

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт
з природничих, технічних та гуманітарних наук
у 2015 – 2016 навчальному році
в галузі наук «Клінічна медицина»

ЧЕРНІВЦІ
2016

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

МАТЕРІАЛИ

**Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт
з природничих, технічних та гуманітарних наук
у 2015 – 2016 навчальному році
в галузі наук «Клінічна медицина»**

Чернівці 2016

ББК 5я43
УДК 616.1/.9(08)
МЗ4

МЗ4 **«Клінічна медицина, хірургія, дитяча хірургія, педіатрія, інфекційні хвороби, ендокринологія, імунологія, клінічна імунологія та алергологія тощо»:** Збірник матеріалів Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт з природничих, технічних та гуманітарних наук у 2015 – 2016 навчальному році (м.Чернівці, 22-23 березня 2016 р.), 2016. – 42 с.

У збірнику представлені матеріали Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт з природничих, технічних та гуманітарних наук у 2015 – 2016 навчальному році у галузі наук **«Клінічна медицина»**.

Усі матеріали подаються в авторській редакції

Зміст

Педіатричний напрямок

КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ Андрійчук Т.Р.....	7
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЧАСТИХ І ПРОЛОНГОВАНИХ ЕПІЗОДІВ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ Бельзецька М.І.	7
ЗМІНИ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТРОМБОЦИТІВ ТА ЕОЗИНОФІЛІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ Долинський В.В.....	8
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ Резніков Ю.П.....	9
ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНІВ У ДІТЕЙ З ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ Резніченко Є.О.....	10
ЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ Рибалко Л.В.....	10
ЗНАЧЕННЯ НОВІТНІХ БІОМАРКЕРІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ НИРОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ З АСФІКСІЄЮ Токар В.В.....	11

Стоматологічний напрямок

ДІАГНОСТИКА ПРИХОВАНОГО КАРІЄСУ ЗУБІВ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ Ажар А.В.....	12
---	----

Терапевтичний напрямок

ОСОБИСТІСНІ ОПИТУВАЛЬНИКИ ТА ЇХ РОЛЬ В ДІАГНОСТИЦІ І ПІДБОРІ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1, 2 ТИПІВ Алавацька Т.В.....	13
СКРИНІНГ ТА ДІАГНОСТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ВАГІТНИХ Горбулевич Х.П.....	14
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА	

Гринюк О.Є., Гринюк М.І.....	15
ТЕОРІЯ І ПРАКТИЧНА МОДЕЛЬ «ВІРТУАЛЬНОГО ЛІКАРЯ» (КОМП'ЮТЕРНА АВТОМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПРОЦЕСУ)	
Грицак О.С.....	16
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ТА МАРКЕРІВ АПОПТОЗУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2	
Гузій О.В., Коханюк Ю.В.	17
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ	
Дубинецька В.М.....	17
ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	
Зацарна О.М., Медведь О.Л.....	19
ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОГРЕСУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОЇ НЕФРОПАТІЇ	
Здинюк Н.О., Кулачек В.Т.....	19
ПОШИРЕНІСТЬ ОСНОВНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЕФЕРЕНТНИХ МЕТОДІВ НИРКОВО-ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ СМЕРТНОСТІ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ НЕФРОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ ПОКЛ	
Зуб А.О.....	20
ХАРАКТЕР ТА ЧАСТОТА ВІСЦЕРОПАТІЙ У ХВОРИХ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ НИРКОВОЇ ЕКСКРЕЦІЇ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ	
Кармазін Я. О.....	22
РОЛЬ ДИСБАКТЕРІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ТА КОРЕКЦІЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ РІЗНОГО ВІКУ	
Куфтяк В.В.....	22
КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОПАТИЧНИХ ОСОБИСТОСТЕЙ СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ СУБКУЛЬТУРИ «ФРІК»	
Лисенко В.В.....	23
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ	
Максимейко А.П.....	24
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМІВ GLU298ASP ГЕНА NOS3, A1166C ГЕНА ATR1 ТА PRO12ALA ГЕНА PPARG2 НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Медведєв М.В.....	25
ОСОБЛИВОСТІ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ У ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	
Пайонк М.П.....	25
ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД ПОКАЗНИКІВ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	
Рандюк Р.Ю.....	26

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ КОМОРБІДНОГО СТАНУ АУТОІМУННОГО ГЕНЕЗУ (ГІПОТИРЕОЗ, ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ) ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ Секрет Т.В.	27
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ОЦІНКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ЛЕЙКЕМІЇ Скрипник Р.І.	28
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ ІЗ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЕЛЕКТРИЧНИМ ПОЛЕМ ПОСТІЙНОГО СТРУМУ Сучеван А.Г., Рева Т.В., Павликівська Г.І.	29
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ДИСБАКТЕРІОЗОМ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА Сучко К.О., Тодоріко Л.Д.	30
КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ – ЗМІНИ СЕГМЕНТА ST, ІНТЕРВАЛУ QT, ЗУБЦЯ T, ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ Тащук М.В., Вінтоняк М.О.	31
ТОВЩИНА КОМПЛЕКСУ ІНТИМА-МЕДІА ВНУТРІШНІХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ Ткачук Н., Муцяк М.	31
ВПЛИВ РІЗНИХ ФАКТОРІВ НА ПРОЯВИ ВТОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ Фурман І.М., Левкович М.А.	32
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БЕЗБОЛЬОВОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Цуманець І.О.	33
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Швечикова В.П.	34
ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ (ХСН) ЗІ ЗБЕРЕЖНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ Шевченко О.О., Курята О.В., Кушнір Ю.С.	34
СТАН ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У КРОВІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ Шкрібляк У.В., Білоус І.І.	35

Хірургічний напрямок

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКУ ТА ЙОГО ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ Васкул В.М., Москалюк В.І.	36
--	----

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКУ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ Гєнбач І.О, Яворський О.Ю.....	37
ПРОФІЛАКТИКА СИСТЕМНО-ЗАПАЛЬНИХ ТА РЕПЕРFUЗІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО-СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ШЕМІЇ Зварич Р.А.....	38
РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ Короташ І.Ф., Москалюк О.П	38
МОЖЛИВОСТІ ЛІПОФІЛІНГУ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ Костюченко Є.В.....	39
ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПОЗАСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ Котовський І.М.....	40
ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО ДРЕНАЖНОГО ПРИСТРОЮ В ХІРУРГІЇ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ Мартинів Д. В.....	40
ВПЛИВ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЧОЛОВІКІВ Рибак О.Я, Москалюк О.П.	41
ЯТРОГЕННИЙ СПЛЕНОЗ ЯК ПРЕДИКТОР НЕЕФЕКТИВНОСТІ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ РЕФРАКТЕРНИХ ФОРМАХ ХВОРОБИ ВЕРЛЬГОФА Смородська О.М.....	42

Андрійчук Т.Р.

**КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ
ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ**

*Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

Науковий керівник: д.мед.н. Іванова Л.А.

Метою дослідження було оптимізувати діагностику та лікування інфекційного мононуклеозу у дітей шляхом вивчення сучасних особливостей перебігу та аналізу діагностичної цінності клінічних, інструментальних та лабораторних показників у верифікації захворювання.

На базі інфекційного боксованого відділення крапельних інфекцій КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» (м.Чернівці) обстежено 65 дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз, які знаходилися на стаціонарному лікуванні за період 2014-15 рр. На підставі варіантів встановлення заключного клінічного діагнозу сформовано 2 клінічні групи спостереження. Першу клінічну групу (I) сформували 42 дитини, заключний клінічний діагноз захворювання у яких верифіковано на підставі комплексу клінічно-гематологічних критеріїв, до другої (II) клінічної групи порівняння увійшли 23 дитини, хворих на серологічно підтверджений інфекційний мононуклеоз. За основними клінічними ознаками групи спостереження вірогідно не відрізнялися. Дизайн дослідження передбачав аналіз результатів комплексного клінічно-анамнестичного, лабораторного та інструментального дослідження в дітей досліджуваної когорти та представників клінічних груп спостереження з наступним дослідженням діагностичної цінності результатів у підтвердженні захворювання.

Встановлено, що для хворих на інфекційний мононуклеоз дітей характерні клінічні особливості, зокрема, раптовий початок захворювання (у 93,8%) з лихоманки вищої за 37,5°C (у 80%), наявність ексудативного тонзиліту (у 81,6%), підщелепної та шийної лімфаденопатії (у 90,7%), утрудненого носового дихання (у 78,4%) та гугнявості голосу (у 73,8%). Типовими лабораторними критеріями інфекційного мононуклеозу ЕБВ етіології верифіковано лейкоцитоз (у 82,6%) та відносний вміст атипових мононуклеарів у периферійній крові більше 10% (у 78,3%). У підтвердженні інфекційного мононуклеозу ЕБВ етіології явища ексудативного тонзиліту, лімфаденопатії та наявність атипових мононуклеарів в периферійній крові виявилися високоспецифічними (90%, 95% та 78% відповідно), проте із значною часткою хибнонегативних результатів.

Таким чином, враховуючи недостатню діагностичну цінність клінічно-анамнестичних, сонографічних та лабораторних показників у виявленні інфекційного мононуклеозу у дітей, що підтверджувалося низькими значеннями відношення правдоподібності та показників ризику, використання їх доцільне лише в комплексі.

УДК 616.21-002.3-053.2:616.2]-08

Бельзецька М.І.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЧАСТИХ І ПРОЛОНГОВАНИХ ЕПІЗОДІВ
РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ**

*Буковинський державний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології;
Кфедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

Наукові керівники: д.мед.н. Левицька С.А., к.мед.н. Безрук В.В.

В дитячому віці серед усіх захворювань дихальної системи найбільш поширеними є гострі інфекційні запальні процеси, на частку котрих припадає 90% і більше. Актуальність

вивчення особливостей рецидивів респіраторних інфекцій (РРІ) у дітей пов'язана не тільки з їх поширеністю, але й високою ймовірністю розвитку ускладнень.

З метою встановлення особливостей формування і перебігу РРІ у дітей залежно від конкомітантних чинників ризику і особливостей мікробіоценозу носоглотки обстежено 115 дітей віком від 3 до 6 років.

Встановлено, що факторами ризику розвитку у дитини рецидивів респіраторних інфекцій є хронічна назальна обструкція, спричинена викривленням носової перегородки (OR=4,60; ДІ-1,7-12,55) і хронічні запальні захворювання нижніх дихальних шляхів (OR=5,74; ДІ-1,57-21,12). Рання соціалізація дитини, що припадає на період встановлення імуногенезу (OR=3,45; ДІ-1,43-8,33), обтяжений сімейний анамнез у вигляді хронічних захворювань верхніх (OR=6; ДІ-2,08-17,29) і нижніх (OR=14,57; ДІ-1,82-116,75) дихальних шляхів у батьків, а також обтяжений алергологічний анамнез, переважно харчова алергія, першого року життя (OR=4,53; ДІ-1,88-10,91), атопічного дерматиту (OR=4,57; ДІ-1,82-11,47), полісенсibiliзації до харчових, побутових та пилових алергенів (OR=11; ДІ-2,41-50,4) збільшують ризик розвитку рецидивів респіраторних інфекцій у дітей.

Мікробіологічними маркерами ризику розвитку рецидивів респіраторних інфекцій у дітей виявилися формування стафілококового монодомінантного мікробіоценозу в носоглотці (OR=1,88; ДІ-1,24-5,47), а також наявність в оточенні постійного носія умовно патогенних стафілококів (OR=5,44; ДІ-1,73-16,95).

УДК 616.248-053.4

Долинський В.В.

ЗМІНИ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТРОМБОЦИТІВ ТА ЕОЗИНОФІЛІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Кафедра педіатрії, неонатології та дитячих інфекцій

Науковий керівник: к.мед.н. Чернишова О.Є.

Актуальність. Бронхіальна астма – одна з важливих проблем педіатрії. Поширеність даного захворювання серед дитячого населення України, згідно з даними епідеміологічних досліджень, становить від 5 до 10%. Оцінка змін морфофункціональних властивостей тромбоцитів та еозинофілів при бронхіальній астмі у дітей дозволить краще зрозуміти деякі ланки патогенезу даного захворювання.

Мета роботи: оцінити зміни морфофункціональних властивостей тромбоцитів та еозинофілів при персистуючій бронхіальній астмі у дітей.

Матеріали і методи: морфологічні і функціональні властивості еозинофілів і тромбоцитів.

Результати. Зміни у тромбоцитах є однією з значущих ланок патогенезу бронхіальної астми, адже активовані тромбоцити виділяють прозапальні біологічно активні речовини. При цьому кров'яні пластинки залучають в судинну мережу бронхіального дерева додаткові лейкоцити, а агрегати тромбоцитів, сповільнюючи кровообіг, посилюють гіпоксію і сприяють ремоделюванню дихальних шляхів, що підтримує персистенцію бронхіальної астми. Дослідження змін морфологічних та функціональних властивостей тромбоцитів та еозинофілів допоможе виявити їх роль у розвитку та перебігу бронхіальної астми у дітей.

Висновки. Тромбоцити беруть активну участь в патогенезі бронхіальної астми, виділяючи медіатори запалення і залучаючи в кровообіг лейкоцити. Мікроемболізація тромбоцитарними агрегатами спричиняє довготривалу гіпоксію тканин бронхів, що сприяє ремоделюванню стінки дихальних шляхів та підтримує персистенцію бронхіальної астми.

Для оцінки морфофункціональних змін тромбоцитів при бронхіальній астмі можливе використання показників кількості тромбоцитів в одиниці об'єму крові, тромбокриту, середнього обсягу тромбоцитів, показника гетерогенності кров'яних пластинок, агрегуючої

активності тромбоцитів, вмісту у клітинах малонового діальдегіду і біологічно активних речовин, зокрема серотоніну та катехоламінів.

Для оцінки морфофункціональних змін еозинофілів при бронхіальній астмі можливе застосування показників кількості еозинофілів в одиниці об'єму, індексу співвідношення лімфоцитів і еозинофілів, індексу алергізації – співвідношення еозинофілів та лімфоцитів к іншим клітинам білої крові, концентрації мієлопероксидази в еозинофілах, НСТ - тесту.

УДК 616.8-009:616-018.2-007.17]-053.2

Резніков Ю.П.
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ
У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ
НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії №1

Науковий керівник: к.мед.н. Горобець Н.І.

Вступ. Розлади діяльності автономної нервової системи відносяться до найпоширеніших патологічних станів і, за даними різних авторів, виявляються у 20% - 85% дітей та підлітків. Оцінка вегетативного статусу у період інтенсивного росту та диференціації органів і тканин, що характерно для дитячого віку, має велике практичне значення. Виявлення вегетативної дизрегуляції є вагомою діагностичною складовою у пацієнтів, особливо з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ), з огляду на її генетичну детермінованість та дебют у дитячому віці.

Мета роботи: вивчити особливості вегетативного статусу у дітей з неврологічною патологією на тлі НДСТ.

Матеріали та методи. Оцінено результати клініко-неврологічних, лабораторних та інструментальних досліджень 50 дітей віком від 5 до 16 років з неврологічною патологією на тлі НДСТ. Для визначення вихідного вегетативного тону використовували спеціальну таблицю Г.Г.Осокіної. Забезпечення діяльності встановлювалось за даними клінортостатичної проби (КОП). Діагноз НДСТ та ступені важкості діагностувались на основі критеріїв, запропонованих Т.Мілковською-Димитровою (1985) у модифікації Л.Н.Абакумової. Контрольну групу склали 50 дітей з неврологічною патологією без ознак НДСТ.

Результати. Основними синдромами НДСТ були порушення осанки – 62%, плоскостопість – 57%, деформації грудної клітки – 44%, короткозорість різного ступеня вираженості – 40%, аномалії прикусу 12%, пролапси клапанів серця 11%. Виражені прояви НДСТ мали 15% обстежуваних дітей, помірно виражені – 43%, легко виражені – 42%.

Еутонію виявлено у 34% дітей основної групи та 26% дітей контрольної. Найбільша частка в основній групі припадала на ваготонію (48%), тоді як у контрольній така частка сягала лише 18%. 60% дітей з вираженою НДСТ мали ваготонію. 40% дітей з помірним вираженням НДСТ мали симпатикотонію. Більшість дітей з легкими проявами НДСТ мали еутонію. При проведенні КОП нормальна реакція на ортостаз спостерігалась лише у 26% дітей досліджуваної групи, тоді як у контрольній групі – у 74%. У решти дітей обох груп була виявлена асимпатикотонічна реактивність.

Висновок. У дітей з неврологічною патологією на тлі НДСТ було виявлено превалювання парасимпатичної регуляції на відміну від контролю, де переважала симпатикотонія. Вегетативне забезпечення діяльності організму з неврологічною патологією є недостатнім, а особливо це виражено у дітей при наявності недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Резніченко Є.О.

ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНІВ У ДІТЕЙ З ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ

Українська медична стоматологічна академія

Кафедра педіатрії №2

Науковий керівник: д.мед.н. Крючко Т.О.

В останні роки поряд з вірусними ураженнями печінки предметом активного вивчення є гепатити неінфекційної етіології, які пов'язані з обмінними порушеннями в організмі. На сьогоднішній день існує теорія, згідно якої неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) можна розглядати, як печінкову маніфестацію метаболічного синдрому, в основі якого лежать порушення вуглеводного та ліпідного обмінів в організмі.

