

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт
з природничих, технічних та гуманітарних наук
у 2014 – 2015 навчальному році
в галузі наук «Клінічна медицина»

ЧЕРНІВЦІ
2015

ББК 5я43

УДК 616.1/.9(08)

М34

М34 **«Клінічна медицина, хірургія, дитяча хірургія, педіатрія, інфекційні хвороби, ендокринологія, імунологія, клінічна імунологія та алергологія 2014-2015 рр.»**: Збірник матеріалів Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт (м. Чернівці, 24-25 березня 2015 р.), 2015. – 50 с.

У збірнику представлені матеріали Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт з природничих, технічних та гуманітарних наук у 2014 – 2015 році у галузі наук **«Клінічна медицина»**.

Усі матеріали подаються в авторській редакції

ЗМІСТ

Внутрішні хвороби

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Антофійчук Т.М......8

КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО
НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТИ ТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО
ДІАБЕТУ ТИПУ 2

Антофійчук Ю.М......9

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У
ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Білоока Ю.В......11

КОРЕКЦІЯ АЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ
СЕРЦЯ

Більченко А.О......12

ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНИТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО
ТИСКУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ
ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Голояд О. Є......13

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЛЯМБЛІОЗУ
ТА ЛІКУВАЛЬНА КОРЕКЦІЯ

Гринишин І.В., Процик А.Л......15

СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СПЕЦІАЛІСТІВ СФЕРИ
ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Дудніченко Н.С......16

АНГІОТЕНЗІОРЕОПЛЕТИЗМОГРАФІЯ – НОВИЙ СУЧАСНИЙ
МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ЛІКУВАННЯМ ХВОРИХ
З АРТЕРІАЛЬНИМИ ГІПЕРТЕНЗІЯМИ

Кордунян О.Е......17

СТАН СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Макевич Ю.І.....	18
ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА КЛІНІКО-СЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИФІЛІСУ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ Пайонк М.П.....	19
СТРАТЕГІЯ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ: МОЖЛИВОСТІ КАПІКОРУ В ОДНОЧАСНІЙ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЗМУ МІОКАРДА ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ Палько В. С., Воронкіна М.О.....	21
ВИЯВЛЕННЯ ПІДҐРУНТЯ ДЛЯ ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я Романко Т.Р.....	22
РИЗИК РОЗВИТКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ Семенов В.В.....	23
ЗАСТОСУВАННЯ КЕЛТІКАНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ Шкрібляк У.В.....	25
 <u>Хірургія</u>	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ РАКУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА Батура Н.І.....	27
ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВАКУУМ- КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ РАН Бранюк С.В., Т.В. Антонюк Т.В.....	28
ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ТОНКОКИШКОВОЇ ЦИСТОПЛАСТИКИ ЯК ПЕРШОЧЕРГОВОГО ЗАСОБУ ДЕРИВАЦІЇ СЕЧІ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ Генбач І.О., Шамраєв С.М.....	29

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИЗЛУКОВОГО ГЕЛЮ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ДІЛЯНКИ КИШКИ НА ТЛІ ЗЛУКОВОГО ПРОЦЕСУ ОДНОЧАСНО З ПЛАСТИКОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРОЛЕНОВОЮ СІТКОЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ Голінко В.М.	31
ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ЯТРОГЕННОГО ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА В АКУШЕРСЬКІЙ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ Дубовська Н.В.	32
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ПРИ БЕЗПЛІДДІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ З УРАХУВАННЯМ АНТИОВАРІАЛЬНИХ АНТИТІЛ Закутній Т.О.	34
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ТА КРИТЕРІЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ МЕЙ-ТЕРНЕРА, ЙОГО КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ. Зубко І.Ю.	35
ДІАГНОСТИЧНА ТА ІНТЕРВЕНЦІЙНА СОНОГРАФІЯ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Кондратенко А.П.	37
ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДУ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ Косар Т.В., Москалюк О.П.	39
ХРОНІЧНИЙ ЕНДОМЕТРИТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК Кравчук А. І.	40
ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ЗМІНИ РЕЗЕРВІВ АКОМОДАЦІЇ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ КЛІНІЧНОЇ РЕФРАКЦІЇ Наконечний Д.О.	42
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ В УМОВАХ СТВОРЕНОЇ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Парастивюк Є.М.	43

ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ У ДІТЕЙ Польської Є. В., Бабич О. С.....	45
ПРОФІЛАКТИКА АТРОФІЇ КОМІРКОВИХ ВІДРОСТКІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ З МЕТОЮ ПІДГОТОВКИ ДО ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ Проць І.І.....	46
КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ТА РОЗРАХУНОК ПРИСТРОЮ ДЛЯ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ Стаканов А.Д.....	47
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЦИСТЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ Яворський А.В., Кузняк Л.В.....	48
 <u>Педіатрія</u>	
РОЛЬ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ Андрійчук Т.Р.	50
РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЇЇ НЕФРОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ У ШКОЛЯРІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ Бельзєцька М.І.....	54
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ З ВРОДЖЕНОЮ ВАДОЮ РОЗВИТКУ – ЕКСТРОФІЄЮ СЕЧОВОГО МІХУРА Года І.В.....	56
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП Дубинецька В.М.....	57
СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРОВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ Клюєва К. С.....	59

ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ЗАПАЛЬНИХ ПАТТЕРНІВ КРОВІ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ	
Мислицька Г.О.....	61
ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЬ НЕДОНОШЕНИМИ, ЯК ПІДГРУНТТЯ ПОДАЛЬШОГО КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ	
Післар Я.Ф.....	62
РІВЕНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ	
Резніков Ю.П.....	64
ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ	
Бубир Л.М., Зімовець Л.Ю.....	65

Антофійчук Т.М.
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології
та професійних хвороб*
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Науковий керівник: к.мед.н., доцент Андрусак О.В.

В структурі захворюваності військовослужбовців хвороби органів дихання стабільно займають чільні місця, зокрема негоспітальна пневмонія (НП) займає третє місце (21–40%), а в деяких з'єднаннях і окремих підрозділах – перше (70–90%). Цьому сприяють умови проживання військовослужбовців, адаптаційний стрес зі зломом звичного стереотипу життя та харчування, епідемічний чинник «перемішування» збудників.

Крім того, проведені дослідження свідчать про високу розповсюдженість симптомів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед військовослужбовців (у 42% респондентів).

Проблема коморбідного співіснування цих хвороб вимагає подальшого вивчення особливо у військовослужбовців, які є специфічним контингентом, що зазнає психоемоційних перевантажень при виконанні службових обов'язків. Військовослужбовці, ймовірно, мають вищий рівень захворюваності на НП і ГЕРХ та ряд спільних факторів ризику розвитку цих захворювань, в чому і полягає актуальність виконання даного дослідження.

Мета дослідження: встановити частоту ГЕРХ, особливості її клінічного перебігу та чинники ризику її розвитку у військовослужбовців, хворих на НП.

Результати дослідження. На базі терапевтичного відділення Ч військового госпіталю проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 49 військовослужбовців від 18 до 37 років (середній вік $27,5 \pm 5,5$), хворих на НП. Всі пацієнти були чоловічої статі. Пневмонія у всіх пацієнтів мала нетяжкий перебіг. Групу порівняння склали 50 осіб чоловічої статі (не військовослужбовців), хворих на НП з нетяжким перебігом. Групи були репрезентативні за віком, статтю та тяжкістю НП.

Висновки:

1. У хворих на НП військовослужбовців частота ГЕРХ становить 65,3 %, що вірогідно перевищує частоту даної патології (30,0 %) у осіб чоловічої статі,

хворих на НП, що не несуть військову службу. У хворих на НП військовослужбовців встановлено вірогідно вищу частоту ГЕРХ з езофагітом (78,1% проти 46,7% у групі порівняння), а також вищу частоту ерозивної форми ГЕРХ (56,2 % проти 26,7%).

2. Клінічними особливостями перебігу ГЕРХ у військовослужбовців, хворих на НП є невідповідність маніфестної ендоскопічної картини ГЕРХ слабкій інтенсивності суб'єктивних стравохідних симптомів (печія, відрижка, гикавка з частотою у межах 42-80 %), із переважанням позастравохідних симптомів ГЕРХ: кардіологічних (43-57%), отоларингологічних (81-85%), стоматологічних (63-71%), респіраторних (задишка 42-50%, кашель 100%).

УДК 616.366-002.2-036.1-07:616.379-008.64

Антофійчук Ю.М.

**КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТИТУ НА
ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2**

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: асистент Марчук Ю.Ф.

Цукровий діабет (ЦД) – це одне з найбільш поширених ендокринних захворювань, що є значною проблемою для національних служб охорони здоров'я у зв'язку з розвитком різноманітних ускладнень діабету, які є причиною ранньої інвалідизації та високої летальності. Із загальної кількості хворих на діабет 90 % становить частка хворих на ЦД типу 2. Провідна роль у механізмах розвитку ускладнень ЦД належить хронічній гіперглікемії, а при ЦД типу 2 – порушенню ліпідного обміну. При ЦД типу 2 порушення обміну вуглеводів поєднується з вираженими змінами ліпідного обміну. У зв'язку з цим, при розгляді компенсації метаболічних процесів потрібно враховувати не лише вміст глюкози в плазмі крові, але й показники ліпідного обміну, які тісно корелюють із ризиком розвитку гепатобіліарних ускладнень ЦД.

Діабетичний холецистопарез є одним із найбільш поширених або малосимптомних ускладнень ЦД. Зниження скоротливої активності жовчного міхура, яке змінює ентерогепатичну циркуляцію жовчних кислот, здатне не лише посилювати морфологічні та функціональні порушення травного каналу і печінки у хворих на ЦД, але й приховувати небезпеку підвищеного ризику розвитку жовчнокам'яної хвороби.

Холестеролові конкременти утворюються у хворих на ЦД у 2-3 рази частіше, ніж у популяції.

Враховуючи вищезазначене, метою нашої роботи стало удосконалити діагностику змін гомеостазу жовчі при хронічному некалькульозному холециститі у хворих на цукровий діабет типу 2.

Детальне клінічне обстеження проведене у 120 осіб, хворих на ЦД типу 2 та хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), які склали основну групу дослідження, та у 30 практично здорових осіб відповідного віку (група порівняння).

Середній вік осіб, хворих на ЦД типу 2 та ХНХ, становив $54,1 \pm 8,5$ роки, а осіб групи порівняння – $51,8 \pm 7,4$ роки ($p > 0,05$). Серед обстежених хворих основної групи 69,2% становили жінки, а в групі порівняння – 55,0% осіб були жіночої статі. Всі хворі були поділені на 2 групи залежно від наявності ХНХ та поєднаної патології: 1-а група ($n=60$) – особи, хворі на ЦД типу 2 та ХНХ, 2-а група ($n=60$) – особи, хворі лише на ХНХ.

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. У хворих на хронічний некалькульозний холецистит, що перебігає на тлі ЦД типу 2, в клінічній картині переважають диспепсичний (100%) та астеновегетативний (100%) синдроми зі зниженою частотою больового синдрому (81,7%). Спостерігаються підвищення рівнів загальних ліпідів (у 1,61 рази), холестеролу (у 2,04 рази), жовчних кислот (у 4,4 рази), триацилгліцеролів (у 3,09 рази), ліпопротеїдів низької густини (у 1,2 рази), сіалових кислот (у 1,84 рази) і зниження вмісту ліпопротеїдів низької густини (у 1,98 рази) та фосфоліпідів (у 1,38 рази) у сироватці крові ($p < 0,05$).

2. У хворих на хронічний некалькульозний холецистит, що перебігає на тлі ЦД типу 2, спостерігаються виражені макроскопічні (мутність з наявністю слизу та пластівців), мікроскопічні (скупчення кристалів холестеролу, білірубину, лейкоцитів та широкого циліндричного епітелію), біохімічні (підвищення рівнів холестеролу (у 1,62 рази) та сіалових кислот (у 1,49 рази), зниження вмісту жовчних кислот (у 1,34 рази) та фосфоліпідів (у 1,48 рази)) зміни жовчі, а також зниження двокомпонентних співвідношень фосфоліпід/холестерол (у 1,8 рази) та жовчні кислоти/холестерол (у 1,9 рази), підвищення трикомпонентного індексу Ісаксона (у 1,85 рази), які зумовлюють збільшення її літогенних властивостей ($p < 0,05$).

Білоока Ю.В.
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ
ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ
У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Науковий керівник: д.мед.н., професор Пашковська Н.В.

Актуальність. Метаболічний синдром (МС) є серйозною проблемою сучасності, адже на думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я він є «пандемією ХХІ сторіччя». Поширеність МС у світі коливається від 20% до 40%. У близько 70 % госпіталізованих пацієнтів розвивається синдром нетиреоїдної патології (СНТП), що характеризується зниженням периферичної конверсії тиреоїдних гормонів із розвитком периферичного гіпотиреозу.

Мета дослідження. З'ясувати особливості тиреоїдного гомеостазу у хворих на метаболічний синдром.

Матеріали і методи. Обстежено 68 хворих на МС та 20 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Визначались показники вільного трийодтироніну (вТ₃), вільного тироксину (вТ₄), тиреотропного гормону (ТТГ) імуноферментним методом, розраховувались показники, що відображають особливості периферичної конверсії тиреоїдних гормонів, а саме сумарний тиреоїдний індекс (СТІ) та вТ₃/вТ₄.

Результати дослідження. Вивчено особливості показників тиреоїдного гомеостазу у хворих на МС. Встановлено, що метаболічний синдром супроводжується розвитком синдрому нетиреоїдної патології, що проявляється вірогідним зростанням в сироватці крові пацієнтів порівняно із групою здорових осіб рівня ТТГ на 47,6% на тлі зниженої продукції вТ₃ на 50,5% та зростання рівня вТ₄ на 20,1% із статистично значущим зменшенням показників периферичної конверсії тиреоїдних гормонів, а саме СТІ на 43,4% та вТ₃/вТ₄ на 76,6%, що свідчить про розвиток СНТП. Виявлені зміни поглиблювалися із збільшенням ступеня ожиріння.

Більченко А.О.
КОРЕКЦІЯ АЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ
ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини №1
Харківський національний медичний університет, Харків
Науковий керівник: д.мед.н., професор Бабак О.Я.

Альбумінурія є маркером розвитку глобальної ендотеліальної дисфункції і може бути пов'язана з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих з ІХС.

Мета роботи. Вивчити роль альбумінурії (АУ) в розвитку та прогресуванні ішемічної хвороби серця та розробити диференційований підхід до терапії.

Матеріал та методи. Ми спостерігали 39 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), серед них жінки - 51,3% (20 осіб), чоловіки - 49,7% (19 осіб). Вік хворих - від 43 до 88 років і в середньому склав (65 ± 7) років. Для оцінки рівня альбумінурії ми визначали її рівень у сечі за допомогою стандартних тест-смужок.

Результати дослідження. Виявлення альбумінурії у хворих на ІХС склало 64,1%. На її виникнення впливали стать і вік хворих, цукровий діабет, інсульт, обвід талії і ліпідний спектр крові. На виникнення АУ у хворих на ІХС та її прогресування впливали наступні параметри: ФВ ЛШ серця та артеріальна гіпертензія. Наявність альбумінурії у хворих на ІХС пов'язана з ремоделюванням судинної стінки - товщиною комплексу intima-media a.carotica. Існував безпосередній зв'язок між виникненням альбумінурії у хворих на ІХС і патогенетичними факторами розвитку атеросклерозу: системне запалення, дисліпідемія, ендотеліальна дисфункція.

Через 6 місяців терапії хворих на ІХС серед усіх хворих співвідношення альбумін/креатинін знизилося з $(28,94 \pm 12,9)$ до $(22,67 \pm 12,01)$. Застосування блокаторів Ca^{+} каналів знижувало показники з $31,91 \pm 11,82$ до $15,49 \pm 7,42$. У пацієнтів, що приймали блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) показники знизилися з $29,43 \pm 15,46$ до $16,9 \pm 10,19$. При застосуванні інгібіторів АПФ показники знизилися з $28,01 \pm 11,82$ до $25,00 \pm 11,72$. При застосуванні β -блокаторів показники знизилися з $36,69 \pm 10,11$ до $26,16 \pm 11,34$. При застосуванні діуретиків показники знизилися з $29,93 \pm 9,5$ до $23,97 \pm 13,98$.

Висновки. Застосування БРА та блокаторів Ca^{+} каналів найбільшою мірою зменшує співвідношення альбумін/креатинін у сечі, що може пояснюватися поліпшенням ендотеліальної функції.

616.12-008.331.1-07-02:616.36-002-003.826]-056.527

Голояд О.Є.

**ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО
ТИСКУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ
ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології
та професійних хвороб*

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: к.мед.н., доцент О. В. Каушанська

Актуальність проведення діагностики та пошуків нових методів лікування хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) визначається високими темпами їх поширення, труднощами лікування зазначеної поєднаної патології та високою частотою ускладнень.

