.М. Кіосов

## ЗМІСТ

Морфофункціональне состояние енкефалинергической системы гипоталамуса при экспериментальном сахарном диабете Абрамов А.В., Карнаух М.Н. ....	8
Особливості протезування хворих на червоний плескатий лишай порожнини рота Бараннік Н.Г., Манухіна О.М., Ніколов В.Г. ....	8
Особливості лікування хронічного генералізованого пародонтиту у пацієнтів з фоною гастроентерологічною патологією Бараннік Н.Г., Манухіна О.М. ....	9
Особливості лікування хронічного генералізованого пародонтиту у пацієнтів з фоною гастроентерологічною патологією Бараннік Н.Г., Манухіна О.М. ....	10
Особливості лікування хронічного генералізованого пародонтиту у пацієнтів з фоною гастроентерологічною патологією Бараннік Н.Г., Манухіна О.М. ....	10
Вплив лікарських препаратів на лабораторні показники та постановку діагнозу Білай І.М., Михайлюк Є.О., Цис О.В. ....	11
Стан системи глутатіону у хворих на хронічну ішемію мозку Боброва В.І., Демченко А.В. ....	12
Перебіг алкогольного цирозу печінки на тлі загострення хронічного бронхіту Вірстюк Н.Г., Кобітович І.М., Лосюк Л.В., Вовчук В.М. ....	12
Перспективы использования биологических маркеров в стоматологии Возный А.В., Павлов С.В., Романюк В.Н. ....	13
Перспективи застосування гіпонатрієвої солі у хворих на серцево-судинну патологію Волошина І.М., Пономаренко В.І. ....	14
Эффективность временной obturации корневых каналов при лечении острых и обострившихся форм верхушечного периодонтита Воропаева Л.В., Крючко А.И., Гурьева Т.Е. ....	15
Використання антисептичної гемостатичної колагенової губки з метою профілактики постекстракційних ускладнень у пацієнтів на фоні цукрового діабету Ганчев К.С. ....	15
Особливості стану системи монооксиду азоту міокарда лівого шлуночка серця у препубертатному періоді внаслідок дії хронічної пренатальної гіперглікемії Ганчева О.В., Вородєєва Ю.І. ....	16
Зв'язок таqі-поліморфізму гена vdr із розвитком хронічного генералізованого пародонтиту Гарбузова В.Ю., Фоменко І.Г. ....	17
Цитологічний метод дослідження в діагностиці новоутворень щитоподібної залози Гладких Н.О., Залюбовська О.І., Тюпка Т.І., Зленко В.В. ....	17
Ефективність КТ-дослідження у діагностиці і лікуванні хронічного апікального періодонтиту Гулюк А.Г., Весна О.А. ....	18

Комплексне лікування хронічного генералізованого пародонтиту з використанням препарату «Бішофіт полтавський» Дементьєва О.В., Федянович І.М., Кокарь О.О. ....	19
Контрольно-динамическая лапароскопия при подозрении на травматические повреждения абдоминальных органов Капшитарь А.В. ....	20
Мониторинг цитолитических ферментов при лечении тиотриазолином после хирургической коррекции закрытой травмы печени Капшитарь А.А., Капшитарь А.В. ....	20
Технические особенности выполнения минилапароскопии у пациентов с различной степенью ожирения в неотложной абдоминальной хирургии Капшитарь А.В. ....	21
Удаление экссудата из брюшной полости с её дренированием под контролем минилапароскопа при стерильном панкреатогенном перитоните Капшитарь А.В. ....	22
Частота виникнення гострого пошкодження нирок у пацієнтів з декомпенсованою серцевою недостатністю в залежності від коморбідності Качан І.С., Кучерова А.В., Нікітюк О.В., Котляревська Е.В. ....	22
Ефективність роботи школи для пацієнтів з гіпертонічною хворобою в умовах університетської клініки Качан І.С., Нікітюк О.В., Миронова О.І., Борота Д.С. ....	23
Основные закономерности возникновения и ранней диагностики ТЭЛА у пациентов с внегоспитальными пневмониями с учётом фоновых заболеваний Киреева Т.В., Коротя Н.Н. ....	24
Застосування холоднопетлевої поліпектомії, як метода розширеної біопсії, при скринінговій колдоскопії Клименко А.В., Гулевський С.М., Кіосов О.М., Вакуленко В.В. ....	24
Еозинофільні захворювання шлунково-кишкового тракту в практиці лікаря ендоскопіста Клименко А.В., Кіосов О.М., Гулевський С.М. ....	25
Аргоноплазма абляція в лікуванні хворих на CLE метаплазією кишкового типу (стравохід Баррета) без дисплазії та з дисплазією легкого ступеня (LGD) Клименко А.В., Кіосов О.М., Гулевський С.М. ....	26
Досвід ендоскопічної діагностики дуоденальної дистрофії Клименко А.В., Кіосов О.М., Гулевський С.М. ....	27
Вплив хірургічного лікування патології сонних артерій на когнітивні функції у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом II типу Кобза І.І., Діденко О.З., Кобза І.І., Яворський О.Г. ....	28
Впровадження генотипування у роботу антикоагулянтного кабінету при нмц «університетська клініка» у хворих з фібриляцією передсердь Колесник М.Ю., Михайловський Я.М., Миронова О.І. ....	29
Особливості деформації лівих камер серця у жінок в стані менопаузи залежно від наявності гіпертонічної хвороби Колесник М.Ю., Соколова М.В. ....	30

Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні раннього раку шлунка Корп'як В.С.....	30
Клініко-фармакодинамічні аспекти застосування блокади раас у хворих на хронічний гломерулонефрит з артеріальною гіпертензією Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О., Долінна М.О.....	31
Взаємозв'язок щільності кісткової тканини та ризику переломів FRAX, Q-fracture у хворих на цукровий діабет 2 типу Кривенко В.І., Бородавко О.І.....	32
Гендерні особливості порушення функції аортального клапана у залежності від ступеня кальцифікації Кривенко В.І., Борота Д.С., Качан І.С. ....	32
Кардіальні порушення у хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою Кривенко В.І., Світлицька О.А., Дудко О.В., Горбаткова Н.Г., Кікнадзе Т.І., Вороніна Є.В.....	33
Особливості функціонального стану міокарду у хворих з синдромом обструктивного апное сну та гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою Кривенко В.І., Світлицька О.А. ....	34
Тактика ведення хворих з сенсоневральною приглухуватістю та суб'єктивним вушним шумом Кривенко В.І., Худякова С.М. ....	34
Ефективність місцевого лікування ХЕЙЛИТА гелем «Пантенол» Крючко А.И., Андреева Е.В.....	35
Рання діагностика сімейної гіперхолестеринемії Мазніченко Є.О., Якименко О.О. ....	36
Применение плазмолифтинга при лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи Маланчук В.А., Сидоряко А.В., Баранник Н.Г. ....	37
Антибиотикорезистентность в Запорожском ожоговом центре .....	38
Мангуренко О.И., Молчанов А.О.....	38
Вміст цитокінів при хронічній серцевій недостатності з надлишковою масою тіла, ожирінням та супутньою анемією легкого ступеня Нетяженко В.З., Бідзіля П.П. ....	38
Оцінка поширеності сімейної гіперхолестеринемії серед пацієнтів кардіологічного профілю Нікітюк О.В., Комарова-Лазько О.В.....	39
Структура пацієнтів із саркоїдозом органів дихання на Прикарпатті Островський М.М., Швець К.В. Островський М.М. ....	40
Рання діагностика ішемічних порушень міокарду у осіб, що потребують диференційної діагностики больового синдрому у ділянці серця Пахомова С.П., Радомська Т.Ю., Салівон-Гончаренко А.А.....	40
Влияние кортикальной депрессии и патологии таламокортикальной зоны на соматосенсорную симптоматику при мигренозной ауре Первеева Е.И., Букреева Ю.В. ....	41
Торакоскопічна біопсія в діагностиці дифузних інтерстиціальних захворювань легень Перцов В.І., Телушко Я.В., Савченко С.І. ....	42

Сучасні аспекти лікувально-діагностичної тактики у хворих на гостру емпієму плеври Перцов В.І., Телушко Я.В., Савченко С.І. ....	42
Кореляційний зв'язок між рівнем прозапальних цитокінів та важкістю гострого некротичного панкреатиту Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Білик О.М., Ляховченко Н.А., Зацерковна О.М., Леванчук А.С., Паньків К.М. ....	43
Роль мутації в гені PRSS1 у розвитку гострого некротичного панкреатиту Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Леванчук А.С., Паньків К.М., Зацерковна О.М., Білик О.М., Ляховченко Н.А. ....	44
Antioxidant and cardioprotective properties of the tamoxifeni citrati in case of cardiomyocytes hypoxic damage Pavlov S.V., Levchenko K.V. ....	45
Рання ультразвукова діагностика хронічного аутоімунного тиреоїдиту Радомська Т.Ю., Кучугурна Т.А. ....	46
Стан варіабельності серцевого ритму у хворих на цукровий діабет 2 типу Радомська Т.Ю., Алтухов А.В., Салівон-Гончаренко А.А. ....	46
Ефективність лікування хворих з поєднаним перебігом хіміорезистентного туберкульозу та цукрового діабету Разнатовська О.М., Бобровнича-Двізова Ю.М. ....	47
Кореляційні зв'язки рівнів імуноглобулінів у сироватці крові з показниками туберкулінових проб у дітей, хворих на вперше діагностований туберкульоз Разнатовська О.М., Мирончук Ю. В. ....	48
Оценка поражения периферических нервных волокон у работников тяжелой промышленности Ромалийская О.В., Демченко А.В., Козенко М.В. ....	49
Застосування сучасних інформаційних технологій та індивідуальних завдань студентам для оптимізації їх самостійної роботи на кафедрі терапевтичної стоматології Романова Ю.Г., Гончаренко О.В., Коваль С.М. ....	49
Определение эффективности солевой системы для глубокого фторирования «Ftorcalcit-D» при лечении гиперестезии твердых тканей зубов Рябокоть Е.Н., Волкова О.С., Токарь А.А., Каннуник Т.С. ....	50
Клиническая оценка эффективности лечения катарального гингивита с применением стоматологического геля «Холисал» Рябокоть Е.Н., Андреева Е.В., Крючко А.И. ....	51
Антимикробная активность комплексных препаратов на растительной основе Рябокоть Е.Н., Стеблянко Л.В., Баглык Т.В., Катурова Г.Ф., Кирсанова А.В. ....	52
Корекція синдрому надлишкового бактеріального росту при неалкогольному стеатогепатиті Свистун С.І., Горбаткова Н.Г., Дудко Е.В., Світлицька О.А., Алтухов А.В. ....	52
Основні помилки допущені студентами при препаруванні зубів під штамповану коронку Сидоренко О.О., Збарах О.О. ....	53
Особливості появи виражених діастем верхньої щелепи у дітей народжених від матерів перенісших токсикоз першого триместру вагітності Сидоренко А.Ю. ....	54

Информированность пациентов с сердечно-сосудистой патологией о правилах гигиенического ухода за полостью рта Смирнова И.В. ....	55
Эндоскопические операции при образованиях толстой кишки Тарабаров С.А. ....	55
Факторы успеха для выявления неоплазий толстого кишечника при проведении видеокOLONOSКОПИИ Трофимов Н.В., Кузнецов Г.Э. ....	56
Вплив комбінованої терапії на рівень глюкози та ліпідний профіль у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу Федорова О.П., Дудко О.В., Єдинович К.М., Кікнадзе Т.І., Світлицька О.А. ....	57
Дослідження стану вродженого імунітету (Toll-рецептори) у дітей-інвалідів з захворюваннями центральної нервової системи, системи крові, органів дихання та психічними розладами Хоменко Л.О., Колесник Ю.М., Гавриленко М.А. ....	57
Основные задачи клинической лабораторной диагностики в клинике внутренних болезней Шейко С.А., Ельчанинова Т.И., Ситало С.Г., Махди Лабиб ....	59
Преваги проведення ендоскопічних методів дослідження та лікування в умовах внутрішньовенної аналгоседації Шифрін Г.А., Зайцев С.Є. ....	59
Сучасні аспекти діагностики та планування лікування дистального прикусу у дітей з алергічним ринітом Шумна Т.Є., Зінченко Т.П. ....	60
Генетичні маркери розвитку остеоартрозу колінних суглобів у жінок у менопаузальному періоді Якименко О.О., Богдан Н.М., Єфременкова Л.Н. ....	61
Дослідження порушень ритму та провідності у хворих з ревматичною хворобою серця. Сучасні підходи до лікування Якименко О.О., Себов Д.М., Кравчук О.Є., Коломієць С.М., Кобелева О.М., Лозінська Т.М. ....	61
Стан адаптивних можливостей цереброваскулярного русла у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію її стадії Яркова С.В. ....	62

# **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНКЕФАЛИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГИПОТАЛАМУСА ПРИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

Абрамов А.В., Карнаух М.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

Кафедра пропедевтической и хирургической стоматологии

Актуальность. Высокая распространенность и смертность от сахарного диабета в мире в целом и в Украине в частности - причина того, что проблема этиологии и патогенеза заболевания, занимает одно из первых мест среди научных проблем как клинической, так и практической медицины. Цель исследования. Патогенетически обосновать роль энкефалинергической системы гипоталамуса в механизмах развития экспериментального стрептозотоцинового сахарного диабета. Объект исследования. Экспериментальный стрептозотоциновый сахарный диабет. Предмет исследования. Концентрация глюкозы; морфофункциональное состояние нейронов паравентрикулярного, аркуатного, супраоптического и супрахиазмального ядер гипоталамуса; экспрессия мет-энкефалина и лей-энкефалина. Методы исследования. Патофизиологические, биохимические, морфометрические, имунофлюоресцентные; метод статистического анализа. Практическое значение полученных результатов. Практическое значение проведенных комплексных исследований заключается в установлении новых данных о патофизиологических механизмах участия мет- и лей-энкефалинергической системы гипоталамуса в патогенезе сахарного диабета, что необходимо учитывать для дальнейшего изучения роли нейроэндокринной регуляции панкреатических островков поджелудочной железы со стороны гипоталамуса, а также при разработке медикаментозной коррекции диабета и его осложнений при помощи синтетических аналогов нейропептидов. Материалы исследования внедрены в научную работу и учебный процесс кафедр патофизиологии ЗГМУ, ДМСА, УМСА, КГМУ, ДМНУ. Выводы. Реакция энкефалинергической системы гипоталамуса при экспериментальном сахарном диабете характеризуется активацией экспрессии и повышением синтеза мет-энкефалина и лей-энкефалина в крупноклеточных и мелкоклеточных нейросекреторных структурах. Однако, повышение содержания энкефалинов в динамике развития диабета сопровождается постепенным торможением их транспорта в аксоны нейросекреторных нейронов, что следует рассматривать как проявление дизрегуляторной патологии при диабете.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНІЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Бараннік Н.Г., Манухіна О.М., Ніколов В.Г.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Кафедра хірургічної і терапевтичної стоматології

Червоний плескатиий лишай (ЧПЛ) – одне з найрозповсюдженіших захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР), яке характеризується клінічним поліморфізмом, важким хронічним перебігом і призводить до погіршення стоматологічної складової якості життя хворих. Спостерігається



тенденція до зростання розповсюдженості цієї патології та превалювання її важких форм з перебігом на тлі хронічної полісистемної патології, що визначає медичну і соціальну значущість проблеми. Тому важливою клінічною задачею є пошук раціональних та ефективних методик профілактики загострень захворювання під час проведення ортопедичного стоматологічного лікування. Проведене комплексне обстеження та ортопедичне лікування 32 хворих з ексудативно-гіперемічною та ерозивно-виразковою формами ЧПЛ СОПР. У 11 випадках протезування проводилося вперше. При виборі виду протезу, перевага віддавалася незнімним конструкціям, які забезпечували мінімальний контакт слизової оболонки з металом. У разі повторного протезування забезпечували мінімальну вірогідність виникнення гальванічних струмів. Ортопедичне лікування супроводжувалося призначенням профілактичного курсу антигомотоксичних препаратів з метою попередження загострення ЧПЛ під час протезування. На час ортопедичного лікування пацієнтам також призначали для щоденного застосування засоби, що містять гіалуронову кислоту. Перед здійсненням ортопедичних маніпуляцій осередки ураження в порожнині рота покривали захисними плівками. Негативні результати спостерігали у 3 пацієнтів з синдромом Гриншпана, у 29 пацієнтів застосування запропонованої методики дозволило уникнути загострення під час ортопедичного лікування.

### **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ФОНОВОЮ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Бараннік Н.Г., Манухіна О.М.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Кафедра хірургічної і терапевтичної стоматології

Підвищення ефективності лікування захворювань пародонта при наявності фонові патології шлункового тракту є актуальною проблемою у зв'язку зі значною питомою вагою таких пацієнтів на стоматологічному прийомі. 67 хворим з хронічним генералізованим пародонтитом та високим ризиком інвазії *H. pylori* проведено комплексне стоматологічне обстеження: рентгенологічне, визначення гігієнічних та пародонтальних індексів, вимірювання рН ротової порожнини, а також ідентифікація *H. pylori* за допомогою уреазного дихального тесту та ПЛР. Високий рівень інфікованості *H. pylori* виявлений у 48 обстежених, пацієнти обох груп проходили курс ерадикаційної терапії за призначенням гастроентеролога, у 24 пацієнтів основної групи традиційний курс комплексного пародонтологічного лікування був розширений за рахунок місцевого застосування лужних мінеральних вод та сінбіотика, що містить лакто- та біфідобактерії і має антагоністичну дію по відношенню до *H. Pylori* і стимулює ріст нормальної мікрофлори. Після проведеного лікування у пацієнтів обох груп в 2,1-2,8 рази зменшилися показники гігієнічних індексів, відновився кислотно-лужний баланс, але динаміка нормалізації пародонтальних індексів була більш позитивною у пацієнтів основної групи. Контрольне обстеження через 3 місяці виявило загострення пародонтита у 4 пацієнтів контрольної групи і у жодного – основної.

За результатами обстеження через 6 місяців загострення пародонтита спостерігалось у 3 пацієнтів основної та 7 пацієнтів контрольної групи. Таким чином, запропоновані заходи сприяють підвищенню ефективності лікування хронічного генералізованого пародонтита.

### **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ФОНОВОЮ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Бараннік Н.Г., Манухіна О.М.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»  
Кафедра хірургічної і терапевтичної стоматології

Підвищення ефективності лікування захворювань пародонта при наявності фонової патології шлункового тракту є актуальною проблемою у зв'язку зі значною питомою вагою таких пацієнтів на стоматологічному прийомі. 67 хворим з хронічним генералізованим пародонтитом та високим ризиком інвазії *H. pylori* проведено комплексне стоматологічне обстеження: рентгенологічне, визначення гігієнічних та пародонтальних індексів, вимірювання рН ротової порожнини, а також ідентифікація *H. pylori* за допомогою уреазного дихального тесту та ПЛР. Високий рівень інфікованості *H. pylori* виявлений у 48 обстежених, пацієнти обох груп проходили курс ерадикаційної терапії за призначенням гастроентеролога, у 24 пацієнтів основної групи традиційний курс комплексного пародонтологічного лікування був розширений за рахунок місцевого застосування лужних мінеральних вод та сінбіотика, що містить лакто- та біфідобактерії і має антагоністичну дію по відношенню до *H. Pylori* і стимулює ріст нормальної мікрофлори. Після проведеного лікування у пацієнтів обох груп в 2,1-2,8 рази зменшилися показники гігієнічних індексів, відновився кислотно-лужний баланс, але динаміка нормалізації пародонтальних індексів була більш позитивною у пацієнтів основної групи. Контрольне обстеження через 3 місяці виявило загострення пародонтита у 4 пацієнтів контрольної групи і у жодного – основної. За результатами обстеження через 6 місяців загострення пародонтита спостерігалось у 3 пацієнтів основної та 7 пацієнтів контрольної групи. Таким чином, запропоновані заходи сприяють підвищенню ефективності лікування хронічного генералізованого пародонтита.

### **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ФОНОВОЮ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Бараннік Н.Г., Манухіна О.М.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»  
Кафедра хірургічної і терапевтичної стоматології

Підвищення ефективності лікування захворювань пародонта при наявності фонової патології шлункового тракту є актуальною проблемою у зв'язку зі значною питомою вагою таких пацієнтів на стоматологічному прийомі. 67 хворим з хронічним генералізованим пародонтитом та високим ризиком інвазії *H. pylori* проведено

комплексное стоматологическое обследование: рентгенологічне, визначення гігієнічних та пародонтальних індексів, вимірювання рН ротової порожнини, а також ідентифікація *H. pylori* за допомогою уреазного дихального тесту та ПЛР. Високий рівень інфікованості *H. pylori* виявлений у 48 обстежених, пацієнти обох груп проходили курс ерадикаційної терапії за призначенням гастроентеролога, у 24 пацієнтів основної групи традиційний курс комплексного пародонтологічного лікування був розширений за рахунок місцевого застосування лужних мінеральних вод та сінбіотика, що містить лакто- та біфідобактерії і має антагоністичну дію по відношенню до *H. Pylori* і стимулює ріст нормальної мікрофлори. Після проведеного лікування у пацієнтів обох груп в 2,1-2,8 рази зменшилися показники гігієнічних індексів, відновився кислотно-лужний баланс, але динаміка нормалізації пародонтальних індексів була більш позитивною у пацієнтів основної групи. Контрольне обстеження через 3 місяці виявило загострення пародонтита у 4 пацієнтів контрольної групи і у жодного – основної. За результатами обстеження через 6 місяців загострення пародонтита спостерігалось у 3 пацієнтів основної та 7 пацієнтів контрольної групи. Таким чином, запропоновані заходи сприяють підвищенню ефективності лікування хронічного генералізованого пародонтита.