Мета дослідження: виявлення порушень вуглеводного та ліпідного обмінів в якості важливих предикторів розвитку жирової хвороби печінки у дітей з ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 67 дітей віком від 7 до 17 років. Основну групу (n=34) склали пацієнти із діагностованою НАЖХП, до групи порівняння (n=33) ввійшли хворі з екзогенно-конституційним ожирінням (ЕКО) без порушень функцій печінки.

Результати дослідження. Моніторинг стану вуглеводного обміну показав, що рівень глюкози натщесерце був в межах норми практично у всіх обстежених дітей (94%), проте показники були достовірно вищими у пацієнтів з жировою хворобою печінки ($4,7 \pm 0,2$ та $3,9 \pm 0,19$ – відповідно, $p \leq 0,05$). Досліджуючи глікемічний профіль, ми виявили, що майже 70% всіх обстежених дітей мали тенденцію до гіперінсулінемічного типу глікемічної кривої, так звана «плоска крива», що, зазвичай, є характерним для дітей з вираженим ожирінням. Базальний рівень імунореактивного інсуліну був достовірно вищим у групі дітей з діагностованою НАЖХП ($24,8 \pm 3,6$) порівняно з пацієнтами без порушення функції печінки ($12,9 \pm 0,88$), відповідно, достовірно вищим в основній групі дітей виявився й індекс інсулінорезистентності НОМА ($p \leq 0,001$), який характеризує чутливість периферичних тканин до засвоєння глюкози. Аналіз ліпідного спектру крові виявив, що переважна більшість обстежених дітей обох груп мали виражені зміни в ліпідограмі, які проявлялися тенденцією до підвищення загального холестерину плазми, тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності з підвищенням коефіцієнту атерогенності. Проте, в групі дітей з НАЖХП, на відміну від пацієнтів з ЕКО, відмічалась найвища концентрація рівня ТГ ($1,54 \pm 0,01$ проти $0,98 \pm 0,05$ ммоль/л – відповідно, $p < 0,01$) та найменший рівень ліпопротеїдів високої щільності (сер. знач. $1,03 \pm 0,04$ ммоль/л).

Висновки. Проведене нами дослідження виявило, що розвиток жирової хвороби печінки у дітей відбувається на фоні виражених порушень вуглеводного та ліпідного обмінів. Крім того, самі структурно-функціональні зміни в печінці при НАЖХП можуть спричиняти виражені метаболічні наслідки у вигляді гіперінсулінізму з розвитком інсулінорезистентності та формуванням атерогенної дисліпідемії вже в дитячому віці.

Рибалко Л.В.

ЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ

Сумський державний університет,

Кафедра педіатрії післядипломної освіти

Наукові керівники: д.мед.н. Сміян О.І., ас. Плахута В.А.

Патологія бронхолегеневої системи займає провідне місце серед соматичних захворювань, особливо у дитячому віці. У загальній структурі захворюваності респіраторного

тракту в дітей лідируючі позиції займають негоспітальні пневмонії (НП), що зумовлено їх значною поширеністю, високими показниками інвалідизації та смертності, а також, суттєвими економічними втратами у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю батьків по догляду за хворою дитиною. Важливим чинником, що впливає на перебіг НП є стан імунної системи, зокрема повноцінне функціонування вилючкової залози. Патологія тимусу, а саме тимомегалія виявляється практично у кожній другій дитини раннього віку випадково під час рентгенографії органів грудної клітини або при ультразвуковому дослідженні загрудинної залози.

Метою проведеної роботи було дослідження факторів ризику розвитку негоспітальної пневмонії у дітей раннього віку з тимомегалією.

Нами були проаналізовані історії хвороб 42 дітей віком від 1 місяця до 3 років, хворих на позагоспітальну пневмонію з супутньою тимомегалією, що перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні №1 Сумській міській дитячій клінічній лікарні св. Зинаїди у період з 2012 по 2014 рік.

У ході проведеного дослідження нами було встановлено, що на негоспітальну пневмонію достовірно частіше хворіли діти віком до 1 року (73,5%) (достовірність $p < 0,05$). Пік захворюваності спостерігався у віці до 2 місяців. Переважну кількість хворих склали хлопчики – 29 (69,3%), у той час як дівчат було лише 13 (30,7%). Майже половина дітей, а саме (40,93±3,20)% мали ускладнений перебіг неонатального періоду ($p < 0,05$). Також, встановлено, що (22,14±3,52)% хворих проживають у незадовільних умовах життя, а (8,57±2,37) % дітей з неповних сімей. На момент госпіталізації 71,15 % пацієнтів віком до 1 року перебували на штучному вигодовуванні, 1,5 % – на змішаному та лише 27,35 % – на грудному вигодовуванні. Тимомегалія I ступеню була виявлена у 27 (65,1%) пацієнтів, II – 10 (23,7%), та III – у 5 (11,2%). Підвищення захворюваності на пневмонію у дітей раннього віку з тимомегалією спостерігалась у осінньо-зимовий період.

Отже, основними факторами, що мають вплив на виникнення негоспітальних пневмоній у дітей на фоні тимомегалії у дітей мають: вік до 2х місяців, чоловіча стать, ускладнений перебіг неонатального періоду, штучне вигодовування, соціально-побутові умови життя.

УДК 616.61-005-053.31+616-053.31

Токар В.В.

ЗНАЧЕННЯ НОВІТНІХ БІОМАРКЕРІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ НИРОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ З АСФІКСІЄЮ

Сумський державний університет

Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Науковий керівник: к.мед.н. Лобода А.М.

Рання діагностика ураження нирок у новонароджених, що народилися у асфіксії, утруднена через відсутність специфічної клінічної симптоматики та недостатню інформативність традиційних методів обстеження.

Мета роботи: оцінити діагностичну цінність новітнього маркеру ушкодження ниркової паренхіми – сироваткового цистатину С у новонароджених, що перенесли асфіксію.

Обстежено 50 доношених новонароджених із ознаками ушкодження нирок: 25 дітей, які перенесли тяжку асфіксію, та 25 дітей з помірною асфіксією. Групу порівняння склали 10 немовлят, що не мали асфіксії при народженні. Вміст цистатину С в сироватці досліджували на 1-2, 7-8 та 25-30 добу життя методом твердофазового імуноферментного аналізу.

У новонароджених із асфіксією креатинін сироватки не може розглядатися в якості надійного раннього маркера ушкодження нирок, а обчислена на його підставі ШКФ може бути завищеною. Сироватковий цистатин С є раннім і чутливим маркером ураження нирок у немовлят із асфіксією, а розрахована за цим показником ШКФ достовірно характеризує величину клубочкової фільтрації у новонароджених.

У дітей із порушенням функції нирок на тлі асфіксії рівень цистатину С достовірно зростає вже на 1-2 добу життя, досягає максимуму до кінця раннього неонатального періоду та зберігається на високому рівні навіть наприкінці 1-го місяця життя.

Стоматологія

УДК 616.314-002-02-07

Ажар А.В.

ДІАГНОСТИКА ПРИХОВАНОГО КАРІЕСУ ЗУБІВ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Сумський державний університет, Медичний інститут

Науковий керівник: д. мед. н. Лахтін Ю.В.

Вступ. Карієс та його ускладнення є найбільш поширеними захворюваннями порожнини рота. Основним методом виявлення каріозних порожнин є клінічний метод. Діагностика ж прихованих каріозних порожнин зубів клінічними методами викликає певні труднощі, тому гостро відчувається потреба у пошуку ефективних методів їх діагностики. Несвоєчасне виявлення прихованого карієсу призводить до виникнення ускладнень карієсу зубів, що може спричинити в подальшому розвиток запальних процесів в щелепно-лицевій ділянці і втрату зубів.

Мета дослідження. Оцінка діагностичних можливостей ортопантомограмної рентгенографії при виявленні прихованого карієсу.

Матеріали і методи. Для виявлення прихованого карієсу було проаналізовано ортопантомограми 32 хворих, серед яких 13 чоловіків та 19 жінок віком 16-70 років. Вивчали стан 769 зубів, частку виявлених каріозних порожнин в них визначали залежно від локалізації, глибини ураження, групової приналежності зубів та статі обстежених. Ортопантомографію проводили на апараті PDX0771000. Статистичну обробку здійснювали за допомогою інтегрованого пакету програми AtteStat 10.8.4. for MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі ортопантомограм діагностовано 98 каріозних порожнин серед 769 зубів, що становить 12,74%. Середня кількість каріозних порожнин на одну особу серед чоловіків дорівнює $3,1 \pm 0,8$, а жінок - $3,0 \pm 0,7$. Серед груп зубів найбільше прихованих каріозних порожнин діагностовано в молярах (68), що складає $64,2 \pm 3,2\%$ від загального числа виявлених порожнин, причому половина випадків (34) припадає на перші моляри. За характером уражень 52% порожнин були первинними, а 48% - вторинними. За глибиною ураження частіше виявлявся середній карієс – $77,6 \pm 4,8\%$.

Висновки. Визначена відсутність різниці в діагностиці прихованих каріозних порожнин за ознаками статі. Частіше приховані каріозні порожнини рентгенологічно діагностуються у молярах. Серед молярів найбільша кількість виявлених каріозних уражень належить першим молярам. Часто виявляються вторинні ураження після попереднього пломбування зубів. Найбільш ефективним аналіз ортопантомограм був при виявленні середніх за глибиною каріозних порожнин.

Загалом доведено ефективність панорамної рентгенографії при діагностиці прихованого карієсу, як точного і простого методу, з малим променевим навантаженням.

Алавацька Т.В.

**ОСОБИСТІСНІ ОПИТУВАЛЬНИКИ ТА ЇХ РІЛЬ В ДІАГНОСТИЦІ І ПІДБОРІ
МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1, 2 ТИПІВ**

Одеський національний медичний університет

Науковий керівник: к.мед.н. Потапчук О.В.

Сформований під впливом хвороби тип особистісного відношення кожного пацієнта є важливою інформацією для кожного лікаря. Знаючи його, ми спроможні підібрати відповідне цьому пацієнту лікування, з впевненістю про те, що він буде дотримуватися наших вказівок.

Мета дослідження: діагностувати типи відносин до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин у хворих хронічними соматичними захворюваннями. Визначити ступінь прихильності до лікування у хворих на ЦД. Використовувати даних методів в практичній медицині, для полегшення роботи лікаря з пацієнтами.

Матеріали і методи: для проведення наших досліджень ми використовували два види опитувальників: Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту та опитувальник Моріскі-Гріна. Дослідження проводилося завдяки кафедрі внутрішньої медицини №1 з курсом серцевої судинної патології на базі ендокринологічного відділення Одеської обласної лікарні. Більшість наших пацієнтів – це хворі на цукровий діабет I і II типу. Ми працювали з пацієнтами з жовтня 2014 року по січень 2016 р. Заздалегідь були підготовлені кілька видів анкет. У перших пацієнтів, яким давалися опитувальники, ми засікли час їх заповнення – в середньому 30-40 хвилин. Обстежено 60 пацієнтів (чоловіки – 15, жінки – 45), у віці від 18 до 70 і більше.

Ми отримали результати. При характеристиці отриманих даних з 60 пацієнтів ми побачили, що переважає сенситивний (31,6%) і неврастенічний (36,6%) типи особистісних відносин з прихильністю до лікування 31,6% у хворих на ЦД. При характеристиці типів особистісних відносин і прихильності до лікування у хворих на ЦД з урахуванням вікових категорій, ми бачимо, що в першій віковій категорії переважає сенситивний (27%), тривожний (27%), неврастенічний (27%) і іпохондричний (27%) типи особистісного ставлення, прихильні до лікування 40%; у другій переважає сенситивний (50%) і неврастенічний (33,3%) тип особистісного ставлення, прихильні до лікування 58,3%; в третин – неврастенічний (48%) і сенситивний (40%) тип особистісного ставлення, прихильні до лікування 24%; а в четвертій - неврастенічний (50%) тип особистісного ставлення, прихильні до лікування 63%. При характеристиці типів особистісних відносин і прихильності до лікування у хворих на ЦД з урахуванням статі, ми можемо побачити, що у чоловіків переважає сенситивний (33,3%), неврастенічний (28%) і апатичний (28%) типи особистісних відносин, прихильні до лікування 28%, а серед жінок переважає сенситивний (31%), неврастенічний (38%), тривожний (24%) типи особистісних відносин.

При характеристиці типів особистісних відносин і прихильності до лікування у хворих на ЦД з урахуванням типу, ми можемо побачити, що у хворих на ЦД I типу переважає неврастенічний (34%) і сенситивний (24%) типи особистісних відносин, прихильні у лікуванню 45%; у хворих на ЦД II типу переважають неврастенічний (45%), сенситивний (36%) типи особистісних відносин, прихильні до лікування 20%. При характеристиці типів особистісних відносин і прихильності до лікування у хворих на ЦД з урахуванням ступеня важкості, ми можемо побачити, що у хворих з легким ступенем переважає сенситивний (31%) і неврастенічний (25%) типи особистісних відносин, прихильні до лікування 31%; із середнім ступенем переважає сенситивний (34,4%) і неврастенічний (31%) типи особистісних відносин, прихильні до лікування 45%; з важким ступенем переважає неврастенічний (60%) тип особистісного ставлення, прихильні до лікування 20%.

При характеристиці типів особистісних відносин і прихильності до лікування у хворих на ЦД з урахуванням тривалості захворювання, ми виявили, що з тривалістю захворювання від

1 до 5 років переважає тривожний (30%), сенситивний (30%) і неврастенічний (35%) типи особистісних відносин, прихильні до лікування 25%; з тривалістю захворювання від 6 до 10 переважає неврастенічний (33%) тип особистісного ставлення, прихильні до лікування 47%; з тривалістю захворювання від 11 до 15 переважає неврастенічний (75%) тип особистісного ставлення, прихильні до лікування 38%; з тривалістю захворювання від 16 до 20 переважає сенситивний (43%) тип особистісного ставлення, прихильні до лікування 43%; з тривалістю захворювання від 21 до 25 переважає сенситивний (20%), неврастенічний (20%) і ергопатічеський (20%) типи особистісних відносин, прихильні до лікування 60%; з тривалістю захворювання від 25 до 30 переважає неврастенічний (60%) і сенситивний (60%) типи особистісних відносин, прихильні до лікування 60%.

Завдяки нашому дослідженню ми встановили типи особистісного ставлення у багатьох хворих на ЦД, а також прихильність пацієнтів до лікування. Отримані нами дані показали нам, що у більшості пацієнтів переважає неврастенічний і сенситивний тип, але коли ми враховували вік, стать, тип, ступінь тяжкості, тривалість захворювання, показники змінювалися. При аналізі даних опитувальника Моріскі-Гріна ми побачили, що в середньому тільки 31% пацієнтів прихильні до лікування. Враховуючи вище зазначені показники ми з'ясували в яких пацієнтів комплаєнтність вище і від чого це залежить.

Висновки. Лікар не повинен встановлювати план свого лікування тільки на об'єктивних даних, а й враховувати психологічний стан хворого. Кожен пацієнт, має свій власний тип особистісного ставлення і прихильність до лікування у кожного різна.

УДК 616.379-008.64:618.3]-07

Горбулевич Х.П.

СКРИНІНГ ТА ДІАГНОСТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Науковий керівник: к.мед.н. Оленович О.А.

Гестаційний діабет (ГД) продовжує залишатись об'єктом пильної уваги не лише ендокринологів, а й акушерів-гінекологів і неонатологів, оскільки ця патологія пов'язана з великою кількістю акушерських ускладнень, високою перинатальною захворюваністю та смертністю. Активне виявлення ГД відкриває можливості формування груп ризику щодо діабету серед жіночого населення і проведення цілеспрямованих профілактичних заходів.

З метою скринінгу та діагностики ГД обстежено 131 вагітних жінок, які при взятті на облік чи обстеженні у жіночій консультації по місцю проживання потрапили до групи ризику щодо ГД, або продемонстрували рівень глікемії натще понад 5,0 ммоль/л у капілярній крові (чи понад 5,83 ммоль/л в плазмі). Стан вуглеводного обміну оцінювали у два етапи. У якості скринінгового використовували годинний тест толерантності до глюкози (ТТГ) з навантаженням 50 г, а якщо глікемія перевищувала рівень 7,8 ммоль/л, переходили до тригодинного ТТГ.

За результатами першого етапу дослідження порушення толерантності до глюкози діагностували в 48% вагітних, які продовжили обстеження. Під час тригодинного ТТГ у 38 з них (60%) рівень глікемії натще перевищував допустимі значення ($5,72 \pm 0,123$ ммоль/л) і через годину після навантаження глюкозою підвищувався значніше (до $7,36 \pm 0,280$ ммоль/л), ніж у решти вагітних ($P < 0,001$). Через дві години після навантаження рівень глюкози крові хоч і знизився до $6,33 \pm 0,254$ ммоль/л, проте залишалися вірогідно більшим, ніж показник натще ($P < 0,001$), і лише через три години наблизився до нього, залишаючись вищим за відповідний показник у групі здорових вагітних ($P < 0,001$). Слід зазначити, що у вагітних I триместру гестації рівень глікемії був найвищим як натще, так і через 2 години після навантаження глюкозою. У пізні терміни гестації рівень глікемії навіть через 3 години після навантаження значно перевищував такий у здорових вагітних. Так, у обстежених нами вагітних ГД був зареєстрований у 7 випадках, 2 з яких – під час I триместру вагітності (29%), а 5 – під час II триместру вагітності (71%).