Мета дослідження: встановити гемодинамічні зміни АТ упродовж доби, стан ліпідного спектру крові та глікемії у хворих на гіпертонічну хворобу та неалкогольний стеатогепатит залежно від індексу маси тіла.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком від 35 до 55 років (середній вік — 46 років). У 25 хворих з нормальною масою тіла (ІМТ до $24,9 \text{ кг/м}^2$) було встановлено НАСГ, гіпертонічну хворобу II стадії та у 25 хворих НАСГ поєднувався з ожирінням I ступеня та гіпертонічною хворобою II стадії. Тривалість захворювання становила від 2 до 6 років. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб.

Для визначення ступеня ожиріння використовували класифікацію А. С. Аметова (2000). Діагноз ожиріння встановлювали за збільшенням ІМТ понад 30 кг/м^2 : $\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 \text{ (м)}$. Дослідження змін гемодинаміки проводили за допомогою моніторингу АТ впродовж доби апаратом системи «Медсофт» (Росія) у звичайному режимі фізичної активності кожні 30 хвилин у денний та нічний час.

Результати дослідження. У хворих усіх груп середньодобовий показник САТ вірогідно перевищував нормативні ($p < 0,05$), причому не лише у групі з супутньою ГХ та ожирінням (2) (відповідно на 40,9%), але й у 1-й групі хворих (на 36,7 %) на НАСГ та ГХ. Аналіз показників САТ у хворих 2-ї групи уніч та удень указує на переважне перевищення

нормативних показників САТ уночі (на 52,7% проти 32,7% у день ($p<0,05$)). Варіабельність САТ (ВСАТ) була підвищена в обох групах, максимальні показники спостерігались у 2-й групі спостереження (34,5% проти 21,4% у 1-й). У хворих на ожиріння та НАСТ без ГХ II стадії також спостерігали зростання ІВ САТ у 1,8 раза ($p<0,05$) у порівнянні з нормативними показниками.

При коморбідному перебігу НАСТ із ГХ та ожирінням встановлено глибший ліпідний дисбаланс (гіпертриацилгліцеролемія (у 2,1 рази, $p<0,05$), гіперхолестеролемія (в 1,5 рази, $p<0,05$), у т.ч. у складі ліпопротеїдів низької густини (в 1,8 рази, $p<0,05$), зниження вмісту ліпопротеїдів високої густини (в 1,8 рази, $p<0,05$), зростання індексу атерогенності (у 2,7 рази, $p<0,05$).

Коморбідний перебіг НАСТ із ожирінням та ГХ сприяє ранньому та більш інтенсивному розвитку постпрандіальної гіперглікемії (на 31,3 %, $p<0,05$), гіперінсулінемії (у 2,2 рази, $p<0,05$) та ступеня інсулінорезистентності (НОМА ІР (у 2,2 рази, $p<0,05$)).

Висновок. Для перебігу гіпертонічної хвороби II стадії за умов коморбідності з ожирінням та неалкогольним стеатогепатитом характерно переважання артеріальної гіпертензії II ступеня (60,0%), переважне зростання САТ уночі, монофазний тип кривої та неадекватне зниження систолічного та діастолічного АТ у нічний період (переважає тип «non-dipper»), підвищена варіабельність САТ удень із збільшенням тривалості «навантаження тиском» упродовж доби, глибший ліпідний дисбаланс зі зростанням індексу атерогенності, вищий рівень постпрандіальної гіперглікемії, гіперінсулінемії та ступеня інсулінорезистентності.

Гринишин І.В. Процик А.Л.
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
ЛЯМБЛІОЗУ ТА ЛІКУВАЛЬНА КОРЕКЦІЯ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Науковий керівник: д.мед.н., професор Пришляк О.Я.

Мета роботи. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу лямбліозу та ефективність лікування із використанням орнідазолу в порівнянні із застосуванням метронідазолу з фуразолідом.

Матеріал та методи. Під спостереженням знаходилося 32 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній клінічній інфекційній лікарні. Серед обстежених було 15 (46,9%) чоловіків та 17 (53,1%) жінок. Середній вік пацієнтів становив $29,2 \pm 0,8$ років.

Пацієнти були рандомізовані на 2 групи. Хворі 1-ї групи на тлі базисної терапії отримували в якості протипаразитарного лікування метронідазол (0,75г на добу протягом 5 днів) і фуразолідон (0,4г протягом 5 днів). Хворі 2-ї групи на тлі базисної терапії групи отримували орнідазол (1,5 г на добу протягом 2-х днів). Базисна терапія включала ентеросорбенти, жовчегінні засоби, пробіотики, антигістамінні препарати, вітаміни.

Методом діагностики лямбліозу було виявлення збудника в калі за допомогою паразитоскопії.

Результати. Встановлено, що у пацієнтів найчастіше спостерігались прояви наступних синдромів: диспептичний (82%), алергічний (72%) та інтоксикаційний (47%). Астено-невротичні реакції виявлялись у 65% хворих.

У пацієнтів 2-ї групи такі симптоми як слабкість, зниження апетиту, різного характеру болі в животі, періодичний головний біль, зникали в середньому на 2-3 дні раніше ($p < 0,05$). Результати ультразвукової діагностики свідчать, що дискінезія жовчевивідних шляхів після проведеної терапії спостерігалася у 2-й групі хворих в 1,5 рази рідше. Повторне виявлення лямблій після лікування з використанням препарату орнідазол зареєстровано у 2 (5,9%) обстежуваних, у той час, як при терапії метронідазолом і фуразолідом - у 6 (18,1%).

Висновки. клініко-лабораторна ефективність препарату орнідазол більш виражена у порівнянні із застосуванням комбінації метронідазолу з фуразолідом, що підтверджено скороченням тривалості основних

клінічних синдромів захворювання в середньому на 2-4 дні, покращенням показників гемограми, зменшення частоти повторного виявлення лямблій в більш, ніж в 3 рази ($p < 0,05$).

УДК 613.73:159.942:004

Дудніченко Н.С.
СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СПЕЦІАЛІСТІВ
СФЕРИ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Кафедра психіатрії

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ

Науковий керівник: к.мед.н, доцент Дупленко П.Ю.

Актуальність моєї роботи полягає у тому, що сфера інформаційних технологій, на даний момент, є найпрогресивнішою та найбільш затребуваною. Ця галузь діяльності є майже не дослідженою з точки зору психіатрії та психології.

Мета дослідження: оцінити розповсюдженість синдрому професійного вигорання у спеціалістів сфери інформаційних технологій (ІТ).

Методи дослідження. Методом анкетування, клінічною бесідою, було опитано 66 спеціалістів сфери ІТ віком 21-38 років, стажем роботи 3-15 років. Було використано розроблені мною анкету, особистісний опитувальник «Шкала тривоги Гамільтон» (The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)), та опитувальник на виявлення рівня професійного вигорання і деформації Maslach Burnout Inventory (MBI), модифікація О. Полякової (Лабораторія вікової психофізіології Інституту психології ім. Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України) .

Результати роботи. У 22 (33,3%) осіб були виявлені ознаки синдрому професійного вигорання.

Симптоми цього синдрому зазвичай виникають на 3-4 році роботи внаслідок довготривалого стресу, понаднормової праці. 31,8% з цих осіб мають стан тяжкої тривоги (по опитувальнику Гамільтон), 68% – середню вираженість тривожного розладу.

Для корекції симптомів працівники із синдромом професійного вигорання використовували алкоголь та нікотин. На інтенсифікацію їх вживання вказують 28% респондентів. Для лікування синдрому професійного вигорання вважаю доцільним та ефективним, і планую використовувати довготривалу індивідуальну психотерапію, групову

психотерапію у вигляді Т-груп та дебрифінгу .

Висновки. У третини працюючих у сфері ІТ виявлено ознаки синдрому вигорання . Встановлено залежність появи і прогресування синдрому вигорання зі стажем роботи, та стану тривожності серед досліджуваних. Матеріали проведеного дослідження можуть бути використані для експрес діагностики ранніх проявів синдрому вигорання та своєчасної його корекції.

УДК 616.12 – 008.331.1 – 073.43 – 079

Кордунян О.Е.
АНГІОТЕНЗІОРЕОПЛЕТИЗМОГРАФІЯ – НОВИЙ
СУЧАСНИЙ МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ТА КОНТРОЛЮ
ЗА ЛІКУВАННЯМ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНИМИ
ГІПЕРТЕНЗІЯМИ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Науковий керівник: д.мед.н., професор Плеш І.А.

Актуальність. Хвороби системи кровообігу залишаються найбільш актуальною проблемою у всьому світі, що суттєво впливає на стан здоров'я населення планети. Найбільш поширена з них - артеріальна гіпертензія. У науковій літературі гемодинамічні показники у пацієнтів ЕГ II стадії інтерпретуються, в основному, виходячи із аналізу постнавантаження на серце, що на нашу думку є недостатнім. У цьому дослідженні, окрім артеріальної ланки звернули увагу на венозне і мікроциркуляторне русло, шляхом комплексного вивчення стану артеріального, венозного тонуусу судин і мікроциркуляції.

Мета роботи. Відновлення клінічних досліджень за ідеєю М. І. Арінчина для комплексної оцінки судинного тонуусу (артерій та вен) кінцівки, діагностики нових форм артеріальних гіпертензій, підбору патогенетичного обґрунтованого лікування, контролю за ефективністю лікування з використанням принципово нової, сучасної, більш досконалої методики.

Результати дослідження. Встановлено, що у хворих ЕГ II ст. більшість показників АТРБГ достовірно перевищували контрольні данні. Також було відмічено, що у нормотензивних осіб ТЗВ був у 2-2,5 рази нижчий ніж у хворих ЕГ II ст. і був близький до рівня ЦВТ (80-90 мм.вод.ст.). Судячи з усього, у хворих зі стабільним рівнем АТ впродовж

доби артеріальна гіпертензія комбінується з венозною гіпертензією. При порівнянні показників артеріальної ланки у хворих ЕГ Іст. спостерігалась тенденція до переважання ТЗА над ТВА. Враховуючи особливості використання методики і горизонтальне положення тіла хворого, що нагадує умови визначення рівня ЦВТ виправданим було б порівняння даних закриття вен при компресії і ЦВТ між собою. Згідно з отриманими даними, у групі хворих розраховані середні величини ЦВТ за даними ТЗВ перевищували нормальні показники (60-120 мм.вод.ст.).

Висновки. У ході дослідження було виявлено, що значення ТЗВ і ТВВ у хворих на есенціальну гіпертензію Іст. суттєво відрізняються від контрольної групи. Це свідчить про поєднання артеріальної гіпертензії з венозною. Надалі доцільним є порівняння отриманих результатів із ЦВТ.

УДК 616-056.52-08:616.36/.366-002.2

Макевич Ю.І.

**СТАН СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ
ХРОНІЧНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ
ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології
та професійних хвороб*

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Горбатюк І.Б.

Актуальність. Особливістю патології жовчовивідних шляхів у нинішній час є наростаюча частота її поєднань з захворюваннями серцево-судинної системи, зокрема з ішемічною хворобою серця (ІХС). В даний час розроблена концепція патогенезу коморбідності ІХС та холелітіазу з точки зору спільності окремих факторів ризику розвитку цих захворювань (дисліпідемія, ожиріння та ін.) та генетичної схильності.

Мета роботи: вивчити морфо-функціональний стан жовчного міхура у хворих з коморбідними хронічним холециститом та ішемічною хворобою серця.

Матеріал і методи. Проведені дослідження у 58 хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХХ) у фазі загострення, серед яких у 28 пацієнтів (1 група) захворювання мало ізольований перебіг, у 30 пацієнтів ХХ перебігав на тлі ІХС, дифузного кардіосклерозу із СН І-ІІА стадії. І-ІІ ФК (2 група). Для оцінки скоротливої здатності жовчного міхура (ЖМ) виконували фракційне 6-фазове дуоденальне зондування (ДЗ) та

динамічну ультрасонографію ЖМ за методикою Л.Б. Лабанаускаса з визначенням розмірів ЖМ, об'єму ЖМ до та через 10, 15, 30, 45 та 60 хв після введення подразника (50 мл 25% розчину магнію сульфату).

Результати дослідження. За показниками сонографії ЖМ та фракційного дослідження фаз жовчовиділення у хворих на ХХ з ізольованим перебігом встановлено гіпокінетичну дискінезію ЖМ (67,9%) та гіпертонічний тип дисфункції сфінктера Одді (СО) (92,9%), при якій переважав біліарний тип дисфункції (53,6%), у решти випадків спостерігався змішаний тип (39,3%). У 90,0 % хворих із коморбідним перебігом ХХ та ІХС встановлено гіпокінетичну дискінезію ЖМ, гіпертонічну дисфункцію СО (80,0 %) переважно за біліарним (46,7 %), а також за панкреатичним (16,7%) та змішаним типом (16,6%).

Висновок. Встановлена гіпокінетична дисфункція ЖМ за умов ХХ (за зниженням коефіцієнта скорочення ЖМ та напруження жовчовиділення) у хворих з коморбідним перебігом ІХС зумовлена підвищеною активністю індукцибельної NO-синтази ($r=-0,71$, $r=-0,69$, $p<0,05$) та зростанням вмісту у крові метаболітів NO ($r=-0,76$, $r=-0,73$, $p<0,05$), що зумовлює релаксацію ЖМ, зниження його скоротливої здатності і є передумовою формування жовчнокам'яної хвороби.

УДК 616.972-036.1-037(477.85)

Пайонк М.П.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА КЛІНІКО-СЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИФІЛІСУ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: д.мед.н., професор Денисенко О.І.

Сифілітична інфекція залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної венерології. Актуальність проблеми, насамперед, визначає збереження високого рівня захворюваності на сифіліс у світі і в Україні зокрема. В останні роки сифіліс характеризується атиповим клінічним перебігом та зростання частки хворих із прихованим перебігом сифілісу, що є причиною запізнілої їх діагностики з розвитком пізніх форм сифілітичної інфекції. Тому з'ясування епідеміологічних та клініко-серологічних особливостей сифілісу на сучасному етапі з метою попередження діагностичних помилок та своєчасної діагностики,

лікування та профілактики сифілісу є пріоритетним завданням сучасної венерології.

Метою роботи було встановити динаміку захворюваності, а також епідеміологічні та клініко-серологічні особливості сифілітичної інфекції у мешканців Чернівецької області впродовж останніх 5-ти років.

Встановлено, що захворюваність на сифіліс у Чернівецькій області за останні 5 років (2009-2013 рр.) має хвилеподібний характер, після зменшення в 2010 р. показника захворюваності на сифіліс упродовж наступних 4-х років є чітка тенденція до його зростання в 2,1 рази (відповідно: в 2010 р. – 8,2 випадки на 100 тис. нас., в 2013 р. – 16,9 випадків на 100 тис. нас.) з перевищенням (в 1,67 рази) показник захворюваності на сифіліс в Україні.

З'ясовано, що найбільш уразливими групами населення Чернівецької області щодо зараження сифілітичною інфекцією є особи чоловічої статі, мешканці сільських населених пунктів та особи віком 25-29 і 40-59 років (разом складають 53,6%), що слід враховувати при проведенні санітарно-просвітньої роботи серед відповідного контингенту населення області.

Встановлено, що клінічними особливостями первинного періоду сифілісу у хворих Чернівецької області є переважання виразкових форм твердого шанкру, його невеликі розміри, часта екстрагенітальна локалізація, розвиток ускладнень та помірно виражений регіонарний склераденіт. Особливостями клініки вторинного свіжого сифілісу є малочисельна розеола, наявність у всіх пацієнтів специфічної ангіни та помірний поліаденіт, а для вторинного рецидивного сифілісу – наявність специфічної ангіни, часта локалізація ерозованих папул на слизових оболонках ротової порожнини, на статевих органах та на долонях і підшвах (рогові папули), частий розвиток пустульозних сифілідів, помірний чи слабко виражений поліаденіт та середні й низькі титри класичних серологічних реакцій на сифіліс, що слід враховувати при клініко-лабораторному обстеженні пацієнтів Чернівецької області.

Палько В.С., Воронкіна М.О.

СТРАТЕГІЯ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ: МОЖЛИВОСТІ КАПІКОРУ В ОДНОЧАСНІЙ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЗМУ МІОКАРДА ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

*Кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами
ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава*

Науковий керівник: д.мед.н., професор Катеренчук І.П.

Актуальність. Патологія серцево-судинної системи продовжує займати основне місце в структурі захворюваності, смертності та первинної інвалідизації, будучи причиною зменшення загальної тривалості та погіршення якості життя пацієнтів як у всьому світі, так і в Україні. Аналіз показників стану здоров'я населення України свідчить, що захворюваність і смертність від хвороб кровообігу залишаються високими і складають 61,3% від загального показника смертності. Тому розробка та впровадження заходів, спрямованих на поліпшення профілактики та лікування серцево-судинних захворювань (ССЗ), є актуальною проблемою кардіології.