## **ВПЛИВ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НА ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ТА ПОСТАНОВКУ ДІАГНОЗУ**

Білай І.М., Михайлюк Є.О., Цис О.В.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та УЕФ

За даними ВООЗ завдяки прогресу в галузі лабораторних досліджень фахівець одержує близько 80% точної інформації про стан здоров'я пацієнта. Але, незважаючи на це, лікар зустрічається з проблемою аналізу біологічних досліджень і постановкою точного діагнозу. Враховуючи свою фармакокінетичну і фармакодинамічну дію, вони можуть зменшувати або збільшувати різні лабораторні показники, а як слідство постановкою не вірного діагнозу. Наприклад деякі препарати можуть призвести до гемоглобінопенії, а саме: аміназин (гемолітична анемія), барбітурати (мегалобластична анемія), левоміцетин (панцитопенія), нітрофурані (мегалобластна анемія), тетрациклін (гемолітична анемія), фуросемід (анемія), естрогени (порушення всмоктування фолієвої кислоти). Відносна щільність сечі збільшується під впливом декстрану, манітолу, рентгеноконтрастних засобів, сахарози, і зменшується під впливом карбеноксонола, метоксіфлюрана. Підвищення рівня білка може бути пов'язано з прийомом індометацину, пеніцилінів, аміноглікозидів (гентаміцин, стрептоміцин та ін), тетрациклінів, сульфаніламідів, еритроміцину, фуросеміду, препаратів вісмуту, заліза, золота, літію, кадмію, міді, ртуті, свинцю, срібла, сурми. І це лише загальні аналізи крові та сечі, що може вплинути на постановку більшості діагнозів, ще на первинній ланці медичної допомоги. Тому лікар повинен приділяти особливу увагу лікарському аналізу та препаратам, які застосовував пацієнт.

## СТАН СИСТЕМИ ГЛУТАТІОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЮ МОЗКУ

Боброва В.І.<sup>1</sup>, Демченко А.В.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет, Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

Мета дослідження – вивчити стан системи глутатіону у гемолізаті еритроцитів хворих на хронічну ішемію мозку (ХІМ). Методи й матеріали дослідження. Обстежено 287 хворих на ХІМ (основна група), серед них 186 жінок та 101 чоловіків. Етіологічними чинниками захворювання були атеросклероз церебральних судин в поєднанні з артеріальною гіпертензією. Середній вік пацієнтів -  $55,55 \pm 7,81$  років. Контрольну групу склали 50 осіб (28 жінок та 22 чоловіків) без клінічних ознак цереброваскулярного захворювання. Середній вік –  $53,14 \pm 9,17$  років. У гемолізаті еритроцитів досліджуваних осіб основної та контрольної груп концентрація відновленого глутатіону визначалась за реакцією з ортофталевим ангідридом, активність глутатіон-залежних ферментів - спектрофотометрично. Результати дослідження. В гемолізаті еритроцитів хворих на ХІМ визначено достовірне зниження концентрації відновленого глутатіону на 24,0 % ( $p < 0,001$ ), активності глутатіонредуктази на 8,8 % ( $p < 0,001$ ), глутатіонпероксидази на 22,7 % ( $p < 0,001$ ) та підвищення активності глутатіонтрансферази на 44,5 % ( $p < 0,001$ ) порівняно з показниками контрольної групи. Активація глутатіонтрансферази при ХІМ можливо пов'язана з накопиченням продуктів пероксидації та оксидативним стресом на фоні гіпоксії внаслідок ішемії. Висновки. Проведення біохімічного дослідження гемолізату еритроцитів у хворих на ХІМ дозволяє визначити стан антиоксидантного захисту організму та оптимізувати лікувальну тактику при ХІМ шляхом призначенням нейропротективних препаратів з антиоксидантним спрямуванням.

## ПЕРЕБІГ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ

Вірстюк Н.Г.<sup>1</sup>, Кобітович І.М.<sup>1</sup>, Лосюк Л.В.<sup>2</sup>, Вовчук В.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

<sup>2</sup>Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня

Кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету ім. проф. М.М. Бережницького

Мета роботи – оцінити вплив загострення хронічного бронхіту (ХБ) на перебіг і прогноз алкогольного цирозу печінки (АЦП). Матеріали і методи дослідження. Обстежено 100 хворих на АЦП класу В та С за Чайлд-П'ю, 48 хворих без поєднання зі ХБ (І група); 52 хворих на тлі загострення ХБ (ІІ група). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Ступінь важкості ЦП оцінювали за критеріями Чайлд-П'ю та індексом CLIF-SOFA згідно з нормативними документами МОЗ України і рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL). Отримані результати. Загострення ХБ у хворих на АЦП супроводжувалося прогресуючим перебігом АЦП зі збільшенням частоти класу С за Child-Pugh у 2,11 рази ( $p < 0,05$ ). Наростанням печінкової недостатності (86,54%) з погіршенням показників

функціонального стану печінки зі збільшенням вмісту білірубину на 59,53% ( $p < 0,05$ ), активності АсАТ, АлАТ і ГГТП на 72,41%, 194,64%, 47,45% відповідно ( $p < 0,05$ ) і зменшенням вмісту альбуміну, фібриногену, протромбінового індексу на 17,82%, 25,0%, 13,91% відповідно ( $p < 0,05$ ) порівняно з хворими I групи. У хворих II групи виявлено розвиток поліорганної недостатності – церебральної (23,71%), серцево-судинної (26,91%), ниркової (12,98%) зі збільшенням CLIF-SOFA індексу на 44,12% ( $p < 0,05$ ). Більш вираженими були прояви печінкової енцефалопатії (ПЕ) при загостренні ХБ: I стадію ПЕ за критеріями West-Haven у хворих на АЦП I групи виявлено у 54,17%, II групи – у 17,31%, II стадію ПЕ – у 35,42% і 50,0%, III стадію ПЕ – у 10,42% і 32,69% випадків відповідно. Висновки: 1. Загострення ХБ у хворих на АЦП призводить до прогресуючого перебігу захворювання зі збільшення частоти класу C за Child-Pugh. 2. У хворих на АЦП загострення ХБ супроводжується наростанням печінкової недостатності поряд з розвитком поліорганної недостатності – церебральної, серцево-судинної, ниркової зі збільшенням CLIF-SOFA індексу.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В СТОМАТОЛОГИИ**

Возный А.В., Павлов С.В., Романюк В.Н.

Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии

В ротовой жидкости возможно определение органических молекул (биологических маркеров) отражающих региональную направленность патобиохимических процессов. Биологические маркеры - это активные биологические молекулы, отражающие изменения в организме по которым можно судить о направленности и выраженности патологических процессов. Пациенты, с дефицитом витамина Д, имеют повышенный уровень заболеваний кариесом. Европейскими учеными доказано изменение концентрации лактоферина (Lf) в ротовой жидкости пациентов в зависимости от интенсивности кариеса. При высокой интенсивности кариеса концентрация Lf повышается в среднем в 1,5 раза. Разработано Лактоферин/Кателицидин соотношение, где повышение лактоферина выступает маркером интенсивности заболеваний слизистой, пародонта, кариозного поражения зубов у пациентов и наоборот снижение в слюне кателицидина свидетельствует об интенсивности воспалительного процесса. ММР-8 играет важную роль в деструкции тканей периимплантного ложа и рассматривается в качестве основного разрушающего фактора при осложнениях после дентальной имплантации. Введение дополнительных коэффициентов-соотношений ММР-8/ТИМР-2 позволяет оценивать динамику адаптации мягких тканей ротовой полости и точнее выделять группу риска по развитию периимплантитов. Изучение биологических маркеров в стоматологии является перспективным методом диагностики и оценки эффективности лечения стоматологических заболеваний.

## ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ГІПОНАТРІЄВОЇ СОЛІ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ ПАТОЛОГІЮ

Волошина І.М.<sup>1</sup>, Пономаренко В.І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>2</sup>Мелітопольський інститут екології і соціальних технологій

<sup>1</sup>Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

<sup>2</sup>Кафедра фізичної реабілітації

Мета дослідження: оцінити доцільність застосування гіпонатрієвої солі за показниками клінічної ефективності і безпечності у хворих з АГ в поєднанні з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на тлі базисної терапії. Методи: В дослідження було включено 58 пацієнтів з АГ (28 жінки, 30 чоловіків) у віці 55-76 років. У 36 осіб (62%) була верифікована ХСН (І-ІІ NYHA), з них у 8 (22%) пацієнтів – ХСН зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка менше 40% (нФВЛШ), у 11 осіб (30,5%) – ХСН з ФВЛШ 40-50% (пФВЛШ), у 17 осіб – ХСН зі збереженою ФВЛШ (зФВЛШ) більше 50%. До початку дослідження всі хворі отримували базисну терапію, в середньому три препарати, протягом щонайменш 30-денного періоду. Методом рандомізації пацієнти були розподілені в 2 групи, співставленні за віком і статтю. В першу (контрольну) були включені 29 осіб, яким надавались стандартні рекомендації з харчування при АГ і ХСН. Пацієнтам другої групи пропонували використовувати гіпонатрієву сіль (в складі 70% NaCl, 30% KCl) замість звичайної кухонної солі. Курс спостереження склав 3±1 тижні. Оцінювали динаміку самопочуття хворих, дані анкетування хворих, щоденників самоконтролю АТ, тест з 6-хвилинною ходьбою (ТШХ) на початку та наприкінці періоду спостереження. Результати обчислювали методами варіаційної статистики. Результати. Середній рівень АТ на початку дослідження у хворих першої групи склав 141/89 (±4/3) мм рт.ст., в другій групі – 142/88 (±3/3) мм рт.ст. (p>0,05). Адекватний контроль АТ (нижче 140/90 мм рт.ст.) спостерігався у 48% осіб першої групи і у 42% осіб другої групи (p>0,05). За даними анкетування 72% і 66% хворих першої і другої групи вважали, що не зловживають кухонною сіллю в щоденному раціоні. Наприкінці періоду спостереження рівень контролю АТ в першій групі збільшився на 9%, а в другій групі – на 27% (p<0,05). За результатами ТШХ, дистанція в групі контролю збільшилась на 9±2 м (p<0,05), а в другій групі – на 15±3 м (p=0,03). Значне зменшення частоти набряків нижніх кінцівок (на 82%) було виявлено в другій групі пацієнтів. Середній рівень калію в сироватці крові хворих першої групи вірогідно не змінився. В другій групі вміст калію в сироватці крові збільшився на 13% (p<0,05), але в жодному випадку не перевищував норми. Побічних явищ і реакцій, пов'язаних з вживанням гіпонатрієвої солі, виявлено не було. Висновки. Гіпонатрієва сіль з 30% вмістом калію хлориду є доцільною альтернативою кухонній солі в раціоні хворих з АГ і ХСН, адже сприяє зменшенню клінічних проявів серцевої недостатності і більш ефективному контролю АТ, порівняно з пацієнтами, яким надані загальноприйняті дієтичні рекомендації.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ОБОСТРИВШИХСЯ ФОРМ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА**

Воропаева Л.В., Крючко А.И., Гурьева Т.Е.

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра терапевтической стоматологии

В настоящее время для лечения периодонтита в остром периоде используют технологию, заключающуюся в obturации корневых каналов лечебными материалами. Наше внимание привлек многокомпонентный материал на основе полиоксиметила и 40% формальдегида – Abscess remedy paste с дексаметазоном (производства Швейцарии), который рекомендуют использовать для лечения периодонтита в остром периоде. Материал обладает бактерицидным, противовоспалительным и седативным действием, рентгеноконтрастный и не рассасывается. Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности временной obturации корневых каналов пастой Abscess remedy paste с дексаметазоном при лечении острых и обострившихся форм апикального периодонтита. Объекты и методы исследования. Проведено лечение острых и обострившихся форм периодонтита у 45 пациентов. Больные были разделены на 2 группы. Первой группе (n=27) лечение проводили по новой методике, во второй группе (n=18) лечение проводилось традиционно. Результаты исследования. Анализ результатов лечения острых и обострившихся форм периодонтита у больных первой группы показал, что уже к концу первых суток успокаивалась боль в зубе, возможно было накусывать на зуб и он уже участвовал в акте жевания. Во второе посещение (через неделю) зуб можно было пломбировать постоянным эндогерметиком. Во второй группе больных боль в зубе успокаивалась также к концу первых суток, но в акте жевания зуб не мог участвовать, т.к. он был открытым. У некоторых пациентов вновь возникали болевые ощущения вследствие нарушения оттока экссудата. Сроки лечения в указанной группе больных удлинились от 7 - 10 до 14 дней. Выводы. Полученные результаты дают возможность рекомендовать Abscess remedy paste с дексаметазоном как временную лечебную пломбу в остром периоде течения верхушечного периодонтита. Это предупреждает реинфицирование периодонта, сокращает сроки лечения, предупреждает развитие осложнений.

## **ВИКОРИСТАННЯ АНТИСЕПТИЧНОЇ ГЕМОСТАТИЧНОЇ КОЛАГЕНОВОЇ ГУБКИ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Ганчев К.С.

Запорізький державний медичний університет,  
Кафедра пропедевтичної та хірургічної стоматології

Вступ. Питання профілактики, ведення та лікування післяопераційних ускладнень при операції видалення зуба є достатньо актуальними для сучасної хірургічної стоматології. За частотою та важкістю клінічних проявів з боку тканин пародонту цукровий діабет, безумовно, займає особливе місце. Враховуючи

постійне збільшення кількості пацієнтів, що страждають на цукровий діабет (ЦД), вивчення особливостей перебігу післяопераційного періоду у таких стоматологічних хворих досить назріле. Метою дослідження була оцінка ефективності використання антисептичної гемостатичної колагенової губки у профілактиці та лікуванні гнійно-запальних захворювань щелепних кісток у пацієнтів, у тому числі на фоні цукрового діабету. Матеріали та методи. Для профілактики постекстракційних ускладнень ми використовували губку гемостатичну колагенову (*Spongia haemostatica collagenica*). Губка має пластичні, антисептичні, гемостатичні та знеболювальні властивості. Пацієнти були поділені на три групи, яким була проведена операція екстракції першого моляру верхньої щелепи в плановому порядку: 1 група (24 чол.) – пацієнти, яким застосовували гемостатичну колагенову губку для профілактики постекстракційних ускладнень; 2 група (26 чол.) – пацієнти з супутньою ендокринною патологією (ЦД), яким також застосовували гемостатичну колагенову губку для профілактики постекстракційних ускладнень та 3 група – контрольна група пацієнтів (23 чол.), яким не застосовувалася губка після кюретажу лунки. Результати дослідження. Отримані результати мали наступне вираження. У першій групі спостерігався один випадок ускладнення, що складало 4,17%; у другій групі 7 випадків ускладнень, що склало 26,92%; в третій (контрольній) групі ми спостерігали 3 випадки ускладнення у вигляді альвеоліту, що склало 13,04%. Висновки. Проведене дослідження показало, що за використання препарату антисептичної гемостатичної колагенової губки знижується ризик розвитку післяопераційних ускладнень і скорочуються терміни лікування запальних захворювань кісток, вірогідно зменшує кількість ускладнень у пацієнтів з супутньою ендокринною патологією, яка характеризується уповільненням репаративних процесів (ЦД).

### **ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СИСТЕМИ МОНООКСИДУ АЗОТУ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ПРЕПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ ВНАСЛІДОК ДІЇ ХРОНІЧНОЇ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ**

Ганчева О.В., Вородєєва Ю.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

Мета дослідження. Довести патогенетичний зв'язок порушення стану системи монооксиду азоту міокарда лівого шлуночка серця, внаслідок хронічної гіперглікемії плоду, із метаболічними порушеннями, нейро-вегетативним та гормональним дисбалансами у препубертатному періоді. Матеріали дослідження: лівий шлуночок серця, підшлункову залозу та плазму крові 3-х місячних щурів. Методи дослідження: патофізіологічні, біохімічні, імуноферментні, інструментальні, морфо-денситометричні та статистичні методи. Результати: В експериментальній групі встановлено формування гіперкортикостеронемії, гіперлептинемії, гіперліпідемії, гіперхолестеролемії, гіпертригліцеридемії, формується гіперінсулінемія на фоні еуглікемії натще. Ці зміни пов'язані із дисбалансом експресії nNOS, iNOS та eNOS в ПО підшлункової залози. Також формується дисбаланс ВНС на фоні підвищеного на 45 % рівня адреналіну.



Знайдені протилежні зміни експресії nNOS та iNOS у окремих шарах міокарда: характерно зниження всіх досліджуваних показників обох ізоформ у поперечних волокнах нижче показників контролю, але їх збільшення у поздовжніх шарах. Висновки: При проведенні дослідження незалежними предикторами рівня інсуліну визначені: конц. нітритів в гомогенатах серця і конц. eNOS в поздовжніх волокнах міокарда; рівня лептину – конц. nNOS в поздовжніх волокнах міокарда і конц. eNOS в поперечних волокнах міокарда; рівня кортикостерону – конц. нітритів в міокарді і конц. iNOS в поздовжніх волокнах міокарда.

## **ЗВ'ЯЗОК ТАQI-ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА VDR ІЗ РОЗВИТКОМ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Гарбузова В.Ю., Фоменко І.Г.

Сумський державний університет

Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Спектр фундаментальних біологічних функцій вітаміну D, який реалізується ним через VDR-рецептор, дуже широкий – від регуляції кальцієвого гомеостазу до модуляції запальних реакцій, імунної відповіді, зростання і диференціювання клітин. Тому сьогодні активно вивчається роль вітаміну D та VDR-рецептору в розвитку поширених мультифакторіальних захворювань, серед яких хронічний пародонтит. Матеріали та методи дослідження. У роботі використано букальний епітелій 116 хворих з хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) та 67 осіб контрольної групи. Поліморфізм ТаqI (rs 731236) гена VDR визначали методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS-17. При цьому достовірність відмінностей визначали за  $\chi^2$ -критерієм. Значення  $P < 0,05$  вважали достовірними. Результати. Співвідношення T/T, T/t, t/t-генотипів за локусом ТаqI гена VDR у контролі становило 47,8 %, 40,3 % і 11,9 %, а в основній групі – 31,9 %, 56,0 % і 12,1 % відповідно. Показник  $P$ , розрахований за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона, дорівнював 0,085, що дає підстави говорити про відсутність різниці у розподілі алельних варіантів за ТаqI-поліморфізмом гена VDR. Методом логістичної регресії виявлено, що у гетерозигот ймовірність розвитку хронічного пародонтиту у 2,08 рази більша, ніж у гомозигот за основним алелем ( $P = 0,028$ ). Висновки. ТаqI-поліморфний варіант гена VDR асоційований із розвитком хронічного генералізованого пародонтиту в українській популяції. У гетерозигот T/t ризик розвитку хронічного генералізованого пародонтиту більший, ніж у гомозигот за основним алелем.

## **ЦИТОЛОГІЧНИЙ МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

Гладких Н.О., Залюбовська О.І., Тюпка Т.І., Зленко В.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра клінічної лабораторної діагностики

Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення щитоподібної залози характеризується вираженим зростанням. Цитологічний метод є єдиним

морфологічним методом доопераційної діагностики захворювань щитоподібної залози. Мета дослідження: дослідити інформативність цитологічного методу дослідження для діагностики злоякісних новоутворень щитоподібної залози та проаналізувати причини діагностичних помилок. Матеріали та методи. Ретроспективно було досліджено і проаналізовано 155 біоптатів, отриманих при тонкоголкової аспіраційній пункції щитоподібної залози. Результати доопераційного цитологічного дослідження порівнювали з результатами планового післяопераційного гістологічного дослідження. Отримані результати. Доопераційне цитологічне дослідження було інформативним у 149 випадків (96,1%). У 6 пацієнтів після проведення тонкоголкової аспіраційної пункції в аспіраті була виявлена недостатня кількість клітинного матеріалу. При проведенні порівняльного аналізу цитологічного та гістологічного методів дослідження встановлено, що достовірність цитологічних заключень – 90,3%, хибнопозитивні результати цитологічних заключень склали 2,6 % (4 випадки), хибнонегативні – 3,2% (5 випадків). Висновки. Цитологічне дослідження є високоінформативним методом діагностики новоутворень щитоподібної залози. Майже 4% помилок цитологічного дослідження щитоподібної залози обумовлені дефектами у техніці виконання тонкоголкової аспіраційної пункції.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КТ-ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО АПІКАЛЬНОГО ПЕРІОДОНТИТУ**

Гулюк А.Г., Весна О.А.

Одеський національний медичний університет

Кафедра хірургічної стоматології

Актуальність дослідження. Останнім часом, як свідчить статистика, хронічний апікальний періодонтит став поширеною патологією серед пацієнтів різних вікових груп, тому проблемі лікування і, особливо, методам діагностики захворювання приділяється значна увага науковців. Наукова новизна. Запобігання тяжких гнійно-запальних ускладнень щелепно-лицевої ділянки при різних формах періодонтиту залежить, передусім, від ефективності діагностичного дослідження патологічного стану. Відповідно до сучасних вимог комплексного застосування основних методів діагностики, необхідно знайти найбільш точні, інформативні та найменш інвазивні методи дослідження. Мета – провести кореляцію результатів клінічного та рентгенологічного дослідження при різних формах хронічного апікального періодонтиту (фіброзного, гранулюючого, гранульоматозного) і визначити найбільш раціональний метод діагностики для оптимізації лікування та попередження можливих ускладнень. Матеріали та методи. Зважаючи на різний патологічний стан пацієнтів з певними формами періодонтиту, було виділено три групи дослідження по 5 осіб різної статі та віку. Пацієнтам було проведено комплексне клінічне і рентгенологічне дослідження. Вивчалась інформативність і доцільність застосування кожного методу: прицільної контактної рентгенографії, ортопантомографії та конусно-променевої комп'ютерної томографії. Для дослідження використано контактний прицільний візіограф E.WOD AnyRay та комп'ютерний томограф ECT-12 VATECH. Особлива увага приділялась аналізу точності параметрів конусно-променевої комп'ютерної томографії для визначення осередків дефектів кісткової тканини при хронічному періодонтиті. Отримані дані

узгоджувалися з результатами візіографії, панорамної рентгенографії та клінічного обстеження. Отримані результати та висновки. 1. За відсутності КТ-дослідження ускладнювалась діагностика об'єму резорбції кісткової тканини у сагітальній площині. 2. При комп'ютерній томографії було виявлено значно більшу кількість рентгенконтрастних осередків, ніж при проведенні прицільної фізіографії для симптоматичних форм периапікальної патології. 3. При хронічному фіброзному періодонтиті не було виявлено жодної статистичної різниці між результатами КТ і контактної прицільної візіографії. Таким чином, комп'ютерна томографія є більш достовірним методом діагностики, оскільки дає можливість отримати інформативне зображення патологічного осередку та прилеглих структур для більш точного діагнозу та подальшого науково-обґрунтованого лікування хронічного апікального періодонтиту.

### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТУ «БІШОФІТ ПОЛТАВСЬКИЙ»**

Дементьєва О.В.<sup>1</sup>, Федянович І.М.<sup>1</sup>, Кокарь О.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>1</sup>Кафедра терапевтичної стоматології

<sup>2</sup>Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

Лікування захворювань пародонту будується на принципі індивідуалізованого підходу до кожного хворого з урахуванням даних загального та стоматологічного статусу і поєднує в собі елементи патогенетичної та симптоматичної терапії. Хороші результати отримані при використанні в якості місцевої та загальної терапії засобу мінерального походження «Бішофіт Полтавський». Багатокомпонентний склад мінерального концентрату обумовлює його комплексну дію. Метою дослідження: оцінити ефективність застосування «Бішофіту Полтавського» у комплексній терапії генералізованого пародонтиту. Матеріали та методи. Діагностику захворювань пародонту здійснювали за класифікацією М.Ф.Данилевського (1994). Стан тканин пародонту оцінювали за загально визнаними рекомендаціями. (В.С. Іванов, 1998). Об'єктивними критеріями клінічного перебігу генералізованого пародонтиту в динаміці лікування слугували показники пародонтальних індексів КПП, ІГ та окремих клінічних тестів: кровоточивість ясен, патологічна рухомість зубів, втрата кісткової тканини. Отримані результати. «Бішофіт Полтавський» має у своєму складі сульфати, магній, натрій, калій, кальцій, специфічні сполуки (бром та йод), що визначає його протизапальну, антиоксидантну, мембраностабілізуючу, імуномодельючу та детоксикуючу та регенеруючу дію. «Бішофіт Полтавський» застосували у вигляді зрошень, аплікацій на ясна та інстиляцій в пародонтальні кишені. З цією метою використали розчин з розрахунку 2 мл на 200 мл води. У разі загостреного перебігу – у формі гелю. Для досягнення стійкої ремісії призначали всередину по 100 мл 2 рази на день (10 мл концентрату на 1 л води). При застосуванні у комплексному лікуванні хворих мінерального концентрату «Бішофіт Полтавський» ми

спостерігали збереження клініко-рентгенологічної стабілізації патологічного процесу в тканинах пародонту у віддалені терміни, що підтверджується динамікою клініко-лабораторних показників. Висновки. Застосування в практиці стоматології сучасних досягнень медичної науки дозволяє розширити можливості патогенетичної терапії хвороб пародонта.

## **КОНТРОЛЬНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ**

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования: внедрение контрольно-динамической лапароскопии (КДЛ) при подозрении на травматические повреждения абдоминальных органов. Материал и методы. За 10 лет у 3074 пациентов с подозрением на неотложную абдоминальную патологию выполнена лапароскопия (ЛС), из которых у 21 (18,2%) пострадавшего - с травмой живота (закрытая травма живота (ЗТЖ) - 19, торако-абдоминальное ранение (ТАР) - 2). Мужчин было 13 (61,9%), женщин - 8 (38,1%). Возраст 24-84 лет. Полученные результаты. После ЛС у 11 (52,4%) пациентов определена ЗТЖ без повреждения органов, у 8 (38,1%) – выявлены (илеус - 4, стерильный панкреонекроз (СП) - 2, гематома брюшной стенки и сальника - 2), у 2 (9,5%) – исключено проникновение раны в брюшную полость. Всем оставлена сконструированная фторопластовая гильза. Показанием к КДЛ у 15 (71,4%) пострадавших было подозрение на повреждение органов; у 3 (14,3%) – СП, перитонит; у 1 (4,8%) – подозрение на перфоративную язву и у 2 (9,5%) – проникающее ТАР. В процессе КДЛ у 3 (14,3%) пациентов подтвержден илеус и у 2 (9,5%) - СП, у 2 (9,5%) - диагностирован разрыв тонкой кишки, у 2 (9,5%) - печени (чрезкапсульный S<sub>6-1</sub>, подкапсульный S<sub>6-7-1</sub>), у 1 (4,8%) - внебрюшинной части мочевого пузыря, у 1 (4,8%) – СП, у 1 (4,8%) - илеус, у 1 (4,8%) - гемоперитонеум, у 2 (9,5%) - серозно-фибринозный перитонит, у 4 (19,1%) – ушиб живота, а у 2 (9,5%) - исключено ТАР. Оптимизирована лечебная тактика (лечебная лапароскопия - 14, лапаротомия - 7). После операции умерли 4 (19%) пострадавших (острая сердечно-сосудистая недостаточность - 2, интоксикация - 2). Выводы. Контрольно-динамическая лапароскопия уточнила диагноз, оптимизировала лечебную тактику и исключила опасные лапаротомии.

## **МОНИТОРИНГ ЦИТОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИОТРИАЗОЛИНОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ**

Капшитарь А.А.<sup>1</sup>, Капшитарь А.В.<sup>2</sup>

Запорожский государственный медицинский университет

<sup>1</sup>Кафедра общей хирургии с уходом за больными

<sup>2</sup>Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования: оценить динамику изменений цитолитических ферментов при лечении тиотриазолином у лиц с закрытой травмой печени.

Материал и методы. Проведено лечение 32 пострадавших с закрытой травмой печени. Мужчин было 28 (87,5%), женщин – 4 (12,5%). Возраст 24-52 года. Разрывы печени ушиты. Полученные результаты. Аланиновую трансаминазу (АЛТ) и аспарагиновую (АСТ) определяли до операции и после операции: 1 сутки, 3-5, 7-10, 12-14, 16-18 и 22-24. В группу А (основную) включили 18 (56,3%) пациентов, которым в т.ч. вводили тиотриазолин (ТТЗ) по схеме: в течение первых 5 суток в/в капельно 100 мг 1 раз/сутки и в/м по 50 мг 3 раза/сутки, далее – по 50 мг 3 раза/сутки в/м. Группа В (сравнения) состояла из 14 (43,7%) пострадавших, ТТЗ исключён. При поступлении в основной группе АЛТ составила 1,6 ммоль/л и АСТ 0,7 ммоль/л. В группе сравнения соответственно 1,4 ммоль/л и 0,7 ммоль/л. В 1 сутки в основной группе показатели АЛТ возросли до 2,1 ммоль/л и АСТ до 1,7 ммоль/л, в группе сравнения соответственно - 3,0 ммоль/л и 2,1 ммоль/л. К 3-5 суткам в основной группе показатели АЛТ выросли до 2,4 ммоль/л и АСТ до 2,5 ммоль/л, в группе сравнения соответственно 3,5 ммоль/л и 3,8 ммоль/л. С 7-10 суток в основной группе началось снижение показателей трансаминаз: АЛТ - 1,9 ммоль/л, АСТ - 2,0 ммоль/л. К 12-14 суткам АЛТ составила 1,5 ммоль/л и АСТ 1,0 ммоль/л; к 16-18 суткам: АЛТ - 1,0 ммоль/л, АСТ - 0,8 ммоль/л; к 20-24 суткам: АЛТ - 0,6 ммоль/л, АСТ - 0,46 ммоль/л. В группе сравнения на 7-10 сутки продолжалось увеличение трансаминаз: АЛТ - 5,4 ммоль/л, АСТ - 4,2 ммоль/л. С 12-14 суток наступило замедление процесса: АЛТ - 5,7 ммоль/л, АСТ - 4,5 ммоль/л. И лишь, начиная с 16-18 суток, началось снижение трансаминаз: АЛТ - 4,6 ммоль/л, АСТ - 4,0 ммоль/л и к 22-24 суткам составило: АЛТ - 2,0 ммоль/л, АСТ - 2,8 ммоль/л. Таким образом, результаты мониторинга показателей АЛТ и АСТ при лечении ТТЗ и сопоставлении с группой сравнения у пострадавших с закрытой травмой печени свидетельствуют о наличии у ТТЗ гепатопротекторных свойств, поэтому ТТЗ нами рекомендован к внедрению в практику здравоохранения.

## **ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МИНИЛАПАРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования: разработать методику минилапароскопии у лиц с крайними степенями ожирения для её осуществления и улучшения диагностики и лечения больных с неотложной абдоминальной хирургической патологией. Материал и методы. В 1-м хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы №2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, у 51 больного с подозрением на неотложную хирургическую абдоминальную патологию выполнена минилапароскопия (МЛС) по однопрокольной методике О.С. Кочнева (1988). Ожирение диагностировано у 30 (58,8%) пациентов. Мужчин было 5 (16,7%), женщин - 25 (83,3%). Возраст 54-93 года. Определяли индекс массы тела (ИМТ) и его степени. Полученные результаты. В I группу включили 7 (23,3%) больных с «избыточным весом» (ИМТ 25-28), МЛС у которых инструментами диаметром 5 мм трудностей не вызвала. II группу составили 23 (76,7%) пациентов с I-IV степенью

ожирения (ИМТ выше 28). Из них у 18 (78,3%) больных с III-IV степенью ожирения стандартный троакар из-за недостаточной длины ввести в брюшную полость не удалось. Применяв разработанный способ МЛС (Патент України № 84486) трудности были преодолены. Лапаротомия осуществлена у 16 (53,3%) пациентов, лечебная МЛС - у 14 (46,7%). Умерли 4 (13,3%) больных (сепсис - 1, инсульт и инфаркт миокарда - 1, инсульт - 1, флеботромбоз, тромбоэмболия легочной артерии - 1). Таким образом, разработанный способ МЛС позволяет выполнить исследование при крайних степенях ожирения, диагностировать неотложную хирургическую патологию и оптимизировать хирургическую тактику.

### **УДАЛЕНИЕ ЭКССУДАТА ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ЕЁ ДРЕНИРОВАНИЕМ ПОД КОНТРОЛЕМ МИНИЛАПАРОСКОПА ПРИ СТЕРИЛЬНОМ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования: изучить длительность экссудации в брюшную полость после аспирации экссудата и дренирования брюшной полости под контролем лапароскопа у больных с панкреатогенным перитонитом и её результаты. Материал и методы исследования. В 1-м хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы №2» изучены результаты лечения 36 пациентов со стерильным панкреонекрозом, осложнённым разлитым геморрагическим перитонитом (СПП), которым в течение 1-2 суток после госпитализации выполнена лечебная минилапароскопия (МЛС) по однопрокольной методике Кочнева О.С. (1988). Мужчин было 9 (25%), женщин – 27 (75%) в возрасте 42-72 года. Полученные результаты. В основной группе (n=16) под контролем МЛС выполнена блокада круглой связки печени с тиотриазолином (Патент України № 28854 А), аспирация высокотоксичного экссудата, содержащего агрессивные ферменты, кинины, биологически активные вещества, через сконструированный полый манипулятор, дренирование брюшной полости (ДБП). Во II группе сравнения (n=20) не выполнялась блокада круглой связки печени и аспирация перитонеального экссудата. Длительность экссудации в брюшную полость в I группе составила 1-2 суток, во II группе – 5-6 суток. Соответственно регрессировали СПП и лабораторно-биохимические показатели. Ввиду неэффективности лечения во II группе оперированы 5 (25%) больных, умерли 3 (60%). Таким образом, аспирация экссудата с ДБП под контролем МЛС высокоэффективна, особенно в первые 24 часа от начала заболевания.

### **ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОМОРИДНОСТІ**

Качан І.С., Кучерова А.В., Нікітюк О.В., Котляревська Е.В.

Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

Мета роботи: проаналізувати частоту виникнення гострого пошкодження нирок (ГПН) у хворих з декомпенсованою хронічною серцевою недостатністю

(ХСН) ІІБ стадії зі зниженою фракцією викиду в залежності від коморбідності. Матеріали і методи: був проведений аналіз 227 історій хвороби (за період з 2010 по 2017 рік) пацієнтів кардіологічного відділення ННМЦ «Університетська клініка» з діагнозом ХСН ІІБ стадії з фракцією викиду менше 45% (згідно з Наказом МОЗ України від 03.07.2006 №436). З них було відібрано 68 хворих (41 чоловік і 27 жінок, середній вік  $70,3 \pm 10,2$ ), у яких визначали рівень креатиніну в динаміці. ГПН діагностували за критеріями KDIGO (підвищення креатиніну сироватки більш, ніж в 1,5-1,9 рази від початкового або зростання на  $\geq 26,5$  мкмоль/л). Аналізували взаємозв'язок кількості коморбідних станів з виникненням ГПН. Ступінь коморбідності оцінювали за шкалою Charlson. Оцінку взаємозв'язків між якісними параметрами проводили за критерієм згоди Пірсона  $\chi^2$ . Результати: ГПН діагностовано у 30 пацієнтів (44%) віком від 42 до 83 років, у всіх хворих була виявлена І стадія ГПН. Кількість хворих з ГПН в підгрупі з мультиморбідністю (4 та більше захворювань, що складає 8 балів та вище за шкалою Charlson) була достовірно вищою в порівнянні з підгрупою, де кількість супутніх захворювань була менше ніж 4 ( $\chi^2 = 18,8$ ,  $p = 0,0001$ ). Найбільш частими фоновими станами у пацієнтів з ГПН були: цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, цереброваскулярна патологія. Висновки: Коморбідність є несприятливим фактором щодо виникнення ГПН у хворих з кардіоваскулярною патологією. Наявність щонайменше чотирьох супутніх захворювань (8 балів та вище за шкалою Charlson) достовірно підвищує ризик ГПН у пацієнтів з декомпенсованою ХСН.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ ШКОЛИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В УМОВАХ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ**

Качан І.С., Нікітюк О.В., Миронова О.І., Борота Д.С.

Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка» ЗДМУ  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО ЗДМУ

Мета дослідження: оцінити динаміку інформованості та прихильності до лікування хворих, які відвідували заняття в «Школі пацієнта з гіпертонічною хворобою». Матеріали та методи: З період з 2016-2017 рр. триденні заняття відвідало 111 пацієнтів з основним діагнозом «Гіпертонічна хвороба» (68 жінок та 43 чоловіка). Інформованість та прихильність до лікування до початку занять та через 6 місяців після їх закінчення оцінювали за допомогою розробленого оригінального опитувальника (свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 39834 від 30.08.2011). Групу порівняння склали 34 пацієнта, які не відвідували заняття. Динаміку якісних показників оцінювали за критерієм Мак-Немара. Отримані результати: вихідні загальні показники прихильності були незадовільними у 73%. Основною причиною незадовільного комплаєнсу була недостатня інформованість про захворювання, ускладнення та необхідність корекції факторів ризику. Найнижчі результати зареєстровано у чоловіків. Через 6 місяців після закінчення триденного курсу структурованих занять частка неприхильних пацієнтів зменшилася до 27% (у групі порівняння показник становив 68%,  $p=0,012$ ), при цьому провідним чинником, який заважав настійливості в лікуванні, була вартість лікарських засобів. В процесі роботи виявлено значний негативний вплив на прихильність когнітивних порушень у пацієнтів віком понад 65 років, що обумовлює доцільність вдосконалення режиму

занять з означеним контингентом хворих. Висновки: структуровані заняття в «Школі пацієнтів з гіпертонічною хворобою» допомогли підвищити інформованість та прихильність до лікування ефективніше, ніж індивідуальні бесіди лікаря з хворими.

## **ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ С УЧЁТОМ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Киреева Т.В., Коротя Н.Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Кафедра внутренней медицины I

Цель: установить основные закономерности ранней диагностики ТЭЛА у пациентов с внегоспитальными пневмониями с учётом фоновых заболеваний. Материалы и методы: в ходе исследования было изучено 30 историй болезни пациентов с диагностированной внегоспитальной пневмонией при поступлении и умерших в стационаре с неуточненной причиной смерти на госпитальном этапе. Для оценки степени риска возникновения ТЭЛА использовались валидизированные шкалы Wells (2001) и Geneva prognostic score (2008). Также во внимание брались предшествующая данному заболеванию заболеваемость на ХОЗЛ, хронический алкоголизм, ХПН, ожирение. Результаты: в структуре заболеваемости пневмонией преобладали мужчины (70%). Одновременно ТЭЛА патоморфологически была подтверждена у 23,8% обратившихся мужчин, среди женщин показатель составил 44,5% что обусловлено их меньшинством в общем количестве госпитализированных. Среди мужчин с патолого-морфологическим диагнозом ТЭЛА 60% набрали 7 баллов по шкале Wells, 40% – 6 баллов; среди женщин данный показатель следующий: 66,6% – 6 баллов, 33,3% – 6,5 баллов. В этой же выборке 80% мужчин имели клинически подтвержденный диагноз ожирение, 60% страдали хроническим алкоголизмом, 80% имели ХОЗЛ, 20% имели тромбоз глубоких вен голени в анамнезе. Повышение уровня D-димера на госпитальном этапе для выявления ТЭЛА показало достоверность в 50% случаев. Выводы: вероятность возникновения ТЭЛА у больных внегоспитальной пневмонией довольно высока. Таблицы риска возникновения ТЭЛА показали высокий уровень информативности в диагностике, однако они не учитывают ряд других провоцирующих факторов, используемых в ранней диагностике ТЭЛА, таких как: маркерная диагностика ТЭЛА с помощью определения D-димера и прокальцитонина; наличия фоновых заболеваний в виде: хронического алкоголизма, ХОЗЛ, ХПН и др.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ХОЛОДНОПЕТЛЕВОЇ ПОЛІПЕКТОМІЇ, ЯК МЕТОДА РОЗШИРЕНОЇ БІОПСІЇ, ПРИ СКРИНІНГОВІЙ КОЛДОНОСКОПІЇ**

Клименко А.В., Гулевський С.М.<sup>2</sup>, Кіосов О.М.<sup>1-2</sup>, Вакуленко В.В.<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської хірургії

<sup>2</sup>ННМЦ «Університетська клініка», центр ендоскопічної діагностики та лікування

Актуальність: Враховуючи поширену розповсюдженість епітеліальних новоутворень товстої кишки та їх роль в процесі розвитку колоректального раку,



приймаючи до уваги той факт, що більшість утворень виявлених при колоноскопії мають розміри до 1,0 см, а при їх патоморфологічному дослідженні зустрічаються ворсинчасті структури, дисплазії тяжкого ступеня або ранній рак, а також відсутність єдиної тактики щодо невеликих неоплазій, виникає потреба в більш ретельному дослідженні цього питання. Мета роботи: Дослідити ефективність та безпечність холоднопетлевої поліпектомії (ХПП) як методу розширеної біопсії неоплазій товстої кишки при скринінговій колоноскопії (СКС). Матеріали та методи: За 9 місяців поточного року було виконано 503 колоноскопії з них тотальних 463 (92%) дослідження, чоловіків було 211 (42%), жінок 292 (58%), до 2-х поліпів було виявлено у 63 (12,5%) пацієнтів, 3 поліпа і більше у 39 (7,7%) пацієнтів. Всім пацієнтам з виявленими поліпами виконувалась щипцева біопсія, 22 хворим була виконана ХПП, 20 хворим стандартна поліпектомія з використанням діатермокоагуляції. Результат: За результатами патоморфологічного дослідження біопсій та видалених поліпів за класифікацією NICE було виявлено гіперпластичних поліпів Тип 1 в правій половині товстої кишки - 34 випадки, в лівій - 49; аденом Тип 2 в правій половині товстої кишки - 37 випадків, в лівій - 41; глибоких підслизових інвазивних новоутворень Тип 3 - в правій половині 2 випадки, в лівій - 5 випадків. В усіх випадках виконання ХПП, ускладнень у вигляді кровотечі, як в ранньому, так і в пізньому післяопераційному періоді не відмічалось. У хворих, яким виконувалася звичайна біопсія до ендоскопічної поліпектомії, суттєвої різниці даних патоморфологічного дослідження біопсійного та операційного матеріалу також не відмічалось. Висновки: Методика видалення неоплазій та аденом розміром від 5 мм до 10 мм "холодною петлею", є безпечною у відношенні розвитку кровотеч після видалення поліпів при розширеній біопсії і може бути рекомендована в якості одномоментного видалення дрібних аденом. Така тактика значно зменшує вартість і підвищує якість скринінгу колоректального раку.