Результати проведених досліджень свідчать, що приблизно у 48% вагітних жінок під час обстеження ендокринологом виявляються порушення вуглеводного обміну різного ступеня, у 5% вагітних діагностується гестаційний діабет. Скринінг порушень вуглеводного обміну у вагітних жінок має велике практичне значення для раннього виявлення і лікування захворювань, здатних впливати на розвиток плоду, клінічний перебіг вагітності та пологів.

УДК: 616.36-021.2:[616.36-003.826+616.248+616-056.2

Гринюк О.Є., Гринюк М.І.
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ЗА УМОВ
КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Буковинський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Наукові керівники: д.мед.н. Хухліна О.С., к.мед.н. Мандрик О.Є.

Упродовж останніх років рівень захворюваності на бронхіальну астму (БА) та неалкогольний стеатогепат (НАСГ) стрімко зростає. Проблема ожиріння також набула епідемічного характеру. Нерідко своєчасна діагностика, обґрунтування раціонального лікування основного захворювання ускладнюються наявною супровідною патологією, що призводить до посилення тяжкості його перебігу, формування резистентності до традиційних методів лікування.

Мета: встановити зміни функціонального стану печінки у хворих із поєднаним перебігом НАСГ та ожирінням залежно від наявності коморбідної БА.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком від 30 до 50 років (середній вік — 42 роки), з них 40% чоловіків та 60% жінок. З них у 30 хворих з ожирінням I ст. (ІМТ понад 30 кг/м²) було встановлено НАСГ, а у 20 хворих НАСГ поєднувався з ожирінням I ступеня та персистуючою бронхіальною астмою середнього ступеня важкості. Тривалість захворювання становила від 2 до 6 років. Група контролю складалась із 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Був виконаний обсяг досліджень: загальний клінічний аналіз крові та сечі, прискорену реакцію на сифіліс, глікемічний профіль крові, флюорографію органів грудної клітки, ЕКГ, копрологічне дослідження, біохімічні тести з функціональними пробами печінки, УЗД органів черевної порожнини.

Результати. У хворих 2 групи виявлено вірогідне зниження коефіцієнта де Рітиса (АсАТ/АлАТ) на 28,2% (p<0,05), у 1 групі – на 23,4% (p<0,05) у порівнянні з ПЗО. Встановлено вірогідне підвищення вмісту загального білірубіну у хворих 2-ї групи у 2,2 рази (p<0,05) проти 1,5 рази у хворих 1-ї групи (p<0,05) у порівнянні з групою ПЗО. Максимально вірогідні показники тимолової проби були також у 2 групі порівняння (p<0,05). Виявлено підвищення активності ЛФ та γ-ГТ на 35,0% та 30,4% відповідно (p<0,05) у хворих на НАСГ та БА з ожирінням I ст проти 20,8% та 19,2 % (p<0,05) у хворих 1-ї групи та вмісту у крові жовчних кислот, які перевищували показники у ПЗО відповідно у 2,3 та 1,9 раза (p<0,05), що свідчить про наявність холестазу, який також у хворих 2 групи був виражений максимально.

Висновок. У хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі ожиріння I ступеня при приєднанні бронхіальної астми середньої тяжкості персистуючого перебігу у фазі загострення вірогідно зростає вміст у крові маркерів активності цитолізу гепатоцитів, холестазу та мезенхімального запалення, що свідчить про обтяжуючий вплив бронхіальної астми на перебіг НАСГ.

Грицак О.С.

**ТЕОРІЯ І ПРАКТИЧНА МОДЕЛЬ «ВІРТУАЛЬНОГО ЛІКАРЯ»
(КОМП'ЮТЕРНА АВТОМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПРОЦЕСУ)**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Науковий керівник: к.мед.н. Зенін В.В.

Вступ. Початок 21 століття вражає темпами росту розповсюдження гаджетів серед населення усього світу, їх мобільності та бюджетності (відносно аналогів кінця минулого століття). Напевно ніхто не уявляє сучасне життя без смартфона, планшета, ноутбука, не говорячи вже про стаціонарні ПК. Саме тому, постає питання про автоматизацію діагностичного процесу, що дозволить у перспективі: поліпшити якість надання медичної допомоги, зменшити час оцінки стану пацієнта, полегшить диференціальну діагностику захворювань, значно заощадить витрати, тощо. Першим кроком у цьому напрямку може стати автоматизація оцінки показників лабораторних та інструментальних досліджень. Було прийнято рішення почати цей процес з найбільш поширеного скринінгового методу дослідження у світі, а саме загального аналізу крові.

Метою роботи було створення мультиплатформної програми для оцінки даних ЗАК, що дозволить визначати відхилення від норми, орієнтовні діагнози, найбільш доцільну подальшу діагностичну тактику для підтвердження або диференціації діагнозів, забезпечить користувачів віртуальною консультацією різнопрофільними спеціалістами

Матеріали та методи. Програма компілювалася у Visual Studio 2015 RC (безкоштовне розповсюдження по програмі Dream Spark for Students) по ліцензії для: itmultimedical@gmail.com. Алгоритм роботи базується на загальнотеоретичних даних і останніх дослідженнях (The CBC: More Information Than You Thought , Joann Deasy, PA-C. MPH; How to Interpret and Pursue an Abnormal Complete Blood Count in Adults, Ayalew Tefferi, MD, Curtis A. Hanson, MD, David J. Inwards, MD; Normal Ranges for CBC adopted 06/09 by UAMS from Chicago Children's Hospital; Гематологія і трансфузіологія, проф.Гайдукова, 2001р.). Для перевірки її роботи були використані дані ЗАК, взятих із 200 історій хвороб пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Львівської першої міської клінічної лікарні імені Князя Лева.

Результати. Створена програма ("Віртуальний лікар") інтерпретує ЗАК за лічені секунди базуючись на останніх дослідженнях у цьому напрямку. Результати перевірки на даних ЗАК пацієнтів були успішними (отримані при тестуванні висновки збігались з діагнозами, а запропонований програмою діагностичний алгоритм відповідав такому в картах стаціонарних хворих).

Висновки. Дана програма дозволяє значно економити час для інтерпретації ЗАК, виключаючи людський фактор; дає можливість зв'язатись з відповідним фахівцем для отримання дистанційної консультації. Так, як медицина не стоїть на місці, у перспективі можливе удосконалення коду (внесення змін в алгоритм роботи по даним нових досліджень; створення взаємозв'язків між програмами, що відповідатимуть за інтерпретацію інакших лабораторно-інструментальних методів досліджень). Тому можна вважати, що перший крок в автоматизації діагностичного процесу є успішним .

Гузій О.В., Коханюк Ю.В.

**ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
СТРАВХОДУ ТА МАРКЕРІВ АПОПТОЗУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ
РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

Буковинський державний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини

Науковий керівник: к.мед.н. Коханюк Ю.В.

Мета роботи. Дослідити морфологічні зміни слизової оболонки стравоходу (СОС) та маркери апоптозу у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) на тлі цукрового діабету (ЦД) типу 2 та удосконалити діагностику і прогнозування перебігу даної поєднаної патології.

Матеріали і методи: обстежено 82 хворих віком від 38 до 76 років: основну групу склали 55 хворих на ГЕРХ, поєднану з ЦД типу 2, яка поділялася на 1-у групу (19 пацієнтів) – ерозивна форма ГЕРХ (ЕГЕРХ) та 2-у групу (36 обстежених) – неерозивна ГЕРХ (НГЕРХ); у групу порівняння увійшло 27 пацієнтів з ГЕРХ, у яких при детальному обстеженні ЦД типу 2 виявлено не було, і які також були поділені на 3-ю (10 хворих) – ЕГЕРХ та 4-у групу (17 осіб) – НГЕРХ. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО). Морфологічні зміни вивчалися за допомогою використання забарвлення гематоксилін-еозину, бромфенолового синього за методом Мікель-Кальво, та PAS-позитивного забарвлення. Процеси апоптозу та проліферації досліджували шляхом визначення вмісту sAPO-1/Fas та епідермального фактора росту (ЕФР) у сироватці крові.

Результати досліджень. У результаті дослідження морфометричних параметрів СОС при ГЕРХ та ЦД типу 2 встановлено вірогідне зростання питомого об'єму міжклітинного матриксу та об'єму кровоносного русла стріми у хворих 1-ї групи на 19,3 % ($p<0,001$) та 18,6% ($p<0,001$) порівняно з хворими 2-ї групи. У хворих на ЕГЕРХ та ЦД типу 2 спостерігається вірогідне зниження оптичної густини PAS-позитивних речовин у сполучно-тканинних волокнах на 10,2% ($p<0,001$) порівняно з хворими на НГЕРХ та ЦД типу 2, а у обстежених з ЕГЕРХ без супровідної патології – на 11,7% ($p<0,001$) порівняно з особами з НГЕРХ із ізольованим перебігом.

Результати дослідження ступеня окислювальної модифікації білків (ОМБ) показали, що у хворих 1-ї групи, коефіцієнт R/B в епітеліоцитах багатошарового плоского епітелію, в ентероцитах та в сполучнотканинних волокнах вищий порівняно з аналогічними показниками у хворих 2-ї групи ($p<0,001$), із вірогідною відмінністю коефіцієнта R/B в ентероцитах з 3-ю та 4-ю групами ($p<0,05$).

Оцінюючи інтенсивність апоптозу та проліферації, ми визначили, що у хворих на ЕГЕРХ спостерігається істотніше порушення рівноваги процесів проліферації та апоптозу, ніж у пацієнтів з НГЕРХ. А саме, sFas/Apo-1 у обстежених 1-ї та 3-ї груп знижувався в 7,55 ($p<0,001$) і 4,76 ($p<0,001$) разів, а у хворих 2-ї та 4-ї груп – у 2,61 ($p<0,001$) та 1,53 ($p<0,001$) рази у порівнянні з ПЗО. ЕФР у пацієнтів 1-ї групи зріс у 4 рази ($p<0,001$), у обстежених 2-ї групи – у 2,7 рази ($p<0,001$), у осіб 3-ї та 4-ї груп – у 3,3 ($p<0,001$) та 1,9 ($p<0,001$) рази.

Висновок. Отже, отримані дані свідчать про те, що ЦД зумовлює зростання частоти виявлення у хворих на ГЕРХ хронічного запалення, зниження оптичної густини PAS-позитивних речовин та підвищення ступеня ОМБ, істотне порушення рівноваги процесів проліферації та апоптозу, які були більш суттєві при ЕГЕРХ.

Дубинецька В.М.

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ
ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Кафедра неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: д.мед.н. Шкробот С.І.

Актуальність теми. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш поширених причин смертності і стійкої втрати працездатності. Кожного року на 2% зростає кількість хворих з травматичним ураженням головного мозку. Ускладнення ЧМТ у 20% випадків є причиною інвалідності, а у 47% – приводять до зниження працездатності.

Мета дослідження. Вивчення якості життя (ЯЖ) пацієнтів, які перенесли ЧМТ.

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів віком від 21 до 58 років. Чоловіків було – 36 (90%), жінок – 4 (10%). Використовували такі методи обстеження: загальноклінічний, клініко-неврологічний, нейрофізіологічний (ЕЕГ), рентгенологічний (рентгенографія черепа), нейровізуалізаційний (КТ, МРТ). Ступінь когнітивних порушень визначали за шкалою MMSE, а оцінку ЯЖ – за шкалою SF-36. Струс головного мозку діагностовано у 6 (15%) хворих, забій легкого ступеня – у 5 (12,5%), забій середнього ступеня – у 12 (30%), забій важкого ступеня – у 14 (35%), здавлення субдуральною гематомою – у 6 (15%), епідуральною гематомою – у 5 (12,5%). Закрита ЧМТ була у 30 (75%), відкрита проникаюча – у 10 (25%), перелом склепіння та основи черепа – у 12 (30%), комбінована – у 2 (5%). Легку ЧМТ діагностовано у 11 (27,5%) пацієнтів, середню – у 12 (30%), тяжку – у 17 (42,5%). В 1 (5%) пацієнтів тривалість післятравматичного періоду знаходиться в межах 0-3 місяців, у 4 (10%) – 3-6 місяців, у 9 (23%) – 6-12 місяців, у 6 (15%) – 1-3 роки, у 20 (50%) – більше 3 років.

Результати дослідження. Середній вік обстежуваних – $40,45 \pm 1,71$ роки. Ведучими неврологічними синдромами були: лікворно-гіпертензивний – у 37 (92,5%), зміни з боку ЧМН (II, III, VII, VIII) – у 20 (50%), астенічний – у 26 (65%), псевдобульбарний – у 18 (45%), координаторні порушення – у 20 (50%), екстрапірамідної недостатності – у 11 (28%), парези – у 5 (12,5%), кіркові розлади – у 4 (10%), порушення чутливості – у 7 (18%), судомний синдром – у 4 (10%) пацієнтів. За даними КТ у 11 (27,5%) хворих спостерігається розширення бокових шлуночків та конвекситальних борозен, у 7 (17,5%) – дефект кісток черепа, у 6 (15%) – видимі атрофічні зміни, у 13 (32,5%) – кісти. На очному дні у 18 (45%) пацієнтів виявлено ангіопатію сітківки, у 9 (22,5%) зміни ДЗН у вигляді збліднення, у 4 (10%) – часткова атрофія ДЗН. За шкалою MMSE у 15 (38%) – наявні когнітивні порушення, у 5 (12,5%) – виявлена деменція легкого ступеня вираженості. Згідно шкали SF-36, у всіх пацієнтів показники якості життя є низькими, за винятком рубрики фізичного функціонування (PF). Найнижчий показник ($p < 0,05$) відмічається в рубриці рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP). Показники психічного компоненту здоров'я в обстежуваних пацієнтів достовірно ($p < 0,05$) є нижчими від показників фізичного компоненту. Найнижчу ЯЖ було відмічено у пацієнтів із деменцією легкого ступеня. Проте, у пацієнтів як із переддементними когнітивними порушеннями, так із деменцією легкого ступеня достовірно нижчими ($p < 0,05$) є зміни у рубриці рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP). Гіршу якість життя мають пацієнти, які перенесли ЧМТ 3-6 місяців та 1-3 роки тому. У пацієнтів із післятравматичним періодом тривалістю 3-6 місяців достовірно найнижчим ($p < 0,05$) є рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), з періодом 1-3 роки та більше 3 років найнижчим є рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), з періодом 6-12 місяців найнижчою є інтенсивність болю (BP). Значно нижча якість життя спостерігається в осіб із середньою та тяжкою ЧМТ, зокрема найнижчі дані виявлено в рубриці рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP).

Висновки. На ЯЖ пацієнтів після перенесеної ЧМТ впливає тяжкість травми та тривалість післятравматичного періоду. ЯЖ у пацієнтів, які перенесли ЧМТ достовірно нижча від ЯЖ у контрольній групі. Найнижчу ЯЖ мають пацієнти із деменцією легкого ступеня, тривалістю післятравматичного періоду 3-6 місяців та 1-3 роки, середньою та тяжкою ЧМТ. Пацієнти після перенесеної ЧМТ потребують визначення ЯЖ для оптимізації лікування у відновному та резидуальному періодах травми.

Запарна О.М., Мєдвєдь О.Л.
ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
Сумський державний університет, медичний інститут

Науковий керівник: к.мед.н. Дудченко І.О.

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є поліетіологічною хворобою, що розвивається як наслідок генетичних змін, так і під впливом факторів зовнішнього середовища. Вивчення генетичних чинників, які впливають на розвиток, перебіг захворювань, забезпечення ранньої профілактики є головною проблемою сучасної медицини. Велике значення вирішенні даної проблеми надається вивченню Arg389Gly поліморфізму гену β_1 -адренорецепторів (ADRB β_1).

Матеріали та методи. Робота базується на результатах комплексного обстеження 105 хворих на есенціальну АГ II стадії 2 ступеня та 90 практично здорових осіб, у яких відсутні захворювання серцево-судинної системи. Основою діагностики АГ є рекомендації адаптованої клінічної настанови «Артеріальна гіпертензія» (2012), які базуються на результатах детального клініко-інструментального обстеження хворих.

Обстежені пацієнти були розділені на дві групи: I групу склали 37 пацієнтів із нормальною масою тіла (ІМТ до 24,9 кг/м²); II групу – 68 пацієнтів із абдомінальним типом ожиріння (ІМТ від 30,0 до 39,9 кг/м²).

Для вирішення проблеми нами були проведені клініко-лабораторні, інструментальні та медико-генетичні дослідження (Arg389Gly поліморфізму гену ADRB β_1 визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів). Антропометричне дослідження включало: визначення маси тіла, зросту та ІМТ. За абдомінальний тип ожиріння приймали окружність талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок.

Отримані дані аналізували за допомогою програми SPSS Statistics.