Мета роботи. Покращення ефективності терапії хворих з ІБС, поєднаної з артеріальною гіпертензією на основі корекції ендотеліальної дисфункції за допомогою додаткового призначення Капікору.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 30 хворих на ІБС з артеріальною гіпертензією. Контрольна група (30 чоловік) отримувала традиційну терапію згідно стандартів (нітрати, бета-блокатори, інгібітори АПФ, статини). Дослідна група (30 чоловік) додатково отримувала капікор по 2 капсули 2 рази на добу протягом 4 тижнів. До лікування та після його закінчення пацієнтам проведені дослідження: оцінка клінічного статусу (клінічний перебіг, кількість нападів стенокардії, тривалість нападів, кількість використаних таблеток нітрогліцерину; проба з реактивною гіперемією з метою оцінки ендотеліальної дисфункції; оцінка змін величини артеріального тиску; оцінка тривоги та депресії по шкалі HADS.

Результати дослідження. Включення капікору у стандартні схеми лікування стабільної стенокардії II-III функціонального класу позитивно позначається на клінічному перебігу стенокардії. В досліджуваній групі кількість нападів стенокардії зменшилася з $8,1 \pm 0,78$ до $2,0 \pm 0,37$ (у контрольній – з $7,2 \pm 0,92$ до $4,4 \pm 0,12$), тривалість нападів стенокардії скоротилася з 4,75 до 1 (у контрольній – з 4,7 до 3), кількість таблеток нітрогліцерину на тиждень зменшилася з 14 до 3 (у контрольній – з 12 до

8), діаметр плечової артерії після декомпресії збільшився з 4,22 до 4,87 (у контрольній – з 4,01 до 4,11), вихідна швидкість кровотоку в плечовій артерії зменшилася з 59 до 52 (у контрольній – з 55 до 54), середня кількість балів по шкалі тривожності HADS зменшилася з 17 до 6 (у контрольній – з 16 до 13), середня кількість балів по шкалі депресії HADS зменшилася з 14 до 8 (у контрольній з 14 до 11).

Висновки. При включенні до складу комплексної терапії хворих на ІБС в сполученні з АГ Капікору зменшується частота і тривалість епізодів ішемії міокарда, покращується клінічний перебіг стенокардії, знижується кількість ангінозних нападів і кількість використання нітрогліцерину на добу, підвищується толерантність до фізичного навантаження. Прийом Капікору в складі комплексної терапії у хворих на стенокардію напруги II-III функціонального класу в сполученні з АГ достовірно відновлює ендотеліальну функцію, зменшує кардіоваскулярний ризик. Включення Капікору в склад комплексної терапії більшою мірою покращує якість життя хворих стенокардією напруги II-III функціонального класу в порівнянні зі стандартною терапією завдяки зменшенню у пацієнтів тривожності та депресії.

УДК 616.1-037-07-084

Романко Т.Р.

ВИЯВЛЕННЯ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації
та спортивної медицини*

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Руснак І.Т.

Покращення обізнаності та підвищення мотивації пацієнтів до ведення здорового способу життя допоможе зменшити захворюваність та уникнути розвитку ускладнень.

Проведене опитування (за допомогою розданих анкет, які заповнювали пацієнти) 82 хворих відділень гіпертонічної хвороби та реабілітації Обл. клін. кардіологічного диспансеру м. Ч., 63 (76,83%) та 19 (23,17%) осіб відповідно відділень. Згідно гендерного розподілу пацієнтів 42 чоловіка та 40 жінок, середній вік $58,95 \pm 0,57$ років. На питання з яких джерел дізнаються про методи профілактики захворювань та збереження здоров'я відповіді були наступними: від батьків 4,88% осіб, знайомих -

15,85%, від лікарів 91,5%, з газет 26,83%, журналів 8,54%, телебачення - 31,71%, інтернету 7,32%, з реклами 26,83%, 2,44% вказали свій варіант – із книг про здоров'я. Лікуються у стаціонарі лікарні 1-3 рази на рік (в середньому 1,88), а звертаються до лікаря поліклініки дещо частіше 3х разів на рік (3,34) і хворіють впродовж року (в т.ч. застудою) дещо частіше 2х разів на рік (2,13). В середньому опитані їдять 3-4 рази на день (3,35 рази) та споживають лише 1,45 літра питної води (саме води, без чаю, супу) за добу. Цікавим є те, що купуючи їжу, 48 пацієнтів (58,54%) найчастіше вибирають за смаком та 40 осіб (48,78%) - користю для здоров'я, і лише 6 осіб (7,32%) надають перевагу обом ознакам. Препарати проти підвищеного тиску приймають періодично 19 осіб (23,17%), щоденно 54 пацієнти (65,85%), 9 осіб (10,98%) не приймають, стосовно частки хворих гіпертон. відділення ці показники становлять 12 осіб (19,04%), 44 (69,84%) та 7 (11,11%) осіб відповідно. Приймають вітаміни періодично 37 пацієнтів (45,12%), з них синтетичні вітаміни 9 осіб (10,98%), натуральні (рослинного походження) 21 пацієнт (25,61%), щоденно приймають вітаміни 11 осіб (13,42%) (синтетичні 3,66%, рослинні 2,44%), не приймають 4,88%. Щодо фізичної активності 41,46% осіб займаються фізичними вправами періодично, 9,76% щоденно та 48,78% не роблять фізичні вправи.

Отже, у опитуваних є підґрунтя для виникнення серцево-судинних захворювань.

УДК 615.5-004-037:616.61

Семенов В.В.

РИЗИК РОЗВИТКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпропетровськ
Науковий керівник: д.мед.н., професор Курята О.В.

Вступ. Системна склеродермія (ССД) на сьогодні є одним з найменш досліджених ревматологічних захворювань, незважаючи на значну еволюцію в уявленнях про природу хвороби. Найбільша летальність при ССД пов'язана з легеневиими ускладненнями, проте прогноз захворювання часто визначається ураженням нирок, яке спостерігається більш ніж у 10-20% хворих. Останні дослідження вказують на значний зв'язок між ураженням нирок та прогнозом хвороби, зокрема утричі більшу смертність від легеневої гіпертензії при наявності ниркової недостатності.

Мета дослідження – дослідити клінічний перебіг нефропатії та визначити вірогідність її розвитку у хворих на ССД.

Матеріали та методи. Проведене 5-ти річне проспективне спостереження за хворими на ССД, що знаходяться у регіональному реєстрі, проходять регулярні обстеження та отримують медичну допомогу у ревматологічному стаціонарі. Максимальний термін спостереження – 21 рік. З урахуванням критеріїв включення та виключення з дослідження, була сформована вибірка з пацієнтів, що проходили регулярні обстеження в ревматологічному відділенні – 81 пацієнт (3 чоловіки (3,5%) та 78 жінок (96,5%)) віком від 20 до 71 року, середній вік - $M \pm m$ – $44,2 \pm 1,0$ років.

У подальшому був проведений субаналіз клінічних проявів нефропатії у хворих на ССД залежно від віку, форми захворювання або вихідного рівня креатиніну.

Результати. Середній вік початку захворювання припадав на вік $44,2 \pm 1,0$ років та в структурі хворих переважають жінки. Найбільш поширеними симптомами на початку хвороби є артрит (86%) та щільний набряк кистей (57%). У пацієнтів з дССД більш вираженими були фібротичні зміни – пневмофіброз (31%) та ураження шкіри (70%), а у пацієнтів з лССД частіше визначалися ознаки судинної патології – АГ (31%). Виявлена більша поширеність пневмофіброзу (36%) та АГ (38%) у пацієнтів старшої групи. Рівень креатиніну більше 70 мкмоль/л на початку хвороби асоціюється з підвищеним ризиком розвитку нефропатії (35%) порівняно з пацієнтами з нижчим рівнем креатиніну сироватки (0%). У п'ятирічній перспективі появу протеїнурії можна очікувати у 25% пацієнтів з ССД, появу АГ – у 15%. Ризик розвитку нефропатії (АГ+протеїнурія) – 8%. Критичний термін появи симптомів ураження нирок – 3 роки.

Висновки. Виявлений зв'язок між давністю хвороби та розвитком нефропатії. Найбільш надійний симптом для оцінки ступеню ураження нирок - протеїнурія. Частота розвитку АГ корелює зі ступенем нефропатії. Рівень креатиніну в сироватці крові не відображає істинного ступеня ураження нирок.

Шкрібляк У.В.
ЗАСТОСУВАННЯ КЕЛТІКАНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії
та медичної психології ім.С.М. Савенка*
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Науковий керівник: к.мед.н., доцент Білоус І.І.

Одним з найчастіших та найпоширеніших неврологічних ускладнень цукрового діабету є діабетична полінейропатія (ДПН) (частота розвитку за різними літературними джерелами коливається від 20% до 93% залежно від типу діабету та методів діагностики).

Мета роботи. Встановити доцільність застосування келтікану (КЛТ) в комплексному лікуванні хворих із ДПН залежно від тривалості ЦД на основі вивчення функціонального стану периферичних нервів за даними стимуляційної електронейроміографії та за результатами клінічного обстеження.

Матеріал та методи. Було обстежено 46 хворих на цукровий діабет II типу. Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. - хворі на ЦД терміном до 1 року (15 хворих); II гр. - хворі на ЦД терміном до 10 років (16 хворих); III гр. - хворі на ЦД терміном понад 10 років (15 хворих). Додатково хворі були розподілені на дві підгрупи. I підгрупа - пацієнти, які отримували базисну терапію (22 хворих); II підгрупа - хворі, які на фоні базисного лікування отримували КЛТ (по 1 капсулі 3 рази на добу впродовж 4 тижнів) (24 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Використовувались клініко-неврологічні, статистичні методи дослідження та стимуляційна електронейроміографія.

Результати дослідження. Значне зменшення таких нейропатичних симптомів, як біль, оніміння, пекучість, парестезії відмічалось у хворих з ДПН, які одночасно приймали на фоні базисного лікування КЛТ. Зниження амплітуди М-відповіді нервів верхніх та нижніх кінцівок відмічається в переважній більшості хворих I, II групи та у всіх хворих III групи. Під впливом базисного лікування амплітуда М-відповіді збільшується невірогідно. Після додаткового призначення келтікану відмічалось вірогідне збільшення амплітуди М-відповіді у хворих I та II групи.

За результатами клінічних та інструментальних досліджень було встановлено, що у хворих ЦД вже в ранні терміни захворювання відбуваються значні зміни периферичного нейромоторного апарату, що

проявляються зниженням амплітуди М-відповіді. Тому виникає необхідність проведення лікувальних заходів в більш ранні стадії захворювання, до розвитку виражених структурних змін в периферичних нервах.

Висновок. Препарат келтікан, що містить комбінацію піримідинових нуклеотидів ЦМФ та УТФ є важливим компонентом відновної терапії при ДПН. Він сприяє регенерації пошкоджених нервів та зниженню вираженості симптоматики, в тому числі больового синдрому, та підвищенню якості життя пацієнтів.

Батура Н.І.

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ
НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ РАКУ
СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

*Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава*

**Наукові керівники: д.мед.н., професор Баштан В.П.,
асистент Муковоз О.Є.**

Рак слизової оболонки порожнини рота зустрічається в 2,9% серед всіх злоякісних новоутворень, захворюваність в Україні становить 8,8 на 100 тис. населення. При цьому чоловіки хворіють у 4 рази частіше жінок, більшість хворих перепадає на вік після 60 років. В основному пухлини розвиваються на слизовій оболонці язика (50-60%) та дна порожнини рота (25-30%). Рідше зустрічається рак слизової оболонки твердого і м'якого піднебіння, альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелеп.

Мета роботи: проаналізувати ефективність таких методів діагностики як клінічний огляд, ортопантомографія, комп'ютерна томографія (КТ) у оцінці ураження нижньої щелепи у 32 хворих на рак слизової оболонки порожнини рота.

Матеріали та методи дослідження: нами було проведено обстеження 74 хворих на місцево-поширений рак слизової порожнини рота. Дослідження проводилося на базі Полтавського обласного клінічного диспансеру м. Полтава у відділенні пухлин голови та шиї з 2012-2014 роки. Методи дослідження: клінічний огляд, ортопантомографія, комп'ютерна томографія.

Результати дослідження. У науковій роботі доведено, що найвища чутливість характерна для комп'ютерної томографії - 100%, але за низької специфічності та точності (40% і 66,6% відповідно) у зв'язку з високою частотою хибно позитивних висновків. Натомість клінічний огляд має найвищу специфічність і точність (100% і 88% відповідно). Ортопантомографія має високу специфічність (80%), але недостатньо високу чутливість (75%) до нижньощелепної інвазії, оскільки за низького рівня пухлинної інфільтрації ураження на рентгенографії не виявляється, а деякі не пухлинні процеси мають радіологічні дані пухлинної інвазії. Крім того, ортопантомографія не може бути достатнім методом дослідження для такої складної за

формою ділянки як нижня щелепа. За поєднання клінічного огляду й ортопантомографії підвищується чутливість до 87,5% за збереження високої специфічності та точності (80% і 83,3% відповідно).

Висновки. Комп'ютерна томографія – це найчутливіший (100%) за низької специфічності та точності метод діагностики ураження нижньої щелепи при місцево-поширеному раку слизової порожнини рота. Одночасне застосування клінічного огляду, комп'ютерної томографії й ортопантомографії забезпечує високі показники чутливості, специфічності та точності (87,5%, 80,0%, 83,3% відповідно).

УДК 616–089.168.1–06:616–001.4–002.3–039.71

Бранюк С.В., Антонюк Т.В.
ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
ЕФЕКТИВНОСТІ ВАКУУМ-КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ
ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ РАН

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: д. мед.н., професор Шкварковський І.В.

Актуальність: результати хірургічного лікування гнійно-септичних процесів м'яких тканин та інфекційних післяопераційних ускладнень не задовольняють вимоги сучасних стандартів лікування даного контингенту хворих. Саме тому важливо шукати нові методи лікування, що дозволяють швидко досягти позитивного результату.

Мета роботи. Вивчення ефективності використання вакуумної терапії та ультразвукової кавітації та їх поєднання, з заливкою ран антисептиком або розчином сорбенту в експерименті.

Матеріали і методи: експериментальне дослідження проводилось на 92 статевозрілих самцях кролів. У роботі використовували світлооптичне та морфометричне дослідження, цитологічні дослідження для оцінки типів цитологічної картини мазків-відбитків.

Отримані результати: застосування ВТ із заливкою ран антисептиком або розчином сорбенту, супроводжується зменшенням набряку та розмірів рани, зниженням нейтрофільної інфільтрації рани на ранньому етапі запального процесу, прискореному утворенню грануляційної тканини та епітелізації рани.

Застосування УЗК призводить до швидкого очищення ранової поверхні, демаркації та відторгнення некротичних мас (на мало змінені тканини ультразвук діє ушкоджуючи, як дезінтегратор, який пришвидшує їх відторгнення, ефект обумовлений глибоким проникненням хвилі в уражені тканини). При цьому менш травматична дія низькочастотного ультразвуку відмічалась при застосування розчину сорбенту, що на нашу думку пояснюється його гелеподібною структурою, яка гіршим провідником ультразвукових хвиль в глибше розташовані тканини.

Висновок: застосування комбінації вакууму та кавітації призводить до швидкого очищення ранової поверхні з відторгненням некротичних мас, зниженням тривалості нейтрофільної інфільтрації та прискоренням початку проліферативної фази запалення, стимулює утворення грануляційної тканини з прискореною епітелізацією ранового дефекту.

УДК 616.62-089.87-089.844

Генбач І.О., Шамраєв С.М.

**ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ТОНКОКИШКОВОЇ
ЦИСТОПЛАСТИКИ ЯК ПЕРШОЧЕРГОВОГО ЗАСОБУ
ДЕРИВАЦІЇ СЕЧІ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ**

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк

Науковий керівник: д.мед.н., професор Шамраєв С.М.

Актуальність. Функціональна та органічна патологія сечового міхура (СМ) є досить частим явищем у структурі захворюваності на урологічну патологію. При деяких із них радикальна цистектомія (РЦ) є «золотим стандартом» лікування. Ключове питання після цієї операції – відновлення пасажу сечі. Велика кількість існуючих методів деривації говорить про відсутність оптимального методу, тому питання обґрунтованого та раціонального вибору, як і пошук оптимізації стандартів залишається відкритим.

Мета дослідження. Обґрунтування вибору тонкокишкової ортоцистопластики як першочергового засобу деривації сечі (ДС) після РЦ.

Матеріали дослідження. Аналізовані літературні джерела за останні 10 років. За допомогою математичних моделей та на препаратах тонкої кишки свині був запропонований власний резервуар. Для кількісного вивчення його властивостей застосовували власноруч розроблені критерії. Ретроспективно аналізували результати застосування різних засобів

деривації сечі у 31 пацієнта, що перенесли операцію РЦЕ на базах кафедри урології ДонНМУ ім. М.Горького. Критеріями порівняння були: значення крововтрат, тривалість втручання, вік пацієнтів, типи ускладнень та їх доля у вибірці.