## **ЕОЗИНОФІЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЕНДОСКОПІСТА**

Клименко А.В., Кіосов О.М.<sup>1-2</sup>, Гулевський С.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, каф. факультетської хірургії

<sup>2</sup>ННМЦ «Університетська клініка», центр ендоскопічної діагностики та лікування

Актуальність: Еозинофільні захворювання шлунково-кишкового тракту є рідкісними станами з імуно-опосередкованим патогенезом та включають в себе такі прояви ураження ШКТ як Ео (еозинофільний езофагіт), ЕГЕ (еозинофільний гастроентерит) та еозинофільний коліт. Діагноз базується на ендоскопічних знахідках, клінічних проявах та достовірно підтверджується в 100% випадків за даними гістологічних досліджень біоптатів шлунково-кишкового тракту (інфільтрація еозинофілами  $\geq 15$  в полі зору та вторинним фіброзом слизової оболонки). Мета: Проаналізувати ендоскопічні та гістологічні заключення у пацієнтів в анамнезі котрих є алергічні захворювання (алергічний риніт, бронхіальна астма, atopічний дерматит, та. інш) та клінічними проявами дисфагії, біль у грудях та епігастрії. Методи: За період з лютого 2017 по вересень 2017 року було обстежено 238 пацієнтів з алергічними захворюваннями, яким виконали

обстеження крові на загальний IgE, ВГДС з проведенням політопної біопсії. Всі пацієнти мали помірні скарги на прояви порушення проходження їжі по стравоходу, важкості у шлунку, біль у грудях та епігастрії які не купірувались прийомом ІПП. Результати дослідження: Проаналізувавши 238 ВГДС з гістологічними заключеннями які виконували у пацієнтів з проявами алергічних захворювань, також оцінювали рівень загального IgE в крові. Більш ніж у 228 пацієнтів не було ендоскопічних ознак еозинофільного ураження органів шлунково-кишкового тракту, в біоптаті наявність еозинофілів не перевищувала 5-10 в полі зору, та рівень Ig E був 50-80 кЕ\л що не як не підтверджувало еозинофільне захворювання. У 10 пацієнтів було виявлено та підтвердженні еозинофільні ураження шлунково кишкового тракту. У трьох пацієнтів був виявлений та підтверджений еозинофільний езофагіт (підвищення рівня IgE більше 200 кЕ\л, наявність ендоскопічних ознаки еозинофільного ураження, кількість еозинофілів в біоптаті перевищувала 25-30 в полі зору). Сім пацієнтів були с проявами еозинофільного гастроентериту (ендоскопічні прояви гастродуоденостазу – відсутність перестальтики та наявність їжі у великій кількості), підвищення рівня IgE більше 200 кЕ\л, кількість еозинофілів в біоптаті перевищувала 25-30 в полі зору. Висновки: Еозинофільні ураження шлунково-кишкового тракту такі як еозинофільний езофагіт та гастроентерит є рідкісними захворюваннями, але мають чітку ендоскопічну та гістологічну семіотику. В зв'язку з погіршенням умов навколишнього середовища та харчування (присутність алергенів в їжі) ці захворювання мають тенденцію до збільшення. Своєчасна діагностика цих станів є запорука правильного лікування хворих, та покращення умов життя хворих.

### **АРГОНОПЛАЗМОВА АБЛЯЦІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СLE МЕТАПЛАЗІЄЮ КИШКОВОГО ТИПУ (СТРАВОХІД БАРРЕТА) БЕЗ ДИСПЛАЗІЇ ТА З ДИСПЛАЗІЄЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ (LGD)**

Клименко А.В., Кіусов О.М.<sup>1-2</sup>, Гулевський С.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської хірургії

<sup>2</sup>ННМЦ «Університетська клініка», центр ендоскопічної діагностики та лікування

Актуальність: СLE метаплазія кишкового типу (стравохід Баррета) асоціюється з підвищеним ризиком розвитку аденокарциноми стравоходу, що спостерігається у 0.5-1% випадків. Ризик малігнізації при стравоході Баррета становить приблизно від 5.4-12%. По деяким даним 95% випадків раку стравоходу діагностують у хворих із СLE метаплазією кишкового типу (стравохід Баррета). Мета: Оцінити ефективність аргоноплазмової абляції в лікуванні хворих на СLE кишкового типу (стравохід Баррета) без дисплазії та з дисплазією низького ступеня (LGD). Методи: Проведено аналіз результатів ендоскопічного дослідження та лікування хворих на СLE (стравохід Баррета) без дисплазії та з дисплазією низького ступеня. В період з 2016-2017рр. було обстежено 2500 хворих, у 852 хворих було виявлено СLE метаплазію (кишкового типу у 252, шлункову метаплазію у 475, змішана метаплазія у 125 хворих). В загальній кількості без дисплазії було 752 хворих, с дисплазією легкого ступеня 100 хворих. Дисплазія спостерігалась у хворих з кишковою метаплазією, а в деяких випадках дисплазія

була виявлена і у хворих з CLE як шлункового так і змішаного типу. Для оцінки ділянки ураження використовували ендоскопічну класифікацію C&M (Прага, 2004), яка враховує: критерій С – довжина (вертикальна) кругового сегмента метаплазії (см); критерій М – довжина максимального вертикального сегмента метаплазії (см). За цією класифікацією з ультракоротким сегментом було 453 хворих, короткий сегмент мали 382 хворих, довгий сегмент у 17 хворих. Результати дослідження: Всім хворим була проведена комплексна ВЕГДС з використанням ендоскопічної відеосистеми (FUJINON EPX 4450 HD, EG – 590ZW) з високою роздільною здатністю та збільшенням (цифровим 1x200, та оптичним 1.30), у вузькому спектрі світла (FICE), з хромоскопією і прецизійною біопсією. Для хромоскопії використовували розчин Люголя, 0.2% водний розчин індигокарміну, 1% розчин метиленового синього, 3% розчин оцтової кислоти. При виявленні метаплазії слизової оболонки стравоходу виконували прецизійну біопсію (4 щматочки по окружності стравоходу кожні 1-2 см). При використанні вузького спектра світла (FICE) найкращим спектром для виявлення метапластичного епітелію визнано 4 режим з довжиною хвилі (520-500-405 нм). При використанні ZOOM (1x200) ендоскопії виділяли 5 типів ямкового малюнку: 1-й тип – круглі ямки, 2-й тип – овальні ямки., 3-й тип – ворсинчаті або мозковидні ямки., 4 -й тип – відсутність ямок., 5-й тип- зруйновані ямки. Всім хворим з ознаками кишкової метаплазії була виконана аргоноплазмова абляція ділянок метапластичного епітелію, з використанням аргоноплазмового коагулятора Bowa ARC Plus, потік газу 2.0 літри в хвилину, з потужністю 40Вт, та подальшим гістологічним дослідженням редуційного епітелію. Період спостереження був 8 до 15 місяців. При повторному ендоскопічному дослідженні не було виявлено метапластичного епітелію стравоходу що підтвердилось гістологічно, у всіх хворих відмічена реепітелізація слизової оболонки стравоходу плоским епітелієм. Висновки: 1. Основним методом діагностики стравоходу Баррета є ендоскопія з використанням ендоскопічного обладнання з високою розподільною здатністю HD, з наявністю вузькополосного спектру (FICE, NBI, i-Scan) та збільшенням ZOOM та за допомогою вітальної хромоендоскопії і обов'язковою прицільною політопною біопсією. 2. Морфологічне заключення є основним методом при верифікації діагнозу СБ та прийняття рішення у подальшому спостереженні за хворим та вибору метода ендоскопічного лікування. 3. Для лікування хворих з CLE метаплазією без дисплазії та з дисплазією легкого ступеня (LGD) може бути застосована ендоскопічна аргоноплазмова абляція метапластичного епітелію з високим рівнем безпеки і подальшим одужанням хворого.

## ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ДИСТРОФІЇ

Клименко А.В., Кіусов О.М.<sup>1-2</sup>, Гулевський С.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської хірургії

<sup>2</sup>ННМЦ «Університетська клініка», центр ендоскопічної діагностики та лікування

Актуальність: дуоденальна дистрофія (Groove pancreatitis, кістозна дуоденальна дистрофія, ектопія підшлункової залози в стінку ДПК) – хронічне запалення тканини підшлункової залози, ектапованої в стінку ДПК. Ектопія

підшлункової залози – аномальна локалізація тканини підшлункової залози, яка має особисте кровопостачання, протокову систему без судинного, нервового та анатомічного контакту з звичайно розташованою (ортотопічною) підшлунковою залозою. Ектопічна підшлункова залоза нерідко зустрічається в органах черевної та грудної порожнини, найчастіше в шлунку (25 % – 60 %) та ДПК (25 % - 35 %). *Мета роботи:* поділитись мультидисциплінарним підходом до діагностики та лікування такої патології як дуоденальна дистрофія. Матеріали та методи: Пацієнт 1963 р. н. звернувся в клініку ННМЦ «Університетська клініка» за направленням хірурга для проведення діагностичної відеоезофагогастроуденоскопії. З анамнезу: у 2013 році хворий переніс холецистектомію та цистектомію підшлункової залози. Після ендоскопчної та КТ-діагностики, проведено дренування кістозного утворення стінки ДПК під контролем УЗД, яке дало короткотривалий ефект. На КТ виявлено ектопію тканини підшлункової залози в стінку ДПК. Результат: Проведена діагностична відеоезофагогастроуденоскопія зі збільшенням та хромоендоскопією FICE 2 режим на відеостійці FUJINON EPX 4450HD та відеогастроскоп FUJINON 590ZW. В ділянці нижньогоризонтальної гілки ДПК виявлено циркулярне звуження просвіту, з втягненням ВДС. Просвіт звужений до 1.0 см, при інсуфляції повітря не розправляється, при інструментальній пальпації щільноеластичної консистенції, слизова гіперемована та набрякла. Висновки: Таким чином в діагностиці такої рідкої патології як ДД, треба тісна співпраця сусідніх спеціалістів, гастроентерологів, хірургів, ендоскопістів та спеціалістів променевої діагностики.

## **ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ СОННИХ АРТЕРІЙ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ІІ ТИПУ**

Кобза І.І., Діденко О.З., Кобза І.І., Яворський О.Г.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Кафедра хірургії №2

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2

Метою дослідження є вивчення когнітивних функцій (КФ) у пацієнтів з АГ та ЦД ІІ типу до та після хірургічного лікування каротидних стенозів. Матеріали і методи дослідження. Для дослідження було відібрано 120 пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) і цукровим діабетом (ЦД) ІІ типу, що знаходились у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з метою проведення каротидної ендартеректомії (КЕ). Для оцінки особливостей КФ застосовувались експериментально-психологічні методи. Обстеження проводились в три етапи: за 2 дні до операції; на 7 день та через 6 місяців після операції. Результати та їх обговорення. Результати 1-го обстеження за методикою "10 слів" показали зниження об'ємів пам'яті та її продуктивності та статистично достовірне покращення показників на третьому етапі ( $p < 0,05$ ). Відбулась достовірна позитивна динаміка зорової пам'яті ( $0,48 \pm 0,01$ - I обст. та  $0,67 \pm 0,02$ -III обст.,

$p < 0,05$ ) та уваги ( $31,41 \pm 0,8$ -I обст. та  $47,58 \pm 0,1$ -III обст.,  $p < 0,05$ ). Згідно результатів нейропсихологічного обстеження у пацієнтів спостерігались відхилення від нормативних показників у всіх тестових блоках. Результати 3-го обстеження показали достовірне покращення слухової пам'яті ( $p < 0,05$ ), експресивної мови ( $p < 0,01$ ), письма ( $p < 0,05$ ), зорового ( $p < 0,03$ ) і тактильного гнозису ( $p < 0,05$ ), динамічної ( $p < 0,03$ ) та конструктивної практичної діяльності ( $p < 0,05$ ). Статистично недостовірні результати у блоках "ритм", "рахунок", "читання", "тактильний гнозис" та "мислення". Висновки. КС є ефективним методом корекції значної частини КФ у пацієнтів із патологією сонних артерій та супутніми АГ і ЦД II типу.

### **ВПРОВАДЖЕННЯ ГЕНОТИПУВАННЯ У РОБОТУ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО КАБІНЕТУ ПРИ ННМЦ «УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА» У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Колесник М.Ю., Михайловський Я.М., Миронова О.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета дослідження: виявити частоту поліморфізму генів *CYP2C9*, *CYP4F2*, *VKORC1* та встановити їх взаємозв'язок з розвитком геморагічних ускладнень при терапії варфарином (ВФ) у хворих з фібриляцією передсердь (ФП). Матеріали та методи. Обстежено 41 хворих з ФП (середній вік –  $68,2 \pm 1,2$  р., чоловіків – 19, жінок – 22), які після призначення ВФ знаходились під амбулаторним спостереженням протягом року в антикоагулянтному кабінеті на базі ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМУ. Поліморфізм генів *CYP2C9*, *CYP4F2*, *VKORC1* у хворих з ФП вивчали методом ПЛР за допомогою набору реагентів фірми ООО «НПО ДНК-Технологія» на ампліфікаторі CFX-96 (BioRad). Результати дослідження. За результатами генотипування поліморфізму гена *CYP2C9*\*2 гомозиготи за диким алелем виявлені у 29 (70,73%) випадках, гетерозиготи – у 11 (26,83%), гомозиготи за мутантним алелем – у 1 (2,5%) випадку. При дослідженні поліморфізму гена *CYP2C9*\*3 гомозиготи за диким алелем виявлені у 35 (85,37%) випадках, гетерозиготи – у 6 (14,63%), гомозиготи за мутантним алелем не спостерігались. Поліморфізм гена *CYP4F2* виявлений у 13 (31,71%) хворих, із них 12 (29,27%) – гетерозиготи, 1 (2,44%) – гомозигота за мутантним алелем, 28 (68,3%) мали дикий тип гена. Мутація гена *VKORC1* виявлена у 23 (56,1%) хворих, із них 17 (41,46%) гетерозигот і 6 (14,63%) гомозигот. У 18 (43,9%) мутацій не виявлено. Кровотечі виникали достовірно частіше у групі хворих з мутацією гену *VKORC1*: 69,5% проти 37,5% відповідно ( $\chi^2=5,331$ ;  $p < 0,05$ ). Взаємозв'язку частоти розвитку кровотеч з поліморфізмом інших генів не виявлено. Висновки. Поліморфізм гена *VKORC1* пов'язаний з підвищеною частотою геморагічних ускладнень у хворих з ФП при терапії ВФ, що свідчить про актуальність персоналізованого підходу до підбору дози ВФ з використанням фармакогенетического тестування.

## **ОСОБЛИВОСТІ ДЕФОРМАЦІЇ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ЖІНОК В СТАНІ МЕНОПАУЗИ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

Колесник М.Ю., Соколова М.В.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО

Мета дослідження – визначити вплив гіпертонічної хвороби (ГХ) на деформацію лівих камер серця у жінок в стані менопаузи. Матеріал та методи. У дослідження було залучено 50 жінок в стані менопаузи, середній вік яких становив  $56 \pm 4,8$  років. В залежності від наявності ГХ було виділено дві групи: в I групу увійшли 35 жінок з ГХ, II групу склали 15 жінок без підвищення артеріального тиску в анамнезі. Групи були співставними між собою за віком та тривалістю менопаузи. Всім пацієнткам було проведено загальноклінічне обстеження, добове моніторування артеріального тиску, трансторакальну та спекл-трекінг ехокардіографію за допомогою ультразвукового діагностичного приладу «Vivid E9 XDClear». Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав наявність у пацієнтів з наявністю ГХ достовірного зниження глобального продольного стрейна лівого шлуночка в порівнянні з жінками з нормальним артеріальним тиском ( $p < 0,05$ ). Також виявлено достовірне зменшення сегментарної максимальної деформації в базальній стінці лівого передсердя у фазі скорочення та зниження середньої максимальної деформації лівого передсердя у фазі наповнення у хворих I групи в порівнянні з пацієнтками II групи ( $p < 0,05$ ). Висновки: Наявність гіпертонічної хвороби у жінок в стані менопаузи сприяє зниженню параметрів деформації міокарда лівих камер серця.

## **СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ РАНЬОГО РАКУ ШЛУНКА**

Корп'як В.С.

Лікарня ізраїльської онкології LISOD, м. Київ

Мета дослідження: дослідити сучасні можливості та перспективи розвитку діагностики та лікування раннього раку шлунка. Матеріали і методи: метааналіз останніх публікацій, що стосуються ранньої діагностики та лікування раку шлунка. Результати: Основними завданнями діагностики раннього раку шлунка є його раннє виявлення та стадіювання. Найефективнішими в цьому напрямку вважаються відеосистеми високої роздільної здатності з функцією вузькоспектрального огляду. Після відповідної підготовки таке обладнання дозволяє оцінити ямковий малюнок в усіх відділах шлунка, судинний малюнок, розміри, поверхневий і судинний малюнок вогнищевих уражень. Для поверхневих неоплазій найновішою класифікацією є класифікація MS/MV (Kenshi Yao 2013). Наступним важливим фактором є біопсія за Сиднейським протоколом чи OLGA з наступною гістологічною оцінкою за OLGA/OLGIM. Це дозволяє правильно визначити інтервали спостереження за такими станами. Прицільна біопсія з плоских утворень в шлунку за сучасними уявленнями все ж таки потрібна. Наступною важливою частиною ендоскопічного дослідження при ранньому раку

шлунка є стадіювання. Локорегіонарну поширеність дозволяє визначати ендоскопічне дослідження. Ендоскопічне лікування на даний момент вважається радикальним у випадках розміру пухлини до 2 см з інвазією 1000 мкм в підслизову (не більше ніж на 1/3 товщі підслизової), при умові високо- або помірнодиференційованої аденокарциноми (G1-2), інтактними горизонтальними та вертикальними краями резекції, відсутності лімфоваскулярної і параневральної інвазії. Висновки: Для раннього виявлення та ендоскопічного лікування раку шлунка необхідне не лише якісне обладнання, але і можливість тривалого і якісного огляду, якісна гістологічна оцінка передракових станів та видаленого матеріалу.

## **КЛІНІКО-ФАРМАКОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКАДИ РААС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О., Долінна М.О.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії і косметології

На сьогодні препаратами першого ряду у хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН) з артеріальною гіпертензією (АГ) є інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) та антагоністи рецепторів ангіотензину II (АРА). Мета: оптимізувати вибір найефективнішого гіпотензивного препарату з нефропротекторною дією у хворих на ХГН з АГ. Матеріали та методи. Дослідження з 24-тижневим спостереженням проведене у 69 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні КУ «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР. Діагноз «хронічний гломерулонефрит» був верифікований на підставі клінічних, лабораторних даних і нефробиопсії (у 100% пацієнтів було діагностовано мезангіопроліферативний гломерулонефрит). Хворі були розділені на дві групи порівняння в залежності від призначеної фармакотерапії: I група (n=34) отримувала телмісартан у початковій дозі 40 мг 1 раз на добу (середня добова доза склала  $43,5 \pm 12,5$  мг). Пацієнти II групи (n=35) – раміприл. Початкова доза становила 5 мг 1 раз на добу (середня добова доза склала  $5,4 \pm 1,3$  мг). Отримані результати. Терапія телмісартаном добре переносилась хворими, побічної дії зафіксовано не було. Лікування з використанням раміприлу добре переносилось, але мало прогнозовану побічну дію у 8,5% пацієнтів (сухий кашель). Терапія телмісартаном та раміприлом привела до достовірного зниження протеїнурії (на 34,9% та 28,2% відповідно) та рівню креатиніну крові (на 14,9% та 8,7% відповідно). Під впливом лікування телмісартаном спостерігалось вірогідніше у порівнянні з раміприлом зниження показників добового моніторингу АТ, зменшення індексу маси міокарда лівого шлуночка (на 3,6%), що підтверджує виразніші органопротекторні ефекти телмісартану та його безпечність у застосуванні.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ТА РИЗИКУ ПЕРЕЛОМІВ FRAX, Q-FRACTURE У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Кривенко В.І., Бородавко О.І.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета дослідження: оцінити стан щільності кісткової тканини (ЩКТ) та взаємозв'язок показників денситометрії з ризиком переломів (РП) FRAX і Q-Fracture у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2). Матеріали та методи: обстежено 106 хворих на ЦД 2 типу, середній вік  $60,5 \pm 3,2$  років, із них 50 чоловіків та 56 жінок. Стан ЩКТ визначали методом ультразвукової денситометрії на 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. Результати: за даними УЗ-денситометрії 52% чоловіків мали остеопенію, 4% – остеопороз, та у 44% ЩКТ була у межах норми. Лише у 23% жінок ЩКТ була у межах норми, 55% мали остеопенію та 22% остеопороз. Кореляційний аналіз у жінок виявив зворотній зв'язок між Т-індексом на променевої кістці та FRAX total, FRAX hip ( $R = -0,25$ ;  $R = -0,31$ ,  $p < 0,05$ ), Т-індексом фаланги та FRAX hip, Q-fracture total, Q-fracture hip ( $R = -0,29$ ;  $R = -0,32$ ;  $R = -0,30$ ). У чоловіків Т-індекс на великогомілкової кістці мав взаємозв'язок з FRAX total, FRAX hip, Q-fracture total, Q-fracture hip ( $R = -0,29$ ;  $R = -0,35$ ;  $R = -0,28$ ;  $R = -0,28$ ). Рівень глюкози крові натще мав прямий кореляційний зв'язок з FRAX total ( $R = 0,43$ ). Висновки. Таким чином, у хворих на ЦД 2 типу з наявністю остеопенії та остеопорозу виявлено достовірний негативний взаємозв'язок Т-індексу з РП FRAX та Q-fracture. Тому доцільно використовувати означені онлайн-калькулятори для оптимізації профілактичних заходів та лікування у даної категорії пацієнтів.

## **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ КАЛЬЦИФІКАЦІЇ**

Кривенко В.І., Борота Д.С., Качан І.С.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета: проаналізувати гендерні особливості порушення функції аортального клапана (АК) у залежності від ступеня кальцинозу. Матеріали та методи: з архіву протоколів ехокардіоскопії було відібрано результати 72 пацієнтів із кальцинозом клапанів серця (35 чоловіків, 37 жінок, середній вік яких склав  $61 \pm 5,9$  років). За даними ехокардіоскопії оцінювали ступінь кальцинозу АК (за напівкількісною шкалою як незначний, помірний та виражений), швидкість кровотоку і середній градієнт тиску на АК. Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою програм «STATISTICA 10.0» (StatSoft® Inc, США). Результати: Підгрупи чоловіків та жінок були співставні за ступенем кальцинозу АК (69% хворих мали незначний кальциноз АК, 20% - помірний, 11% - виражений). Критеріям помірному стенозу



АК за градієнтом на АК відповідали показники 6% чоловіків, у той час як серед жінок означені дані відповідали нормі. За показником швидкості кровотоку у 11% чоловіків було діагностовано стеноз АК (9% - помірний стеноз АК), серед жінок порушення функції АК не було виявлено. Незважаючи на означені відмінності, за даними кореляційного аналізу, у двох підгрупах було виявлено асоціацію ступеня кальцинозу АК із швидкістю кровотоку на АК (чоловіки -  $R=0,75$ , жінки -  $R=0,83$ ;  $p<0,05$ ) та градієнтом на АК (чоловіки -  $R=0,74$ , жінки -  $R=0,59$ ;  $p<0,05$ ). Висновки: Таким чином, серед чоловіків наявність кальцинозу АК супроводжується більш вираженим порушенням його функції, що зумовлює необхідність детальної оцінки та моніторингу стану АК у чоловіків із ультразвуковими ознаками кальцинозу.