Отримані результати. Встановлено, що у пацієнтів із ожирінням, які є носіями генотипів Arg389Arg + Arg389Gly, ризик виникнення АГ у 4 рази вищий, ніж у носіїв Gly389Gly генотипу (ВШ=4,0, 95% ДІ 1,49-11,04; $p=0,004$). Доведено, що серед хворих на АГ в поєднанні із ожирінням, що є носіями Arg389Arg та Arg389Gly генотипів, частота серцевих скорочень на 13% та 17% вища порівняно з носіями Gly389Gly генотипу відповідно ($p_1<0,001$; $p_2=0,001$). Даної залежності не встановлено серед хворих із нормальною масою тіла.

Хворі на АГ в поєднанні з ожирінням, носії Arg389Arg та Arg389Gly генотипів, мають на 6% вищий рівень систолічного артеріального тиску, ніж носії Gly389Gly генотипу ($p_1<0,001$; $p_2=0,001$ відповідно). У той же час у хворих на АГ із нормальною масою тіла вказана різниця становила лише 3%.

Висновки. У процесі дослідження встановлено, що серед хворих на ожиріння Arg389Arg, Arg389Gly генотипи за Arg389Gly поліморфізмом гену β_1 -адренорецепторів є прогностично несприятливими щодо ризику розвитку артеріальної гіпертензії та тяжкості її клінічного перебігу.

Здинюк Н.О., Кулачек В.Т.
ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ
ПРОГРЕСУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОЇ НЕФРОПАТІЇ
Буковинський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини

Науковий керівник: к.мед.н. Кулачек В.Т.

У хворих на ревматоїдний артрит (РА), не дивлячись на численні сучасні досягнення в нефрології та ревматології, недостатньо вивчені механізми розвитку прогресування уражень

нирок, фактори ризику і шляхи впливу на них з метою зниження темпів прогресування патології нирок.

Мета дослідження: дослідити окисдантно-прооксидантний стан та вміст β_2 -мікроглобуліну в крові та сечі на різних етапах еволюції хронічної хвороби нирок (ХХН) у хворих на РА з ураженням нирок.

Матеріал та методи. Обстежено 113 хворих на РА II-III активності. Середній вік обстежуваних $46,92 \pm 7,13$ років. Тривалість хвороби до моменту включення в дослідження становила в середньому $10,59 \pm 4,17$ років. Хворих було розподілено на групи по стадіям ХХН (I-III). Контрольну групу становили 20 здорових осіб. Обстеження включало загальноприйняті методи обстеження з метою встановлення активності артриту та наявності ниркової патології. Крім загальноклінічних лабораторних аналізів хворим було визначено рівень β_2 -мікроглобуліну у крові та сечі за допомогою імуноферментного аналізу, показники малонового діальдегіду крові та сечі, глутатіону відновленого, глутатіон-S-трансферази та глутатіон-пероксидази у крові хворих.

Результати дослідження. Виявлено в еволюції ХХН I-III ст. у хворих на РА прогресуючу активацію перекисного окиснення ліпідів та зниженню антиоксидантного захисту, що найінтенсивніше проявляється зниженням глутатіону відновленого у крові ($p < 0,05$) глутатіон-пероксидази ($p < 0,05$) та зростанням малонового діальдегіду сечі ($p < 0,001$). У хворих на РА з ХХН II-III ст. виявлено вірогідне підвищення показників β_2 -мікроглобуліну крові ($p < 0,05$) та β_2 -мікроглобуліну сечі за наявності інтерстиціальних пошкоджень ($p < 0,05$). Вміст β_2 -мікроглобуліну сечі корелював з малоновим діальдегідом сечі ($r = 0,71$) ($p < 0,05$), С-реактивним протеїном ($r = 0,71$) ($p < 0,05$), та ШКФ ($r = -0,66$) ($p < 0,05$).

Висновок. Дослідження вказаних показників у хворих на РА є важливим для виявлення ранніх стадій ХХН та попередження її прогресування.

УДК 616.61-085.38-073.27

Зуб А.О.

ПОШИРЕНІСТЬ ОСНОВНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЕФЕРЕНТНИХ МЕТОДІВ НИРКОВО-ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ СМЕРТНОСТІ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ НЕФРОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ ПОКЛ

Українська медична стоматологічна академія

Кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами

Наукові керівники: д.мед.н. Катеренчук І.П., к.мед.н. Ткаченко Л.А.

Всупереч фактичній наявності високотехнологічних методів нирково-замісної терапії (НЗТ) при термінальній стадії хронічної хвороби нирок (ХХН), залишається низка невирішених проблем, які суттєво погіршують якість життя пацієнтів і завдають значних економічних збитків, а смертність хворих є досить високою і залишається незмінною протягом останнього десятиріччя, що робить дану роботу особливо актуальною. Своєчасна діагностика та індивідуалізоване лікування ускладнень НЗТ дозволяють продовжити тривалість та покращити якість життя пацієнтів з ХХНVD.

Мета роботи: дослідити взаємозв'язки між окремими проявами ХХНVD та ускладненнями еферентної НЗТ, відобразити спектр найпоширеніших з цих ускладнень на прикладі хворих з ХХНVD, що перебували на лікуванні у діалізному відділенні нефрологічного центру ПОКЛ у 2010-2015 рр.

Завдання: визначити спільні для ПД і ГД ускладнення та дослідити їх поширеність серед пацієнтів вибірки залежно від методу діалізу; дослідити вплив кожного з ускладнень на статистичні показники смертності серед пацієнтів на ГД і ПД.

Наукова новизна полягає у виокремленні найсуттєвіших ускладнень еферентної НЗТ та визначенні їх рейтингового значення у структурі смертності пацієнтів регіонального нефрологічного центру, що перебувають на перитонеальному чи гемодіалізі.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз звітностей та окремих історій хвороб пацієнтів, що перебували на лікуванні у діалізованому відділенні нефрологічного центру ПОКЛ у 2010-2014 рр. Проаналізовано такі показники, як кількість пацієнтів з ХХНВ, їх гендерний розподіл, нозологічна структура причин, що призвела до термінальної ХНН, нозологічна структура смертності окремо для ГД і ПД, розподіл пацієнтів за рівнем гемоглобіну, та методами корекції анемії. Було визначено середні показники смертності окремо для ГД і ПД, а також частку кожної з причин летальних випадків у структурі смертності.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 75 пацієнтів, що знаходились на лікуванні у діалізованому відділенні протягом першого півріччя 2015 року (з них 50 на ГД та 25 на ПД). Причому, зверталась увага на кількість пацієнтів, яким було діагностовано ту чи іншу патологію до діалізу, та кількість пацієнтів, яким діагноз був встановлений після початку діалізу, що дало змогу встановити абсолютний та відносний приріст виявлення окремих проявів кардіо-васкулярного синдрому (КВС), анемії, дисліпідемії.

Результати. При проведенні аналізу історій хвороб досліджуваної групи (75 пацієнтів) було встановлено чіткий взаємозв'язок між переведенням хворих на еферентні методи НЗТ та розвитком основних проявів КВС: частота діагностики концентричної ГМЛШ зросла у 2 рази на ГД і у 7,3 рази на ПД, а гіпертрофії міокарда лівого передсердя серед ГД-пацієнтів – у 3 рази, причому, у 84 і 100% пацієнтів на ГД і ПД відповідно – на фоні гіпертензивного серця. Приріст 12,5% мала ІХС на ГД, кількість випадків кардіосклерозу зросла на 40% у ГД-пацієнтів і у 1,5 рази у ПД-пацієнтів.

Суттєвий приріст мала частота випадків синусової тахікардії у пацієнтів на ГД (у 5 разів), та вперше діагностована синусова тахікардія на ПД у 7 пацієнтів (28% обстежуваних). Уваги заслуговують також випадки вперше діагностованих після початку діалізу гетеротопних порушень ритму у 24% пацієнтів на ГД і у 8% - на ПД при відносно нечастих випадках порушення провідності (по 8% пацієнтів як на ГД, так і на ПД). З початком діалісної терапії ознаки генералізованого атеросклерозу було виявлено у 28% пацієнтів на ГД та 12% - на ПД.

Після початку діалізу відзначається стабілізація пацієнтів на ГД з анемією тяжкого ступеня (частка їх зменшується з 40% до 16%, поширеність анемії середнього ступеня залишається незмінною – 60%, а у 24% пацієнтів діагностовано анемію легкого ступеня), а серед ПД-пацієнтів анемія має тенденцію до прогресування (у 4% випадків – легкого ступеня, 52% - середнього і 40% - тяжкого при первинно діагностованій у 12% пацієнтів анемії легкого ступеня). Ці показники можна пояснити відсутністю державної програми, яка забезпечує ПД-пацієнтів ЕПСП (аналогічна програма доступна лише для ГД-пацієнтів).

Середній показник загальної смертності відповідно до звітностей відділення становив 14,01% для ГД і 16,16% для ПД, левову частку (52,78%) для пацієнтів на ГД становили ССЗ (для пацієнтів на ПД цей показник склав 20,45%); церебро-васкулярні захворювання (ЦВЗ) – 9,4% для ГД і 8,6% для ПД.

Висновки. Ініціація діалісної терапії у обох досліджуваних групах (як для ГД-, так і для ПД-пацієнтів) прискорює розвиток її найпоширеніших ускладнень – КВС, дисліпідемії та анемії, причому, якщо у ПД-пацієнтів це пов'язано в основному з прогресуванням наявних патологій та коморбідних станів при порівняно невеликій частці у структурі смертності, то у ГД-пацієнтів це асоціюється з підвищеним ризиком летальності внаслідок перерахованих ускладнень та серцево-судинних захворювань зокрема.

Отже, доступні для більшості пацієнтів еферентні методи НЗТ (ГД і ПД) не є досконалими, оскільки не дозволяють одночасно компенсувати всі втрачені ниркові функції, прискорюючи розвиток фатальних ускладнень, що підштовхує до їх модифікації, пошуків та запровадження альтернативних методів діалізу, а також удосконалення законодавчої бази трансплантології, що дозволить розширити коло реципієнтів донорської нирки на теренах України і Полтавщини зокрема.

Кармазін Я. О.

**ХАРАКТЕР ТА ЧАСТОТА ВІСЦЕРОПАТІЙ У ХВОРИХ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ
ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ НИРКОВОЇ ЕКСКРЕЦІЇ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ**

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2

Науковий керівник: д.мед.н. Кондратюк В.Є.

Актуальність. Поширеність гіперурикемії (ГУ) в клініці внутрішніх хвороб має тенденцію до зростання. Це є суттєвим, оскільки з ГУ пов'язують розвиток патологічних змін з боку багатьох органів та систем.

Мета дослідження: визначити характер та частоту ураження внутрішніх органів (серця, судин, суглобів, нирок) залежно від рівня ниркової екскреції сечової кислоти (СК).

Матеріали та методи: Обстежено 85 хворих з ГУ, проведено такі обстеження: клінічні (збір анамнезу, фізикальне обстеження, вимірювання артеріального тиску, зросту, маси тіла), лабораторні (визначення рівня СК, креатиніну, холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів високої щільності, ліпопротеїдів низької щільності, ліпопротеїдів дуже низької щільності в крові, добової уратурії), інструментальні (ехокардіографія, електрокардіографія) та статистична обробка результатів. Залежно від величини добової ниркової екскреції СК хворі були розподілені на 2 групи, I група – 43 хворих з нормальною добовою екскрецією СК ($2981,16 \pm 556,22$ мкмоль), II група – 42 хворих зі зниженою добовою екскрецією СК ($1381,27 \pm 380,5$ мкмоль), співставні за віком, статтю, рівнями систолічного та діастолічного артеріального тиску, СК крові.

Отримані результати: у хворих II групи (гіпоекскретори) частіше виявлялася артеріальна гіпертензія (АГ) на 18% ($p < 0,01$) з переважанням систоло-діастолічної форми, концентрична гіпертрофія лівого шлуночка, ішемічна хвороба серця (стенокардія напруження ФК II-III, фібриляція передсердь, інфаркт міокарду в анамнезі) – на 12% ($p < 0,05$). У хворих II групи частота тофусної подагри була більшою на 15% ($p < 0,01$), а хронічний подагричний артрит мав більш важкий перебіг. У хворих II групи була більшою частота тубулоінтерстиціального ураження нирок як прояв подагричної нефропатії, цукрового діабету 2 типу – на 10% ($p < 0,05$), спостерігалась тенденція до вищого рівня загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів в порівнянні з I групою. Частота ожиріння була однаковою в обох групах хворих; в I групі частіше на 6% зустрічалась сечокам'яна хвороба.

Висновки: ГУ призводить до розвитку вісцеропатій, характер та частота яких більше виражена у хворих зі зниженим рівнем ниркової екскреції СК. З метою запобігання розвитку та прогресуванню вісцеропатій доцільно проводити корекцію ГУ з урахуванням рівня добової екскреції СК нирками, збільшуючи її медикаментозними та немедикаментозними засобами.

Куфтяк В.В.

**РОЛЬ ДИСБАКТЕРІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ТА
КОРЕКЦІЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ РІЗНОГО ВІКУ**

Буковинський державний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Науковий керівник: к.мед.н. Андрусак О.В.

Суттєву роль в рецидивуванні ВХ відіграє наявність супутньої патології кишківника. Це актуалізує проблему вивчення особливостей мікробного пейзажу товстої кишки в залежності від віку хворих, характеру і ступеня дисбактеріозу. Дослідження проведені у 63 хворих на

виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки. Дисбактеріоз товстої кишки виникає у абсолютної більшості хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (92–94%) незалежно від віку і є одним із суттєвих факторів раннього і частого рецидивування захворювання, а також зумовлює атипівність клінічної картини виразкової хвороби.

При виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки в період загострення мають місце стійкі зміни порожнинної мікрофлори товстої кишки: елімінація та виражений дефіцит корисної аутохтонної облигатної анаеробної мікрофлори і контамінація патогенними та умовнопатогенними мікроорганізмами у великій кількості. При виразковій хворобі, асоційованій з *Helicobacter Pylori*, ерадикація без лікувально-профілактичних заходів, спрямованих проти дисбактеріозу товстої кишки призводить до раннього і частого рецидивування захворювання.

Одним із найбільш ефективних методів лікування виразкової хвороби є удосконалене комплексне диференційоване відновне лікування з урахуванням характеру і ступеня вираженості порушень мікробного пейзажу товстої кишки, віку хворого, інтенсивності вільнорадикального окислення ліпідів, стану захисних протирадикальних систем організму. Диференційоване використання при цьому патогенетично обґрунтованих лікувально-профілактичних комплексів з включенням на протязі тривалого часу препаратів, що володіють ацидифікуючим ефектом, та бактерійних препаратів забезпечує адекватну направлену корекцію зміненої мікрофлори товстої кишки, проведення якої сприяє подовженню ремісії завдяки попередженню виникнення ранніх і частих рецидивів захворювання.

УДК 611.216.1-013-053.15

Лисенко В.В.

**КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ
ФОРМУВАННЯ ПСИХОПАТИЧНИХ ОСОБИСТОСТЕЙ
СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ СУБКУЛЬТУРИ «ФРІК»**

Буковинський державний медичний університет

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка

Науковий керівник: к.мед.н. Русіна С.М.

Актуальність роботи. Поширеність молодіжних субкультур у розвинутих країнах світу нажалі не оминає Україну. Особливо це стосується поширеності бодімодифікацій субкультури «Фрік» (виродок). Це явище не може залишатися поза увагою медицини, а особливо – психіатрії, з тієї простої причини, що її поширення, з рештою, призведе до тотального виродження і деградації суспільства в цілому.

Мета роботи: дослідити фактори ризику та особливості формування психопатичних рис особистості серед представників субкультури «Фрік».

Матеріали та методи. Досліджено 25 осіб контрольної групи у віці до 30 років, 25 осіб приналежних до субкультури «Фрік» у віці до 35 років (виродок) із застосуванням експериментально-психологічного, клініко-психопатологічного (метод клінічного інтерв'ю), статистичного методів. Серед досліджуваних виявлено: гіпертимний тип акцентуації у 4%, екзальтований тип виявлений у 20%, демонстративний тип у 12%, збудливий тип у 28%, циклоїдний тип спостерігався 4%, педантичний тип встановлено у 38%. У досліджуваній групі виявлено наступні психопатії: істеричний розлад особистості (істерична психопатія) у 12%, шизоїдний розлад особистості (парабулічна шизоїдна психопатія) у 20% досліджуваних, параноїдний розлад особистості (паранойяльна психопатія) склала 16%, емоційно-нестійкий розлад особистості виявлений у 12% осіб, гіпертимно-циркулярний тип (циклоїдна психопатія) 8%, перверзні психопатії 32%.

Результати дослідження. Представники субкультури «Фрік» є психопатичними особистостями, які сформувалися на основі певних акцентуацій характеру. Доведено, що суттєвими факторами ризику є вплив на емоційно-вольову нестійкість особистості, особливо

підлітків та молоді, різноманітних факторів зовнішнього середовища, а саме: брак виховання та самовиховання в морально-етичному, духовному, естетичному напрямках; широкий доступ до Інтернет ресурсу із соціально-несумісним контентом субкультурної ідеології.

Висновок. Представники даної субкультури є суспільно-небезпечним, як для себе (спотворюючи своє тіло) так і для свого оточення (залучаючи нових членів). Терпиме ставлення суспільства до різноманітних субкультурних течій («Стиляги», «Емо», «Панки», та найзагрозливішої – «Фрік»). Підлітковий вік – це група ризику по акцентуаціям та розладам особистості, яка знаходиться в процесі формування.