Результати та обговорення. Аналіз літератури виявив, що розглядати алгоритм вибору засобів деривації слід, беручи до уваги, по перше, протипоказання та показання спочатку до вибору певних «класів» методів, потім сегментів ШКТ, окремих резервуарів та наприкінці орієнтуючись інтраопераційно у можливості застосування обраної методики.

Розроблена власна система розрахунків, що базується на застосуванні ширини детубульованої кишки. Це відкриває перспективу стандартизації цистопластичних методів та надає можливість застосовувати формули для розрахунків певних параметрів неоцисти. Розроблено та апробовано п'ять таких параметрів: довжина сегменту кишки (L), довжина шву неоцисти (S), післяопераційний тиск на дно неоцисти (N), об'єм неоцисти (V) та індекс форми (F). Розроблена техніка та відтворена графічна модель власної техніки цистопластики – «сечова сумка». Виявилось, що при порівнянні із техніками за Hautman та Studer, вона демонструє кращі результати за двома з п'яти запропонованих параметрів.

При вивченні клінічних даних та порівнянні пацієнтів з різними засобами деривації не виявлено достовірної різниці у показниках, що відображають післяопераційний стан пацієнтів. Не виявлено також технічних переваг (менший об'єм кров втрат, час втручання) операцій із виведенням стом перед ОЦП у всіх вікових групах.

Висновки. Теоретичні, клінічні та експериментальні дані свідчать, що по завершенню першого етапу операції РЦ, при відсутності інтраопераційних ускладнень та за наявності у хірурга необхідних навичок та досвіду виконання відповідної техніки доцільно у першу чергу розглядати методики ортотопічної реконструкції СМ як найбільш фізіологічних засобів ДС. Запропоновані параметри надають можливість кількісно досліджувати динамічні геометричні та фізичні параметри будь-яких неоцист, та саме тому виявились досить інформативними. Розроблена техніка цистопластики є досить простою та перспективною у порівнянні із існуючими методами.

Голінко В.М.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИЗЛУКОВОГО ГЕЛЮ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ
ДІЛЯНКИ КИШКИ НА ТЛІ ЗЛУКОВОГО ПРОЦЕСУ ОДНОЧАСНО
З ПЛАСТИКОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРОЛЕНОВОЮ
СІТКОЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Кафедра хірургії №4

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Науковий керівник: д.мед.н., професор Мішалов В.Г.

Актуальність: Післяопераційні вентральні грижі та злукова хвороба очеревини є однією з найбільш складних та неповністю вирішених проблем абдомінальної хірургії, значення якої постійно зростає у зв'язку зі збільшенням кількості та об'єму оперативних втручань на органах черевної порожнини. Злукова хвороба очеревини у хворих з післяопераційними вентральними грижами зустрічається у 72-80% пацієнтів.

Мета роботи. Вивчити вплив застосування протизлукового гелю на поширеність і важкість злукового процесу в черевній порожнині, а також на розвиток гнійно-запальних ускладнень при резекції ділянки кишки одночасно з пластикою передньої черевної стінки проленовою сіткою в експерименті.

Матеріали і методи: Дослідження проведене на 52 білих щурах лінії Вістар. На першому етапі усім тваринам виконували вісцероліз та резекцію раніше накладеного кишкового анастомозу з формуванням нового. Тваринам групи 1 (16 щурів) ніяких інших хірургічних маніпуляцій не виконували, черевну порожнину пошарово ушили. Тваринам групи 2 (19 щурів) виконано пластику передньої черевної стінки проленовою сіткою за методикою “sublay” без введення в черевну порожнину протизлукового гелю. Тваринам групи 3 органи черевної порожнини обробляли протизлуковим гелем “Мезогель”, після чого виконували пластику передньої черевної стінки проленовою сіткою “sublay”. Для пластики передньої черевної стінки використовували проленову сітку PML1 Prolene mesh. На другому етапі через 28 днів виконували релапаротомію, оцінювали поширеність та важкість злукового процесу в черевній порожнині, наявність гнійно-запальних ускладнень. Усі статистичні розрахунки здійснено у програмі SPSS 13.0 for Windows.

Результати дослідження. У тварин групи 3 після II етапу поширеність злукового процесу в черевній порожнині достовірно нижча, ніж в групі 2 ($p < 0,001$), а важкість – достовірно нижча, ніж в групах 1 та 2

($p=0,038$ та $0,013$ відповідно). При застосуванні протизлукового гелю у тварин, яким виконувалась пластика передньої черевної стінки проленою сіткою, виявлено сильний достовірний позитивний кореляційний зв'язок ($p=0,728$, $p<0,001$) між фактом використання “Мезогелю” та зменшенням поширеності злук в черевній порожнині. Гнійно-запальні ускладнення виникли на II етапі у 11 (64,7%) щурів групи 3, що достовірно вище в порівнянні з групою 2 ($p=0,047$), де ускладнення були у 6 (31,6%) щурів, та групою 1, в якій вони діагностовані у 4 (25,0%) тварин ($p=0,047$ та $p=0,022$ відповідно). Виявлено достовірний позитивний кореляційний зв'язок ($p=0,331$, $p=0,048$) між застосуванням протизлукового гелю та збільшенням частоти гнійно-запальних ускладнень у щурів, яким виконували пластику передньої черевної стінки проленою сіткою. У групі 3 сітка повністю прижилась у 9 (52,9%) тварин, що достовірно відрізняється ($p=0,041$) від групи 2, в якій повне приживлення було у 17 (82,9%).

Висновки. Застосування протизлукового гелю після резекції ділянки кишки з пластикою передньої черевної стінки проленою сіткою “sublay” достовірно знижує поширеність та важкість злукового процесу в черевній порожнині, проте водночас призводить до достовірного зростання частоти гнійно-запальних ускладнень та випадків неприживлення сітчатого протеза.

616.62-001-08-089:614.253

Дубовська Н.В.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ

**ЯТРОГЕННОГО ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА В
АКУШЕРСЬКІЙ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Кафедра урології, оперативної хірургії та топографічної анатомії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпропетровськ*
Науковий керівник: к.мед.н., доцент Моїсеєнко М.М.

Актуальність. Найбільша частина пошкоджень сечового міхура виникає в результаті виконання акушерських та гінекологічних операцій (52-61% випадків). Ятрогенне пошкодження сечового міхура в гінекологічній практиці найчастіше виникає через порушення його анатомії великими пухлинами матки, пухлинами яєчників, запальними конгломератами в малому тазі, вираженим злуковим процесом в малому тазі, вогнищами ендометріозу між сечовим міхуром і шийкою матки.

Кесарів розтин, особливо повторний, є найголовнішою причиною травми сечового міхура в акушерській практиці.

Характерною особливістю для пошкодження сечового міхура є часте формування нориць (міхурово-піхвових, міхурово-маточних, міхурово-шиєчних). Порушуючи фізичний і психічний стан жінки, сечові нориці подовжують терміни часткової непрацездатності хворих, а також можуть приводити до інвалідизації. Вони є джерелом госпітальної інфекції і можуть приводити до розвитку пієлонефриту.

Матеріали та методи. Нами досліджені результати лікування 12 хворих з артифіціальним пошкодженням сечового міхура в акушерській та гінекологічній практиці за період з 2009 по 2014 рік в Клініці урології ДЗ «Дніпропетровської медичної академії» на базі відділення урології №1 ОКЛ ім. І.І. Мечнікова. Хворі були у віці від 30 до 52 років. У віці 30-40 років – 5 пацієнток, 41-50 років – 6 пацієнток, старше 50 років – 1 пацієнтка.

Жінки були прооперовані акушер-гінекологами з приводу: доброякісної пухлини тіла матки – 7 пацієнток (58,3%); злоякісної пухлини тіла матки – 2 пацієнтки (16,7%); перфорації матки під час *abrazio cavi uteri* – 1 пацієнтка (8,3%); центрального передлежання плаценти – 2 пацієнтки (16,7%). Були виконані наступні акушерські та гінекологічні втручання: екстирпація матки з додатками – 2 пацієнтки (16,7%); надпіхвова ампутація тіла матки – 8 пацієнток (66,7%); кесарів розтин з наступною екстирпацією матки без додатків (повне центральне передлежання плаценти) – 2 пацієнтки (16,7%). Одній пацієнтці після оперативного лікування був проведений курс внутрішньопорожнинної та дистанційної променевої терапії.

Результати дослідження. Безпосередньо під час гінекологічної операції пошкодження сечового міхура було виявлено у 5 пацієнток (41,7%), у термін від 7 до 30 діб після оперативного втручання – у 6 пацієнток (50%), через 5 місяців після курсу променевої терапії – у 1 пацієнтки (8,3%). У пацієнток, котрим діагностували пошкодження сечового міхура в термін від 7 до 30 діб, а також через 5 місяців після курсу променевої терапії, мали місце міхурово-піхвові нориці. Терміни урологічних операцій залежали від термінів виявлення пошкоджень міхура. Ушивання пошкодження сечового міхура безпосередньо під час гінекологічної операції було виконано 5-м пацієнткам (41,7%); пластика міхурово-піхвової нориці в термін від 4 до 9 місяців – 6-м пацієнткам (50%); вторинна цистектомія, цистонеопластика с деривацією сечі по *Peruggia* – 1-й пацієнтці (8,3%).

Висновки. Ятрогенне пошкодження сечового міхура повинно бути своєчасно виявлено, для запобігання розвитку такого тяжкого

ускладнення, як сечостатева нориця. При підозрі на пошкодження сечового міхура необхідно виконати пробу Зельдовича, у сечовий міхур через катетер вводять не менше 300 мл фізіологічного розчину. Про порушення міхура свідчить надходження рідини в рану. Якщо з міхура виведено менше 250 мл рідини, то необхідно виключити його пошкодження, для цього проводять ретроградну цистографію. Затікання контрасту за межі сечового міхура говорить на користь пошкодження і є показанням до проведення цитотомії, ревізії сечового міхура і ушивання стінки міхура. Операцію закінчують цистостомією та дренажуванням навколومیхурової клітковини. Дренажування сечового міхура цистостомаю необхідно проводити до 10-12 днів, що дозволить попередити неспроможність швів сечового міхура при відновленні самотійного сечовипускання.

УДК 618.177:616-097

Закутній Т. О.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ПРИ
БЕЗПЛІДДІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ З УРАХУВАННЯМ
АНТИОВАРІАЛЬНИХ АНТИТІЛ**

Кафедра акушерства та гінекології

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: к. мед. н., асистент Бакун О.В.

У структурі безплідного шлюбу основне місце продовжує займати трубний фактор, його частота досягає 18 – 73%. Сьогодні визнано, що запліднення *in vitro* і перенос ембріонів (ЗІВ і ПЕ) є найбільш ефективним і економним методом лікування як жіночого, так і чоловічого безпліддя. Залишається нез'ясованим питання впливу антиоваріальних антитіл на ефективність лікування безпліддя методом ЗІВ і ПЕ.

На даний час основним способом імунодіагностики автоімунного ураження яєчників є імуноферментний метод визначення циркулюючих антиоваріальних антитіл у крові. Антиоваріальні антитіла можуть пошкоджувати різні структури яєчників, включаючи клітини поверхні оболонки, жовтого тіла, ооцити (яйцеклітини) та окремі клітини в інтерстиції яєчників.

Нами було обстежено 58 жінок з безпліддям трубного генезу, яким проводилося запліднення *in vitro*.

До і після проведення плазмаферезу проводилося визначення рівня антиоваріальних антитіл у крові досліджуваних жінок. Для порівняння ці ж дослідження проводили в групі жінок, яким не проводився плазмаферез, та в контрольній групі (здорові жінки).

Висновок. Після проведення плазмаферезу підвищений рівень антиоваріальних антитіл різко зменшується, що вказує на його ефективність і можливість використання в програмі підготовки до ЗІВ.

УДК 616.151.5:616.14]-073.43

Зубко І.Ю.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ТА КРИТЕРІЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ МЕЙ-ТЕРНЕРА, ЙОГО КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ.

*Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*
Науковий керівник: магістр хірургії, асистент Орел М.Г.

Актуальність. У 1851 році Вірхов зауважив, що тромбоз глибоких вен може виникати у 5 разів частіше у лівій нозі, в порівнянні з правою. У 1957 році, Мей та Тернер надали пояснення цьому феномену, в основу якого були покладені анатомічні варіації лівої загальної клубової вени.

Дійсний рівень захворюваності на синдром Мей-Тернера (СМТ) є недостатньо вивченим. Згідно з даними прижиттєвої діагностики чи автопсій він може складати 14.8 - 32% . Синдром Мей-Тернера часто є недооціненою причиною тромбозу глибоких вен у жінок під час вагітності. Пацієнти із встановленим діагнозом синдрому Мей-Тернера повинні бути обстеженими на тромбофілію, частота якої при даному синдромі, що супроводжується перенесеним тромбозом глибоких вен, складає 67% .

Мета дослідження. Визначити критерії наявності синдрому Мей-Тернера при обстеженні методом кольорової дуплексної сонографії та встановити зв'язок даного синдрому з виникненням патології магістральних вен нижніх кінцівок та тазу у досліджуваних пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстеження проводилося за допомогою системи кольорової дуплексної сонографії «Toshiba Powervision-6000» з датчиками змінної частоти: лінійним (5,0 – 12,0 МГц) для обстеження поверхневих вен та конвексним (2,5 – 4,0 МГц) для обстеження глибоких вен нижніх кінцівок, тазу та нижньої порожнистої вени.

Аналізували протоколи дуплексного сканування вен нижніх кінцівок у 236 пацієнтів. У 97 (41%) пацієнтів, які склали основну групу, було діагностовано синдром Мей-Тернера. У 77-ти пацієнтів (79%) даної групи було виявлено патологію вен нижніх кінцівок, а у 20-ти пацієнтів (21%) на момент обстеження патології вен нижніх кінцівок виявлено не було. До групи норми увійшли обстеження вен нижніх кінцівок у 139 (59%) пацієнтів, в яких синдром Мей-Тернера на момент огляду був відсутній.

За даними розподілу пацієнтів щодо статі у досліджуваних групах виявлено, що в обох групах переважали особи жіночої статі. В основній групі середній вік обстежених жінок становив 56,8 років, в контрольній - 48,8. Середній вік обстежених чоловіків основної групи - 51,4 років, а контрольної - 54,2.

Результати дослідження. Загалом у основній групі пацієнтів обстежено 146 нижніх кінцівок, у контрольній - 204. При порівнянні патологічно розширених суральних вен серед пацієнтів основної групи, було відзначено, що їх розширення найбільше зустрічалося на обох нижніх кінцівках з переважанням збільшеного діаметру на лівій, а у пацієнтів контрольної групи переважало збільшення діаметру суральних вен на обох нижніх кінцівках.

У пацієнтів основної групи значно переважали варикозні розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, тромбофлебії, тромботичні ураження глибоких вен та посттромбофлебітичний синдром, венектомії на лівій нижній кінцівці виконувалися частіше, ніж на правій, також було відмічено переважання набряку на лівій нижній кінцівці.

У пацієнтів контрольної групи варикозне розширення підшкірних вен зустрічалося з однаковою частотою з обох боків, тромбоз глибоких вен зустрічався частіше на лівій нижній кінцівці, тромбофлебіт та посттромбофлебітичний синдром було виявлено частіше на правій нижній кінцівці, венектомії на лівій нижній кінцівці виконували рідше.

Синдром Мей-Тернера було діагностовано у 97 пацієнтів. Максимальна різниця між швидкостями, що залежала від систолічної та діастолічної фази артеріального кровоплину по лівій загальній клубовій артерії становила 62 см/с., а мінімальна – 5 см/с. Різниця швидкостей більше 25 см/с спостерігалася у 2 випадках, до 25 см/с - у 3, до 20 см/с - у 13, до 15 см/с - у 30, до 10 см/с спостерігалася у 42 випадках досліджень.

Висновки. У досліджуваній нами групі з 246 осіб синдром Мей-Тернера було діагностовано у 41% пацієнтів. Серед пацієнтів, у яких був наявний синдром Мей-Тернера розширення суральних вен найбільше зустрічалося на обох нижніх кінцівках з переважанням збільшеного діаметру на лівій, натомість у пацієнтів контрольної групи переважало збільшення діаметру суральних вен на обох нижніх кінцівках. Серед

пацієнтів основної групи значно переважали варикозні розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, тромбофлебіти, тромботичні ураження глибоких вен та посттромбофлебітичний синдром на лівій нижній кінцівці. Натомість у пацієнтів контрольної групи варикозне розширення підшкірних вен зустріалося з однаковою частотою з обох боків, тромбоз глибоких вен зустріався частіше на лівій нижній кінцівці, тромбофлебіт та посттромбофлебітичний синдром було виявлено частіше на правій нижній кінцівці. За даними нашого дослідження було виявлено значне переважання патології вен нижніх кінцівок на лівій нижній кінцівці у основній групі. У контрольній групі різниця була незначною.