### **КАРДІАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ**

Кривенко В.І., Світлицька О.А., Дудко О.В., Горбаткова Н.Г., Кікнадзе Т.І.,  
Вороніна Є.В.

Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета дослідження: оцінити особливості кардіальних порушень у хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) в залежності від форми захворювання. Матеріали та методи: обстежено 58 пацієнтів – 23 жінки, 35 чоловіків. Контрольна група – 22 практично здорових осіб, 35 хворих – з ГЕРХ: 19 пацієнтів з ГЕРХ (І група) та 14 – ГЕРХ з езофагітом (ІІ група). Для верифікації діагнозу ГЕРХ пацієнтам проводилась езофагогастроуденоскопія. Оцінка кардіологічних параметрів виконувалась методом дисперсійного картування (ДК) ЕКГ кардіопосилювачем ЕКСЦ-02-КАРДи2/4 та добового моніторингу ЕКГ. Отримані результати: Аналіз варіабельності серцевого ритму в нічний період виявив підвищення показника SDNN в І та ІІ групах в порівнянні з контрольною групою на +13% та +18% відповідно ( $p<0,05$ ). Показник рNN50 був вищим в І групі на +11% ( $p=0,038$ ), в ІІ групі – на +28% ( $p=0,041$ ) в порівнянні з контрольною групою. Індекс напруги (SI) зменшувався у хворих з ГЕРХ ( $p<0,05$ ) та був в ІІ групі на 14% більшим, ніж в І групі ( $p=0,044$ ). Показник HF перевищував контрольну групу в І групі на 13% ( $p=0,037$ ), в ІІ групі – на 29% ( $p=0,033$ ), різниця між групами порівняння була вірогідною ( $p=0,040$ ). За даними ДК ЕКГ індекс «Міокард» в контрольній групі склав  $10,5\pm 1,2\%$ , що відповідає нормі. В І групі даний показник склав  $21,1\pm 2,2\%$ , в ІІ групі –  $25,4\pm 1,8\%$  (можлива патологія міокарду). Індекс «Міокард» в ІІ групі на 20% перевищував даний показник І групи, але різниця виявилась недостовірною ( $p=0,058$ ). Висновки: у хворих з ГЕРХ виявляються найважчі кардіальні порушення. Найбільша активація парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи реєструється у хворих на ГЕРХ з езофагітом.

## **ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ**

Кривенко В.І., Світлицька О.А.

Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета дослідження: оцінити особливості функціонального стану міокарду у хворих з синдромом обструктивного апное сну (СОАС) та гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Матеріали та методи: обстежено 96 пацієнтів – 44 жінки, 52 чоловіка. Контрольна група – 24 особи, I група – 25 хворих з СОАС, II група – 26 хворих з ГЕРХ, III група – 21 пацієнт з коморбідним перебігом СОАС та ГЕРХ. Сомнографічне дослідження проводилось набором SOMNOcheck micro cardio. Для верифікації діагнозу ГЕРХ виконувалась езофагогастродуоденоскопія. Функціональний стан міокарду оцінювався методом дисперсійного картування (ДК) ЕКГ на апараті ЕКСЦ-02-КАРДи2/4 та добовим моніторуванням (ДМ) ЕКГ. Отримані результати. За даними аналізу варіабельності серцевого ритму в нічний період відмічається збільшення показника LF в I групі на +27,7% ( $p=0,041$ ) та його зниження в III групі на -52% в порівнянні з контрольною групою ( $p=0,038$ ). Показник HF був найбільшим в II групі: перевищував контрольну групу на +78% ( $p=0,030$ ), I групу – на +65% ( $p=0,035$ ), III групу – на +46% ( $p=0,040$ ) відповідно. Параметр IVR зменшувався на -16% в I групі, в II групі – на 36%, в III групі – на 31% ( $p<0,05$ ). За даними ДК ЕКГ індекс «Міокард» в контрольній групі був у нормі та складав  $10,5\pm 1,2\%$ , в групах порівняння означений параметр відповідав можливій патології міокарду: I група –  $19,6\pm 2,5\%$ , II група –  $22,3\pm 1,9\%$ , III група –  $37,4\pm 3,5\%$  ( $p<0,05$ ). Висновки: поєднаний перебіг СОАС та ГЕРХ призводить до найбільшого зниження симпатичної активності при майже незмінних показниках парасимпатичної складової вегетативної нервової системи, що зумовлює найбільші порушення функціонального стану міокарду.

## **ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ ТА СУБ'ЄКТИВНИМ ВУШНИМ ШУМОМ**

Кривенко В.І., Худякова С.М.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО  
Університетська клініка

Мета дослідження: удосконалити схему комплексної терапії хворих на сенсоневральну приглухуватість та вушний шум. Матеріали та методи дослідження: обстежено 30 хворих з сенсоневральною приглухуватістю (14 чоловік, 16 жінок) віком від 30 до 70 років (середній вік  $56,5\pm 3,53$  роки). Дослідження включало: ендоскопію ЛОР-органів, акуметричне дослідження, тональну порогову аудіометрію, консультацію невролога, окуліста, ультразвукове обстеження шії, МРТ або КТ головного мозку. Віддалені результати оцінювали через 1, 3 та 6 місяців після початку консервативного лікування. До курсу

лікування входили ноотропи, ангіопротектори, периферичні вазодилататори, вітаміни групи В, м'які фітоседативні засоби та лазеротерапія на ділянку соскоподібного відростку. Результати дослідження: позитивний ефект від призначеного лікування спостерігався у 23 хворих (76,6%), з них у 4 (17,4%) випадках через 1 місяць лікування відмічалось зменшення суб'єктивного шуму, у 7 (30,4%) випадках зафіксовано повне усунення шуму в вухах через 3 місяці, у 12 (52,2%) випадках спостерігалось значне послаблення шуму в вухах через 6 місяців. За даними тональної аудіометрії у цієї групи хворих також відмічалось поліпшення слуху. У 7 (23,4%) хворих з суб'єктивним вушним шумом центрального генезу поліпшення слуху досягнуто не було. Висновки: Отримані результати підтверджують ефективність комплексного патогенетичного лікування протягом 6 місяців у 76,6% хворих на сенсоневральну приглухуватість та суб'єктивний вушний шум.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХЕЙЛИТА ГЕЛЕМ «ПАНТЕНОЛ»**

Крючко А.И., Андреева Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра терапевтической стоматологии

Устранение этиологических факторов при лечении хейлита является первоочередной задачей стоматолога, но немаловажное значение имеет и патогенетическая терапия. Целью нашего исследования явилось определение эффективности местного применения геля «Пантенол» в комплексном лечении некоторых форм хейлитов. Действующее вещество геля – декспантенол, который в тканях быстро трансформируется в пантотеновую кислоту, играющую центральную роль в метаболизме каждой клетки. Пантотеновая кислота необходима для восстановления и регенерации поврежденных тканей. Материал и методы исследования. На лечении находились 20 больных, у 7 (35%) был диагностирован метеорологический хейлит, у 5 (25%) – хронические трещины губ, у 6 (30%) пациентов постгерпетические эрозии губ, у 2 (10%) эксфолиативный хейлит (сухая форма). В план лечения включали профессиональную гигиену, санацию полости рта, устранение травмирующих факторов. Больным рекомендовали отказаться от вредных привычек. В местную терапию включали: 1) антисептическую обработку губ 1% раствором этония, 2) удаление чешуек и корочек после обработки пораженных участков ферментами в течение 3-5 минут, 3) проведение повторной антисептической обработки, 4) нанесение геля «Пантенол». Рекомендовали в домашних условиях использование геля «Пантенол» 2-3 раза в сутки. Повторные осмотры проводили на 3, 6 и 9 сутки. Результаты и обсуждение. У пациентов с метеорологическим хейлитом на 3 сутки отсутствовали жалобы и симптомы заболевания. У пациентов, страдающих хроническими трещинами губ, на 3 сутки уменьшалась болезненность губ, повышалась их эластичность и имела место тенденция к эпителизации. Полная эпителизация трещин губ происходила на 6 сутки у 3 пациентов и у 2 пациентов на 9 сутки. В случаях с постгерпетическими эрозиями на губах на 3 сутки отмечалось существенное уменьшение болезненности, повышалась эластичность, на 6 сутки у

5 пациентов происходила полная эпителизация, у 1 пациента на 9 сутки. У больных с эксфолиативным хейлитом также улучшалось клиническое течение, которое выражалось в уменьшении сухости красной каймы губ, повышении ее эластичности, однако чешуйки продолжали образовываться и спустя 9 суток. Выводы. Полученные результаты лечения некоторых форм хейлита с помощью геля «Пантенол» позволяют рекомендовать указанный препарат для местной патогенетической терапии в комплексном лечении больных с хейлитом различной этиологии.

## **РАННЯ ДІАГНОСТИКА СІМЕЙНОЇ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЇ**

Мазніченко Є.О., Якименко О.О.

Одеський національний медичний університет  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смертності та інвалідності населення у більшості країн світу. Однак, у розвинених країнах світу кількість смертей від ССЗ знижується, але в інших, зокрема в Україні – стрімко зростає. Сьогодні вчасний та якісний скринінг дозволяє попередити розвиток серцево-судинної патології та пролонгувати активне життя пацієнта. Одним з важливих питань є раннє виявлення пацієнтів з сімейною гіперхолестеринемією (СГ), як найбільш поширеного домінантно успадкованого захворювання, що призводить до підвищеного рівня ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та прискореного розвитку атеросклеротичного ураження серцево-судинної системи. За даними доступної літератури, поширеність СГ в Європі 1:200-1:250 на 100 000 населення. Даних щодо поширеності захворювання в Україні немає. СГ генетичне захворювання, тому раннє виявлення та скринінг всієї сім'ї пацієнта, є застереження розвитку серцево-судинної патології та підвищення рівня якості життя. Тому, метою дослідження було виявлення сімейної гіперхолестеринемії у пацієнтів з гіперхолестеринемією. Матеріали і методи: після скринінгового дослідження 127 пацієнтів кардіологічного профілю, до складу якого входило визначення показників загального аналізу крові, загального аналізу сечі та ліпідограма, була виділена група пацієнтів з рівнем загального холестерину > 7,5 ммоль/л. Надалі було проведено загальноклінічне обстеження, зокрема збір сімейного анамнезу, визначення концентрації ліпідів у плазмі (у тому числі ХС ЛПНЩ) двічі, з проміжком 10 годин, а також були виключені вторинні гіпехолестеринемії. Наприкінці було застосовано діагностичні критерії клінічного діагнозу сімейної гіперхолестеринемії Саймона Брума (Simon Broome). Отримані результати: з 127 пацієнтів кардіологічного профілю, яким було проведено скринінгове дослідження, було виявлено, що 7 пацієнтів мали достовірну СГЕ; 11 пацієнтів з вірогідною СГЕ та 24 пацієнта з можливою СГЕ, згідно критеріям Саймона Брума. Висновки: у теперішній час є підстави припускати, що високі показники серцево-судинної захворюваності і смертності в Україні частково зумовлені недооцінкою значущості гіперхолестеринемії. Тому рання діагностика захворювання та адекватна терапія призведе до збільшення осіб з своєчасним встановленим діагнозом. Проведення скринінгового дослідження також потрібне задля створення інформаційно-аналітичної системи реєстрації хворих на СГ та вивчення даних щодо поширеності хвороби на території країни.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Маланчук В.А.<sup>1</sup>, Сидоряко А.В.<sup>2</sup>, Баранник Н.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Киевский Национальный Медицинский Университет им. О.О. Богомольца

<sup>2</sup>ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Актуальность: На сегодняшний день большое количество аллергических реакций при лечении флегмон челюстно-лицевой области заставляет современную медицину искать другие методики. Альтернативой может стать биомезотерапия, при которой для введения используются собственные биоматериалы пациента, что обеспечивает полную биосовместимость и практически исключает возможность возникновения аллергических реакций. Одним из вариантов мезотерапии является - Plasmolifting TM (плазмолифтинг) - коммерческое запатентованное название PRP- терапии (Platelet Rich Plasma), подразумевающее использование инъекционной формы богатой тромбоцитами плазмы (БоТП). Цель исследования: стимулировать процессы ауторегенерации применяя плазмолифтинг в необходимых участках околожелюстных тканей во время лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Материалы и методы: Для лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи на стадии репарации была применена аутоплазма, обогащенная тромбоцитами. В основе процедуры лежит запатентованный метод обработки крови пациента с помощью специального набора вакуумных биотехнологических пробирок и особого принципа центрифугирования. В результате мы получаем инъекционную форму плазмы (PRP) богатой тромбоцитами, которая и является продуктом для введения в ткани в область ран. Нами было проведена диагностика и комплексное лечение 40 больных с одонтогенными флегмонами, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ГКБЭ и СМП г. Запорожья. Больные были разделены на 2 группы: 1 гр. – 18 больных, лечение проводилось традиционным методом. 2 гр. - 22 пациентов, у которых к лечению добавлена на стадии репарации обогащенная тромбоцитами плазма (PRP), которая вводилась в область ран через день. Результаты исследования: наблюдения показали позитивную динамику лечения больных второй группы с введением плазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP) в дополнение к основному методу лечения, срок нахождения больных в стационаре сократился, в сравнении с пациентами первой группы. Уже на 2 сутки после введения аутоплазмы было отмечено, что рана обильно заполнена грануляциями, края ее стали сближаться и начала формироваться рубцовая ткань. У больных же 1 группы заживление раны протекало более продолжительно и не выходило за стандартные рамки восстановления трудоспособности. Нужно так же заметить, что данный метод очень хорошо сочетается с другими современными методами лечения флегмон: лимфотропной терапией и применением вакуумного дренажа, материалы которых опубликованы ранее. Выводы: 1. Ауторегенерация в организме человека занимает одну из ведущих ролей в восстановление организма при лечении флегмон челюстно-лицевой области. 2. Для стимуляции ауторегенерации в необходимых участках околожелюстных мягких тканей успешно является метод плазмолифтинга. 3. Плазмолифтинг, как и лимфотропная терапия и применение вакуумного дренажа, является одним из прогрессивных методов лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

## **АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В ЗАПОРОЖСКОМ ОЖОГОВОМ ЦЕНТРЕ**

Мангуренко О.И., Молчанов А.О.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования: определить бактериологический профиль в Запорожском ожоговом центре в 2015 – 2016 годах, установить доминирующие микроорганизмы, их чувствительность и резистентность к антибактериальным препаратам; обосновать рациональную эмпирическую антибактериальную терапию. Материалы и методы: проанализированы результаты 160 бактериологических исследований, проведенных с января 2015 по декабрь 2016 года в Запорожском ожоговом центре согласно соответствующим методическим указаниям. Для определения антибиотикочувствительности и антибиотикорезистентности были использованы наборы дисков с 33 антибактериальными препаратами. Обработка результатов проведена компьютерной программой WHONET 5.6. Полученные результаты: на протяжении последних 2-х лет стабильно доминировали Гр- микроорганизмы *P. aeruginosa* и *A. baumannii*, а также Гр+ *S. aureus*. Обнаруженные штаммы *P. aeruginosa* были панрезистентны; *A. baumannii* - высокорезистентны (в том числе к цефалоспорином 3-4 поколений), кроме, как к доксициклину; *S. aureus* – сохраняли чувствительность к линкомицину, рифампицину, ванкомицину и линезолиду. Выводы: с целью эмпирической антибиотикотерапии в Запорожском ожоговом центре целесообразно применение: при выявлении штаммов *S. aureus* - линкомицина, рифампицина, ванкомицина и линезолида; *A. baumannii* – доксициклина; *P. aeruginosa* – эффективных препаратов не выявлено. Проведенные исследования демонстрируют необходимость коррекции системы профилактических и противоэпидемических мероприятий, предусмотренных приказом МОЗ Украины №236 от 4.04.2012г.

## **ВМІСТ ЦИТОКІНІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА, ОЖИРІННЯМ ТА СУПУТНЬОЮ АНЕМІЄЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ**

Нетяженко В.З., Бідзіля П.П.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра внутрішніх хвороб 1

Мета дослідження. Вивчити вміст цитокінів інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ) в сироватці крові хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) з надлишковою масою тіла, ожирінням та супутньою анемією легкого ступеня. Матеріал та методи. Обстежено 104 хворих з ХСН II-III функціонального класу з нормальною, надлишковою масою тіла та ожирінням I-III ступеня. До I групи увійшов 21 хворий на ХСН з анемією легкого ступеня. II групу становили 83 хворих з ХСН без анемії. Група порівняння була представлена 12 пацієнтами з хронічними формами ІХС та АГ, нормальною вагою, без ХСН. Вміст ІЛ-6, ІЛ-10 та ФНП- $\alpha$  у сироватці крові визначали імуноферментним методом. Статистична обробка отриманих даних

проводилась ліцензійним пакетом програм Statistica (version 6.0). Показники наведені у вигляді Me (25, 75%) (Медіана; 25; 75 перцентиль). Отримані результати. В групі порівняння вміст ІЛ-6 (1,93 (1,47; 2,16) пг/мл), ІЛ-10 (0,22 (0,16; 0,31) пг/мл) та ФНП-α (2,31 (1,98; 2,75) пг/мл) достовірно поступався значенням І (16,5 (7,68; 18,6), 2,08 (1,44; 6,18), 27,0 (15,2; 39,8) пг/мл, відповідно) та ІІ груп (5,30 (3,40; 13,8), 1,28 (0,86; 4,71), 14,9 (4,83; 31,9) пг/мл, відповідно). Порівняно з ІІ групою у І встановлено вищий рівень ІЛ-6 (у 3,1 рази) та ІЛ-10 (у 1,6 рази) ( $p < 0,05$ ). Встановлена пряма кореляційна залежність супутньої анемії з вмістом ІЛ-6 ( $r = +0,33$ ,  $p < 0,05$ ), ІЛ-10 ( $r = +0,26$ ,  $p < 0,05$ ) та ФНП-α ( $r = +0,23$ ,  $p < 0,05$ ). Таким чином, наявність анемії легкого ступеня при ХСН з надлишковою масою тіла та ожирінням супроводжується глибшими імунозапальними змінами. Висновки. Супутня анемія легкого ступеня у хворих на ХСН з надлишковою масою тіла та ожирінням супроводжується вірогідним переважанням сироваткового вмісту ІЛ-6 та ІЛ-10, що засвідчує важчі імунозапальні зміни.

## **ОЦІНКА ПОШИРЕНOSTІ СІМЕЙНОЇ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Нікітюк О.В., Комарова-Лазько О.В.

Запорізький державний медичний університет

Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

Мета дослідження – виявлення пацієнтів з визначеним, вірогідним та можливим діагнозом «сімейна гіперхолестеринемія» серед стаціонарних хворих кардіологічного відділення ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМУ. Матеріали і методи. Було обстежено 610 стаціонарних хворих (віком до 60 років) кардіологічного відділення ННМЦ «Університетська клініка» за період з січня по серпень 2017 року. Для визначення показників ліпидограми використовувався біохімічний аналізатор-фотометр «Prestige 24i» (Японія). Критерієм відбору для скринінгу на сімейну гіперхолестеринемію вважали рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) понад 5 ммоль/л У відібраних за цим критерієм пацієнтів проводилася оцінка за шкалою DUTCH Lipid Clinic Network. Діагноз вважали визначеним при сумі балів більше 8, вірогідним – при значенні від 6 до 8 балів, можливим - від 3 до 5 балів. Результати. Рівень ЛПНЩ вище 5 ммоль/л був зареєстрований у 133 осіб (21,8%) серед 610 обстежених хворих, з них - 61 жінка (45,9%) та 72 чоловіка (54,1%). За шкалою DUTCH Lipid Clinic Network 13 пацієнтів (2,1%) мали визначений діагноз сімейної гіперхолестеринемії, 43 хворих (7,0%) – вірогідний діагноз та 77 хворих (12,6%) діагноз гіперхолестеринемії вважався можливим. Серед пацієнтів з визначеним діагнозом сімейної гіперхолестеринемії превалювали жінки (61,5%), а клінічний діагноз ішемічної хвороби серця був встановлений лише у 5 (38,5%) хворих. Висновки. Поширеність пацієнтів з визначеним, вірогідним та можливим діагнозом «сімейна гіперхолестеринемія» склала 21,8%, що вказує на доцільність обов'язкового скринінгу у всіх хворих кардіологічного профілю.

## **СТРУКТУРА ПАЦІЄНТІВ ІЗ САРКОЇДОЗОМ ОРГАНІВ ДИХАННЯ НА ПРИКАРПАТТІ**

Островський М.М., Швець К.В. Островський М.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Мета. Вивчення вікових, гендерних характеристик, коморбідності, захворюваності та поширеності саркоїдозу в Івано-Франківській області у 2011-2015 роках. Матеріали і методи. Статистичні дані отримані при обробці карт стаціонарних хворих Івано-Франківського обласного фтизіопульмонологічного центру у віці від 18 років. Результати. Нами встановлено, що в Івано-Франківській області показник захворюваності на саркоїдоз перевищує максимальний в Україні та складає 2,83 на 100 тисяч населення, а поширеність саркоїдозу в Прикарпатському регіоні сягає 20,14 на 100 тисяч населення. При оцінці гендерних та вікових закономірностей поширеності саркоїдозу встановлено, що частіше хворіють жінки – 53,23%, а пік захворюваності у них припадає на 40-49 років. У чоловіків дану патологію виявляють найчастіше у віці 20-29 років. У осіб до 20 років та старше 60 років виявлено лише поодинокі випадки саркоїдозу. Позалегенові прояви саркоїдозу виявляли частіше у чоловіків – 93,54% всіх випадків. У більшості випадків діагностували ураження периферійних лімфатичних вузлів – 93,54%, найрідше зустрічались випадки ураження серця, суглобового апарату, слинних залоз. Серед супутніх патологій найчастіше зустрічається серцево-судинна (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба) та легенева (хронічні бронхіти, ХОЗЛ). У 91 пацієнта (32,73%) діагностовано легенеvu недостатність, причиною якої у 64 пацієнтів (70,32%) став саме саркоїдоз. Висновок. Оцінка епідеміологічних факторів, структури хворих, вивчення вікових особливостей, позалегенових проявів та супутньої патології дає можливість поглибити розуміння етіологічних та патогенетичних аспектів саркоїдозу, а відтак – допоможе сконцентрувати діагностичні зусилля для вчасного виявлення та лікування хворих.