УДК 616.8-009.62-08

Максимейко А.П.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Українська медична стоматологічна академія

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою

Науковий керівник: к.мед.н. Силенко Г.Я.

Біль є найбільш поширеним симптомом, з яким хворі звертаються до лікаря. За міжнародною асоціацією – це неприємне відчуття і емоційне переживання, асоційоване з наявним або потенційним пошкодженням тканин.

Метою проведеного дослідження стало вивчення ефективності лікування нейропатичних больових синдромів з зас тосування препарату «Габантин».

Матеріали та методи. На базі неврологічного відділення 5 міської клінічної лікарні м.Полтава в умовах стаціонару було обстежено 30 хворих (16 жінок, 14 чоловіків) з хронічними больовими синдромами, обумовленими діабетичною полінейропатією (15 осіб), постгерпетичними невралгіями (6 осіб), вертеброгенними полінейропатіями (9 осіб). Хворі були розділені на дві групи. І групу (основну) склали 15 пацієнтів які в комплексі з традиційною терапією отримували препарат «Габантин» в дозі 300 мг 2 рази на добу. До II групи увійшли 15 пацієнтів, які отримували базисну терапію. Базисна терапія включала нестероїдні протизапальні препарати, анальгетики, міорелаксанти, вітамінотерапію, препарати ліпоєвої кислоти. Для об'єктивізації больового синдрому, визначення особистісних особливостей пацієнта, рівня тривоги, наявності депресії, порушення життєдіяльності та контролю за ефективністю застосовуваної терапії використані уніфіковані шкали: візуальна аналогова шкала болю (ВАШ), опитувальник болю Мак-Гіла, шкала інтенсивності больового синдрому, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Бека. Для визначення нейропатичного болю застосовували спеціальні опитувальники: DN4, больова шкала LANSS.

Після проведеного лікування в обох групах пацієнтів відмічали зменшення больового синдрому. Згідно шкали ВАШ ми спостерігали зменшення цього показника в 2,1 рази у пацієнтів I групи, та в 1,7 рази у хворих II групи. У пацієнтів, що приймали «Габантин» ранговий індекс болю за Мак-Гілом зменшувався практично в два рази, а у пацієнтів, які знаходилися тільки на базовому лікуванні даний показник зменшувався тільки в півтора рази. При аналізі показника шкали інтенсивності больового синдрому ми встановили, що даний показник був значно меншим у хворих, особливо, першої групи. При порівнянні показника інтенсивності больового синдрому між першою та другою групою ми встановили його менший рівень у першій групі в 1,2 рази.

В результаті лікування спостерігали достовірне зниження рівня депресії по шкалі Бека у пацієнтів першої групи в 2,4 рази, а в пацієнтів другої групи в 1,7 рази. При порівнянні даного показника між дослідними групами його рівень був 1,4 рази нижчим в I групі. Для підвищення ефективності лікування хворих з нейропатичним больовим синдромом рекомендовано до схеми традиційного лікування додавати препарат "Габантин в дозі 300 мг 2 рази на добу.

Медведєв М.В.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМІВ GLU298ASP ГЕНА NOS3, A1166C ГЕНА ATR1 ТА PRO12ALA ГЕНА PPAR γ 2 НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Науковий керівник: д.мед.н. Хайтович М.В.

Вступ. При всій медико-соціальної значимості первинної (есенціальна) артеріальної гіпертензії (ПАГ) ефективність заходів щодо профілактики та лікування, на сьогоднішній день, відзначається як недостатня, яка вимагає постійного удосконалення. Така ситуація обумовлена низьким рівнем виявлення ПАГ.

Доведено, що витоки захворювання ПАГ формуються в дитинстві. Численними дослідженнями визначено коло кандидатних генів, залучених у формування та стабілізацію АГ, проте ці дані вкрай суперечливі та потребують подальшого вивчення.

Матеріали і методи. Обстежено 83 підлітки віком від 9 до 17 років із ПАГ. Молекулярно-генетичні особливості генів досліджували методом ПЛР. Вивчали алелі поліморфних ділянок Glu298Asp гена ендотеліальної синтази оксида азоту (NOS3), A1166C гена рецептора ангіотензину II 1 типу (ATR1) та Pro12Ala в гені нуклеарного рецептора- γ 2 активатора проліфератора пероксисом (PPAR- γ 2), один раз до лікування шляхом виділення геномної ДНК.

Результати. За даними проведених молекулярно-генетичних досліджень встановлено, що частота алейних варіантів Glu/Glu, Glu/Asp і Asp/Asp в гені NOS3 була відповідно 44,6%; 43,4%; 12,0% у пацієнтів із АГ та 24,6%; 75,4%; 0,0% - у підлітків контрольної групи. У порівнянні з контрольною групою у підлітків з ПАГ зазначається: збільшення частоти генотипу Glu/Glu гена NOS3 в 1,8 разів, зниження частоти генотипу Glu/Asp в 1,7 рази.

У хлопчиків високі ($139,73 \pm 3,1$) значення показників середньоденного САТ зареєстровані в разі генотипу Ala/Ala гена PPAR γ 2, а найнижчі ($126,51 \pm 2,2$) – Pro/Ala гена PPAR γ 2. У підгрупі дівчаток високі значення ($130,94$) показників середньоденного САТ виявлені при генотипі Glu/Glu гена NOS3, а найнижчі ($122,6 \pm 2,8$) – при алельному варіанті Ala/Ala гена PPAR γ 2.

Висновки. Поширеність поліморфізмів генів-кандидатів ПАГ в популяції здорових підлітків та підлітків з АГ мала найбільш виражені відмінності для алельних поліморфних ділянок Glu298Asp гена NOS3. Суттєво не відрізнялось розподілення генотипів A1166C гена ATR1 та Pro12Ala в гені PPAR γ 2. Діастолічний артеріальний тиск істотно залежав від асоціацій поліморфізмів генів NOS3 с і ATR1. Найбільш сприятливим у дівчаток було поєднання алелю С гена ATR1 з гомозиготним станом Glu/Glu гена NOS3. Значення показників середньоденного систолічний артеріального тиску корелювали з асоціацією поліморфізмів генів PPAR γ 2 і ATR1. Достовірно середньоденні значення САД були вище у хлопчиків з ПАГ з Ala/Ala поліморфізмом гена PPAR γ 2.

Пайонк М.П.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ У ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології

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

ВІЛ-інфекція/СНІД є глобальною світовою проблемою та однією з найбільш актуальних проблем сучасної дерматовенерології через стійку тенденція до збільшення випадків ВІЛ-

інфекції/СНІДу у світі і в Україні зокрема, а також зростання серед ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД захворюваності на інфекційні та неінфекційні дерматози, які відзначаються тяжким клінічним перебігом та є причиною зниження чи втрати пацієнтами їх дієздатності.

Метою роботи було вивчити та проаналізувати структуру та клінічні особливості дерматологічних проявів ВІЛ-інфекції/СНІДу у жителів Чернівецької області.

Проведено аналіз медичних карт 450 осіб, з них 356 (79,1%) – ВІЛ-інфіковані особи та 94 (20,9%) – хворі на СНІД, які перебувають на обліку в Обласній комунальній установі “Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”.

Встановлено, що серед дерматологічних проявів ВІЛ-інфекції/СНІДу у жителів Чернівецької області найбільш часто виникають інфекційні захворювання шкіри (у 92,9% пацієнтів), серед них найчастіше дерматомікози (у 70,2%), у половини (51,6%) пацієнтів – вірусні дерматози, гнійничкові захворювання шкіри (піодермії) – у кожного шостого (16,4%) пацієнта, при цьому змішані інфекційні дерматози діагностовано у третини (у 38,2%) осіб. Неспецифічні дерматози виявлено у кожного четвертого (у 26,2%) ВІЛ-інфікованого. Водночас, саркома Капоши, як термінальна стадія захворювання, виявлена лише у п’яти хворих на СНІД, що становить близько 1% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб – мешканців Чернівецької області. Також встановлено, що клінічними особливостями дерматологічних проявів ВІЛ-інфекції/СНІДу у жителів Чернівецької області є поширений багатогнищевий характер ураження шкіри з нетиповою локалізацією висипки, розвиток значної кількості елементів висипки; наявність різко запальних явищ у ділянці висипки з проявами гіперемії, набряку, геморагій; утворення глибоких елементів висипки та виразок, які тяжко піддаються епітелізації; дерматози резистентні до стандартних методів лікування, відзначається їх затяжний перебіг та часті рецидиви.

УДК 616.831-06: 616.379-008.64-07-08-084

Рандюк Р.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД ПОКАЗНИКІВ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Науковий керівник: д.мед.н. Пашковська Н.В.

Цукровий діабет останнім часом набув ознак неінфекційної епідемії, яка становить глобальну медичну проблему й загрозу для здоров’я людства. Порушення когнітивної сфери є невід’ємною частиною клінічної картини цукрового діабету, що перешкоджають адаптації хворого, негативно впливають на комплаєнс і, як наслідок, на перебіг захворювання.

Мета роботи: з’ясувати особливості когнітивних функцій у хворих на цукровий діабет типу 2 залежно від показників інсулінорезистентності.

Матеріали і методи. Обстежено 48 хворих на цукровий діабет типу 2 та 25 практично здорових осіб. Для оцінки когнітивних функцій використовували тест MMSE (міні-тест оцінки психічного статусу), методику оцінки уваги за таблицею Шульте-Горбова та визначали когнітивні викликані потенціали (латентний періоду P300). Стан вуглеводного обміну оцінювали за показниками глікемії, інсулінемії та рівнем глікованого гемоглобіну, ступінь інсулінорезистентності встановлювали за величиною індексу маси тіла, показником обводу талії, а також індексами інсулінорезистентності HOMA та CARO. Математичну обробку даних проводили за допомогою програми Primer of Biostatistics. 4.03.

Результати. При цукровому діабеті типу 2 встановлено вірогідне ($P < 0,05$) зниження показника MMSE-тесту, гальмування сенсомоторних реакцій та подовження латентного періоду P300. Зареєстровано зворотні кореляційні зв’язки середньої сили між показником MMSE та рівнем глікемії, інсулінемії, глікованого гемоглобіну, індексом HOMA, індексом маси тіла й

обводом талії, а також прямі середньої сили між довжиною латентного періоду P300 та показниками інсулінемії, глікованого гемоглобіну, індексами HOMA, CARO, індексом маси тіла, обводом талії.

Висновки. Цукровий діабет типу 2 супроводжується когнітивними порушеннями із вірогідним зниженням показника міні-тесту оцінки психічного статусу (на 7%, $P<0,05$) до рівня помірних когнітивних порушень, гальмуванням сенсомоторних реакцій, подовженням латентного періоду когнітивних викликаних потенціалів (на 9,8%, $P<0,05$). Інтелектуально-мнестичні порушення при цукровому діабеті типу 2 асоційовані із індексом маси тіла, обводом талії, показниками компенсації діабету та інсулінорезистентності, водночас виявляють слабку залежність від тривалості захворювання.

УДК: 616–06:616–008.6–08

Секрет Т.В.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ КОМОРБІДНОГО СТАНУ АУТОІМУННОГО ГЕНЕЗУ (ГІПОТИРЕОЗ, ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ) ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Науковий керівник: д.мед.н. Власенко М.В.

Актуальність. Вплив гормонів щитовидної залози на формування дихальної системи виявлено вже на стадії внутрішньоутробного розвитку, адже вони впливають на утворення β -рецепторів і виробництво сурфактанту. Виявлено зворотню залежність між силою інспіраторних та експіраторних м'язів і концентрацією тиреотропного гормону у хворих на гіпотиреоз. Тому, є вкрай важливим визначати функціональний стан щитовидної залози у хворих на обструктивні захворювання легень. Не менш цікавим є факт зміни показників органів дихання на фоні некомпенсованого гіпотиреозу.

Мета роботи: встановити функціональний стан щитовидної залози на тлі обструктивних захворювань легень і, навпаки, вивчити стан бронхолегеневої системи у хворих на гіпотиреоз.

Матеріали і методи. Першочергово було обстежено 35 хворих на гіпотиреоз і 20 хворих на обструктивні захворювання легень. В усіх пацієнтів вивчали анамнез життя і захворювання, аналізували перебіг гіпотиреозу, бронхіальної астми і ХОЗЛ. Всім пацієнтам визначали рівень гормонів щитовидної залози та показники спірографії.

Результати та обговорення. Обстежено 35 хворих на гіпотиреоз аутоімунного генезу. Середній вік обстежених від 35-63 років, переважали жінки: 29 проти 6 чоловіків. Серед 35 хворих на гіпотиреоз виявлено, що 10 пацієнтів хворіли на бронхіальну астму і 9 – страждали ХОЗЛ. Гормональний статус всіх пацієнтів з обструктивними захворюваннями легень вказував на декомпенсований стан. Середня доза замісної гормональної терапії L-тироксину була $1,63\pm 0,22$ мкг/кг, порівняно з пацієнтами із гіпотиреозом без обструктивних захворювань – $1,05\pm 0,13$ мкг/кг. При обстеженні пацієнтів з обструктивними захворюваннями легень на можливість мати знижену функцію щитовидної залози встановлено, що у 6 хворих із 11 на бронхіальну астму і у 3 із 9 хворих на ХОЗЛ були зміни гормонального статусу щитовидної залози (гіпотиреоз). Після підбору замісної гормональної терапії середня доза L-тироксину на добу склала $1,3\pm 0,24$ мкг/кг. При оцінці результатів спірограми у пацієнтів з обструктивними захворюваннями легень у поєднанні з гіпотиреозом, всі показники достовірно нижчі у порівнянні з відповідними показниками у хворих без супутнього гіпотиреозу.

Висновки. Отримані результати при обстеженні хворих на обструктивні захворювання легень і гіпотиреоз вказують на часте поєднання цих патологій. Компенсація гіпотиреозу у цих пацієнтів вимагає більших доз L-тироксину. Перебіг обструктивних захворювань легень на тлі гіпотиреозу більш важкий, ніж без нього, що вказує на необхідність обов'язкового досягнення компенсації з боку порушення функції щитовидної залози.

Скрипник Р.І

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ОЦІНКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ЛЕЙКЕМІЇ

Українська медична стоматологічна академія

Науковий керівник: к.мед.н. Маслова Г.С.

Актуальність. Основним методом лікування гострих (ГЛ) і хронічних (ХЛ) лейкозів є програмна поліхіміотерапія (ПХТ), проблеми проведення якої полягають у наявності високого ризику розвитку уражень з боку різних органів і систем, у тому числі і шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Формування ерозивно-виразкових уражень (ЕВУ) ШКТ може бути фактором, що лімітує дотримання доз і режимів введення цитостатиків, погіршує ранні і віддалені результати. Отже, особливе значення має визначення предикторів розвитку та особливостей клінічної симптоматики ЕВУ гастродуоденальної зони (ГДЗ) у хворих на ГЛ і ХЛ в динаміці ПХТ.

Мета – вивчити особливості клінічної оцінки ризику формування ЕВУ слизової оболонки (СО) ГДЗ у хворих на ГЛ і ХЛ.

Матеріали і методи. Обстежено 159 хворих на лейкоз, які були розподілені на 2 групи залежно від виду гемобластозу: І (n=78) – хворі на ГЛ; ІІ (n=81) – хворі на ХЛ. Вік хворих становив 17-77 років, чоловіків 87(54,7%), жінок 72(45,3%). В динаміці 1-го курсу ПХТ оцінювали наявність в анамнезі захворювань верхніх відділів ШКТ (хронічний гастрит (ХГ), виразкова хвороба шлунку (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ВХДК)), інфікованість *Helicobacter pylori* (НР), частоту розвитку і характер диспепсичного синдрому та ЕВУ ГДЗ, стан слизового бар'єру. За умов виникнення больового синдрому в епігастральній ділянці живота виконували фіброгастродуоденоскопію (ФГДС). В залежності від виявлення ЕВУ ГДЗ пацієнти І і ІІ груп додатково були розподілені на підгрупи: ІА (n=44) – хворі на ГЛ без ЕВУ ГДЗ; ІВ (n=34) – хворі на ГЛ з ЕВУ ГДЗ; ІІА (n=62) – хворі на ХЛ без ЕВУ ГДЗ; ІІВ (n=19) – хворі на ХЛ з ЕВУ ГДЗ. Стан слизового бар'єра ГДЗ оцінювали за концентрацією N-ацетилнейрамінової кислоти (NANA) у сироватці крові та рівня її екскреції із сечею, фукози, зв'язаної з білком у сироватці крові та рівень екскреції фукози із сечею до проведення ПХТ.

Результати та їх обговорення. За даними амбулаторних карт виявлено наявність хронічних захворювань верхніх відділів ШКТ у 24 (30,7%) хворих на ГЛ І групи (ХГ – у 13 (54,2%), ВХШ і ВХДК – у 7 (29,2%) пацієнтів) та у 35 (43,2%) хворих на ХЛ ІІ групи (ХГ – у 16 (45,7%), ВХШ і ВХДК – у 10 (28,6%) пацієнтів). Наявність НР-інфекції виявлено у 47 (60,2%) хворих на ГЛ І групи і у 54 (66,6%) хворих на ХЛ.