УДК: 616.37-002.4-073.432.19

Кондратенко А.П.
ДІАГНОСТИЧНА ТА ІНТЕРВЕНЦІЙНА СОНОГРАФІЯ
У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра хірургічних хвороб

Ужгородський національний університет, Ужгород

Науковий керівник: д.мед.н., професор Філіп С.С.

Актуальність: Діагностика та лікування гострого панкреатиту (ГП) залишається актуальною проблемою сучасної хірургії. Черезшкірні пункційно-дренуючі операційні втручання під контролем ультразвуку при лікуванні панкреонекрозу, на відміну від традиційних хірургічних методів, менш травматичні, не вимагають застосування загального знеболювання.

Мета дослідження. Дослідити можливості ультрасонографії в діагностиці та при лікуванні гострого панкреатиту і його ускладнень.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати діагностики та лікування 43 пацієнтів у віці від 23 до 79 років. За даними ультразвукового дослідження обмежений панкреонекроз виявлений у 6 (14%) хворих, поширений - у 32 (74,4%), субтотально-тотальний - у 5 (11,6%).

Результати досліджень. З приводу гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень в сальниковій сумці пункційно-дренуючі операції під контролем ультразвуку виконані 12 пацієнтам. Ускладнень і летальних випадків не було. Тривалість знаходження дренажу в сальниковій сумці склала в середньому $16,3 \pm 4,7$ діб.

З приводу гострої псевдокісти підшлункової залози пункцію кісти і аспірацію вмісту під контролем ультразвуку виконано 4 пацієнтам. При накопиченні рідини в псевдокісті виконували повторну пункцію і аспірацію вмісту. Ускладнень і летальних випадків не було.

З приводу гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у заочеревинній клітковині пункційно-дренуючі операції виконані 5 пацієнтам. При цьому вони виявилися ефективними у 2 (40%) пацієнтів, У 3 (60%) виникла необхідність виконати люмботомію, ревізію і дронування заочеревинної клітковини. Гнійні ускладнення (заочеревинна флегмона) розвинулися у 1 (20%) пацієнта. Помер 1 пацієнт, летальність склала 20%.

З приводу біліарної гіпертензії, черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія під контролем ультразвуку виконана 2 пацієнтам.

З приводу абсцесу сальникової сумки пункційно-дренуючі операції під контролем ультразвуку виконано 13 пацієнтам. Тривалість надходження дренажу в сальниковій сумці склала в середньому $26,3 \pm 3,2$ діб. З приводу заочеревинної флегмони пункційно-дренуючі операції під контролем ультразвуку виконано 7 хворим. Однак за нашими даними вони виявилися ефективними у 3 (42,9%). У 4 (57,1%) виникла потреба хірургічного втручання на підшлунковій залозі та заочеревинній клітковині. Померло 2 хворих, летальність склала 28,6%.

Висновки:

1. Ультразвукове обстеження пацієнтів є основним методом діагностики гострого панкреатиту, точність сонографії при гострому панкреатиті складає 96,47%, 74,42% і 92,02% відповідно.

2. Показанням до проведення мініінвазивних пункційних втручань при ускладнених формах гострого панкреатиту є: гостріасептичні парапанкреатичні рідинні скупчення у сальниковій сумці (оментобурсит), а також у заочеревинній клітковині у вигляді вільного скупчення рідини, гостра псевдокіста, абсцес підшлункової залози та/або сальникової сумки, заочеревинна флегмона також у вигляді вільного скупчення рідини, біліарна гіпертензія.

3. У хворих із асептичними рідинними скупченнями в заочеревинній клітковині у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної та паракольної клітковини, а також у пацієнтів із заочеревинною флегмоною у вигляді гнійного просочування клітинних просторів по типу «сот» перевагу слід віддавати люмботомії, санації і дронуванню заочеревинної клітковини.

4. При асептичному перебігу гострого не біліарного некротичного панкреатитау 94,5% хворих уникнути гнійних ускладнень. А летальність склала 4,4%, при інфікованому некротичному панкреатиті – 10%, а в

цілому–7%.

Косар Т.В., Москалюк О.П.
ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДУ
ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: д.мед.н., професор Шкварковський І.В.

Актуальність. Частота пахвинних гриж складає 5% від усіх хірургічних захворювань, а грижесічення є найбільш частою операцією в плановій хірургії.

Метою роботи є розробка нових способів пахвинної герніопластики, які передбачають розмежування імплантата та сім'яного канатика.

Матеріал і методи. В основу дослідження покладено результати топографо-анатомічного дослідження 50 трупів чоловіків.

Результати дослідження. Розроблено спосіб пластики пахвинних гриж (патент України на корисну модель № 60210). Після розсічення поперечної фасції сім'яний канатик розташовують у передочеревинному просторі. На медіальній стінці імплантата формують виріз для сім'яного канатика. Імплантат розташовують на поперечній фасції, заводячи під поперечний м'яз. Фіксують нижній край імплантата до пахвинної зв'язки та лобкового горбика. Латеральний та верхній край імплантата пришивають до поперечного м'язу, а його медіально-верхній край – до піхви прямого м'яза живота таким чином, щоб сім'яний канатик опинився у сформованій вирізці. Краї апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота зшивають.

Інший спосіб пахвинної герніопластики – патент України на корисну модель №81728. Розсікають поперечну фасцію, сім'яний канатик розташовують у передочеревинному просторі. Пластика дефекту за допомогою імплантата, по верхньому краю якого формують вирізку для сім'яного канатика. Імплантат розташовують на поперечній фасції заводячи верхній край під поперечний м'яз живота. Фіксують нижній край імплантата вузловими швами до пахвинної зв'язки та лобкового горбика. Латеральний та верхній край сітки фіксують за допомогою П-подібних швів з інтервалом 1,5 см, які проводять через апоневроз зовнішнього косого м'яза живота, внутрішній косий та поперечний м'язи живота. Медіальний край імплантата фіксують до піхви прямого м'яза живота. Зшивають краї апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота.

Висновок. Запропоновані способи попереджують контакт сім'яного канатика з алопротезом, запобігаючи розвитку специфічних ускладнень.

Кравчук А. І.

ХРОНІЧНИЙ ЕНДОМЕТРИТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Наукові керівники: д. н. по гос. упр., доцент Авраменко Н.В.,

к.мед.н. Кабаченко О.В.

Актуальність: В останні роки спостерігається тенденція до збільшення частоти ХЕ, що пов'язано з широким використанням ВМК, зростанням числа різноманітних внутрішньоматкових маніпуляцій, зокрема ендоскопічних методів обстеження. Хронічний ендометрит займає перше місце в структурі патологічних змін ендометрія, його розповсюдженість у жінок з безпліддям варіює від 2,8 до 68%, досягаючи максимуму при трубно–перитонеальному факторі безпліддя. Доля жінок з внутрішньоматковими синехіями на фоні хронічного ендометриту складає від 2 до 13%. У пацієнток з невдалими спробами екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) в анамнезі частота хронічного ендометриту – 30 – 60%, поліпів ендометрія – 13%, гіперплазії ендометрія – 10%. Серед пацієнток з ХЕ 97,6% складають жінки репродуктивного періоду, що підкреслює особливе значення даної патології з точки зору впливу на репродуктивну функцію .

Мета роботи: проаналізувати роль хронічного ендометриту як фактору ризику мимовільного переривання вагітності, розвитку безпліддя для можливості профілактики репродуктивних втрат.

Матеріали та методи. Проаналізовані 155 історій вагітних жінок, поділених на дві рандомізовані групи. Першу склали 135 жінок із мимовільним перериванням вагітності і 20 випадків вагітностей, що закінчилися пологами. Крім того було обстежено 33 жінки з гіперплазією ендометрія в віці від 23 до 38 років, які були розподілені на 2 рандомізовані групи: I гр. – 20 жінок з первинним безпліддям, II гр. – 13 жінок з вторинним безпліддям. В обох групах проводилось клінічне обстеження, УЗД органів малого таза, а також проводились гістероскопія, гістологічне дослідження і визначення експресії рецепторів естрогенів і прогестерона імуногістохімічним методом.

Результати дослідження. Звичне невиношування склало всього лише 7,41% (10 жінок). У контрольній групі перша вагітність закінчилась пологами в 74,66% (52). Жінок, які мали в анамнезі декілька вагітностей (пологи і аборти), було майже однаково в обох групах, трохи менше

половини: в основній групі – 40,74% (55), в контрольній – 35%; мали тільки пологи – 15,56%, (21), в контрольній – в 2 р більше – 30%. Жінки, які мали тільки аборти, вагітність частіше ніж в 5 разів закінчилась пологами – в 35%, проти 6,67% (9) в основній групі. Гінекологічний анамнез обтяжений в I групі у 129 (96%) жінок, в контрольній – достовірно менше – у 15 (75%). При цьому ранній початок статевого життя, що є фактором ризику запальних захворювань статеві сфери, відмічено більше ніж у половини жінок обох груп (відповідно 61,54%, 60,00%). Гінекологічний анамнез був обтяжений майже у всіх жінок із безпліддям хронічним двостороннім сальпінгоофоритом, кольпітом (I гр. – 85%, II гр. – 76,92%). Лейоміома матки виявлена у 3 жінок (15%) із первинним безпліддям, 4 (30,77%) – із вторинним.

Висновки: 1. Згідно наших досліджень відмічається тенденція зростання мимовільного переривання вагітності, що визначає актуальність цієї проблеми і потребує більш глибокого вивчення. 2. У 97% випадків вагітність переривається до 12 тижнів, питома вага завмерлих вагітностей складає 43,7%. 3. Провідним фактором репродуктивних втрат в 1 триместрі вагітності є хронічний ендометрит, який підтверджується гістологічно у 84 44% випадків. 4. Хронічний ендометрит є фактором ризику розвитку первинного і вторинного безпліддя, клінічними проявами якого є порушення менструальної функції, відповідними ехографічними і гістероскопічними змінами. 5. При хронічному ендометриті спостерігається пригнічення рецепторів естрогенів і в меншому ступені рецепторів прогестерона.

Наконечний Д.О.
ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНОГО НАВАНТАЖЕННЯ
НА ЗМІНИ РЕЗЕРВІВ АКОМОДАЦІЇ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ
КЛІНІЧНОЇ РЕФРАКЦІЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава
Науковий керівник: д. мед. н., професор Безкоровайна І.М.

Актуальність. Порушення резервів акомодациі залишаються актуальною клінічною і соціальною проблемою, що виникає при значному зоровому навантаженні в людей з різними видами клінічної рефракції (Аветисов С.Э., 2006, Безкоровайна І.М. та ін., 2014). На жаль, в літературі не наведені вікові норми обсягу відносної акомодациі молодих людей у віці 21-25 років (Тимофєєва М.М. 2011).

Мета дослідження. Порівняти зміни резервів акомодациі при різних видах клінічної рефракції після значного комп'ютерного навантаження у студентів медичного ВУЗу.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 60 студентів-добровольців (120 очей) медичного ВУЗу у віці від 19 до 26 років (у середньому $23 \pm 1,4$ р.) з різними видами клінічної рефракції. Залежно від виду рефракції вони були поділені на чотири групи: I гр. – 30 очей з еметропією (Em), II гр. – 30 очей з міопією (М) слабого ступеня (від -0,25Д до -1,5Д, у середньому $0,95 \pm 0,31$ Д), III гр. – 30 очей з гіперметропією (Hm) слабого ступеня (від +0,25Д до +1,5Д, у середньому $0,91 \pm 0,25$ Д), серед них: 8 чол. не застосовували корекцію зору, IV гр. – 30 очей з астигматизмом (Ast) (з різницею в двох головних меридіанах від $\pm 1,0$ Д до $\pm 1,5$ Д, у середньому $1,11 \pm 0,14$ Д), серед них: 5 чол. не застосовували корекцію. Всім студентам проводились: візометрія, рефрактометрія, визначення найближчої точки ясного зору, визначення резервів абсолютної акомодациі за методикою Дашевського, визначення негативної частини й резерву відносної акомодациі (РВА), визначення обсягу відносної акомодациі (ОВА). Показники представлені у вигляді формули ($M \pm m$), статистично достовірна різниця між показниками до і після експерименту ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. У дослідженні виявлено, що при відсутності комп'ютерного навантаження (КН) РВА знижений у 10 чол. (17%), (з них при Em у 7%, при М не спостерігалось, при Hm у (33%) у студентів, що не застосовували корекцію зору, а при використанні засобів для корекції зору – в 7%, при Ast у 20%). Після КН спостерігалось зниження РВА у 38 чол. (63%), (з них при Em у 40%, при М у 27%, при

Нм у 53% без корекції, а при використанні засобів для корекції зору - у 47%, при Ast у 33% без корекції, а з корекцією – 53 %).

Показники РВА після КН зменшилися більшою мірою в групах студентів з Нм й Ast – на $0,91 \pm 0,10$ Д ($p < 0,05$) та $0,81 \pm 0,09$ Д ($p < 0,05$) відповідно, і в меншій мірі – в групах студентів з Em та М рефракціями – на $0,6 \pm 0,03$ Д ($p > 0,05$) та $0,64 \pm 0,01$ Д ($p > 0,05$) відповідно.

Таким чином, показники ОВА за відсутності КН при Em склали $5,51 \pm 0,17$ Д; при М – $7,76 \pm 0,18$ Д; при Нм – $4,67 \pm 0,10$ Д; при Ast – $5,49 \pm 0,15$ Д. Після КН ОВА збільшився при Em – на $0,19 \pm 0,02$ Д ($p > 0,05$), М – на $0,14 \pm 0,06$ Д ($p > 0,05$) в більшій мірі за рахунок збільшення негативної частини акомодації, а зменшився при Нм - на $0,37 \pm 0,10$ Д ($p < 0,05$) та Ast на $0,05 \pm 0,15$ Д ($p > 0,05$) в більшій мірі за рахунок зменшення РВА.

Висновки. Обсяг відносної акомодації молодих людей у віці 21-25 років складає у середньому $5,51 \pm 0,17$ Д. При отриманні комп'ютерного навантаження у пацієнтів з міопією відбувається збільшення обсягу відносної акомодації внаслідок зростання її негативної частини, проте має місце компенсація за рахунок значних резервів відносної акомодації.

При гіперметропічній рефракції й астигматизмі відбувається зменшення обсягу відносної акомодації внаслідок зниження її позитивної частини, незначний резерв якої нездатний компенсувати витрачену під час зорової роботи негативну частину акомодації, що призводить до появи астенопії.

УДК 616.37-002-036.1:612.339

Парастивюк Є.М.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ В УМОВАХ СТВОРЕНОЇ
ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кафедра онкології та радіології
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Науковий керівник: д.мед.н., професор Іващук О.І.

Актуальність. Не дивлячись на значний розвиток сучасної медицини, гострий деструктивний панкреатит (ГДП) продовжує залишатися найактуальнішою та остаточно невирішеною проблемою.

Останнім часом у медичній літературі значна кількість дослідників звертає увагу на проблему внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) як фактору гомеостазу, який забезпечує нормальне функціонування внутрішніх органів.

Дослідження впливу внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) на динаміку біохімічних показників крові, особливості мікробної транслокації, а також на патоморфологічні зміни внутрішніх органів за ГДП в експерименті дасть змогу краще зрозуміти клінічну важливість даного ускладнення, що значно покращить результати лікування основного захворювання.

Мета роботи. Вивчити вплив ВЧГ на біохімічні, мікробіологічні та патоморфологічні особливості перебігу ГДП в експерименті.

Матеріали та методи. Експеримент виконано на 138 лабораторних щурах, яким було змодельовано ГДП (пат. № 74392 від 25.10.2012).

Групу порівняння склали 42 тварини, яким рівень ВЧТ не підвищували. Основну групу склали 96 тварин, які, залежно від величини ВЧТ, були розподілені на дві підгрупи. Рівень ВЧТ тварини першої підгрупи становив 6 mmHg, а другої – 12 mmHg.

Забір біологічного матеріалу проводили впродовж однієї доби після моделювання ГДП.

Результати дослідження. Підвищення рівня ВЧТ до 12 mm Hg після моделювання ГДП впродовж однієї доби супроводжується вірогідним зростанням рівня трансаміназ, сечовини та креатиніну сироватки крові.

Створена ВЧГ за ГДП призводить до транслокації мікроорганізмів (*E. coli*, *E. cloacae*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *S. epidermidis*, *E. faecalis*) в очеревину, тканини підшлункової залози, печінки та легені.

Зростання ВЧТ за ГДП впродовж однієї доби істотно прискорює, а також поглиблює деструктивні та запальні процеси внутрішніх органів, особливо нирок, селезінки, легень.

Висновок. Створена ВЧГ після моделювання гострого деструктивного панкреатиту, протягом однієї доби, призводить до зростання рівня трансаміназ в 1,31 рази ($p<0,05$), сечовини – в 1,23 рази ($p<0,05$), креатиніну – в 1,52 рази ($p<0,05$) та глюкози сироватки крові – в 1,13 рази ($p<0,05$), характеризується збільшенням кількості колоній *E. coli* в 1,32 рази ($p<0,01$), *E. cloacae* – в 1,44 рази ($p<0,01$), *K. pneumoniae* – в 1,45 рази ($p<0,01$), *S. epidermidis* – в 1,15 рази ($p<0,05$) та *E. faecalis* – в 1,43 рази ($p<0,05$) в очеревині, підшлунковій залозі, печінці та легенях, а також істотно прискорює та поглиблює патологічні процеси у внутрішніх органах.