## **РАННЯ ДІАГНОСТИКА ІШЕМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ МІОКАРДУ У ОСІБ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ДІЛЯНЦІ СЕРЦЯ**

Пахомова С.П., Радомська Т.Ю., Салівон-Гончаренко А.А.

Запорізький державний медичний університет

Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета дослідження – оптимізувати ранню діагностику ішемічних порушень міокарду у осіб, що потребують диференційної діагностики больового синдрому у ділянці серця шляхом поєднання методу дисперсійного картування електрокардіограми (ДК ЕКГ) та велоергометрії (ВЕМ). Методи й матеріали дослідження. Обстежено 30 пацієнтів, середній вік яких склав  $48 \pm 2,7$  років. Навантажувальна проба здійснювалася за допомогою комп'ютерної системи аналізу ЕКГ та ВЕМ CardioLab («ХАІ Медіка», Україна) з оцінкою частоти



серцевих скорочень (ЧСС), ішемічних порушень та оцінкою серцевого ритму за стандартним протоколом дослідження. ДК ЕКГ проводилось на приладі «Кардіовізор -06С» (Росія) з розрахунком індексу міокарду (ІнМ). Дослідження здійснювалися в стані спокою, на 1 та 5 хвилинах відновлювального періоду. Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів показав, що патологічне значення ІнМ (>15%) в спокої мало місце у 37% пацієнтів. На 1-й хвилині відновлювального періоду чутливість до патології ІнМ підвищилась до 60%, що достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялось від результатів ВЕМ на 44%. Патологічними змінами вважались: позитивна навантажувальна проба, що підтверджена депресією ST сегменту - у 4 осіб (16%). На 5 хвилині відновлювального періоду ІнМ залишався патологічним у 44% пацієнтів, що в порівнянні з вихідним вище на 7%. Тобто, метод ДК ЕКГ у поєднанні з дозованим фізичним навантаженням виявився більш чутливим у діагностиці електричної нестабільності і імовірної патології міокарду, ніж стандартна ВЕМ. Висновки. Таким чином, використання проби навантаження у поєднанні з методом дисперсійного картування ЕКГ дозволяє підвищити точність діагностики ішемічних порушень міокарду, а тому раніше виявити патологічні зміни.

## **ВЛИЯНИЕ КОРТИКАЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ И ПАТОЛОГИИ ТАЛАМОКОРТИКАЛЬНОЙ ЗОНЫ НА СОМАТОСЕНСОРНУЮ СИМПТОМАТИКУ ПРИ МИГРЕНОЗНОЙ АУРЕ**

Первеева Е.И., Букреева Ю.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Кафедра неврологии и офтальмологии

Цель. Установить наличие взаимосвязи между влиянием кортикальной депрессии и патологии таламокортикальной зоны на возникновение мультисенсорной симптоматики при мигренозной ауре. Материалы и методы: Материалами исследования стали изученные литературные данные о теориях возникновения ауры при мигрени. Поиск соответствующей литературы осуществлялся на базе «National Library of Medicine». Результаты исследования: Согласно данным клинического исследования, проведенным Nicodemus E. Oey, Yew Long Lo (Acta Neurologica Taiwanica Vol 25 No 4 December 2016) был приведен следующий клинический случай: женщина 45 лет, болеющая мигренью на протяжении 20 лет и не отмечающая возникновение мигренозных аур. После назначения пациентке трициклических антидепрессантов (амитриптилин) в комбинации с парацетамолом с последующим увеличением доз амитриптилина с 10мг/сут до 15мг/сут (с 6-го месяца терапия была дополнена топираматом, вальпроатом натрия и акупунктурой), были отмечены следующие клинические эффекты: частота мигренозных головных болей спустя полгода приема назначенной терапии уменьшилась вдвое, так же отмечалось снижение интенсивности болей (6/10 по визуальной аналоговой шкале), но наряду с этим пациентка начала отмечать появление мультисенсорных мигренозных аур в виде парестезий на стороне головной боли, а также фантомий и паракузий. При этом не было обнаружено никаких нейрофизиологических нарушений (МРТ, ЭЭГ, данные лабораторных

методов исследования в пределах нормы). Выводы: Патологии таламокортикальной системы принимают функционально-динамическое участие в формировании мультисенсорных мигренозных аур, проявление которых в свою очередь позволяет более подробно исследовать патофизиологию и в дальнейшем лечение мигрени.

## **ТОРАКОСКОПІЧНА БІОПСІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ДИФУЗНИХ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ**

Перцов В.І., Телушко Я.В., Савченко С.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та інтенсивної терапії

Вступ. Дифузні інтерстиціальні захворювання легень (ДІЗЛ) – гетерогенна група захворювань, морфологічний субстрат яких представлено запаленням та фіброзом у більшій мірі легеневого інтерстицію. Мета. Проаналізувати досвід використання відеоторакоскопічної (ВТС) біопсії легень та лімфовузлів в діагностиці ДІЗЛ. Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження (серія випадків), до якого увійшли 56 хворих з діагнозом дифузне інтерстиціальне захворювання легень (ДІЗЛ) за період з 2013 по 2017 роки. Для встановлення показань до біопсії використані: комп'ютерна томографія органів грудної клітки та бронхоскопія з бронхоальвеолярним лаважем. Матеріал для морфологічної діагностики отримували шляхом ВТС. Результати. Гістологічний патерн, специфічний для саркоїдозу легень та внутрішньогрудних лімфовузлів виявлено у 42,9% випадків, звичайної інтерстиціальної пневмонії (UIP) – 14,3%, десквамативної інтерстиціальної пневмонії (DIP) – 7,1% спостережень, гіперсенситивної інтерстиціальної пневмонії (HIP) – 5,4%, хронічної неспецифічної інтерстиціальної пневмонії (NIP) – 7,1%, гістіоцитозу – 3,6%, метастатичного ураження легень – 7,1%, туберкульозу легень – 5,4%, бронхоальвеолярного раку діагностовано у 2 пацієнтів (3,6%). У 2 (3,6%) хворих встановлені зміни відповідали хронічному обструктивному захворюванню легень. Висновки. Раціональна програма передопераційного обстеження, зокрема комп'ютерна томографія та бронхоскопія з дослідженням лаважної рідини, дозволяє виключити специфічний характер змін у легеневій паренхимі (туберкульоз, метастатичне ураження) у більшості пацієнтів та уникнути надлишкової хірургічної травми. Необхідність специфічної терапії, що залежить від етіології хвороби, зумовлює значущість морфологічної верифікації діагнозу. ВТС біопсія є сучасним, ефективним, комфортним та безпечним засобом досягнення цієї мети.

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ЕМПІЕМУ ПЛЕВРИ**

Перцов В.І., Телушко Я.В., Савченко С.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та інтенсивної терапії

Мета: вдосконалити лікувально-діагностичний алгоритм у хворих на гостру емпіему плеври (ЕП). Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження типу випадок-контроль, до якого включено 86 хворих на гостру ЕП за період з 2014 по 2017 рр. Критерії включення: хворі на неспецифічну ЕП 1 та

2 стадії (EACTS), що підлягали торакоскопичним втручанням або торакоцентезу з дрениванням плевральної порожнини. Критерії виключення: попередні інтраплевральні оперативні втручання на боці ураження (за винятком дренивання плевральної порожнини з приводу даного захворювання), підтверджена ВІЛ-інфекція, онкологічне захворювання поза станом стійкої ремісії, 3 стадія та специфічний характер ЕП. Чоловіків – 65 (76%). Медіана віку – 49,5 (38; 60) років. В залежності від методів хірургічної санації сформовані групи: 1 – торакоскопичні втручання (n=60; 70%) та 2 – торакоцентез, дренивання плевральної порожнини (n=26; 30%). Діагностична програма: загальноприйняті клініко-лабораторні аналізи, бронхоскопія з дослідженням бронхоальвеолярного лаважу, рентгенологічні дослідження, УЗД та комп'ютерна томографія органів грудної клітки. При кожній торакоскопії морфологічна верифікація діагнозу була обов'язковою. Результати. Комплексна оцінка даних, що отримані на етапі діагностики, направлена на виключення, в першу чергу, специфічної патології, а потім, встановлення стадії та форми захворювання, що визначало хірургічну тактику. Розподіл за стадією ЕП: 1 – 31 (36%), 2 – 55 (64%), 3 – 0. Виконано 90 оперативних втручань (у 4 (5%) хворих по 2 операції, одна з яких – дренивання плевральної порожнини, як етап передопераційної підготовки з метою компенсації патологічних змін). Види торакоскопичних втручань: торакоскопія з прицільним дрениванням – 5 (6%) хворих; ВТС з адгезіолізом – 44 (51%); ВТС з декортикацією легень – 11 (13%). У 1 групі медіана часу перебування дренажу – 6 (4; 8,5), у 2 – 15 (10; 22) діб,  $p < 0,0005$ . Тривалість перебування у стаціонарі: 1 група – 18 (16; 21), 2 – 27,5 (22; 31) діб,  $p < 0,0005$ . Добрі (n=54) та задовільні (n=32) результати отримані у 100% випадків. У 5 (6%) хворих відмічені явища постінфекційної астенії, що потребувало продовження курсу амбулаторної реабілітації. Летальності не було. Висновки. Комплексна діагностика з використанням методів ендоскопічних дослідження та сучасних засобів променевої візуалізації дозволяє встановити етіологію, стадію та форму ЕП, здійснити диференційований підхід та розширити показання до активної ендоскопічної хірургічної тактика. Це дозволяє скоротити тривалість запального процесу, реабілітації, час перебування хворих у стаціонарі та пов'язані з цим витрати.

### **КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ТА ВАЖКІСТЮ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Білик О.М., Ляховченко Н.А., Зацерковна О.М., Леванчук А.С., Паньків К.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

Мета дослідження: оцінити кореляцію між рівнем прозапальних цитокінів (ПЦ) та важкістю гострого некротичного панкреатиту (ГНП). Матеріали та методи. В основу дослідження покладено аналіз результатів обстеження 108 хворих із підтвердженим діагнозом гострого некротичного панкреатиту. Крім рутинних досліджень, у всіх хворих визначали рівні ІЛ-8, ІЛ-6, ІЛ-1 $\beta$  і TNF- $\alpha$  в сироватці крові та у перитонеальному ексудаті. Результати. ПЦ продукуються клітинами у

вогнищі запалення, про що свідчать результати наших досліджень із визначення в перитонеальному ексудаті IL-1 $\beta$ , IL-8 і TNF- $\alpha$ . Їх вміст достовірно перевищував відповідні показники в сироватці крові ( $p < 0,01$ ). У хворих із високим вмістом ПЩ у сироватці крові частіше траплялися скупчення рідини в парапанкреатичних ділянках та у вільній черевній порожнині, а також явища поліорганної недостатності. При значеннях IL-1 $\beta$   $\geq 12,0$  пг/мл і TNF- $\alpha$   $\geq 20,0$  пг/мл ми спостерігали найважчий перебіг ГНП – з гіперлейкоцитозом, гіпертермією, вираженими ознаками поліорганної недостатності та поширеними некрозами у підшлунковій залозі, парапанкреатичних ділянках. Показники температури тіла залежали від концентрації ПЩ у сироватці крові, передусім від рівня TNF- $\alpha$  ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,01$ ). Знайдено пряму кореляцію між концентрацією IL-8, IL-6, IL-1 $\beta$  і TNF- $\alpha$  та кількістю нейтрофілів і лімфоцитів ( $p < 0,05$ ). Виявлено прямий кореляційний зв'язок між концентраціями всіх ПЩ та значенням гематокритного числа – IL-1 $\beta$  ( $r = 0,92$ ;  $p < 0,001$ ), IL-6 ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,05$ ), IL-8 ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ) і TNF- $\alpha$  ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,01$ ). Висновки. ПЩ стимулюють розвиток гіповолемії та запальної реакції поглиблюючи розлади мікроциркуляції, які є характерною ознакою ранніх стадій важкого ГНП.

## **РОЛЬ МУТАЦІЙ В ГЕНІ PRSS1 У РОЗВИТКУ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Леванчук А.С., Паньків К.М., Зацерковна О.М., Білик О.М., Ляховченко Н.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

Мета дослідження: вивчити та оцінити роль мутації в гені PRSS1 у розвитку гострого некротичного панкреатиту. Матеріали та методи. У дослідження було включено 54 пацієнти з діагнозом “Гострий панкреатит, ідіопатична набрякова форма (ІНФГП) / некротична форма (НФГП)” (Атланта 2012). Перелік діагностичних досліджень включав анамнестичні, лабораторні: загальноклінічні, біохімічні та генетичні (мутація в гені PRSS1 та ідентифікації поліморфних алелей Arg122His гена PRSS1) методи дослідження, інструментальні: загально обов'язкові, УЗД, КТ. Хворі були розподілені на наступні групи. Перша група ( $n = 20$ ; 29,4%) з ІНФГП, друга ( $n = 34$ ; 50%) з НФГП. Третя група – група контролю (ГК) ( $n = 14$ ; 20,6%). Результати. В ході статистичної оцінки була виявлена залежність між розвитком ГП та алелей Arg122His гена PRSS1. ІНФГП у порівнянні з групою контролю виникає у 3,25 разів частіше, тоді, як НФГП у 36,1 рази, що вказує на прямий, статистично достовірний зв'язок мутації з розвитком тяжкого НФГП. Порівнюючи групу контролю з першою та другою групами виявили, що ризик розвитку набрякового ГП у першій групі складає 1,45, тоді, як у другій – 2,35. Ризик розвитку некрозу вищий, що ще раз підтверджує думку, про вплив мутація на розвиток некротичних форм ГП. Усім пацієнтам з алеллю Arg122His в гені PRSS1 має встановлюватись діагноз “спадкового панкреатиту”. Висновки. Мутація алелі Arg122His в гені катіонного трипсиногену має прямий та сильний зв'язок статистичний зв'язок із розвитком некрозу у хворих з гострим панкреатитом.

## **ANTIOXIDANT AND CARDIOPROTECTIVE PROPERTIES OF THE TAMOXIFENI CITRATI IN CASE OF CARDIOMYOCYTES HYPOXIC DAMAGE**

Pavlov S.V., Levchenko K.V.

Zaporizhya State Medical University

Currently, a concept is being developed regarding the influence of sex steroids on the functional state of all the organs and systems including the cardio-vascular system, which promotes further more profound study of the steroid hormone protective effect on the cardio-vascular system in case of various pathological conditions. Considering that the use of estrogens in pharmacorection of cardio-vascular pathology is limited by their direct hormonal activity, the principal investigation is of the above mentioned effect in Selective Esrogen Receptor Modulators (SERM). Therefore, the purpose of this research is the assessment of the SERM antioxidant and cytoprotective effects under cardiomyocyte hypoxia damage in vitro. Materials and Methods. Hypoxia in vitro was simulated by the placement into the cardiomyocyte suspension of the tissue breath analyzer - 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridin (MPTP) in the concentration of 0.6 mcM. The state of the antioxidant system was assessed by the imune enzyme evaluation of nitrotyrosine and homocysteine concentration, and by spectro photo evaluation of catalase activity level. The cytoprotective properties of the medication agents were investigated with elecron-microscopic analysis. Results and Discussions. It has been specified by the experimental research that simulating of cardiomyocyte hypoxia in vitro caused the oxidative and nitrosating stress intensification, which became evident from the essential increase of nitrotyrosine - protein oxidative damage marker - (by more than 68 per cent), homocysteine (83 %) and catalase activity decrease, catalase being the key antioxidant protective enzyme. The intensity and direction of pathobiochemical reactions under MPTP-induced hypoxia were revealed in destructive ultrastructure changes. Placement of tamoxifen citrate and estradiol valerate into the incubation environment resulted in the reduction of the oxidative stress, which was shown in the decrease of nitrotyrosine cardiomyocytes concentration in the suspension - by 53% on average, and homocysteine - 70% on average, as related to the MPTP-induced hypoxia. Catalase activity recovery followed, especially under tamoxifen, which, in our opinion, responds to the ability of study medication to reduce homocysteine amount and thus normalizing the process of protein methylation. The positive effect of the study medication on the cardiomyocyte antioxidant system state was manifested in the improvement of the cellule morphological characteristics. Thus, on introducing estradiol and tamoxifen into the cardiomyocytes suspension, mitochondria with vacuolar type of damage were found, without any sign of external membrane damage, with moderate cristolysis and electron-lucent matrix. The effects of Selective Esrogen Receptor Modulators stated in the present research precondition further research prospects aimed at the investigation of the molecule mechanisms of their cytoprotective properties.

## **РАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ**

Радомська Т.Ю., Кучугурна Т.А.

Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета дослідження – оцінити ефективність ультразвукового сканування щитоподібної залози (ЩЗ) для ранньої доклінічної діагностики хронічного аутоімунного тиреоїдиту (ХАІТ). Методи й матеріали дослідження. 1033 пацієнтам при профілактичних оглядах було проведено ультразвукове сканування ЩЗ за стандартною методикою на апараті LOGIQ C5 Premium (США) з використанням лінійного високочастотного датчика 6-12 МГц та визначенням ехоструктури, ехогенності, контурів, розмірів та васкуляризації залози. Результати дослідження. Зміни ЩЗ, які характерні для ХАІТ, виявлено у 355 обстежених осіб. Нерівність контурів задньої поверхні ЩЗ відзначалися у 320 пацієнтів (90%), зниження ехогенності залози – у 272 (77%), тяжі сполучної тканини та гіпоехогенні ділянки – у 280 (79%), підсилення судинного малюнку і підвищення швидкісних показників – у 81 (23%), зниження васкуляризації – у 134 (38%). В подальшому у всіх пацієнтів був підтверджений діагноз ХАІТ на підставі визначення антитіл до тиреопероксидази або тиреоглобуліну. Порушення функції ЩЗ мали 35% пацієнтів, з них гіпофункцію було діагностовано у 30% випадків, гіперфункцію – у 5%. Всі пацієнти були консультовані ендокринологом та отримали відповідні профілактичні та лікувальні рекомендації. Висновки. Проведення ультразвукового обстеження ЩЗ у пацієнтів при профілактичних оглядах дозволяє з високою ефективністю діагностувати доклінічні зміни при ХАІТ та оптимізувати процес ведення таких хворих.

## **СТАН ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Радомська Т.Ю., Алтухов А.В., Салівон-Гончаренко А.А.

Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»  
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета дослідження – оцінити стан варіабельності серцевого ритму (ВСР) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Методи й матеріали дослідження. ВСР досліджували на підставі добового моніторингу електрокардіограми (ЕКГ) з оцінкою часових (TI, SDNN) і спектральних (VLF, LF, HF, LF/HF) показників (комп'ютерна система аналізу Кардіосенс К («ХАІ Медіка», Україна). Ступінь змін ВСР, згідно рекомендацій, характеризується при SDNN <50 мс і TI <15 як значне зниження, при SDNN <100 мс і TI <20 – як помірне. Добовий моніторинг ВСР проведено 60 хворим з ЦД 2 типу, середній вік яких склав 54 роки, чоловіків було 40%, жінок – 60%. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб

аналогічного віку та статі. Результати дослідження. Виявлено достовірне зниження ( $p < 0,05$ ) SDNN у 14 хворих  $< 50$  мс та в межах 50-90 мс в 46 пацієнтів, що відповідає значному й помірному зниженню показника. Величина ТП коливалась в межах 4-26, але в середньому не перевищувала нормальних значень. Спектральний аналіз показників LF і HF виявив їх помірне зниження відносно контрольної групи, співвідношення LF/HF дорівнювало близько 3, що вказує на переважання симпатичних впливів. Відносне зростання параметру VFL свідчить про активацію нейрогуморальної складової регуляції серцевої діяльності. Висновки. При добовому моніторингу ЕКГ у хворих на ЦД 2 типу спостерігається помірне та значне зниження загальної потужності ВСР з переважанням симпатичного відділу вегетативної нервової системи та активацією нейрогуморальної регуляції.

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Разнатовська О.М., Бобровнича-Двізова Ю.М.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра фтизіатрії і пульмонології

Мета дослідження – дослідити ефективність лікування хворих з поєднаним перебігом хіміорезистентного туберкульозу (ХРТБ) та цукрового діабету (ЦД). Матеріали та методи. В дослідження було включено 20 хворих з поєднаним перебігом ХРТБ та ЦД, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділеннях Комунальної установи «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер». Чоловіків було 13 (65%), жінок – 7 (35%). Середній вік склав  $49,8 \pm 2,7$  роки. Результати дослідження оброблені методами аналізу з використанням статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., № AXXR712 D833214FAN5). Отримані результати. При поступленні до стаціонару при розподілі хворих за профілем резистентності мікобактерії туберкульозу (МБТ) у 60% визначалася мультирезистентність (МРТБ), у 15% – розширена резистентність (РРТБ), у 15% – резистентність до рифампіцину (РифТБ) та 5% – ризик мультирезистентного туберкульозу (РМРТБ). Бактеріовиділення та наявність деструкцій у легенях діагностувалося у всіх 100% випадків. Супутній цукровий діабет 1 типу діагностувався у 65%, 2 типу – у 35%. По завершенню антимікобактеріальної терапії (АМБТ) припинення бактеріовиділення встановлено у 65%, у середньому за  $3,5 \pm 0,6$  місяці. Загоєння деструкцій у легенях зареєстровано у 50%. В процесі лікування незадовільна переносимість АМБТ зареєстрована у 35%. У результаті неефективної АМБТ 20% хворих було переведено на паліативне лікування. Висновки. Отримані дані свідчать про низьку ефективність лікування хворих з поєднаним перебігом ХРТБ та ЦД, що потребує подальшого вивчення для оптимізації комплексної терапії даної категорії хворих.

# КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ РІВНІВ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ З ПОКАЗНИКАМИ ТУБЕРКУЛІНОВИХ ПРОБ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Разнатовська О.М., Мирончук Ю. В.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедра фтизіатрії і пульмонології

Мета дослідження – дослідити кореляційні зв'язки рівнів Ig E, A, M, G з показниками туберкулінових проб у дітей, хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), залежно від розповсюдженості специфічного процесу. Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було сформовано 2 групи дітей, хворих на ВДТБ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у дитячому відділенні в Комунальній установі «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер»: групу 1 склали 15 осіб з розповсюдженим туберкульозом (середній вік  $12,5 \pm 1,1$  років), групу 2 – 13 осіб з обмеженим (середній вік  $5,4 \pm 1,5$  років). Усім дітям обох груп проводилися 2 туберкулінові проби: реакція Манту (PM) та з алергеном туберкульозним рекомбінантним (АТР). Результати дослідження оброблені сучасними методами з використанням статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., № АХХR712 D833214FAN5). Отримані результати. За даними туберкулінових проб у групі 1 про інфікованість дітей мікобактерією туберкульозу (МБТ) свідчили результати PM у 100%, а результати проби з АТР – лише у 73,3%. Підвищеними були рівні Ig E у 2,4 рази, Ig A у 1,3 рази, Ig G у 1,2 рази. Рівень Ig M був у межах норми. У групі 2: про інфікованість дітей МБТ свідчили результати PM у 84,6%, а результати проби з АТР – у 92,2%. Підвищеними були рівні Ig E у 1,8 рази та Ig A у 1,2 рази. Рівні Ig G та M були у межах норми. Кореляційні зв'язки між рівнями Ig E, A, M, G у сироватці крові та показниками туберкулінових проб (табл. 1) встановлені лише у дітей групи 1. Так, при зростанні рівнів Ig M та G визначалося зворотне зростання результатів PM та при зростанні рівня Ig G – зворотне зростання результатів проби з АТР.

Таблиця 1

Кореляційні зв'язки рівнів Ig E, A, M, G у сироватці крові з показниками туберкулінових проб у дітей, хворих на ВДТБ на початку лікування

Показники Ig	Туберкулінові проби							
	Група 1 (n=15)				Група 2 (n=13)			
	PM		Проба з АТР		PM		Проба з АТР	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Ig E	0,024	>0,05	0,343	>0,05	0,391	>0,05	0,328	>0,05
Ig A	-0,386	>0,05	0,064	>0,05	-0,08	>0,05	0,032	>0,05
Ig M	-0,746	<0,05	-0,286	>0,05	0,279	>0,05	0,224	>0,05
Ig G	-0,515	<0,05	-0,524	<0,05	-0,225	>0,05	0,333	>0,05

Висновки. У дітей, хворих на ВДТБ при розповсюдженому процесі визначається зворотна кореляція зростання рівнів Ig M та G зі зростанням показників PM та рівню Ig G зі зростанням показників проби з АТР. Отримані дані свідчать про можливість застосування даного факту у ранній діагностиці імунологічних порушень дітей, хворих на ВДТБ з розповсюдженим процесом.



## **ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН У РАБОТНИКОВ ТЯЖЕЛОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

Ромалийская О.В., Демченко А.В., Козенко М.В.

Запорожского государственного медицинского университета  
Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника»

Цель: изучить степень, структуру и характер поражения периферических нервных волокон (ПНВ) у работников тяжелой промышленности. Материалы и методы: в рамках ежегодного профилактического осмотра обследовано 84 работников тяжелой промышленности, из них 10 женщин, 74 мужчин, в возрасте 30-55 лет (средний возраст  $45,07 \pm 8,44$  лет). Средний стаж работы во вредных условиях труда составил  $17,35 \pm 8,01$  лет). Поражение ПНВ регистрировалось на аппарате «Нейрон-СПЕКТР 4МВП» («Нейро-Софт», г. Иваново, РФ). Результаты: поражение ПНВ выявлено у 42 (50,0 %) обследованных. При этом все типы волокон поразились у 26,1% работников, комбинированное поражение моторных волокон (МВ) и сенсорных волокон (СВ) выявлено у 21,42%, МВ и вегетативных волокон (ВВ) у 16,6%, СВ и ВВ у 4,76%. Изолированное поражение СВ у 9,5% человек, МВ – у 19%, а ВВ – у 2,38%. Изолированное поражение МВ носило аксональный характер, остальные формы – аксонально-демиелинизирующий характер поражения. Наиболее часто страдали СВ (47,6%), МВ (54,76%) и ВВ (38%) срединных нервов, а поражение локтевых нервов развивалось реже: МВ(21%) и СВ(38%). Выводы: Поражение ПНВ достаточно распространено среди работников тяжелой промышленности. Чаще имеет место комбинированный двухсторонний характер поражения всех типов волокон, с преимущественной заинтересованностью срединных нервов. Ранняя диагностика поражения ПНВ позволит выявить изменения на доклинической стадии и провести своевременную терапию, что в дальнейшем предупредит развитие профессиональных заболеваний.

## **ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ СТУДЕНТАМ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЇХ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ НА КАФЕДРІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

Романова Ю.Г., Гончаренко О.В., Коваль С.М.

Одеський національний медичний університет  
Кафедра терапевтичної стоматології

Метою дослідження було виявлення впливу сучасних інформаційних технологій на якість засвоєння студентами практичних знань та вмінь в порівнянні з традиційними способами навчання (підручник, зошит, альбом тощо) під час самостійної роботи. Об'єктом дослідження були студенти 3 та 4 курсів стоматологічного факультету. Методами дослідження – опитування, тестування студентів та лікарів – керівників практики, підсумковий контроль та іспит. Узагальнено багаторічний досвід користування для підготовки до Державного Іспиту професійними алгоритмами, розробленими колективом стоматологічного факультету університету [1,3]. Було встановлено, що в залежності від власних

індивідуальних якостей особистості студенти опановують практичні вміння та навички по-різному. З метою поширення доступу студентів до сучасних досягнень стоматологічної науки та практики на кафедрі створено електронний банк даних (фото- та відеоматеріали, підручники, монографії та презентації українською та іноземними мовами) обсягом більш 650 Гб. При цьому, ті студенти, що користувалися електронними підручниками, ілюстраціями до матеріалів практичних занять, складали типові та ситуаційні задачі самостійно, брали участь у вебінарах, майстер-класах та відео конференціях, проявляли більшу зацікавленість в опануванні майбутньою спеціальністю; в структурі їх пізнавальної мотивації переважала внутрішня складова (направлена на отримання знань та вмінь). На підставі проведених на кафедрі досліджень розроблено та впроваджено в навчальний процес методичку надання студентам 3 та 4 курсів індивідуальних завдань на виробничу практику [2]. Було зроблено такі попередні висновки: сучасні інформаційні технології навчання сприяють поглибленню зацікавленості студентів в опануванні теоретичними знаннями та практичними вміннями; отримання індивідуальних завдань сприяє відповідальності студентів за підсумковий результат виробничої практики; об'єднання самостійної роботи на практичних заняттях, під час виробничої практики та поза аудиторії з електронним навчальним посібником зміцнює цілісну систему підготовки лікаря. Література: 1. Косенко К.М., Седлецька А.О., Рожко П.Д., Новицька І.К., Аксінорська О.І. Терапевтична стоматологія (самостійна робота студентів) / К.М.Косенко. – О., 2010. 2. Методические указания по прохождению производственной практики по терапевтической стоматологии для студентов 3-го и 4-го курсов (для иностранных студентов) / П.Н.Чуев, К.Н.Косенко, С.Н.Коваль и др. // Одесский государственный медицинский университет.- Одесса, 2000 г.-20с. 3. Сборник алгоритмов практических навыков и умений к практически ориентированному государственному экзамену по специальности 7.110106 «Стоматология»: Учебное пособие / Л.Д. Чулак, К.Н. Косенко, А.Г. Гулюк, С.Н. Коваль и др.; под общ. ред. Л.Д. Чулака.- Одесса: Одесский гос. мед. ун-т, 2004. – 264 с.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЛЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ «FTORCALCIT-D» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ**

Рябокоть Е.Н., Волкова О.С., Токарь А.А., Каннуник Т.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Согласно данным медицинской статистики, в последнее время число людей, обращающихся к стоматологу с повышенной чувствительности зубов, возросло в несколько раз. Распространённость гиперестезии у взрослого населения по данным как отечественных, так и зарубежных, авторов составляет до 72%. Цель исследования: определение эффективности солевой системы для глубокого фторирования «Ftorcalcit-D» при лечении гиперестезии твердых тканей зубов. Материалы и методы исследования. Из всех обратившихся за стоматологической помощью в УСЦ ХНМУ в исследование были включены 28 пациентов без

сопутствующей патологии, с гиперестезией зубов, которая появилась год назад, в возрасте от 19 до 49 лет, из них 16 пациентов женского пола (57 %) и 12 мужского (43 %). Средний возраст пациентов составил 41,5 лет. Для лечения гиперестезии в клинических условиях применялась солевая система для глубокого фторирования твердых тканей зубов «Ftorcalcit-D». Пациентам рекомендовали воздержаться от приёма пищи в течение 30 минут после нанесения, курс применения: 2 раза в неделю, в течении 1 месяца. Результаты: Спустя 1 месяц после применения «Ftorcalcit-D» у 19 (68 %) пациентов отсутствовали болевые ощущения при приёме пищи и чистке зубов, а у 7 (25 %) пациентов зубы продолжали реагировать на различные раздражители. Лишь 2 (7 %) пациента продолжали испытывать боль один раз в день. Вывод. Таким образом, применение солевой системы «Ftorcalcit-D» лицам, имеющим гиперестезию твердых тканей зубов, является эффективным. К концу исследования наблюдалось снижение количества зубов, реагирующих на тактильный и температурный раздражитель.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЕЛЯ «ХОЛИСАЛ»**

Рябокоть Е.Н., Андреева Е.В., Крючко А.И.  
Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра терапевтической стоматологии

В комплексной терапии катарального гингивита большое значение имеет местное использование средств антибактериального и противовоспалительного действия. Целью нашего исследования была клиническая оценка эффективности комплексного противовоспалительного препарата «Холисал-гель», в состав которого входят нестероидное противовоспалительное средство Choline salicylate и антисептик Cetalkonium chloride, у пациентов с катаральным гингивитом. Материалы и методы. На лечении находились 17 пациентов в возрасте 17-26 лет с обострившимся генерализованным катаральным гингивитом 1-2 степени тяжести. Диагноз устанавливали на основании клинических и дополнительных методов обследования. Лечение проводилось комплексное. Гель «Холисал» необходимо было наносить на десну легкими массирующими движениями или аппликационно 2 раза в день по 2 минуты (утром и вечером перед сном). Клиническую эффективность указанного препарата мы оценивали с помощью гингивального индекса Silness-Loe. Повторные осмотры проводились на 2, 4, 6 сутки после начала лечения. Результаты исследования. Все пациенты уже на 2 сутки отмечали уменьшение болевых ощущений в десне, длительную анальгезию (до 5-7 часов) после нанесения геля «Холисал» и появившуюся возможность полноценно проводить гигиену полости рта. У пациентов с генерализованным катаральным гингивитом 1 степени тяжести GI Silness-Loe до лечения составлял 0,8-1 балл, на 2 сутки – 0,5-0,7, на 4 сутки GI=0,1-0,5 балла; у больных с генерализованным катаральным гингивитом 2 степени тяжести GI Silness-Loe до лечения составлял 1,5-1,7 балла, на 2 сутки – 1,3-1,5 балла, на 4 сутки GI=1,0-1,2 балла. Аллергических реакций и других побочных реакций не наблюдалось. Выводы.

Полученные результаты подтверждают высокую эффективность местного применения геля «Холисал» и позволяют рекомендовать его как препарат выбора в местной патогенетической терапии воспалительных заболеваниях пародонта.

### **АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ**

Рябокоть Е.Н., Стеблянок Л.В., Баглык Т.В., Катурова Г.Ф., Кирсанова А.В.

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра терапевтической стоматологии

Перспективным направлением для повышения эффективности лечения заболеваний пародонта является использование комбинированных препаратов из растительного сырья. Их применение позволяет одновременно воздействовать на различные звенья патогенеза и симптомы заболевания. Целью исследования явилось определение антимикробной активности (АА) комплексных препаратов на растительной основе (КПРО) *in vitro*. Материалы и методы исследования. Препараты «Стоматофит» (Фитофарм Кленка, Польша) и «Стоматоклин» (ГНЦЛС, Украина) являются многокомпонентными средствами на спиртовой основе, содержащими комплексы лекарственных трав, и разработаны специально для лечения и профилактики заболеваний полости рта. Нами проведено изучение АА КПРО «Стоматофит» и «Стоматоклин» *in vitro* методом посева исследуемых микроорганизмов на жидкую среду с последующим высевом на плотную питательную среду. Для этого выполняли раститровку бактериальных культур *Candida albicans* ATCC 885/653, *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Bacillus subtilis* ATCC 6633. Учет роста в результате влияния КПРО проводили через 24 ч., высев на чашки с агаром Мюллер-Хинтона – через 48 ч. Результаты исследования показали, что изучаемые препараты обладали выраженным антимикробным действием. Вывод: Отечественный препарат «Стоматоклин» не уступает зарубежному препарату «Стоматофит» и может быть рекомендован в качестве лечебного и профилактического средства в комплексном лечении заболеваний пародонта.

### **КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ**

Свистун С.І., Горбаткова Н.Г., Дудко О.В., Світлицька О.А., Алтухов А.В.

Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

Мета дослідження: оцінити вплив корекції синдрому надлишкового бактеріального росту в тонкому кишечнику на рівень цитолізу при неалкогольному стеатогепатиті. Матеріали та методи: було обстежено 60 пацієнтів з неалкогольному стеатогепатиті (НАСГ) та синдромом надлишкового бактеріального росту (СНБР). Для верифікації діагнозу НАСГ були проведені наступні дослідження: печінкові проби, ліпідограма, УЗД гепатобіліарної зони, маркери вірусних гепатитів та гамма-глобуліни для виключення пацієнтів з хронічними вірусними гепатитами та аутоімунним гепатитом відповідно. Для

верифікації діагнозу СНБР пацієнтам був проведений дихальний водневий тест з глюкозою. Пацієнти були поділені на 2 групи. Одна група додатково до стандартної терапії стеатогепатита отримувала лікування для корекції СНБР. Отримані результати: В результаті проведеного дослідження лікування СНБР сприяло досягненню більш швидкого і вираженого зниження цитолізу. Через 1 місяць рівень трансаміназ знизився ( $p < 0,005$ ), повна нормалізація АЛТ та АСТ була досягнута у 22 (73,3%) хворих, тоді як у контрольній групі у 12 (40%). Висновки: мікробіота кишечника може бути потенційною ефективною терапевтичною мішенню для поліпшення результатів комплексного лікування у пацієнтів з НАСГ.

## **ОСНОВНІ ПОМИЛКИ ДОПУЩЕНІ СТУДЕНТАМИ ПРИ ПРЕПАРУВАННІ ЗУБІВ ПІД ШТАМПОВАНУ КОРОНКУ**

Сидоренко О.О., Збарах О.О.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедра терапевтичної, ортопедичної, дитячої стоматології

Актуальність: препарування твердих тканин зубів є особливим фактором підготовки під штаповану коронку. Для студентів та майбутніх лікарів необхідно розуміти та бачити свої помилки на початкових етапах розвитку майбутніх професійних навиків, адже саме розуміючи свої першочергові похибки можливе поліпшення практичних знань та вмій маніпулювати ортопедичним інструментарієм, тож питання якості препарування є достатньо актуальним для ортопедичної стоматології. Мета дослідження: визначити основні допущені помилки при препаруванні під штаповану коронку студентами стоматологічного факультету та вміння прогнозувати майбутні клінічні ускладнення про некоректно виконаній техніці обробки зубів. Матеріали та методи дослідження. Для визначення основних помилок при препаруванні твердих тканин зубів ми провели практичний курс із студентами стоматологами, кожен з яких препарував по одному зубу верхньої щелепи фантомного обладнання. Результати дослідження. Було виявлено основні помилки допустимі при препаруванні під штаповану коронку, а саме, недотримання анатомічної форми зуба з глибшим шаром відпрепарованих твердих тканин, що тягне за собою нанесення більшої кількості фіксуючого матеріалу, який не забезпечить належної герметичності і кращої стійкості коронки до навантаження, підвищить ризик швидкого руйнування кукси зуба (40%); наявність «сходинки», що свідчить про шліфовку не до клінічної шийки зуба, а вище, проникаючи в товщу дентину із-за страху травми ясен, як результат цієї помилки - штапована коронка буде впритись в дану «сходинку» (20%); недостатнє зняття твердих тканин зуба з оклюзійної поверхні при препаруванні під коронку буде збільшувати міжальвеолярну висоту, призведе до підвищення прикусу, при змиканні зубних рядів викличе перевантаження пародонту, в різних фазах артикуляційних рухів нижньої щелепи також призведе до травми пародонту, створить центричні або ексцентричні суперконтакти (15%); недостатнє препарування тканин з вестибулярної, язичної та апроксимальної поверхні, коли діаметр зуба буде більше діаметра його шийки - виготовлена коронка не буде щільно охоплювати клінічну шийку, спричинить за собою хронічне запалення ясен з подальшою її рецесією, при попаданні харчових залишків розвинеться

циркулярний карієс (15%); глибоке підясневе препарування, як наслідок маргінальний періодонтит (10%). Висновки. Проведене дослідження показало, що найбільш серйозною проблемою при препаруванні фантомних моделей зубів більш ніж на 0.3 мм, що являється нормою при припасуванні штампованої коронки. Це свідчить про недостатність ортопедичних навичок і доводить основні недоліки майбутнього лікаря-стоматолога. Знаючи основні проблеми при препаруванні під штамповану коронку студент зможе опанувати і не повторювати вище зазначені помилки.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПОЯВИ ВИРАЖЕНИХ ДІАСТЕМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ ПЕРЕНІСШИХ ТОКСИКОЗ ПЕРШОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ**

Сидоренко А.Ю.

Запорізький державний медичний університет  
Кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

Вступ. Охорона здоров'я жінки та дитини є одним з важливіших напрямів в діяльності нашої держави. Соціально-економічні проблеми в усіх сферах життя, недоліки медичного обслуговування, низька культура репродуктивної поведінки - всі ці фактори згубно відбилися на здоров'ї майбутніх матерів, призвели до росту кількості ускладнень вагітності та пологів, погіршення стану здоров'я новонароджених. Встановлено, що внутрішньоутробний період вагітності є одним з найважливіших факторів в розвитку людського організму, в тому числі формування функціонально повноцінної зубощелепної системи. Значну роль в розвитку зубощелепних аномалій відіграють ускладнення перебігу вагітності, а саме токсикоз першої половини вагітності. Вплив цього антенатального чинника до теперішнього часу залишається недостатньо вивченим. Мета: На підставі вивчення впливу медико-соціальних антенатальних чинників ризику на виникнення зубощелепних аномалій, визначити особливості появи виражених діастем верхньої щелепи у дітей народжених від матерів, що перенесли токсикоз першого триместру вагітності. Матеріали та методи: Поставлені завдання були вирішені за допомогою клінічного та аналітично-статистичного методів. Дослідження проводились на базі медичних пунктів дошкільних закладів міста Запоріжжя дітей 2-6 років, на базі кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології ЗДМУ. Було здійснено анкетування та аналіз історій хвороб 184 матерів та їх дітей, котрі регулярно відвідували лікаря-стоматолога. Результати: У дослідженні відмічений статистично значущий зв'язок між медико-соціальним фактором ризику, а саме токсикозом першого триместру вагітності матерів та виникненням виражених діастем верхньої щелепи у дітей віком від 2 до 6 років. Також відома кореляція токсикозу першого триместру вагітності та діастемами верхньої щелепи. 75 (40,76%) з опитуваних матерів мали токсикоз першого триместру вагітності. Їх діти розвивались з вираженою діастемою верхньої щелепи. В 16 (8,96%) випадках мали токсикоз, але діти були здорові. Інша частина досліджуваних 76 (41,3%) за наявності токсикозу не мали виражених діастем та 17 (9,23%) матерів, у який перший триместр пройшов без токсикозу, діти мали фізіологічну діастему. Висновки: отже, під впливом такого фактора, як токсикоз першого триместру

вагітності, рівень зубощелепних аномалій, а саме, виражена діастема верхньої щелепи, збільшується, тому важливим етапом профілактики такої патології є своєчасне виявлення впливів на матір несприятливих медико-соціальних факторів в період вагітності.

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ О ПРАВИЛАХ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА**

Смирнова И.В.

Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии

Цель исследования. Установить уровень осведомлённости о правилах гигиенического ухода за полостью рта и их выполнение пациентами с сердечно-сосудистой патологией. Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КУ «ОМЦССЗ» ЗОС. 130 пациентов с сердечно-сосудистой патологией в возрасте 18 лет и старше заполнили анонимные анкеты закрытого типа, состоявшие из нескольких блоков вопросов, в том числе и вопросов, касающихся гигиенической грамотности и мотивированности соблюдения правил гигиены полости рта. Полученные результаты. Установлено, что неукоснительно правила личной гигиены по уходу за полостью рта (чистка зубов не менее двух раз в день, своевременная замена зубных щёток) соблюдает только треть населения. Примечательно и то, что затруднились сказать, какой зубной пастой пользуются более 20% пациентов, а это по сути каждый пятый респондент. Более 15% населения постоянно пользуются отбеливающими пастами. Пастами, снижающими кровоточивость десен, пользуются 11, 54%, а пастами, содержащими фтор, пользуются менее 20%. Пасты для зубов с повышенной чувствительностью применяют 13% пациентов, а 18% пациентов выбирают пасты с хорошими освежающими свойствами, не обращая внимание на их состав и назначение. Вывод: была выявлена недостаточная информированность населения о правилах гигиенического ухода за полостью рта и несоблюдение этих правил. Для повышения гигиенической грамотности среди пациентов с сердечно-сосудистой патологией необходимо проводить врачами – стоматологами не только профилактические беседы, но и обучать гигиеническим навыкам, помогать пациенту в выборе средств по уходу за полостью рта в соответствии с клинической ситуацией.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Тарабаров С.А.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Введение: В настоящее время в мире остаются дискуссионными вопросы выбора эндоскопического метода удаления неоплазий толстой кишки в зависимости от их размеров и вида. Цель работы: проанализировать рекомендации и результаты исследований ведущих мировых экспертов в эндоскопии по методам эндоскопического удаления неоплазий толстой кишки. Материалы и методы:

проанализировано данные зарубежных авторов за последние 10 лет по эндоскопическим методам удаления неоплазий толстой кишки. Идеальный способ эндоскопического удаления, который был бы универсальный (применимый ко всем типам образований), технический простой, легкий в изучении, обеспечивающий резекцию единым блоком в пределах здоровых тканей, дешевый, с низким уровнем осложнений к сожалению, не существует. Наиболее обсуждаемые вопросы, которые возникают это: 1. Методы удаления образований < 10 мм? 2. Профилактическое клипирование, когда и кому? 3. ESD – показания? 4. Биопсия – показания? 5. Предоперационная оценка неопластического потенциала образования и влияние на тактику? Выводы: для удаления неоплазий толстой кишки до 4-5 мм оптимальным является удаление методом «холодной биопсии»; для неоплазий 5-8 мм – удаление «холодной петлей»; для неоплазий 0-1p (на ножке) – удаление «горячей петлей»; для образований 8-20 мм – EMR; для образований  $\geq 20$  мм – EMR или ESD. Образования до 10 мм в большинстве случаев должны удаляться во время скрининговой колоноскопии. Биопсия из образований, которые подлежат эндоскопическому удалению, братья не должна.

## **ФАКТОРЫ УСПЕХА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИДЕОКОЛОНОСКОПИИ**

Трофимов Н.В., Кузнецов Г.Э.

ГУ «Днепропетровская медицинская академии МЗ Украины»,  
КУ «ДКОСМП ДОС»

Цель исследования. Колоректальный рак – собирательное понятие для рака (опухоль) различных отделов ободочной (colon) и прямой (rectum) кишки. Среди множества онкологических заболеваний эта патология отличается наиболее трудной в диагностике на ранних этапах развития патологического процесса. Это связано с бессимптомным течением колоректального рака и применением специальных методов диагностики для его выявления. Материалы и методы. Нами в период 2017 года произведено 94 исследования толстого кишечника. Исследования проводились фиброколоноскопом Olympus CF-E3L (Япония). Для уточнения визуализации изменений слизистой оболочки толстого кишечника использовалось прижизненное окрашивание растворами 0,2% индигокармина и 1,5% уксусной кислоты. Подготовка кишечника к исследованию осуществлялась препаратом «Изиклин», что обеспечивало адекватную визуализацию мелких неоплазий и изменений слизистой оболочки кишечника. Результаты. При проведении 94 исследований выявлено 65 зубчатых аденом с последующей их холодной резекцией. У 22 пациентов выявлены полипы сигмовидной кишки с последующей их петлевой резекцией и 7 пациентов выявлен колоректальный рак различной локализации. Выводы. Для достижения высоких результатов ранней диагностики колоректального рака необходимо адекватная очистка кишечника путём двухэтапного применения препарата «Изиклин», применение прижизненного окрашивания кишечника и дистального колпачка для прицельной визуализации изменений слизистой кишечника.



## **ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ГЛЮКОЗИ ТА ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Федорова О.П.<sup>1</sup>, Дудко О.В.<sup>2</sup>, Єдинович К.М.<sup>3</sup>, Кікнадзе Т.І.<sup>2</sup>, Світлицька О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>2</sup>Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

<sup>3</sup>Запорізька обласна клінічна лікарня

<sup>1</sup>Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Згідно міжнародної федерації діабету, на цукровий діабет страждає 7% населення світу. Оптимізація лікування діабету за допомогою рослинних препаратів дозволить запобігти медикаментозного навантаження пацієнтів. Мета дослідження: оцінити ефективність комбінованого лікування комплексним вітамінно-рослинним препаратом «Інсувіт», метформіном та аторвастатином у хворих на цукровий діабет 2 типу. Матеріали і методи: у терапевтичному відділенні ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМУ обстежено 69 хворих (жінок – 44, чоловіків – 25) на цукровий діабет 2 типу. Середній вік  $63,4 \pm 7,82$  років, тривалість діабету –  $7,0 \pm 4,11$  років. Критерії виключення: комбінована цукрознижувальна терапія, інсулінозалежний цукровий діабет, відсутність прихильності до лікування. Визначали рівень глюкози крові натще, глікозильований гемоглобін (HbA1c), ліпідний профіль за допомогою біохімічного аналізатора «Prestige 24i» (Японія). Пацієнти були рандомізовані на 2 групи: основну – 33 пацієнта, які протягом 12 тижнів додатково до стандартної терапії (20 мг аторвастатину, 1000 мг метформіну) отримували комбінований препарат «Інсувіт» по 1 таблетці двічі на день. Контрольну – 36 пацієнтів з аналогічною терапією, але без призначення «Інсувіту». Результати: В результаті лікування в основній групі виявлено достовірне зниження рівня HbA1c (на 10,7%) ( $p < 0,05$ ) та глюкози натще (на 14,7%) ( $p < 0,05$ ) через 12 тижнів. Показники ліпідного профілю мали тенденцію до зниження, однак, їх динаміка в обох групах була недостовірною. Висновки: додаткове призначення препарату «Інсувіт» прискорює компенсацію показників рівня глюкози та HbA1c у пацієнтів з цукровим діабетом, що дозволяє швидше отримати їх цільові рівні.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ (TOLL-РЕЦЕПТОРИ) У ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ, СИСТЕМИ КРОВІ, ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Хоменко Л.О., Колесник Ю.М., Гавриленко М.А.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

Мета дослідження: оцінити відносний рівень мРНК прозапальних цитокінів IL-1 $\beta$  і IL-17A, толл-подібних рецепторів 2 та 4 типів та NF- $\kappa$ B епітелію ротової порожнини у дітей з особливими потребами, які хворіють на хронічний катаральний генералізований гінгівіт легкого та середнього ступеню. Матеріали та методи. Проведено молекулярно-генетичне дослідження експресії толл-подібних рецепторів епітелію ротової порожнини 93 дітей з особливими потребами та

25 здорових дітей віком від 12 до 15 років. Діти були розділені на чотири групи за основним захворюванням: першу групу склали діти з особливими потребами із захворюваннями центральної нервової системи (ЦНС) (21 особа), другу групу – діти із психічними розладами (24 особи), до третьої групи ввійшли діти з особливими потребами з хворобами крові (25 осіб), четверта група – діти із захворюваннями системи органів дихання (23 особи). Діти цих чотирьох груп регулярно проходили лікування основного захворювання на базі КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» та мали хронічний катаральний генералізований гінгівіт легкого та середнього ступенів тяжкості. Група порівняння (25 дітей, що хворіли на хронічний катаральний генералізований гінгівіт легкого та середнього ступеню тяжкості) була сформована після огляду 180 практично здорових дітей віком від 12 до 15 років. Результати. Аналіз ЗТ-ПЛР продемонстрував 5,6 та 1,6-кратне ( $p < 0,05$ ) зростання транскрипційної активності мРНК гену TLR2 та TLR4 в буккальному епітелії дітей із захворюваннями центральної нервової системи та психічними розладами відповідно. Спостерігається 7,5-кратне та 13,6-кратне ( $p < 0,05$ ) зростання експресії NF- $\kappa$ B у дітей із захворюваннями ЦНС та психічними захворюваннями, відповідно. ЗТ-ПЛР-аналіз буккального епітелію показав підвищення рівню експресії прозапальних цитокінів IL-1 $\beta$  і IL-17A у дітей із захворюваннями дихальних шляхів та захворюваннями системи крові. Експресія IL-1 $\beta$  підвищилась в 6,5 і 2,9 разів ( $p < 0,05$ ) відповідно, IL-17A — в 3,8 і 3 рази ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з контролем. Аналіз ЗТ-ПЛР продемонстрував 8,5 та 2,4-кратне ( $p < 0,05$ ) зростання транскрипційної активності мРНК гену TLR2 та TLR4 в буккальному епітелії дітей із захворюваннями дихальних шляхів та 7,8 та 16,6-кратне ( $p < 0,05$ ) — у дітей із захворюваннями системи крові. Спостерігається 3,6-кратне та 6,1-кратне ( $p < 0,05$ ) зростання експресії NF- $\kappa$ B у дітей із захворюваннями дихальних шляхів та захворюваннями системи крові. Значно вищий рівень експресії TLR4 спостерігається в групі захворювань систем крові. Висновки. Встановлено, що у дітей з особливими потребами всіх груп суттєво збільшений відносний рівень мРНК прозапального цитокіну IL-17A та NF- $\kappa$ B в епітелії ротової порожнини. Проте у дітей із захворюваннями ЦНС, на відміну від дітей із психічними захворюваннями, переважно збільшився рівень мРНК цитокіну IL-1 $\beta$  та толл-подібних рецепторів 2 та 4 типу. У дітей з захворюваннями дихальних шляхів та патології системи крові суттєво збільшений відносний рівень мРНК прозапальних цитокінів IL-1 $\beta$  і IL-17A, толл-подібних рецепторів 2 та 4 типів та NF- $\kappa$ B епітелію ротової порожнини. При цьому, у дітей із захворюваннями дихальних шляхів переважно збільшився рівень мРНК цитокінів IL-1 $\beta$  і IL-17A та толл-подібних рецепторів 2 типу, а у дітей із захворюваннями системи крові – толл-подібних рецепторів 4 типу та NF- $\kappa$ B. Збільшення рівня прозапальної сигналізації в ротовій порожнині пояснює більш високий рівень захворювань пародонта у дітей I, II, III, IV груп. Проведені дослідження мають велике значення для діагностики запальних процесів і стану локального імунітету пародонту, а також є підґрунтям для розробки стратегії лікування хронічного катарального генералізованого гінгівіту у дітей із особливими потребами.

## **ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Шейко С.А., Ельчанинова Т.И., Ситало С.Г., Махди Лабиб

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Кафедра педиатрии, семейной медицины и клинической лабораторной диагностики

Цель. В настоящее время неуклонно идет процесс развития клинической лабораторной диагностики заболеваний, особенно их доклинических заболеваний. Целью работы является характеристика задач лабораторной диагностики, главной целью которой является комплексная оценка состояния здоровья пациента. Этому способствует внедрение в практическое здравоохранение принципов доказательной медицины. Основная часть. Главный постулат этого направления состоит в том, что каждое клиническое решение или выполнение лабораторных анализов должны базироваться на строго научных фактах. Основными задачами внедрения принципов доказательной медицины в клиническую практику является оптимизация качества исследований. Это возможно при реализации ряда направлений. Важнейшими из них являются: развитие компьютерных технологий, внедрение новых методов лабораторной диагностики, создание алгоритмов обследования пациентов на основе минимального количества исследований, но наиболее информативных для конкретного заболевания; сокращение в клинике внутренних болезней сложных нагрузочных проб, чреватых осложнениями; ускорение цикла лабораторного анализа, выполнение анализа на месте лечения на основе применения новых портативных систем «АМЛ», особенно в отделениях экспресс-диагностики. Вывод. Таким образом, реализация перечисленных направлений развития лабораторной диагностики может стать инструментом в совершенствовании диагностики и мониторинга заболеваний в клинике внутренних болезней.

## **ПЕРЕВАГИ ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ВНУТРІШНЬОВЕННОЇ АНАЛГОСЕДАЦІЇ**

Шифрін Г.А., Зайцев С.Є.

Запорізький державний медичний університет

Навчально науковий медичний центр «Університетська клініка»

Кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та інтенсивної терапії

Актуальність: за останні десятиріччя, у країнах західної Європи та США найбільш знаковою подією у системі охорони здоров'я стало зростання питомої ваги амбулаторних хірургічних втручань. Основна причина цього, це економічна доцільність. Мета: впровадження малоінвазивної амбулаторної хірургії одного дня. Матеріали та методи: На базі ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМУ, у відділенні Ендоскопії у 2017 році в умовах внутрішньовенної аналгоседації було виконано 37 ендоскопічних досліджень, та 21 хірургічне втручання. Критеріями відбору пацієнтів; хворі 1 та 2 класу по ASA, передопераційні та лабораторні дослідження були такими як, у хворих яких госпіталізують. Інтраопераційний

моніторинг не відрізнявся від звичайного (ЧСС, АТ, ЧДР, ЕКГ, SpO<sub>2</sub>). Анестезіологічне забезпечення: катетеризація перефірної вени, інфузія розчину NaCl 0,9%; інсуфляція зволоженого кисню, премедикація: атропіна сульфат 0,01 мг/кг, дімедрол 0,3 мг/кг; індукція пропофол 1,5-4 мг/кг/год, підтримання 6 мг/кг/год, знеболення налбуфіном 0,25-0,5 мг/кг. Отримані результати. Критерії виписки: правильна орієнтація у собі, місці та часі; стабільність АТ, ЧСС, ЧДР впродовж 30-60 хвилин; здатність рухатись без зайвої допомоги; здатність пити; відсутність болі та кровотечі; діурез. Після виконання хірургічних втручань хворі виписувались до дому на 2-3 добу. Після діагностичних маніпуляцій хворі поверталися до дому у день дослідження. Висновки: впровадження внутрішньовенної аналгоседації в ендоскопії, дозволяє забезпечити комфортний стан пацієнта під час дослідження та лікування, а також розширити обсяг хірургічної допомоги в амбулаторних умовах університетської клініки без суттєвого збільшення витрат на лікування хворих.

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ПЛАНУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ**

Шумна Т.Є., Зінченко Т.П.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра факультетської педіатрії

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

Алергічний риніт входить у п'ятірку найбільш розповсюджених хронічних захворювань і вражає близько 10-30 % дорослого та 42% дитячого населення. В свою чергу алергічний риніт призводить до порушення носового типу дихання та є одним з ведучих етіологічних факторів при формуванні дистального прикусу. Впровадження нових діагностичних технологій зробили можливим тестування різних генних поліморфізмів, що дозволяє передбачати ризики розвитку певних захворювань у конкретного індивіда. Мета дослідження: визначити аспекти діагностики та планування лікування дистального прикусу у дітей з алергічним ринітом. Матеріали та методи: обстежено 60 пацієнтів віком від 8 до 18. Досліджуваних поділено на 3 групи: 1 група – пацієнти з алергічним ринітом; 2 група – пацієнти з алергічним ринітом та дистальним прикусом; 3 група – пацієнти з дистальним прикусом. Отримані результати: при опитуванні батьків пацієнтів виявлено, що в 1-й групі - у 12% випадків алергічний риніт має спадковий характер; в 2-й групі – у 15% випадків алергічний риніт та дистальний прикус мають спадковий характер; в 3-й групі – у 60 % випадків дистальний прикус має спадковий характер. Висновки: все вище викладене вказує на важливість генетичного тестування, яке дозволяє: з'ясувати, чи є спадкова схильність до розвитку алергічного риніту та дистального прикусу; підвищити ефективність ортодонтичної корекції дистального прикусу у дітей з алергічним ринітом.

## **ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ЖІНОК У МЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ**

Якименко О.О., Богдан Н.М., Єфременкова Л.Н.

Одеський національний медичний університет  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії

Мета дослідження - вивчити роль генетичних маркерів у розвитку та клінічному перебігу остеоартрозу колінних суглобів у жінок в менопаузальному періоді. Матеріали та методи: під нашим спостереженням було 120 жінок, які склали основну групу, з встановленим діагнозом остеоартрозу колінних суглобів за критеріями Американської колегії ревматологів (АСР), що мають І-ІІ рентгенологічну стадію за Kellgren - Lawrence, менопаузальний період (середня тривалість менопаузи -  $8,5 \pm 0,43$  років) у віці від 50 до 70 років. Контрольну групу склали 100 жінок у тому ж віці, але без остеоартрозу колінних суглобів. Клініко-генетичні дослідження включали проведення молекулярно-генетичного аналізу з визначенням мутацій генів: колаген 1 - Col1A1 C/A; рецептор вітаміну D - VDR T352C; естроген - ER: PvuII і ER: XbaI; інтерлейкин 1 - IL1A1 T4845G; фактор некрозу пухлин  $\alpha$  - TNF -308G /A; матриксная металлопротеиназа - MMP1 -1607insG у клітинах буккального епітелію. Поліморфізм генів оцінювався методом ПЦР. Отримані результати. При аналізі отриманих генетичних даних виявлено розподіл генів: Col1A1, VDR T352C, ER:PvuII, ER:XbaI, IL1A1, TNF -308G/A, MMP1 -1607insG у жінок в менопаузальному періоді, що страждають остеоартрозом колінних суглобів та у здорових жінок. Висновки. У жінок в менопаузальному періоді з остеоартрозом колінних суглобів в порівнянні зі здоровими жінками властиві генетичні особливості, пов'язані зі достовірною зміною частоти носійства алелей генів колагену 1 типу (Col1A1) C/C у 90% випадків, інтерлейкіну 1 (IL1A1 T4845G) G/G – 50% випадків, фактора некрозу пухлини  $\alpha$  (TNF -308G/A) G/G – 90% випадків, рецепторів вітаміну D (VDR T352C) T/C – 10% випадків і естрогенів (ER: XbaI) Xx – 70% випадків, що пов'язано з інтенсивністю больового синдрому і наявністю синовіту.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У ХВОРИХ З РЕВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ**

Якименко О.О., Себов Д.М., Кравчук О.Є., Коломієць С.М., Кобелева О.М.,  
Лозінська Т.М.

Одеський національний медичний університет  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії

Мета дослідження: визначити найбільш часті порушення ритму та провідності у хворих з РХС та дослідити які методи є найбільш ефективні при лікуванні даних порушень. Матеріали та методи. Обстежено 30 хворих з РХС та проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 35 хворих з РХС віком від 32 до 65 років. Отримані результати. Виявлено наступні порушення ритму та провідності: фібриляція передсердь (ФП) – 90%, екстрасистолія (передсердна та шлуночкова) – 35%, атріовентрикулярна блокада (АВ-блокада) - 16% , блокада

ніжок пучка Гіса – 13 %, синдром Фредеріка - 3%, синдром слабкості синусного вузла (СССВ) – 3%. Необхідно відмітити, що у хворих відмічається комбінація порушень ритму, найчастіше сполучення це АВ-блокада з ФП, ФП з екстрасистолією, ФП з блокадою лівої ніжки пучка Гісса. Для даних хворих були використані наступні методи лікування: тільки медикаментозне лікування (екстрасистолія, АВ-блокада, ФП) – 56%, кардіоверсія постійним струмом (ФП) – 26%, абляція (ФП) – 12%, постановка електрокардіостимулятора у хворих з СССР та с-м Фредеріка – 6%. Висновки. Крім безпосереднього лікування порушення ритму та провідності, потрібно лікувати клапану ваду серця, тому що лікування аритмій при тяжких порушеннях гемодинаміки, зміні структури серця у вигляді перевантаження та ділятації передсердь малоефективна. Крім того дуже важливо проводити вторинну профілактику РХС та поточну профілактику у вигляді антибактеріальної терапії (Біцилін-5 та НПВС) до та після оперативних втручань, кардіоверсії та абляції для запобігання прогресування хвороби.

## **СТАН АДАПТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РУСЛА У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ II СТАДІЇ**

Яркова С.В.

Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

Мета дослідження. Вивчення особливостей цереброваскулярної реактивності (ЦВР) у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) II стадії. Матеріали та методи. Обстежено 133 пацієнти на ДЕ II стадії віком від 42 до 74 років (медіана віку 56 (50-60) років). Контрольну групу склали 48 пацієнтів відповідного віку без клінічних ознак цереброваскулярної патології (медіана віку 51 (45,5-56) років). Пацієнтам проведені клініко-неврологічне дослідження, нейропсихологічне тестування (шкала Mini Mental State Examination (MMSE)), дослідження церебральної гемодинаміки методом дуплексного сканування. Статистична обробка даних проводилася з використанням пакета програм Statistica 6.0. Результати. У хворих основної групи при проведенні гіперкапнічної проби було виявлене зниження ( $p < 0,0001$ ) резерву вазодилатації у порівнянні з показниками групи контролю. Коефіцієнт реактивності на гіперкапнічне навантаження ( $P_{CO_2}$ ) виявився нижчим, ніж у контрольній групі на 14,40 %. Індекс вазомоторної реактивності в основній групі склав 47,00 (41,00-55,00) % та є вірогідно нижчим ( $p < 0,0001$ ) за цей показник у групі контролю - 64,00 (60,00-69,00)%. Висновок. Аналіз ЦВР показав зниження адаптивних можливостей цереброваскулярного русла у хворих на ДЕ II стадії переважно за рахунок вазодилатаційного резерву. Дослідження показників ЦВР підтвердило доцільність їх вивчення для оцінки рівня функціонування та адаптаційних можливостей вегетативної нервової системи, ауторегуляції мозкового кровообігу.

ЗБІРКА ТЕЗ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

«ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ  
УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

*26-27 жовтня 2017 р.*

Підписано до друку 12.10.2017 р.

Формат 60x84/16.Папір офсетний. Друк – ризограф.

Умов. друк. арк. 2,6

Наклад 100 прим. Зам. №7445.2

Видавництво Запорізького державного медичного університету

69035, г. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26