Під час проведення ПХТ зафіксовано розвиток диспепсичного синдрому у 72 (92,3%) хворих І групи і 41 (50,6%) пацієнтів ІІ групи. Виникнення скарг з боку верхніх відділів ШКТ відмічалось у всіх 24 (100%) хворих на ГЛ і у 27 (77,1%) хворих на ХЛ, які в анамнезі мали ХГ, ВХШ і ВХДК. Найбільш частою скаргою хворих були зниження апетиту, нудота, зміни смаку, які розвивались на 2-3-й дні введення ПХТ і тривали до 5-7 днів після її завершення. Частота виявлення болю, тяжкості і дискомфорту в епігастральній ділянці живота, відрижка кислим, печія значуще не відрізнялась у групах порівняння.

ЕВУ верхніх відділів ШКТ за результатами ФГДС виявлені у 34 (43,6%) хворих І групи та у 19 (23,4%) пацієнтів ІІ групи, із них хронічні захворювання верхніх відділів ШКТ мали місце у 16 (47%) і 15 (78,9%) пацієнтів відповідно, а НР-інфікування – у 28 (82,3%) і 17 (89,4%) хворих відповідно. За відсутності в анамнезі хронічних захворювань ШКТ ЕВУ шлунка і дванадцятипалої кишки зафіксовані у 18 (53%) хворих на ГЛ за умов гострої лімфобластної, монобластної, мієломонобластної лейкозії та у 4 (21,1%) хворих ІІ групи на фоні хронічної лімфобластної лейкозії.

Під час оцінки стану слизового бар'єру виявлено підвищення концентрації NANA у сироватці крові у хворих ІА підгрупи в 1,2 рази ($p<0,05$), у пацієнтів ІВ і ІІВ підгруп з ЕВУ ГДЗ на фоні ПХТ – в 1,3 рази ($p<0,05$) порівняно з нормою. Рівень екскреції NANA із сечею зростав

у хворих ІА і ІА підгруп в 1,36 і 1,34 рази відповідно та у пацієнтів ІВ і ІВ в 1,47 і 1,43 рази відповідно порівняно з показниками практично здорових осіб ($p<0,01$).

В ІА і ІА підгрупах хворих на ГЛ і ХЛ без ЕВУ ГДЗ концентрація фукози, зв'язаної із білком, у сироватці крові знижувалась в 1,5 і 1,36 рази відповідно ($p<0,05$) порівняно з нормою. У пацієнтів ІВ і ІВ підгруп спостерігалось максимальне зниження досліджуваного показника в 2,5 і 2 рази відповідно ($p<0,01$) порівняно з нормальними значеннями. Рівень екскреції фукози з сечею у хворих ІА і ІА підгруп знижувався в 1,2 рази відповідно ($p<0,01$), у пацієнтів ІА і ІВ підгруп – в 2 і 1,9 рази відповідно ($p<0,001$) у порівнянні із практично здоровими.

Висновки. Розвиток ЕВУ СО верхніх відділів ШКТ виявлений у 34 (43%) хворих на ГЛ і 19 (23,4%) хворих на ХЛ, що може бути пов'язано з більшою токсичністю схем ПХТ індукції ремісії для ГЛ. ЕВУ СО шлунка і дванадцятипалої кишки асоціюються з гелікобактерною інфекцією у 28 (82,3%) хворих на ГЛ і 17 (89,4%) пацієнтів із ХЛ. На фоні ГЛ ризик формування ЕВУ ГДЗ в динаміці ПХТ рівнозначно пов'язаний із наявністю ХГ, ВХШ та ВХДК в анамнезі та варіантом гемобластозу: лімфобластний, мієломобластний, монобластний). У хворих на ХЛ ризик розвитку ЕВУ уражень ГДЗ асоціювався у 15 (78,9%) пацієнтів із наявністю ХГ, ВХШ і ВХДК в анамнезі. Наявність диспепсичного синдрому виявлено у 72 (92,3%) хворих на ГЛ і у 41 (50,6%) хворих на ХЛ, що може бути пов'язано з більш вираженим рівнем ендотоксемії на фоні ГЛ і агресивної дії ПХТ. У хворих на ГЛ і ХЛ за умов розвитку ЕВУ ГДЗ виявлені порушення резистентності слизового бар'єру ГДЗ, які характеризуються підвищеною деградацією сіалопротейнів, зниженою продукцією фукопротеїдів, що можна вважати фактором ризику виразки в динаміці ПХТ.

УДК 616.329-002-007.271:616.342-002]-071-085.84

Сучеван А.Г., Рева Т.В., Павликівська Г.І.
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ ІЗ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ
РЕФЛЮКСОМ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЕЛЕКТРИЧНИМ ПОЛЕМ
ПОСТІЙНОГО СТРУМУ

Буковинський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Науковий керівник: к.мед.н. Рева Т.В.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) займає провідні позиції в сучасній клінічній медицині у зв'язку з прогресуючим зростанням захворюваності, частими рецидивами і не завжди задовільною ефективністю лікування. Жовчний (лужний, або біліарний) рефлюкс є важливим компонентом ГЕРХ, спричиняючи навіть більш тяжкі форми езофагіту, ніж ізольований кислий рефлюкс, обтяжує перебіг рефлюксної хвороби та є незаперечним фактором канцерогенезу.

Мета дослідження: вивчити передумови розвитку, психосоматичний стан, клінічні особливості перебігу ГЕРХ із супутнім дуоденогастральним рефлексом (ДГР), особливості ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу, рН-метрії та біліметрії, та ефективність застосування гальванічного струму у комплексному лікуванні.

Обстежено 70 хворих на ГЕРХ віком 28-63 років, середній вік становив $41,5\pm 8,3$ років. В основну групу відібрано 40 хворих з ГЕРХ із супутнім ДГР. Групу порівняння склали 30 пацієнтів з типовими симптомами гастроезофагеального рефлюксу. Комплексне дослідження включало опитування (опитувальник «GERD Screener», тестом САН), клінічне обстеження, антропометричні дослідження, лабораторне та інструментальне дослідження.

Супутній дуоденогастральний рефлюкс є чинником, що обтяжує перебіг ГЕРХ. При цьому спостерігаються більш інтенсивні клінічні прояви ГЕРХ (біль у надчеревній ділянці та за грудниною відмічався у 92,5%, гіркота у роті – 95%, періодичне здуття живота – 80%), що погіршує психосоматичний стан та якість життя пацієнтів. У більшості хворих із ДГР

діагностована надлишкова маса тіла (45%) та ожиріння I-го та II-го ступенів (32,5% та 7,5% відповідно), із переважанням ожиріння за абдомінальним типом (62,5%). Інтенсивність нітрозитивного стресу зростала із збільшенням інтенсивності запального процесу у слизовій оболонці стравоходу у хворих на ГЕРХ із рефлюкс-езофагітом. У хворих на ГЕРХ із ДГР частіше спостерігаються лужні (70%) та слабкокіслі рефлюкси, характерні більш тривалі рефлюкси (середньодобова кількість рефлюксів понад 5 хвилин становила $21,7 \pm 3,5$). При дослідженні ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу переважає ерозивна форма ГЕРХ (57,5% хворих). Концентрація жовчних кислот корелює із частотою візуальної реєстрації ДГР під час ендоскопії ($r=0,492$, $p<0,001$).

Застосування у комплексному лікуванні хворих на ГЕРХ із ДГР електричного поля постійного струму сприяє покращенню психосоматичного стану, функціонального стану нижнього стравохідного сфінктеру та пілоруса, зникненню або зменшенню проявів жовчного рефлюксу, нормалізації показників рН стравоходу, покращенню стану слизової оболонки стравоходу.

УДК 616.34-008.87-02:616.24-002.5-085.33

Сучко К.О., Тодоріко Л.Д.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ
ДИСБАКТЕРІОЗОМ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА

Буковинський державний медичний університет

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Науковий керівник: д.мед.н. Тодоріко Л.Д.

Дисбаланс мікробного пейзажу товстої кишки може діяти як тривале джерело інфекції та хронічного запалення, впливаючи на перебіг запальних захворювань різних органів та систем. У тому числі, не виключено вплив дисбактеріозу товстого кишечника (ДТК) на перебіг туберкульозу легень, проте дана проблема на сьогодні мало вивчена.

Мета дослідження. Установити особливості перебігу рецидиву туберкульозу (РТБ) легень при супутньому дисбактеріозі товстого кишечника.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих на РТБ легень: основна група 1 (гр. 1) – 27 пацієнтів із супутнім ДТК, контрольна група 2 (гр. 2) – 16 хворих без супутнього ДТК.

Результати. ДТК у хворих на РТБ характеризується дефіцитом біфідо-, лактобактерій, ешерихій з нормальною ферментативною активністю та підвищенням вмісту умовно-патогенних бактерій у порожнинному вмісті товстої кишки, серед яких переважають гриби роду *Candida*. Установлено, що у хворих на РТБ ДТК I ступеню спостерігався у 18,5 % хворих, ДТК II та III ступенів – у 48,2% та 33,3% випадків відповідно, тобто переважали більш важкі ступені ДТК ($p<0,05$).

У хворих із супутнім ДТК спостерігається вірогідно більш виражена ендогенна інтоксикація порівняно з хворими на рецидив без ДТК ($p<0,05$), що підтверджено вищими показниками індексів ендогенної інтоксикації. У хворих із дисбіотичними порушеннями спостерігається вірогідне підвищення показника реактивної відповіді нейтрофілів ($23,84 \pm 4,62$ у гр. 1 проти $10,72 \pm 4,8$ у гр. 2 ($p<0,05$)), що свідчить про активність нейтрофілів, як ланки неспецифічного імунітету, у відповідь на зростання кількості антигенів у товстому кишечнику внаслідок розмноження умовно-патогенних мікроорганізмів.

У хворих на РТБ із ДТК спостерігається вірогідно повільніша динаміка лікування порівняно з хворими гр. 2: позитивна клінічна динаміка протягом інтенсивної фази лікування спостерігалась у 81,5% випадків гр. 1 проти 93,8% випадків гр. 2 ($p<0,05$); припинення бактеріовиділення – у 44,4 % хворих основної групи проти 56,3 % у контрольній групі ($p<0,05$); закриття порожнин розпаду – у 29,6% випадків проти 43,8% випадків відповідно ($p<0,05$).

Висновок. Рецидив туберкульозу легень на фоні дисбактеріозу товстого кишечника характеризується більш вираженою та тривалою ендogenous інтокикацією, повільнішою динамікою лікування порівняно з випадками без дисбіотичних змін.

УДК 616.12-073.7

Ташук М.В., Вінтоняк М.О.

**КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ – ЗМІНИ СЕГМЕНТА ST,
ІНТЕРВАЛУ QT, ЗУБЦЯ T, ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ**

Буковинський державний медичний університет

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та
фізичного виховання*

Науковий керівник: к.мед.н. Іванчук П.Р.

З метою впровадження кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням варіабельності серцевого ритму (ВСР) та методів контролю і наслідків дисперсії інтервалу QT обстежено 61 пацієнт в розподілі діагнозів вегетосудинної/нейроциркуляторної дистонії (НЦД, n=21), стабільної стенокардії I функціонального класу (СтСт, n=20), хворих на гострий Q-інфаркт міокарда, що померли (ГІМ, n=20).

Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні та на висоті навантаження (велоергометрія) у хворих на НЦД і СтСт в зіставленні з ЕКГ надходження у хворих на ГІМ, що померли, з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою ВСР. За оцінки варіабельності інтервалу QT в програмі проаналізовані загальноприйняті показники: 1) «максимальна», «мінімальна» і «середня» тривалість інтервалів QT (QT_{макс}, QT_{мін}, QT_{сер}, с); 2) коригований інтервал QT_с за формулою H.Bazett ($QT_c = QT / \sqrt{RR}$, с^{1/2}); 3) дисперсія та коригована дисперсія QT (DQT, с, DQT_с, с^{1/2}) – різниця між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT та між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT-коригованих; 4) просторова варіабельність інтервалу QT за стандартним відхиленням QT і QT_с (QTSD, с, QT_сSD, с) – сумарний показник варіабельності величин корегованих інтервалів QT за весь період реєстрації ЕКГ.

Оцінка динаміки змін інтервалів QT за навантаження свідчить про зменшення QT_{макс}, QT_{мін}, QT_{сер} достовірно (p<0,001) в групах симпатичної або парасимпатичної реакції, інтервал DQT_с достовірно збільшувався за парасимпатичного (p=0,012) і за симпатичного (p=0,0061) типів реакції на висоті навантаження. Аналіз оцінки дисперсії QT в розподілі симпатичної/парасимпатичної реакції ВСР при НЦД і СтСт проти хворих на ІМ, що померли (група максимального ризику) свідчить, що показники тривалості і дисперсії QT достовірно переважали за ГІМ, а отже збільшення дисперсії QT за ГІМ обумовлює негативний прогноз.

УДК 616.133-018-091:616.379-008.64

Ткачук Н., Муцяк М.

**ТОВЩИНА КОМПЛЕКСУ ІНТИМА-МЕДІА ВНУТРІШНІХ СОННИХ АРТЕРІЙ
У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії

Науковий керівник: к.мед.н. Верещагіна Н.Я.

Актуальність теми. Відомо, що ураження серцево-судинної системи зумовлені цукровим діабетом (ЦД) посідають перше місце у структурі інвалідизації та смертності хворих на ЦД. Особи з підвищеною товщиною комплексу інтима-медіа внутрішніх сонних артерій (ТКІМ ВСА) мають високий ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

Мета: дослідити стан КІМ ВСА у хворих на ЦД І і ІІ типів, які знаходились на лікуванні в ТКМЛ №2.

Матеріали і методи: проведено обстеження 28-ми хворих з ЦД: 10 (35%) з ЦД І типу, 18 (65%) – ЦД ІІ типу, з них 16 чоловіків та 12 жінок, віком від 34 до 81 р.. Тривалість захворювання від 1 місяця до 26 р. Окрім клініко-лабораторного та інструментального обстеження, пацієнтам проводили доплерографічне ультразвукове дослідження (УЗД) ТКІМ ВСА на апараті «УЗД сканер Soho Ace PICO».

Результати: усіх обстежених, залежно від показників ТКІМ, розподілили на 2 групи: до 1-ї групи, з показником ТКІМ $<0,9$ мм, увійшло 9 (32%) хворих, 5 чоловіків та 4 жінки, віком від 34 до 55 р., з них у 7(78%) діагностовано ЦД І типу, у 2(22%)- ЦД ІІ типу, з тривалістю захворювання від 1 місяця до 7 р.. До 2 - ї групи зарахували 19 хворих – 68% з них 11 чоловіків та 8 жінок, віком від 52 до 81 р. з тривалістю захворювання понад 10 р. з показником ТКІМ $\geq 0,9$ мм; серед них у 3 (16%) діагностовано ЦД І типу, а у 16 (84%) – ІІ типу. Аналіз результатів показав, що збільшення ТКІМ спостерігається переважно у хворих на ЦД І типу, віком від 52 до 81 р.. Лише 3 хворих з ЦД І типу мали потовщення КІМ при тривалості хвороби понад 10 р..

Висновок. ТКІМ ВСА збільшується у хворих з тривалим перебігом ЦД, незалежно від статі, а також переважно у хворих на ЦД ІІ типу та у пацієнтів старшого віку.

УДК 616.832-004.2-009.17:612.766.1

Фурман І.М., Левкович М.А.
ВПЛИВ РІЗНИХ ФАКТОРІВ НА ПРОЯВИ ВТОМИ У
ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Сумський державний університет
Кафедра нейрохірургії та неврології
Науковий керівник: Сотніков Д.Д.

Втома, як відчуття надзвичайного виснаження, що не пов'язане з м'язовою слабкістю і наростає протягом дня, притаманна переважній більшості хворих на розсіяний склероз і виявляється навіть на ранніх етапах захворювання за умови мінімальної інвалідизації.

Мета дослідження: вивчити залежність ступеню прояву втоми у хворих на розсіяний склероз від віку і статі хворих, тривалості та перебігу розсіяного склерозу, а також локалізації демієлінізуючого процесу.

Матеріали і методи дослідження. Проведено клініко-неврологічне, нейропсихологічне обстеження та аналіз МРТ-знімків 32 хворих з діагнозом розсіяний склероз та симптомами втоми. Ступінь тяжкості захворювання оцінено за шкалою EDSS Куртцке (Expanded Disability Status Scale), вираженість втоми – за шкалами FSS (Fatigue Severity Scale) та MFIS (Modified Fatigue Impact Scale).

Результати. За шкалою EDSS розсіяний склероз легкого ступеня спостерігався у 18 (56,3%) хворих, середнього ступеня – у 14 (43,7%). Пацієнти тяжкого ступеню інвалідизації до дослідження не залучались. За шкалою FSS втому легкого ступеня діагностовано у 5 (15,6%) пацієнтів, середнього ступеня – у 14 (43,7%), тяжкого – у 13 (40,7%). З використанням шкали MFIS втому легкого ступеня виявлено у 2 (6,2%), середнього ступеня – у 20 (62,5%), тяжкого – у 10 (31,3%) обстежених. Проведений статистичний аналіз виявив достовірне зростання симптомів втоми від віку пацієнтів ($r=0,35$, $p<0,01$), тривалості захворювання ($r=0,3$, $p<0,02$), ступеня тяжкості ($\chi^2=9,6$, $p<0,01$) та за умови ремітуючо-прогресуючого і вторинно-прогресуючого типів перебігу захворювання ($\chi^2=10,4$, $p<0,01$). Залежності втоми від статі пацієнта не виявлено ($\chi^2=4,4$, $p>0,05$).