Польської Є.В., Бабич О.С.
ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА
СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ
ПРИ ПЕРИТОНІТАХ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Науковий керівник: д. мед. н., професор Боднар Б. М.

Актуальність. Одним з найнебезпечніших ускладнень в післяопераційному періоді при перитонітах апендикулярного генезу є ГСКН складає 4,5% всіх хірургічних ЗОЧП.

Матеріали та методи. Проводили моделювання перитоніту на під дослідних щурах. Через 48 годин проводили лапаротомію, I гр. ЧП промивали розчином фурациліну, II гр. ЧП промивали озонованим фізіологічним розчином. Об'єктом дослідження при УФ-спектрометрії була плазма венозної крові хворих, які поступали в «Міська дитяча клінічна лікарня» з клінікою перитоніту апендикулярного генезу. Досліджувалися спектри коефіцієнту пропускання плазми венозної крові дітей в спектральному інтервалі $\lambda=220-320$ нм з наступним розрахунком оптичної густини D. Контрольну групу 15 дітей, оперовані з приводу вправимої пахвинної грижі. I гр.: 30 дітей, оперовані з приводу ГА яким промивання ЧП антисептиками, 2 гр.: 31 дітей, промивання ЧП озонованим фізіологічним розчином.

Результати досліджень. Вираженість спайкового процесу I гр: Спайки відсутні-0%; поодинокі спайки- 39,5%; Множинні спайки - 16,75%; Спайковий конгломерат- 30,25%; Масивний СП, що викликає КН- 13,5%. II група : Спайки відсутні- 41.86%; поодинокі спайки- 41.86%; Множинні спайки - 16.28%; Спайковий конгломерат- 0%; Масивний СП, що викликає КН- 0%. При гострих хірургічних ЗОСП спостерігається зростання оптичної густини D ПВК порівняно із контролем в області $\lambda=280$ нм. При визначенні величин оптичної густини хворих встановлено, що на довжині хвилі $\lambda=280$ нм мали суттєві відмінності параметрів. В I гр. показник вірогідно переважав, як контрольний, другої групи $D=0,65-0,75$. Застосування озонованого фізіологічного розчину приводу перитоніту в експерименті над під дослідних щурах є ефективним засобом профілактики СП. Дослідження спектральної залежності оптичної густини ПВК від довжини хвилі вимірювання виявили, при довжині хвилі $\lambda=280$ нм має місце максимальне значення оптичної густини у хворих дітей на перитоніт.

Динаміка зміни оптичної густини плазми ВК в області $\lambda=280$ нм пов'язана з активністю глобулінів плазми, що сприяє утворенню спайок в ЧП. Це дає можливість прогнозування розвитку СП.

УДК 616.311.3-007.23-084:616.314-089.843

Проць І.І.
ПРОФІЛАКТИКА АТРОФІЇ КОМІРКОВИХ ВІДРОСТКІВ
ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ З МЕТОЮ
ПІДГОТОВКИ ДО ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Кафедра хірургічної стоматології
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Науковий керівник: д.мед.н., професор Пюрик В.П.

Актуальність. Проблема втрати об'єму коміркової кістки після видалення зубів є однією з актуальних у сучасній стоматології тому, що робить неможливою не тільки дентальну імплантацію, а й створює великі труднощі для протезування та нормального функціонування щелепно-лицевого комплексу в цілому.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування хворих із втратою кісткової тканини коміркового відростка шляхом розробки нової оперативно-лікувальної технології, які дозволяють уникати атрофії коміркового відростка та задовільнить вимоги подальшої дентальної імплантації.

Матеріали та методи дослідження: нами було проведено обстеження 100-а пацієнтів, яким проводилося видалення зубів з приводу хронічних періодонтитів із деструктивними явищами навколо коренів. Дослідження проводилося на базі хірургічного відділення ОСП та на базі стоматологічного відділення ОКЛ м. Івано-Франківська з 2013 - 2014. Методи дослідження: антропометричний, радіовізіографічний, статистичний. У науковій роботі запропоновано спосіб видалення зубів верхньої щелепи з фрагментуванням коренів, що дозволяє максимально зберегти комірковий відросток і значно поліпшує умови для загоєння рани та зменшує подальшу атрофію кісткової тканини. Вивчено антропометричні та радіовізіографічні характеристики коміркового відростка через 12-14 місяців після оперативних втручань та за їх допомогою проведено порівняльний аналіз традиційних і запропонованих оперативних методик. Для остеопластики кісткових дефектів

запропоновано використовувати кістковопластичний матеріал „Остеопласт-К” та компоненти фібринового гелю крові хворого .

Висновки: 1. Клініко-рентгенологічний стан коміркового відростка верхньої щелепи після традиційних методик видалення зубів не відповідає вимогам дентальної імплантації за об’ємом та архітектонікою кісткової тканини.

2. Встановлена висока ефективність оперативно-лікувальних втручань за розробленими методиками з використанням кістковопластичного матеріалу „Остеопласт-К” у поєднанні з компонентами фібринового гелю для заповнення кісткових дефектів коміркового відростка після видалення зубів.

УДК 616.71-001.5-089.2:617.574-001.5]:004

Стаканов А.Д.
КОМП’ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ
ТА РОЗРАХУНОК ПРИСТРОЮ ДЛЯ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО
ОСТЕОСИНТЕЗУ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

Кафедра динаміки, міцності машин та опору матеріалів
Одеський національний політехнічний університет, Одеса
Науковий керівник: к.техн.н., доцент Лимаренко О.М.

У сучасних умовах одним із достовірних методів дослідження різноманітних конструкцій в медицині і в інших галузях людської життєдіяльності, є комп’ютерний експеримент, основу якого складають чисельні методи.

Чисельний аналіз дозволяє розраховувати різноманітні варіанти конструктивного виконання досліджуваного об’єкту і різноманітні комбінації навантажень.

У процесі роботи з інформаційними джерелами стали очевидні пробіли в даних про порівняльні розрахунки зовнішніх конструкцій для лікування переломів передпліччя чисельними методами. Актуальність обраної теми для наукової роботи – проблеми лікування хворих з переломами діафізів кісток передпліччя – визначається недостатньою досконалістю пристроїв та відповідним їм способам лікування.

Тому, наукове обґрунтування, розробка конструкції фіксатора, оптимізація, розробка методики визначення характеристик міцності і

жорсткості конструкції фіксатора для лікування переломів кісток передпліччя – вельми актуальне завдання сучасної травматології.

У роботі для комп'ютерного аналізу використані провідні інженерні та наукоємні програми для параметричного моделювання та розрахунку конструкцій (Solid Works, Ansys, Delcam)

Отримано робочу документацію досліджуваних ортопедичних конструкцій (робочі креслення). Проведено чисельний аналіз конструкції з використанням методу скінченних елементів та урахуванням математичного апарату механіки деформованого твердого тіла. У розрахунках використані різні типи скінченних елементів (стержневі та об'ємні). Для стержневих елементів застосовано функцію зміни геометрії (taper section).

Запропонований в роботі пристрій для черезкісткового остеосинтезу діафізарних переломів кісток передпліччя, за рахунок збільшення ступенів рухомості репонуєвих вузлів, може забезпечити репозицію складних зміщень уламків і стабільного остеосинтезу в конструкції. Апарат не вимагає спеціального промислового виготовлення та дозволяє зберегти ротаційні рухи в передпліччі, а компактність, в свою чергу обмежить незручності у хворого при самообслуговуванні.

УДК 616.314.22-006.343-089-073.213-085.832.9

Яворський А.В., Кузняк Л.В.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ
ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЦИСТЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ РАДИКУЛЯРНИХ
КІСТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: асистент Хомич Н.М.

Вступ. Серед операцій, що виконуються стоматологами хірургами в амбулаторних умовах друге місце після операції видалення зубів займають операції цистектомії, післяопераційний період яких може супроводжуватись реактивним набряком, ускладненнями запального чи травматичного характеру. З метою полегшення перебігу післяопераційного періоду місцево застосовують холод, який має анальгезуючу, протинабрякову, кровоспинну та протизапальну дію (О.Ф. Кузнецов, 2006). У практиці стоматолога-хірурга немає чітко визначеної схеми, застосування гіпотермії, тому метою нашого дослідження є

обґрунтування призначення гіпотермії у хворих після операції цистектомії та визначення найефективнішої методики її використання серед існуючих.

Для досягнення мети ми поставили такі завдання: 1) вивчити існуючі схеми застосування локальної гіпотермії, 2) провести їх порівняльну характеристику; 3) визначити ефективність застосування різних методик лікування хворих основної і контрольної груп за клінічними показниками, показниками термометрії та реофаціографії.

Матеріали і методи дослідження. Ми опрацювали сучасні літературні джерела, де використовувались різні схеми гіпотермії. Під нашим наглядом знаходилось 30 хворих після операції цистектомії. Хворих поділено на 3 групи: перша - контрольна, в другій використовували гіпотермію по методиці С.Г. Масловської (2008), в третій - гіпотермію по методиці О.Г. Пастухова (2002). Післяопераційний період оцінювався за такими клінічними ознаками: площа набряку, післяопераційний біль, гіперемія, стан швів, також проводили термометричне дослідження та реографію.

Результати дослідження. Встановлено, що терміни згасання післяопераційних симптомів в середньому відрізняються в першій та другій групі на 2-3, в першій та третій – на 2-4 дні. Показники місцевої температури відповідали нормі в першій групі на 7-у добу, в другій на 4-5-у, в третій на 3-у, РІ (реологічний індекс) на 10, 8 та 7-у добу відповідно в першій, другій та третій групах.

Висновки. Отже, застосування у пацієнтів гіпотермії полегшує перебіг післяопераційного періоду, а методика О.Г. Пастухова (2002), яка застосовувалась у хворих третьої групи є найефективнішою серед відомих в літературі.

Андрійчук Т.Р.

**РОЛЬ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В ДІАГНОСТИЦІ ТА
ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Андрійчук Д.Р.

Актуальність. Виразкова хвороба (ВХ) залишається найбільш серйозною патологією гастродуоденальної ділянки (ГДД) в дитячому віці, яка поєднує в собі, як правило, найвищий прояв хронічного запального процесу з деструкцією слизової оболонки (СО) шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК).

У результаті досліджень останніх років встановлено, що одним із найважливіших біологічних медіаторів в організмі людини є монооксид нітрогену (NO), який розглядається нині як тканинний гормон парієтальних клітин шлунка, що підтримує активну вазодилатацію, та один із основних факторів, які регулюють кровотік і базальний артеріальний тиск. NO належить до найбільш важливих факторів захисту СО ГДД. Проте роль NO в патогенезі ВХ в дітей до кінця залишається нез'ясованою.

Мета дослідження. Вивчити зміни NO у біологічних рідинах у дітей, хворих на ВХ, залежно від проявів захворювання та удосконалити діагностику і прогнозування перебігу даної нозології.

Матеріали і методи. Проведено комплексне клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження 70 дітей, хворих на ВХ, віком 7-18 років (основна група) та 50 практично здорових дітей відповідного віку (група порівняння). Усім дітям проводилося анкетування з уточненням анамнестичних соціальних, екологічних, спадкових, побутових та інших особливостей дітей, ретельне параклінічне дослідження за загальноприйнятими методиками – загальний аналіз крові, біохімічні показники крові, аналіз крові на глюкозу, загальний аналіз сечі, аналіз калу на наявність яєць гельмінтів, копрограму, дослідження мікрофлори кишечнику.

Для верифікації виразок СО, виявлення рефлюксів та супутньої патології використовувалися наступні інструментальні методи обстеження: фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС) за допомогою фіброгастродуоденоскопу «Pentax FG-24P» з визначенням контамінації

Helicobacter pylori (*H. pylori*) та проведення щиткової біопсії СО шлунка (анtrum і тіло шлунка) та ДПК з наступним приготуванням мазка-відбитка, фарбуванням та бактеріоскопією з метою діагностики *H. pylori* та визначення ступеня засівання за Аруїним Л.І. Інфікування *H. pylori* підтверджували твердофазним імуноферментним тестом шляхом якісного та кількісного визначення IgG-антитіл до *H. pylori* у сироватці крові (UBI MAYIWELL™, США). Позитивним вважали рівень більше 40 ош/мл. Одночасно з ФЕГДС проводили інтрагастральну рН-метрію з вивченням секреторної і олузнюючої функцій шлунка за різницею значень рН в тілі й антрумі апаратом «ІКШ-2».

Кров для визначення концентрації NO брали з ліктьової вени вранці натще. Забір слини в кількості 1 мл проводили також натще після триразового полоскання ротової порожнини дистильованою водою. Концентрацію нітриту в плазмі крові та слині визначали за допомогою стандарту. В якості стандарту використовували нітрит натрію за Голіковим П.П. та співавт.

Середній вік дітей, хворих на ВХ, складав $14,8 \pm 2,0$ років, а осіб групи порівняння – $14,7 \pm 2,5$ років. Вірогідної різниці між даними показниками виявлено не було ($p > 0,05$).

Результати дослідження. Больовий синдром спостерігався у 100% дітей, в основному мав ниючий характер та локалізувався, переважно, в епігастрії та пілородуоденальній ділянці незалежно від тривалості захворювання. Біль, який з'являвся натще та через 1-1,5 год після їди, був домінуючим по часу появи. Відзначено вірогідну різницю інтенсивності больового синдрому в дітей. Так, у дітей, що хворіють менше року, виражений больовий синдром спостерігався у $82,8 \pm 7,7$ %, у дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки – у $12,8 \pm 2,3$ % та більше 3-х років – у $4,4 \pm 0,4$ %, ($p < 0,05$). Даний факт може свідчить про підвищення порогу больової чутливості у дітей, що тривало хворіють ВХ.

У нашому дослідженні провідним симптомом диспепсичного синдрому серед хворих дітей була нудота (91,4 %). У дітей із тривалістю ВХ до року виявлялася схильність до закрепів (82,8 %), із тривалістю захворювання понад три роки – схильність до проносу (85,7 %) та зниження апетиту (100 %).

Одну з провідних ролей у перебігу ВХ відіграє астеновегетативний синдром. У нашому дослідженні основними симптомами серед дітей із тривалістю ВХ до року були: емоційна лабільність у 92 %; головний біль, слабкість, в'ялість, втомлюваність у 83 %; у 25 % – кардіалгії; у 42 % – поганий сон. Із зростанням тривалості перебігу ВХ зростали та переважали ознаки ваготонії: емоційна лабільність (100 %), підвищене потовиділення (93,3 %), мерзлякуватість (90,0 %). Крім того, у всіх дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки спостерігалася слабкість, в'ялість,

втомлюваність; сонливість та головний біль – у 83 % та 92 % дітей. У 100 % дітей, що страждають на ВХ більше 3-х років, спостерігалися емоційна лабільність, слабкість, в'ялість та втомлюваність; 83 % дітей турбував головний біль, у 93 % відмічалася підвищене потовиділення та у 90 % – мерзлякуватість.

При проведенні ендоскопічного дослідження у 91,4 % дітей діагностовано виразковий дефект СО ДПК, у 8,6 % хворих – СО шлунка. Домінувала виразка ДПК як у хлопчиків, так і в дівчаток (90,0 %). Найчастіше виразковий дефект локалізувався на передній, задній та передньо-задній стінках цибулини ДПК (41,4 %, 21,4 % та 27,1 % відповідно). Найбільш поширеною величиною виразкового дефекту був розмір 3-5 мм, що спостерігався у 57,5 % дітей основної групи.

У 84,3 % дітей діагностовано *H. pylori*-асоційовану ВХ. Розподіл частоти ендоскопічних ознак загострення гелікобактерасоційованих виразок шлунка та ДПК показав переважання потовщення складок СО як у хлопчиків (79,1 %); так і в дівчаток (80,8 %); гіперемія СО шлунка та ДПК виявлялася у 34,3 % дітей; пастозність і легка ранимість СО зустрічалася з однаковою частотою (25,7 %); капілярит за типом «манної крупи» (24,2 %) та вибухання СО у вигляді великої та дрібної «бруківки» – рідше (8,6 %). У 42,8 % дітей реєструвався дуоденогастральний рефлюкс, у 38,6 % – гастродуоденальний, а у 18,6 % – поєднання обох видів рефлюксів

За результатами кількісного визначення антитіл до *H. pylori* методом ІФА та бактеріоскопії підтверджено наявність інфекції у 75,7 % осіб, тобто на 8,6 % менше ніж за ендоскопічними ознаками.

У 27 (38,6 %) дітей, хворих на ВХ, виявлено знижену евакуаторну функцію шлунка. Кислотоутворювальна функція шлунка в дітей, хворих на ВХ, була наступною: у 54 (77,1 %) дітей спостерігалися гіперацидність, у 16 (22,9 %) – нормаацидність.