Симптом втоми середнього та важкого ступеня найчастіше виявлявся при локалізації вогнищ демієлінізації у перивентрикулярно-субкортикальних ділянках півкуль – 73,4%, при цьому у 34,2% випадків спостерігалось поєднання з вогнищами ділянки мозолистого тіла, у 22,3% – лобової частки, у 16,9% – іншої локалізації.

Висновки. Симптом втоми різного ступеню визначався у всіх хворих на розсіяний склероз та зростав від віку пацієнтів, тривалості захворювання, при ремітуючо-прогресуючому і вторинно-прогресуючому перебігу та локалізації вогнищ демієлінізації у перивентрикулярно-субкортикальних ділянках.

УДК 616.127- 005.4-071

Цуманець І.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БЕЗБОЛЬОВОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Науковий керівник: к.мед.н. Полянська О.С.

З метою вивчення функціонального стану міокарда при ішемічній хворобі серця з характеристикою епізодів ішемії міокарда та визначенням вегетативного статусу з врахуванням хронобіоритмологічних особливостей аритмогенності, показників вегетативного статусу та ішемії міокарда нами обстежено 122 хворих із різними функціональними класами стабільної стенокардії (С), нестабільної стенокардії (НС) та післяінфарктний кардіосклероз (ПК) та 25 практично здорових людей. Вік пацієнтів коливався від 19 до 76 років, складаючи в середньому 48,2. Всім хворим проводилось холтеровське моніторування (ХМ) електрокардіограми (ЕКГ). Серед обстежених пацієнтів у 60 виявлені переважно больові (БІМ) та у 62 – безбольові епізоди ішемії міокарда (ББІМ).

Встановлено, що для всіх видів С характерна добова циклічність міокардіальної ішемії (МІ). У більшості обстежених МІ найчастіше спостерігалась в проміжку з 6 до 12 год та з 18 до 24 год. Для ПК найменша частота МІ зареєстрована в інтервалі з 0 до 6 год, найбільша – з 18 до 24 год. Частота виникнення нападів БІМ впродовж доби у хворих на СІ була однаковою в усі погодинні інтервали, в той час як епізоди ББІМ характеризувались певною циклічністю з найбільшою величиною в проміжку між 6 і 12 годинами та найменшою – між 0 та 6 год.

Встановлено, що при СІ та НС найбільша кількість шлуночкових екстрасистол (ШЕ) зафіксована в період з 6 до 12 год, при СІІ та ПК – в період з 12 до 18 год, при СІІІ – з 18 до 24 год. Виявлено, що при СІ кількість надшлуночкових екстрасистол (НШЕ) найвища в період з 18 до 24 год, як і при ПК, при СІІ – з 6 до 12 год, при СІІІ – з 12 до 18 та з 18 до 24 год, при НС – з 12 до 18 год.

При ББІМ ШЕ частіше виникають при частих епізодах ішемії міокарда, вираженій їх глибині та тривалості між 12 та 24 год. НШЕ у хворих з ББІМ частіше виникають при значній кількості епізодів ішемії міокарда, неглибокої та нетривалої ішемії міокарда в той же період – з 12 до 24 год. У хворих з епізодами ББІМ у період з 6 до 12 год відмічається вегетативна дисфункція, яка супроводжується підвищенням тону як симпатичного так і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи. Виявлені зміни дають індивідуалізовано підходити до медикаментозної терапії з врахуванням хроноримів ішемії міокарда.

Швечикова В.П.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Наукові керівники: д.мед.н. Бичкова Н.Г., д.мед.н. Кондратюк В.Є.

Вступ. Проблему артеріальної гіпертензії (АГ) неможливо оминати увагою і не бути зацікавленим у її вирішенні, оскільки це захворювання є неінфекційною епідемією сьогодення, а ефективність надання лікувально-профілактичної допомоги хворим на АГ повинна визначатися компетентним підбором методів лікування, яке має включати як медикаментозні препарати, так і заходи по модифікації способу життя, які є одними з основних у лікуванні пацієнтів з високим та дуже високим ризиком серцево-судинних ускладнень.

Мета дослідження – провести клініко-імунологічну оцінку ефективності заходів з модифікації способу життя у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 53 хворих на АГ II стадії, які були розподілені на основну групу та групу порівняння. Пацієнти основної групи поряд з призначеною медикаментозною терапією ретельно дотримувалися рекомендацій з модифікації способу життя. Методи дослідження – клінічні, антропометричні, біохімічні, імунологічні, імуноферментні, анкетування за опитувальниками, статистичні. До контрольної групи ввійшло 33 здорових особи, рандомізованих за віком та статтю.

Отримані результати. При проведенні контрольних досліджень через 6 місяців від початку лікування нами було встановлено високу клініко-імунологічну ефективність заходів з модифікації способу життя у хворих на АГ. Так, у хворих основної групи нами було встановлено достовірне зменшення ІМТ на $3,2 \pm 0,7$ кг/м² та об'єму талії на $3,4 \pm 0,6$ см, а рівні САТ та ДАТ були достовірно нижчими на 7,1% та 7,4% відповідно відносно групи порівняння ($p < 0,05$). Було встановлено позитивну динаміку основних показників ліпідограми, при цьому рівні ЗХС, ТГ та ХС ЛПНЩ у пацієнтів основної групи були достовірно нижчими за аналогічні показники групи порівняння ($p < 0,05$).

Аналізуючи дані імунного та цитокинового статусу в процесі лікування у хворих основної групи встановлено достовірне зниження відносної кількості активованих CD25⁺ лімфоцитів на 25,2%, HLA-DR⁺ лімфоцитів на 31,25% та CD54⁺ лімфоцитів на 31,4%. Сироватковий вміст проатерогенного ІЛ-6 достовірно знизився на 59,42%, а ІЛ-8 – на 47,84% ($p < 0,05$). Вміст антиатерогенного ІЛ-10, навпаки, зріс у 2,1 рази ($p < 0,05$).

Висновки. Дотримання рекомендацій з модифікації способу життя разом із застосуванням медикаментозних препаратів сприяє вірогідному покращенню показників якості життя, ліпідного обміну, імунного та цитокинового статусу у хворих на АГ, достовірному зниженню показників артеріального тиску до цільових значень та індексу маси тіла, що відіграє важливу роль у первинній та вторинній профілактиці серцево-судинних ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію.

Шевченко О.О., Курята О.В., Кушнір Ю.С.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ (ХСН) ЗІ ЗБЕРЕЖНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

Науковий керівник – д.мед.н. Курята О.В.

Дослідження останніх років свідчать про зміни структури хворих залежно від стану систолічної функції лівого шлуночку – збільшення хворих з ХСН та збереженою фракцією викиду (ФВ). Проте єдиного узгодженого протоколу з діагностики та лікування ХСН зі

збереженою ФВ досі немає. Сучасні методи лікування ХСН не забезпечують зниження смертності пацієнтів зі збереженою ФВ незалежно від їх віку та етіологічної природи захворювання. Усе вищезазначене обумовлює потребу пошуку можливих чинників розвитку та прогресування ХСН за умов збереженої фракції викиду.

Мета дослідження – визначити вікові особливості ХСН зі збереженою фракцією викиду на підставі вивчення кардіальних чинників, кардіогемодинаміки та частоти коморбідної патології.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 198 пацієнтів з ХСН зі збереженою фракцією викиду (ФВ більше 45%, середня ($M \pm m$) – ($63,8 \pm 6,3$)%), віком від 40 років (середній вік ($M \pm m$) – $51,7 \pm 9,4$), які перебували на стаціонарному лікуванні протягом 2014 року. Чоловіки склали 53,5% ($n=106$ осіб), жінки – 46,5% ($n=92$ особи). Відповідно до мети і задач дослідження, всі пацієнти були розподілені з урахуванням віку на три групи: перша – хворі віком від 40 до 59 років ($n=74$), друга – хворі віком від 60 до 75 років ($n=73$), третя – хворі віком від 75 років ($n=51$). Для клінічної оцінки функції нирок обчислювали швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою MDRD. Показники внутрішньосерцевої гемодинаміки та їх зміни оцінювали за допомогою ехокардіографічного дослідження на апараті «VIVID 3» в положенні хворого на лівому боці. Статистичну обробку матеріалів дослідження проводили з використанням методів біостатистики, реалізованих у пакеті програм STATISTICA v.6.1.

Результати дослідження. З віком при наявності ХСН спостерігається розповсюдженість артеріальної гіпертензії та поширеність стабільної стенокардії. З іншого боку, в найбільшому ступені розповсюдженість інфаркту міокарда та фібриляції передсердь знайшло в діапазоні 60-75 років. У хворих на ХСН зі збереженою фракцією викиду з віком визначено збільшення розмірів лівого передсердя, середнього тиску в легеневій артерії та змін кореня аорти, при цьому максимальні показники виявлено у хворих більше 75 років. В діапазоні 60-75 років виявлено найбільші показники кінцево-сistolічного розміру та кінцево-сistolічного об'єму, що може свідчити про несприятливий прогноз у даної вікової групи. Виявлено гетерогенність вікових змін з боку коморбідності: з віком збільшується поширеність функціональних змін нирок, ХОЗЛ, анемії, гіперурикемії. При цьому в усіх вікових групах майже половина хворих мають ожиріння та чверть хворих – цукровий діабет. В більшому ступені аналіз медикаментозної терапії хворих на ХСН відповідав визначеним протоколам. Відзначено зростання потреби в призначенні петльових діуретиків з віком та низька частота використання бета-блокаторів в старшій віковій групі.

Висновки. Всі хворі з ХСН зі збереженою фракцією викиду відповідали концепції коморбідності. Висока частота зустрічаємості ожиріння та цукрового діабету в усіх вікових групах та зростання такої патології, як функціональні зміни з боку нирок, ХОЗЛ, анемія та гіперурикемія з віком потребує подальшого вивчення.

УДК 616.379 - 008.64: 616.8] - 085.22

Шкрібляк У.В., Білоус І.І.

СТАН ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У КРОВІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Буковинський державний медичний університет

Кфедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім.С.М.Савенка

Науковий керівник: к.мед.н. Білоус І.І.

Ураження периферичних нервів (нейропатія) входить в тріаду основних пізніх ускладнень ЦД, до якої відносять також ретинопатію та нефропатію. Клінічні форми нейропатії різноманітні та проявляються як генералізованим, так і локальним (мононейропатії, мультифокальні нейропатії) ураженням периферичних нервів. Нами було обстежено 48 хворих

на цукровий діабет II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 26 жінок та 22 чоловіка, вік хворих становив від 36 до 65 років. Цукровий діабет (ЦД) середнього ступеня тяжкості спостерігався у 44 хворих, у 4 хворих – важкий. 10 хворих знаходилися в стані компенсації захворювання, 28 – в стані субкомпенсації. Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. – хворі на ЦД терміном до 1 року (18 хворих); II гр. – хворі на ЦД терміном до 10 років (12 хворих); III гр. – хворі на ЦД терміном понад 10 років (18 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Використовувались біохімічні, статистичні методи дослідження. Визначали в еритроцитах крові хворих з ДПН вміст відновленого глутатіону, як основного компоненту захисної глутатіонової системи.

У хворих з ДПН відмічалось зниження рівня відновленого глутатіону в I групі на 46,5%, в II – на 56,4%, в III – на 64,8% порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). У хворих з ДПН відмічалось зниження активності Г-6-ФДГ на 25,0% в I групі, на 34,2% - в II групі та на 44,0% - в III групі порівняно з контрольною групою ($p < 0,01$). Також відмічалось збільшення активності церулоплазміну на 45,1% в I групі, на 86,3% - в II групі та більше ніж в 2 рази в III групі порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). У пацієнтів відмічалось підвищення рівня окислювальної модифікації білків за рахунок активації утворення активних форм кисню, що підтверджується високим вмістом кінцевого продукту ПОЛ – малонового альдегіду. Так, виявлено вірогідне збільшення вмісту МА на 39,2% в I групі, на 62,3% - в II групі та на 94,1% - в III групі порівняно з контрольною групою, яке залежало від тривалості ЦД з ДПН. У хворих з ДПН відмічалось незначне зниження активності каталази в I групі на 9,5%, а у 16 осіб з тривалістю захворювання до 1 року активність каталази вірогідно не відрізнялась від показника в контрольній групі, в II групі активність ферменту була знижена на 30,9% та на 65,5% - в III групі порівняно з контрольною групою ($p < 0,01$).

Таким чином, у хворих на діабетичну полінейропатію відмічається активація процесів пероксидного окиснення ліпідів, пригнічення активності захисних антиоксидантних систем та підвищення окислювальної модифікації білків крові, про що свідчить вірогідне зниження вмісту відновленого глутатіону та HS-груп еритроцитів крові, збільшення рівня малонового альдегіду, активності церулоплазміну, зменшення активності глюкозо-6-фосфатдегідрогенази та каталази.

Хірургія

УДК: 616.34-009.11-056-089

Москалюк В.І., Васкул В.М.

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКУ ТА ЙОГО ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра хірургії

Науковий керівник: д.мед.н. Полянський І.Ю.

Проблема оцінки скоротливої здатності кишечника на сьогодні не вичерпала своєї актуальності, оскільки саме моторно-евакуаторна функція та ступінь її порушення визначають перебіг багатьох хірургічних захворювань. Існуючі інструментальні методи діагностики порушень рухової функції кишечника опосередковано дають можливість виявити її зниження чи відсутність. У більшості випадків вони підтверджують наявність ускладнень, що розвиваються у результаті пошкодження скоротливої здатності кишки, тобто, відображають явища кишкової непрохідності, яка виникає упродовж тривалого часу від моменту порушення моторно-евакуаторної функції кишечника.

Отже, недоліками даних методик є опосередкованість та несвоєчасність оцінки скоротливої здатності кишечника.

Нами розроблений неінвазивний метод оцінки моторно-евакуаторної функції кишечника, який поєднує можливість проведення аускультативної з одноментною візуалізацією перистальтичних шумів на екрані пристрою та їхньою реєстрацією для подальшого проведення кількісного аналізу параметрів перистальтики.

Обстеження 10 практично здорових осіб дали змогу оцінити фізіологічні параметри перистальтики та визначити середні їх величини. Результати апробації даного методу засвідчили його високу ефективність при обстеженні хірургічних хворих з різними порушеннями моторно-евакуаторної функції кишечника. Так, за нашими даними, у хворих на гостру механічну кишкову непрохідність спостерігається зниження більш, ніж у два рази кількості перистальтичних хвиль та збільшення більш, ніж у два рази середньоквадратичного значення амплітуди перистальтичних хвиль, середньоквадратичного значення амплітуди скорочень у міжперистальтичний період та індексу сили перистальтичної хвилі.

Таким чином, розроблений нами спосіб є об'єктивним методом діагностики порушень моторно-евакуаторної функції кишечника. Інформативність, неінвазивність, портативність дозволяють рекомендувати його для клінічного впровадження.

УДК 617-089-072

Генбач І.О., Яворський О.Ю.

**ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ
УЛЬТРАЗВУКУ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Науковий керівник: д.мед.н. Конькова М.В.

Вступ. Лікування хворих з обтураційною жовтяницею (ОЖ) залишається складною проблемою абдомінальної хірургії. У зв'язку з відсутністю устаткування лікувальних установ відеоендоскопічним обладнанням істотну роль в діагностиці ОЖ різного генезу належить ультразвуковому дослідженню (УЗД), яке має ряд переваг у порівнянні з іншими методами обстеження.

Мета дослідження: визначити ефективність ультрасонографії в діагностиці та хірургічному лікуванні хворих на ОЖ.

Матеріали та методи. Аналізували результати обстеження та хірургічного лікування 120 хворих з ОЖ. Приділяли увагу визначенню: сонографічних характеристик ОЖ різного генезу, ефективності використання УЗД при загальній та диференційній діагностиці чинників ОЖ, при хірургічному лікуванні та малоінвазивних втручаннях при ОЖ.

Отримані результати. Найбільш характерні сонографічні ознаки ОЖ: розширення холедоху більше 5 мм в діаметрі (96,83%); розширення жовчних протоків паралельно гілкам ворітної вени (49,77%); пряма форма загальної жовчної протоки (85,10%); не потовщена стінка холедоху (62,93%) та інші. Були визначені ознаки ОЖ добро- та злоякісного генезу, на підставі цього був розроблений алгоритм УЗД жовчевивідної системи. Для визначення діагностичної ефективності УЗД у виявленні ОЖ добро- та злоякісного генезу були проведені зіставлення сонографічних досліджень, відповідно, 87 та 33 хворих з, відповідно, даними ЕРХПГ та морфологічними даними. Чутливість, специфічність і діагностична точність УЗД при ОЖ доброякісного генезу склали 96,37%, 81,42% і 91,38% відповідно, при обтураційній жовтяницею злоякісного генезу – 92,19%, 71,33% і 86,54% відповідно.

Оцінювали ефективність декомпресійних втручань доплерографією. Визначено, що обсяг перфузії печінкової крові у хворих після декомпресійних операцій збільшувався, хоча і не відновлювався до норми. Післяопераційна летальність в групі хворих з ОЖ складала 12,1%. При виконанні мініінвазивних пункційних втручань під УЗ-контролем з ОЖ летальних випадків не було.