У дітей, хворих на ВХ рівень NO плазми крові становив ($11,62 \pm 0,9$) мкмоль/л, що у 1,36 рази нижче ніж у дітей групи порівняння ($15,84 \pm 0,8$) мкмоль/л, $p < 0,05$. Рівень NO у слині дітей основної групи становив ($41,06 \pm 1,9$) мкмоль/л, що у 1,37 рази нижче ніж у групі порівняння ($56,08 \pm 1,8$) мкмоль/л, $p < 0,05$.

При внутрішньогруповому аналізі в обох групах дітей залежно від віку та гендерної належності вірогідної відмінності між показниками NO не виявлено ($p > 0,05$). Цей факт дозволяє використовувати даний показник незалежно від віку та статі. В основній групі встановлено вірогідні сильні прямі кореляційні зв'язки між рівнем NO у плазмі крові та слині в дітей віком 7-12 років та 13-18 років ($r = 0,82$ та $r = 0,84$ відповідно, $p < 0,05$), що вказує на можливість використання рівня NO у слині в якості маркера

концентрації NO у плазмі крові. Встановлено, що рівень NO не залежить від локалізації виразкового дефекту.

При Н. pylori-негативній ВХ рівень NO у біологічних рідинах вірогідно вищий ($16,89 \pm 0,8$ мкмоль/л у плазмі крові та $50,66 \pm 1,6$ мкмоль/л у слині) порівняно з групою хворих, у якої діагностовано Н. pylori-позитивна ВХ ($11,27 \pm 0,7$ мкмоль/л у плазмі крові та $38,15 \pm 1,4$ мкмоль/л у слині, $p < 0,05$). Встановлено вірогідні сильні прямі кореляційні зв'язки між рівнем NO у плазмі крові та слині при обох варіантах захворювання ($r = 0,86$ та $r = 0,88$ відповідно, $p < 0,05$).

Концентрація NO в біологічних рідинах була вірогідно вищою у дітей, що хворіють ВХ до року ($11,63 \pm 0,4$ мкмоль/л у плазмі крові та $41,23 \pm 1,2$ мкмоль/л у слині) та 1-3 роки ($11,74 \pm 0,3$ мкмоль/л у плазмі крові та $41,67 \pm 1,1$ мкмоль/л у слині) порівняно із хворими, тривалість захворювання яких становила більше 3-х років ($9,42 \pm 0,6$ мкмоль/л у плазмі крові та $35,40 \pm 1,1$ мкмоль/л у слині); у стадії загострення ($11,13 \pm 0,6$ мкмоль/л у плазмі крові та $42,47 \pm 1,0$ мкмоль/л у слині) порівняно з ремісією ($9,47 \pm 0,5$ мкмоль/л у плазмі крові та $38,04 \pm 1,1$ мкмоль/л у слині); при легкому та середньо-тяжкому перебігу захворювання ($12,21 \pm 0,4$ мкмоль/л у плазмі крові та $44,58 \pm 1,0$ мкмоль/л у слині та $11,75 \pm 0,3$ мкмоль/л у плазмі крові та $40,17 \pm 1,1$ мкмоль/л у слині відповідно) порівняно із тяжким перебігом ($9,03 \pm 0,5$ мкмоль/л у плазмі крові та $33,46 \pm 1,2$ мкмоль/л у слині); при розмірах виразкового дефекту 1-2 мм ($12,61 \pm 0,3$ у плазмі крові та $45,37 \pm 1,1$ мкмоль/л) та 3-5 мм ($11,19 \pm 0,2$ мкмоль/л та $38,90 \pm 1,0$) порівняно із рівнем NO при розмірі виразки > 6 мм ($10,13 \pm 0,6$ мкмоль/л у плазмі крові та $36,21 \pm 0,9$ мкмоль/л у слині), $p < 0,05$.

За наявності дуоденогастрального рефлюксу спостерігалася вірогідно вища концентрація NO у плазмі крові ($12,16 \pm 0,3$ мкмоль/л) та слині ($43,35 \pm 1,1$ мкмоль/л) щодо пацієнтів із гастроєзофагеальним рефлюксом ($10,03 \pm 0,2$ мкмоль/л у плазмі крові та $38,21 \pm 1,0$ мкмоль/л у слині), $p < 0,05$. У хворих із гіперацидністю рівень NO вірогідно вищий у плазмі крові ($13,95 \pm 0,9$ мкмоль/л) порівняно з хворими з нормальною кислотопродукувальною функцією шлунка ($10,25 \pm 0,7$ мкмоль/л) при аналогічній тенденції у слині, $p < 0,05$.

Висновки:

1. Виразкова хвороба в дітей характеризується клінічно-ендоскопічними та функціональними особливостями: у 100 % дітей із тривалістю хвороби до 1 року виявляється больовий синдром, а із зростанням тривалості перебігу – диспепсичний (68,3 %) та астеновегетативний (62,5 %) синдроми; переважає виразка дванадцятипалої кишки (91,4 %) із найчастішою локалізацією в цибуліні (90,0 %); середній розмір виразки становить 3-5 мм; спостерігається

зниження моторно-евакуаторної (38,6 %) та підвищення кислотоутворювальної (77,1 %) функцій шлунка; у 42,8 % дітей реєструється дуоденогастральний рефлюкс.

2. Встановлено еквівалентну відповідність вмісту монооксиду нітрогену у слині ($41,06 \pm 1,9$) мкмоль/л та плазмі крові ($11,62 \pm 0,9$) мкмоль/л дітей, хворих на виразкову хворобу, та вірогідно нижчі його показники щодо дітей групи порівняння ($56,08 \pm 1,8$) мкмоль/л та ($15,84 \pm 0,8$) мкмоль/л. Рівень монооксиду нітрогену у плазмі крові є вірогідно нижчим при *H. pylori*-асоційованій виразковій хворобі, тривалості захворювання більше 3-х років, стадії ремісії, тяжкому перебігу, розмірі виразки більше 6 мм ($p < 0,05$), вірогідно вищим – при підвищеній кислотопродукувальній функції шлунка, наявності дуоденогастрального рефлюкса ($p < 0,05$) і не залежить від віку, статі та локалізації виразки.

Для діагностики гелікобактерасоційованої патології гастродуоденальної ділянки доцільно визначати концентрацію монооксиду нітрогену в слині як скринінговий метод. Рівень монооксиду нітрогену у плазмі крові менше 10 мкмоль/л рекомендовано як діагностичний критерій виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки у дітей.

УДК 616.12-008.331.1-06:616.61-008.6]-053.2-053.67

Бельзецька М.І.
РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА
ЇЇ НЕФРОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ У ШКОЛЯРІВ
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Безрук В.В.

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) - одне з найпоширеніших хронічних захворювань серед населення. Проблему поширеності АГ серед населення у світі, на думку науковців, сьогодні слід пов'язувати із станом здоров'я дітей.

Мета роботи. Вивчити частоту артеріальної гіпертензії, регіональні особливості та чинники її виникнення у дітей шкільного віку Чернівецької області.

Матеріали і методи. Обстежено 194 школяра Чернівецької області, які на момент обстеження вважалися практично здоровими та відвідували

шкільний заклад за місцем проживання; середній вік – $13,4 \pm 0,12$ року, гендерне співвідношення обстежених складало 1:1.

Усі діти оглядалися за стандартною схемою об'єктивного клінічного обстеження дитини з урахуванням її скарг на момент обстеження, визначенням їх стану здоров'я та поглибленим збором анамнестичних даних і «легенд» родоводу. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за загальноприйнятими у медицині методами.

Результати дослідження. Під час обстеження у 30 (34%) обстежених хлопців та 39 (36,8%) дівчат діагностовано підвищений артеріальний тиск (передгіпертензія/АГ). За результатами дослідження передгіпертензія (АГ у межах 90-95 перцентилі кривої розподілу в популяції відповідно віку, статі, зросту) виявлялася у 34% серед дівчат та 25% хлопців. Показник поширеності АГ (АГ вище 95 перцентилі) у дівчат склав – 2,8% та 9% відповідно серед обстежених юнаків ($p < 0,01$).

Серед обстежених школярів із передгіпертензією та АГ можлива нефрогенна причина АГ виявлялася у 17,39% випадків.

При скринінговому дослідженні сечі у 6,18% обстежених виявлялась мікроальбумінурія у діапазоні від 15,0 до 45,0 мг/дл. Серед обстежених школярів із мікроальбумінурією у 66,67% випадків спостерігалось підвищення показників АТ у 41,67% – показники АТ були в межах 90-95 перцентилі кривої розподілу в популяції відповідно віку, статі, зросту із середнім значенням АТ – 132/89 мм.рт.ст.; у 25,0% – показники АТ вище 95 перцентилі кривої розподілу в популяції відповідно віку, статі, зросту із середнім значенням АТ - 146/92 мм.рт.ст. Серед вище зазначених обстежених передгіпертензія/АГ асоціювалася із хворобами сечовидільної системи.

Висновки. Найбільше прогностичне значення щодо розвитку артеріальної гіпертензії мають надмірна маса тіла (ожиріння) у дитини та спадкові (нефрологічні) чинники. Наявна нефрологічна патологія у обстежених дітей Чернівецької області «детермінована» хворобами сечовидільної системи родичів першого та другого ступеня спорідненості, як по материнській, так і по батьківській лініях. Діти із обтяженим генеалогічним анамнезом, наявністю передгіпертензії/артеріальної гіпертензії та мікроальбумінурією повинні входити до групи ризику щодо розвитку хронічної нефрологічної патології.

Года І.В.

**СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ З ВРОДЖЕНОЮ
ВАДОЮ РОЗВИТКУ – ЕКСТРОФІЄЮ СЕЧОВОГО МІХУРА**

Кафедра педіатрії №2

*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського”*

Науковий керівник: д. мед н., професор Павлишин Г.А.

Актуальність: На сьогодні вроджені вади розвитку займають провідне місце в структурі дитячої смертності та інвалідності. Екстрофія сечового міхура є одним з найбільш тяжких дефектів розвитку, що призводить до різноманітних ускладнень, високого рівня інвалідизації.

Мета роботи. Проаналізувати динаміку вроджених вад розвитку на Тернопіллі та виокремити частоту народження дітей з дефектами сечовидільної системи – екстрофією сечового міхура.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилась новонароджена дитина із екстрофією сечового міхура. Дизайн обстеження включав: загальноклінічні (збір скарг, анамнезу захворювання і життя, об’єктивного обстеження) та лабораторні методи (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, ультразвукове дослідження). Ступінь тяжкості захворювання оцінювали за шкалою Г.А. Бпірова та І.Б. Осипова.

Результати дослідження. Проаналізовано частоту вроджених вад розвитку на Тернопіллі. Виявлено, що перше місце посідають вроджені дефекти кістково-м’язової системи, друге місце – вади сечовидільної системи, третє – вади серцево-судинної системи. Екстрофія сечового міхура спостерігається з частотою 1:20000 і гендерним співвідношенням 2:1 (хлопчики:дівчатка).

Аналіз огляду літератури свідчить, що причини екстрофії сечового міхура до кінця не з’ясовані; клінічна симптоматика має гендерні відмінності, а також залежить від ступеня тяжкості захворювання; основним напрямком лікування є – хірургічна корекція з особливостями передопераційного догляду та постхірургічної реабілітації.

Нами було обстежено новонароджену дитину, що поступила в Тернопільську обласну дитячу клінічну лікарню у перші години життя. На основі даних анамнезу, об’єктивного обстеження та додаткових (лабораторних та інструментальних) методів поставлено клінічний діагноз: Вроджена вада розвитку передньої черевної стінки: екстрофія сечового міхура. Ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу, синдром пригнічення, гострий період.

Проведено лікування, яке включало: догляд за раневою поверхнею, антибактеріальна та симптоматична терапія (гемостатична), лікування супутньої патології з подальшими рекомендаціями щодо хірургічної корекції вродженої вади. Дитина виписана зі стаціонару з позитивною динамікою у 18-денному віці та скерована на хірургічне лікування у Дніпропетровську дитячу міську лікарню №3 імені проф. М.Руднєва з подальшою реабілітацією.

Висновок. На сьогодні вроджені вади розвитку займають провідне місце в структурі дитячої смертності та інвалідності. Екстрофія сечового міхура є однією з найбільш тяжких дефектів розвитку, що призводить до різноманітних ускладнень, високого рівня інвалідизації. Аналіз клінічного випадку підтверджує тяжкість перебігу екстрофії сечового міхура та необхідність в індивідуальному підході до тактики лікування, що полягає у забезпеченні максимально адекватного догляду та підготовці немовляти до проведення подальшої хірургічної корекції.

УДК 616.5-002-056.43-053.2

Дубинецька В.М.
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ
АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Кафедра дитячих хвороб
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського»

Науковий керівник: д.мед.н., професор Федорців О.Є.

Актуальність теми. Значне зростання і поширеність алергічних хвороб у дітей в багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, за даними ВООЗ становить 8 %. За даними МОЗ України від 2004 року поширеність АД серед дітей віком до 14 років в Україні становила 5,35, захворюваність – 2,67 випадків на 1 тис. дитячого населення. Особливістю перебігу atopічного дерматиту є те, що він з'являється на першому році життя, особливо в I півріччі, а в подальшому – у дітей 6-7 років і значно зростає до 14-15 років.

Мета дослідження. Вивчити особливості клінічного перебігу atopічного дерматиту та основні чинники розвитку даного захворювання у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 30 дітей у віці від 1 до 17 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні

обласної дитячої клінічної лікарні, із застосуванням загальноклінічних методів обстеження (збір скарг, анамнезу захворювання і життя, об'єктивне обстеження) та лабораторних методів обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма, визначення рівня імуноглобулінів, CD₃ (Т-лімфоцитів), CD₄ (Т-лімфоцитів-хелперів), CD₈ (Т-лімфоцитів-супресорів), CD₁₆ (природних кілерів), визначали співвідношення CD₄₊/CD₈₊). Ступінь тяжкості перебігу захворювання та переважання основних ознак АД у дітей оцінювали в бальній системі за шкалою SCORAD. Крім цього проведено анкетування хворих дітей за допомогою опитувальників, розроблених згідно методики ISAAC, які відповідають вимогам місцевого комітету з етики. Серед обстежених хлопчиків було 17 (57 %) та 13 (43 %) дівчаток.

Результати дослідження. Хворих дітей було поділено на три вікові групи: I – від 1 до 5 років, II – від 6 до 12 років, III – від 13 до 17 років. Аналізуючи поширеність atopічного дерматиту спостерігається, що найбільше хворіють діти, які проживають у місті – 19 (63 %), на відміну від сільських жителів – 11 (37 %). 29 (97 %) дітей після народження знаходилися на грудному вигодовуванні, лише 1 (3 %) дитина отримувала штучну суміш. Згідно шкали SCORAD у дітей віком від 6 до 12 років вираженість еритеми значно вища, ніж у дітей інших вікових груп. Найбільше виражений набряк у дітей від 1 до 5 років, а найменше – у віковій групі від 13 до 17 років. Мокнуття переважають у дітей від 1 до 5 років. Екскоріації найбільше виражені у віковій групі від 13 до 17 років, найменше у віці від 1 до 5 років. Ліхеніфікація найбільш виражена у віці від 13 до 17 років. Сухість у всіх вікових групах досить виражена. Постійний контакт з домашніми тваринами був у 16 (53%) дітей (з котом у 7 (23%), з собакою – у 9 (30%)). У 14 (47 %) дітей відмічали обтяжений алергічний анамнез. У 23 (77 %) дітей спостерігались прояви atopії: у 12 (40 %) не встановлена причина алергії; у 1 (3 %) дитини під час лікування пневмонії з'явилася алергія на антибіотик пеніцилінового ряду; у 1 (3 %) – на ефірні масла; у 1 (3 %) – на холод; у 1 (3 %) – на коров'яче молоко, у 1 (3 %) – на молоко від тільної корови; у 3 (10 %) – алергічна реакція на квіти, епідерміс kota та кліщі (згідно аналізу Педіатричної панелі Polycheck), у 4 (12 %) хворих мала місце харчова алергія. У 10 % обстежених, крім atopічного дерматиту, наявне супутнє захворювання алергічної природи – бронхіальна астма, у 6 % – алергічний риніт. У 6 % пацієнтів спостерігали стрептодермію та бактеріальний кон'юнктивіт. У загальному аналізі крові у 23 (77 %) дітей наявна еозинофілія. Щодо визначення середніх показників гуморального та клітинного імунітету, то у віковій групі від 13 до 17 років рівень Ig A підвищений найбільше; рівень Ig M значно підвищений у дітей віком від 6 до 12 років; найвищий

рівень Ig E спостерігається у дітей від 13 до 17 років; кількість CD₃ (Т-лімфоцитів) підвищена у віці 6-12 років; кількість CD₄ (Т-лімфоцитів–хелперів) найвища у віці 1-5 років; рівень CD₈ (Т-лімфоцитів–супресорів) досить високий у дітей від 13 до 17 років. У копрограмі у 20 (67 %) обстежуваних є незначні зміни: стеаторея, креаторея, амілорея. Крім того, при обстеженні пацієнтів у 19 (63 %) – виявлено патологію в системі органів травлення (синдром мальабсорбції, дискінезія жовчевивідних шляхів).