Висновки. Отримані ультразвукові критерії ОЖ. Розроблений ультразвуковий алгоритм визначення причин та характеру змін гепатопанкреальної зони, що сприяють розвитку даного синдрому, в тому числі – виявлення добро- та злоякісних чинників. На основі цього розроблений перелік рекомендацій до діагностики та тактики мініінвазивних та загальнохірургічних втручань з метою індивідуалізувати стандартні підходи та поліпшити результати лікування хворих з ОЖ, знизити післяопераційну летальність, а також число післяопераційних ускладнень.

УДК: 616.137.83-089.168.1-06+616.12-005.4]-084

Зварич Р.

**ПРОФІЛАКТИКА СИСТЕМНО-ЗАПАЛЬНИХ ТА РЕПЕРФУЗІЙНИХ
УСКЛАДНЕНЬ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО-СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО
СЕГМЕНТА В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Науковий керівник: д.мед.н. Венгер І.К.

Вступ. Облітеруючий атеросклероз магістральних артерій, ускладнений хронічною критичною ішемією, діагностується у 15-20% усіх хворих на атеросклероз. Найбільш ефективним методом лікування хворих з ішемією кінцівок є реваскуляризуючі операції, які можуть призвести до ішемічних та реперфузійних пошкоджень – одних з найбільш серйозних проблем сучасної хірургії судин.

Матеріал і методи дослідження. В роботі представлені результати обстеження та лікування 49 хворих із атеросклеротичною оклюзією черевного відділу аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок. Середній вік хворих – 59,4 роки. Всі пацієнти чоловічої статі. Для профілактики ускладнень використовувались сеанси плазма- та лейкоферезу. Всі пацієнти після обстеження та передопераційної підготовки були піддані оперативному втручанню.

Результати дослідження. Сеанси плазмаферезу знизили вміст фібриногену в I групі на 14,8%, в II групі на 13,5 % та в III групі на 18,5 %, лактату відповідно на 12,2 %, 19,8 %, 22,8%, С-реактивного білка в 1,5 рази, 1,4 рази, 1,7 рази відповідно, зріс вміст протизапальних цитокінів та ФНП-а. Сеанси лейкоферезу знизили вміст фібриногену в II гр. на 3,9 %, а III гр. - на 6,9 %, лактату в усіх досліджуваних групах на 10 %, С- реактивного білка, відповідно, в 1,2-1,7 рази. У пацієнтів II групи ІЛ-1 був на рівні $(37,41 \pm 1,95)$, ФНП- α - $(63,94 \pm 3,24)$, ІЛ-4 - $(56,34 \pm 2,91)$, а ІЛ-6 - $(43,14 \pm 2,27)$. У пацієнтів I групи відмічалось зниження pO_2A на 6,1% та зростання pO_2V на 4,9%, у пацієнтів II групи – зниження pO_2A на 5,7% та зростання pO_2V на 5,1%. Різниця $SO_2 A$ та $SO_2 V$ у ранньому поопераційному періоді не досягала контрольного рівня.

Висновок. Отже, дана схема профілактики дозволила знизити рівень прояву системної запальної відповіді.

УДК: 616.34-007.43-031:611.957-089.844

Короташ І.Ф., Москалюк О.П.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра хірургії та урології

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

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

Метою роботи є вивчення безпосередні та віддалені результати пахвинної герніопластики.

Матеріал і методи. В основу даного дослідження покладено результати обстеження 144 хворих, в контрольну групу ввійшло 73 хворих. Хворі контрольної групи були від 19 до 66 років.

Результати дослідження. Післяопераційний ліжко-день був нижчим ($p < 0,05$) в основній групі і становив $2,9 \pm 0,76$ діб проти $5,4 \pm 0,98$ діб у контрольній групі, що відображено в таблиці 1.5. Також достовірно ($p < 0,05$) меншим був термін відновлення працездатності в хворих основної групи і становив $22,2 \pm 1,24$ діб проти $26,2 \pm 1,38$ діб в групі контролю. Швидке відновлення працездатності хворих основної групи має не тільки соціальне, а й економічне значення. Рецидив пахвинної грижі виник у 4 (5,5%) хворих контрольної групи. Рецидиву грижі в осіб основної групи не було при спостереженні від 1 до 5 років у віддаленому періоді. Серед ускладнень післяопераційного періоду в контрольній групі хворих відзначені сероми у 3 (4,1%) випадках, у 2 (2,7%) – гематоми, ще в 3 (4,1%) випадках – інфільтрат післяопераційної рани. Серед ускладнень післяопераційного періоду в хворих основної групи виявлено тільки сероми в 2 (2,8%) хворих та інфільтрат післяопераційної рани в 2 (2,8%) осіб, що пов'язано з наявністю пахвинно-мошонкових гриж великих розмірів, що ускладнило виділення грижового мішка із структур сім'яного канатика. При оцінці розвитку синдрому хронічного пахвинного болю, що спостерігався протягом трьох місяців після оперативного втручання, варто відмітити, що дане ускладнення виявлено в 2 (2,7%) хворих контрольної групи. В хворих основної групи даного ускладнення не було.

Висновок. Проведене дослідження відображає результати та наслідки хірургічного лікування пахвинних гриж.

УДК 616-006.6:616-089.844

Костюченко Є.В.

МОЖЛИВОСТІ ЛІПОФІЛІНГУ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Наукові керівники: к.мед.н. Сидорчук О.І., к.мед.н. Мотузюк І.М.

Вступ. Ліпофілінг – це мініінвазивна аутологічна трансплантаційна техніка, що виконується з метою покращення об'єму, форми, дефектів, асиметрії грудних залоз (ГЗ) після спеціального хірургічного лікування. Раніше ліпофілінг належав тільки до естетичної хірургії, проте зараз став частиною клінічної практики для реконструкції ГЗ у онкологічних хворих.

Матеріали та методи. Вибірку дослідження складає 41 хвора на рак ГЗ ($T_{1-2} N_{1-2} M_0$). 21 пацієнтка основної групи отримала ліпофілінг після спеціального хірургічного лікування. 20 хворим контрольної групи ліпофілінг не проводився. Ефективність і безпечність оцінювали шляхом анкетування, за шкалою LENT-SOMA та за появою ускладнень або локальних рецидивів.

Отримані результати. За 3 місяці після ліпофілінгу пацієнти основної групи оцінили стан своїх ГЗ як добре (57%), дуже добре (14%) або задовільно (29%). У контрольній групі отримали наступні результати: добре (43%), задовільно (38%), погано (14%), дуже погано (5%). Порівняно зі станом до проведення ліпофілінгу, через 3 місяці після його проведення пацієнтки оцінили стан ГЗ як краще (67%), значно краще (19%), або так само (14%). Усі жінки основної групи помітили покращення пружності, об'єму, форми, еластичності шкіри ГЗ, тургору шкіри ГЗ, зменшення деформацій та асиметрії ГЗ. Усі параметри шкали LENT-SOMA (біль, телеангієктазії, атрофія, набряк, фіброз) достовірно покращилися за 3 місяці після ліпофілінгу. Не відзначалося жодних ускладнень або виникнення місцевих рецидивів в основній групі, в той час як в контрольній групі спостерігався один випадок капсульної контрактури.

Висновки. Ліпофілінг є заключним етапом реконструкції ГЗ у хворих на рак ГЗ. Цей метод є малоінвазивним, малотравматичним, забезпечує ретельне усунення дефектів тканин після спеціальних методів лікування, покращує якість життя хворих. Ліпофілінг не потребує

тривалого перебування хворих у стаціонарі (1 ліжко-день), не впливає на перебіг основного захворювання.

УДК 616-001.511

Котовський І.М.
ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ
ЗАКРИТИХ ПОЗАСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Науковий керівник: д.мед.н. Климовицький Ф.В.

Вступ. Частота переломів кісток гомілки доволі висока, до 17% всіх переломів опорно-рухового апарату. Вибір методу остеосинтезу при закритих переломах великогомілкової кістки дискутується науковцями усього світу, визначення ефективності методів остеосинтезу, з метою обґрунтування вибору методу оперативного лікування закритих позасуглобових переломів великогомілкової кістки є доволі актуальним. Тому метою роботи стало порівняння ефективності лікування хворих з закритими позасуглобовими переломами великогомілкової кістки різними видами остеосинтезу за даними вітчизняних та світових наукових публікацій.

Матеріали і методи. Було проаналізовано 20 наукових досліджень (6 вітчизняних, 4 наукові дослідження виконані на території РФ, 10 закордонних досліджень) та відібрано для подальшого порівняльного статистичного аналізу данні щодо ефективності лікування різними методами остеосинтезу 999 осіб. Статистичний аналіз проведено за допомогою програми Microsoft Excel програмного комплексу Microsoft Office.

Результати. Співвідношення кількості аналізованих пацієнтів у яких використовувалися черезкістковий остеосинтез (ЧКО) до пацієнтів у яких використовували блокуючий інтрамедулярний остеосинтез (БІОС) та накістковий остеосинтез дорівнює приблизно 1:1 (45,55%:54,45%). Загальна ефективність методів оперативного лікування (ЧКО – 90,8% ($p \leq 0,05$), БІОС – 92,98% ($p \leq 0,05$), накісткового остеосинтезу - 85,19% ($p \leq 0,05$) вказує на ефективність усіх досліджених оперативних методів. При порівнянні загальної ефективності методу ЧКО (90,8% ($p \leq 0,05$)) з середньою загальною ефективністю інших аналізованих оперативних методів (БІОС та накістковий остеосинтез (89,05% ($p \leq 0,05$)) відчутної переваги на користь одного із методів не виявлено. Враховуючи те, що в більшості випадків (61%), метод ЧКО використовувався саме для переломів В та С за класифікацією АО/ASIF, можна умовно виділити перевагу в ефективності даного методу над іншими.

Висновки. При порівнянні загальної ефективності методу ЧКО та середньої загальної ефективності методів БІОС та накісткового остеосинтезу відчутної переваги на користь одного із методів в межах статистичної похибки не виявлено. Спираючись на данні про ефективність методу ЧКО та частоту використання цього та інших методів при переломах типу В і С за класифікацією АО/ASIF, можна зробити висновок про перевагу методу ЧКО закритих позасуглобових переломів великогомілкової кістки над іншими методами саме при цих типах переломів.

УДК 617.7-007.681-089.48

Мартинів Д. В.
ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО ДРЕНАЖНОГО ПРИСТРОЮ В ХІРУРГІЇ
ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ

Запорізький державний медичний університет

Науковий керівник: д.мед.н. Завгородня Н.Г.

Мета роботи – підвищення ефективності хірургічного лікування первинної відкритокутової глаукоми шляхом використання нового дренажного пристрою для антиглаукоматозних операцій.

Завдання – вивчити ефективність хірургічного лікування пацієнтів з суб- і декомпенсованою первинною відкритокутовою глаукомою при імплантації нового дренажного пристрою.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів оперативного лікування 30 пацієнтів (30 очей) з первинною некомпенсованою відкритокутовою глаукомою. З обстежених було 18 чоловіків (60%) і 12 жінок (40%) у віці від 46 до 83 років (середній вік $64,0 \pm 2,5$ років). У 16 випадках була виконана непроникаюча глибока склеректомія (НГСЕ), в 14 випадках - операції проникаючого типу (з або без базальної іридотомії). Всім пацієнтам під час операції після формування нового шляху відтоку, під поверхневий склеральний козирок імплантували розроблений титановий дренаж, який фіксували вузловими швами до склери з подальшою шовною фіксацією склерального поверхневого козирка. Дослідження проводили до і після операції.

Отримані результати. Компенсації глаукомного процесу протягом місяця після операції вдалося досягти у всіх пацієнтів. Рівень внутрішньоочного тиску (ВОТ) до хірургічного лікування склав від 27 до 37 мм рт.ст., (середній рівень ВОТ – $32,0 \pm 2,5$ мм рт.ст.). ВОТ після операції склав $16,8 \pm 1,2$ мм рт.ст. Коефіцієнт легкості відтоку (КЛВ) – від 0,03 до 0,09 мм³/хв (середній рівень КЛВ – $0,059 \pm 0,007$ мм³/хв). Після операції він склав $0,220 \pm 0,015$ мм³/хв.

Висновки. Застосування нового дренажного пристрою при оперативному лікуванні пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою сприяє нормалізації ВОТ і гідродинамічних показників тонографії, відкриваючи нові шляхи в мікрохірургії глаукоми. Необхідне подальше спостереження за віддаленими післяопераційними результатами компенсації глаукомного процесу у досліджуваних пацієнтів.

УДК 616.34-007.43-031:611.957-092:616.64

Рибак О.Я, Москалюк О.П.
ВПЛИВ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ
НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЧОЛОВІКІВ

Буковинський державний медичний університет
Кафедра хірургії та урології

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

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

Метою роботи є вивчення впливу пахвинної герніопластики на репродуктивну функцію чоловіків та розвиток безпліддя.

Матеріал і методи. В основу даного дослідження покладено результати обстеження 90 хворих, в контрольну групу увійшло 46 хворих, в основну – 44 хворих. Дослідження проводилось лише особам репродуктивного віку від 18 до 45 років.

Результати дослідження. Доплерографічне дослідження кровообігу по яєчкових артеріях до операції (обстежено 31 хворого основної групи та 33 хворих контрольної групи) показало, що порівняно з неураженою стороною збережений кровотік мав місце у 19 (61,3%) хворих основної групи, та у 21 (63,6%) – групи контролю. Через 3 місяці після операції (обстежено 44 хворих основної та 46 хворих контрольної групи) в основній групі збережений кровотік відзначали у 36 (81,7%) хворих. У групі контролю даний показник погіршувався і становив – 28 (60,7%) хворих.

Доплерографічне дослідження кровообігу по яєчкових артеріях проведене через рік після оперативного лікування (обстежено 44 хворих основної та 46 хворих контрольної групи) показало, що порівняно з результатами, що отримані на третьому місяці спостереження, суттєвих відмінностей не було. Збережений кровотік відмічено в 37 (83,9%) та 29 (62,9%) пацієнтів відповідно основної та контрольної груп. На нашу думку, отримані дані можна пояснити тим, що на третьому місяці спостереження вже завершується формування сполучної

тканини навколо імплантату з втягненням сім'яного канатика в рубець в осіб контрольної групи.

Висновок. Проведене дослідження відображає вплив пахвинної герніопластики на репродуктивну функцію чоловіків та розвиток безпліддя.

УДК 616.441-089.87-06:616.441-002]:616.155.294

Смородська О.М.

**ЯТРОГЕННИЙ СПЛЕНОЗ ЯК ПРЕДИКТОР НЕЕФЕКТИВНОСТІ
СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ РЕФРАКТЕРНИХ ФОРМАХ ХВОРОБИ ВЕРЛЬГОФА**

Сумський державний університет, медичний інститут

Науковий керівник: к.мед.н. Шевченко В.П.

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура – досить розповсюджене гематологічне аутоімунне захворювання людини, яке вперше було описане К. Werlhof в 1735 році і стало епонімом його імені. Не зважаючи на сучасні досягнення у лікуванні хвороби Верльгофа (ХВ), залишається значний відсоток хворих, у яких проведене лікування не дає позитивного результату. У випадку рефрактерних до консервативного лікування форм ХВ використовується – спленектомія, ефективність якої сягає 60–75%. Існує припущення, що рецидування захворювання після спленектомії зумовлено розвитком ятрогенного спленозу.

Мета: вивчити частоту рецидування хвороби Верльгофа у хворих після спленектомії. Визначити роль ятрогенного спленозу у його розвитку.

Матеріали і методи. За період 1990–2015 роки в хірургічному відділенні СОКЛ спленектомія виконана у 25 хворих на ХВ. Жінок було - 18 (72%), чоловіків – 7 (28%). Вік хворих коливався у межах 16 – 62 років. Клініко – лабораторне і інструментальне обстеження включало загальноклінічні методи, а також ультразвукове дослідження черевної порожнини, визначення дефектних еритроцитів з тільцями Howell-Jolly, дослідження клітинного складу кісткового мозку.

Отримані результати. Вивчені вікові та гендерні особливості захворюваності на хворобу Верльгофа серед населення Сумського регіону. Визначено, що жінки хворіють у 3 рази частіше, середній вік хворих склав $40,2 \pm 3,1$. Проаналізовані терміни виконання спленектомії після встановлення діагнозу і початку консервативного лікування, який у середньому склав – 64,8 місяців. Рецидив захворювання після спленектомії спостерігався у 9 (36%) випадках. У 6 (66,7%) спленектомованих хворих причиною розвитку рецидиву був ятрогенний спленоз.

Висновки. Спленектомія є виправданим методом лікування рефрактерних форм хвороби Верльгофа, ремісія після неї досягнута у 16 (64%) хворих. Неефективність спленектомії у більшості 6 (66,7%) прооперованих хворих зумовлена розвитком ятрогенного спленозу.

З метою профілактики ятрогенного спленозу необхідно мінімізувати травматизацію селезінкової тканини під час оперативного втручання. Для діагностики ятрогенного спленозу при диспансерному спостереженні хворих на ХВ в алгоритм їх періодичного обстеження доцільно включати ультразвукове дослідження черевної порожнини.

НОТАТКИ