Висновок. Частіше на atopічний дерматит хворіють хлопчики (57 %), ніж дівчатка (43 %). Діти, які проживають у місті (63 %) хворіють частіше на atopічний дерматит, ніж сільські мешканці (37 %). Контактувало з домашніми тваринами 16 (53%) дітей. У дітей віком від 6 до 12 років вираженість еритеми значно вища, ніж у дітей інших вікових груп. Найбільше виражений набряк у дітей від 1 до 5 років, найменше – у віковій групі від 13 до 17 років. Мокнуття переважають у дітей від 1 до 5 та від 6 до 12 років. Екскоріації найбільше виражені у віковій групі від 13 до 17 років. Ліхеніфікація найбільш виражена у віці від 13 до 17 років. Сухість у всіх вікових групах досить виражена. У віковій групі від 13 до 17 років рівень Ig A значно підвищений, Ig M – дітей віком від 6 до 12 років, Ig E – у віці від 13 до 17 років. Кількість CD₃ (Т-лімфоцитів) підвищена у віці 6-12 років, CD₄ (Т-лімфоцитів–хелперів) – у віці 1-5 років, CD₈ (Т-лімфоцитів–супресорів) – у дітей від 13 до 17 років. У 77 % дітей у загальному аналізі крові присутній підвищений рівень еозинофілів. У 63 % дітей наявні зміни системи травлення.

УДК 616.98:578.835.1]-071-074/-076-053.2

Клюєва К. С.

**СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ
ЕНТЕРОВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних захворювань

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Науковий керівник: д. мед. н., професор Усачова О.В.

У багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, відмічається чітка тенденція до росту числа дітей із захворюваннями ентеровірусної етіології. Все це визначає велике значення даної патології як в структурі дитячих інфекційних захворювань, так і для клінічної медицини загалом.

Мета роботи. Поліпшити ранню діагностику окремих форм ентеровірусної інфекції на підставі поглибленого аналізу клініко-лабораторних даних хворих на ентеровірусний менінгіт і ентеровірусну екзантему.

Матеріал та методи. Нами було проаналізовано медичну документацію 72 пацієнтів, які були проліковані в обласній інфекційній лікарні м. Запоріжжя у 2014 році з діагнозом «Ентеровірусна інфекція». На першому етапі ми провели порівняльний аналіз перебігу серозного менінгіту та ентеровірусного менінгіту. На другому було вивчення особливостей перебігу ентеровірусних екзантем в сучасних умовах. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмних пакетів STATISTIKA. З діагностичною метою ми також використали дискримінантний аналіз – метод багаторівневої статистики, який дозволяє встановити найбільш інформативні діагностичні симптоми та об'єктивізації діагностику хвороби.

Результати дослідження. Показано, що Ентеровіруси є важливими чинниками розвитку менінгітів у дітей молодшого віку (як дошкільного віку, так і учнів перших класів), а також екзантем у дітей раннього віку. Клінічна картина ентеровірусних менінгітів частіше розвивається поступово впродовж 2-3 діб і включає в себе типові синдроми: інтоксикаційний та менінгеальний. Кожний третій пацієнт з ентеровірусним менінгітом має діарейний або катаральний синдроми, що з одного боку ускладнює діагностику менінгіту на ранніх його етапах, а з іншого – може бути опорним диференційним симптомом ентеровірусної природи ураження ЦНС.

Важливою диференційною лабораторною ознакою ентеровірусних менінгітів є незначне перевищення кількості нейтрофілів ліквору при помірному загальному плейоцитозі, що реєструється в дебюті захворювання. З метою ранньої діагностики ентеровірусної етіології менінгіту пропонуємо використовувати розрахунок лінійних дискримінантних функцій.

Типовим проявом ентеровірусної екзантеми є плямисто-везикулярний висип розташований на долонях, стопах та слизових оболонках ротової порожнини.

Висновки. Ентеровіруси є важливими чинниками розвитку менінгітів у дітей молодшого віку (як дошкільного віку, так і учнів перших класів), а також екзантем у дітей раннього віку. 2. Клінічна картина ентеровірусних менінгітів частіше розвивається поступово впродовж 2-3 діб і включає в себе типові синдроми: інтоксикаційний та менінгеальний. Кожний третій пацієнт з ентеровірусним менінгітом має діарейний або катаральний синдроми, що з одного боку ускладнює

діагностику менінгіту на ранніх його етапах, а з іншого – може бути опорним диференційним симптомом ентеровірусної природи ураження ЦНС. Важливою диференційною лабораторною ознакою ентеровірусних менінгітів є незначне перевищення кількості нейтрофілів ліквору при помірному загальному плейоцитозі, що реєструється в дебюті захворювання. Типовим проявом ентеровірусної екзантеми є плямисто-везикулярний висип розташований на долонях, стопах та слизових оболонках ротової порожнини. Ентеровірусна екзантема та ентеровірусний менінгіт мають сприятливий перебіг і потребують патогенетичної терапії. З метою ранньої діагностики ентеровірусної етіології менінгіту пропонуємо використовувати розрахунок лінійних дискримінантних функцій.

УДК 616.248-036.1:612.017.1-053.2:577.15

Мислицька Г.О.
ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА
ЗНАЧИМІСТЬ ЗАПАЛЬНИХ ПАТТЕРНІВ КРОВІ ДЛЯ
ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Науковий керівник: д. мед.н., професор Колоскова О.К.

Попри досягнуті успіхи в лікуванні бронхіальної астми (БА) слід визнати, що за допомогою стандартної протизапальної терапії не завжди вдається втримати контроль над захворюванням, що пов'язано із його фенотиповою неоднорідністю.

Мета дослідження. Для покращення результатів лікування БА у дітей вивчити діагностичну цінність запальних паттернів крові та показники ризику несприятливого перебігу захворювання.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 120 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів у крові сформовані 4 групи. I групу склали 34 дитини із гіпогранулоцитарним паттерном запалення (вміст еозинофілів крові <250 клітин/мм³ та нейтрофілів <5000 клітин/мм³), до II групи - увійшли 60 дітей із еозинофільним запальним паттерном крові (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм³), до III групи - 14 хворих із нейтрофільним паттерном крові (вміст нейтрофілів крові ≥ 5000 клітин/мм³), до IV групи - 12 хворих із гіпергранулоцитарним паттерном запальної відповіді (вміст еозинофілів ≥ 250 клітин/мм³ та

нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставляваними.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що за наявності гіпергранулоцитарного фенотипу запалення у дітей у зіставленні із еозинофільною астмою показники ризику реєстрації тяжкої астми дорівнювали: відносний ризик (ВР) - 1,9 (95%ДІ:1,3-2,8) при співвідношенні шансів (СШ) - 4,8 (95%ДІ:2,6-8,8). Про неконтрольований перебіг захворювання у представників IV групи свідчили високі показники ризику застосування швидкодіючих β_2 -агоністів понад 4 доз/доба: ВР - 3,7 (95%ДІ: 2,9-4,7) при СШ - 5,4 (95%ДІ: 2,5-11,6); а також підтверджувалося підвищеною потребою у стаціонарному лікуванні (понад 3 рази/рік): ВР - 2,1 (95%ДІ:1,5-2,8) при СШ - 3,9 (95%ДІ:2,1-7,0).

Висновки. Гіпергранулоцитарний запальний паттерн крові в дітей, хворих на БА, асоціював із високими показниками ризику формування неконтрольованого варіанту захворювання.

УДК 616-053.32-056.22

Післар Я.Ф.
ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ,
ЩО НАРОДИЛИСЬ НЕДОНОШЕНИМИ, ЯК ПІДГРУНТТЯ
ПОДАЛЬШОГО КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Кафедра госпітальної педіатрії
Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя
Науковий керівник: Лебединець О.М.

Мета дослідження. Оцінка динаміки стану здоров'я, структури захворюваності, особливостей розвитку дітей, що народились недоношеними з низькою масою тіла, для визначення необхідності подальшого катamnестичного спостереження, зменшення негативних віддалених наслідків перенесених захворювань та покращення здоров'я.

Матеріали та методи. На першому етапі роботи було проведено визначення особливостей перебігу вагітності у 49 матерів, що народили дітей в 28–32 тижні гестації, оцінка і аналіз структури захворюваності 49 недоношених новонароджених. Серед них 27 новонароджених (55,1%) мали низьку масу тіла (НМТ), 20 дітей (40,8%) – дуже низьку масу тіла (ДНМТ) та 2 дитини (4,1%) – екстремально низьку масу тіла (ЕНМТ) при народженні. При подальшому катamnестичному спостереженні 25 дітей обстежено в скорегованому віці 2–5 місяці, 13 дітей – у віці 6–9 місяців.

Всім дітям проводилась оцінка соматичного та неврологічного статусу, клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, консультації спеціалістів. Зменшення числа дітей в катамнезі пов'язано зі зниженням звернення батьків.

Результати дослідження. У всіх матерів дітей, що народились недоношеними з низькою масою тіла, відзначався патологічний перебіг вагітності, а ускладнення пологового періоду (стрімкі пологи, слабкість пологової діяльності, тривалий безводний період, передчасне відшарування плаценти) розвинулись у 12 (24,4%) випадків. Серед дітей, що народилися недоношеними з низькою масою тіла, відзначався високий рівень захворюваності. Із затримкою внутрішньоутробного розвитку народились 9 (18,3%) дітей, у 31 (63,2%) новонароджених встановлено внутрішньоутробну інфекцію, сепсис перенесли 12 (22,4%) дітей, асфіксію – 16 (32,6%) дітей, вроджені вади серця виявлено у 16 (32,6%) дітей, вади розвитку нирок у 10 (20,4%) дітей, ретинопатія недоношених сформувалась у 23 (46,9%) дітей, бронхо-легенева дисплазія – у 5 (10,2%) дітей. Прояви перинатального ураження центральної нервової системи мали місце у всіх новонароджених дітей: у 41 (83,6%) дитини діагностовано синдром пригнічення, гідроцефальний синдром та судомний синдром були у 10 (20,4%) та 4 (8,1%) дітей відповідно. За даними нейросонографії у 6 (12,2%) дітей спостерігалась перивентрикулярна лейкомаляція, у 9 (18,3%) дітей – внутрішньошлуночкові крововиливи, у 5 (10,2%) дітей – крововиливи в каудоталімічну виразку. Менінгіт перенесли 3 (7,5%) дитини. До скорегованого віку 9 місяців неврологічні відхилення залишались у всіх дітей: синдром рухових порушень у 7 (53,8%), гідроцефальний синдром – у 6 (46,1%) дітей. Лікворшунтуючу операцію було здійснено одній дитині (7,6%). В катамнезі наростала поширеність затримки фізичного розвитку (кожна друга дитина мала затримку росту, недостатню вагу тіла та обвід голови), домовленневого розвитку у 2 (15,3%) дітей, зниження слуху у однієї (7,6%) дитини, статомоторного розвитку (з 11,1% до 15,3% дітей з 2-го по 9-й місяць скорегованого віку), дисплазії кульшових суглобів (з 44,4% до 61,5% дітей з 2-го по 9-й місяць скорегованого віку), у 4 (30,7%) дітей розвинулась варусна або вальгусна деформація стоп.

Висновки. Зниження рівня рекомендованих звернень батьків до лікувального закладу третього рівня надання допомоги (від 100% групи періоду новонародженості до 26,5% дітей із скорегованим віком 6-9 місяців) вказує на низький рівень їх усвідомленості та обізнаності про віддалені наслідки перенесеної перинатальної патології. Виявлений рівень захворюваності свідчить про високий ризик порушень фізичного та нервово-психічного розвитку дітей, що народились недоношеними з

низькою масою тіла, та вказує на необхідність організації довгострокового подальшого спостереження за станом здоров'я й розвитком для своєчасного призначення лікувально-реабілітаційних заходів, профілактики захворювань, зниження інвалідизації та зменшення тяжкості віддалених наслідків.

УДК 612.015.6:577.161.2]:616.5-001.1

Резніков Ю.П.
РІВЕНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D
У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Кафедра педіатрії №1

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ

Науковий керівник: д.мед.н., професор Тяжка О.В.

Статистика різних країн та статистичні дані в Україні свідчать про значне зростання поширеності алергічних захворювань, зокрема atopічного дерматиту серед дорослих та дітей. Водночас у літературі є поодинокі публікації, в яких вказується на значення дефіциту вітаміну D у імунопатогенезі алергічних захворювань.

Мета роботи. Вивчити рівень забезпеченості транспортної форми вітаміну D₃ у дітей з atopічним дерматитом

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 15 дітей віком від 3 до 8 років з atopічним дерматитом. Для постановки діагнозу «atopічний дерматит» використовували діагностичні критерії, сформульовані у 1980 році J.Hanifin, G.Rajka. Для стандартизації постановки діагнозу АД, оцінки тяжкості його перебігу та ефективності лікування використовувалась Шкала atopічного дерматиту (SCORAD). Усім обстежуваним хворим, окрім загальноклінічних методів обстеження, проводилось визначення вмісту транспортної форми вітаміну D₃-25 OHD₃ у сироватці крові електрохемилюмінісцентним методом. Отримані дані оцінювались при співставленні з показниками, визначеними M.F.Holick, 2011.

Результати дослідження. Аналіз отриманих нами результатів обстеження показав, що в жодної хворої на atopічний дерматит дитини не було виявлено нормального рівня 25OHD₃ у сироватці крові. Середній показник 25OHD₃ становив 16,6 нг/мл. Була виявлена закономірність: чим важчий був ступінь atopічного дерматиту у дітей, тим нижчою була концентрація транспортної форми вітаміну D₃ у сироватці крові, при

цьому у 9 дітей (60% обстежуваних) виявлено дефіцит 25ОНД3, у 6 (40%) дітей-недостатність.

Висновок. Враховуючи виявлені низькі рівні вітаміну Д у сироватці крові можемо рекомендувати для підтримання оптимального рівня вітаміну Д в крові вводити препарати синтетичного походження.

УДК 616.32/.33-053.5

Бубир Л.М., Зімовець Л.Ю.
ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ
У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ
РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Кафедра педіатрії №2

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава
Науковий керівник: д.мед.н., професор Крючко Т.О.

Необхідність удосконалення діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) зумовлена передусім широким розповсюдженням даної патології серед дітей, наявністю великої кількості стертих та атипичних клінічних форм, супутніми захворюваннями гастродуоденальної зони, які не дозволяють в ряді випадків визначити внесок кожної в розвиток позастравохідних проявів хвороби.

Метою нашої роботи стало визначення діагностичної і прогностичної цінності ІПП тесту (пантопразолового) у дітей.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням було 78 дітей віком 8-16 років. Вираженість печії за шкалою Likert склала $3,6 \pm 0,6$ балів. Всім дітям призначався пантопразол в дозі 20-40 мг/добу за 60 хв. до їжі на протязі семи днів. Після прийому пантопразолу зникнення печії відмічалось у 63 (80,8%) хворих (позитивна проба). За даними клініко-інструментального обстеження, а також з урахуванням позитивного ефекту від лікування ІПП у 57 хворих (істинно позитивна проба) був встановлений діагноз ГЕРХ: в ендоскопічно негативній стадії - 28 дітей (49,1%), в стадії катарального рефлюкс-езофагіту - у 18 (31,6%), в стадії ерозивного рефлюкс-езофагіту - у 11 (19,3%) хворих. У 6 обстежених дітей даних за ГЕРХ не отримано (хибно позитивний тест).

Після одноразового прийому пантопразолу печія зберігалася у 15 (19,2%) хворих (негативна проба). У 9 з них діагноз ГЕРХ не був підтверджений (істинно негативний тест). Розрахунок діагностичної чутливості використання ІПП тесту виявив, що у обстежених дітей вона

склала 86%, а діагностична специфічність – 60%. Прогностична цінність позитивного результату в нашому дослідженні склала 90%, а прогностична цінність негативного результату – 38%.

Досить висока прогностична цінність позитивного результату пантопразолового тесту дозволяє рекомендувати його в якості діагностики ГЕРХ у дітей. Невисока прогностична цінність негативного тесту з ІПП (38%) свідчить, що результати його не слід розцінювати як діагностичний критерій, який дозволяє виключити ГЕРХ. У зв'язку з цим збереження симптоматики на фоні терапії є складовою алгоритму, який повинен зорієнтувати лікаря на продовження діагностичного пошуку з метою уточнення діагнозу.

На основі викладеного, можна зробити висновок про високу прогностичну чутливість використання ІПП тесту у дитячому віці на користь діагнозу ГЕРХ з послідуєчим обґрунтуванням проведення ФГДС, яка необхідна для визначення форми захворювання, вибору терапії і тривалості курсу лікування.